

Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

**COLOMED: i Paesi del Mediterraneo uniti
contro il cancro del colon-retto**

**"Diamo il meglio di noi":
la Campagna nazionale su donazione
e trapianto di organi, tessuti e cellule**

**Convegno. L'infrastruttura di ricerca italiana
per la medicina traslazionale**

**Meningite, come e quando difendersi
con la vaccinazione**



Inserto **BEN**

Bollettino Epidemiologico Nazionale

**Impatto sull'incidenza e la mortalità per cancro
del colon retto del programma di screening coloretale
nell'ULSS 4 Alto Vicentino**

**La sorveglianza epidemiologica dei tumori
naso-sinusali in Italia nel periodo 1989-2012**

SOMMARIO

Gli articoli

COLOMED: I Paesi del Mediterraneo uniti contro il cancro del colon-retto. Quando la scienza incontra la comunicazione	3
"Diamo il meglio di noi": la Campagna nazionale su donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule	7
Convegno. L'infrastruttura di ricerca italiana per la medicina traslazionale: la promozione della salute incontra innovazione competitività e sviluppo	11

Le rubriche

News. I nuovi Dipartimenti e Centri dell'ISS: nominati i Direttori	10
Meningite, come e quando difendersi con la vaccinazione	14
Inaugurata la nuova sede del Centro Nazionale Trapianti Operativo ...	16
Forum Risk Management in Sanità	16
Libere e liberi di scegliere. L'esercizio dei diritti elimina la violenza di genere	17
Visto... si stampi	18

Bollettino Epidemiologico Nazionale (Insero BEN)

Impatto sull'incidenza e la mortalità per cancro del colon retto del programma di screening coloretale nell'ULSS 4 Alto Vicentino	i
La sorveglianza epidemiologica dei tumori naso-sinusalì in Italia nel periodo 1989-2012	iii



Il Progetto COLOMED intende promuovere l'integrazione e lo sviluppo di buone pratiche di comunicazione e di politiche sanitarie per prevenire e curare il cancro del colon-retto

pag. 3

La Campagna "Diamo il meglio di noi" promuove la cultura del dono e l'importanza del trapianto attraverso un grande network di organizzazioni pubbliche e private

pag. 7



Il Convegno ha presentato A_IATRIS, l'infrastruttura di ricerca italiana coordinata dall'ISS, che riunisce strutture pubbliche di eccellenza per la promozione della medicina traslazionale

pag. 11

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

L'Istituto Superiore di Sanità

è il principale istituto di ricerca italiano nel settore biomedico e della salute pubblica. Promuove e tutela la salute pubblica nazionale e internazionale attraverso attività di ricerca, sorveglianza, regolazione, controllo, prevenzione, comunicazione, consulenza e formazione.

Dipartimenti

- Ambiente e salute
- Malattie cardiovascolari, dismetaboliche e dell'invecchiamento
- Malattie infettive
- Neuroscienze
- Oncologia e medicina molecolare
- Sicurezza alimentare, nutrizione e sanità pubblica veterinaria

Centri nazionali

- Controllo e valutazione dei farmaci
- Dipendenze e doping
- Eccellenza clinica, qualità e sicurezza delle cure
- Health technology assessment
- Malattie rare
- Prevenzione delle malattie e promozione della salute
- Protezione dalle radiazioni e fisica computazionale
- Ricerca su HIV/AIDS
- Ricerca e valutazione preclinica e clinica dei farmaci
- Salute globale
- Sostanze chimiche
- Sperimentazione e benessere animale
- Tecnologie innovative in sanità pubblica
- Telemedicina e nuove tecnologie
- Sangue
- Trapianti

Centri di riferimento

- Medicina di genere
- Scienze comportamentali e salute mentale

Legale rappresentante e Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità:
Gualtiero Ricciardi

Direttore responsabile: Paola De Castro

Comitato scientifico, ISS: Barbara Caccia, Paola De Castro, Loredana Ingrosso, Cinzia Marianelli, Luigi Palmieri, Patrizia Popoli, Anna Maria Rossi, Emanuela Testai, Vito Vetrugno, Ann Zeuner

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, Valter Tranquilli

Distribuzione: Patrizia Mochi, Sandra Salinetti, Silvia Negrola, Guendalina Sellitri

Redazione del Notiziario

Settore Attività Editoriali

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

e-mail: pubblicazioni@iss.it

Iscritto al n. 475 del 16 settembre 1988 (cartaceo)

e al n. 117 del 16 maggio 2014 (online)

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2016

Numero chiuso in redazione il 10 gennaio 2017



Stampato in proprio

COLOMED: I PAESI DEL MEDITERRANEO UNITI CONTRO IL CANCRO DEL COLON-RETTO.

Quando la scienza incontra la comunicazione



Giulia Zuena, Lidia Colace, Francesca Borzi e Ann Zeuner
Dipartimento di Oncologia e Medicina Molecolare, ISS

RIASSUNTO - COLOMED è un Progetto scientifico finanziato dal Ministero della Salute con sede presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che mira a creare una rete di istituzioni, associazioni, centri clinici e di ricerca nell'area del Mediterraneo per la lotta contro il cancro del colon-retto. Lo scopo del Progetto è promuovere l'integrazione e lo sviluppo di buone pratiche di comunicazione e di politiche sanitarie per migliorare la prevenzione e la cura di questo tumore. COLOMED coniuga scienza e comunicazione attraverso una piattaforma online (www.colomed.it), fornendo informazione medica affidabile, brochure scientifiche e continui aggiornamenti sulle news e sugli eventi nel campo della ricerca e del trattamento del cancro del colon-retto.

Parole chiave: cancro del colon-retto; network mediterraneo; comunicazione

SUMMARY (*COLOMED: Mediterranean countries against colorectal cancer. When science meets communication*) - COLOMED is a scientific project funded by the Italian Ministry of Health and based at the Italian National Institute of Health (ISS), aimed at creating a network of institutions, associations, clinical and research centres in the Mediterranean area for the fight against colorectal cancer. Its main objective is promoting the integration and the development of health policies and good communication practices to improve colorectal cancer screening, prevention and treatment in Mediterranean countries. COLOMED combines science and communications through an online platform (www.colomed.it), providing reliable medical information, scientific brochures and regular updates on the latest news and events related to colorectal cancer research and treatment.

Key words: colorectal cancer; Mediterranean network; communication

ann.zeuner@iss.it

In Italia, secondo le stime dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), il cancro del colon-retto si colloca al primo posto nel 2016 nella classifica dei tumori più frequenti se si considerano entrambi i sessi (1). Oltre a essere molto diffuso, esso fa registrare anche un alto numero di vittime (18.756 decessi solo nel 2013), secondo solo al tumore del polmone. Un rapporto AIRTUM mostra che mentre in passato vi era un grosso divario nell'incidenza e nella mortalità tra il Nord e il Sud Italia, con livelli nettamente più alti al Nord, con l'uniformarsi degli stili di vita questa differenza si è notevolmente ridotta (2).

Sebbene alcuni tumori del colon-retto siano di origine genetica, nella maggioranza dei casi esiste una serie di fattori ambientali e comportamentali che giocano un ruolo fondamentale nel determinarne lo sviluppo; questo è anche il motivo per cui il cancro del colon-retto è più facilmente prevenibile rispetto ad altri tipi di tumore. È stata più volte dimostrata, infatti, l'efficacia dei programmi di screening e prevenzione come strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza di questa patologia.

È stato provato che un'alimentazione ricca di grassi, il consumo di alcol e carni lavorate, il fumo e la vita sedentaria sono fattori da evitare poiché favoriscono l'insorgenza di molti tipi di cancro. In particolare, ►

nel cancro del colon-retto, con l'industrializzazione e con il conseguente cambiamento generale dello stile di vita e delle abitudini alimentari della popolazione globale, si è assistito a un drastico aumento dell'incidenza, soprattutto in quei Paesi in cui si è passati da una dieta più semplice a un aumento del consumo di cibi grassi e lavorati (3). Infatti, l'incidenza del cancro del colon aumenta con l'aumentare del livello di industrializzazione di un Paese.

Ogni persona può condurre una vita più sana cercando di eliminare o limitare al massimo i fattori che notoriamente predispongono allo sviluppo di un tumore. Inoltre, essere consapevoli dei rischi legati al cancro e sottoporsi a regolari controlli e visite mediche è importante ai fini di un'adeguata prevenzione. Tuttavia esistono altri fattori, come l'inquinamento ambientale, che vanno al di là del controllo del singolo individuo. Se il trend attuale dovesse rimanere invariato, gli esperti prevedono che saranno ben 52.000 le nuove diagnosi di cancro del colon-retto stimate per il 2016 (1).

A livello mondiale, le ultime statistiche pubblicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel rapporto GLOBOCAN 2012 mostrano che il cancro del colon-retto è il terzo tipo di tumore più diffuso tra gli uomini (746.000 casi), e il secondo tra le donne (614.000 casi). Nel 2012 sono stati diagnosticati circa 1,4 milioni di nuovi casi a livello globale, ma si prevede che il numero salirà a 2,4 milioni entro il 2035 (4). Nell'area del Mediterraneo l'incidenza di questa patologia è variabile. I ricercatori dell'EURO-MED CANCER Network, un Progetto finanziato dal Ministero della Salute nel 2009, hanno esaminato i numeri relativi al cancro nei Paesi dell'area mediter-



anea. I risultati mostrano un dato impressionante: nei Paesi mediterranei dell'Unione Europea (UE) si riscontra un'incidenza del cancro del colon-retto molto elevata associata a una mortalità relativamente contenuta; al contrario, nei Paesi mediterranei non-UE a un'incidenza più bassa corrisponde una mortalità quasi equivalente (Figura).

Questa fotografia della situazione mette in luce l'esistenza di evidenti criticità, nonché un profondo divario tra le due sponde del Mediterraneo. I risultati dello studio evidenziano che nei Paesi mediterranei dell'UE sono disponibili migliori mezzi di screening e di diagnosi e, inoltre, è possibile contare su sistemi sanitari più efficienti, che offrono maggiori possibilità di curare la malattia. Nei Paesi mediterranei non-UE, invece, la bassa incidenza registrata è legata sia al ridotto numero di diagnosi effettuate a causa di programmi di screening insufficienti, sia alla scarsità di informazioni dovuta all'assenza di registri relativi alla patologia. La mancanza di adeguate opportunità terapeutiche, di informazioni medico-sanitarie, di assistenza qualificata e di campagne di sensibilizzazione e screening contribuisce, infatti, a determinare diagnosi tardive, che non fanno che aggravare ulteriormente la situazione, causando un'alta mortalità. In particolare, in quasi tutti questi Paesi, è stata riscontrata una scarsità di personale medico qualificato, soprattutto per quanto riguarda figure specializzate nella cura del cancro del colon-retto come radioterapisti e, in misura minore, gastroenterologi (5).

Una volta constatato che il cancro del colon-retto è un problema globale che colpisce in maniera diversa le due sponde del Mediterraneo, è opportuno creare nuove sinergie per rispondere con un'azione collettiva.

È in questo scenario che si sviluppa il Progetto COLOMED, nato dall'iniziativa di medici e ricercatori per favorire l'integrazione e lo sviluppo di politiche sanitarie, conoscenze e terapie nel campo dei tumori del colon-retto nei Paesi dell'area mediterranea. Il Progetto, finanziato dal Ministero della Salute, è organizzato e diretto da tre unità operative (responsabili: Ann Zeuner, Lidia Colace, Ruggero De Maria) che fanno capo rispettivamente all'Istituto Superiore di Sanità (ISS), alla Sapienza Università degli Studi di Roma e all'Università Cattolica del Sacro Cuore.

L'ISS, in quanto punto di riferimento nella ricerca e nella sanità pubblica, ha il ruolo di capofila e mette a disposizione del Progetto la sua consolidata

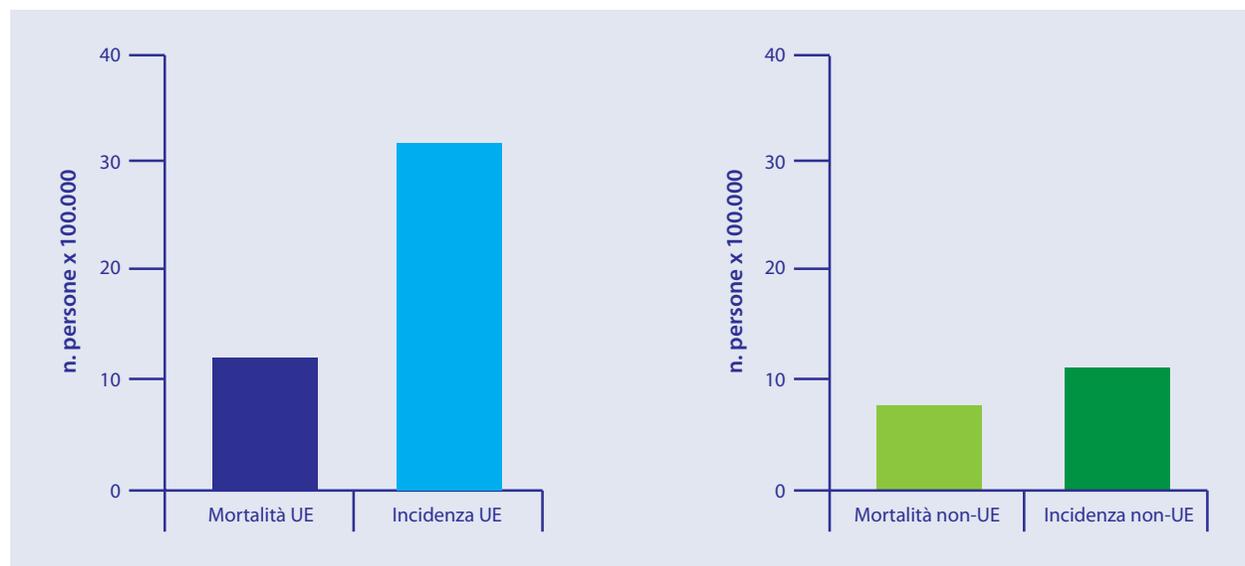


Figura - Tassi di incidenza e mortalità standardizzati per età (per 100.000) relativi al cancro del colon-retto nei Paesi mediterranei dell'Unione Europea - UE (Cipro, Francia, Italia, Grecia, Malta, Slovenia, Spagna, Portogallo) e non-UE coinvolti nel Progetto EUROMED CANCER Network. Fonte: Giordano L, Bisanti L, Salamina G, et al. The EUROMED CANCER network: state-of-art of cancer screening programmes in non-EU Mediterranean countries. *Eur J Public Health* 2016;26(1):83-9.

rete di relazioni internazionali e la sua autorevolezza in campo scientifico. La mission dell'ISS, ovvero la promozione e la tutela della salute pubblica nazionale e internazionale attraverso attività di ricerca, sorveglianza, regolazione, controllo, prevenzione, comunicazione, consulenza e formazione, è il principio cardine attorno al quale si sviluppa l'azione del Progetto COLOMED.



Obiettivi di COLOMED

COLOMED nasce con lo scopo di promuovere l'integrazione tra le realtà esistenti nell'area mediterranea che operano nel campo dei tumori del colon-retto. L'obiettivo concreto del Progetto è coinvolgere istituzioni, centri clinici e laboratori di ricerca nella condivisione di informazioni, nel trasferimento bidirezionale di conoscenze e tecnologie, nella promozione di buone pratiche di prevenzione e screening e nell'organizzazione di campagne educative e di eventi volti a sensibilizzare e ad accrescere la consapevolezza dei cittadini. In questo modo, i partecipanti potranno riconoscersi come parte integrante di una rete di collaborazione e interscambio estesa su tutta l'area del

Mediterraneo, che permette di condividere obiettivi, linee guida e strategie d'azione. La cooperazione tra Paesi industrializzati e Paesi in via di sviluppo faciliterà il progresso in campo medico-scientifico e il miglioramento delle politiche laddove ancora non si riesca a garantire un'adeguata qualità nelle cure e nei servizi sanitari.

La mission di COLOMED è quella di aprire la strada alla futura creazione di standard comuni e condivisi per la lotta contro il cancro del colon-retto.

Il network COLOMED

COLOMED opera principalmente attraverso un network che, partendo da Roma, mira ad abbracciare tutti i Paesi del Mediterraneo.

Grazie alla partnership con le istituzioni di Montenegro, Serbia e Israele, il Progetto può contare sull'impegno dei Paesi del SEEHN (South-Eastern Europe Health Network), che si sono riuniti nel dicembre 2016 a Chisinau (Moldavia) per affrontare un ampio spettro di tematiche legate alla salute pubblica. Il SEEHN, infatti, ha come obiettivo la promozione di azioni congiunte e mirate su questioni di vitale importanza nella ricerca e nella medicina: la cura e la prevenzione delle malattie non trasmissibili come i tumori, il miglioramento dell'assistenza ai ►

pazienti e del servizio sanitario pubblico, l'aumento dei fondi destinati alla ricerca nonché la creazione di reti di collaborazione tra i Paesi UE e della Regione Balcanica.

Contando sulla collaborazione di Francia, Spagna, Egitto e Turchia, sull'adesione di altri Paesi della costa Sud del Mediterraneo e su un'efficace rete di associazioni tra cui il Mediterranean Task Force for Cancer Control (MTCC), AIOM e Alleanza Contro il Cancro (ACC), COLOMED organizzerà il meeting internazionale "Colorectal Cancer in Mediterranean Countries: State of Art and Perspectives", che servirà da trampolino di lancio per questa iniziativa tanto attesa. Il meeting, che si terrà presso l'ISS il 18-19 settembre 2017, sancirà la formalizzazione del network COLOMED e l'impegno di tutti gli Stati Membri a firmare una Carta di Consenso contenente i principali obiettivi del Progetto.

Attività di formazione e divulgazione

Oltre alla creazione di un network nel Mediterraneo, COLOMED si è attivato direttamente per favorire la formazione e l'informazione, grazie a una serie di attività e di servizi dedicati al pubblico.

Attraverso il sito Internet, consultabile all'indirizzo www.colomed.it, il Progetto offre una panoramica, costantemente aggiornata, sugli eventi di spicco e sulle ultime novità nel campo della medicina e della ricerca sul cancro del colon-retto. Sul sito è inoltre possibile consultare, scaricare o stampare materiale medico-informativo affidabile e validato, nonché brochure disponibili in diverse lingue.



Il team COLOMED, in collaborazione con l'ISS, lancia per la prima volta "Colorectal cancer stem cells: from theory to practice", un corso che si svolgerà presso l'ISS dal 10 al 12 luglio 2017 e che sarà indirizzato a giovani ricercatori per approfondire lo studio teorico e pratico delle cellule staminali dei tumori del colon-retto.

Conclusioni

COLOMED rappresenta un'opportunità di progresso sia per gli esperti del settore sia per i cittadini dei Paesi coinvolti.

Coscienti del fatto che, in un mondo sempre più interconnesso, la creazione di reti e la comunicazione acquisiscono un valore imprescindibile, il Progetto è stato pensato in modo tale da coniugare scienza e comunicazione, agendo da ponte tra discipline e realtà diverse e fornendo uno strumento innovativo per l'avanzamento nella lotta contro il cancro del colon-retto. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Oncoline. Il canale di oncologia. La Repubblica. D'Aria I. Tumori, mille nuovi casi al giorno. In aumento tra le donne, in calo tra gli uomini (www.repubblica.it/oncologia/news/2016/09/27/news/tumori_aumentano_i_nuovi_casi_tra_le_donne-148541532/).
2. Crocetti E, Buzzoni C. *Tumore del colon-retto: le differenze di incidenza, mortalità e sopravvivenza fra Nord-Centro vs Sud: analisi dei dati e lettura critica delle differenze*. Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM). Prevenzione e controllo dei tumori in Italia Meridionale "Screening di popolazione e registrazione oncologica: lo stato dell'arte, le criticità, le prospettive di sviluppo". Cosenza, 25-26 febbraio 2010.
3. Stewart BW, Wild CP. (Ed.). *World Cancer Report 2014*. World Health Organization (WHO), International Agency for Cancer Research (IARC); 2014.
4. World Health Organization, International Agency for Cancer Research (IARC). *GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012* (http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx).
5. Giordano L, Bisanti L, Salamina G, et al. The EUROMED CANCER network: state-of-art of cancer screening programmes in non-EU Mediterranean countries. *Eur J Public Health* 2016;26(1):83-9.

"DIAMO IL MEGLIO DI NOI": LA CAMPAGNA NAZIONALE SU DONAZIONE E TRAPIANTO DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE



Emanuela Grasso, Manuela Trerotola, Marzia Filippetti, Tommaso Bertani e Daniela Storani
Ufficio Comunicazione, Centro Nazionale Trapianti, ISS

RIASSUNTO - "Diamo il Meglio di noi" è la Campagna nazionale su donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule, lanciata quest'anno dal Ministero della Salute, dal Centro Nazionale Trapianti e dalle Associazioni di settore. La campagna intende promuovere la cultura del dono e l'importanza del trapianto attraverso un grande network di aderenti.

Parole chiave: donazione; rete; adesione

SUMMARY ("Diamo il meglio di noi": the national campaign on donation and transplantation of organs, tissues and cells) - "Diamo il meglio di noi" is the Italian campaign on donation and transplantation of organs, tissues and cells, launched in 2016 by the Ministry of Health, the National Transplant Centre and voluntary associations. The campaign aims to promote the culture of donation through a large network of members.

Key words: donation; network; membership

comunicazione.cnt@iss.it

"Diamo il meglio di noi" è la Campagna nazionale su donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule lanciata nel 2016 dal Ministero della Salute, dal Centro Nazionale Trapianti (CNT) e dalle Associazioni di settore. La campagna intende promuovere la cultura del dono e l'importanza del trapianto attraverso un grande network di aderenti, organizzazioni pubbliche e private, ai quali si propone di utilizzare i propri mezzi di comunicazione interna e iniziative già tarate sui loro target.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è partner istituzionale della campagna. L'articolo intende descrivere le varie iniziative realizzate dalla Campagna e dai partner da maggio, mese del lancio, al gennaio 2017.

Maggio

Il programma degli appuntamenti 2016 si è aperto il 18 maggio con la "Bicicletta del Cuore", che ha visto i bambini trapiantati dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma pedalare in compagnia dell'attore comico Enrico Brignano e del cantante Al Bano Carrisi per promuovere e diffondere la cultura del dono. Il Ministro della Salute, on. Beatrice Lorenzin, ha accolto alla partenza il gruppo di piccoli ciclisti insieme alle

loro famiglie, ad amici e medici del Centro Trapianti. Percorrendo la pista ciclabile del Lungotevere, la bicicletta ha raggiunto lo stadio Olimpico per assistere alla Partita del Cuore: ad accogliere il gruppo c'era l'ex capitano della Nazionale Cantanti italiana Gianni Morandi.

In coincidenza con la Giornata Nazionale su donazione e trapianto di organi e tessuti, il 29 maggio, e nei giorni immediatamente precedenti, "Diamo il meglio di noi" è stata presentata al pubblico del Concorso ippico internazionale di Piazza di Siena (Villa Borghese) grazie alla Federazione Italiana Sport Equestri (FISE). In occasione della Giornata Nazionale non è mancato il supporto di alcuni testimonial dello sport e dello spettacolo: tra questi, la medaglia d'oro olimpica Daniele Masala, il nuotatore Marcello Guarducci e l'attore e regista Pino Quartullo.

Settembre

Dal 22 al 26 settembre, a Torino, "Diamo il meglio di noi" è stata ospite di "Terra Madre Salone del Gusto", uno spazio informativo sulla donazione e il trapianto messo a disposizione da Lurisia Beverage, dove il CNT e la Regione Piemonte hanno raccolto le dichiarazioni di volontà alla donazione dei cittadini presenti. ►



Enrico Brignano e Al Bano partecipano alla "Biciclettata del Cuore"



La Giornata Nazionale su donazione e trapianto di organi e tessuti insieme a testimonial di eccezione

Nello stesso periodo, il 25 settembre, AVIS ha ospitato la Campagna alle Avisiadi 2016, le olimpiadi di AVIS, un evento sportivo riproposto dopo 6 anni e pensato come un momento ludico di condivisione e di accrescimento associativo.

Settembre si è concluso con l'Associazione per lo Sviluppo della Comunicazione Aziendale in Italia (ASCAI), che ha regalato a "Diamo il meglio di noi" l'occasione di essere presentata ai responsabili della comunicazione delle principali aziende italiane, durante il Convegno annuale Comunica Impresa 2016, svoltosi il 30 settembre a Roma presso la sede di Poste Italiane.

Ottobre

A ottobre, a Firenze, la Fondazione Telethon, uno tra i primi aderenti e sostenitori della Campagna, ha promosso la giornata di incontri e presentazioni scientifiche "Dialoghi di Scienza" per avvicinare cittadini, istituzioni e pazienti alla ricerca scientifica. Un momento speciale quello dedicato alla Campagna all'interno del Congresso nazionale, evento nato con l'obiettivo di approfondire temi di importanza sociale, di salute e di assistenza al paziente per progredire insieme nella creazione di una cultura condivisa su questi temi.

Il gran finale 2016 di "Diamo il meglio di noi" si è tenuto dal 7 al 9 ottobre a Roma, in occasione della manifestazione "Granfondo Roma Campagnolo", già partner della Campagna, che ha ospitato tante iniziative a essa dedicate. Presso lo stand di "Diamo il meglio di noi" sono stati intervistati i promotori e i partner della Campagna, atleti trapiantati, testimonial del mondo dello sport e della musica. Lo stand al Villaggio Granfondo è stato un "salotto" che ha visto passare oltre 40mila visitatori. Un luogo di incontro con i cittadini che volevano ricevere informazioni sul tema e che, grazie alla presenza dei volontari dell'Associazione Italiana per la Donazione di Organi, Tessuti e Cellule (AIDO), hanno potuto dichiarare la propria volontà positiva sulla donazione di organi, tessuti e cellule.

Un momento di puro divertimento su due ruote è stata la "Minifondo dei trapiantati", organizzata da AS Roma Ciclismo e CNT sabato 8 ottobre: piccoli ciclisti trapiantati dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù hanno potuto trascorrere una giornata in bicicletta tra percorsi a ostacoli e gimcane, seguiti dai maestri e intrattenuti da animatori e trucca-bimbi. Dai piccoli ciclisti trapiantati agli atleti adulti trapiantati: la squadra ciclistica dell'Associazione Nazionale Emodializzati Dialisi e Trapianto - Onlus ANED Sport, formata da 20 pazienti trapiantati di rene, fegato, cuore e polmoni, ha partecipato alla Granfondo di domenica 9 ottobre pedalando per 125 chilometri con un dislivello di 2.025 metri totale.

Ancora vive nei ricordi della serata dell'8 ottobre l'evento "Diamo il meglio di noi - LIVE!", musica e spettacolo a sostegno della donazione che, annullato all'ultimo minuto a causa della pioggia improvvisa, ha visto trasformarsi il backstage del concerto-spettacolo in un momento di grande partecipazione da parte di tutti gli artisti presenti: protagonisti del mondo della musica e dello



"Diamo il meglio di noi" alla "Granfondo Roma Campagnolo"

spettacolo come Michele La Ginestra, Zero Assoluto, Coez e Andrea Perroni, e testimonial e campioni del mondo dello sport come Klaus Dibiasi, Sara Anzanello e Manuel Cappai. Sorrisi, autografi, messaggi, video e foto per una serata che ha coinvolto i giovanissimi a suon di musica e di risate per sensibilizzare al tema del dono. Su Facebook l'evento è stato seguitissimo e molti fan temerari hanno comunque affrontato il temporale per incontrare i propri idoli! Oggi "Diamo il meglio di noi - LIVE!" è anche un gadget: una compilation contenente brani musicali e pillole informative sul tema donazione e trapianto e sulle modalità di dichiarazione di volontà, disponibile come strumento di promozione e diffusione del tema e della Campagna.

Gennaio 2017

L'energia inespressa di "Diamo il Meglio di Noi - LIVE!" è venuta fuori il 9 gennaio scorso in un incontro dedicato ai giovani presso l'Aula Magna della Sapienza Università di Roma.

Una mattinata che ha visto sul palco anche i numerosi ospiti provenienti dal mondo dello sport e dello spettacolo per sostenere la campagna del Ministero della Salute. Dal comico Andrea Perroni, che ha raccontato alla platea delle sue frequenti ipocondrie, a Thomas degli Zero Assoluto che ha dedicato ai presenti un breve accenno della sua canzone *Sei parte di me*, il cui titolo sembra raccontare al meglio la scelta del donarsi agli altri, dai dubbi del blogger Guglielmo Scilla, che ha rivolto al direttore del CNT alcune domande per chiarirsi e far chiarire al pubblico molti punti importanti sulla procedura per la dichiarazione di volontà, alla toccante testimonianza dell'olimpionica di canottaggio a Rio de Janeiro 2016, Alessandra Patelli, che ha sottolineato come gli atleti, emblema della salute, debbano farsi portavoce di tutti coloro che la salute l'hanno persa. Una testimonianza rafforzata dal fatto che l'atleta veneta, oltre a essere una studentessa di medicina, interessata al tema dello sport come terapia per i trapiantati, è anche una donatrice di midollo.

A questa giornata hanno partecipato più di 400 universitari di tutte le Facoltà della Sapienza. All'evento sono stati invitati anche i ragazzi degli ultimi anni delle scuole superiori, con particolare attenzione agli istituti scolastici che hanno già stabilito un contatto con l'ISS nell'ambito del Progetto Alternanza scuola lavoro (Legge 107/2015 "La Buona Scuola").



I piccoli ciclisti trapiantati dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù protagonisti della minifondo



La squadra dei ciclisti trapiantati

Conclusioni

"Diamo il meglio di noi" è una Campagna che richiama sia i singoli che le associazioni/istituzioni/aziende a informarsi sul tema della donazione e ad esprimersi. Ogni anno, grazie al trapianto, migliaia di persone trovano una cura efficace e tornano a una vita piena. Chi ha ricevuto un trapianto può riprendere la propria vita, tornare a fare sport e avere figli. La donazione e il trapianto sono in una relazione unica tra di loro: il trapianto è l'unico livello di assistenza essenziale che non può essere garantito senza il donatore/donatrice. La possibilità di cura per un paziente in attesa di trapianto passa per l'atto di generosità del donatore e/o dei suoi familiari. La forza del messaggio della donazione è intrinseca, a ciascuno la libertà di scegliere. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

NEWS

I nuovi Dipartimenti e Centri dell'Istituto Superiore di Sanità: nominati i Direttori

In base al nuovo Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto (DM 2 marzo 2016, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 88 del 15 aprile 2016), l'Area operativa tecnico-scientifica è articolata in:

- 6 Dipartimenti;
- 16 Centri Nazionali;
- 2 Centri di Riferimento;
- 5 Servizi tecnico-scientifici;
- 1 Organismo notificato.



Di seguito sono indicati i nomi dei Direttori dei Dipartimenti e Centri.

Dipartimenti

Ambiente e salute	Eugenia Dogliotti
Malattie cardiovascolari, dismetaboliche e dell'invecchiamento	Simona Giampaoli
Malattie infettive	Giovanni Rezza
Neuroscienze	Maurizio Pocchiari
Oncologia e medicina molecolare	Mauro Biffoni
Sicurezza alimentare, nutrizione e sanità pubblica veterinaria	Umberto Agrimi

Centri Nazionali

Controllo e valutazione dei farmaci	Carlo Pini
Dipendenze e doping	Roberta Pacifici
Eccellenza clinica, qualità e sicurezza delle cure	Primiano Iannone
Health technology assessment	Marco Marchetti
Malattie rare	Domenica Taruscio
Prevenzione delle malattie e promozione della salute	Angela Spinelli
Protezione delle radiazioni e fisica computazionale	Francesco Bochicchio
Ricerca su HIV/AIDS	Barbara Ensoli
Ricerca e valutazione preclinica e clinica dei farmaci	Patrizia Popoli
Salute globale	Stefano Vella
Sostanze chimiche	Rosa Draisci
Sperimentazione e benessere animale	Rodolfo Nello Lorenzini
Tecnologie innovative in sanità pubblica	Paolo Lago
Telemedicina e nuove tecnologie	Antonio Bray
Sangue	Giancarlo Maria Liumbruno
Trapianti	Alessandro Nanni Costa

Centri di Riferimento

Medicina di genere	Valter Malorni
Scienze comportamentali e salute mentale	Enrico Alleva

Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

IMPATTO SULL'INCIDENZA E LA MORTALITÀ PER CANCRO DEL COLON RETTO DEL PROGRAMMA DI SCREENING COLORETTALE NELL'ULSS 4 ALTO VICENTINO

Alessandra Dal Zotto¹, Flavio Banovich¹, Franco Bassan¹, Giuseppe Borin¹, Stefano Rigon¹, Roberto Toffanin¹, Stefano Guzzinati², Ugo Fedeli³ e Manuel Zorzi²
¹ULSS 4 Alto Vicentino, Thiene (VI); ²Registro Tumori del Veneto, Regione Veneto, Padova; ³Sistema Epidemiologico Regionale, Regione Veneto, Padova

SUMMARY (*Impact of the screening programme of the local health unit 4 Alto Vicentino on colorectal cancer incidence and mortality*) - We analysed the impact of the colorectal cancer (CRC) screening programme of the local health unit 4 "Alto Vicentino" on incidence and mortality rates. The programme started in 2004, inviting 50-69 year-old residents to undergo a fecal immunochemical test (FIT) every two years. We computed CRC-specific incidence and mortality rates and compared the cumulative incidence and incidence-based mortality rates of the cohort of compliers with screening *vs* non-compliers. Incidence rates in the target population dropped from 125.2 x 100,000 (95% CI 91.8-158.6) in 2005 to 63.6 x 100,000 (95% CI 40.4-86.7) in 2012 (annual percent change, APC -8.5; 95% CI -13.3 to -3.4). Mortality rates in 50-74 year-old residents decreased from 52.6 x 100,000 (95% CI 32.4-72.8) in 2001 to 30.7 x 100,000 (95% CI 16.1-45.3) in 2012 (APC -2.53; 95% CI -5.67 to 0.72). Cumulative incidence was higher among compliers (hazard ratio 1.28; 95% CI 0.98-1.68), while cumulative incidence based-mortality was significantly higher for non-compliers (hazard ratio 2.99; 95% CI 1.83-4.87). These results may be attributed to the optimal extension of invitations, the high compliance with invitation and the high performance of FIT.

Key words: colorectal cancer screening; incidence; mortality

manuel.zorzi@regione.veneto.it

Introduzione

Diversi studi hanno evidenziato un'associazione tra l'adozione di programmi di screening basati sul test al guaiaco per la ricerca del sangue occulto fecale e una riduzione della mortalità da cancro del colon retto (CCR), pari mediamente al 16% (1).

A partire dal 2002 nelle ULSS del Veneto è stato avviato un programma di screening coloretale basato su test immuno-chimico (fecal immunochemical test - FIT) e nel 2009 si è raggiunta l'estensione su tutto il territorio regionale. Diversi studi hanno dimostrato una maggiore sensibilità del FIT rispetto al guaiaco (2). Il FIT, inoltre, ha il vantaggio di richiedere un solo campionamento e nessuna restrizione dietetica, con un conseguente aumento dell'adesione allo screening (2).

L'obiettivo di questo studio è valutare l'impatto nella popolazione target del programma di screening della ULSS 4 Alto Vicentino in termini di riduzione dell'incidenza e della mortalità, confrontando la coorte degli aderenti allo screening con quella dei non aderenti.

Metodi

A fine 2004 nella ULSS 4 Alto Vicentino è stato avviato un programma di screening basato su un test FIT per la ricerca del sangue occulto fecale, proposto con cadenza biennale ai circa 45.000 residenti di età 50-69 anni. È stato usato il test di agglutinazione al lattice OC-Sensor Micro (Eiken, Tokyo, Japan) con un *cut-off* di positività pari a 100 ng Hb/ml.

Già a fine 2005 il programma ha raggiunto un'estensione effettiva dell'82,4% (3) e alti tassi di adesione (80,5% nel 2005) (3) che si sono mantenuti tali anche negli anni successivi (77,8% nel 2012) (4).

Poiché la popolazione residente nell'ULSS 4 non è coperta dalla registrazione del Registro Tumori del Veneto, è stato realizzato un Registro di patologia del CCR a partire da una serie di possibili casi incidenti (pazienti con ricovero con codici di diagnosi di dimissione o degli interventi effettuati sospetti per CCR), che sono stati verificati attraverso la consultazione di diverse fonti (archivi di anatomia patologica, cartelle cliniche oncologiche, fascicolo sanitario elettronico, archivio di screening).

Per il calcolo dei tassi di incidenza sulla popolazione residente, sono stati considerati i residenti nella ULSS 4 di età compresa tra i 50-69 anni, mentre per il calcolo dei tassi di mortalità i residenti nella fascia d'età 50-74 anni.

Per il confronto dell'impatto dello screening tra soggetti sottoposti a screening e non, dall'archivio del software gestionale del programma di screening sono state estratte tutte le persone invitate allo screening dal 1° dicembre 2004 al 31 dicembre 2012. La popolazione residente è stata classificata come aderente o non aderente in funzione dell'aver eseguito o meno almeno un test di screening nel periodo di studio.

Per ogni soggetto è stato accertato lo stato in vita e, se deceduto, è stata acquisita la data e la causa di morte dal Registro regionale di mortalità.

Per ciascun soggetto l'inizio del follow up ha coinciso con la data del primo invito allo screening; i soggetti hanno contribuito al calcolo degli anni-persona fino alla prima delle seguenti evenienze: diagnosi di CCR, morte, emigrazione, compimento del 70esimo anno di età o fine del follow up (31 dicembre 2012).

Negli otto anni considerati sono stati attivati quattro round di screening; pertanto, per i soggetti che non avevano aderito al primo invito, ma a uno dei round successivi, gli anni-persona precedenti il primo test eseguito sono stati attribuiti alla coorte dei non aderenti, mentre quelli successivi al test di screening alla coorte degli aderenti, per evitare di incorrere nell'*immortality bias* (5).

Per la classificazione dei casi diagnosticati nell'ambito del programma di screening (*screen detected*) è stato consultato il software gestionale di screening. Sono stati inoltre definiti come *screen detected* i CCR diagnosticati entro tre mesi dall'esecuzione di un test di screening.

Sono stati calcolati i tassi di incidenza e mortalità causa-specifici nella popolazione residente e i relativi APC (annual percent change, con IC95%).

Sono state, inoltre, confrontate l'incidenza e l'*incidence based mortality* tra la coorte degli aderenti e quella dei non ▶

aderenti allo screening. A tale scopo sono state costruite le curve di Kaplan Meier e sono stati stimati gli hazard ratio (HR) e i loro intervalli di confidenza al 95% (IC95%) con il modello di regressione multivariata di Cox. Gli HR sono stati aggiustati per età e sesso. Le analisi statistiche sono state effettuate con Stata 10.0.

Risultati

Complessivamente, nei residenti dell'ULSS 4 di età compresa tra 50 e 69 anni tra il 2005 e il 2012 sono stati diagnosticati 408 casi di CCR.

In tale periodo il tasso di incidenza di CCR si è ridotto da 125,2 per 100.000 (95% IC 91,8-158,6) a 63,6 per 100.000 (95% IC 40,4-86,7), con una riduzione annuale media superiore all'8% (APC-8,5; IC 95% da -13,3 a -3,4). I tassi di mortalità specifici per CCR nei residenti 50-74enni sono scesi da 52,6 per 100.000 (95% IC 32,4-72,8) nel 2001 a 30,7 per 100.000 (95% IC 16,1-45,3) nel 2012 (APC-2,53; IC 95% da -5,67 a 0,72).

Lo studio di coorte ha riguardato 61.820 soggetti, con un follow up medio di 5,6 anni (Tabella - Persone invitate dal programma di screening coloretale della ULSS 4 Alto Vicentino nel periodo dicembre 2004-dicembre 2012. È possibile consultare online la Tabella nella versione estesa del BEN). Di questi, 10.972 soggetti (17,7%) non hanno mai aderito agli inviti del programma, mentre 50.848 (82,3%) hanno eseguito almeno un test di screening. Dei 367 CCR incidenti successivamente alla data del primo invito allo screening, l'81,7% (n. 300) si è verificato tra i soggetti che hanno aderito allo screening, il 75,3% dei quali *screen detected* (n. 226).

Complessivamente, il 35,7% (131 casi) dei CCR alla diagnosi era in stadio I e il 10,4% in stadio IV. Nella coorte degli aderenti la maggior parte delle neoplasie era in stadio I (41,3%; 46% per i tumori *screen detected*), mentre tra i non aderenti i casi in stadio I erano il 10,4% e più della metà dei casi (55,3%) si presentava in stadio III o IV.

Tra gli aderenti allo screening, l'incidenza cumulativa mostra un andamento a gradini (Figura 1a - Tassi cumulativi di incidenza per tumore del colon retto nelle coorti di aderenti e non aderenti allo screening. È possibile consultare online la Figura nella versione estesa del BEN), con un incremento del tasso negli anni pari di follow up, corrispondenti agli anni di ripetizione dei test di screening, che avvengono con cadenza biennale, alternati ad anni con una crescita dei tassi molto limitata, derivante dai soli cancri di intervallo, diagnosticati nei 2 anni successivi agli episodi di screening negativi.

L'incidenza cumulativa negli aderenti è superiore a quella nei non aderenti fino al 6° anno di screening, poi le curve si incrociano con valori più elevati in questi ultimi (*likelihood score test*: $p = 0,03$).

Il modello di Cox, aggiustato per sesso ed età, evidenzia un eccesso del 28% del rischio di diagnosi di CCR nella coorte degli aderenti (HR 1,28; IC 95% 0,98-1,68). Il rischio, inoltre, aumenta con l'età ed è maggiore nel sesso maschile, con una riduzione per le femmine del 44%.

L'*incidence based mortality* mostra valori sovrapponibili tra le due coorti fino al secondo anno di follow up, a cui fa seguito una forbice che si allarga progressivamente (Figura 1b - Tassi cumulativi di *incidence based mortality* per tumore del colon retto nelle coorti di aderenti e non aderenti allo screening. È possibile consultare online la Figura nella versione estesa del BEN). La differenza tra le due curve diventa statisticamente significativa a partire circa dal 5° anno di follow up. I non aderenti mostrano un eccesso significativo del rischio di morire circa 3 volte superiore rispetto agli aderenti, tenuto conto delle differenze per sesso ed età (HR 2,99; IC 95% 1,83-4,87). Rispetto alla classe d'età di riferimento (50-54 anni) il rischio aumenta con l'età, mentre nelle femmine il rischio è inferiore del 38% rispetto ai maschi.

Discussione

Nell'arco di 8 anni dall'avvio del programma di screening abbiamo osservato un dimezzamento dei tassi di incidenza e una progressiva riduzione della mortalità. Il trend in riduzione di entrambi gli indicatori non era ancora stabilizzato a fine studio, per cui è possibile che l'impatto dello screening sia maggiore rispetto a quello osservato.

Diversamente dai trial storici basati sul test al guaiaco, che avevano riportato evidenze contrastanti in termini di riduzione dell'incidenza, con assenza di alcun effetto o con riduzioni che si manifestavano in tempi superiori a 10 anni di follow up (2), abbiamo osservato un calo precoce dell'incidenza, a partire già dal sesto anno dall'avvio del programma. Questo dato è in linea con diversi studi di coorte basati sul FIT (6-8).

La nostra analisi di coorte mostra un aumento iniziale dell'incidenza del CCR negli aderenti allo screening, dovuto all'anticipo diagnostico di lesioni che altrimenti sarebbero comparse successivamente; tuttavia nel giro di pochi anni si evidenzia l'effetto di riduzione dell'incidenza associato alla bonifica di grandi numeri di lesioni pre-tumorali nella popolazione sottoposta a screening.

Nonostante l'analisi di Cox abbia evidenziato un eccesso di rischio di CCR tra gli aderenti, questo risultato è legato all'aumento di incidenza che si osserva tra gli aderenti nei primi anni di avvio del programma di screening. Il significato di questo risultato tuttavia è molto limitato, poiché, come già dimostrato (6), disponendo di un maggior numero di anni di follow up ci si attende che il rapporto tra i rischi si inverta grazie alla riduzione di incidenza di CCR nei soggetti sottoposti a screening negli anni successivi all'avvio del programma.

Già dopo 6 anni dall'avvio dello screening si osserva una riduzione significativa della mortalità per CCR nelle persone che hanno scelto di aderire allo screening. L'eccesso di mortalità nei non aderenti può essere spiegato sia con una migliore prognosi dei casi *screen detected*, attribuibile alla migliore distribuzione per stadio alla diagnosi rispetto ai tumori diagnosticati al di fuori del programma di screening, sia, con effetto nel medio-lungo termine, con una riduzione dell'incidenza di casi tra gli screenati.

Il limite principale di questo studio è rappresentato dalla mancanza di un gruppo di confronto randomizzato. Le due coorti aderenti e non aderenti allo screening potrebbero infatti essere differenti tra loro per una serie di fattori che potrebbero confondere le associazioni osservate tra esperienza di screening, incidenza e mortalità da CCR.

Per quanto riguarda l'incidenza, non sono purtroppo disponibili dati individuali su fattori associati a un aumento del rischio di CCR. Peraltro, mentre i fattori con un rischio relativo elevato (ad esempio, sindrome di Lynch, poliposi familiare, ecc.) sono poco numerosi e hanno una frazione attribuibile limitata, per la maggior parte dei fattori di rischio noti, di difficile rilevazione a partire da fonti di dati routinarie, il rischio relativo è basso.

Per quanto riguarda la mortalità, nonostante il ricorso all'analisi dell'*incidence based mortality*, è possibile che una parte dell'eccesso osservato tra i non aderenti sia dovuto a fattori non rilevati dallo studio, quali la mancanza di percorsi diagnostici e terapeutici pre-stabiliti (previsti dagli screening), con possibili ritardi ed inefficienze. Tuttavia, dal momento che la presa in carico dei pazienti per la definizione della diagnosi e della terapia è parte integrante dei programmi di screening, il dato osservato riflette l'impatto dello screening nella sua interezza.

I nostri risultati confermano le grandi potenzialità dello screening coloretale e sono riconducibili essenzialmente a tre fattori: l'estensione degli inviti ottimale, che ha raggiunto costantemente tutta la popolazione target; l'adesione all'invito estremamente elevata sia al test di primo livello (mai scesa sotto il 75% degli invitati) che alla colonscopia di approfondimento tra i soggetti positivi al FIT; l'utilizzo di un test immunologico, che ha una performance nettamente superiore rispetto al guaiaco utilizzato nei trial storici. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

- Hewitson P, Glasziou P, Watson E, *et al.* Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. *Am J Gastroenterol* 2008;103(6):1541-9.
- Segnan N, Patnick J, von Karsa L (Ed.). *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis*. 1st edition. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
- Zorzi M, Fedato C, Cogo C, Vettorazzi M (Ed.). *I programmi di screening oncologici del Veneto. Rapporto 2005*. Padova: CLEUP; 2007.
- Zorzi M, Fedato C, Cogo C, Baracco S, Da Re F (Ed.). *I programmi di screening oncologici del Veneto. Rapporto 2011-2012*. Padova: CLEUP; 2013.
- Suissa S. Immortal time bias in pharmaco-epidemiology. *Am J Epidemiol* 2008;167(4):492-9.
- Ventura L, Mantellini P, Grazzini G, *et al.* The impact of immunochemical faecal occult blood testing on colorectal cancer incidence. *Dig Liver Dis* 2014;46(1):82-6.
- Zorzi M, Fedeli U, Schievano E, *et al.* Impact on colorectal cancer mortality of screening programmes based on the faecal immunochemical test. *Gut* 2015;64(5):784-90.
- Giorgi Rossi P, Vicentini M, Sacchetti C, *et al.* Impact of Screening Program on Incidence of Colorectal Cancer: A Cohort Study in Italy. *Am J Gastroenterol* 2015;110(9):1359-66.

LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DEI TUMORI NASO-SINUSALI IN ITALIA NEL PERIODO 1989-2012

Alessandra Binazzi¹, Michela Bonafede¹, Marisa Corfiati¹, Davide Di Marzio¹, Stefania Massari¹, Alberto Scarselli¹, Silvia Eccher², Anna Maria Cacciatore³, Carolina Mensi⁴, Paolo Galli⁵, Lucia Miligi⁶, Roberto Calisti⁷, Elisa Romeo⁸, Alessandro Franchi⁹ e Alessandro Marinaccio¹

¹Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale, INAIL, Roma; ²COR TuNS Provincia Autonoma di Trento, Medicina del Lavoro, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento; ³COR TuNS Piemonte, ASL Cuneo 1; ⁴COR TuNS Lombardia, Dipartimento di Medicina Preventiva, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; ⁵COR TuNS Emilia-Romagna, Dipartimento di Sanità Pubblica, UOC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, AUSL Imola; ⁶COR TuNS Toscana, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica, Struttura complessa di Epidemiologia Occupazionale e Ambientale, Firenze; ⁷COR TuNS Marche, Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, Area Vasta Territoriale n. 3 Civitanova Marche, ASUR Marche; ⁸COR TuNS Lazio, Dipartimento di Epidemiologia, ASL Roma E; ⁹Dipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale, Sezione di Anatomia Patologica, Università degli Studi di Firenze

SUMMARY (*Epidemiological surveillance of sinonasal cancer in Italy from 1989 through 2012*) - The Italian National Sinonasal Cancer Register has collected 1,352 sinonasal cancer (SNC) cases in the period 1989-2012. The age-standardized rates (cases per 100,000) in the period 2010-11 were 0.86 in men and 0.31 in women. The most frequent agents involved were wood (49.4%) and leather dust (39.6%), followed by solvents (11.4%), chromium (4.9%) and formaldehyde (4.5%). Epidemiological surveillance of cases and of their occupational history is pivotal to monitor SNC occurrence in exposed workers and to reveal exposures in unexpected industrial sectors, generally not considered at high risk of SNC, and even in non-occupational settings.

Key words: neoplasms; occupational exposure; registries

a.binazzi@inail.it

Introduzione

I tumori maligni naso-sinusali (ICD-10: C30-C31; ICD-9:160) sono tumori rari con incidenza annuale in Italia di circa 1 per 100.000 (tasso standardizzato per età, su popolazione europea: 0,8 negli uomini e 0,3 nelle donne nel periodo 2005-09) (1). Rappresentano meno dell'1% di tutti i tumori e meno del 4% di tutti i tumori maligni della testa e del collo (2).

A fronte della bassa incidenza nella popolazione generale, si osserva invece una rilevante frazione di casi in popolazioni lavorative esposte a specifici agenti causali, identificando i tumori naso-sinusali (TuNS) di tipo epiteliale come neoplasia con maggiore quota

di casi di origine professionale, dopo il mesotelioma maligno indotto da esposizione ad amianto.

Sulla base delle evidenze disponibili, l'Agenzia Internazionale di Ricerca sul Cancro ha valutato alcuni agenti o circostanze di esposizione con evidenza certa o limitata di cancerogenicità per l'uomo (gruppi 1 e 2A) per la sede TuNS: la produzione di alcol isopropilico, i composti del nichel, il fumo di tabacco, il radio 226 e 228 e i prodotti del loro decadimento, le polveri di cuoio e le polveri di legno, le attività di carpenteria e falegnameria, i composti del cromo esavalente, la formaldeide e le lavorazioni tessili (3).

In attuazione di quanto previsto dall'art. 244 del DLvo 81/2008, presso

l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale, è attivo il Registro Nazionale dei Tumori Naso-Sinusali (ReNaTuNS) (4). Il ReNaTuNS stima l'incidenza dei casi di TuNS in Italia, raccoglie le informazioni sulla progressiva esposizione ad agenti correlati al rischio di TuNS e rappresenta quindi una base informativa per studi analitici di epidemiologia occupazionale e per la definizione di informazioni relative all'esposizione a fini preventivi e medico-assicurativi. Obiettivo del presente articolo è descrivere le attività del ReNaTuNS, riferendo i dati aggregati acquisiti dalle esperienze di sorveglianza in corso. ►

Materiali e metodi

L'architettura del ReNaTuNS si basa sui Centri Operativi Regionali (COR), istituiti in analogia a quelli già da tempo sperimentati in Italia ai fini del Registro Nazionale Mesoteliomi (5). Attualmente sono attivi e hanno trasmesso i dati al ReNaTuNS, i registri regionali dei TuNS del Piemonte, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Emilia-Romagna, Toscana, Marche e Lazio. Recentemente è stato istituito il registro nella Provincia Autonoma di Bolzano e sono in corso esperienze di sperimentazione in Sardegna, Campania e Puglia.

Il ReNaTuNS ha registrato una selezione di tutti i tipi di tumore maligno primitivo delle fosse nasali e dei seni paranasali, con diagnosi certa o probabile, dal 1989 al 2012. La definizione dell'esposizione si basa sulla raccolta dettagliata della storia lavorativa, extralavorativa e degli stili di vita del caso segnalato, sulla codifica del settore lavorativo e della mansione, e sulla revisione delle informazioni raccolte e la loro traduzione in termini di esposizione da parte degli esperti igienisti industriali (6).

Risultati

L'archivio del ReNaTuNS comprende, a dicembre del 2012, informazioni relative a 1.352 casi di TuNS. Il 79% dei soggetti ha un'età compresa tra 55 e 84 anni. L'età media alla diagnosi è di 66,2 anni senza differenze apprezzabili per genere (66,5 anni nelle donne e 66,1 negli uomini). Il rapporto di genere (U/D) è pari a 2,7. Il 73,4% dei 1.352 casi archiviati è di genere maschile (n. 992), mentre il 26,6% è di genere femminile (n. 360). Nell'intero archivio i casi con una diagnosi di TuNS certo sono il 98,6%. Le sedi anatomiche delle lesioni più frequenti sono le cavità nasali (41,6%), il seno etmoidale (20,6%) e il seno mascellare (16,8%). Le morfologie più diffuse sono i carcinomi a cellule squamose (34,3%) e gli adenocarcinomi di tipo intestinale (21%) (Tabella - Archivio del Registro Nazionale dei Tumori Naso-Sinusalì (ReNaTuNS). Numero di casi per genere, classe d'età, sede anatomica, morfologia ed esposizione. Italia, 1989-2012. È possibile consultare online la Tabella nella versione estesa del BEN). Il tasso medio di incidenza nel periodo 2010-11 è 0,86 (casi per 100.000) negli uomini e 0,31 nelle donne. L'esposizione è stata definita per 900 casi (66,6% del totale). Nell'insieme dei casi con esposizione definita il 67% presenta un'esposizione professionale, lo 0,9% familiare, il 3,6% per un'attività extra lavorativa di svago o hobby. Per il 28,5% dei casi l'esposizione è improbabile

o ignota (Tabella). Gli agenti cancerogeni più frequenti sono le polveri di legno (49,4% dei periodi di esposizione lavorativa definiti per agente) e di cuoio (39,6%), seguiti da solventi (11,4%), cromo (4,9%) e formaldeide (4,5%). I settori di attività maggiormente coinvolti nell'esposizione a polveri di legno sono la fabbricazione di mobili in legno e di serramenti in legno. Per quanto riguarda le polveri di cuoio, i settori prevalenti riguardano la produzione di calzature.

Discussione

Il sistema di sorveglianza epidemiologica dei casi incidenti di TuNS con metodi di ricerca attiva e di analisi standardizzata delle storie professionali, residenziali e familiari dei soggetti ammalati è di particolare rilevanza in Italia, dove il numero di esposti ai fattori di rischio è piuttosto elevato (in molti casi con scarsa consapevolezza). I tassi di incidenza negli uomini sono quasi tre volte quelli delle donne, probabilmente a causa delle differenze nelle pregresse esposizioni a cancerogeni. Si è osservato che i tumori nasali originano prevalentemente nelle cavità nasali, e con meno frequenza nei seni etmoidale e mascellare. La morfologia più frequente è il carcinoma a cellule squamose. Questi risultati sono in linea con le stime riportate da altri studi (7). La percentuale di esposti professionalmente sul totale dei soggetti con esposizione definita è quasi il 75% negli uomini e più del 40% nelle donne (Tabella), valori non trascurabili anche in queste ultime, che sottolineano l'importanza di approfondire la storia espositiva dei casi di TuNS. Sono state identificate esposizioni significative per i lavoratori nei settori della lavorazione del legno e delle pelli, ma anche in altri ambiti occupazionali inattesi. I risultati suggeriscono infine l'approfondimento dei casi con esposizione definita "ignota", al fine di identificare fattori di rischio misconosciuti o non valutati e proporre nuove ipotesi eziologiche. Tuttavia rimangono aperte numerose questioni critiche. Una rilevante parte di territorio nazionale a oggi non dispone del registro, e la capacità di analisi epidemiologica dei dati aggregati e la dimensione degli approfondimenti di ricerca a partire dai dati nazionali è ancora limitata. È auspicabile che la ricerca attiva dei casi di TuNS e l'analisi dell'esposizione diventino un'attività sistematica e coordinata, uno strumento fondamentale per la prevenzione della malattia, la tutela dei diritti dei soggetti ammalati e dei loro familiari e la corretta gestione delle risorse di sanità pubblica. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. AIRTUM - ITACAN. Tumori in Italia. Versione 2.0 - Cavità nasali (<http://itacan.ispo.toscana.it/italian/StatsFact.asp?cancer=150&country=39000>).
2. Barnes L, Tse LLY, Hunt JL, et al. Tumours of the nasal cavity and paranasal sinuses. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D (Ed.). *Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours*. World Health Organization Classification of Tumours. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC) Press; 2005:9-80.
3. Agents Classified by the IARC Monographs, Volumes 1-112. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC) Press; 2011. (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/Table4.pdf>).
4. Italia. DLvo 9 aprile 2008, n. 81. Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
5. Italia. Decreto Presidenza Consiglio dei Ministri n. 308/2002. "Regolamento per la determinazione del modello e delle modalità di tenuta del registro dei casi di mesotelioma asbesto correlati ai sensi dell'articolo 36, comma 3, del D.Lgs. 277/1991".
6. Marinaccio A, Binazzi A, Gorini G, et al. *Manuale operativo per la definizione di procedure e standard diagnostici e anamnestici per la rilevazione, a livello regionale, dei casi di tumore dei seni nasali e paranasali, e attivazione del Registro Nazionale (ReNaTuNS)*. Roma: ISPESL; 2009.
7. Slack R, Young C, Rushton L, et al. Occupational cancer in Britain. Nasopharynx and sinonasal cancers. *Br J Cancer* 2012;107 Suppl 1:S49-55.

Comitato scientifico, ISS

A. Bella, C. Donfrancesco, A. Filia, L. Galluzzo, C. Giambi, I. Lega, L. Penna, P. Luzi, M. Maggini, S. Mallone, L. Nisticò, L. Palmieri, P. Barbariol, P. Scardetta, S. Spila Alegiani, A. Tavilla, M. Torre

Comitato editoriale, ISS

P. De Castro, C. Faralli, M. Maggini, A. Spinelli

Istruzioni per gli autori

www.epicentro.iss.it/ben/come-preparare.asp

e-mail: ben@iss.it

Convegno

**L'INFRASTRUTTURA DI RICERCA ITALIANA
PER LA MEDICINA TRASLAZIONALE:
LA PROMOZIONE DELLA SALUTE
INCONTRA INNOVAZIONE COMPETITIVITÀ E SVILUPPO**

**Istituto Superiore di Sanità
Roma, 19 ottobre 2016**

Francesca Capone, Valentina La Sorsa, Luisa Minghetti e Franca Moretti
Servizio di Coordinamento e Supporto alla Ricerca, ISS

RIASSUNTO - Il 19 ottobre 2016 si è tenuto, presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il Convegno "L'Infrastruttura di Ricerca italiana per la Medicina Traslazionale: la promozione della salute incontra innovazione competitività e sviluppo", organizzato per presentare l'Infrastruttura di Ricerca italiana, A_IATRIS, coordinata dall'ISS con l'obiettivo di promuovere la medicina traslazionale.

Parole chiave: medicina traslazionale; innovazione; infrastrutture di ricerca

SUMMARY (*The Italian Research Infrastructure for Translational Medicine: health promotion meets innovation competitiveness and development*) - The Conference "The Italian Research Infrastructure for Translational Medicine: health promotion meets innovation competitiveness and development", was held on 19th October 2016 at the Italian National Institute of Health (ISS) to present A_IATRIS, the Italian Research Infrastructure, coordinated by the ISS and devoted to promote translational medicine.

Key words: translational medicine; innovation; research infrastructures

franca.moretti@iss.it

La portata delle “grandi sfide” globali dell’umanità impone un nuovo paradigma per la ricerca scientifica sempre più basata su collaborazioni di tipo multidisciplinare, sia che si perseguano scopi di conoscenza fondamentale sia che si affrontino tematiche più direttamente legate all’innovazione.

Promuovere in modo coordinato la ricerca traslazionale, mirata a tradurre le scoperte scientifiche in innovazione e interventi per la salute pubblica, è oggi un obiettivo primario per lo sviluppo scientifico e socio-economico e per il miglioramento del rapporto qualità-costi dei sistemi sanitari nazionali.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), quale organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale, ha dedicato un impegno costante alla promozione di iniziative di frontiera in molte aree della ricerca biomedica traslazionale.

Nell’ambito di questa sua funzione in sanità pubblica, l’ISS ha contribuito al disegno e alla creazione di EATRIS (European Advanced Translational Research Infrastructure), l’infrastruttura di ricerca europea dedicata in modo specifico alla medicina traslazionale, che vede la partecipazione di 12 Paesi e comprende circa 80 Istituti di eccellenza riuniti nella finalità ►

L'ISS ha contribuito al disegno e alla creazione di EATRIS, l'infrastruttura di ricerca europea dedicata alla medicina traslazionale

Il Convegno ha presentato A_IATRIS, l'infrastruttura di ricerca italiana coordinata dall'ISS, che riunisce strutture pubbliche di eccellenza per la promozione della medicina traslazionale



L'Infrastruttura di Ricerca italiana per la Medicina Traslazionale:

la promozione della salute incontra innovazione competitività e sviluppo

19 ottobre 2016

Aula Pocchiarri

Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena 299, Roma

di agevolare la trasformazione della ricerca in opportunità terapeutiche e di sviluppo.

In questo contesto si inserisce il Convegno "L'Infrastruttura di Ricerca italiana per la Medicina Traslazionale: la promozione della salute incontra innovazione competitività e sviluppo" che si è tenuto il 19 ottobre 2016 presso l'ISS. L'evento è stato organizzato per presentare l'Infrastruttura di ricerca italiana A_IATRIS (Italian Advanced Translational Research Infrastructure), coordinata dall'ISS, che riunisce strutture pubbliche di eccellenza tra cui Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), università ed enti di ricerca con l'obiettivo di promuovere la medicina traslazionale.

La giornata è stata dedicata all'informazione sulle prospettive aperte dall'Associazione A_IATRIS nei confronti dei referenti per le politiche regionali e nazionali sulla ricerca sanitaria, le Associazioni dei pazienti, i rappresentanti delle industrie e la comunità scientifica che possono trovare in A_IATRIS non solo uno strumento per agevolare il flusso, bidirezionale, di informazioni tra il laboratorio e il letto del paziente e velocizzare il percorso di trasformazione della ricerca di base in un prodotto innovativo, ma anche un repertorio di facilities altamente specializzate e avanzate.

Il Convegno si è articolato in due sessioni.

La prima sessione ha visto la presentazione della Associazione da parte del Presidente dell'ISS, Walter Ricciardi, che ha evidenziato come, in un momento storico in cui le sfide per la

salute sono molteplici e sempre più complesse, A_IATRIS possa rappresentare uno strumento importante innanzitutto per promuovere la salute ma, allo stesso tempo, in grado di dare una spinta propulsiva per razionalizzare e potenziare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche disponibili e, quindi, generare nuove e migliori opportunità in termini di ritorno economico e di competitività per il Paese.

A seguire, Franca Moretti, coordinatore scientifico di A_IATRIS, ha esposto in dettaglio le caratteristiche dell'Associazione anche in relazione all'Infrastruttura europea EATRIS, di cui A_IATRIS rappresenta il nodo italiano.

La prima sessione si è conclusa con una Tavola rotonda in cui rappresentanti dei Ministeri della Salute e dello Sviluppo Economico, dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), di Assobiotec, del cluster Advanced Life Science in Italy (ALISEI), di Farindustria e di Associazioni dei pazienti hanno dibattuto circa il ruolo di A_IATRIS come strumento chiave per ottimizzare le risorse, favorire la cooperazione e "fare sistema" per utilizzare al meglio l'eccellenza esistente sul territorio, promuovendone la valorizzazione.

La sessione pomeridiana si è articolata con la presentazione di alcuni casi di successo (*case history*) nei quali la collaborazione tra imprese private e istituzioni pubbliche di ricerca si è rivelata un elemento chiave per sostenere e incrementare l'efficienza del processo di sviluppo di nuovi prodotti medicinali per terapie avanzate, garantendone l'accesso ai pazienti.

Il primo *case history* ha avuto come protagonista un farmaco di terapia genica per il trattamento di pazienti con una malattia rara (ADA-SCID), la cui realizzazione e immissione in commercio è avvenuta grazie a un'azione sinergica in cui la ricerca iniziata in accademia è stata portata avanti grazie alla collaborazione con l'industria farmaceutica.

Il secondo *case history* ha descritto i processi che hanno portato alla realizzazione di un prodotto medicinale che permette, a seguito di gravi ustioni corneali, la rigenerazione completa del tessuto danneggiato e il recupero della capacità visiva nei pazienti. Questo prodotto di terapia avanzata è il primo farmaco a base di cellule staminali approvato e formalmente registrato al mondo ed è stato messo a punto grazie alla collaborazione fra l'università, la sua spin off e l'industria farmaceutica

Un ulteriore impulso al dialogo fra i principali protagonisti nel settore della medicina traslazionale è stato fornito dalla presentazione dell'International Immunology Network, un forum collaborativo globale tra industria e mondo accademico, che mira a promuovere la comprensione scientifica dell'immuno-oncologia e a facilitare la traduzione dei risultati della ricerca scientifica in studi clinici e, alla fine, in pratica clinica.

La sessione pomeridiana è terminata con l'intervento del rappresentante dell'Associazione di pazienti Famiglie SMA (Genitori per la Ricerca sull'Atrofia Muscolare Spinale), che ha esposto le difficoltà incontrate dai pazienti stessi nel percorso assistenziale offerto dal servizio pubblico e il



valore aggiunto che le infrastrutture dedicate alla ricerca traslazionale potrebbero fornire in questo tipo di scenario.

Nel complesso i *case history*, pur rappresentando storie di successo, hanno evidenziato le criticità e i colli di bottiglia che ne hanno rallentato il cammino, e quanto A_IATRIS possa diventare un punto di riferimento per la ricerca italiana, essenziale per il raggiungimento di risultati concreti come nuove terapie o strategie di prevenzione.

In questa prospettiva, l'Associazione A_IATRIS si configura come un'opportunità unica per il Paese per creare una rete nazionale integrata con l'Europa, che comprenda le migliori realtà, disseminate sul territorio, in grado di fornire servizi di qualità per la promozione della medicina traslazionale e la ricerca clinica fungendo in senso più ampio da supporto allo sviluppo del sistema sanitario del nostro Paese. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Durante il Convegno sono stati presentati alcuni case history nei quali la collaborazione tra imprese private e istituzioni pubbliche ha portato allo sviluppo di nuovi prodotti medicinali per terapie avanzate

NEWS

Meningite, come e quando difendersi con la vaccinazione

A cura dell'Ufficio Stampa, ISS
con la supervisione scientifica di Giovanni Rezza e Paola Stefanelli
(Dipartimento di Malattie infettive, ISS)

In Italia, attualmente, non c'è un'epidemia di meningite. L'analisi dei dati conferma, infatti, che non esiste alcuna evidenza di emergenza di sanità pubblica a livello nazionale. Per saperne di più, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha preparato delle FAQ, di seguito riportate, per aiutare i cittadini.

L'effetto mediatico di notizie allarmistiche ha generato preoccupazione tra la popolazione generale e molte sono state le richieste pressanti da parte dei cittadini per avere maggiori informazioni sulla vaccinazione contro il meningococco. Tuttavia, dal punto di vista scientifico ed epidemiologico, la diffusione delle malattie invasive (meningiti e/o sepsi) è sovrapponibile a quella dell'anno precedente. Il patogeno più pericoloso, il meningococco, continua a essere responsabile, in Italia, di circa 200 casi l'anno, mentre le forme invasive dello pneumococco, prevenibili con vaccinazioni, sono in diminuzione. La scintilla che ha scatenato questa crescente attenzione mediatica sulle malattie invasive da meningococco, ricordano gli esperti dell'ISS, trova la sua origine nell'anomalo aumento, dal gennaio 2015, di casi da meningococco C nella zona centrale della Toscana. Questo incremento, spiegato con la circolazione in quell'area di un clone di meningococco particolarmente aggressivo, ha innescato una risposta decisa da parte delle autorità sanitarie della Regione Toscana che, per fronteggiarne la diffusione, ha adottato una politica di offerta vaccinale molto ampia a favore della popolazione. Ma non si può certo parlare di epidemia.

Per questo motivo, l'ISS ha cercato di rendere disponibili tutte le informazioni sulla meningite attraverso risposte chiare e semplici alle svariate richieste dei cittadini.

Quali batteri causano la meningite?

Tra gli agenti batterici che causano la meningite il più temuto è *Neisseria meningitidis* (meningococco), oltre a *Streptococcus pneumoniae* (pneumococco) e *Haemophilus influenzae*.

Del meningococco esistono diversi sierogruppi: A, B, C, Y, W135, X.

Quali sono i più aggressivi e quali i più frequenti?

Il più aggressivo è il meningococco di sierogruppo C, che insieme al B è il più frequente in Italia e in Europa. Secondo l'ISS, nel 2015 si sono verificati in Italia quasi 200 casi di malattia invasiva da meningococco, la maggior parte dei quali causati dai sierogruppi B e C.



Quali sono le fasce più a rischio di contrarre l'infezione causata dai diversi tipi di meningococco?

I bambini piccoli e gli adolescenti, ma anche i giovani adulti, sono a rischio più elevato di contrarre infezione e malattia. Per quanto riguarda il sierogruppo B, la maggior parte dei casi si concentra fra i bambini più piccoli, al di sotto dell'anno di età.

Quali sono i vaccini a disposizione contro la meningite e, esattamente, contro quali ceppi?

Esistono tre tipi di vaccino anti-meningococco:

- il vaccino coniugato contro il meningococco di sierogruppo C (MenC): è il più frequentemente utilizzato e protegge solo dal sierotipo C;
- il vaccino coniugato tetravalente, che protegge dai sierogruppi A, C, W e Y;
- il vaccino contro il meningococco di tipo B: protegge esclusivamente contro questo sierogruppo.

Sono obbligatori o raccomandati?

Alcuni vaccini sono già raccomandati e offerti gratuitamente, altri invece lo saranno appena entrerà in vigore il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale.

La scheda vaccinale attualmente in vigore prevede la vaccinazione anti-meningococco C nei bambini che abbiano compiuto un anno di età, mentre è consigliato un richiamo con vaccino tetravalente per gli adolescenti.

Il vaccino tetravalente coniugato anti-meningococco A, C, Y, W, è consigliato anche per gli adolescenti che non sono stati vaccinati da piccoli, e dovrebbe comunque essere somministrato a chi si reca in Paesi ove sono presenti i sierogruppi di meningococco contenuti nel vaccino.

Al di fuori delle due fasce di età sopracitate, il vaccino è fortemente raccomandato in persone a rischio o affette da alcune patologie (talassemia, diabete, malattie epatiche croniche gravi, immunodeficienze congenite o acquisite ecc.) o per la presenza di particolari condizioni (lattanti che frequentano gli asili nido, ragazzi che vivono in collegi, frequentano discoteche e/o dormono in dormitori, reclute militari e, come sopra accennato, per chiunque debba recarsi in regioni del mondo dove la malattia meningococcica è comune, come ad esempio alcune zone dell'Africa).

Il vaccino contro il meningococco B, attualmente offerto in alcune Regioni nel primo anno di età, sarà presto raccomandato per i bambini più piccoli anche a livello nazionale.



Quali sono gratuiti e quali a carico del cittadino?

La vaccinazione contro il meningococco C è gratuita e prevede una sola dose a 13 mesi. Per il resto l'offerta vaccinale varia da Regione a Regione.

La vaccinazione contro il meningococco B prevede diversi dosaggi a seconda dell'età in cui si inizia a vaccinare, anche se il vaccino è indicato soprattutto al di sotto di un anno di età. Al momento, questo vaccino è gratuito solo in alcune Regioni, ma presto dovrebbero esserlo a livello nazionale.

Per quanto riguarda i vaccini contro gli altri agenti batterici della meningite, la vaccinazione contro *Haemophilus influenzae B* (emofilo tipo B) è solitamente effettuata, gratuitamente, insieme a quella antitetanica, antidifterica, antipertosse, antipolio e anti epatite B, al 3°, 5° e 11° mese di vita del bambino, come da calendario vaccinale italiano. Non sono necessari ulteriori richiami.

La vaccinazione contro *Streptococcus pneumoniae* (pneumococco) è offerta gratuitamente e va somministrata in 3 dosi, al 3°, 5° e 11° mese di vita del bambino.

Negli adolescenti va fatta la vaccinazione?

E se è stata fatta a un anno di età va fatto un richiamo?

La vaccinazione contro il meningococco C, o meglio il vaccino tetravalente, è certamente consigliabile per gli adolescenti.

Per chi è stato vaccinato da bambino al momento non è previsto alcun richiamo, anche se è comunque consigliabile effettuarlo. In Regioni come la Toscana tale vaccino è attivamente offerto.

Per gli adulti che nell'infanzia non sono stati vaccinati contro il meningococco è consigliata la vaccinazione?

La vaccinazione negli adulti non è raccomandata a meno che non siano presenti i fattori di rischio o le condizioni sopra riportate.

Chi vuole può comunque ricorrere alla vaccinazione, anche se non gratuitamente (a parte la Regione Toscana o contesti particolari), rivolgendosi alla ASL o facendosi prescrivere il vaccino dal proprio medico di base. ■

NEWS

Inaugurata la nuova sede del Centro Nazionale Trapianti Operativo (CNTO)

Istituto Superiore di Sanità, 8 novembre 2016

È stata inaugurata la nuova sede del Centro Nazionale Trapianti Operativo (CNTO) presso l'Istituto Superiore di Sanità a Roma. Il battesimo dell'edificio, che ospita 13 persone tra medici e infermieri, si è tenuto alla presenza del Ministro della Salute, On. Beatrice Lorenzin, del Presidente e del Direttore Generale dell'Istituto Superiore di Sanità, Walter Ricciardi e Angelo Del Favero, dell'Assessore alle Politiche Sociali, Sport e Sicurezza della Regione Lazio, Rita Visini, e del Direttore del Centro Nazionale Trapianti, Alessandro Nanni Costa.

Il CNTO, attivo dal 4 novembre 2013, è frutto di una recente ridefinizione della Rete Nazionale Trapianti, che ha previsto un sistema di coordinamento su tre livelli: ospedaliero, regionale e nazionale. Il personale medico e infermieristico che compone la struttura operativa del CNTO lavora in regime di H24, sette giorni su sette.

Il CNTO ha il compito di gestire tutti i programmi di trapianto che hanno come bacino di utenza il territorio nazionale e tutti gli altri programmi che, ai fini della sicurezza e dell'efficienza, esigono una gestione centralizzata. Tra questi, ad esempio, ci sono le urgenze, il programma pediatrico e gli scambi di organi con i Paesi europei. Inoltre, l'équipe operativa assegna direttamente circa il 25% di tutti gli organi disponibili e valuta l'idoneità di tutti quei donatori caratterizzati da alcune problematicità (come il rischio infettivo), avvalendosi degli esperti della Rete Nazionale Trapianti. ■



NEWS

Forum Risk Management in Sanità

*Fortezza da Basso, Firenze
29 novembre-2 dicembre 2016*

www.forumriskmanagement.it



Anche nel 2016 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha preso parte al Forum Risk Management in Sanità, rassegna sulle tecnologie applicate alla sicurezza del paziente, giunta alla sua undicesima edizione.

L'evento, che nel 2016 si è svolto a Firenze, ha confermato il suo ruolo di riferimento per il panorama della sanità nazionale e di momento di incontro tra tutti gli operatori del settore sanità con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi sanitari e sociali.

Ricercatori dell'ISS hanno partecipato con interessanti contributi all'intenso programma di convegni, meeting e workshop.

Uno stand ISS ha ospitato la produzione editoriale da esso edita con personale del Settore Attività Editoriali che ha distribuito anche materiale divulgativo, tra cui poster e opuscoli sulla nuova organizzazione dell'Istituto. ■



Libere e liberi di scegliere. L'esercizio dei diritti elimina la violenza di genere.

Istituto Superiore di Sanità, 24 novembre 2016

Il 24 novembre 2016, presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), si è tenuta la manifestazione "Libere e liberi di scegliere. L'esercizio dei diritti elimina la violenza di genere". All'evento, organizzato dal gruppo "Se Non Ora Quando" dell'ISS (SNOQ-ISS) hanno aderito l'ANPI e tutte le sigle sindacali (FLC CGIL ISS, FIR CISL ISS, UIL RUA ISS, USB-ISS, FLP ISS, ANPRI ISS).

Dal 1999, il 25 novembre è la Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne. Intorno a questa data, ogni anno e in tutto il mondo, vengono organizzati eventi, convegni e manifestazioni.

Nel 2016, in Italia, la mobilitazione è stata imponente e si è conclusa con la manifestazione di Roma "Non una di meno" del 26 novembre in cui 250.000 persone hanno sfilato per le strade della capitale.

I numeri dei femminicidi sono impressionanti e purtroppo devono essere costantemente aggiornati. Proprio per questo SNOQ-ISS ha voluto intitolare la sua manifestazione "Libere e liberi di scegliere. L'esercizio dei diritti elimina la violenza di genere" per voler ricordare che prima ancora di difendersi è necessario avere una dimensione dei propri diritti. La consapevolezza dei propri diritti, infatti, serve a sensibilizzare tutte le donne e tutti gli uomini a contrastare le numerose diverse tipologie di violenza di genere fino all'orribile violenza fisica, alla deturpazione, alla morte. L'aumento della frequenza dei femminicidi è da affiancare a quella degli incidenti e di alcune malattie; ciò nonostante il dettato della Convenzione d'Istanbul, del Consiglio d'Europa, la Legge sul femminicidio n. 119 del 2013 e l'iniziativa promossa nel 2015 dal Governo italiano per integrare la pena con misure di prevenzione culturale.

La giornata del 24 novembre in ISS, sostenendo la promozione della responsabilità delle donne e degli uomini, ha voluto contribuire a estendere il contrasto alla violenza di genere. L'introduzione di apertura di Maria Cristina Angelici (ISS) ha illustrato il percorso che ha portato all'istituzione della Giornata del 25 novembre e il lavoro che SNOQ-ISS ha fatto in questi anni. Gabriella Pacini, ostetrica dell'associazione Vita di Donna, ha parlato del fenomeno della violenza nel parto, frutto di una cultura non consapevole e di come in molti comportamenti verso le donne si esprimano le varie declinazioni della violenza. Graziella Priulla, Università di Catania, ha spiegato come l'uso di un linguaggio sessista possa diventare strumento per la "cancellazione delle donne" e, in generale, per la cancellazione di una differenza di genere. Carla Cantatore, membro della Segreteria nazionale dell'Unione Donne in Italia e coordinatrice della sezione UDI Monteverde di Roma, ha parlato delle iniziative dell'UDI, come il premio Immagini amiche, che premia campagne pubblicitarie e/o prodotti culturali in cui le donne vengono rappresentate in modo positivo e rispettoso.

È stato inoltre proiettato un estratto del video "Da grande ho fatto la ricercatrice. Testimonianze e significati delle donne nella scienza", in cui ricercatrici dell'ISS hanno dato la loro testimonianza sul rapporto donne e scienza. Il video era stato preparato da SNOQ-ISS in occasione della Notte Europea dei Ricercatori del 30 settembre 2016 presso l'ISS. Il materiale presentato in quell'occasione è stato lo strumento per invitare le/i partecipanti a formulare pensieri e proposte che hanno costituito un poster su donne e scienza frutto di un lavoro corale.

L'ultima presentazione della giornata è stata "Donne, scienza e la banalità del male", a cura di Antonella Pillozzi, che ha descritto una tradizione culturale che giustifica e sostiene pratiche di esclusione nei confronti delle donne nel mondo del sapere.

A cura
del Gruppo "Se Non Ora Quando" ISS

**Libere e liberi di scegliere.
L'esercizio dei diritti elimina la violenza di genere**

**25 NOVEMBRE
GIORNATA MONDIALE
CONTRO LA VIOLENZA
SULLE DONNE**

**24 novembre 2016
ore 10:00-13:30**

Aula Bovet
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena 299
Roma

Intervengono
Maria Cristina Angelici – Istituto Superiore di Sanità, Roma
Carla Cantatore – Unione Donne in Italia Monteverde, Roma
Valentina Muià – Unione Donne in Italia Monteverde, Roma
Gabriella Pacini – Vita di Donna, il Melograno, Roma
Antonella Pillozzi – Istituto Superiore di Sanità, Roma
Graziella Priulla – Università di Catania, Catania

per accedere all'Istituto Superiore di Sanità è necessario registrarsi all'evento scrivendo a: snoq.iss1@gmail.com

SenonoraquandoISS
blog: <https://snoqiss.wordpress.com/>

Se Non Ora Quando ISS

UDI UNIONE DONNE

ANPRI Associazione Nazionale Professionale per la Ricerca

FIR CISL Federazione Italiana della Ricerca

FLC CGIL Federazione Italiana della Ricerca

USB Unione Sindacale Italiana

Visto... si stampi

a cura di Paola De Castro
Settore Attività Editoriali, ISS



Tutte le pubblicazioni edite da questo Istituto sono disponibili online.
Per ricevere l'avviso e-mail su ogni nuova uscita, scrivete a: pubblicazioni@iss.it

Annali dell'Istituto Superiore di Sanità

Vol. 52, n. 4, 2016



Commentaries

Poliomyelitis: residual hurdles to global eradication
Paola Stefanelli, Gabriele Buttinelli and Giovanni Rezza

Monographic section

Contaminated sites: a global health issue
Edited by Pietro Comba, Roberto Pasetto, Daniela Marsili and Paola De Castro

Preface

Pietro Comba, Ivano Iavarone and Roberta Pirastu

Exploring available options in characterising the health impact of industrially contaminated sites

Roberto Pasetto, Piedad Martin-Olmedo, Marco Martuzzi and Ivano Iavarone

Ethical aspects of epidemiological research in contaminated sites
Colin L. Soskolne

A survey on lifestyle and level of biomarkers of environmental exposure in residents in Civitavecchia (Italy)
Carla Ancona, Lisa Bauleo, Giovanni Biscotti, Beatrice Bocca, Stefano Caimi, Fabio Cruciani, Sabrina Di Lorenzo, Morena Petrolati, Anna Pino, Giovanna Piras, Augusto Pizzabiocca, Silvia Rabbiosi, Flavia Ruggieri, Chelo Salatino, Alessandro Alimonti and Francesco Forastiere on behalf of the ABC Study Group

Environmental nickel exposure from oil refinery emissions: a case study in Ecuador
Raúl Harari, Florencia Harari and Francesco Forastiere

Agricultural areas in potentially contaminated sites: characterization, risk, management
Fabiana Vanni, Federica Scaini and Eleonora Beccaloni

The relevance of the food production chain with regard to the population exposure to chemical substances and its role in contaminated sites
Francesca Romana Mancini, Luca Busani, Sabrina Tait and Cinzia La Rocca

Fostering public health awareness on risks in contaminated sites. Capacity building and dissemination of scientific evidence
Paola De Castro, Roberto Pasetto, Daniela Marsili and Pietro Comba

A cross-disciplinary approach to global environmental health: the case of contaminated sites
Daniela Marsili

Original articles and reviews

Health software: a new CEI Guide for software management in medical environment
Claudia Giacomozzi and Francesco Martelli

Knowledge of HIV infection and transmission: a knowledge, attitudes, beliefs and practices (KABP) survey among a sample of students at the "Magna Graecia", University of Catanzaro
Maria Mazzitelli, Giulio Caridà, Caterina Scigliano, Maria Concetta Vallone†, Federico Pirrò, Maria Rita Lombardo, Giovanni Clemente, Federica Bernaudo, Maria Concetta Postorino, Alessio Strazzulla, Rosario Maselli and Carlo Torti

PASSI d'Argento (Silver Steps): the main features of the new nationwide surveillance system for the ageing Italian population, Italy 2013-2014
Benedetta Contoli, Patrizia Carrieri, Maria Masocco, Luana Penna, Alberto Perra and the PDA Study Group

Gestational age and hospital utilization: three-years follow-up of an area-based birth cohort
Carlo Corchia, Enrica Lapucci, Francesco Franco, Sara Farchi, Stavros Petrou and Domenico Di Lallo

The changing phenotype of iodine deficiency disorders: a review of thirty-five years of research in north-eastern Sicily
Mariacarla Moleti, Giacomo Sturniolo, Francesco Trimarchi and Francesco Vermiglio

Barriers to the development of pediatric palliative care in Italy
Franca Benini, Marcello Orzalesi, Anna de Santi, Sabrina Congedi, Pierina Lazzarin, Federico Pellegatta, Lucia De Zen, Marco Spizzichino and Enrico Alleva

Continuous professional development and health sector governance in Egypt
Rita Maria Ferrelli, Dolores Mattosovich, Mervat El-Seweify and Nabil Dowidar

Melanoma prevention in children: knowledge, attitudes and behaviors of pediatricians in Italy
Claudia Esposito, Laura Pezzulo, Francesco Napolitano and Gabriella Di Giuseppe

Adverse reproductive outcomes associated with exposure to a municipal solid waste incinerator
Michele Santoro, Fabrizio Minichilli, Nunzia Linzalone, Alessio Coi, Maria Teresa Maurello, Domenico Salles and Fabrizio Bianchi

The relationship between medical ethics and the legal system in Italy: food for thought
Carlo Petrini and Walter Ricciardi

Smallpox as an actual biothreat: lessons learned from its outbreak in ex-Yugoslavia in 1972
Elizabeta Ristanovic, Ana Gligic, Sonja Atanasievska, Vesna Protic-Djokic, Dragutin Jovanovic and Miodrag Radunovic

Brief notes

Teleretinography into diabetes integrated care: an Italian experience
Roberto Perilli, Rosamaria Di Biagio, Renato Seller, Luigi Ruotolo, Carla Granchelli, Valeria Marisi, Stefania Melena and Agostino Consoli

Drug-resistant tuberculosis in Naples, 2008-2013
Annalisa Del Giudice, Alessandro Mustazzolu, Angelo Iacobino, Rossella Perna, Riccardo Smeraglia, Rachele Marino, Lanfranco Fattorini and Giulia Santoro

Book reviews, Notes and Comments

Edited by Federica Napolitani Cheyne

Publications from International Organizations on Public Health

Edited by Anna Maria Rossi

Indexes of the volume

Author Index
Tables of contents
Acknowledgements to referees



AREA TEMATICA
EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

Rapporti ISTISAN 16/29

Consumo di farmaci in gravidanza e appropriatezza prescrittiva nella regione Lazio.

A. Maraschini, M. Ventura, S. Senatore, S. Andreozzi, U. Kirchmayer, S. Donati. 2016, 76 p.

Il consumo di farmaci durante la gravidanza è argomento di grande interesse soprattutto per quanto riguarda i farmaci a rischio di inappropriata clinica e quelli teratogeni. In Italia gli studi *population-based* relativi al consumo di farmaci in gravidanza sono pochi e non recenti. Il progetto ha adottato una duplice metodologia: uno studio di popolazione generale basato sul *linkage* di sistemi informativi sanitari e un'indagine campionaria condotta in 3 punti nascita della Regione Lazio. Lo studio di popolazione generale ha incluso 189.923 donne, l'81% delle quali ha ricevuto almeno una prescrizione in gravidanza. I principi attivi a rischio teratogeno più prescritti sono gli ACE-inibitori/sartani (0,3%). I farmaci a rischio di inappropriata clinica prescritti più frequentemente sono il progesterone (19%) e i glicocorticoidi per uso sistemico (2,4%). Tra le 562 donne intervistate dall'indagine campionaria il 91% ha assunto almeno un farmaco durante la gravidanza. L'assunzione di acido folico è risultata appropriata solo per il 19% delle donne che lo hanno assunto. Nel Lazio l'utilizzo di farmaci durante la gravidanza è molto diffuso, in linea con altri studi europei. Le prescrizioni clinicamente inappropriate o a rischio teratogeno sono molto contenute ma non del tutto assenti, è pertanto opportuno un aggiornamento dei professionisti sanitari sulle criticità prescrittive evidenziate.

serena.donati@iss.it

Rapporti ISTISAN 16/30

Direttiva del Consiglio 2013/51/Euratom concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano: calcolo dei livelli derivati di concentrazione.

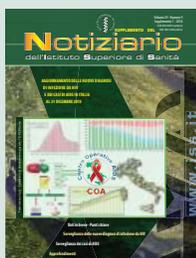
S. Grande, S. Risica. 2016, 36 p. (in inglese)



AREA TEMATICA
TECNOLOGIE
E SALUTE

Nel 2013 è stata pubblicata una Direttiva europea sulle acque potabili che abroga le prescrizioni della Direttiva 98/83/EC sulla protezione della popolazione dalla radioattività contenuta nelle acque. Il valore parametrico per la Dose Indicativa è confermato in 0,1 mSv a-1. Con questo valore gli autori hanno calcolato i livelli di riferimento derivati nelle acque, per tutte le classi di età, per tutti i radionuclidi elencati nella Tabella A dell'Allegato III della Direttiva 96/29/Euratom e, in un lavoro recente, ne hanno discusso le conclusioni. Dato che il database completo può essere utile per i laboratori locali impegnati nel monitoraggio ambientale, nel lavoro era stata annunciata la pubblicazione del database completo. Questo rapporto rende disponibile il database e ne sintetizza i risultati, sottolineando che le classi di età (0-1) anno e, in minor misura, (1-2) anni risultano generalmente le classi critiche per questo tipo di esposizione alle radiazioni.

seveva.grande@iss.it



Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2015.

Supplemento 1, al n. 9 vol. 29 (2016) del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità. 51 p.

A cura di M. Raimondo, S. Boros, V. Regine, L. Pugliese, M. Santaquilani, M. Ferri, P. Pezzotti e B. Suligoi

disponibile online all'indirizzo: www.iss.it

Dal 2012 i dati sulla sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV sono disponibili per tutte le regioni italiane. Nel 2015, sono state riportate 3.444 nuove diagnosi di infezione da HIV pari a 5,7 nuovi casi per 100.000 residenti. Questa incidenza pone l'Italia al tredicesimo posto tra le nazioni dell'Unione Europea. Negli anni si osserva un aumento dell'età mediana alla diagnosi, nonché un cambiamento delle modalità di trasmissione: diminuisce la proporzione di consumatori di sostanze per via iniettiva, ma aumenta la proporzione dei casi attribuibili a trasmissione sessuale, in particolare tra maschi che fanno sesso con maschi (MSM). Il Registro Nazionale AIDS è attivo sin dall'inizio degli anni '80; nel 2015 sono stati segnalati al COA 789 casi di AIDS, pari a un'incidenza di 1,4 nuovi casi per 100.000 residenti. Oltre il 50% dei casi di AIDS segnalati nel 2015 era costituito da persone che non sapevano di essere HIV-positive.



Nei prossimi numeri:

- Persone che vivono con l'HIV in Italia: un censimento
- Progetto sui lungo-sopravvivenenti con linfoma
- Sicurezza d'uso dei lettini abbronzanti

Istituto Superiore di Sanità

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

a cura del Settore Attività Editoriali