

Notiziario

del Istituto Superiore di Sanità

NECOBELAC, un Progetto europeo per favorire la diffusione di informazioni scientifiche nel settore della salute pubblica

**Disabilità e modelli sociali:
alcuni aspetti di etica**

L'HIV nella popolazione straniera in Italia

**Le dimissioni ospedaliere per genere e USL:
presentazione dell'Atlante ERA 2008**

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



Lunedì 17 novembre 2008
Aula Magna 'F. Pocchiarri'
Istituto Superiore di Sanità
Roma - V.le Regina Elena 299

Giornata di studio

www.atlantesanitario.it



Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

Sorveglianza sindromica di infezioni acute dell'apparato respiratorio e di rash cutanei nell'area metropolitana genovese, luglio 2008-gennaio 2009

Il Progetto IGEA (Integrazione, GEstione e Assistenza per la malattia diabetica)

SOMMARIO

Gli articoli

NECOBELAC, un Progetto europeo per favorire la diffusione di informazioni scientifiche nel settore della salute pubblica	3
Disabilità e modelli sociali: alcuni aspetti di etica	7
L'HIV nella popolazione straniera in Italia	11
Le dimissioni ospedaliere per genere e USL: presentazione dell'Atlante ERA 2008	15

Le rubriche

Visto... si stampi	18
--------------------------	----

Bollettino Epidemiologico Nazionale (Insero BEN)

Sorveglianza sindromica di infezioni acute dell'apparato respiratorio e di rash cutanei nell'area metropolitana genovese, luglio 2008-gennaio 2009	i
Il Progetto IGEA (Integrazione, GEstione e Assistenza per la malattia diabetica)	iii



Il Progetto NECOBELAC intende promuovere la formazione su tecniche di scrittura scientifica e l'adozione di sistemi informativi evoluti per l'accesso alle informazioni scientifiche

pag. 3

Sono descritti i principali modelli interpretativi della disabilità: medico, morale, sociale, minoritario

pag. 7



In Italia la popolazione immigrata ha registrato un aumento del numero di casi di infezione da HIV, dal 1992 al 2007, costituendo un gruppo maggiormente esposto ai fattori di rischio

pag. 11



L'Istituto Superiore di Sanità

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

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

L'organizzazione tecnico-scientifica dell'Istituto si articola in Dipartimenti, Centri nazionali e Servizi tecnico-scientifici

Dipartimenti

- Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria
- Biologia Cellulare e Neuroscienze
- Ematologia, Oncologia e Medicina Molecolare
- Farmaco
- Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate
- Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
- Tecnologie e Salute

Centri nazionali

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

Servizi tecnico-scientifici

- Servizio Biologico e per la Gestione della Sperimentazione Animale
- Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: Enrico Garaci

Redattore capo: Paola De Castro

Redazione: Anna Maria Rossi, Giovanna Morini

Progetto grafico: Alessandro Spurio

Impaginazione e grafici: Giovanna Morini

Fotografia: Antonio Sesta

Distribuzione: Patrizia Mochi, Sara Modigliani

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

Redazione del Notiziario

Settore Attività Editoriali

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

Tel: +39-0649902260-2427

Fax +39-0649902253

e-mail: pubblicazioni@iss.it

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

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2009

Numero chiuso in redazione il 24 aprile 2009

Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. Roma

NECOBELAC, UN PROGETTO EUROPEO PER FAVORIRE LA DIFFUSIONE DI INFORMAZIONI SCIENTIFICHE NEL SETTORE DELLA SALUTE PUBBLICA



Paola De Castro¹, Daniela Marsili², Elisabetta Poltronieri¹ e il Gruppo di lavoro NECOBELAC*

¹Settore Attività Editoriali, ISS

²Dipartimento del Farmaco, ISS

RIASSUNTO - L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è coordinatore del Progetto europeo NECOBELAC (Network of Collaboration Between Europe, Latin American and Caribbean Countries), di durata triennale, finanziato nell'ambito del 7° Programma Quadro della Commissione Europea. Il Progetto si propone di: 1) promuovere iniziative di formazione per il miglioramento delle tecniche di scrittura scientifica e 2) adottare sistemi informativi evoluti per l'accesso incondizionato e permanente ai contenuti dell'informazione scientifica. L'area di intervento è quella della sanità pubblica e delle discipline correlate. I partner (Italia, Regno Unito, Spagna, Portogallo, Brasile e Colombia) partecipano con istituzioni accademiche e di ricerca con consolidata esperienza nella progettazione di servizi di informazione in rete. Il Progetto coinvolge gli operatori del circuito dell'informazione scientifica (autori, curatori, editori, specialisti dell'informazione, enti finanziatori, istituzioni scientifiche, ecc.) e intende promuovere un cambiamento culturale nella gestione dei processi di produzione e diffusione dei prodotti della ricerca.

Parole chiave: diffusione dell'informazione, scrittura scientifica, Europa, America Latina

SUMMARY (NECOBELAC, a European project to promote the dissemination of scientific information in public health) - The Istituto Superiore di Sanità is the coordinator of a three-year Project funded by the European Commission within the 7th Framework Programme. The Project's acronym is NECOBELAC (Network of Collaboration Between Europe, Latin American and Caribbean Countries). It concerns the area of public health and aims at: 1) promoting training initiatives to improve the scientific writing skills of all professionals in the health-related areas and 2) implementing scholarly communication systems based on the concept of immediate, open and permanent access to research results. The partners of the Project are academic and scientific institutions (from Italy, UK, Spain, Portugal, Brazil, and Colombia) which have gained sound experience in providing information services through networked initiatives. The Project intends to raise awareness on shared principles of good practice among the stakeholders (authors, editors, publishers, information professionals, funding agencies, institutions, learning societies, etc.) of the scientific information chain and to promote a cultural change in the information production and dissemination process.

Key words: information dissemination, scientific writing, Europe, Latin America

paola.decastro@iss.it

NECOBELAC è un nuovo Progetto finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del 7° Programma Quadro nell'Area "Science in Society", e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). La data ufficiale dell'avvio del Progetto è stata il 1° febbraio 2009 e tutti i partner si sono riuniti per

la prima volta a Roma per il *kick-off* meeting il 23 e il 24 febbraio, a seguito di un'intensa collaborazione finalizzata alla messa a punto del Progetto.

NECOBELAC è l'acronimo di "Network of Collaboration Between Europe and Latin American Caribbean Countries"; infatti il Progetto inten- ►

(*) **Partecipanti al Gruppo di lavoro NECOBELAC:** Paola De Castro, Elisabetta Poltronieri, Daniela Marsili, Istituto Superiore di Sanità (ISS, IT, coordinatore del Progetto); Bill Hubbard, Mary Robinson, Peter Millington, The University of Nottingham (UNOTT, UK); Remedios Melero, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC, SP); Abel L. Packer, Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME, BR); Carlos Agudelo Calderón, Instituto de Salud Pública (ISP, CO); Eloy Rodrigues, Ricardo Saraiva, José Carvalho, Universidade do Minho (UMINHO, PT); Alma Swan, Key Perspectives Ltd (UK); Alicia López Medina, Universidad Nacional de Educación a Distancia de Madrid (UNED, SP).

de stabilire una rete di collaborazione fra Europa, America Latina e Caraibi al fine di promuovere attività di formazione in materia di scrittura scientifica e di diffusione delle informazioni secondo i nuovi paradigmi di comunicazione basati sull'accesso aperto (Open Access). L'area di intervento è la salute pubblica.

La genesi del Progetto

L'idea del Progetto nasce all'ISS che si configura come ente editore e produttore di informazioni scientifiche nel settore della sanità pubblica con una lunga tradizione anche in attività di formazione in scrittura scientifica. La produzione editoriale dell'ISS include una rivista trimestrale in lingua inglese, *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, un *Notiziario* mensile in italiano e circa 60 rapporti tecnici l'anno in italiano e in inglese. Dal 2006 è accessibile in rete l'archivio istituzionale digitale DSpace ISS (<http://dspace.iss.it/dspace/>), conforme ai principi del movimento Open Access, che contiene attualmente circa 25.000 record e rappresenta un punto di raccordo per tutta la produzione scientifica nell'area della biomedicina in Italia.

Il coinvolgimento dei partner si è determinato sulla base di impegni professionali condivisi sia nel settore dell'Open Access sia in quello dell'editoria scientifica; alcuni sono membri con incarichi istituzionali presso l'EASE (European Association of Science Editors www.ease.org.uk), altri sono soggetti attivi nelle principali reti di collaborazione per la diffusione di pubblicazioni sia in Europa sia in America Latina (Sherpa www.sherpa.ac.uk; Driver www.driver-repository.eu; SciELO www.scielo.br/; Virtual Health Library www.virtualhealthlibrary.org). Ciò ha consentito di raccogliere le esperienze e le aspirazioni comuni volte ad attuare un'integrazione di iniziative già affermate, sul modello della rete di banche dati della National Library of Medicine nell'ambito del sistema MEDLINE.

Si è così generata una progressiva aggregazione di esperti e istituzioni che hanno condiviso la necessità di operare verso una democratizzazione del sapere nel campo della sanità pubblica, soprattutto con riferimento ai risultati della ricerca finanziata da fondi pubblici.

Nel disegno complessivo del Progetto è stata prevista una valutazione delle singole fasi operative da parte di un *subcontractor*, già attivo come consulente in progetti similari di portata internazionale.

I partner di NECOBELAC



Istituto Superiore di Sanità
Roma, Italia

University of Nottingham
Nottingham, Regno Unito



The University of
Nottingham



Consejo Superior de Investigaciones
Científicas
Madrid, Spagna

BIREME, Pan American
Health Organization, WHO



Universidad Nacional
de Colombia
Instituto de Salud Pública
Bogotá, Colombia

Universidade do Minho
Braga, Portogallo



Collaborano, rispettivamente nel Workpackage 2
e nel Workpackage 4, Key Perspectives Ltd (Truro, UK)
e la Universidad Nacional de Educación a Distancia
de Madrid.

Caratteristiche del Progetto

Uno dei punti di forza del Progetto NECOBELAC, giudicato positivamente dal panel di valutazione della Commissione Europea, è la proposta di un cambiamento culturale, e non solo infrastrutturale, nelle modalità di produzione e diffusione dell'informazione. Infatti, la prospettiva è quella di promuovere uno scambio bidirezionale Europa, America Latina e Caraibi che supera la visione eurocentrica limitata a un trasferimento di *know-how* di informazioni e formazione verso l'America Latina.

La ricchezza e la diversità delle risorse informative dei due continenti fa sì che la rete di cooperazione

possa funzionare garantendo un mutuo vantaggio per tutti i Paesi coinvolti e lo sviluppo di nuove attività di ricerca su basi collaborative.

I partner europei sono tra i maggiori esponenti del movimento Open Access in Europa, mentre BIREME (Centro specializzato della PAHO - Pan American Health Organization in seno alla World Health Organization) vanta una consolidata tradizione nella diffusione di informazioni e documentazione scientifica in rete.

Il contributo di CSIC (Spagna) e dell'Università di Minho (Portogallo) garantisce il superamento delle barriere linguistiche facilitando i contatti in tutti i Paesi di lingua spagnola e portoghese.

Inoltre, pur essendo molti in Europa i progetti e le iniziative di promozione del modello di pubblicazione in Open Access per la diffusione dei risultati della ricerca, NECOBELAC si pone attualmente come l'unico Progetto focalizzato su un'area tematica specifica rappresentata dalla sanità pubblica. Questa caratteristica garantisce l'individuazione di una strategia operativa mirata, in grado di rilevare comuni esigenze di informazione e formazione.

Le attività del Progetto

In sintesi, il Progetto NECOBELAC prevede la costituzione di una rete di istituzioni che collaborano per l'implementazione di un piano formativo sulle tecniche della scrittura scientifica e sulla diffusione delle informazioni in Open Access.

Nella prima fase di attività del Progetto, verrà messo a punto un prototipo di corso di formazione con caratteristiche di adattabilità e flessibilità. Il prototipo di corso sarà indirizzato al personale docente, dei diversi Paesi europei e latino-americani, che provvederà poi a formare a livello locale gli autori di pubblicazioni scientifiche, secondo le specifiche esigenze delle istituzioni coinvolte.

L'infrastruttura web del Progetto (www.necobelac.eu) faciliterà la comunicazione e la fruizione dei contenuti di NECOBELAC, in particolare per quanto riguarda i corsi di formazione.

Una caratteristica del Progetto, suddiviso in 7 Work Package (WP), è che tutti i partner contribuiscono, in proporzione diversa, a tutti i WP per assicurare la massima collaborazione di ciascuno a tutte le fasi del Progetto.

Riportiamo di seguito la mission dei singoli WP.

WP1 - Gestione del progetto (responsabile: ISS)

Implementazione e aspetti amministrativi della gestione del Progetto direttamente associati allo sviluppo dei WP. Definizione delle regole e delle procedure da seguire nella gestione del Progetto.

WP2 - Strategie del Progetto e valutazione di impatto (responsabile: ISS)

Definizione delle strategie appropriate e della rete EU-LAC (Europa Latino America e Caraibi) nell'ambito di un piano operativo condiviso. Valutazione dell'impatto dell'insieme delle attività del Progetto.

WP3 - Infrastruttura transnazionale di supporto (responsabile: Università di Nottingham)

Sviluppo di un'infrastruttura transnazionale di supporto che comprende un sito web per tutti i partner del Progetto nell'ambito della rete dei Paesi EU-LAC.

WP4 - Attività di formazione (responsabile: CSIC)

Organizzazione di attività di formazione per docenti/formatori finalizzate alla diffusione di conoscenze su produzione, disseminazione e uso di materiale informativo sulla salute nei Paesi EU-LAC.

WP5 - Promozione delle infrastrutture del Progetto per garantire il loro utilizzo nei Paesi EU-LAC (responsabile: BIREME)

Sviluppo delle azioni più appropriate per il pieno utilizzo della nuova infrastruttura nei Paesi EU-LAC e il pieno sviluppo delle attività di formazione.

WP6 - Rete dei Paesi EU-LAC (responsabile: Università di Minho)

Promozione della produzione di strumenti informativi e di infrastrutture sulle attività in corso relative alla salute nei Paesi EU-LAC.

WP7 - Identificazione di strutture che si occupano di salute pubblica nei Paesi LAC (responsabile: ISP)

Creazione di consapevolezza e aggregazione tra strutture coinvolte nel tema della salute nei Paesi LAC per aumentare l'impatto del Progetto.

In Figura 1 è riportato uno schema che evidenzia la circolarità delle attività del Progetto. La condivisione della strategia operativa e della valutazione continua dell'impatto delle singole attività (WP2), l'infra- ►

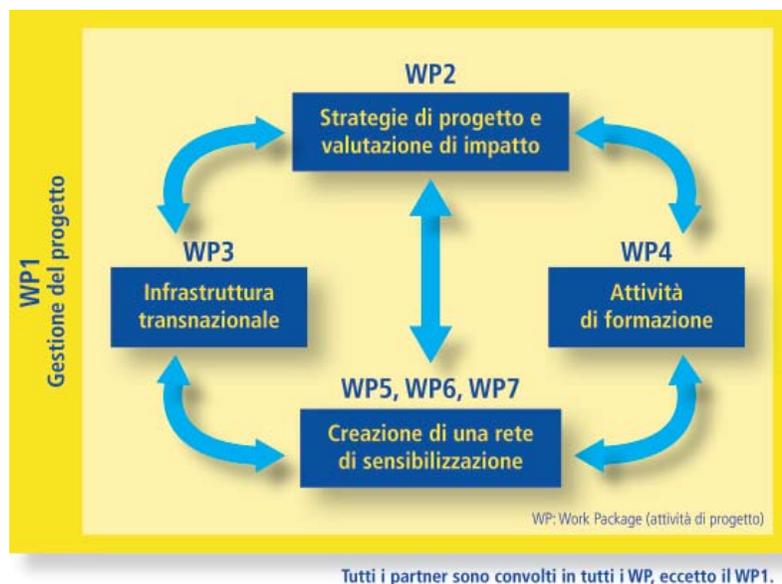


Figura - Schema che evidenzia la circolarità delle attività del Progetto europeo NECOBELAC

struttura web (WP3) e le attività di formazione (WP4) sono strettamente integrate con gli obiettivi dei WP5, WP6 e WP7, relativi alla creazione di una consapevolezza sull'importanza di costituire una rete di istituzioni orientate alla realizzazione di comuni obiettivi. Tutte le attività di Progetto si sviluppano dunque in modo coordinato e praticamente simultaneo, con un minimo scarto temporale.

Infine, a garanzia della qualità dei lavori svolti è stata prevista una valutazione esterna da parte di esperti sia nel settore dell'editoria scientifica sia in quello della comunicazione scientifica in Open Access.

Risultati attesi

I risultati saranno progressivamente forniti tramite la redazione di rapporti di attività su: produzione di prototipi di corsi di formazione, realizzazione di corsi online e residenziali, produzione di materiale didattico, esperienze pilota nell'attivazione di archivi digitali aperti, ecc.

Una griglia di riferimento impostata per documentare la produzione di pubblicazioni scientifiche e la loro diffusione in rete in ogni Paese partner consentirà di monitorare i risultati e l'impatto del Progetto in termini di corsi di formazione svolti, numero e tipologia di pubblicazioni prodotte e depositate negli archivi istituzionali, libero accesso alle riviste online, nuove collaborazioni, ecc.

Il Progetto intende promuovere nuove collaborazioni internazionali non solo tramite programmi di formazione sulle tecniche di scrittura scientifica e su nuovi modelli editoriali di diffusione dell'informazione, ma anche attraverso la costituzione di una rete di istituzioni che proseguiranno la collaborazione successivamente al termine del Progetto. L'aspettativa più marcata è infatti quella di utilizzare a lungo termine i servizi e i materiali prodotti da NECOBELAC in un'ottica di cooperazione tra i due continenti per il progresso della cultura scientifica.

La capacità di aggregazione del Progetto, unitamente alla validità della strategia e della metodologia di lavoro, ha consentito di ottenere anche la collaborazione della Food and Agriculture Organization (FAO), che supporta il programma di formazione e ne ipotizza l'applicazione anche in aree attualmente non coperte da NECOBELAC.

In conclusione, si prevede che gli esiti del Progetto possano manifestarsi anche nel lungo termine, ben oltre il periodo di attività finanziata dalla Commissione europea, garantendo uno scambio durevole tra i due continenti e lo sviluppo di nuove forme di collaborazione. ■

Informazioni più dettagliate sono disponibili sul sito:

www.necobelac.eu

e-mail: info@necobelac.eu

DISABILITÀ E MODELLI SOCIALI: ALCUNI ASPETTI DI ETICA



Carlo Petrini
Unità di Bioetica, Presidenza, ISS

RIASSUNTO - Vengono brevemente sintetizzati i principali modelli interpretativi della disabilità: il modello medico, il modello morale, il modello sociale, il modello minoritario. Sono anche menzionate recenti nuove teorie. Esse non rinnegano i modelli precedenti, ma cercano di renderli maggiormente realistici e utili. I modelli suggeriscono spiegazioni differenti per comprendere i motivi per cui i soggetti disabili sono svantaggiati. Essi suggeriscono anche differenti soluzioni per fronteggiare gli svantaggi. Le diverse modalità con cui la disabilità è rappresentata influenzano le posizioni dei loro sostenitori su vari aspetti di etica.

Parole chiave: etica, disabilità, modelli sociali

SUMMARY (*Disability and social models: a few ethical aspects*) - The main traditional ways of conceiving disability are briefly summarized: the medical model, the moral model, the social model, the minority model. New theories are also mentioned. They do not repudiate the previous models, but try to make the models more realistic and helpful. The models suggest different explanations for understanding how and why disabled people are disadvantaged. They also suggest different means to face up the disadvantages. The various ways of representing disability influence their advocates' position on several ethical issues.

Key words: ethics, disability, social models

carlo.petrini@iss.it

Chi si occupa di disabilità e di malattie rare certamente ha familiarità con i diversi “modelli” che sono stati nel tempo proposti e che hanno animato il dibattito sugli aspetti sociali ed etici della disabilità.

Può tuttavia essere utile una panoramica sintetica sulle principali posizioni proposte in letteratura, cercando di individuare, nei limiti del possibile, quale sia la tendenza prevalente negli ultimi anni (1, 2).

Modello medico

Il modello medico è stato storicamente largamente dominante. Esso considera la disabilità innanzi tutto come il risultato di un difetto fisiologico o mentale. Secondo il modello medico, pertanto, occorre affrontare i problemi della disabilità innanzitutto attra-

verso tecnologie mediche di prevenzione e di cura. Nonostante l'approccio scientifico, o presunto tale, il modello medico tende spesso a tratteggiare la disabilità in senso negativo, sottolineando, ad esempio, le responsabilità dovute alla mancanza di prevenzione o al fatto che molte disabilità hanno un'origine genetica che, in ultima analisi, fa riferimento ai progenitori.

Modello morale

Storicamente è stato largamente diffuso anche un modello che vedeva nella disabilità, per sua natura, una condizione di inferiorità. In alcune religioni lo svantaggio era attribuito a un errore morale, non necessariamente della persona disabile, ma anche dei suoi progenitori. La disabilità in questo modello è vista come la punizione per una colpa. ▶

Modello sociale

Negli anni '70 e '80 del secolo scorso vennero mosse le prime critiche al “modello medico” di disabilità predominante fino a quel periodo. Si criticò in particolare il fatto che esso tendesse a considerare la disabilità fisica come una deviazione rispetto alla normalità, e dunque con una connotazione essenzialmente negativa. I fautori del modello medico furono accusati di non conoscere cosa fosse realmente la disabilità. Alla base di tale lacuna vi sarebbe la conoscenza indiretta, senza contatti personali con il mondo della disabilità: a causa di tali carenze, il modello medico avrebbe prodotto un'immagine distorta della disabilità, in cui sono evidenziati soltanto aspetti negativi (sofferenza, frustrazione, ecc.).

Da questa prima ondata di critiche al modello medico si sviluppò il cosiddetto “modello sociale”. Esso evidenzia il fatto che molti degli aspetti negativi della disabilità non sono intrinseci, ma derivano da una costruzione sociale. Secondo il modello sociale, le persone disabili non sono tali perché deficitarie in alcune funzioni psichiche o mentali, bensì perché oppresse da barriere sociali. Secondo tale approccio una persona è “menomata” non perché ha gambe non funzionanti, bensì perché mancano ascensori e perché



ci sono scalini da oltrepassare. Dal modello medico, che vede in un deficit nella fisiologia del corpo umano l'unica causa della disabilità, il modello sociale, nelle sue forme più estreme, ha radicalizzato la prospettiva opposta, in cui la disabilità non ha nulla a che fare con funzioni del corpo e del cervello umani. Secondo il modello sociale le differenze tra le caratteristiche delle varie disabilità sono secondarie rispetto alle discriminazioni di cui sono oggetto i disabili: eliminando le discriminazioni e l'intolleranza, tali caratteristiche negative tenderebbero a svanire.

Il modello sociale riformula dunque la nozione di “condizione di svantaggio”, spostando l'idea di svantaggio dal soggetto (svantaggiato) alla società (che crea condizioni di svantaggio). Le persone con disabilità, secondo il modello sociale, in quanto titolari di diritti, ma anche portatrici di condizioni svantaggiose, devono ricevere in qualche modo un compenso, in particolare attenuando o rimuovendo i fattori di esclusione sociale.

Modello minoritario

Il “modello minoritario” espande e politicizza la teoria del modello sociale e afferma che le limitazioni funzionali associate a una menomazione variano secondo il livello di rispetto per le minoranze presenti nella società. Secondo questo modello le persone con disabilità dovrebbero avvalersi delle stesse strategie organizzative usate da altre minoranze per modificare l'ambiente sociale adattandolo alle proprie differenze.

Verso una “critica realistica”

In anni più recenti, dopo la prima ondata di critiche al modello medico, che fu portata dal modello sociale, ha preso forma una seconda ondata di critiche, che ha un punto di riferimento nel libro “Disability rights and wrongs” di Tom Shakespeare (3). Le nuove proposte mirano, tra l'altro, a rendere operativamente più utili ed efficaci, senza rinnegarle completamente, le critiche mosse dalla prima ondata.

La copertina del libro di Shakespeare suscita un forte impatto emotivo: è la fotografia di una sedia a rotelle, molto essenziale, in freddo metallo, quadrata e pressoché in assenza di un contesto: poggia su pavimento marrone davanti a un muro grigio. L'unico

appiglio per il movimento consiste nelle maniglie sullo schienale, la cui forma ricorda la lama di un coltello da cucina: pare che nessuno possa impugnarle senza tagliarsi le mani. Le ruote sono fatte in modo da non permettere a chi è sulla carrozzina di muoversi da solo: occorre la spinta di qualcuno tramite le maniglie. È un'immagine impressionante, considerando che il libro celebra con enfasi l'autonomia dei disabili. Ricorda quanto il linguista Mark Aronoff scriveva in "Chronicle of higher education": "La parola "disabile" è così carica che non può essere pronunciata né scritta, ma solo infera". Il libro di Shakespeare è l'antitesi della copertina: è una forte difesa dell'autonomia delle persone con disabilità. Non cade però nella contrapposizione che viene delineata da molti di coloro che vogliono difendere i diritti e l'autonomia dei disabili, i quali finiscono con il demonizzare i non-disabili. In questo senso il libro di Shakespeare giunge a conclusioni che possono sembrare ovvie: il lettore comune si domanderà se esiste qualcuno che la pensi diversamente.

Ciò che Shakespeare afferma, tuttavia, non è ovvio per chi sa quanto il "modello sociale" della disabilità sia stato predominante e pervasivo: per molti anni nel mondo occidentale il modello sociale, propugnato da difensori particolarmente attivi, è stato largamente dominante, tanto da far sembrare eretica qualsiasi altra posizione. Shakespeare evidenzia come non tutti gli aspetti della disabilità siano riconducibili a fenomeni sociali. Egli osserva come il modello sociale sia stato imposto con riferimento prevalente alla categoria che, nella percezione comune, maggiormente incarna la disabilità, e cioè il soggetto non deambulante in carrozzella. Per tale categoria la rimozione delle barriere architettoniche costituisce un risultato molto significativo e, in alcuni casi, risolutivo. Per un soggetto affetto da disabilità psichica, tuttavia, la rimozione delle barriere architettoniche non è una risposta. Shakespeare propone quindi un modello "critico-realista", secondo il quale la disabilità deriva da un'interazione tra fattori individuali e strutturali. In tale prospettiva il deficit fisico non è neutrale: è qualcosa che influenza profondamente, e spesso tragicamente, la vita. Il modello critico-realista evidenzia come, anche qualora si rimuovessero tutte le barriere, per i disabili resterebbero molte difficoltà. Pertanto, considerando che i soggetti disabili hanno lo stesso valore e gli stessi diritti dei



normodotati, sono necessarie, secondo Shakespeare: "compensazione e redistribuzione", per "promuovere una certa inclusione sociale". Shakespeare sposta poi questa bilanciata analisi su alcuni temi controversi in bioetica e, ad esempio, critica la posizione di alcuni gruppi di disabili che si oppongono alla diagnosi prenatale e all'aborto terapeutico, intravedendo in tali pratiche forme di eugenetica. Shakespeare sostiene, invece, che tali pratiche siano uno strumento di prevenzione compatibili con i diritti dei disabili e dell'uomo in generale. Anche nel capitolo riguardante la fine della vita si assumono posizioni che destano forti perplessità, ma non si intende in questo articolo sottolineare tali aspetti, che sposterebbero la riflessione molto lontano. Del libro di Shakespeare è interessante, in questo contesto, cogliere la "critica realista" al modello sociale.

Nella stessa scia si colloca un'opera più recente, pubblicata nei mesi scorsi: "Disability bioethics: moral bodies, moral difference" di Jackie Leach Scully (4). Scully sostiene che il nostro corpo influenza in modo molto significativo le nostre esperienze e le interpretazioni che diamo a ciò che ci circonda. Secondo Scully le nostre valutazioni non derivano soltanto da elaborazioni razionali; afferma, infatti, che "la realtà organica del corpo ed i suoi processi sono importanti per il nostro pensiero astratto, incluso il pensiero sull'etica". Nella sua analisi, Scully attinge a diverse fonti: l'approccio fenomenologico alla filosofia, il femminismo, le neuroscienze, la psicologia. Scully sostiene che un corpo diverso dal normale può essere una risorsa e non un ostacolo, ma riconosce che spesso non è così e che alcune disabilità comportano uno "svantaggio intrinseco". Pertanto, l'autrice non rinnega la prima ondata di critiche al ►

modello sociale, ma evidenza allo stesso tempo come la disabilità possa essere realmente uno svantaggio, talvolta grave. Secondo Scully i medici e i bioeticisti dovrebbero considerare con maggiore attenzione il fatto che la disabilità facilmente conduce il disabile a percepire se stesso, e quindi a essere, differente rispetto ai soggetti normali; ella invita quindi a dedicare maggiore attenzione alla percezione che i disabili hanno di se stessi. Tra i punti interessanti si possono citare le pagine in cui l'autrice evidenzia le difficoltà che hanno gli individui normali nel cercare di immedesimarsi nei disabili. Scully utilizza come esempio la disabilità derivante da traumi alla colonna vertebrale e rileva come talvolta le persone in tale condizioni descrivano la loro situazione come una lieve penalizzazione rispetto alla condizione normale, mentre i soggetti normodati ritengono che tale categoria di soggetti disabili percepisca la propria condizione come una penalizzazione grave. Afferma che talvolta anche il personale degli ospedali e dei servizi di riabilitazione "valuta la loro qualità della vita inferiore rispetto a quella che gli stessi pazienti percepiscono per se stessi".

Scully rifiuta visioni romantiche della disabilità e invita alla consapevolezza dei drammi che possono essere associati a tale condizione; pertanto suggerisce un nuovo approccio nella ricerca sull'argomento che, senza rinnegare l'approccio della prima ondata di critiche, abbia una maggiore incisività.

Dalla sociologia all'etica

I problemi di etica, e specificamente di bioetica, sollevati dalla disabilità, così come i problemi di bioetica in ogni settore, devono essere affrontati alla luce di alcune istanze etiche più generali.

La prima esigenza di carattere etico è quella di riconoscere a ogni individuo, qualunque sia la sua disabilità, la piena dignità di persona umana. Il primo richiamo è dunque ai diritti dell'uomo, che è particolarmente significativo ricordare in prossimità di due circostanze: l'entrata in vigore della "Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità" e il 60° anniversario della "Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo".

Dai diritti fondamentali dell'uomo discendono una serie di corollari specifici per il caso della disabilità e, in particolare:

- *il principio di integrazione*, per cui la persona disabile deve essere messa, compatibilmente con la situazione, in condizione di partecipare alla vita familiare, civile, politica, religiosa;
- *il principio di normalizzazione*, in base al quale si deve tendere, per mezzo della scienza, in particolare medica, e della tecnologia, a portare il malato il più possibile vicino alle condizioni di normalità;
- *il principio di personalizzazione*, per cui ogni disabile deve essere compreso e valorizzato nella società secondo le sue peculiari caratteristiche e doti.

L'ontologia dell'uomo, il suo essere più profondo, è più grande della sua fenomenologia. La fenomenologia funzionale può essere impedita e impoverita dalla disabilità, ma la profondità dell'essere resta: l'uomo è più grande di se stesso. Può essere di esempio chi ha saputo guardare nel profondo anche davanti a una fenomenologia debole. Si ricordano le toccanti lettere che il filosofo neopersonalista Emmanuel Mounier, nel 1940, dal fronte scriveva alla moglie e alla piccola figlia, resa immobile all'età di sette mesi da una grave encefalite conseguente ad un vaccino: "Se noi non facciamo che soffrire, subire, sopportare, noi non resisteremo e falliremo in ciò che ci è chiesto [...]. Io non voglio che noi perdiamo questi giorni, perché dimentichiamo di prenderli per ciò che essi sono: giorni pieni di una grazia sconosciuta". ■

Questo lavoro nasce da un intervento dell'autore al Convegno "Malattie rare e disabilità", svoltosi a Roma, in Campidoglio, il 3 dicembre 2008 in occasione della Giornata internazionale delle persone con disabilità.

Ringraziamenti

Si ringrazia Sabina Gainotti per l'assistenza nella stesura del testo.

Riferimenti bibliografici

1. Cohon R. *Disability I. Ethical and social perspectives*. In: Post SG. (Ed.). *Encyclopedia of bioethics*. 3rd Edition. New York: Macmillan Reference - Thomson Gale; 2003. Vol. 2. p. 655-68.
2. Silvers A. *Disability rights*. In: Chadwick RF. (Ed.). *Encyclopedia of applied ethics*. San Diego, CA: Academic Press; 1998. Vol. 1. p. 781-96.
3. Shakespeare T. *Disability rights and wrongs*. London: Routledge; 2006.
4. Scully JL. *Disability bioethics*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield; 2008.



STUDI DAL TERRITORIO

SORVEGLIANZA SINDROMICA DI INFEZIONI ACUTE DELL'APPARATO RESPIRATORIO E DI RASH CUTANEI NELL'AREA METROPOLITANA GENOVESE, LUGLIO 2008-GENNAIO 2009

Filippo Ansaldi^{1,2}, Andrea Orsi¹, Fiorella Altomonte², Giuseppe Bertone², Roberto Carloni³, Laura Valle¹, Paolo Moscatelli², Ermanno Pasero², Marco Comaschi², Paola Oreste⁴, Paolo Durando^{1,2} e Giancarlo Icardi^{1,2}

¹Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

²Azienda Ospedaliera Universitaria "San Martino", Genova

³Agenzia Regionale Sanitaria, Regione Liguria, Genova

⁴Dipartimento Salute e Servizi Sociali, Regione Liguria, Genova

Nel luglio del 2007 la regione Liguria ha promosso un progetto per l'implementazione di un sistema di sorveglianza sindromica in grado di rilevare tempestivamente, attraverso l'analisi dei dati di accettazione dei Pronto Soccorso (PS) dell'ospedale di riferimento regionale "San Martino" di Genova, la presenza di: cluster di sindromi simil-influenzali (ILI) e di infezioni delle basse vie respiratorie (LRTI); casi di rash maculo-papulare e vescicolare accompagnati da febbre; cluster di gastroenteriti non emorragiche; casi di sospetta epatite acuta. Il progetto prevedeva, inoltre, l'attuazione di un sistema di comunicazione con le istituzioni competenti, tra cui il Dipartimento Salute e Servizi Sociale della regione Liguria, i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ospedali ed altre istituzioni coinvolte. Il sistema di feed-back informativo comprende sia report periodici che segnalazione di *early warning*, mediante e-mail ai referenti e agli operatori delle istituzioni coinvolte.

Il progetto si è articolato in una serie di fasi che hanno previsto sia l'individuazione delle definizioni operative delle sindromi e delle parole chiave da ricercare nei campi "anamnesi", "quadro clinico" e "diagnosi di dimissione/ricovero" del software per la gestione del paziente afferente al PS del Dipartimento Emergenza Accettazione-DEA (Medtrack PS*) che la predisposizione e l'adeguamento degli strumenti informatici delle strutture di emergenza coinvolte nel progetto,

al fine di "individuare" le sindromi precedentemente definite. L'analisi degli archivi storici dei dati sanitari di sorveglianza nazionale e regionale e delle attività dei PS hanno permesso di definire gli indicatori di attività (media mobile dell'incidenza nei 5 giorni precedenti, corretta per giorno della settimana) che garantissero le più elevate sensibilità e specificità. Il metodo utilizzato per il calcolo degli indicatori di attività e per la stima delle soglie di allerta è descritto in dettaglio in un precedente lavoro (1). A partire da luglio 2008 è quindi iniziata la raccolta prospettica e l'analisi dei dati.

In Figura 1 sono messi a confronto l'indicatore di attività delle ILI rilevate attraverso il sistema di sorveglianza sindromica, l'incidenza settimanale di ILI in Liguria registrata attraverso il sistema di sorveglianza dell'influenza basato sui medicisentinella (Influciri) (2) e i dati relativi alla sorveglianza virologica condotta nell'ambito del sistema nazionale di sorveglianza dell'influenza. Dalla fine della stagione 2007-08, l'attività delle ILI è rimasta ben al di sotto della soglia epidemica (1,66 casi/die) durante la stagione estiva (21 giugno-20 settembre, media: $0,39 \pm 0,29$), nonostante la provata circolazione di adenovirus e virus parainfluenzali nel mese di settembre. Successivamente, alla fine del mese di ottobre, l'indicatore ha superato la soglia epidemica in concomitanza con il contemporaneo rilevamento di adenovirus e virus parainfluenzali nella popola-

zione dell'area metropolitana di Genova. Dalla fine di novembre il sistema di sorveglianza sindromica ha registrato un incremento degli accessi al PS per ILI: dal 28 novembre al 26 dicembre l'indicatore di attività ha superato per 13 giorni (45% del periodo di osservazione) la soglia epidemica. Nello stesso periodo si è osservata la circolazione di virus parainfluenzali, virus respiratorio sinciziale (RSV) e rhinovirus. A partire dal 27 dicembre si è osservato un incremento degli accessi al PS, che si è mantenuto costante al di sopra della soglia epidemica, raggiungendo nella 3^a e 4^a settimana del 2009 valori doppi rispetto alla soglia (3,72 accessi/die). L'incremento dell'incidenza delle ILI registrato dal sistema di sorveglianza sindromica è stato contemporaneo ai primi isolamenti di virus influenzali e di RSV che hanno intensamente circolato, contemporaneamente, durante la stagione invernale (a partire dal 21 dicembre).

Il sistema di sorveglianza sentinella dell'influenza (Influciri) non ha rilevato alcun evento o trend epidemiologicamente rilevante sino al 7 gennaio, quando è stato riportato il superamento della soglia, avvenuto nella 1^a settimana 2009 (29 dicembre 2008 - 4 gennaio 2009). Nonostante l'aumento degli accessi per LRTI registrato negli ultimi mesi, la soglia epidemica è stata superata solo nel corso della 2^a settimana del 2009, e successivamente l'incidenza si è attestata su valori prossimi alla soglia. ►

(*) Medtrack è un nuovo sistema informatico in uso presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedale Università San Martino di Genova, che segue il paziente durante tutto il percorso assistenziale per migliorare e velocizzare l'attività del Pronto Soccorso stesso

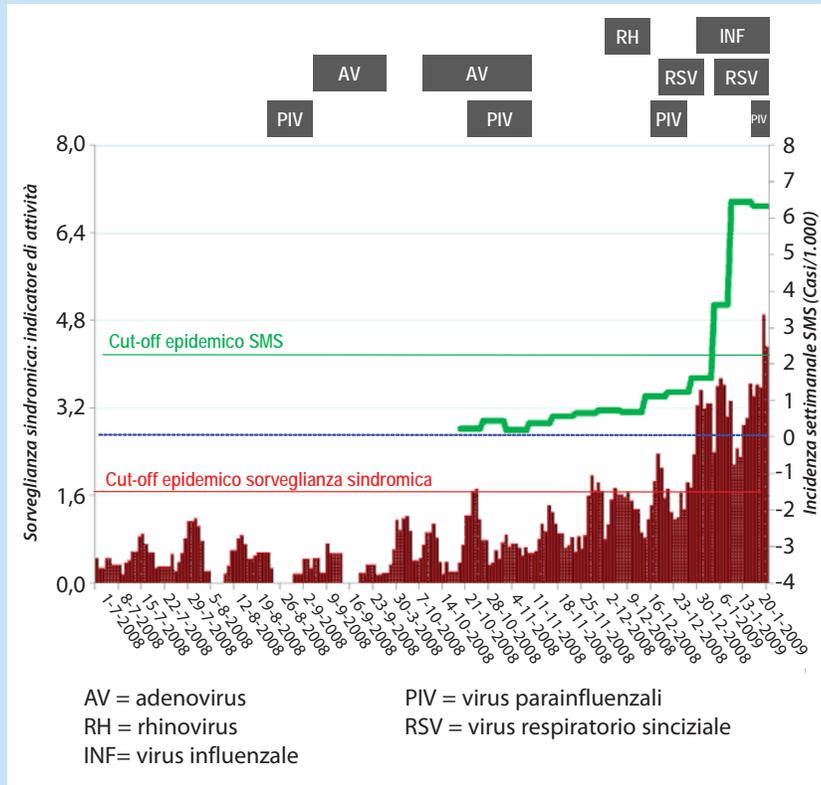


Figura 1 - Indicatore di attività di ILI e LRTI (barrette rosse) rilevato dal sistema di sorveglianza sindromica, incidenza settimanale di ILI (linea verde) registrata dal sistema di medici-sentinelia (SMS) negli adulti in Liguria relativamente al periodo di circolazione di alcuni virus respiratori (caselle nella fascia grigia soprastante il grafico)

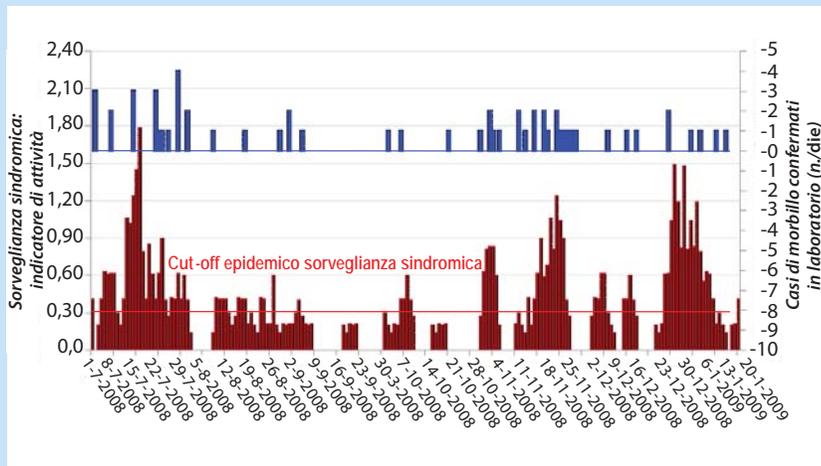


Figura 2 - Indicatore di attività di rash febbrile maculo-papulare rilevato dal sistema di sorveglianza sindromica e casi di morbillo confermati dal laboratorio di riferimento regionale

Per quanto riguarda la sorveglianza dei rash febbrili maculo-papulari, il quadro epidemiologico ligure degli ultimi 12 mesi è stato caratterizzato da un'intensa circolazione del virus del

morbillo a partire da dicembre 2007 (3). Dopo il periodo marzo-luglio 2008, in cui è stato osservato un picco epidemico di rash maculo-papulare riconducibile all'intensa circolazione di virus del

morbillo, prevalentemente da genotipo D4, nei mesi di agosto, settembre e ottobre gli accessi riportati dal sistema di sorveglianza sindromica hanno registrato un sensibile calo, con sporadico superamento della soglia epidemica e occasionale isolamento del virus. Successivamente, dalla fine del mese di ottobre, si è assistito ad una ripresa della circolazione del virus nell'area metropolitana genovese con il superamento della soglia epidemica per 18 giorni nel mese di novembre, 14 a dicembre e 13 a gennaio. Nello stesso periodo sono stati, inoltre, rilevati e caratterizzati 29 virus del morbillo dal laboratorio di riferimento regionale.

Sono attualmente in fase di valutazione i primi dati di incidenza delle gastroenteriti non emorragiche e dei casi di sospetta epatite acuta.

Nei primi 6 mesi (Figura 2) il sistema di sorveglianza sindromica ha mostrato una elevata sensibilità nel rilevare precocemente sia l'incremento di incidenza delle ILI riconducibile al virus influenzale, sia la ripresa di circolazione del virus del morbillo, anticipando quanto rilevato dai sistemi tradizionali di sorveglianza epidemiologica. Ha permesso, inoltre, di rilevare l'impatto della circolazione degli altri virus respiratori sugli accessi al PS, dato non rilevato e difficilmente stimabile mediante i sistemi di sorveglianza basati sui medici-sentinelia. L'integrazione tra la sorveglianza sindromica e l'attività di rilevamento e caratterizzazione di laboratorio ha permesso di identificare precocemente la presenza di un incremento dell'incidenza delle sindromi considerate, definendone le caratteristiche epidemiologiche e l'eterogenea eziologia.

Riferimenti bibliografici

1. Analdi F, Orsi A, Altomonte F, et al. Emergency department syndromic surveillance system for early detection of 5 syndromes: a pilot project in a reference teaching hospital in Genoa, Italy. *J Prev Med Hyg* 2008;49(4):131-5.
2. Disponibile all'indirizzo: www.influciri.it
3. Analdi F, Icardi G. Rilevamento e caratterizzazione dei virus del morbillo in Liguria: continua circolazione del virus in Liguria e nelle Regioni limitrofe e comparsa di una nuova variante (<http://www.epicentro.iss.it/focus/morbillo/morbillo.asp>).

PROGETTI NAZIONALI

IL PROGETTO IGEA (INTEGRAZIONE, GESTIONE E ASSISTENZA PER LA MALATTIA DIABETICA)

Marina Maggini

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma

In Italia, così come in tutti i Paesi occidentali, è cresciuto, negli ultimi anni, il dibattito sull'adeguatezza del sistema sanitario per affrontare, nel futuro prossimo, una riorganizzazione del proprio modello assistenziale in funzione di una domanda sanitaria, diversa per quantità e qualità da quella attuale, per la quale è necessario adattare i servizi e le prestazioni offerte ai reali bisogni dei cittadini.

L'attuale sistema assistenziale in Italia è di tipo settoriale-specialistico, per cui ciascun soggetto erogatore (medici di medicina generale-MMG, specialisti, ospedali, ecc.) è specializzato nel fornire assistenza per diversi gradi di complessità clinico-assistenziale. La rapida evoluzione delle conoscenze mediche e l'elevato grado di innovazione tecnologica hanno reso di fatto necessario un processo di specializzazione delle professionalità sempre più spinto (differenziazione professionale) e un processo di differenziazione delle strutture in relazione alla complessità e alla tipologia della casistica trattata (differenziazione organizzativa). Se una differenziazione professionale ed organizzativa appare per certi versi inevitabile, questa fa però emergere il problema del coordinamento tra operatori, teso a produrre un'azione diagnostico-terapeutica coerente ed efficace nell'interesse esclusivo della salute del paziente. La scarsa integrazione, soprattutto informativa, e lo scarso coordinamento delle risorse può peraltro essere causa di problemi quali l'aumento delle prestazioni specialistiche e dei ricoveri inappropriati e l'allungamento delle liste d'attesa a carico dei livelli di assistenza più elevati.

Un altro aspetto del nostro attuale modello assistenziale su cui occorre riflettere è legato al ruolo del paziente nel

percorso di cura. La pratica medica moderna è strutturata secondo una gerarchia che vede il medico al vertice della scala, al di sopra degli altri professionisti della salute, con il paziente al livello più basso. Nell'assistenza alle persone con malattie croniche, come il diabete, è fondamentale, tuttavia, introdurre nuove forme di responsabilizzazione e di coinvolgimento attivo nel processo di cura perché l'assistito ed i suoi familiari possano acquisire gli strumenti per autogestirsi e collaborare in forma proattiva con il proprio medico (*patient empowerment*).

La necessità di recuperare spazi di integrazione e coordinamento nella gestione delle cure e di introdurre sistemi di partecipazione attiva del paziente al processo di cura, preservando al tempo stesso la specializzazione delle risorse professionali e la sostenibilità economica, ha visto nascere nuovi modelli assistenziali che, con un termine molto generale, possiamo definire di gestione integrata (1, 2).

L'Istituto Superiore di Sanità e il Centro per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali hanno predisposto, a partire dal 2006, il progetto IGEA che prevede la definizione della strategia complessiva di un intervento che favorisca il miglioramento della qualità della cura per le persone con diabete, attraverso l'adozione di un modello di gestione integrata. Nell'ambito del progetto IGEA è stato formulato un documento di indirizzo con l'obiettivo generale di definire i requisiti minimi per un modello assistenziale di gestione integrata del diabete mellito tipo 2 nell'adulto e in particolare: definire le modalità organizzative per la gestione integrata del diabete mellito; definire le raccomandazioni per migliorare la

qualità della cura del diabete mellito e per prevenirne le complicanze; definire gli indicatori minimi per il monitoraggio del processo di cura (3).

Gli elementi essenziali di un modello assistenziale di gestione integrata sono:

- *Un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso* - La gestione integrata prevede l'adozione di un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso da tutti i soggetti interessati: MMG, specialisti del settore, specialisti collaterali delle complicanze, infermieri, dietisti, podologi, psicologi, assistenti domiciliari, direzioni delle aziende sanitarie, farmacisti, persone con diabete o rappresentanti delle associazioni di pazienti. Il protocollo di cura concordato dovrebbe essere adattato alle singole realtà attraverso l'individuazione dei compiti e dei ruoli che ciascun operatore sarà chiamato a svolgere nell'ambito del percorso di cura stabilito.
- *Formazione degli operatori* - Tutti gli operatori devono essere informati e "formati" alla gestione del sistema. È auspicabile un esame dei bisogni formativi del team diabetologico e degli MMG di riferimento e la promozione di corsi sulla gestione della malattia cronica e sulla costruzione del team.
- *Coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura* - La persona con diabete è l'elemento centrale di un sistema di gestione integrata. Si rende necessaria, quindi, la programmazione di attività educativo-formative dirette ai pazienti, sotto forma di iniziative periodiche di educazione, e di un'assistenza *ad personam* da parte delle diverse figure assistenziali.
- *Il sistema informativo e gli indicatori* - Uno dei fondamenti su cui poggia un sistema di gestione integrata è la ►

realizzazione di un sistema informativo idoneo per i processi di identificazione della popolazione target, per la valutazione di processo e di esito, per svolgere una funzione proattiva di richiamo dei pazienti all'interno del processo, per aiutare gli operatori sanitari a condividere, efficacemente e tempestivamente, le informazioni necessarie alla gestione dei pazienti.

- **Adesione informata** - La gestione integrata prevede un cambiamento forte delle modalità di cura e di gestione del paziente e prevede, inoltre, la realizzazione di un sistema informativo. È indispensabile, quindi, che tutte le persone con diabete coinvolte siano adeguatamente informate ed esprimano il loro consenso alla partecipazione ed al trattamento dei dati. Il percorso del paziente, con riferimento ad una data condizione patologica, definisce la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche, delle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie a disposizione. Con questa attività, infatti, vengono individuate le modalità con cui dovranno essere gestiti i pazienti che presentano una data condizione patologica, le procedure da seguire quando si analizzano segni e sintomi di un paziente al fine di determinare una diagnosi, le modalità con cui modificare il trattamento terapeutico al verificarsi di determinate condizioni cliniche. Il percorso di gestione integrata per il diabete ritenuto più idoneo al raggiungimento di obiettivi terapeutici ottimali è riportato di seguito.

Modalità organizzative

- Il paziente è inviato al Centro Diabetologico (CD) per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita.
- Il paziente viene seguito in modo attivo, secondo una medicina di iniziativa, da parte del proprio MMG, al

fine di garantire il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti.

- Il paziente effettua una visita generale almeno ogni sei mesi presso l'MMG.
- Il paziente effettua una valutazione complessiva presso la struttura diabetologica almeno una volta l'anno, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto e stabile e non sono presenti gravi complicanze.
- Il paziente accede, inoltre, al CD per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio dell'MMG, se ne presenti la motivata necessità.

Compiti del Centro Diabetologico

- Inquadramento delle persone con diabete neodiagnosticato con formulazione del piano di cura personalizzato e condiviso con gli MMG.
- Presa in carico, in collaborazione con gli MMG, delle persone con diabete.
- Gestione clinica diretta, in collaborazione con gli MMG e gli altri specialisti, delle persone con: grave instabilità metabolica; complicanze croniche in fase evolutiva; trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina; diabete gestazionale.
- Impostazione della terapia nutrizionale.
- Effettuazione, in collaborazione con gli MMG, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone a rischio e delle persone con diabete, rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Valutazione periodica, secondo il piano di cura adottato, dei pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con l'MMG di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.
- Attività di aggiornamento rivolta agli MMG in campo diabetologico.

Compiti del Medico di Medicina Generale

- Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti.

- Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Identificazione, tra i propri assistiti, delle donne con diabete gestazionale.
- Presa in carico, in collaborazione con i CD, dei pazienti e condivisione del piano di cura personalizzato.
- Valutazione periodica, mediante l'attuazione di una medicina di iniziativa, dei propri pazienti secondo il piano di cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Effettuazione, in collaborazione con il CD, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone a rischio e delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Monitoraggio dei comportamenti alimentari secondo il piano di cura personalizzato.
- Organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale delle persone con diabete.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il CD di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico. ■

Riferimenti bibliografici

1. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998; 1:2-4.
2. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288:1775-9.
3. Progetto IGEA. Gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto - Documento di indirizzo. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/igea>

Comitato editoriale BEN

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

L'HIV NELLA POPOLAZIONE STRANIERA IN ITALIA



Mariangela Raimondo, Laura Camoni, Vincenza Regine, Maria Cristina Salfa e Barbara Suligoi
Centro Operativo AIDS, Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS

RIASSUNTO - Il numero di casi di stranieri tra le nuove diagnosi di infezione da HIV è aumentato da 232 casi l'anno nel 1992 a 510 nel 2007. Tale crescita è attribuibile principalmente all'aumento del numero di stranieri presenti in Italia. Tenendo conto di questo aumento, si osserva invece una riduzione dell'incidenza delle nuove diagnosi da HIV in stranieri da 114,0 per 100.000 stranieri maggiorenni con regolare permesso di soggiorno nel 1992 a 58,2 per 100.000 nel 2007. Tuttavia, nel 2007 l'incidenza di infezione da HIV risulta 11 volte più alta negli stranieri rispetto agli italiani. La popolazione immigrata costituisce un gruppo vulnerabile all'infezione da HIV poiché esposta a numerosi fattori di rischio. È pertanto necessario migliorare l'accesso alle strutture sanitarie e promuovere una prevenzione mirata.

Parole chiave: HIV, immigrati, epidemiologia

SUMMARY (*HIV among non-nationals in Italy*) - In Italy, the number of new HIV diagnoses among non-nationals has increased, from 232 cases in 1992 to 510 in 2007, which can be mainly attributed to the considerable increase in the number of non-nationals residing in Italy. However, despite this increase, the HIV incidence among adult non-nationals has decreased, from 114.0 per 100,000 non-nationals in 1992 to 58.2 in 2007. Nonetheless, in 2007 the HIV incidence was 11 times higher among non-nationals compared to Italians. Immigrant populations are more vulnerable to HIV infection because they are exposed to many risk factors, and access to testing, treatment, and care needs to be facilitated for them.

Key words: HIV, non-nationals, epidemiology

barbara.suligoi@iss.it

Il fenomeno migratorio in Italia necessita di un'attenzione particolare, poiché è fonte di numerosi cambiamenti a livello sociale e in sanità pubblica.

Il numero di stranieri è aumentato notevolmente nelle ultime decadi, passando da 650.000 nel 1992 a circa 2,5 milioni nel 2007 (1); all'inizio del 2008 i dati ISTAT riportavano circa 3.460.000 stranieri, mentre il Dossier Caritas/Migrantes, che include anche gli stranieri irregolari, stimava nello stesso periodo circa 4.000.000 di persone (2), dimostrando quanto sia difficile quantificare con precisione il loro numero. Nel 2007, in particolare, l'aumento del numero di stranieri è stato molto forte, 17% in più rispetto al 2006 (2), addirittura superiore a quello verificatosi nel 2003, anno in cui la Legge Bossi/Fini ha permesso la regolarizzazione del permesso di soggiorno per un elevato numero di immigrati.

Gli stranieri: popolazione vulnerabile all'HIV

In ambito sanitario la rapida crescita del numero di soggetti stranieri presenti nel nostro Paese sta assumendo un ruolo sempre più importante. Per quanto riguarda le varie patologie infettive, la diffusione dell'infezione del virus dell'HIV (Human Immunodeficiency Virus) è uno dei problemi più rilevanti che interessa la popolazione immigrata.

In riferimento a questa infezione gli immigrati rappresentano una popolazione molto vulnerabile poiché soggetta a numerosi fattori di disagio: provenienza da Paesi ad alta endemia per HIV (Africa, America-Latina, Europa dell'Est, Asia), emarginazione sociale, barriere linguistiche, culturali e socio-economiche. Questi fattori sociali e individuali inducono pro- ►

blematiche legate alle difficoltà di accesso ai servizi sanitari per la diagnosi e per il trattamento della malattia, limitata protezione sociale e legale, difficoltà d'accesso alle informazioni sulla prevenzione (3). Tutto ciò comporta un maggiore rischio di acquisizione dell'HIV e una progressione più rapida verso la fase finale della malattia, cioè verso l'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome).

I dati sull'HIV in stranieri in Italia

I dati sulle diagnosi da HIV in stranieri provengono dal Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV (4), di cui fanno parte alcune Regioni e Province italiane, ove si registra la nazionalità dei casi segnalati, e precisamente dalle regioni Lazio, Veneto, Piemonte, Liguria e dalle province di Modena, Bolzano, Trento, Sassari, Rimini e Catania.

In quest'analisi consideriamo i dati a partire dal 1992 al 2007, periodo in cui la dimensione del fenomeno migratorio nel nostro Paese ha assunto un peso sempre più rilevante.

Dal 1992 al 2007 in queste aree sono state registrate circa 23.193 nuove diagnosi di infezione da HIV, di cui 5.195 (22,4%) in cittadini stranieri con regolare permesso di soggiorno. La maggior parte degli stranieri proviene dall'Africa, seguono poi i Paesi dell'America Latina e quelli europei (Figura 1). La modalità di trasmissione più frequente è quella che avviene attraverso contatti eterosessuali (53,4%), e la quota di trasmissione attraverso questa modalità è quasi triplicata negli anni passando dal 24,7% nel 1992 al 63,2% nel 2007.

Aumentano veramente le infezioni da HIV in stranieri?

La percentuale di stranieri tra le nuove diagnosi di infezione da HIV è aumentata dall'11,0% (232 casi) nel 1992 al 32,8% (510 casi) nel 2007: anche in termini di numeri assoluti il numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV in stranieri è decisamente aumentato nel tempo. Nelle Regioni e Province precedentemente citate, considerando gli stranieri con età maggiore di diciotto anni, nel 1992 erano stati segnalati 163 nuovi casi di maschi stranieri HIV positivi, mentre nel 2007 ne sono stati segnalati 263; anche per quanto riguarda le donne

straniere si è osservato un notevole incremento, con 65 nuovi casi di donne maggiorenti HIV positive nel 1992 e ben 247 casi nel 2007. Questi incrementi numerici così rilevanti, però, sono in realtà attribuibili principalmente al progressivo aumento del numero di stranieri presenti in Italia piuttosto che a una reale crescita dell'epidemia da HIV in questa popolazione.

A questo proposito, l'incidenza dell'infezione da HIV è un parametro molto più preciso nel descrivere la situazione reale, in quanto tiene conto proprio della crescita numerica degli stranieri presenti in Italia (l'incidenza è uguale al numero di nuove diagnosi di HIV in stranieri in un certo anno in rapporto al numero di stranieri con permesso di soggiorno presenti nello stesso anno). Infatti, il monitoraggio di questo parametro mostra che, a fronte di un aumento nel tempo del numero annuo di stranieri con una nuova diagnosi di infezione da HIV, l'incidenza di HIV in stranieri diminuisce (Figura 2) perché nel contempo è aumentato grandemente il numero di stranieri presenti nel nostro Paese. Per i maschi l'incidenza è passata da 138,5 casi per 100.000 stranieri maggiorenti con regolare permesso di soggiorno

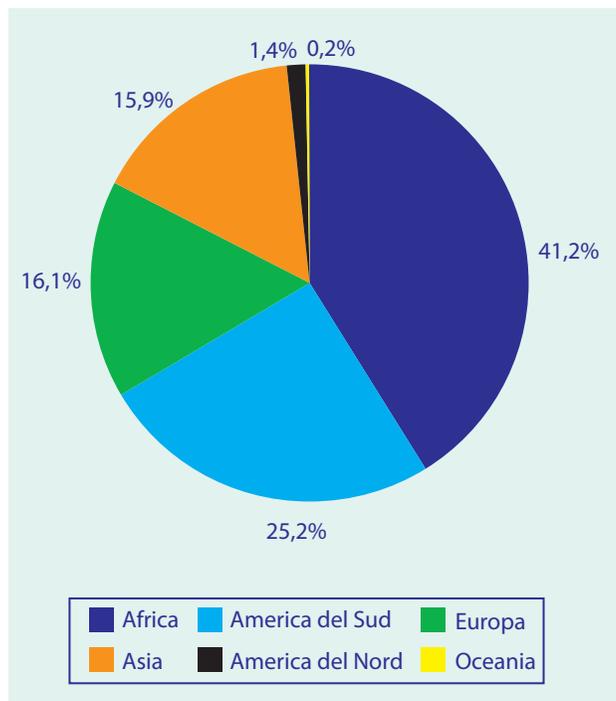


Figura 1 - Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi da HIV negli stranieri per area geografica di provenienza (1992-2007)

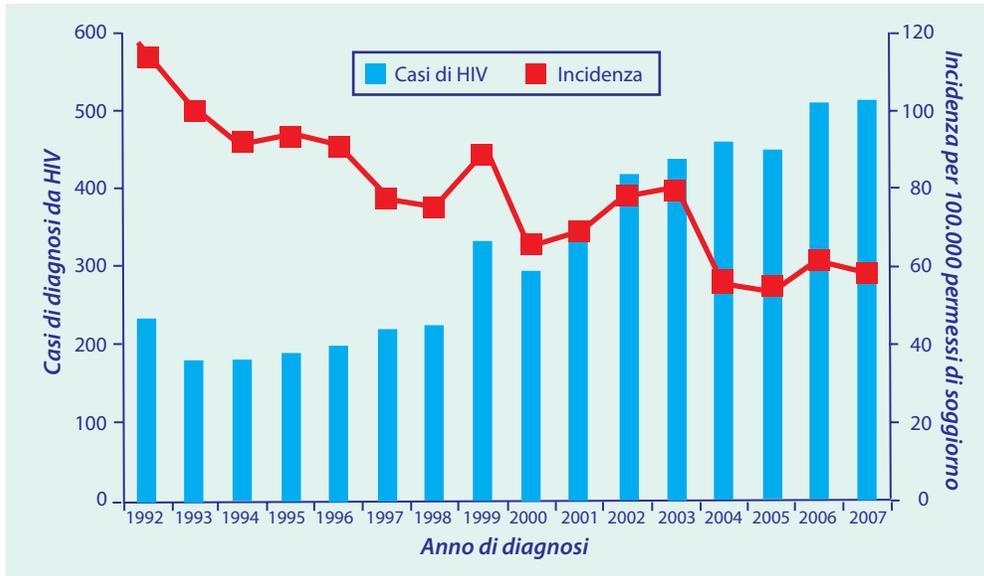


Figura 2 - Numero assoluto e incidenza (per 100.000 stranieri maggiorenni con permesso di soggiorno) delle nuove diagnosi di infezione da HIV diagnosticate nelle Regioni Lazio, Veneto, Piemonte, Liguria e nelle Province di Modena, Bolzano, Trento, Sassari, Rimini, e Catania (1992-2007)

nel 1992, a 64 casi per 100.000 stranieri nel 2007, mentre per le femmine da 75,8 per 100.000 stranieri maggiorenni con regolare permesso di soggiorno a 52,4 per 100.000 nel 2007.

Non solo buone notizie...

Tuttavia, se poi vogliamo paragonare l'incidenza dell'infezione da HIV osservata negli stranieri con quella osservata negli italiani, vediamo che nel 1992 l'incidenza standardizzata per sesso ed età era 7 volte

più alta tra gli stranieri rispetto agli italiani (114,0 per 100.000 *vs* 15,3 per 100.000), e nel 2007 tale incidenza è stata addirittura 11 volte più alta tra gli stranieri (58,2 per 100.000 *vs* 5,3 per 100.000), come mostrato nella Figura 3. Quindi, sebbene l'incidenza di HIV tra gli stranieri diminuisca nel tempo, la diffusione dell'infezione rimane sempre più alta in questa popolazione rispetto agli italiani.

Per tale motivo gli stranieri rappresentano un gruppo di popolazione ancora oggi ad alto rischio di infezione. ▶

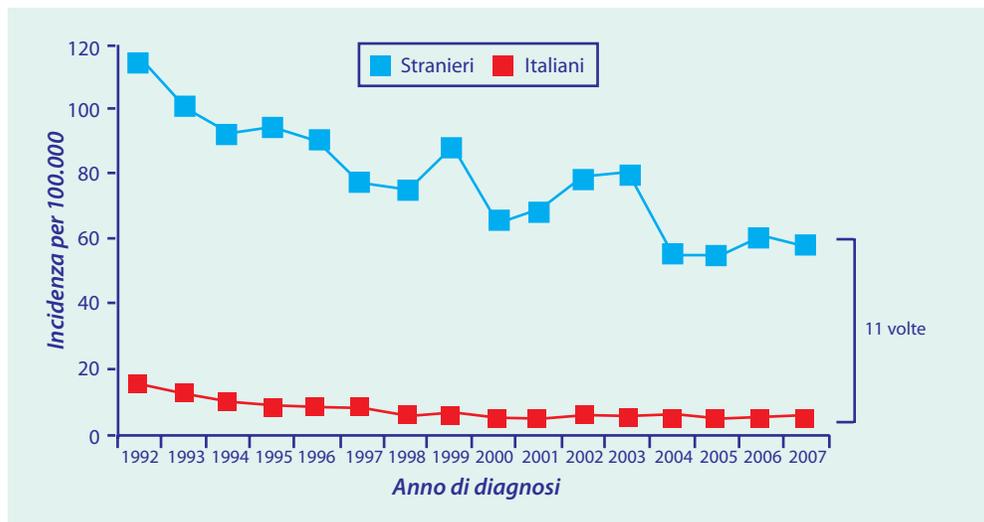


Figura 3 - Incidenza annuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV in stranieri e italiani (1992-2007)

Bisogna ammettere che calcolare accuratamente l'incidenza di infezione da HIV in questa popolazione è piuttosto difficile perché non è facile quantificarla precisamente: la presenza straniera in Italia risulta, infatti, sottostimata poiché dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare il numero di stranieri irregolari. Inoltre, nell'ultimo decennio si sono verificate notevoli e brusche variazioni del numero di stranieri soprattutto in concomitanza con i diversi provvedimenti di regolarizzazione (5).

Un altro elemento di interesse, ma non facile da stabilire, è comprendere se il soggetto si è infettato nel suo Paese d'origine oppure una volta arrivato in Italia. I dati mostrano che la maggior parte delle nuove diagnosi di HIV viene posta in stranieri provenienti da zone ad alta endemia, il che farebbe propendere per l'ipotesi che l'infezione sia stata acquisita prima di immigrare in Italia, ma le informazioni attualmente disponibili non consentono di affermarlo con certezza (6).

Buoni propositi per la salute di tutti

Come già detto, l'incremento numerico dei nuovi casi di infezione da HIV tra la popolazione immigrata non è legato a un reale incremento dell'epidemia, ma alla continua crescita del numero di persone straniere presenti nel nostro Paese. Viceversa, la diminuzione dei tassi di incidenza in stranieri mostrata in Figura 2 è da ricondurre certamente alle sempre migliori opportunità di accesso all'assistenza sanitaria per gli stranieri



nonché all'introduzione dal 1996 della terapia antiretrovirale, che in Italia viene offerta gratuitamente alle persone sieropositive di qualsiasi nazionalità. Tuttavia, l'incidenza tra gli stranieri risulta essere ben più alta rispetto a quella della popolazione italiana.

Da tali osservazioni emerge l'importanza di continuare a favorire l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie per gli stranieri, in modo tale da facilitare la diagnosi precoce dell'infezione da HIV e le cure adeguate, promuovendo al contempo la prevenzione e la tutela della salute delle persone straniere. Nell'ambito della prevenzione, l'informazione gioca un ruolo determinante, in particolare quella rivolta a chiarire le modalità di trasmissione del virus e gli strumenti a disposizione per evitare il contagio, quali i metodi di barriera e il sesso sicuro (7). Inoltre è di primaria importanza la prevenzione della trasmissione del virus da madre infetta a neonato, attraverso lo screening con il test anti-HIV nelle donne straniere in gravidanza e attraverso la terapia antiretrovirale al momento del parto, che consente oggi il quasi totale azzeramento del rischio di infezione nel bambino (8). ■

Riferimenti bibliografici

1. ISTAT. *GeoDemo "Demografia in Cifre"*. Disponibile all'indirizzo: www.demo.istat.it
2. Caritas/Migrantes. *Immigrazione. Dossier Statistico 2008*. XVIII Rapporto. Roma: IDOS; 2008.
3. Del Amo J, Broring G, Hamers F, et al. Monitoring HIV/AIDS in Europe's migrant communities and ethnic minorities. *AIDS* 2004;18:1867-73.
4. Centro Operativo AIDS. Aggiornamento dei casi di AIDS e delle nuove diagnosi di infezione da HIV in Italia al 31 dicembre 2007. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* 2008;21(5)suppl. 1.
5. Cacciani L, Camoni L, Rosano A, et al. Tasso di incidenza annuale di AIDS e di HIV tra gli stranieri in Italia. *Rapporto Osservasalute* 2008. p. 163-9.
6. Camoni L, Salfa MC, Regine V, et al. HIV incidence estimate among non-nationals in Italy. *Eur J Epidemiol* 2007;22:813-7.
7. WHO (World Health Organization). Disponibile all'indirizzo: www.who.int/topics/hiv_aids/en/
8. Volmink J, Siegfried NL, Van der Merwe L, et al. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;24;(1):CD003510.

LE DIMISSIONI OSPEDALIERE PER GENERE E USL: PRESENTAZIONE DELL'ATLANTE ERA 2008



Susanna Conti

Ufficio di Statistica, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

RIASSUNTO - Il Progetto ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) nel 2006 e 2007 si è occupato di un fenomeno assai importante in termini di sanità pubblica quale la mortalità evitabile, che però rappresenta la punta dell'iceberg della situazione dello stato di salute delle popolazioni. Ecco dunque che, con l'Atlante 2008, ERA passa a indagare su un nuovo "universo" di informazioni sanitarie, costituito dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), analizzate in modo articolato, per genere e USL.

Parole chiave: ricoveri ospedalieri, genere, età, patologie

SUMMARY (*Hospital discharges by gender and local health unit: presentation of ERA Atlas 2008*) - In 2006 and 2007, the ERA Project focussed on avoidable mortality, which is an extremely important issue in public health but it only constitutes the tip of the iceberg with respect to the population's health. In the 2008 ERA Atlas, the focus shifts to health information provided by hospital discharge records, which have been analysed in depth by gender and local health unit.

Key words: hospital discharge, gender, age, pathologies

susanna.conti@iss.it

Il fenomeno del ricorso all'ospedale è nel nostro Paese imponente: le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per acuti ammontano ogni anno a quasi 12 milioni, e corrispondono a oltre 53 milioni di giornate di degenza ordinaria e a circa 10 milioni e mezzo di accessi in day-hospital, che equivalgono a circa un giorno di ricovero ospedaliero per abitante e a una visita in day-hospital ogni cinque.

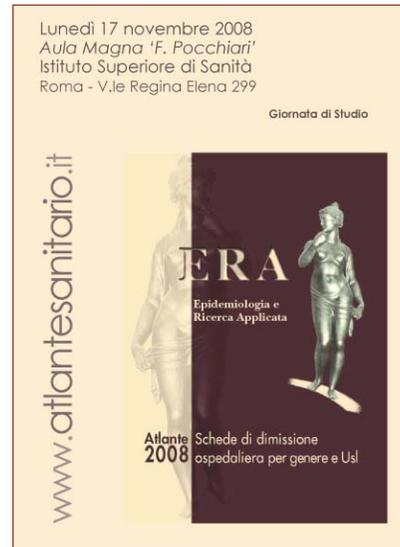
È questo il dato di partenza che emerge da "ERA Atlante 2008 - Schede di Dimissione Ospedaliera per genere ed USL", il volume presentato all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel corso di un Convegno svoltosi il 15 novembre 2008 e che scaturisce da ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata), un Progetto di proficua collaborazione interdisciplinare e interistituzionale tra vari soggetti

- Università di Tor Vergata, Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), ISS (Ufficio di Statistica), Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e Nebo Ricerche - finanziato dall'ISS.

A partire dai dati SDO, ERA 2008 ha rilevato che sono 15,3 milioni, fra uomini e donne, le persone a maggior rischio di passare un giorno in ospedale e 18,4 milioni quelle a minor rischio. Dei 15,3 milioni a rischio più elevato, 15 risiedono al Centro-Sud mentre tutti i 18,4 milioni a minor rischio sono riferiti a USL del Centro-Nord.

ERA 2008 traccia le mappe generali del rischio di passare un giorno in ospedale per ciascuna delle 166 micro-aree sanitarie in cui viene suddivisa l'Italia, disegnando un inedito panorama dell'assistenza ospedaliera, che ►

*Enrico Garaci,
Presidente dell'ISS,
ha ricordato in occasione
del Convegno
che lo studio
dei ricoveri ospedalieri,
così come effettuato da ERA,
rappresenta un esempio
di studio traslazionale
in sanità pubblica*



Annuncio della presentazione dell'Atlante ERA 2008

Dall'Atlante ERA emerge un'Italia spaccata in due: un Centro-Nord dove si ricorre meno all'ospedalizzazione e un Centro-Sud dove il ricorso è maggiore

consente di comprendere su basi scientificamente fondate dove sono più accentuate le criticità e dove le situazioni positive.

Dall'Atlante emerge un'Italia praticamente spaccata in due: un Centro-Nord dove dell'ospedalizzazione, in termini standardizzati *pro capite*, si fa un uso diffusamente meno intenso, e un Centro-Sud, dal Lazio (esclusa Viterbo) in giù, dove invece il ricorso è maggiore.

Questa prima generale evidenza viene dettagliata in 10 gruppi di diagnosi, appositamente elaborati da ERA a partire dall'International shortlist for hospital morbidity tabulation messa a punto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico e l'Ufficio Statistico della Comunità Europea.

Ciò ha consentito di evidenziare due grandi tipologie di mappe di diagnosi di ricovero: quelle che denotano una minore variabilità e vedono un maggiore addensamento intorno ai valori della media nazionale (tumori, malattie circolatorie, ecc.) e quelle caratteriz-

zate da un'elevata polarizzazione Nord-Sud (complicanze di parto e puerperio, malattie dell'apparato digerente, ecc.).

L'individuazione di queste due tipologie è finalizzata a consentire al decisore di politiche sanitarie sia nazionale sia locale di graduare le necessità di approfondimento ed eventualmente di intervento per contrastare, dove ritenuto necessario, gli stati di salute individuati come più a rischio e anche individuare protocolli e assetti organizzativi più appropriati laddove le evidenze dovessero risultare dovute a differenti modalità di risposta sanitaria, a parità di stato di salute.

Uno sguardo ad alcune importanti caratterizzazioni dei ricoveri: patologie, genere, età

La metà del tempo trascorso in ospedale da parte degli uomini è concentrato in due fasce d'età: 45-64 anni (25,1%) e 65-74 (24,5%). Le giornate relative a dimissioni di pazienti di età inferiore ai 45 anni rappresentano meno di un quarto della casistica (23,4%) mentre il restante 27% riguarda una popolazione maschile molto anziana (75 anni e oltre).

Nelle donne, invece, è da rilevare che circa un quinto (20,8%) delle giornate di degenza si osservano tra le donne in età fertile (15-44 anni); oltre i 45 anni la distribuzione per età delle giornate di ricovero tra le donne si discosta sensibilmente da quella maschile, culminando con un 10% del tempo speso in ospedale da parte delle donne di età molto anziana (85 anni e più).

È da notare la sensibile differenza tra le distribuzioni per genere nel caso delle malattie del sistema

circolatorio: considerando il tempo trascorso in ospedale con diagnosi di malattie circolatorie, al di sotto dei 75 anni si osserva una prevalenza del genere maschile, che si ribalta con una prevalenza femminile tra le persone anziane (75-74 anni) e molto anziane (85 anni e oltre).

Nel caso dei traumatismi e avvelenamenti, contribuiscono maggiormente i maschi giovani-adulti (15-44 anni) e successivamente le donne tra i 75 e gli 84 anni.

La geografia

Considerando il complesso dei ricoveri, le Regioni i cui abitanti hanno un rischio minore di essere ricoverati per un giorno in ospedale sono tutte collocate al Nord e al Centro, tranne la Basilicata, mentre le Regioni i cui abitanti hanno un rischio maggiore sono tutte collocate al Sud, tranne la Val D'Aosta per gli uomini e la Provincia Autonoma di Bolzano per entrambi i generi.

Passando all'articolazione per USL, le popolazioni dell'USL di Foligno (Umbria) e di Bassa Friulana (Friuli-Venezia Giulia), rispettivamente per uomini e donne, mostrano un rischio relativo di passare un giorno in ospedale più modesto che nel resto del Paese.

Tutte le USL che presentano i 10 rischi di ricovero più basso, sia tra gli uomini sia tra le donne, sono nel Centro-Nord.

Le popolazioni della USL di Lanusei (Sardegna) presentano viceversa il rischio più elevato in entrambi i generi.

Tutte le USL che presentano i 10 rischi più elevati si trovano nel Sud-Isole, esclusa Roma, considerata come area metropolitana, che potrebbe però scontare la grandissima offerta ospedaliera presente nella capitale, con poli di attrazione regionale e nazionale.

Considerazioni in merito all'analisi delle SDO

Nella piena consapevolezza che le SDO contengono dati non raccolti con finalità strettamente epidemiologica, ma che si inseriscono piuttosto in processi di natura amministrativo-contabile, si ritiene tuttavia che l'analisi dei ricoveri per diagnosi fornisca un quadro ampio e articolato dell'ospedalizzazione, fenomeno di grandissimo rilievo per la sanità pubblica, sia per l'importanza delle patologie per le quali si ricorre a questo servizio, sia per il consistente impegno finanziario che le varie realtà territoriali della sanità dedicano alle strutture ospedaliere.

Nel caso della mortalità evitabile (il fenomeno studiato da ERA negli anni scorsi), causata cioè da patologie per le quali sono note le azioni di contrasto efficaci (si pensi alle campagne contro il fumo o a favore di screening) le indicazioni che scaturiscono da tali analisi sono piuttosto immediate. Quando si ragiona sulle SDO, invece, si deve tener presente che un maggior "rischio" di ospedalizzazione in un certo territorio è dovuto a una molteplicità di fattori, che comprendono sia uno stato di salute della popolazione mediamente compromesso che richiede correttamente molti ricoveri ospedalieri, sia un uso massiccio del ricorso all'ospedalizzazione anche per patologie più lievi, in mancanza di altre strutture sanitarie o anche, indirettamente, per inappropriata delle indicazioni di ricovero. ■

È stato predisposto un apposito sito che presenta le versioni integrali degli Atlanti ERA 2006, 2007 e 2008. Tutti i dati analitici e la bibliografia sono liberamente scaricabili: www.atlantesanitario.it

L'analisi dei ricoveri per diagnosi fornisce un quadro ampio e articolato dell'ospedalizzazione. Consente di comprendere dove sono più accentuate le criticità e dove le situazioni positive

Visto... si stampi

a cura di Paola De Castro
Settore Attività Editoriali, ISS



Presentiamo qui le più recenti pubblicazioni edita da questo Istituto, disponibili online in full-text e su supporto cartaceo. Per essere direttamente informati, comunicate il vostro indirizzo e-mail a: pubblicazioni@iss.it

ISTISAN Congressi 09/C1



I Convegno Nazionale. Sostanze naturali: dalla ricerca di base all'applicazione clinica. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 23-25 marzo 2009. Riassunti.

A cura di A. Geraci, F. Mondello e A. Stringaro. 95 p.

Nella continua ricerca scientifica di nuovi farmaci sicuri ed efficaci, recentemente vi è stata una riscoperta delle sostanze naturali come potenziale serbatoio di soluzioni terapeutiche innovative per la salute umana, con la prospettiva di integrare e a volte sostituire farmaci convenzionali. Questo Convegno rappresenta il primo incontro nazionale, in seguito alla costituzione del gruppo di studio intramurale "Terapie Innovative e Sostanze Naturali (TISNa)". L'obiettivo è quello di dar vigore all'attuale crescita scientifico-culturale e multidisciplinare nel campo della ricerca sulle sostanze naturali, promuovere la nascita di future collaborazioni anche con le altre istituzioni scientifiche del Paese, e soprattutto incentivare l'adozione di un metodo di ricerca più rigoroso per la valutazione degli effetti di queste sostanze.

andrea.geraci@iss.it; francesca.mondello@iss.it; annarita.stringaro@iss.it

3° Simposio Internazionale IUPAC sugli Elementi in Traccia negli Alimenti. Istituto Superiore di Sanità. Roma, Italia, 1-3 aprile 2009. Riassunti.

A cura di F. Cubadda, F. Aureli, S. Ciardullo e M. Patriarca. 207 p. (in inglese)

Lo scopo di questo simposio interdisciplinare IUPAC (International Union of Pure and Applied Chemistry) è quello di riunire esperti con diversa formazione ed esperienze per discutere tutti gli aspetti degli elementi in traccia in relazione alla loro presenza negli alimenti e nei mangimi, con particolare riferimento ai loro effetti biologici. I temi trattati includono l'essenzialità, la tossicità, la bioaccessibilità, la biodisponibilità, la speciazione, le fonti e il trasferimento lungo la catena alimentare, gli effetti dei processi di trasformazione, la fortificazione, l'integrazione della dieta, la legislazione e le norme internazionali, gli sviluppi in campo analitico, l'assicurazione della qualità analitica e i materiali di riferimento. Particolare enfasi viene data ai più recenti progressi della ricerca in questo ambito e agli aspetti emergenti.

francesco.cubadda@iss.it

ISTISAN Congressi 09/C2



Rapporti ISTISAN 09/2

Area tematica
Tecnologie e salute



Impianti cocleari: indagine su stato dell'arte, problematiche riscontrate, aspetti clinici e normativi.

D. Giansanti, S. Morelli, G. Maccioni, M. Grigioni. 51 p.

L'Istituto Superiore di Sanità ha avviato un primo studio sul dispositivo medico impianto cocleare. In questa prima fase dello studio si è proceduto in primo luogo all'analisi dell'evoluzione tecnico-scientifica dei dispositivi medici di ausilio nel trattamento del danno acustico, e in particolare degli impianti cocleari, partendo dalle prime realizzazioni a canale singolo per poi arrivare agli impianti multicanale. Particolare attenzione è stata rivolta allo stato dell'arte per quanto riguarda aspetti quali gli studi sull'ottimizzazione della candidatura dei pazienti all'impianto, i rischi e le prestazioni ottenute negli anni. Il lavoro continua con un'analisi delle principali problematiche prendendo in considerazione il punto di vista dell'agenzia americana per gli alimenti e i medicinali, la Food and Drug Administration (FDA) e di altri riferimenti internazionali. Il lavoro termina con brevi cenni sulle problematiche di riabilitazione riguardo agli impianti cocleari.

daniele.giansanti@iss.it; mauro.grigioni@iss.it

L'acqua come veicolo di malattie: elaborazione e valutazione di dati registrati e notificati nell'area di Roma.

L. Bonadonna, M. Di Porto. 62 p.

I sistemi di sorveglianza delle malattie di origine idrica rappresentano elementi importanti nel quadro delle politiche di salute pubblica. La contaminazione delle acque contribuisce alla diffusione di malattie e al mantenimento dei livelli di endemia nelle popolazioni. In Europa manca ancora un sistema cogente per la sorveglianza delle malattie di origine idrica; in Italia il sistema di sorveglianza delle malattie infettive esistente non è in modo specifico indirizzato alla raccolta di informazioni sulle malattie trasmesse dall'acqua. L'indagine presenta dati sulle malattie di origine idrica raccolti, nell'area di Roma, nel periodo 2001-2006 sulla base delle notifiche registrate dal sistema italiano di sorveglianza delle malattie infettive. I dati selezionati comprendevano tutte le patologie direttamente ed indirettamente correlate all'acqua, di cui è stato seguito l'andamento nel tempo. Sono stati individuati ed elaborati (per anno e per origine della malattia) un totale di 2.928 casi di malattie di origine idrica. In totale 75 sono stati i casi direttamente associati all'acqua e il virus dell'epatite A è stato l'agente eziologico più frequentemente registrato. I risultati rappresentano una sottostima della situazione reale anche alla luce delle difficoltà e dei limiti emersi dallo studio. lucia.bonadonna@iss.it

Rapporti
ISTISAN

09/3

Area tematica
Ambiente e salute



Rapporti
ISTISAN

09/4

Area tematica
Epidemiologia
e sanità pubblica



Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute.

E. Scafato, S. Ghirini, L. Galluzzo, G. Farchi e C. Gandin per il Gruppo di Lavoro CSDA
(Centro Servizi Documentazione Alcol). 35 p.

L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute dell'uomo e risulta essere la principale causa di cirrosi epatica e la terza causa di mortalità prematura in Europa, oltre ad essere causa di 60 malattie e condizioni patologiche, incluso il cancro. L'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - CNESPS è da dieci anni il riferimento formale e ufficiale nazionale, europeo e internazionale dell'Istituto Superiore di Sanità per la ricerca, la prevenzione, la formazione in materia di alcol e problematiche alcol-correlate. L'Osservatorio Nazionale Alcol è stato investito sin dal 2005 dal Ministero della Salute della responsabilità di realizzazione e disseminazione di iniziative di comunicazione e sensibilizzazione su tematiche alcol-correlate promosse ai sensi della Legge 125/2001; gli accordi di collaborazione hanno conferito all'Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Nazionale Alcol, il mandato esclusivo di identificare e realizzare le campagne sull'alcol da attuare negli ambiti di aggregazione giovanile, nelle scuole, negli istituti di pena, nelle caserme e in tutti i luoghi richiamati dall'art. 3 della legge 125/2001. L'Osservatorio Nazionale Alcol è l'organismo indipendente di riferimento dei Ministeri, della Presidenza del Consiglio, della Commissione Europea e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per le attività tecnico-scientifiche di rilievo nazionale, europeo e internazionale. alcol@iss.it

Programma di collaborazione ISS-NIH: relazioni conclusive dei progetti. Edizione bilingue.

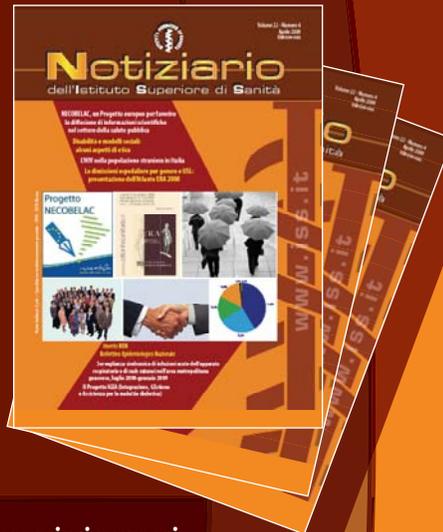
A cura di E. Garaci, C. D'Addazio, F. Giuliano. 452 p. (in italiano e in inglese)

Nel luglio 2003, i National Institutes of Health (NIH) americani e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) hanno firmato un accordo mirato a rafforzare la cooperazione scientifica tra Italia e USA. Nel corso degli anni il programma ha permesso di ampliare le collaborazioni e di promuovere nuove sinergie attraverso lo scambio di giovani ricercatori e la condivisione delle migliori competenze, conoscenze e capacità in diversi campi delle scienze biomediche. Questo volume contiene le relazioni finali dei progetti del programma di cooperazione scientifica tra i due Paesi. Il rapporto è articolato in due parti (in italiano e inglese) divise in quattro sezioni: Tumori, Neuroscienze, Malattie cardiovascolari, Malattie infettive. presidenza@iss.it

Rapporti
ISTISAN

09/5





Nei prossimi numeri:

Sistema di sorveglianza IVG
Convegno "Storie e memorie dell'ISS"
Sorveglianza HIV: dati ed esperienze

Istituto Superiore di Sanità

Presidente: Enrico Garaci

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

a cura del Settore Attività Editoriali