

Notiziario

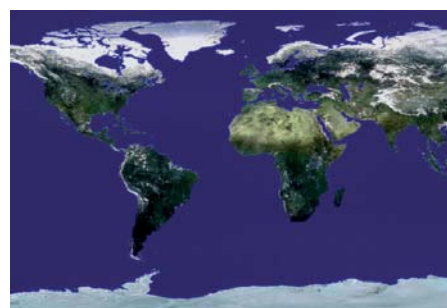
dell'Istituto Superiore di Sanità

**Influenza A(H1N1)v di origine suina in Italia:
le attività del Centro Nazionale Influenza
dell'Istituto Superiore di Sanità**

Il Progetto europeo Ethicsweb

**Convegno. Aspetti etici della ricerca biomedica
e della sperimentazione clinica**

**Salute e campi elettromagnetici:
stato delle conoscenze. Ciclo di convegni**



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

Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

**Profili di comunità e piani di salute a livello di distretto
sanitario. L'esperienza in provincia di Trento, 2006-09**

**I focus group nell'avvio di un percorso partecipativo
per la costruzione di un piano di salute per un Comune,
ULSS 9 Treviso, 2008-09**

www.iss.it

SOMMARIO

Gli articoli

Influenza A(H1N1)v di origine suina in Italia: le attività del Centro Nazionale Influenza dell'Istituto Superiore di Sanità.....	3
Il Progetto europeo Ethicsweb	11
Convegno. Aspetti etici della ricerca biomedica e della sperimentazione clinica	14
Salute e campi elettromagnetici: stato delle conoscenze. Ciclo di Convegni	18

Le rubriche

Nello specchio della stampa. Piccoli fumatori crescono: ora si inizia a 16 anni	7
Visto... si stampi	9

Bollettino Epidemiologico Nazionale (Inserito BEN)

Profili di comunità e piani di salute a livello di distretto sanitario. L'esperienza in provincia di Trento, 2006-09	i
I focus group nell'avvio di un percorso partecipativo per la costruzione di un piano di salute per un Comune, ULSS 9 Treviso, 2008-09	ii



Il Centro Nazionale Influenza dell'ISS coordina la Rete Influnet per la raccolta dei campioni clinici e la diagnosi dei casi sospetti di nuova influenza

pag. 3



Il Progetto europeo Ethicsweb ha l'obiettivo di creare un centro europeo di documentazione in scienza ed etica

pag. 11



Il Convegno "Aspetti etici della ricerca biomedica e della sperimentazione clinica" ha promosso una riflessione etica su tematiche emergenti

pag. 14

L'Istituto Superiore di Sanità

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

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

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

Dipartimenti

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

Centri nazionali

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

Servizi tecnico-scientifici

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

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

Redattore capo: Paola De Castro

Redazione: Anna Maria Rossi, Giovanna Morini

Progetto grafico: Alessandro Spurio

Impaginazione e grafici: Giovanna Morini

Fotografia: Antonio Sesta, Luigi Nicoletti

Distribuzione: Patrizia Mochi, Sara Modigliani

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

Redazione del Notiziario

Settore Attività Editoriali

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

Tel: +39-0649902260-2427

Fax +39-0649902253

e-mail: pubblicazioni@iss.it

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

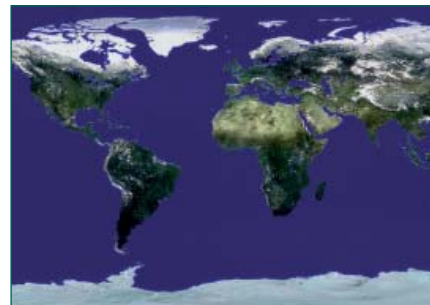
Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2009

Numero chiuso in redazione il 30 giugno 2009

Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. Roma

INFLUENZA A(H1N1)v DI ORIGINE SUINA IN ITALIA: LE ATTIVITÀ DEL CENTRO NAZIONALE INFLUENZA DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



Livia Di Trani¹, Gabriele Vaccari¹, Anna Ruggieri², Simona Puzelli², Laura Calzoletti², Concetta Fabiani², Anna Pina Palmieri², Maria Laura Pasqua², Angela Di Martino², Maria Alessandra De Marco², Marzia Facchini², Domenico Spagnolo², Tiziana Grisetti², Stefano Boros², Michele Equestre³, Antonio Cassone², Giovanni Rezza² e Isabella Donatelli²

¹Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, ISS

²Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS

³Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze, ISS

RIASSUNTO - A seguito dell'identificazione del nuovo virus A(H1N1)v, inizialmente in Messico e Stati Uniti d'America e successivamente in molti Paesi in tutto il mondo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha innalzato il livello di allerta pandemica alla fase 6. Si presentano i risultati delle attività di laboratorio per la sorveglianza dei casi umani di influenza da virus A(H1N1)v in Italia.

Parole chiave: influenza A(H1N1)v, Italia, sorveglianza

SUMMARY (*Swine-like influenza virus A(H1N1)v cases in Italy: activities of National Influenza Center of the Italian National Institute of Health*) - In this report we describe the findings of the laboratory-based surveillance of human cases of influenza A(H1N1)v virus infection in Italy, following the recent worldwide detection of this new virus among human population and the decision of the World Health Organization (WHO) to raise the level of pandemic alert to level 6.

Key words: influenza A(H1N1)v, Italy, surveillance

livia.ditrani@iss.it

Tra il 15 e il 17 aprile 2009 una nuova variante del virus influenzale A(H1N1)v di origine suina è stato identificato in due pazienti degli Stati Uniti e successivamente in Messico, Canada e in altri Paesi degli Stati Uniti. Il 25 aprile l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha lanciato l'allarme internazionale, innalzando lo stato di allerta dal livello 3 al livello 4 e, successivamente, in seguito all'avvenuta trasmissione

interumana in due diversi Paesi, al livello 5. Alla data dell'11 giugno 2009, questa malattia ha colpito più di 26.000 persone nel mondo e alcune migliaia in Europa. In Italia abbiamo avuto finora 59 casi, di cui 55 di importazione da altri Paesi colpiti da questa epidemia, in particolare Stati Uniti e Messico. A seguito del diffondersi dell'epidemia in continenti diversi da quello americano, l'OMS ha deciso quindi di innalzare al massimo livello - il livello 6 - l'allerta. ►

**L'Organizzazione
Mondiale della Sanità
ha innalzato
il livello di allerta
per la nuova influenza
al massimo, il livello 6**

***Il Centro Nazionale
per l'Influenza dell'ISS
coordina la rete
di 27 laboratori regionali
(Rete Influnet)
al fine di raccogliere
e processare i campioni clinici
dei casi sospetti
di influenza A(H1N1)v,
procedendo esso stesso
alla conferma diagnostica***

Anche l'Italia, quindi, come altri Paesi europei, si è trovata a fronteggiare l'emergenza dovuta a casi clinici in viaggiatori provenienti dalle aree affette.

Nel nostro Paese esiste un sistema integrato di sorveglianza epidemiologica e virologica, che fornisce annualmente dati relativi alla circolazione di virus influenzali in periodo epidemico.

Il monitoraggio virologico e la caratterizzazione antigenica/molecolare degli isolati virali circolanti nella popolazione viene svolto da una rete di 27 laboratori regionali (Rete Influnet), coordinati dal Centro Nazionale per l'Influenza (National Influenza Centre-NIC), che opera all'interno del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate (MIPI) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Il NIC fa parte a sua volta della rete internazionale dei laboratori partecipanti all'OMS Global Influenza Programme (GIP), i cui risultati permettono l'aggiornamento annuale della composizione vaccinale. Al NIC

è stato assegnato direttamente dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali il compito di confermare i casi di questa malattia nonché di eseguire la diagnosi virologica primaria in assenza del laboratorio di riferimento regionale.

Nell'ambito delle misure previste dal Piano Pandemico Nazionale (PPN) il NIC, nel corso delle due ultime stagioni epidemiche, ha provveduto a potenziare e validare la Rete Influnet, relativamente alla sua capacità di diagnosi rapida di virus influenzali di origine animale, potenzialmente pandemici per l'uomo.

Questa attività di rafforzamento dei laboratori ha consentito di rispondere prontamente alla necessità di identificare i primi casi italiani di infezione umana da nuovo virus A(H1N1)v e di attivare tempestivamente le misure di contenimento previste dal PPN.

Alla data dell'11 giugno 2009, da un totale di 255 campioni clinici raccolti, sono stati confermati dal NIC 59 casi di infezione da nuovo virus (Figura 1).



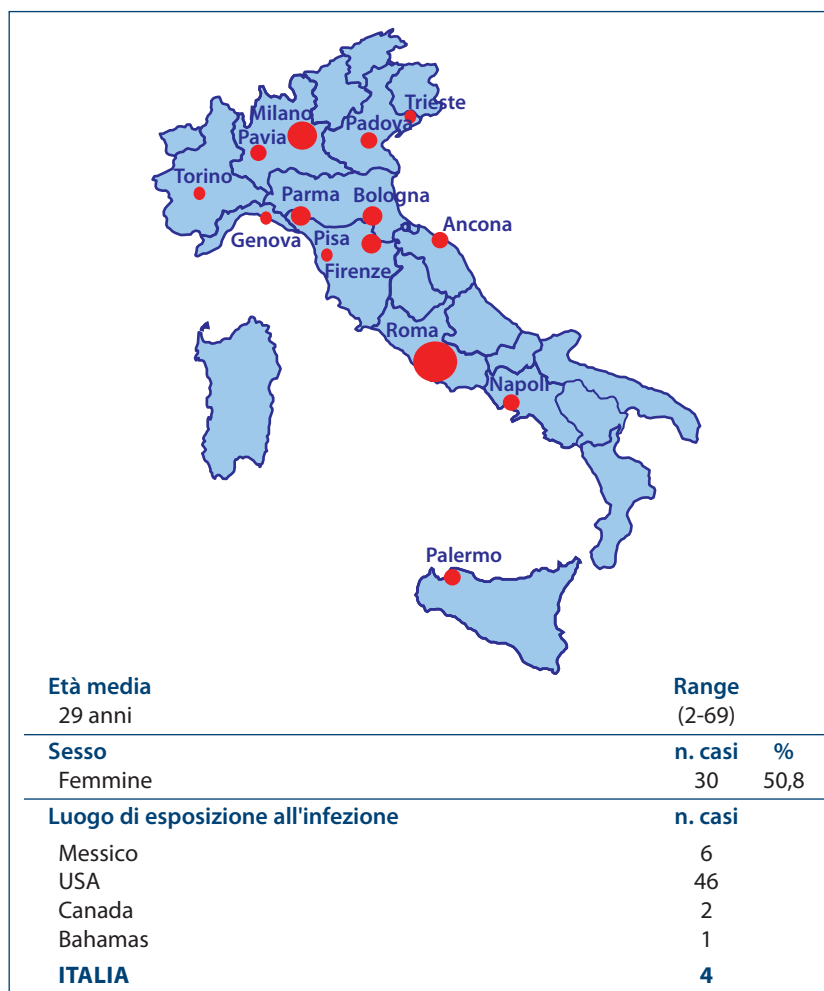


Figura 1 - Casi di infezione confermati dal Centro Nazionale per l'Influenza del nuovo virus A(H1N1)v all'11 giugno 2009

Da un punto di vista tecnico-metodologico, sono stati eseguiti percorsi diagnostici differenziati (Figura 2).

In una prima fase, in mancanza di informazioni e reagenti specifici per la diagnosi di nuovo virus A(H1N1)v, è stato necessario sviluppare un percorso diagnostico che permettesse ugualmente di differenziare i virus stagionali da quelli A(H1N1)v. La diagnosi è quindi avvenuta attraverso due metodiche:

- RealTime RT-PCR, utilizzando *primer* e sonde in grado di riconoscere porzioni del gene

della matrice (M) comuni a tutti i virus appartenenti al tipo A;

- sequenziamento della regione M amplificata e allineamento con le sequenze di virus stagionali e della variante A(H1N1)v, disponibili in banca dati.

Tale strategia è stata decisa dopo aver verificato la presenza, nei virus appartenenti alla nuova variante A(H1N1)v, di un numero significativo di cambiamenti nei 205 nucleotidi sequenziati (6 ore per la diagnosi).

Successivamente, la disponibilità del kit diagnostico del ►

L'attività svolta dalla Rete Influnet ha consentito di identificare prontamente i primi casi italiani di influenza A(H1N1)v umana e di attivare le misure di contenimento previste dal Piano Pandemico Nazionale

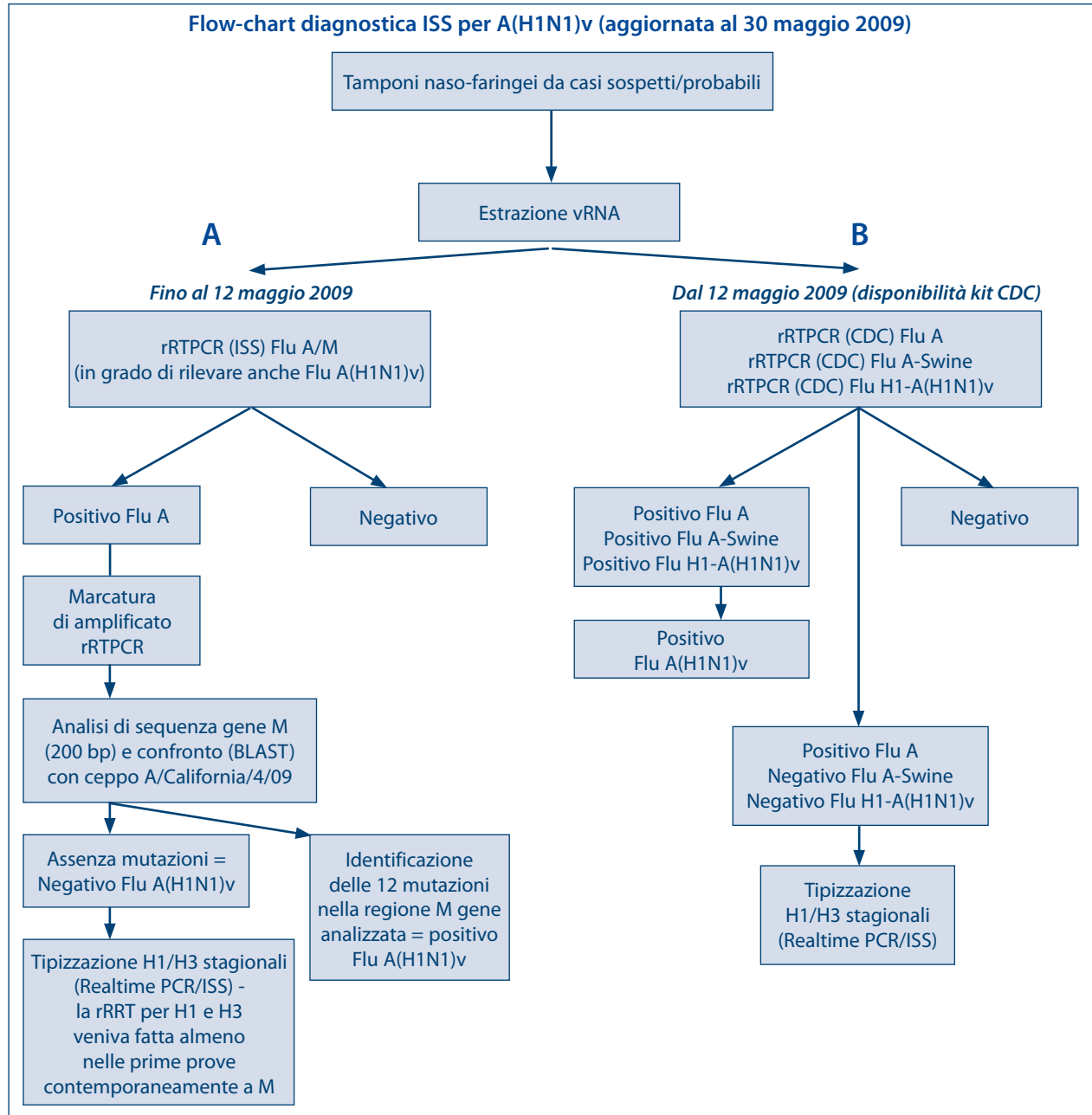


Figura 2 - Algoritmo diagnostico dell'influenza A(H1N1)v

Dal punto di vista tecnico-metodologico il NIC ha eseguito percorsi diagnostici differenziati

Centers for Disease Control (CDC) di Atlanta, contenente *primer* e sonde in grado di identificare in maniera selettiva sequenze genomiche specifiche dei virus A(H1N1)v è stato possibile procedere a una diagnosi differenziale diretta, con tempi di risposta ridotti di tre ore.

In questa fase di emergenza hanno collaborato con le attività svolte dal NIC ricercatori e personale tecnico afferente ad altri Reparti del MIPI, del Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze e del Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare dell'ISS. ■

Nello specchio della stampa

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

Ufficio Stampa, ISS



Piccoli fumatori crescono: ora si inizia a 16 anni.

Sono i dati dell'ultimo rapporto sul fumo realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità

L'abitudine al fumo è in crescita soprattutto tra i giovani. Lo rivela un'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), condotta in collaborazione con la Doxa, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. I risultati sono stati diffusi il 29 maggio 2009, nel corso dell'XI Convegno Nazionale. I giovani fumatori di 15-24 anni sono più di un milione e 700 mila e la percentuale è cresciuta dal 24% del 2008 al 29% del 2009 (+5%). A far registrare l'incremento maggiore sono le ragazze, passate dal 17,5% al 23,8% (+6,3%), mentre i ragazzi sono aumentati dal 30,3% al 34% (+3,7%). Inoltre, osservando le abitudini dei giovani e confrontandole con quelle dell'adulto, si nota che non ci sono differenze significative nelle motivazioni che invogliano a provare la sigaretta, nella frequenza di consumo, nel numero di sigarette fumate quotidianamente e nella spesa sostenuta. Oggi come 50 anni fa la motivazione che spinge il giovane a incominciare a fumare è legata all'influenza degli amici: oltre il 60% di giovani e adulti hanno dichiarato che cominciano a fumare in occasioni di feste o con i compagni di scuola. Sono uguali anche la frequenza di consumo, infatti il 90% di fumatori, sia giovani che adulti, fumano tutti i giorni; l'unica differenza si registra tra le ragazze fumatrici tra le quali il 18,2% dichiara di fumare occasionalmente o nel fine settimana, mentre i propri coetanei che fumano saltuariamente sono solo il 5%. Anche il tipo di prodotto scelto dai giovani è lo stesso degli adulti. Il numero medio di sigarette fumate al giorno non è significativamente diverso da quello dei grandi (10-14) e i ragazzi spendono quasi la stessa cifra, con una differenza minima di 3 euro. Inoltre, i giovani come gli adulti (oltre l'88%) accendono la prima sigaretta poche ore dopo il risveglio.

Il rapporto dell'ISS registra in generale un aumento significativo dei fumatori per la prima volta dopo sei anni: sono 13 milioni (7,1 milioni di uomini e 5,9 milioni di donne) pari al 25,4% della popolazione. I non fumatori sono il 60%. L'aumento dei fumatori è dovuto anche a una diminuzione degli ex fumatori: coloro che avevano smesso di fumare, oggi hanno ripreso la sigaretta: si è passati infatti dal 18,4% del 2008 al 14,6% del 2009 (-3,8%). Ciò implica che coloro che negli anni passati avevano smesso di fumare oggi hanno ripreso la sigaretta, ossia hanno avuto una ricaduta. Complice forse la crisi economica, ma più probabilmente il fatto che il fumatore non è consapevole del grado di dipendenza dalla nicotina e pensa quindi di poter smettere quando vuole e da solo, tant'è che quasi la totalità degli ex fumatori ha dichiarato negli anni passati di aver smesso senza ricorrere ad alcuna forma di aiuto e anche coloro che fanno dei tentativi per smettere, senza successo, non cercano alcun tipo di supporto.

Le misure più utili ed efficaci per aiutare i fumatori a smettere ed evitare le ricadute sono: garantire l'accesso gratuito ai centri di disassuefazione, introdurre i trattamenti per smettere di fumare nei LEA, sostenere quegli interventi mirati alla rimborsabilità dei farmaci efficaci, aumentare il coinvolgimento della classe medica e, soprattutto, destinare maggiori risorse economiche a sostegno di interventi per la lotta al tabagismo. Gli interventi, invece, che possono limitare l'abitudine al fumo nei giovani sono: aumentare il prezzo minimo delle sigarette, eliminare dal mercato i pacchetti da 10, chiudere i distributori automatici di sigarette ed effettuare maggiori controlli nelle rivendite sull'età degli acquirenti.

CORRIERE DELLA SERA

Si inverte la tendenza. Fumatori in aumento: non succedeva da sei anni

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità: salgono le vendite di sigarette, fumatori di nuovo in aumento.

Cambio di tendenza dopo 6 anni

27 maggio 2009

Quelli che non ce l'hanno fatta. Che ci sono ricaduti credendo di esserne usciti fuori. Sono loro ad aver riportato verso l'alto la curva dei fumatori. I dati raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e anticipati alla vigilia della

Giornata mondiale antitabacco del 31 maggio registrano una ripresa. Per la prima volta dopo 6 anni il numero dei consumatori di sigarette è in crescita. Sembra essersi arrestato il fenomeno di un graduale declino, innescato nel 2005 dai divieti della legge Sirchia (nome legato all'ex Ministro della Sanità). La percentuale è salita di punti, forse, ipotizzano gli esperti, anche a causa della crisi economica che aumenta le tensioni nelle persone più a rischio. Il nuovo impulso dipende da entrambi i sessi anche se l'aumento è leggermente più marcato tra le donne. Di pari passo sono diminuiti gli «ex», passati dal 18,4% del 2008 al 14,6% del 2009. Costante la vendita di tabacco che anzi ha subito una flessione dello 0,9%. Stabile il numero medio di sigarette al giorno: 14. Non ha dubbi Piergiorgio Zuccaro, direttore dell'Osservatorio alcol, droga e fumo dell'ISS: «C'è stato

un travaso dal punto di vista epidemiologico. Una parte di quelli che avevano smesso, hanno ricominciato e credo che crisi e stress causato da difficoltà economiche non siano estranei». Non bisogna illudersi sul dato che riguarda le vendite. È vero, quelle legali sono rimaste invariate ma, nota Zuccaro, «c'è stata una recrudescenza del contrabbando e ha sempre maggior fortuna il mercato on line. L'ingresso nell'UE dei Paesi dell'Est europeo ha favorito l'acquisto di pacchetti con costo dimezzato rispetto all'Italia». L'indagine è stata condotta in collaborazione con Doxa, Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri e Lega Italiana per la lotta contro i tumori. È la parziale e, speriamo, momentanea sconfitta delle politiche anti-tabacco. Significa che leggi più rigide non sono poi così incisive sul piano della prevenzione. E che, in generale, c'è un'attenzione insufficiente nell'attuare strategie dissuasive e di recupero. Pensiamo all'attività dei centri pubblici contro il fumo, ancora troppo poco frequentati. In Italia sono tra le 10 e le 15 mila le persone in trattamento ogni anno. Contro le circa 500 mila della Gran Bretagna dove oltretutto le cure, compresi i farmaci, sono gratuiti. Hanno fallito inoltre le campagne impostate sul terrore, sulle scritte esplicite che parlano di morte e cancro, sulle immagini di scheletri (in Francia sta per partire un nuovo packaging, con immagini di bambini attaccati al respiratore). «Quando riuniamo i gruppi per la desuefazione non parlo mai di tumori e danni per la salute, non serve - conferma Domenico Enea, responsabile del centro per il Policlinico senza fumo, all'Umberto I di Roma. Piuttosto cerco di far comprendere i meccanismi. Sembra attenuarsi l'effetto della legge Sirchia del 2005 sul divieto nei luoghi pubblici. I recettori cerebrali della nicotina anche quando smettiamo non vengono mai distrutti. Ciò significa che anche a distanza di anni certe situazioni ci possono tentare. Basta una boccata per scatenare una reazione biochimica e lasciarsi catturare di nuovo». La voglia di dire basta in teoria anima milioni di persone almeno a giudicare dal successo di «È facile smettere di fumare se sai come farlo», manuale scritto da Aflen Carr e Bev Aisbett, 850 mila copie vendute lo scorso anno, riproposto adesso in una seconda versione. Gli insuccessi però sono previsti. Nel centro diretto da Enea, che pure ha risultati tra i migliori, il 50% degli aspiranti ex ritornano all'antico vizio entro un anno dal presunto addio.



Rapporto OSSFAD dell'ISS: più fumatori di sigari, meno rispetto della legge 2 giugno 2009

Vendita di sigarette in calo dell'1,1 % nel 2007: 50 milioni di pacchetti in meno su 92.821 tonnellate arrivate nelle tasche dei consumatori. Il dato è nel Rapporto 2008 sul tabagismo dell'Osservatorio fumo, alcol e droghe (OSSFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità. Una notizia a cui tuttavia fa da contraltare un vero e proprio boom nelle vendite di sigari, sigaretti e trinciati. Il tabacco da rollare, in particolare, ha registrato un balzo del 15,5% sul 2006, mentre sigari e sigaretti sono cresciuti ciascuno del 7,1 per cento. Questo però non toglie

che, in Italia, nell'ultimo anno si sono liberati del vizio 560mila fumatori. Il 94,3% senza aiuti esterni, mentre il 3% si è affidato a un supporto psicologico e il 2,7% ai farmaci. Secondo il Rapporto poi, la prima sigaretta della giornata per il 52,9% dei fumatori arriva prima delle 8 del mattino. Ma se 560mila italiani si sono liberati dal vizio, sono 3,3 milioni quelli che, nell'arco della vita, hanno provato almeno una volta a smettere senza mai riuscire. E col passare degli anni si riduce il rispetto dei divieti introdotti con la legge Sirchia. Nei locali pubblici nel 2008 non ha acceso la sigaretta l'81,5% dei fumatori contro l'83,9% del 2007. Stesso trend negativo sul posto di lavoro: ha rispettato il divieto il 69,4% dei fumatori contro il 71,8% dell'anno precedente. Secondo il Rapporto, poi, nel Centro e nel Sud d'Italia si fuma di più. Al Nord fuma il 19,1% dei cittadini, al Sud e nelle Isole la percentuale sale al 25,2%, mentre al Centro si attesta al 22,9 per cento. Nel 62% dei casi, la prima sigaretta della vita giunge prima di aver raggiunto la maggiore età. E a proposito di età, il Rapporto evidenzia che se il calo delle vendite si registra soprattutto tra gli ultrasessantacinquenni e nella fascia 25-44 anni, tra i giovanissimi (15-24) il consumo, rispetto all'anno precedente, continua a salire.



La Giornata mondiale senza tabacco. I dati di Doxa, nel Belpaese fuma il 25% delle persone sopra i 15 anni 31 maggio 2009

Oggi si celebra la Giornata mondiale contro il fumo, ma nonostante le campagne di contrasto, come le comunicazione ministeriali, e dell'Unione Europea, il tabacco continua a mietere vittime. Tra le patologie tumorali, il carcinoma polmonare è divenuto la terza causa di morte dopo il tumore al seno e colon-retto. L'ISS, Istituto Superiore di Sanità, rileva che nel ventesimo secolo il fumo ha ucciso 100 milioni di persone, e ogni anno 5,4 milioni di persone ne muoiono. Un rapporto sul tabagismo stima che, senza azioni urgenti, nel 2030 i morti all'anno per tabacco saliranno a 8 milioni, di cui l'80% nei Paesi in via di sviluppo, per 175 milioni di morti in totale. Circa i 2/3 dei fumatori nel mondo vivono in dieci Paesi, di cui i primi tre sono Cina, India e Indonesia. Il Direttore Generale dell'OMS, Margaret Chan, afferma che si tratta di epidemia del tabacco e il dipartimento Tobacco Free Initiative lavora per aiutare gli Stati membri ad assolvere il loro obbligo di introdurre le avvertenze sanitarie su pacchetti e imballaggi. In Italia anche se le vendite di sigarette calano dell'1%, rispetto al 2008 i fumatori sono aumentati di 1,8 milioni. È Piergiorgio Zuccaro, direttore dell'Osservatorio fumo, alcol e droga dell'ISS, nella conferenza stampa della Lega Italiana Lotta Tumori (Lilt), a illustrare i nuovi dati Doxa. Oggi fuma il 25,4% delle persone sopra i 15 anni (contro il 22% del 2008) corrispondenti a 13 milioni di italiani (di cui 7,1 milioni di uomini e 5,9 di donne).

Visto... si stampi

a cura di Paola De Castro

Settore Attività Editoriali, ISS



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

Annali dell'Istituto Superiore di Sanità

Vol. 45, n. 1, 2009

Sezione I

Thirty years after the reform of the Italian Law on mental health: time for celebrating, evaluating, moving forward

Edited by *Enrico Alleva, Giorgio Bignami and Teresa Di Fiandra*

Preface

Enrico Garaci

An overview of the mental health system in Italy

Antonio Lora

Italian Law 180: the enduring principles it represents and the community of Arezzo

Monica Bettoni and Bruno Benigni

Individuals, social changes and psychiatric services: continuity and innovation

Luigi Ferrannini

The Italian Law "180" thirty years after: from the unmet needs of sick people and families the duty of a critical reflection

Giuseppe Bersani

The birth of child and adolescent neuropsychiatry: from rehabilitation and social inclusion of the mentally handicapped, to the care of mental health during development

Franco Nardocci

The role of UNASAM – National Union of Associations for Mental Health in Italy

Ernesto Muggia

Long-term monitoring and evaluation of a new system of community-based psychiatric care. Integrating research, teaching and practice at the University of Verona

Francesco Amadeo, Lorenzo Burti, Mirella Ruggeri and Michele Tansella

European strategies for mental health

Teresa Di Fiandra

The role of the Italian National Institute of Health in the National Project on Mental Health (1996-2000)

Giorgio Bignami

Sezione II

Research and methodologies/Ricerche e metodologie

Sustainable development and next generation's health: a long-term perspective about the consequences of today's activities for food safety

Chiara Frazzoli, Carlo Petrini and Alberto Mantovani

Environmental health and the multidimensional concept of development: the role of environmental epidemiology within international cooperation initiatives

Daniela Marsili

An outbreak of Q fever in Bulgaria

Stefan Panaiotov, Massimo Ciccozzi, Nadia Brankova, Victoria Levterova, Mayda Mitova-Tiholova, Massimo Amicosante, Giovanni Rezza and Todor Kantardjiev

Investigation of indoor air volatile organic compounds concentration levels in dental settings and some related methodological issues

Anna Santarsiero, Sergio Fuselli, Alessandro Piermattei, Roberta Morlino, Giorgia De Blasio, Marco De Felice and Emanuela Ortolani

Book reviews, Notes and Comments/ Recensioni, Commenti e Segnalazioni

Edited by *Federica Napolitani Cheyne*

WHO Publications/Pubblicazioni WHO

Edited by *Anna Maria Rossi*



Rapporti ISTISAN

09/9

Area tematica
Epidemiologia
e sanità pubblica



Esposizioni a farmaci prese in esame dal Centro Antiveleni di Milano nel 2005.

F. Davanzo, L. Settimi, E. Urbani, F. Giordano. 2009, iv, 33 p.

Nel 2005, il Centro Antiveleni (CAV) di Milano ha esaminato 17.631 casi di esposizione umana a farmaci, verificatisi nelle diverse regioni italiane. Per gran parte delle esposizioni (69%), il CAV è stato contattato da un servizio ospedaliero. Il picco delle chiamate giornaliere è risultato verificarsi intorno alle ore 21. I pazienti con età inferiore ai 6 anni hanno costituito il 41% dei casi. I soggetti di sesso femminile sono stati il 55%. Circa il 79% dei pazienti è risultato esposto ad una sola sostanza. La circostanza dell'esposizione è risultata involontaria per il 56% dei casi e intenzionale per il 38%. Circa il 3% dei casi ha presentato una diagnosi di reazione avversa in corso di terapia. L'errore terapeutico è stato riportato per il 17% dei pazienti. Almeno un effetto clinico associabile all'esposizione è stato rilevato nel 44% dei casi, mentre per circa il 68% è stato indicato un intervento terapeutico. Le categorie di farmaci più frequentemente riportate sono state: sedativi/ipnotici/antipsicotici (26%), analgesici (15%) e antidepressivi (12%). Il rapporto permette di caratterizzare le esposizioni umane a farmaci che vengono prese in esame dai CAV italiani ed evidenzia le potenzialità di un sistema di sorveglianza delle esposizioni pericolose basato su questo tipo di servizio.

laura.settimi@iss.it

Proposta di valutazione microtomografica di alcuni sostituti ossei.

R. Bedini, R. Pecci, P. Ioppolo, D. Meleo, A. Bianco, P. Casti. 2009, 30 p.

L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di analizzare alcuni biomateriali da innesto osseo di diversa origine (omologhi, eterologhi e alloplastici) al fine di definirne le principali caratteristiche morfometriche, in particolare la porosità, grazie all'utilizzo della tecnica microtomografica. Sono stati scelti per l'analisi: un campione di osso omologo, un campione di osso eterologo di origine equina e due campioni di biomateriali alloplastici (il fosfato di calcio e il fosfato tricalcico in granuli). Per ciascun campione sono state prodotte, tramite microtomografia 3D, centinaia di slice. Dalle immagini riportate si nota che tutti i campioni studiati presentano una struttura porosa, pur mostrando una morfologia differente l'uno dall'altro. I risultati ottenuti mostrano una maggiore porosità dei campioni omologo ed eterologo, per i quali le ricostruzioni 3D hanno evidenziato la presenza di numerose interconnessioni tra i pori. Tale tipo di ricerca condotta su un esteso numero di campioni di tipologie diverse di sostituti od innesti ossei, si propone di fornire un contributo ad una migliore caratterizzazione microstrutturale di tali oggetti e principalmente al loro più adeguato utilizzo.

rossella.bedini@iss.it

Rapporti ISTISAN

09/10

Area tematica
Tecnologie
e salute



Rapporti ISTISAN

09/11

Area tematica
Epidemiologia
e sanità pubblica



Linee guida per il controllo di Culicidi potenziali vettori di arbovirus in Italia.

R. Romi, L. Toma, F. Severini, M. Di Luca, D. Boccolini, M.G. Ciufolini, L. Nicoletti, G. Majori. 2009, iii, 52 p.

Questo manuale vuole essere uno strumento a disposizione delle competenti strutture del Servizio Sanitario Nazionale, chiamate ad affrontare eventuali focolai d'infezioni trasmesse da Culicidi vettori, attraverso linee guida per il monitoraggio e il controllo della zanzara tigre e di altre specie di zanzare sia autoctone che alloctone. Dopo una parte generale dedicata alle due specie più comuni (*Aedes albopictus* e *Culex pipiens*), segue una parte dedicata agli arbovirus emergenti nel Bacino del Mediterraneo e quindi una parte prettamente tecnica dove vengono descritte le attrezzature, i principi attivi insetticidi e le modalità d'intervento in caso di outbreak. Infine un cenno alla più importante malattia trasmessa da Culicidi, la malaria, e ai suoi potenziali vettori ancora presenti nel nostro paese, completa il quadro delle misure da intraprendere per fermare, o quantomeno rallentare la progressione di una "Vector borne disease" in Italia.

roberto.romi@iss.it

Moda, cosmesi e alimentazione: il ruolo dei metalli nelle allergie cutanee.

A cura di B. Bocca, F. Petrucci e G. Forte. 2009, iv, 92 p.

Le allergie della pelle indotte da metalli colpiscono moltissime persone in tutto il mondo. L'allergia al Ni colpisce il 15% della popolazione generale europea, mentre il Co e il Cr incidono rispettivamente per l'8% e il 4%. Anche metalli come Al, Au, Be, Cu, Hg, Pd, Pt, Rh e Ti stanno divenendo frequenti cause di allergie. L'aumento della prevalenza delle allergie cutanee è dovuta al fatto che i metalli sono contenuti nel cibo e in molti prodotti e oggetti con cui veniamo a contatto quotidianamente. Considerando che i segni clinici sono alterazioni ben visibili della pelle, le allergie da contatto possono influire profondamente sulla qualità di vita del paziente ed essere causa piuttosto comune di problemi sul lavoro. Questo rapporto offre una visione sulla prevalenza del problema e presenta un approccio quantitativo sui prodotti venduti sul mercato italiano (leghe per bigiotteria e piercing, colori per tatuaggi, creme idratanti) e mostra altri scenari di rischio quali le protesi dentali e l'alimentazione. Inoltre, vengono esplorati gli attuali percorsi per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione del problema.

beatrice.bocca@iss.it

Rapporti ISTISAN

09/12

Area tematica
Ambiente
e salute





STUDI DAL TERRITORIO

PROFILI DI COMUNITÀ E PIANI DI SALUTE A LIVELLO DI DISTRETTO SANITARIO. L'ESPERIENZA IN PROVINCIA DI TRENTO, 2006-09

Laura Ferrari¹, Pirous Fateh-Moghadam² e Alberto Betta¹

¹ Direzione Igiene e Sanità Pubblica, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS), Trento

² Servizio di Educazione alla Salute e di Riferimento alle Attività Alcolologiche, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS), Trento

Uno dei compiti dei servizi di prevenzione collettiva è rappresentato dall'analisi dei bisogni di salute della comunità al fine di permettere alle amministrazioni di valutare le soluzioni possibili e di costruire congiuntamente alleanze intersettoriali per affrontarli.

A tal scopo, una tappa fondamentale è costituita dalla costruzione del profilo di comunità, strumento necessario, ma da solo non sufficiente, per poter individuare e quindi affrontare in maniera razionale e condivisa i problemi prioritari di salute di una comunità (1). Il profilo di comunità deve essere in grado di offrire "a colpo d'occhio" informazioni sullo stato di salute di una popolazione, di identificare i problemi di salute e di individuare le aree prioritarie di intervento, al tempo stesso permettendo la partecipazione della comunità per la costruzione condivisa di piani di salute.

Per la costruzione di un profilo sono dunque necessari due tipi di dati:

- quantitativi, che si riferiscono ad indicatori misurabili in grado di determinare la grandezza di un problema o di un aspetto di salute e la sua significatività statistica;
- qualitativi, che raccolgono le opinioni della comunità al fine di aggiungere significato e profondità ai numeri o, in qualche caso, di suggerire un'area di interesse da precisare in seguito con dati quantitativi (2).

Il risultato finale della costruzione di un profilo di salute va oltre i confini della semplice descrizione dell'esistente. Si tratta infatti di mettere a disposizione degli enti locali uno strumento che dia loro la possibilità di partecipare alle scelte di sanità pubblica e di governarle, progettando interventi concreti nell'ambito di piani per la salute condivisi con la popolazione e con altri enti e istituzioni.

Nella Provincia Autonoma di Trento (500.000 residenti, unica ASL con 11 distretti) il progetto "Profili di salute" è stato avviato nel 2006 con la formazione di un gruppo di lavoro composto di medici, infermieri ed assistenti sanitari di tutti i distretti, coordinato dalla Direzione Igiene e Sanità Pubblica (l'equivalente dei Dipartimenti di Prevenzione/Sanità Pubblica nelle altre regioni italiane). La realizzazione del progetto è stata facilitata dall'inserimento dello stesso all'interno degli obiettivi specifici annuali che l'Assessorato alla salute e alle politiche sociali assegna alla ASL.

In una prima fase di attività del gruppo sono stati individuati i criteri di scelta degli ambiti e gli indicatori da includere nel profilo. A questo proposito è stato molto utile il riferimento all'esperienza dell'Association of Public Health Observatories del Regno Unito (3). In seguito è stato redatto un *vademecum* per la costruzione di un profilo a livello di distretto sanitario comprendente l'elenco degli ambiti scelti, gli indicatori (non più di 3 per ambito), le fonti e le modalità di acquisizione dei dati ed i possibili gruppi di interesse per ogni ambito. Parallelamente alla raccolta dei dati in un distretto pilota (Valle di Sole/Valle di Non) è stato organizzato un corso di formazione centrato sull'apprendimento di tecniche di raccolta, analisi e interpretazione di dati qualitativi, in particolare sul focus group, considerato lo strumento di punta per raccogliere, attraverso l'attivazione al suo interno di una dinamica di gruppo, informazioni che non potrebbero essere prodotte dalle interviste individuali. Nella costruzione dei profili di comunità è di straordinaria importanza il "punto di vista collettivo" che i focus group più di qualsiasi altra tecnica di indagine qualitativa riescono a produrre. La formazione prevedeva l'immediata sperimentazione

delle conoscenze acquisite nel distretto pilota in cui sono stati realizzati, a cavallo tra il 2006 ed il 2007, oltre 20 focus group con l'obiettivo di ricerca fenomenologica mirante a riportare la visione della comunità sul concetto di salute, i suoi determinanti e i suoi problemi. A tale scopo sono stati identificati come referenti "qualificati", per le proprie opinioni, percezioni, convinzioni e credenze, diversi gruppi d'interesse quali i sindaci, gli anziani, i giovani, gli immigrati, le donne, i commercianti e gli imprenditori, i sindacati, gli studenti, gli insegnanti, le associazioni di volontariato, le forze dell'ordine, i religiosi, gli operatori sanitari territoriali ed ospedalieri. Deduttivamente l'informazione dei focus group è stata prodotta da 4 domande (Secondo voi cos'è la salute? Quali sono, secondo voi, i problemi di salute più importanti nella vostra comunità? Quali sono, secondo voi, i fattori che determinano i problemi di salute più importanti nella vostra comunità? Secondo voi, sarebbe utile migliorare la partecipazione dei cittadini alle scelte che si fanno riguardo alla salute?).

L'analisi dei dati qualitativi è stata realizzata seguendo il metodo della *long table analysis* di Krueger (4). È stato fatto ampio uso della triangolazione, per cui si sono realizzate diverse letture indipendenti e da parte di personale con competenze professionali diverse. La categorizzazione dei dati è avvenuta anche all'esterno delle 4 grandi categorie deduttive definite come "domande dello studio". Questo approccio induttivo non si è limitato al solo aspetto della raccolta di informazioni. Infatti, successivamente, la direzione del distretto pilota ha preso la decisione di approfondire il problema dell'esposizione ai pesticidi emerso come categoria nei focus group (la zona è famosa per la coltivazione delle mele), anche se dall'analisi quantitativa non risultavano particolari ►

amenti di patologie associabili all'uso di pesticidi. È attualmente in corso uno studio *ad hoc* per determinare l'esposizione della popolazione residente.

In questo modo è stato possibile coniugare formazione ed intervento reale ed integrare i dati quantitativi derivanti dai flussi informativi correnti con quelli qualitativi provenienti dalla comunità. I risultati sono stati restituiti alla comunità nel corso del 2007 tramite invio postale del profilo e nell'ambito di un'assemblea pubblica che ha visto una forte partecipazione comunitaria. Dall'esperienza pilota è tuttavia emersa la necessità di limitare le aree di indagine ed il numero di indicatori per giungere ad un profilo più snello e di facile consultazione per gli operatori e per i cittadini competenti.

Nel 2008, dopo l'esito positivo dell'esperienza pilota, si è deciso di estendere il progetto a tutti i distretti sanitari, pur limitando le aree di indagine ai più importanti ambiti contemplati nel Piano della Prevenzione Attiva della provincia di Trento. Inizialmente, nel corso di 4 workshop specifici, gli operatori sanitari hanno redatto un profilo di salute utilizzando i dati quantitativi per ciascun distretto, seguendo un modello comune e condiviso. Gli indicatori raccolti comprendono dati socio-demografici (ISTAT) su stili di vita ed adesione agli screening (sistema PASSI), maggiori cause di morbosità e mortalità (archivio schede di dimissione ospedaliera, pronto soccorso, mortalità), tumori (registro tumori) e coperture vaccinali (registro vaccinazioni). Dopo una preparazione specifica fatta agli amministratori, operatori sanitari e amministratori individuavano gli ambiti prioritari di intervento, attribuendo un punteggio da 1 a 3 a una serie di criteri discussi e condivisi (persone esposte al problema, persone colpite dal problema, anni di vita persi, percezione del problema da parte

dei cittadini, presenza di disuguaglianze sociali, disponibilità di interventi efficaci di prevenzione, differenziale tra interventi già in essere e bisogno di interventi, criteri locali specifici). Purtroppo, solo pochi amministratori hanno partecipato al corso (circa il 10% degli invitati).

Estemporaneamente si è programmata la raccolta di dati qualitativi (ancora in corso), previo corso di formazione specifico realizzato sull'argomento con gli operatori socio-sanitari impegnati nella raccolta dei dati. È in corso una serie di interviste individuali con personaggi chiave di tutti i distretti (complessivamente 70 interviste) che verranno analizzate con il metodo descritto più sopra e i cui risultati verranno integrati nella parte quantitativa del profilo comunitario. Il profilo completo verrà poi presentato al comitato di distretto (organo di governo del distretto composto da amministratori locali e sanitari) per la discussione e la scelta delle priorità, in modo da realizzare quanto fatto a livello di esercitazione, nel laboratorio del corso. Sui problemi prioritari individuati verrà fornito un elenco di possibili interventi di provata efficacia da cui i distretti interessati potranno scegliere quello più adatto alla propria realtà. Per la fine del 2009 sono attesi i progetti degli interventi da realizzare nel 2010.

Dalla nostra esperienza possiamo concludere che, utilizzando i dati quantitativi derivanti dai flussi correnti e quelli qualitativi attraverso i focus group e interviste in profondità, è stato possibile realizzare un profilo di salute sintetico e di facile lettura. La necessità di limitare ambiti ed indicatori comporta il rischio di dare una visione incompleta e superficiale, ma tuttavia sufficiente a dare indicazioni per la pianificazione delle attività di sanità pubblica, lasciando spazio ad eventuali approfondimenti successivi.

La formazione "sul campo" degli operatori ha permesso di formare professionisti in grado di utilizzare strumenti di raccolta di dati qualitativi dalla popolazione. Questo approccio ha consentito la raccolta delle opinioni e preferenze della comunità, indispensabile per la costruzione di un profilo completo. In generale, il progetto ha permesso di diffondere sapere e cultura epidemiologica sul territorio e di incrementare l'uso capillare dei dati a livello territoriale.

La scarsa partecipazione degli amministratori locali al processo - in gran parte da ascrivere alla novità dell'approccio adottato e ad una normativa provinciale carente in termini di rapporti istituzionali con i rappresentanti delle comunità locali (sindaci) - dovrà essere migliorata con il supporto della parte politica (assessorato alla salute e alle politiche sociali).

Benché la formazione degli operatori, la diffusione della cultura epidemiologica sul territorio ed il coinvolgimento della comunità rappresentino valori in sé, il banco di prova finale del progetto sarà costituito dall'adozione, da parte delle amministrazioni locali, del profilo di salute per la costruzione di interventi per il miglioramento della salute della comunità. ■

Riferimenti bibliografici

1. Biocca M (Ed). *Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute - I Piani per la salute in Emilia-Romagna 2000-2004*. Milano: Franco Angeli Editore; 2006.
2. Minnesota Department of Health's Community Health Services Planning Manual - Guidelines for Local Public Health Agencies. CHS Plan Cycle 2002-2003.
3. Disponibile all'indirizzo: <http://www.apho.org.uk/default.aspx>
4. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2000.

I FOCUS GROUP NELL'AVVIO DI UN PERCORSO PARTECIPATIVO PER LA COSTRUZIONE DI UN PIANO DI SALUTE PER UN COMUNE, ULSS 9 TREVISO, 2008-09

Mauro Ramigni, Sara Bartolini, Lisa Bertoncello, Giuseppina Girlando, Gianna Piovesan, Maria Chiara Scattolin, Francesca Stocco, Manuela Mazzetto e il Gruppo di lavoro per la costruzione dei piani di salute comunali*

Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, ULSS 9, Treviso

Lo stato di salute di una comunità non dipende solo dall'assenza di malattie o dal buon funzionamento dei servizi sanitari, ma anche dalla

complessa interazione dinamica tra i fattori che influenzano l'ambiente in cui le persone vivono, i comportamenti degli individui e i loro stili di vita. Luogo ideale

dove coordinare tutti gli interventi che hanno lo scopo di migliorare la salute dei cittadini, favorendo lo scambio di informazioni fra questi e l'amministra-

(*) Gruppo di lavoro per la costruzione dei piani di salute comunali: Francesca Allegrì, Nadia Basile, Lidia Bellina, Marilisa Cigoli, Valeria Conte, Emanuele Della Libera, Luigi Di Staso, Vittorina Fassinato, Roberta Gallina, Giovanni Gasparetto, Rosanna Mel, Mario Menoncello, Ada Morellato, Stefania Moschetta, Laura Rigo, Sante Rizzato, Vanna Sandre, Flora Sartorato, Nadia Taviani, Renato Tomasella e Michele Trevisanato

zione e promuovendo la partecipazione della cittadinanza è il Comune: un'entità amministrativa che ha capacità di intervento e di spesa per azioni a livello locale, che già si relaziona con altri enti (scuola, organi di sicurezza, sanità, ecc.), le cui attività si ripercuotono sull'ambiente di vita e che inoltre identifica una precisa comunità.

L'ULSS di Treviso ha cominciato a realizzare nel 2008 un progetto di promozione della salute su scala comunale ("Costruzione di un piano di salute del Comune") che prevede una prima fase conoscitiva sullo stato di salute della comunità attraverso la costruzione di un profilo di salute (1), seguita da una fase di progettazione e realizzazione di buone pratiche preventive. Nella prima fase, si è scelto di affiancare alla raccolta di informazioni di tipo quantitativo una ricerca di tipo qualitativo, utilizzando la metodologia dei focus group, secondo un approccio ormai consolidato (2).

Questa metodologia permetteva infatti di integrare, nel profilo di salute, i dati provenienti da indicatori quantitativi con la percezione degli stessi cittadini sul contesto di vita e sullo stato di salute della loro comunità. L'utilizzazione del focus group consente infatti di registrare, a differenza degli altri strumenti a disposizione dell'indagine qualitativa, il punto di vista di un certo gruppo della comunità, "chiarendo le posizioni individuali e paragonandole a quelle altrui, definendo ed esplicitando significati oggettivi fino alla creazione di nuovi ambiti comuni di comprensione reciproca" (3). Utilizzare i focus group ha inoltre permesso di innescare da subito un percorso partecipato e di costruire relazioni utili alla prosecuzione del progetto.

Il primo Comune dell'ULSS di Treviso a sperimentare questo approccio è stato Carbonera, situato nella cintura urbana di Treviso, con circa 11.000 abitanti.

L'indagine è stata preceduta da una conferenza stampa per illustrare alla comunità interessata il senso e l'utilità dell'iniziativa, l'importanza della partecipazione nella costruzione del profilo e, in seguito, nella scelta, nella progettazione e nella realizzazione di azioni per promuovere la salute.

Allo scopo di ricostruire una dimensione più completa possibile rispetto a determinanti e problemi di salute del Comune, si sono identificati diversi gruppi di popolazione: i genitori di bambini in età prescolare, i giovani, le donne fra 40

e 64 anni, gli uomini fra 40 e 64 anni, gli anziani, i tecnici e i politici comunali, gli operatori sanitari territoriali e ospedalieri, gli operatori sociali, i rappresentanti delle associazioni (sportive, culturali, di volontariato, ecc.) attive nel Comune, i cittadini stranieri, i commercianti e gli imprenditori.

I focus group sono stati condotti da un gruppo di operatori di varie professionalità appartenenti a diversi enti pubblici (ULSS, ARPA Veneto, Ufficio Scolastico Provinciale) al fine di favorire lo sviluppo di un percorso il più possibile partecipato in ogni fase. Gli operatori sono stati appositamente formati all'uso delle tecniche di indagine qualitativa, supervisionati e supportati, anche tramite piattaforma di *e-learning*, da esperti dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Tutti gli operatori hanno partecipato o come facilitatori o come osservatori a più focus.

Tra novembre 2008 e gennaio 2009 a Carbonera sono stati effettuati 15 focus group cui hanno partecipato 98 cittadini, reclutati con metodi diversi di campionamento: di convenienza per alcuni gruppi, casuale per altri, universale per i gruppi meno numerosi. Il reclutamento è stato coordinato da un referente comunale che, in particolare, ha assunto un ruolo di mediazione laddove la scelta dei partecipanti era più opportuno che fosse orientata alla reale probabilità di partecipazione e di disponibilità all'interazione.

I cittadini selezionati hanno ricevuto un invito scritto contenente una breve presentazione della ricerca e dei suoi obiettivi, dell'importanza della partecipazione e di ciò che i partecipanti si sarebbero dovuti aspettare durante e dopo l'incontro. All'invito scritto seguiva un rinforzo telefonico. L'adesione complessiva è stata del 23%.

Gli incontri hanno avuto luogo in una sala, fornita dal Comune, che garantiva un ambiente confortevole ed informale, situata all'interno di un centro sociale noto ai residenti.

Ai partecipanti ai focus sono state poste 4 domande, costruite durante il corso di formazione ed inizialmente testate in 2 focus group di prova condotti da esperti ISS (cosa vuol dire star

bene in salute? Quali sono i problemi di salute principali per la gente della vostra zona? Nella vostra zona quali sono i fattori che influiscono sui problemi di salute che avete citato? Che cosa ostacola la comunicazione tra cittadini ed istituzioni e cosa manca perché funzioni bene?).

Durante la conduzione dei focus il ricercatore utilizzava uno schema standard (linee guida del facilitatore) per mantenere la discussione focalizzata sulle domande di interesse, seppure con una certa flessibilità. Al termine di ciascun incontro i 2 operatori presenti effettuavano una revisione delle osservazioni annotate (linguaggio paraverbale, pause, passaggi particolari dell'incontro) ed esprimevano un giudizio sintetico su alcuni parametri dell'incontro stesso: organizzazione, facilità della conduzione, partecipazione del gruppo.

I focus group hanno avuto una durata media di 90 minuti e per due terzi sono stati realizzati in orario serale. Sono stati tutti registrati in file mp3 e successivamente trascritti integralmente, in parte dagli stessi operatori impegnati nella conduzione, in parte da personale del Comune. In generale, per la trascrizione di un focus group è stato necessario un tempo quadruplo rispetto alla sua durata.

Il processo di trascrizione e la rilettura delle trascrizioni hanno consentito agli operatori di familiarizzarsi con le discussioni nella loro interezza, facilitandone l'analisi successiva e permettendo di pesare l'influenza del gruppo sugli interventi dei singoli partecipanti.

I dati provenienti dalle trascrizioni sono stati codificati da un sottogruppo di operatori utilizzando una griglia di codifica basata sulle 4 categorie principali individuate dalle domande: definizione di salute, determinanti di salute, problemi di salute della comunità, comunicazione. Queste categorie sono state poi suddivise in sottocategorie e a loro volta articolate in unità semplici di significato (Tabella), mediante un processo induttivo fondato sui contenuti delle trascrizioni.

La griglia si è così evoluta dinamicamente di pari passo con la codifica dei focus group. In questo modo, ►

Tabella - Griglia di codifica

Categoria	Sottocategoria	Unità semplice di significato
Determinanti di salute	Relazioni	Relazioni all'interno della famiglia

attraverso il confronto continuo tra gli operatori che revisionavano trascrizioni per trascrizione tutte le tematiche emerse, si è potuto verificare il raggiungimento della saturazione dell'informazione (4).

Il lavoro degli operatori lungo l'intero processo, il confronto continuo immediatamente successivo ad ogni sessione di rilevazione e di codifica, la triangolazione per cui più operatori con diverso retroterra culturale e professionalità hanno effettuato l'analisi, insieme alla supervisione da parte di esperti, hanno favorito sistematicità e credibilità ai risultati ottenuti (5).

I dati provenienti dalle codifiche sono stati successivamente analizzati secondo il metodo della *long table analysis* di Krueger (6).

La grande messe di dati è stata infine ordinata secondo una mappa concettuale (7) messa a punto da tutti gli operatori/ricercatori che hanno realizzato i focus group e costruito le categorie (Figura).

In sintesi appare che al centro dell'attenzione vengono collocati l'individuo con le sue risorse, la famiglia, cui è attribuito il principale ruolo nel determinare salute, e la comunità con le sue dinamiche.

La partecipazione attiva dei cittadini sembra essere considerata risorsa importante per guadagnare salute.

Si possono individuare determinanti di salute "distali", considerati poco controllabili dai cittadini e dei determinanti "prossimali", con un'influenza più forte

nei confronti del *continuum* salute-malattia, ma anche più modificabili dal contributo del singolo, della famiglia e della comunità nel suo insieme.

I partecipanti hanno costantemente sovrapposto determinanti e problemi di salute, introducendo spesso temi considerati "problemi" anche solo per il fatto di costituire delle occasioni quotidiane di esposizione spiacevoli o minacciose (il contesto di vita considerato inquinato o deteriorato rispetto al passato; il traffico autoveicolare, la frammentazione del territorio, i nuovi aspetti sociali, ecc.). Malattie ed incidenti sono stati trattati dai partecipanti con frequenza ed enfasi sensibilmente minori.

La ricerca si è completata con alcune interviste in profondità ad informatori chiave, in particolare su temi che nei focus erano risultati più ricorrenti o maggiormente sentiti. Il profilo di salute verrà condiviso con la cittadinanza mediante la diffusione capillare di una sintesi dei risultati e con un'iniziativa pubblica che aprirà la strada alla scelta delle aree prioritarie d'azione.

L'utilizzo dei focus group si è rivelato estremamente utile in questa prima fase del progetto, poiché ha consentito ai ricercatori di conoscere aspetti del contesto legati alla percezione e alla cultura dei cittadini che non si sarebbero affatto colti con una tipica raccolta di indicatori quantitativi; essi rappresentano inoltre un metodo adeguato a rendere sin da subito partecipato il percorso di costruzione di un piano di salute e ad innescare delle

reti locali. Il punto di vista collettivo registrato con la tecnica del focus group, talvolta anche in contraddizione con i dati quantitativi, va considerato come componente "effettivo" della realtà della comunità in studio e quindi imprescindibile per intraprendere un percorso con un reale coinvolgimento dei cittadini. Vanno semmai analizzate le ragioni della discordanza tra osservato e percepito, verosimilmente legate ad un gap informativo anch'esso da approfondire. Per l'organizzazione dei profili comunitari per altri Comuni della ULSS sarà opportuno considerarne con attenzione la fattibilità, visto l'impegno finanziario e l'impiego di tempo richiesto agli operatori. ■

Riferimenti bibliografici

1. Groupe de travail: profil santé de ville - Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS 2005. Vers un profil santé de ville: système local d'observation en santé. Disponibile all'indirizzo: http://www.villes-sante.com/datas/doc_pdf/Vers%20un%20Profil%20Sante%20de%20Ville.pdf
2. Cohen D, Crabtree B. Qualitative research guidelines project. Disponibile all'indirizzo: <http://www.qualres.org/>
3. Cataldi S. *Come si analizzano i focus group*. Milano: Franco Angeli Editore; 2009.
4. Rabiee F. Focus group interview and data analysis. *Proceedings of the nutrition society* 2004;63:655-60.
5. Malterud, K. Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *Lancet* 2001;358:483-8.
6. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. 3rd edition. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2000.
7. Novak JD, Cañas AJ. The theory underlying concept maps and how to construct and use them. Disponibile all'indirizzo: <http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryCmaps/TheoryUnderlyingConceptMaps.htm>
8. Costa G, Bellini S, Ghigo S. Lo scenario epidemiologico dopo 30 anni. *Tendenze nuove* 2008;6:729-65.



Figura - Mappa concettuale dei risultati dell'indagine qualitativa, profilo di salute) Carbonera, 2008

Comitato editoriale BEN

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

IL PROGETTO EUROPEO ETHICSWEB



Alessandra Ceccarini¹, Corrado Di Benedetto², Luisa Leone¹, Scilla Pizzarelli¹ e Maurella Della Seta¹

¹Settore Documentazione, Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca e Attività Editoriali, ISS

²Settore Informatico, Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca e Attività Editoriali, ISS

RIASSUNTO - Ethicsweb è un Progetto finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del Settimo Programma Quadro, con l'obiettivo di creare un centro europeo di documentazione in etica e scienza. Il Progetto coinvolge 17 partner, tra cui due organizzazioni internazionali quali UNESCO e FAO. Lo sviluppo del portale web renderà disponibile in rete un'ampia gamma di materiale documentario: leggi, normativa internazionale, documenti a testo completo, linee guida, progetti di ricerca, elenchi di esperti bioeticisti, notizie ed eventi, corsi di formazione e corsi universitari. Ethicsweb sarà quindi un punto di riferimento e aggregazione tra le diverse culture europee, in cui si potrà reperire agevolmente l'informazione bioetica attualmente dispersa in una molteplicità di fonti difficilmente accessibili.

Parole chiave: documentazione, bioetica, sistemi informativi

SUMMARY (*The European project Ethicsweb*) - Ethicsweb is a European project, started in June 2008 and including 17 partners, among which two international organisations, UNESCO and FAO. It is aimed at developing a common European reference focal point for information available in different European member states, regional providers and centres, and by international organizations, in order to promote critical debate on issues of major significance in ethics and science, as required by the Seventh Framework Programme (FP 7). Ethicsweb will progressively set up the infrastructure for an advanced systematic documentation, information and communication tool and will collect different kinds of resources such as literature, laws, regulations and guidelines, training materials and training programmes, academic exchange programmes, centres, projects and experts, events and news.

Key words: documentation, bioethics, information systems

documentazione@iss.it

Il rapido progresso della ricerca nel campo delle scienze della vita e la complessità delle riflessioni etiche che ne derivano, hanno attirato sia in Italia che in Europa grande attenzione su queste tematiche. Tuttavia, la società europea è caratterizzata da una pluralità di tradizioni culturali, legislative ed etiche che richiedono un intenso scambio di informazioni per avviare un dibattito democratico sui diversi aspetti che coinvolgono la scienza. Affinché tale dibattito sia incoraggiato, è necessario integrare e rendere disponibile l'informazione prodotta dalle diverse fonti, soprattutto alla luce delle nuove potenzialità offerte nel campo delle tecnologie dell'informazione e alle nuove modalità di impiego della rete (blog, wiki, podcast, Rss feed e altre possibilità offerte dal web 2.0) (1).

Il Progetto Ethicsweb nasce quindi con questo intento: creare un polo unico europeo attraverso cui il ricercatore, lo studente e il cittadino possano recuperare tramite differenti strumenti la documentazione esistente nei vari Paesi europei.

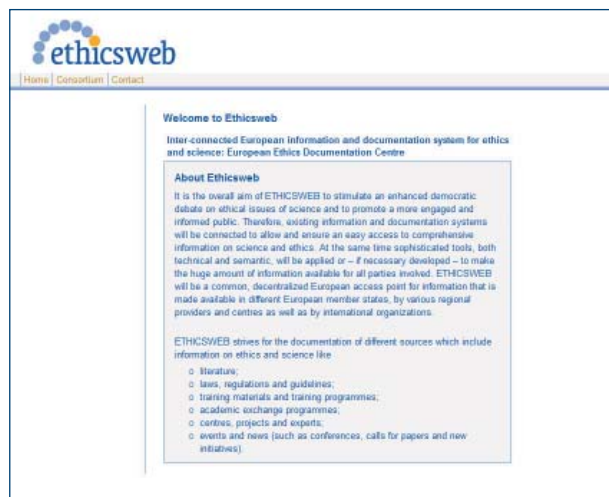
Il Progetto Ethicsweb

"Inter-connected European information and documentation system for ethics and science: European Ethics Documentation Centre" è il titolo del Progetto finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del Settimo Programma Quadro, con l'obiettivo di creare un centro di documentazione in etica e scienza attraverso: ►

- un facile accesso all'informazione;
- il collegamento tra le diverse attività esistenti nell'ambito dell'etica della scienza;
- la documentazione di programmi di scambio o di formazione tra le varie istituzioni per promuovere in Europa un accesso transnazionale alla scienza;
- il miglioramento e il coinvolgimento della società civile nel dibattito sui temi etici;
- la visibilità di documenti, istituzioni, esperti e Progetti europei coinvolti nel dibattito etico.

Avviato ufficialmente nel giugno 2008, il Progetto ha una durata di 33 mesi e un finanziamento previsto di circa 900.000 euro suddiviso fra 17 partner, tra cui due organizzazioni internazionali, la FAO e l'UNESCO. Oltre alla partecipazione dei principali Paesi europei, come Inghilterra, Francia, Spagna e Germania, Ethicsweb contempla il coinvolgimento di alcuni dei membri entrati recentemente nell'Unione Europea, quali Lituania, Estonia, Slovenia. Il Progetto prevede, inoltre, la collaborazione di alcuni tra i più prestigiosi organismi internazionali, il Consiglio d'Europa, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, che hanno assicurato l'integrazione del loro patrimonio documentario e delle basi di dati da essi prodotti nel portale Ethicsweb per garantire un facile accesso a questo tipo di risorse.

Il Progetto è coordinato dal German Reference Centre for Ethics in the Life Sciences di Bonn e si articola in sette Work Package (WP), ognuno dei quali con un obiettivo specifico:



Homepage del sito Ethicsweb (www.ethicsweb.org)



- WP1 - Gestione del progetto, coordinamento e assicurazione della qualità
- WP2 - Fusione di basi di dati
- WP3 - Tecniche di gestione del contenuto, gestione del portale e dei sistemi di reperimento
- WP4 - Semantica e gestione del contenuto (tesauri e ontologie)
- WP5 - Forum per *capacity building*
- WP6 - Forum per standard legali
- WP7 - Creazione di link a progetti europei correlati a basi di dati e materiale documentario.

Il Settore Documentazione dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è il leader del WP4 e ha il compito di coordinare la creazione di standard documentari per la descrizione e lo scambio di dati riguardanti diverse tipologie di documenti (leggi, documenti a testo completo, progetti di ricerca, elenchi di bioeticisti, notizie ed eventi, corsi di formazione, corsi universitari, ecc.) che, una volta tradotti nel linguaggio comune di scambio, andranno a confluire nel portale europeo.



Sempre a cura del WP4 sarà realizzato un registro per l'organizzazione della conoscenza (Knowledge Organisation Systems Registry), con link a tesauri e ontologie. In tale registro confluirà il Tesoro Italiano di Bioetica, in italiano e inglese, realizzato dal Gruppo di studio sul Tesoro Italiano di Bioetica dell'Istituto, e attualmente disponibile online sul sito SIBIL (Sistema Informativo per la Bioetica In Linea) dell'ISS, curato dal Settore Documentazione (www.iss.it/sibi/) (2, 3).

La partecipazione dell'ISS è prevista anche in altre due unità operative: il WP2 e il WP5. Per quanto riguarda il WP2, il contributo dell'ISS consiste nel rendere operativo l'accesso alla base di dati SIBIL, distribuita sul sito omonimo, che raccoglie la documentazione di interesse bioetico prodotta in Italia dal 1995, attraverso il controllo costante e sistematico della letteratura, dell'attività normativa e degli altri canali di informazione e formazione sul settore (4).

Nell'ambito del WP5, invece, l'Istituto riveste il ruolo di osservatore regionale per la zona del Sud Europa (Grecia, Turchia, Malta e Cipro), con il compito di monitorare attività di interesse bioetico promosse da centri di ricerca e istituzioni provenienti dalla suddetta area geografica.

Primi risultati di Ethicsweb

Durante la riunione d'apertura del Progetto, svoltasi a Bonn nel giugno 2008, è emersa la necessità per alcuni WP di creare delle piattaforme di lavoro comuni. In quella sede, infatti, è stato programmato il lavoro per i mesi successivi: dopo che il WP4 avrà identificato gli standard per lo scambio dei dati, il WP3 dovrà implementare il portale e il WP2 dovrà immettere tali standard nei sistemi locali e svilupparne la programmazione.

Nell'ottobre 2008 è stato così organizzato presso l'ISS il primo incontro tra il WP3 e il WP4, in cui sono state decise le specifiche per la funzionalità del portale ed è stato approvato lo schema per la descrizione di tesauri e ontologie. Uno dei primi risultati del workshop è stato lo sviluppo e la realizzazione di un prototipo del portale europeo (www.ethicsweb.org) in cui è stato attivato un forum, attualmente riservato solo allo scambio di informazioni tra i diversi gruppi di lavoro. Un primo passo verso il processo di realizzazione del portale vero e proprio che permetterà la condivisione di risorse e strumenti legati a una disciplina così attuale e articolata.

Come osservatore regionale per il Sud Europa, l'ISS ha partecipato, il 16 e 17 giugno di quest'anno, al Workshop "Setting-up and Maintaining Ethics Documentation Centres", svoltosi a Vilnius (Lituania), in cui sono stati analizzati i vari tipi di centri di documentazione e individuati i potenziali partner da inserire nella rete europea. Inoltre, è stata avviata la stesura di un manuale contenente i criteri da seguire per la realizzazione e la gestione di un centro di documentazione. ■

Riferimenti bibliografici

1. Della Seta M. L'informazione in bioetica nell'era del web 2.0. In: Azzaro Pulvirenti R (Ed.). *Scienza & etica. Percorsi di comunicazione e formazione*. Milano: FrancoAngeli; 2009. p. 109-27.
2. Della Seta M, Leone L, Napolitani F, et al. Italian Bioethics Thesaurus (TIB): towards standardisation in biomedical terminology. *J Eur Assoc Health Information Libraries* 2008;4(1):20-6.
3. Gruppo di studio Istituto Superiore di Sanità "Tesoro italiano di bioetica". *Tesoro italiano di bioetica*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2006 (Strumenti di Riferimento 06/S3).
4. Della Seta M, Dracos A, Poltronieri E (Ed.). *Riflessione etica e ricerca scientifica. Produzione e diffusione di risorse informative*. *Ann Ist Super Sanità* 2004;40(3):281-377.

Convegno

ASPETTI ETICI DELLA RICERCA BIOMEDICA E DELLA SPERIMENTAZIONE CLINICA

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 18 marzo 2009

Carlo Petrini¹ e Laura Guidoni²
¹Unità di Bioetica, Presidenza, ISS
²Dipartimento di Tecnologie e Salute, ISS

RIASSUNTO - Il 18 marzo 2009 si è svolto un Convegno organizzato dal Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità. Sono state presentate l'attività del Comitato Etico e la sua storia. Sono stati affrontati numerosi temi con rilevanza etica riguardanti la ricerca sull'uomo, non soltanto come sperimentazione clinica, ma anche in altre forme come, ad esempio, la ricerca epidemiologica o con campioni biologici. Il dibattito ha fornito molti spunti di grande interesse e utilità.

Parole chiave: bioetica, comitati etici, sperimentazione sull'uomo

SUMMARY (*Ethical issues of biomedical research and clinical experimentation*) - A workshop organised by the Ethics Committee was held at the National Institute of Health (ISS) on 18th March 2009. The main activities and history of the ISS Committee were illustrated. A number of ethical issues concerned with human research were discussed, in relation not only to clinical trials but also to other fields, such as epidemiological research and research with biological samples. The debate offered some very interesting and useful suggestions.

Key words: bioethics, ethics committees, human experimentation

carlo.petrini@iss.it

*Il Convegno ha promosso
la riflessione
su alcune tematiche emergenti
e presentato le esperienze
maturate dal Comitato Etico
dell'ISS*

Per iniziativa del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), a dieci anni dalla sua istituzione, si è svolto il 18 marzo 2009 un Convegno con lo scopo di promuovere la riflessione sotto il profilo etico su alcune tematiche emergenti e di divulgare l'esperienza maturata da parte del Comitato nella sua attività di valutazione.

Sono stati affrontati numerosi argomenti relativi alla sperimentazione clinica e, più in generale, alla ricerca biomedica. Sono stati privilegiati temi che, pur avendo una grande rilevanza per la bioetica, sono forse oggetto di

una minore attenzione da parte di membri dei Comitati Etici rispetto a quelli che abitualmente si incontrano nelle tipiche sperimentazioni cliniche di farmaci. Si è infatti voluto dare al Convegno un'impostazione che rispecchiasse le peculiarità dell'attività del Comitato Etico dell'ISS: esso, infatti, è accreditato presso l'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei Medicinali ed esamina trial clinici organizzati con i tipici criteri della sperimentazione farmacologica, ma dedica una parte consistente della sua attività anche a studi di altri tipo, come, ad esempio,

studi osservazionali o epidemiologici e ricerche che comportano il prelievo e l'uso di materiale biologico. Ciò differenzia l'attività del Comitato Etico dell'ISS dall'attività più tipica della maggioranza degli altri Comitati Etici, spesso istituiti presso ospedali, e che esaminano prevalentemente trial clinici farmacologici. Da diversi anni il Comitato è accreditato anche presso l'Office for Human Research Protections (OHRP) per la valutazione di ricerche finanziate da organismi federali statunitensi.

La giornata è stata introdotta da Monica Bettoni, Direttore Generale dell'ISS, la quale ha evidenziato la rilevanza dell'attività del Comitato Etico sia per l'operatività dell'Istituto, sia per il contributo culturale su una disciplina complessa e molto attuale.

La prima sessione antimeridiana è stata moderata da Simona Pichini (Dipartimento del Farmaco, ISS), mentre la seconda sessione è stata moderata da Maria Pia Baccari (LUMSA, Facoltà

di Giurisprudenza, Roma) e da Agostino Macrì (Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, ISS).

Nella prima sessione l'attività del Comitato è stata descritta da Dino Amadori, Presidente del Comitato stesso. Egli ha dapprima presentato un'esauriente panoramica della situazione italiana per quanto riguarda la presenza di Comitati Etici, la loro attività, il numero e il tipo di sperimentazioni cliniche eseguite in Italia, nonché l'andamento, anche in termini quantitativi, negli anni recenti. Ha successivamente sintetizzato la storia del Comitato Etico dell'ISS, ricordando la "Commissione di Bioetica" istituita fin dal 1996 e la successiva istituzione del Comitato Etico. Il primo Comitato si è insediato nel 2001 ed è stato accreditato per la valutazione dei trial clinici farmacologici a seguito dei Decreti Ministeriali che nel 1998 definirono le modalità di funzionamento dei Comitati stessi. Dopo il primo triennio di attività, nel 2004 fu nominato un nuovo Comitato Etico, poi reinsediato, con l'aggiunta di nuovi componenti nel 2007, a seguito delle nuove disposizioni ministeriali sull'argomento emanate dal Ministero della Salute l'anno precedente.

Sono seguite, nella mattinata, relazioni che hanno spaziato su temi molto attuali e, in molti casi, controversi.

Adriana Ceci, farmacologa (Direttore scientifico del Consorzio per le Valutazioni Biologiche e Farmacologiche, Pavia), ha evidenziato le pro- ►

Il Comitato Etico dell'ISS svolge anche studi osservazionali ed epidemiologici e ricerche attraverso prelievo e uso di materiale biologico



Tra le relazioni della mattinata i temi hanno riguardato: sperimentazioni cliniche dei farmaci per fasce d'età, problematiche etiche sulla conservazione di materiale biologico in biobanche, consenso informato da parte di persone affette da demenza

blematiche peculiari derivanti dall'uso dei farmaci mai sperimentati in età pediatrica e la necessità di condurre specifiche sperimentazioni cliniche per le varie fasce di età. Ha illustrato gli orientamenti a livello europeo e le posizioni dell'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA). Ha evidenziato come la necessità di sperimentare anche con bambini, per evitare che essi siano trattati con farmaci *off label*, sia un'acquisizione, anche sotto il profilo normativo, relativamente recente.

Sono poi intervenuti Giuseppe Ruocco (Direzione Generale Farmaci e Dispositivi Medici - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali) e Velio Macellari (Direttore del Dipartimento di Tecnologie e Salute, ISS), che hanno illustrato il tema della sperimentazione di dispositivi medici, con riferimento in particolare al contesto europeo e alle normative in ambito comunitario.

Nella seconda sessione Giuliano D'Agnolo (vice-presidente del Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita) ha trattato delle problematiche etiche relative alla conservazione di materiale biologico in biobanche e al loro utilizzo a fini di ricerca. Ha illustrato i contenuti di un documento riguardante il consenso informato per l'utilizzo di campioni biologici a scopo di ricerca, redatto dal Gruppo Misto Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita/Comitato Nazionale per la Bioetica. Il documento è stato approvato dal

Gruppo Misto ed è attualmente all'esame delle assemblee dei due Comitati Nazionali.

Carlo Petrini (Unità di Bioetica, ISS), ha affrontato l'argomento del consenso informato, per la sperimentazione clinica, da parte di soggetti adulti incapaci di una piena comprensione e di esprimere un consenso consapevole, con particolare riferimento alle persone affette da demenza. Ha evidenziato l'evoluzione storica delle modalità con cui negli ultimi decenni si è affrontato l'argomento e ha sintetizzato i principi espressi nei documenti di riferimento.

Magi Farré (Institut Municipal d'Investigació Mèdica, PRBB, Barcellona) ha svolto una relazione sugli aspetti di etica della sperimentazione clinica con sostanze d'abuso, evidenziandone sia le implicazioni teoriche, con riferimento ai principi della bioetica, sia le problematiche operative, con particolare riferimento alle difficoltà incontrate dai Comitati Etici quando siano chiamati a valutare protocolli di sperimentazione clinica di sostanze psicotrope.

La mattina si è conclusa con la relazione di Laura Palazzani (vice-presidente del Comitato Nazionale per la Bioetica), la quale ha affrontato il problema della partecipazione delle donne come soggetti di ricerca. Il controverso problema è stato affrontato con riferimento al documento "La sperimentazione farmacologica sulle donne", approvato dal Comitato Nazionale per la Bioetica il 24 novembre 2008. Palazzani ne ha illustrato non soltanto i contenuti, ma anche le origini, le motivazioni, le controversie.



Il pomeriggio è stato dedicato a una Tavola rotonda, moderata da Carlo Riccardi (Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Perugia) e da Salvatore Mancuso (Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma), durante la quale vi sono stati diversi contributi da parte di componenti del Comitato Etico dell'ISS.

Stefano Vella (Direttore del Dipartimento del Farmaco, ISS) ha trattato un problema di grandissima rilevanza: la sperimentazione di farmaci per l'AIDS, fornendone una panoramica internazionale e una prospettiva storica.

Laura Guidoni, segretario del Comitato Etico, ha formulato una proposta che ha destato vivo interesse, specialmente tra i colleghi dell'ISS: la redazione di un codice di comportamento per i ricercatori dell'Istituto, sulla falsariga delle linee guida adottate dal National Institutes of Health, e da altre grandi istituzioni di ricerca.

Maria Amato (Università Sapienza, Roma) ha portato l'esperienza della professione infermieristica, trattando del ruolo degli infermieri e del personale paramedico nella sperimentazione clinica, ed ha evidenziato le difficoltà che tali categorie incontrano.

Massimo Ciccozzi (Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS) è intervenuto su un argomento di grande importanza nella valutazione dei protocolli di sperimentazione da parte dei Comitati di etica: la significatività statistica e la significatività clinica.

Pietro Panei (Dipartimento del Farmaco, ISS) ha illustrato il caso del Registro nazionale della Sindrome da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD) per il monitoraggio dell'uso di sostanze psicotrope nella popolazione pediatrica, come esemplificazione di un problema complesso e controverso su cui i Comitati Etici possono essere chiamati a esprimersi.

Rosaria Iardino, Presidente della NPS Italia onlus e componente del Comitato Etico dell'ISS in rappresentanza del settore del volontariato e dell'associazionismo dei pazienti, ha evidenziato l'importanza della partecipazione dei pazienti come portatori di diritti, oltre che di valori, nelle varie fasi della conduzione della sperimentazione clinica.

Dalla discussione complessiva sono emersi numerosi spunti di grande interesse, tra cui, in particolare, la necessità di una maggiore attenzione alla formazione e l'opportunità di intensificare occasioni di incontro e dibattito su queste tematiche. ■

*Nel pomeriggio
si è svolta un'interessante
Tavola rotonda,
da cui è emersa la necessità
di una maggiore attenzione
alla formazione
e di un'intensificazione
di occasioni di incontro
e dibattito*

SALUTE E CAMPI ELETTROMAGNETICI: STATO DELLE CONOSCENZE

Ciclo di Convegni

marzo-ottobre 2009

Susanna Lagorio¹, Alessandro Polichetti² e Paolo Vecchia²

¹*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS*

²*Dipartimento di Tecnologie e Salute, ISS*

Nel quadro del Progetto CAMELET, condotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, è stato organizzato un ciclo di Convegni sul tema "Salute e campi elettromagnetici: stato delle conoscenze".

La finalità principale del Progetto CAMELET è di rispondere alle diffuse preoccupazioni dei cittadini nei confronti dei campi elettromagnetici e delle numerose sorgenti che li producono, dalle linee elettriche ad alta tensione ai ripetitori radiotelevisivi, ai telefoni cellulari e alle loro stazioni radio base. Queste preoccupazioni sono in larga misura dovute a un'informazione carente o contraddittoria, in cui i giudizi personali di singoli, non sempre esperti del settore, vengono messi sullo stesso piano, e spesso contrapposti, alle valutazioni delle massime organizzazioni scientifiche internazionali o di qualificati gruppi di esperti.

Il primo appuntamento ha avuto luogo il 31 marzo 2009 a Pontecchio Marconi, vicino Bologna, nella villa che appartenne alla famiglia di Guglielmo Marconi e nella quale lo scienziato effettuò i suoi primi esperimenti, compreso l'invio del primo segnale radio.

Con questo, e i successivi Convegni del ciclo, si sono volute creare occasioni di incontro e di discussione tra i soggetti a cui tipicamente i cittadini si rivolgono per ottenere risposte ai loro interrogativi: medici e personale del Servizio Sanitario Nazionale, operatori delle Agenzie Regionali Protezione Ambiente (ARPA), strutture tecniche di regioni, province e comuni e altri organismi di controllo.

La problematica dei campi elettromagnetici si è enormemente sviluppata negli ultimi anni, interessando oltre ai tradizionali settori della fisica, della biologia e dell'epidemiologia, anche campi quali la psicologia, la sociologia e l'etica. Nell'impossibilità di trattare tutti questi aspetti, è stato dato ai Convegni un

carattere antologico, privilegiando alcune tematiche di particolare interesse scientifico o di maggiore attualità e indirizzando nello stesso tempo i partecipanti al sito del Progetto (www.iss.it/elet) e ad altre fonti qualificate per l'approfondimento di altri argomenti.

Il programma scientifico del Convegno di Pontecchio Marconi si è aperto con una presentazione delle finalità e dei risultati del Progetto CAMELET, da parte del responsabile scientifico Paolo Vecchia dell'ISS.

Susanna Lagorio, dell'ISS, ha quindi discusso gli studi epidemiologici relativi ai campi elettromagnetici a radiofrequenza, con particolare attenzione a quelli focalizzati su due relazioni:

- telefoni cellulari e tumori;
- trasmettitori radio-televisivi e leucemia infantile.

Di particolare interesse in questo ambito è lo studio internazionale Interphone, a cui partecipano gruppi di ricerca di 13 Paesi, tra cui l'Italia.

Strettamente legato agli studi epidemiologici è il problema dei possibili rischi di un'esposizione a campi elettromagnetici nell'infanzia, trattato da Alessandro Polichetti dell'ISS: le maggiori, se non uniche, evidenze di rischio di una certa consistenza sono infatti



fornite da studi epidemiologici che riportano un'associazione tra l'esposizione ai campi magnetici a bassa frequenza, quali quelli generati dagli elettrodotti, e l'incidenza della leucemia infantile.

Le relazioni della mattina sono state completate da quella di Daniele Andreuccetti, dell'Istituto di Fisica Applicata "Nello Carrara" - Consiglio Nazionale delle Ricerche di Firenze, che ha discusso le caratteristiche delle più moderne tecnologie di telecomunicazione senza fili e le loro implicazioni in termini di esposizione della popolazione.

Nella sessione pomeridiana Silvia Violanti, ARPA Emilia-Romagna, ha presentato le numerose attività svolte dall'Agenzia, sia per il controllo delle sorgenti sia per l'informazione ai cittadini e alle amministrazioni locali.

Infine, Marina Barbiroli, Università di Bologna e Fondazione Guglielmo Marconi, ha discusso i problemi connessi alla percezione e comunicazione del rischio dei campi elettromagnetici, anche alla luce di campagne condotte dal Consorzio Elettra 2000 e dalla Fondazione Ugo Bordoni.

Il bilancio del Convegno è stato decisamente positivo sia in termini di numero di partecipanti - limitato dalla capienza della sala - sia dell'interesse e del gradimento dimostrato.

Il secondo appuntamento si è tenuto a Torino il 26 maggio, con un programma simile ma ampliato agli studi biologici. Nella sessione del mattino, Carmela Marino, ENEA - Centro Ricerche Casaccia, Presidente della European BioElectromagnetics Association (EBEA), ha svolto una relazione sul quadro delle conoscenze acquisite per mezzo di studi sperimentali sugli animali. Inoltre, Giovanni d'Amore, ARPA Piemonte, ha presentato una relazione sulle sorgenti per telecomunicazioni e le relative modalità di esposizione, mentre nel pomeriggio le attività di controllo e di informazione per i cittadini svolte dall'ARPA Piemonte sono state descritte da Laura Anglesio. I problemi connessi alla percezione e alla comunicazione del rischio dei campi



elettromagnetici sono stati infine discussi da Simona Valbonesi, Consorzio Elettra 2000. Anche in questo caso il bilancio del Convegno, accreditato ECM, è stato del tutto positivo.

Il terzo appuntamento, anch'esso accreditato ECM, si è tenuto a Bari il 23 giugno, e si è svolto in collaborazione con l'ARPA Puglia (Giorgio Assennato, Direttore Generale), le cui attività sono state descritte da Anna Guarnieri Calò Carducci. La percezione e la comunicazione del rischio dei campi elettromagnetici sono state in questa sede trattate da Doriana Guiducci della Fondazione Ugo Bordoni.

Le presentazioni dei Convegni sono disponibili sul sito ISS del Progetto CAMELET.

Sempre nell'ambito del Progetto CAMELET, è allo studio l'organizzazione, in collaborazione con l'ISPESL e con l'Azienda USL di Modena, di una giornata da tenersi il 29 settembre a Modena, dedicata specificamente alle problematiche connesse alle esposizioni ai campi elettromagnetici nei luoghi di lavoro.

Infine, a conclusione del Progetto CAMELET, avrà luogo a Roma, presso l'ISS, un Convegno nazionale con un programma più ampio, in modo da coprire anche tematiche non trattate nei precedenti incontri. Le date previste per questa manifestazione sono il 29 e il 30 ottobre 2009. ■

Per qualsiasi informazione, contattare:

susanna.lagorio@iss.it

alessandro.polichetti@iss.it

paolo.vecchia@iss.it



Nei prossimi numeri:

Il portale di "Alleanza contro il cancro"
Stato civile e convivenza come predittori di mortalità
Focus sulle sostanze naturali

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