

Notiziario

del Istituto Superiore di Sanità

Caratteristiche delle persone che vivono con l'HIV e con l'AIDS in Italia

Approcci non farmacologici in medicina integrata

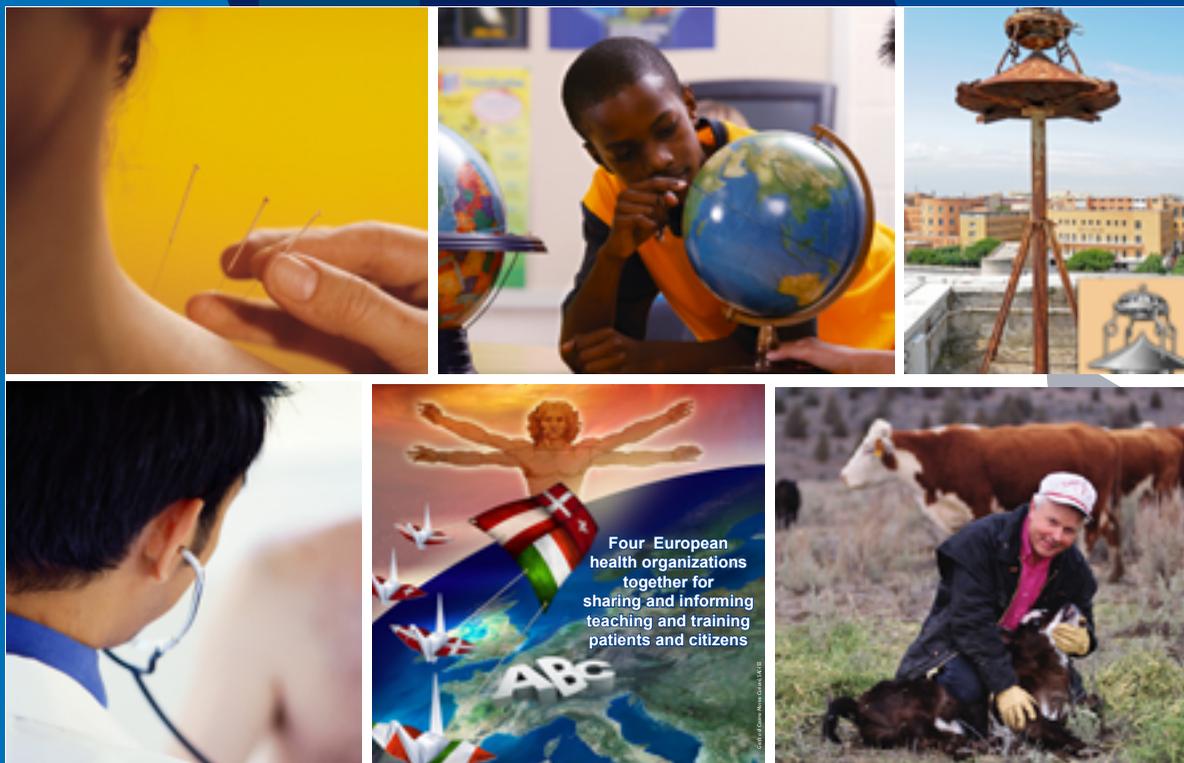
Convegno. Bombardamento S. Lorenzo 1943-2013

Adriano Mantovani e l'attività del Centro di Collaborazione OMS/FAO

Nuova versione della Dichiarazione di Helsinki

Partenariato europeo per l'alfabetizzazione sanitaria

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



Inserto BEN
Bollettino Epidemiologico Nazionale

Caratteristiche e fattori di rischio del diabete in Liguria

**Sorveglianza sugli stili di vita in età infantile e adolescenziale nella regione Calabria:
OKkio alla salute e HBSC**

SOMMARIO

Gli articoli

| | |
|---|----|
| Caratteristiche delle persone che vivono con l'HIV e con l'AIDS in Italia | 3 |
| Voglia di salute: approcci non farmacologici in medicina integrata | 7 |
| Un Convegno per ricordare il bombardamento di San Lorenzo del 19 luglio 1943 | 11 |
| Adriano Mantovani e l'attività del Centro di Collaborazione OMS/FAO per la Ricerca e la Formazione in Sanità Pubblica Veterinaria | 13 |
| La nuova versione della Dichiarazione di Helsinki - <i>Work in progress</i> | 16 |
| Un partenariato europeo per l'alfabetizzazione sanitaria | 19 |

Le rubriche

| | |
|--------------------------|----|
| Visto... si stampi | 22 |
|--------------------------|----|

Bollettino Epidemiologico Nazionale (Insero BEN)

| | |
|---|-----|
| Caratteristiche e fattori di rischio del diabete in Liguria | i |
| Sorveglianza sugli stili di vita in età infantile e adolescenziale nella regione Calabria: OKkio alla salute e HBSC | iii |



Sono presentati i primi dati di uno studio trasversale per la stima del numero di persone viventi infette con l'HIV e con l'AIDS con la descrizione del loro profilo sotto vari aspetti

pag. 3

Si è recentemente conclusa una pubblica consultazione sulla bozza di revisione della Dichiarazione di Helsinki, che sarà emanata nel 2014

pag. 16



Il Progetto intende promuovere la cultura della salute (alfabetizzazione ed educazione sanitaria) come parte sostanziale della formazione permanente dei cittadini

pag. 19

L'Istituto Superiore di Sanità

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

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

Dipartimenti

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

Centri nazionali

- AIDS per la Patogenesi e Vaccini contro HIV/AIDS
- Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
- Malattie Rare
- Organismo Notificato per i Dispositivi Medici e la Valutazione dei Cosmetici
- Ricerca e Valutazione dei Prodotti Immunobiologici
- Sostanze Chimiche
- 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: Fabrizio Oleari
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

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 2013

Numero chiuso in redazione il 30 agosto 2013



Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. Roma

CARATTERISTICHE DELLE PERSONE CHE VIVONO CON L'HIV E CON L'AIDS IN ITALIA



Mariangela Raimondo, Laura Camoni, Vincenza Regine, Maria Cristina Salfa, Maria Dorrucchi, Lucia Pugliese, Stefano Boros, Barbara Suligoj e i referenti dei Centri clinici regionali*

Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS

RIASSUNTO - Vengono presentati i primi dati di uno studio trasversale "Characteristics of persons with HIV and AIDS in Italy: a cross-sectional study" mirato a stimare il numero delle persone viventi infette con l'HIV (sia persone HIV positive che persone affette da AIDS) e a descrivere il loro profilo epidemiologico, socio-demografico, comportamentale, clinico, viro-immunologico e terapeutico. Sono state contattate 173 strutture che hanno in cura le persone HIV positive o in AIDS e che somministrano terapia antiretrovirale. Allo studio ha partecipato il 98,3% delle strutture censite. Nel 2012 in Italia il numero delle persone viventi con l'HIV è risultato essere 94.146, con una prevalenza dello 0,16%.

Parole chiave: prevalenza; HIV; AIDS

SUMMARY (*Characteristics of persons with HIV and AIDS in Italy*) - The first data of a cross-sectional study "Characteristics of persons with HIV and AIDS in Italy: a cross-sectional study" were presented, to estimate the number of infected people living with HIV (both HIV positive and people living with AIDS) and to describe socio-demographic, behavioral, clinical and immunological characteristics. Of the 173 structures contacted, 98.3% participated to the study. In 2012 the number of people living with HIV in Italy was 94,146, and the prevalence was 0.16%.

Key words: prevalence; HIV; AIDS

suligoj@iss.it

Diverse tipologie di indagini epidemiologiche contribuiscono a delineare la dinamica dell'epidemia da HIV nel nostro Paese: la sorveglianza dei casi di AIDS, che fornisce informazioni sulle persone con la malattia conclamata e sui decessi a essa correlati; la sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (1), che provvede a dare indicazioni sulle caratteristiche delle persone che contraggono attualmente l'infezione e, infine, studi di prevalenza su particolari gruppi di popolazione che forniscono una fotografia sulla diffusione dell'infezione da HIV in sottogruppi (donne in gravidanza, consumatori di sostanze per via iniettiva, donatori di sangue, maschi che fanno sesso con maschi, persone con una diagnosi di infezione sessualmente trasmessa, stranieri, carcerati) a diverso rischio di contagio.

Con l'introduzione, nel 1996, delle nuove terapie antiretrovirali (ART) è aumentata la sopravvivenza delle persone che vivono con l'HIV ed è diminuito il numero dei decessi correlati all'AIDS, trasforma-

do così l'infezione da HIV in un'infezione cronica. Tuttavia, in Italia non sono disponibili informazioni in merito a quante sono le persone che vivono con l'infezione da HIV, quante di queste sono in trattamento antiretrovirale e quali sono le loro caratteristiche cliniche, immunologiche, virologiche e comportamentali.

Per questo motivo è stato progettato uno studio trasversale "Characteristics of persons with HIV and AIDS in Italy: a cross-sectional study", mirato a stimare il numero delle persone viventi infette con l'HIV (sia persone HIV positive che persone affette da AIDS) e a descrivere il loro profilo epidemiologico, socio-demografico, comportamentale, clinico, viro-immunologico e terapeutico. In una prima fase è stata condotta un'indagine a livello nazionale per conoscere il numero dei Centri clinici di malattie infettive, presenti in Italia, che hanno in cura le persone HIV positive o affette da AIDS e che prescrivono e somministrano terapia antiretrovirale. ►

(*) L'elenco dei Centri clinici regionali è disponibile nella versione online del *Notiziario*, in appendice al fascicolo

Quante sono le strutture in Italia che hanno in cura la persona con l'HIV o affetta da AIDS?

Nella fase iniziale dello studio, sono stati contattati gli Assessorati alla Salute di tutte le regioni italiane per avere l'elenco dei Centri clinici di malattie infettive regionali che prendono in carico persone HIV positive e che somministrano terapia antiretrovirale.

Ogni Assessorato regionale ha mandato una lista dei Centri clinici della regione di appartenenza e dei nomi dei loro referenti al Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità.

In totale, nel 2012, i Centri clinici che somministrano terapia antiretrovirale presenti in Italia sono risultati 151. In alcuni di essi erano presenti più strutture adibite alla cura delle persone sieropositive. Le strutture che hanno in cura le persone HIV positive o in AIDS e che somministrano terapia antiretrovirale, presenti in Italia, risultano essere 173.

Tutte le elaborazioni qui presentate sono basate sul numero delle strutture che hanno partecipato all'indagine (98,3%). La Tabella mostra il numero dei Centri clinici che hanno in cura le persone sieropositive e che somministrano terapia antiretrovirale,

Tabella - Distribuzione delle strutture che hanno in cura le persone HIV positive o in AIDS e che somministrano terapia antiretrovirale per regione

| Regioni | n. Centri clinici | n. strutture | % delle strutture per area geografica | % delle strutture sul totale delle strutture | n. medio di pazienti per struttura | Min | Max |
|-------------------------------|-------------------|--------------|---------------------------------------|--|------------------------------------|------------|--------------|
| Valle d'Aosta | 1 | 1 | 1,5 | 0,6 | 124 | 124 | 124 |
| Piemonte | 9 | 9 | 13,6 | 5,3 | 828 | 105 | 4.644 |
| Liguria | 6 | 7 | 10,6 | 4,1 | 504 | 217 | 1.186 |
| Lombardia | 16 | 20 | 30,3 | 11,8 | 1.475 | 535 | 5.750 |
| Provincia Autonoma di Bolzano | 1 | 1 | 1,5 | 0,6 | 423 | 423 | 423 |
| Provincia Autonoma di Trento | 1 | 1 | 1,5 | 0,6 | 522 | 522 | 522 |
| Friuli-Venezia Giulia | 4 | 4 | 6,1 | 2,4 | 361 | 149 | 850 |
| Veneto | 12 | 12 | 18,2 | 7,1 | 607 | 152 | 1.600 |
| Emilia-Romagna | 11 | 11 | 16,7 | 6,5 | 878 | 140 | 1.758 |
| Totale Nord | 61 | 66 | 100 | 38,8 | 908 | 124 | 5.750 |
| Marche | 5 | 7 | 14,9 | 4,1 | 259 | 12 | 464 |
| Toscana | 14 | 15 | 31,9 | 8,8 | 428 | 5 | 1.219 |
| Umbria | 3 | 3 | 6,4 | 1,8 | 252 | 48 | 558 |
| Lazio | 12 | 22 | 46,8 | 12,9 | 558 | 22 | 2.731 |
| Totale Centro | 34 | 47 | 100 | 27,6 | 453 | 5 | 2.731 |
| Campania | 7 | 10 | 28,6 | 5,9 | 265 | 70 | 450 |
| Abruzzo | 6 | 6 | 17,1 | 3,5 | 136 | 63 | 289 |
| Molise | 1 | 1 | 2,9 | 0,6 | 58 | 58 | 58 |
| Puglia | 9 | 10 | 28,6 | 5,9 | 316 | 17 | 1.000 |
| Basilicata | 2 | 2 | 5,7 | 1,2 | 96 | 70 | 121 |
| Calabria | 6 | 6 | 17,1 | 3,5 | 92 | 25 | 160 |
| Totale Sud | 31 | 35 | 100 | 20,6 | 212 | 17 | 1.000 |
| Sicilia | 18 | 18 | 81,8 | 10,6 | 190 | 3 | 635 |
| Sardegna | 4 | 4 | 18,2 | 2,4 | 518 | 40 | 796 |
| Totale Isole | 22 | 22 | 100 | 12,9 | 250 | 3 | 796 |
| Totale | 148 | 170 | 98,0 | 98,3 | 554 | 3 | 5.750 |
| mancanti | 3 | 3 | 2,0 | 1,7 | | | |
| Totale Italia | 151 | 173 | 100 | 100 | | | |

il numero delle strutture e la media dei pazienti HIV positivi in carico per ogni struttura, divisi per regione e per area geografica (Nord, Centro, Sud e Isole).

Il Nord Italia risulta l'area geografica con il più alto numero di Centri clinici adibiti alla cura delle persone HIV positive (n. 61), seguito dal Centro (n. 34), dal Sud (n. 31), e infine dalle Isole (n. 22).

Le strutture ricalcano la stessa distribuzione per area geografica dei singoli Centri clinici. La Lombardia è la regione del Nord con una percentuale maggiore di strutture (30,3%), per il Centro è il Lazio (46,8%), per il Sud sono la Campania (28,6%) e la Puglia (28,6%) e, infine, per le Isole è la Sicilia (81,8%). A livello dell'intero territorio nazionale, la regione italiana con la percentuale maggiore di strutture risulta essere il Lazio (12,9%), seguita dalla Lombardia (11,8%) e dalla Sicilia (10,6%). Il numero medio di persone HIV positive in carico presso ciascuna struttura è di circa 500 persone e varia notevolmente per area geografica e regione. Nel Nord Italia sono presenti le strutture con il numero più alto di persone HIV positive in carico (n. 908), nel Sud quelle con il numero più basso (n. 212).

Nel 2012, la regione con il più alto numero medio di pazienti HIV positivi in carico per struttura è risultata essere la Lombardia (n. 1.475 persone), seguita dall'Emilia-Romagna (n. 878 persone) e dal Piemonte (n. 828 persone). La regione italiana, invece, con il minor numero medio di persone HIV positive in carico per struttura è risultata essere il Molise (n. 58 persone, tutte provenienti dall'unica struttura della regione).

Le strutture che non hanno partecipato allo studio (1,7%) sono quelle di Fermo, Foligno e Ragusa.

Quante sono le persone che vivono con l'HIV o con l'AIDS in Italia?

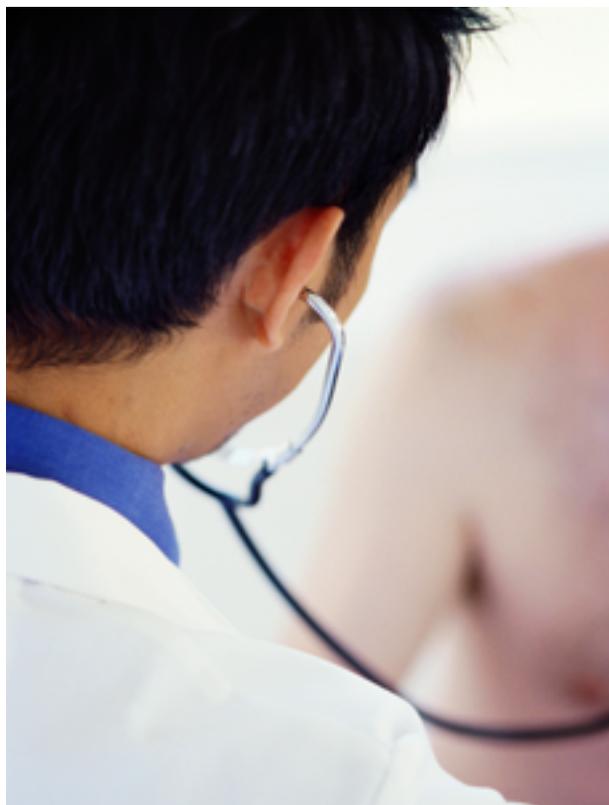
A tutti i responsabili delle 173 strutture è stata inviata una breve scheda di raccolta dati per avere informazioni sul numero delle persone HIV positive in carico, sul numero delle persone HIV positive in terapia antiretrovirale, nonché su alcune loro caratteristiche essenziali come genere, età, nazionalità, modalità di trasmissione, numero di CD4 e stadio clinico.

Ha partecipato allo studio il 98,3% delle strutture censite. Nel 2012, in Italia, il numero totale di persone viventi con l'infezione da HIV è stato pari a 94.146; di queste, l'87,6% era in terapia antiretrovirale.

La regione con il numero maggiore di persone viventi infette con l'HIV (sia persone HIV positive sia persone affette da AIDS) è stata la Lombardia (n. 29.508), seguita dal Lazio (n. 12.282) e dall'Emilia-Romagna (n. 9.655), mentre quelle con un numero inferiore sono state la Valle d'Aosta e il Molise (n. 124 e n. 58, rispettivamente).

In Italia, nel 2012, la prevalenza, calcolata come numero totale di persone in carico al numeratore e numero di abitanti residenti al denominatore, è stata pari a 0,16 persone per 100 residenti.

La prevalenza più bassa è stata registrata in Molise (0,02%), mentre quella più alta in Lombardia (0,30%). Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Abruzzo, Umbria, Puglia, Sicilia e Provincia Autonoma di Bolzano mostrano una prevalenza minore dello 0,10%; Provincia Autonoma di Trento, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Veneto, Toscana e Sardegna mostrano una prevalenza compresa tra lo ►



0,10% e lo 0,20%; e Liguria, Emilia-Romagna, Lazio e Lombardia, sono regioni con prevalenza superiore allo 0,20% (Figura).

Quali sono le caratteristiche delle persone che vivono con l'HIV oggi?

Delle 94.146 persone viventi con HIV, il 70,1% sono maschi e l'84,3% sono di cittadinanza italiana. Il 3,2% ha meno di 24 anni, il 63,5% ha un'età compresa tra i 25 e i 49 anni, il 25,1% ha un'età compresa tra i 50 e i 59 anni e l'8,2% ha più di 60 anni.

La modalità di trasmissione più frequente è quella eterosessuale (37,2%), mentre i consumatori di sostanze per via iniettiva (IDU) sono il 28,5% e i maschi che fanno sesso con maschi (MSM) rappresentano il 27,7%.

Il 15,5% delle persone in carico ha un numero di CD4 inferiore a 350 cell/μl e, di questi, il 47,8% ha un numero di CD4 inferiore a 200 cell/μl, mentre il 41,4% è allo stadio clinico A e il 25,9% in AIDS.

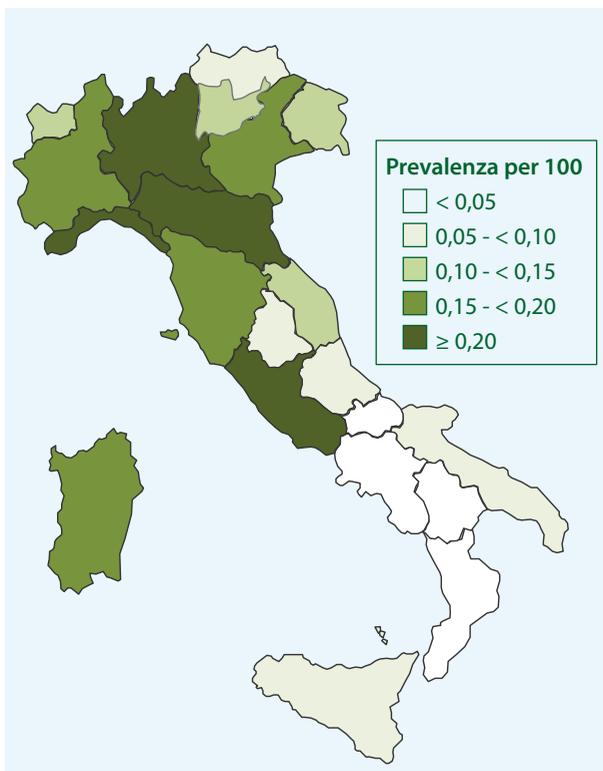


Figura - Prevalenza delle persone viventi con l'HIV e con l'AIDS (per 100 residenti)

Le caratteristiche socio-demografiche e cliniche delle persone HIV positive in terapia antiretrovirale sono le medesime dell'intera popolazione di soggetti HIV positivi in carico.

Uno scenario possibile

La nostra indagine nazionale ha rilevato 94.146 persone che vivono con l'HIV o con l'AIDS in Italia. Ovviamente questa stima non include la quota delle persone inconsapevoli dell'infezione, cioè HIV positive ma che non sono ancora state diagnosticate e che non conoscono il loro sierostato.

Per calcolare la quota delle persone inconsapevoli dell'infezione da HIV e non ancora diagnosticate possono essere usati vari metodi, ognuno dei quali porta a stimare una diversa proporzione. Pertanto, la stima delle persone inconsapevoli dell'infezione da HIV può variare dal 13% al 40% (2-4), modificando notevolmente il numero finale delle persone viventi con l'infezione da HIV e con l'AIDS. Considerando queste stime, infatti, il numero delle persone viventi con l'HIV e con l'AIDS in Italia potrebbe variare da 108.214 a 156.910.

Di conseguenza, nel 2012 la stima della prevalenza delle persone viventi infette con l'HIV (considerando la quota di persone inconsapevoli dell'infezione) potrebbe oscillare dallo 0,18 allo 0,26 per 100 residenti. ■

Riferimenti bibliografici

1. Centro Operativo AIDS-COA. Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2011. *Not Ist Super Sanità* 2012;25(10, Suppl.1):3-47.
2. Mammone A, Pezzotti P, Navarra A, et al. *How many persons are living with undiagnosed HIV infection? An estimate for Lazio region, based on surveillance data.* Italian Conference on AIDS and Retroviruses (ICAR) 2012. Napoli, 10-12 giugno 2012.
3. Hamers FF, Phillips AN. Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe. *HIV Med* 2008; 9(2):6-12.
4. van Veen MG, Presanis AM, Conti S, et al. National estimate of HIV prevalence in the Netherlands: comparison and applicability of different estimation tools. *AIDS* 2011; 25:229-37.

Studio finanziato con i fondi della Ricerca Finalizzata Anno 2009

VOGLIA DI SALUTE: APPROCCI NON FARMACOLOGICI IN MEDICINA INTEGRATA



Andrea Geraci
Dipartimento del Farmaco, ISS

RIASSUNTO - Nelle linee guida per le medicine tradizionali/medicine complementari e alternative, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha emanato nel 2004, si auspica che i singoli governi si impegnino per l'integrazione con la medicina ufficiale occidentale. I Ministeri della Salute dovrebbero vigilare per assicurare la qualità, la sicurezza e l'efficacia dei vari trattamenti. Nel Seminario ISS-TISNa del giugno 2013 si mette in evidenza come alcuni approcci non farmacologici, provenienti da esperienze millenarie, possano essere utilizzati dal nostro Servizio Sanitario Nazionale in chiave di medicina preventiva, di medicina integrata, di migliore qualità della vita e di risparmio sulla spesa sanitaria (*spending review*).

Parole chiave: medicine tradizionali; medicina integrata; agopuntura

SUMMARY (*Health wish: non-pharmacological approaches in integrative medicine*) - In the World Health Organization Guidelines on Traditional Medicine/Complementary and Alternative Medicine (TM/CAM), published in 2004, it is hoped that each government commit to integration with Western medicine. Ministries of Health should ensure quality, safety and efficacy of the various treatments. The last June ISS-TISNa Seminar highlights on non-pharmacological approaches, from millennial experiences, that can be used by the Italian National Health Service for preventive medicine, integrative medicine, better quality of life and in health care spending.

Key words: traditional medicine; integrative medicine; acupuncture

andrea.geraci@iss.it

Lo scorso giugno 2013 si è svolto, presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il Seminario "Voglia di salute: approcci non farmacologici in medicina integrata", nell'ambito degli incontri mensili organizzati dal gruppo ISS-Terapie Innovative e Sostanze Naturali (TISNa), coordinati dall'autore di questo articolo insieme a Francesca Mondello (Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate) e Annarita Stringaro (Dipartimento di Tecnologia e Salute).

Recentemente, nei seminari del gruppo TISNa sono intervenuti: Anna Marino, psichiatra e psicoterapeuta dell'Ospedale Militare Celio; il neurologo Paolo Montenero; Alessandro Gelli, coordinatore del Corso di Alta Formazione in "Metodologie anti-aging e anti-stress" della Sapienza Università di Roma; Francesco Bottaccioli, Presidente della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia (SIPNEI);

Lucio Biggiero, studioso di sistemi complessi all'Università de L'Aquila; e Massimo Biondi della Sapienza Università di Roma, invitato dai colleghi del Centro Nazionale di Epidemiologia e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS. Dalle loro relazioni si è visto come lo stress cronico, le problematiche psicosociali, i traumi psichici della prima infanzia, e quelli successivi, sono le cause o concause di numerose malattie. Si è parlato di sistemi complessi e di psico-neuro-endocrino-immunologia, argomenti che evidenziano come l'essere umano, costituito da corpo, mente e spirito, sia un sistema complesso che interagisce con familiari, colleghi di lavoro e ambiente naturale. Tale complessità umana è ribadita dalla definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 1948, ancora non passata di moda: *stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia.*

Di seguito si riportano gli argomenti discussi durante il Seminario.

L'OMS auspica l'integrazione delle diverse medicine

Il National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) dei National Institutes of Health (NIH) di Bethesda, classifica le medicine tradizionali, alternative, complementari o integrate in cinque grandi gruppi (1):

- sistemi medici strutturati, quelle con specifiche basi epistemologiche, come la medicina tradizionale cinese o la medicina omeopatica;
- terapie biologiche, con uso di particolari diete, vitamine;
- manipolazioni fisiche e ginnastiche, come la chiropratica, l'osteopatia, ginnastiche, i massaggi, l'agopuntura;
- medicina energetica, come il reiki, la magnetoterapia, la cromoterapia;
- interventi sulla connessione mente-corpo come yoga, meditazione, preghiera, biofeedback.

L'NCCAM finanzia annualmente numerosi studi sulla medicina integrata e i dettagli sono reperibili sul sito nccam.nih.gov/research

L'OMS definisce le medicine tradizionali una *somma di conoscenze, abilità e pratiche basate su teorie, credenze ed esperienze appartenenti a differenti culture, usate per il mantenimento della salute,*



come pure per la prevenzione, la diagnosi e la cura di malattie fisiche o mentali (OMS, 2000). Tale istituzione emana periodicamente linee guida sulla Traditional Medicine/Complementary and Alternative Medicine (TM/CAM) e in una pubblicazione del 2004 (2) auspica che i singoli governi possano:

- offrire ai consumatori informazioni sull'efficacia, la sicurezza e le controindicazioni dei prodotti e dei trattamenti;
- creare e far conoscere i canali utilizzabili dai consumatori per riportare gli eventi avversi;
- organizzare campagne di comunicazione per permettere ai consumatori di discernere sulla qualità del servizio ricevuto;
- assicurare che gli operatori siano qualificati e registrati;
- incoraggiare l'interazione tra gli operatori convenzionali e i non convenzionali;
- assicurare le terapie e i prodotti non convenzionali il cui fondamento di evidenza è sicuro.

In altre parole, viene auspicata l'integrazione in medicina.

Relazione tra stress e malattie

Si studia molto il ruolo dell'NF-kB (Nuclear Factor kappa B), del cortisolo, dell'equilibrio tra sistema simpatico e parasimpatico nello stress (3). Si parla così di malattie psicosomatiche, di patologie disfunzionali o, come direbbe un medico omeopata o cinese, perdita dell'equilibrio, dell'armonia. Esempi di patologie influenzate dallo stress sono la lombo-sciatalgia, la cefalea tensiva, l'asma bronchiale, la colite ulcerosa, la malattia di Crohn, l'ulcera gastro-duodenale, l'eczema cutaneo, la psoriasi, i disturbi dell'alimentazione come anoressia e bulimia, la sindrome metabolica, i disturbi cardiocircolatori come cardiopatia ischemica

e ipertensione essenziale, tachicardia e aritmie. Altre problematiche molto diffuse, legate allo stress psicosociale sono le dipendenze da alcol, droga, fumo e gioco.

Esistono ovviamente tutta una serie di farmaci importanti che possono tamponare i sintomi acuti di una lombo-sciatalgia, ad esempio, o di un sanguinamento gastro-intestinale o antiaritmici e antiipertensivi che rappresentano dei “salvavita” in caso di problemi cardio-circolatori. Quello che qui si preme sottolineare è che a livello preventivo e poi nel decorso successivo a un episodio acuto, alcuni approcci non farmacologici possono essere d’aiuto (4, 5).

Alcuni approcci non farmacologici fanno bene alla salute

Nel febbraio del 2008 è stato organizzato in ISS un Convegno sulle cure palliative (6) e nella relazione dell’autore di questo articolo si accenna al fatto che in ambito di hospice, ambienti cioè dove i malati terminali vengono accompagnati alla morte, viene praticato anche lo yoga, la meditazione, l’agopuntura, la preghiera, ecc.: mantenere un livello basso di stress favorisce la terapia farmacologica antalgica.

Gli studi clinici che riguardano le medicine tradizionali hanno spesso, in generale, dei limiti metodologici e a volte sono oggetto di critiche, ma quello che si vuole qui sottolineare è che alcune conoscenze, ad esempio della medicina tradizionale cinese, ayurvedica o omeopatica, inquadrano la persona secondo tipologie costituzionali con caratteristiche fisiche, fisiologiche e mentali ben precise e ciò permette a volte di diagnosticare in fase pre-clinica degli squilibri, delle disarmonie, delle predisposizioni che nel tempo possono condurre a patologie conclamate. In Italia vi è un’antica tradizione nello studio delle costituzioni: si ricordano alcuni famosi clinici come Pende, Viola, Greppi e Condorelli.

Il ruolo del terapeuta: alleato e specchio della persona malata che ha “voglia” di guarire

Certe conoscenze “tradizionali” dovrebbero essere utilizzate dal terapeuta per risalire alla vera causa dello squilibrio del paziente. Gli approcci costituzionali, a cui sopra si accenna, mettono in relazione la funzionalità del nostro organismo e il temperamento personale, con le conseguenze del vissuto di ciascuno di noi: c’è allora chi parla di traumi infantili, di gabbia energetica, di bio-



logia delle credenze (Bruce Lipton). Un singolo evento può essere vissuto bene o male o in modo indifferente, in base alla propria esperienza pregressa, al vissuto emozionale che ciascuno ha registrato precedentemente.

Recentemente, sono nati tutta una serie di metodi anti-stress, tante scuole, ma è bene ricordare che, rimanendo fondamentale il ruolo dello psicoterapeuta, dallo studio di molte medicine tradizionali si possono estrapolare delle indicazioni, dei suggerimenti che aiutano il paziente a superare certe problematiche emozionali. Un osteopata potrebbe osservare una certa tensione muscolare, un chiropratico una tendenza alla dislocazione vertebrale, un agopuntore fa diagnosi di stasi di *chilqi* (energia vitale) di fegato, un terapeuta shiatsu osserva che un’emozione blocca la spalla sinistra; ciascuno poi potrà lavorare sul sintomo, ma il vero terapeuta sarà quello che avrà aiutato il paziente a trovare la causa originaria del sintomo. Il paziente “vedrà” finalmente la sua crisi di coppia o la rabbia repressa nei confronti del capoufficio e allora il terapeuta sarà lo specchio del paziente che avrà l’occasione di trasformare il suo stato passivo (paziente viene dal latino *patior*, che subisce) iniziando un percorso di guarigione attraverso un atto volitivo: la “voglia di salute”. Ovviamente non è sempre possibile cambiare la ►

propria vita ma “la vita è cambiamento e la resistenza al cambiamento ci dà il blocco” (7). Ci possono allora aiutare le parole di Tommaso Moro su cui sarebbe bene riflettere: *Signore dammi la forza di cambiare le cose che posso modificare, la pazienza di accettare quelle che non posso cambiare e la saggezza per distinguere la differenza tra le une e le altre.* (Preghiere della Torre, 1587).

Il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): favorire la medicina preventiva e la qualità della vita

Si auspica, pertanto, una medicina unica, fatta di farmacologia, di fitoterapia, di omeopatia, ecc., ma anche e soprattutto di buoni consigli, di un dialogo tra il terapeuta e la persona di cui ci si prende cura. Esistono esperienze di medicina integrata soprattutto in Toscana (Ospedale di Pitigliano, GR), in Lombardia, in Emilia-Romagna e in molte singole ASL di altre regioni.

In Italia manca una chiara e completa legislazione sulle medicine tradizionali. La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCEO) nel 2009 ha definito atto medico (cioè di pertinenza della professione medica) sette pratiche: agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, medicina tradizionale cinese. Recentemente, nell'Accordo del 7 febbraio 2013, la Conferenza Stato-Regioni ha dato disposizioni riguardo “la formazione dei medici chirurghi e odontoiatri che esercitano l'agopuntura, la fitoterapia e l'omeopatia”.



Sarebbe auspicabile una maggiore conoscenza delle opportunità che le diverse medicine tradizionali offrono in chiave di medicina preventiva, di medicina integrata, nell'ottica di una migliore qualità della vita e come potenziale risparmio economico della spesa sanitaria nell'ambito della *spending review*. I medici, gli operatori della salute e i pazienti dovrebbero essere maggiormente informati. Spetterebbe all'SSN istituire delle campagne di comunicazione riguardo, ad esempio, la volontà di guarire, riprendere in mano le redini della propria salute, del proprio benessere fisico, psichico e sociale. Oltre a seguire gli stili di vita corretti quali una dieta equilibrata, movimento fisico, no fumo, poco alcol, si dovrebbero seguire “giusti approcci alla vita” per contrastare gli stress psicosociali. E allora dalla medicina antroposofica, dalla medicina tradizionale cinese, tibetana o ayurvedica, dagli insegnamenti di Ildegarda di Bingen (1098-1179), prima fitoterapeuta olistica occidentale, si possono ricevere consigli utili come quelli secondo cui il giusto distacco (impermanenza) dagli eventi stressanti, una sana moralità, i pensieri positivi e il perdono (8) creano salute perché sciolgono quei nodi emozionali che la vita inevitabilmente cuce addosso a ogni persona: un “bene-essere” per il benessere. ■

Riferimenti bibliografici

1. Geraci A. Terapie non convenzionali. In: Vella L (Ed.). *Enciclopedia medica italiana. 2. Ed. Aggiornamento III, Tomo II.* Torino: UTET Scienze Mediche; 2008. p. 3936-55.
2. World Health Organization. *Guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine.* Geneva: WHO; 2004 (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5525e>).
3. Biondi M. *Mente, cervello e sistema immunitario.* Milano: McGraw-Hill; 1997.
4. Brook RD, Appel LJ, Rubenfire M, et al. Beyond medications and diet: alternative approaches to lowering blood pressure: a scientific statement from the American heart association. *Hypertension* 2013;61(6):1360-83.
5. World Health Organization. *Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials. WHO Library Cataloguing.* Geneva: WHO 2002 (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4926e>).
6. Geraci A (Ed.). *Convegno. “...ed io avrò cura di te”. Aspetti multidisciplinari nell'assistenza al malato a prognosi severa. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 27 febbraio 2008. Atti.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. (Rapporti ISTISAN 08/16).
7. Rolf E. *Iniziazione alla medicina dell'anima.* Roma: Edizioni Mediterranee; 2002.
8. Friedberg JP, Suchday S, Shelov DV. The impact of forgiveness on cardiovascular reactivity and recovery. *Int J Psychophysiol* 2007;65(2):87-94.

UN CONVEGNO PER RICORDARE IL BOMBARDAMENTO DI SAN LORENZO DEL 19 LUGLIO 1943

**Istituto Superiore di Sanità
Roma, 18 luglio 2013**

Paola De Castro e Daniela Marsili

Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali, ISS

RIASSUNTO - Il Convegno organizzato dal Settore Attività Editoriali dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con la sezione ISS dell'ANPI, che si è svolto all'ISS il 18 luglio 2013, è stato un'importante occasione per presentare testi, lettere e immagini che documentano il "coinvolgimento" dell'Istituto alla tragica vicenda del bombardamento della città di Roma nel luglio del 1943, e in particolare del quartiere San Lorenzo, da parte degli alleati anglo-americani.

Parole chiave: storia; memoria; enti di ricerca; storia orale; Istituto Superiore di Sanità

SUMMARY (*A meeting to remember the bombing of San Lorenzo district on July 19, 1943*) - The meeting organized by the Publishing Unit of the Italian National Institute of Health with the ISS section of the National Association of the Italian Partisans, that took place at the ISS on July 18, 2013, has been an important occasion to present original texts, letters and images documenting the "involvement" of the ISS in the tragic event of the bombing by the allied anglo-american army of the city of Rome on July 1943, and in particular of the bombing of the San Lorenzo district.

Key words: history; memory; research institutions; oral history; Istituto Superiore di Sanità

paola.decastro@iss.it

Il 18 luglio scorso si è svolto presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) un Convegno storico di particolare importanza per la cittadinanza di Roma. A 70 anni dall'anniversario del bombardamento del quartiere San Lorenzo, la Sezione ANPI (Associazione Nazionale Partigiani d'Italia) dell'ISS "Ugo Forno", unitamente al Settore Attività Editoriali (SAE) dell'ISS, hanno organizzato il Convegno "19 luglio 1943 - 19 luglio 2013. Il bombardamento di San Lorenzo colpisce anche l'ISS. Un invito alla riflessione con il territorio a settant'anni dall'evento". Il Convegno, che si è caratterizzato come un primo momento di riflessione con il territorio su quell'accadimento del 1943, ha aperto la "tre giorni commemorativa" organizzata dall'ANPI, e da alcune sue Sezioni (San Lorenzo, ISS "Ugo Forno", Università Sapienza "Walter Rossi" e Italia II Municipio), illustrate al Convegno da Maria Pallone della Sezione ANPI San Lorenzo.

Il Presidente ANPI ISS "Ugo Forno", Stefano Valentini, e il Direttore del SAE, Paola De Castro, hanno presentato il Convegno, illustrando a nome del Comitato organizzatore* l'obiettivo di caratterizzare questa iniziativa con l'apertura dell'ISS al territorio e alle sue diverse istituzioni.

Il quartiere di San Lorenzo di Roma fu il più colpito dal primo bombardamento degli alleati angloamericani nel luglio del 1943. Da 6.000 metri di altezza sulla verticale dello scalo merci San Lorenzo, "Lucky Lady" sgan-



Poster del Convegno raffigurante i danni causati dal bombardamento del 1943 all'edificio centrale dell'ISS

(*) Comitato organizzatore: Stefano Bonifazi, Paola De Castro, Vito Marco Lamorgese, Daniela Marsili, Stefano Valentini

ciò le prime bombe che toccarono il suolo del quartiere San Lorenzo; dopo un primo passaggio, i bombardieri ricevettero l'ordine di lanciare mirando strettamente alle nubi di polvere, al fumo e agli incendi, ma la zona coperta da polveri e fumi si allargò sempre di più, a ogni ondata, e inevitabilmente le bombe caddero fino a 500 metri di distanza dallo scalo merci di San Lorenzo. Le 4.000 bombe sganciate sulla città colpirono i quartieri San Lorenzo (il più colpito con 717 vittime), Prenestino, Tiburtino e Tuscolano, provocando circa 3.000 morti e 11.000 feriti; 10.000 case furono distrutte e 40.000 cittadini rimasero senza tetto. In quel bombardamento fu danneggiato anche l'edificio centrale dell'ISS.

Per ricordare l'evento attraverso immagini è stata allestita una ricca mostra fotografica a carattere storico (a cura di Alessandro Spurio, Sandra Salinetti e Paola De Castro) che ha ripercorso lo sviluppo dell'ISS dalla sua fondazione, nel 1934, comprendente anche alcune immagini del bombardamento del luglio del 1943. Sono state realizzate alcune cartoline, appositamente per questo evento, con immagini del bombardamento e una sua breve descrizione (foto dell'Archivio storico ISS e grafica di Cosimo Marino Curianò).

Nella prima parte del Convegno - per entrare a pieno nell'atmosfera anche attraverso suoni e immagini in movimento - è stato proiettato un filmato storico sul bombardamento di San Lorenzo, preceduto dal suono di una sirena del sistema antiaereo (rintracciabile anche in Internet). Inoltre, sono stati allestiti alcuni poster sul bombardamento del quartiere San Lorenzo, sul danneggiamento dell'edificio centrale dell'ISS e sulla sirena di allarme antiaereo (posizionata proprio sul tetto dell'edificio centrale dell'ISS) che faceva parte



Cartolina realizzata per il Convegno riprodotte un tram bombardato in Viale Regina Elena, davanti all'ISS, e la sirena del sistema di allarme antiaereo installata sull'edificio centrale dell'ISS

del sistema di allarme antiaereo predisposto per allertare la popolazione degli imminenti bombardamenti. La sirena, che appartiene al Ministero dell'Interno, si trova ancora lì, nella sua originale dislocazione, in discreto stato di conservazione. In questa occasione è stata recuperata la documentazione sul sistema di allarme antiaereo che operava negli anni della Guerra con numerose sirene di allarme dislocate sui tetti dei palazzi più alti, in diversi quartieri della città di Roma. Gli impianti delle sirene erano azionati da una centrale di controllo posizionata nei sotterranei del Palazzo del Viminale. La popolazione, allertata dal suono delle sirene che annunciava l'arrivo dei bombardieri, raggiungeva i rifugi sotterranei, il più vicino luogo di ricovero, e attendeva lì il termine delle incursioni aeree e dei bombardamenti. La documentazione della ditta produttrice delle sirene "La Sonora" di Garbagnate Milanese, in attività dal 1911 sino a oggi, è stata inclusa in uno dei poster del Convegno. Nel 1940 "La Sonora" ottenne una certificazione di prodotto dal Ministero della Guerra.

Al Convegno è intervenuto per l'ISS il Direttore Generale, Monica Bettoni, che insieme al Presidente sostengono le iniziative di recupero della storia e della memoria dell'ISS.

Il saluto delle Istituzioni della città di Roma è stato portato dal Sindaco di Roma, Ignazio Marino, e dal presidente del II Municipio di Roma, Giuseppe Gerace.

L'intervento del Presidente del Museo Storico della Liberazione, Antonio Parisella, è stato focalizzato sull'inquadramento storico dell'avvenimento, che ha fornito la cornice necessaria a comprendere meglio importanti momenti della nostra storia.

Nella parte del Convegno dedicata a "Documenti e testimonianze" sono intervenuti Giorgio Bignami, Gianfranco Donelli, Maurizio Cignitti e Serena Risica, già dirigenti di ricerca dell'ISS, che hanno ricordato l'evento con preziosi documenti e fotografie (corrispondenza indirizzata all'allora Direttore dell'ISS, Domenico Marotta, Quaderni di esperienze del laboratorio di Fisica) e testimonianze anche vissute personalmente (Cignitti abitava vicino a San Lorenzo nel 1943).

La conclusione del Convegno è stata affidata al Presidente ANPI di Roma e provincia, Francesco Polcaro, che ha analizzato le diverse interpretazioni della motivazione del bombardamento alleato del quartiere San Lorenzo e della città di Roma nell'ambito del più ampio quadro bellico, storico e sociale del 1943. ■

CARATTERISTICHE E FATTORI DI RISCHIO DEL DIABETE IN LIGURIA

Rosamaria Cecconi¹, Claudio Culotta¹, Roberta Baldi², Alessandra Battistella³, Alice Caielli¹, Roberto Carloni⁴, Raffaella Castiglia¹, Patrizia Crisci¹, Maura Ferrari Bravo⁵, Federica Pascali⁶, Marco Picasso⁷ e Tiziana Sasso⁴

¹Epidemiologia, ASL 3 Genovese; ²Epidemiologia, ASL 5 Spezzino; ³Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova; ⁴Area Epidemiologia e Prevenzione, Agenzia Regionale Sanitaria Liguria, Genova; ⁵Dipartimento di Prevenzione, ASL 4 Chiavarese (GE); ⁶SC IAN, Nutrizione, ASL 3 Genovese; ⁷Direzione Sanitaria, ASL 1 Imperiese

SUMMARY (*Characteristics and risk factors of diabetes in Liguria*) - Diabetes has a strong impact on both population health status and health system. In Liguria, we compared information on diabetes prevalence and individual response (behaviors and biology), produced by the behavioral risk factor surveillance system (PASSI) and by the Nocchiero project (an integrated system of routine data sources). Successively, data from the regional datawarehouse were used to estimate the costs of hospital care caused by hospitalization in order to easy cost-efficacy analysis and policy-making in diabetes preventive strategies.

Key words: diabetes mellitus type 2; database management systems; lifestyle

rosamaria.cecconi@asl3.liguria.it

Introduzione

Le persone con diabete in Italia sono circa 3 milioni.

I costi diretti del diabete ammontano al 9% delle risorse del budget della sanità italiana. Questo vuol dire più di 9,22 miliardi di euro all'anno (1). Il costo per un cittadino italiano con diabete è in media di 2.600 euro all'anno (2), più del doppio rispetto a cittadini di pari età e sesso, ma non diabetici (3-4).

Il 7% dei costi riguarda la spesa farmaceutica, il 25% è legato alle terapie per le complicanze e le patologie concomitanti, mentre il 68% è relativo al ricovero ospedaliero e alle cure ambulatoriali (2).

Le principali complicanze, quali ictus e infarto miocardico, retinopatia, insufficienza renale e amputazione degli arti inferiori, conducono, inoltre, a perdita di produttività, assenza dal lavoro, disabilità e morte precoce, configurando un elevato costo indiretto della malattia, in futuro non più sostenibile da parte del sistema sanitario nazionale (2, 5-6). Sia il diabete che le sue complicanze sono correlati a fattori socioeconomici (svantaggio culturale ed economico) e a comportamenti individuali non salutari, quali l'inattività fisica, l'eccessivo apporto calorico, l'eccesso ponderale. In questo campo gioca un ruolo fondamentale l'acquisizione di un atteggiamento favorevole verso sani stili di vita che prevedano movimento e corretta alimentazione (7-8).

Considerato il forte impatto sia assistenziale che economico del diabete sulla popolazione, si è pensato di re-

alizzare uno studio descrittivo locale, per il quale si è scelto di utilizzare i dati provenienti dal sistema di sorveglianza PASSI, confrontando la prevalenza di patologia rilevata con quella stimata, sempre a livello locale, da altre fonti (progetto Nocchiero). Si è quindi esaminata l'influenza dei determinanti sociali e di altri fattori di rischio sull'insorgenza e il perdurare di tale patologia per poter meglio individuare strategie preventive di popolazione.

Materiali e metodi

Le informazioni necessarie sono state raccolte da diverse fonti. Il sistema di sorveglianza PASSI stima la frequenza, l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute legati ai comportamenti individuali e la prevalenza di alcune patologie, tra cui il diabete; fornisce, inoltre, alcuni elementi utili alla valutazione degli interventi di prevenzione messi in atto per contrastarli. Da aprile 2007 a dicembre 2010 in Liguria sono state intervistate 5.243 persone 18-69enni (9). L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata con il software Epi Info 3.5.1. Il Settore Sistemi Informativi dell'Agenzia Regionale Sanitaria Liguria ha sviluppato il progetto Nocchiero (progetto depositato presso la Sezione Opere Letterarie e Arti Figurative, Servizio Opere Inedite - SIAE, n. 2011003286) (10), che si propone di fornire, a tutti coloro che hanno responsabilità di programmazione e controllo, gli strumenti per individuare correttamente i fabbisogni della popolazione.

Si tratta di un sistema di integrazione di flussi di dati che si avvale dei flussi regionali dell'assistenza ospedaliera (schede di dimissione ospedaliera), della specialistica ambulatoriale e della farmaceutica, fortemente orientato alla valutazione della performance nelle multipatologie. Il datawarehouse della regione Liguria è un archivio informatico nel quale confluiscono tutti i flussi sanitari, ospedalieri e territoriali. Nel presente lavoro è stato utilizzato per analizzare i costi dei ricoveri ospedalieri attribuiti tramite DRG (diagnosis related groups).

Risultati

Limitando l'attenzione al solo diabete mellito di tipo II, nel pool di ASL italiane partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI negli anni 2007-10 (18-69 anni), la prevalenza di diabete riferito è del 5%, mentre in Liguria è del 3,9%, equivalente a circa 41.500 persone.

Si è poi applicato l'algoritmo previsto dal progetto Nocchiero per l'individuazione dei soggetti affetti da diabete mellito di tipo II e si è giunti agli stessi risultati: si stimano circa 39.000 diabetici 18-69enni.

Dall'analisi del datawarehouse risulta che i costi per l'assistenza ospedaliera sono elevati: per il diabete mellito senza complicanze la spesa ligure nel 2011 è stata di 913.000 euro e quella per diabete mellito con complicanze di 2.300.000 euro. Inoltre, tale spesa aumenta notevolmente laddove le complicanze compaiono in diagnosi secondaria. ►

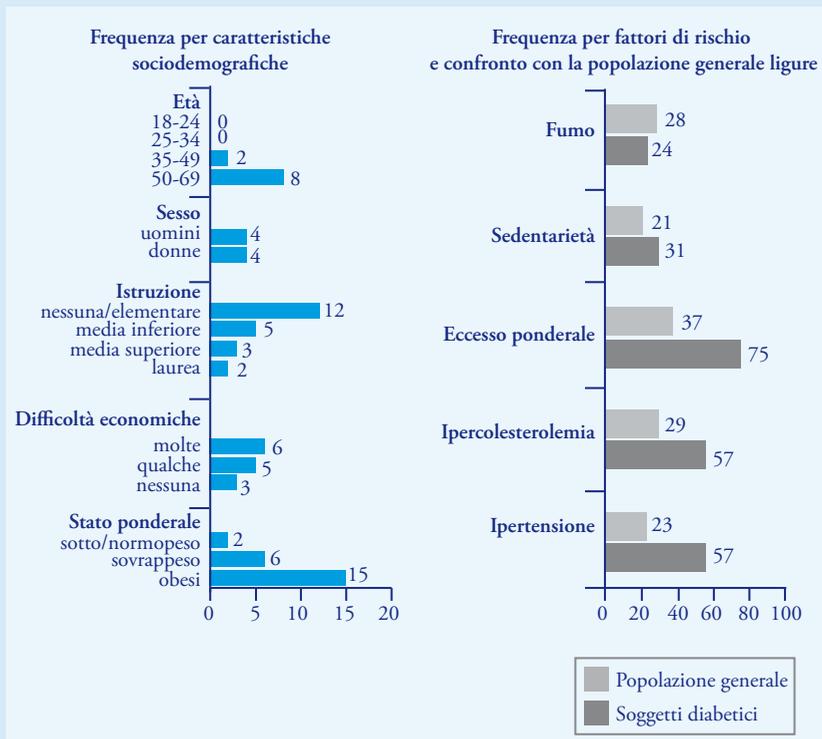


Figura - Il diabete in Liguria (%) PASSI 2007-10 (n. 5.243)

Il sistema di sorveglianza PASSI rileva che:

- la frequenza di diabete nella popolazione ligure è pari a 3,9% (IC95% 3,4-4,5);
- la frequenza di diabete nei soggetti non istruiti (nessuna/elementare) è 6 volte quella dei soggetti laureati;
- diversamente dalla popolazione generale 3 diabetici su 4 sono in eccesso ponderale, più della metà sono ipercolesterolemici e ipertesi e quasi un terzo conduce uno stile di vita sedentario;
- quasi tutti (96%) i diabetici intervistati riferiscono il controllo annuale della pressione arteriosa e 9 su 10 sono in trattamento farmacologico;
- 9 diabetici su 10 riferiscono la misurazione annuale della colesterolemia e 6 su 10 assumono farmaci per il suo controllo;
- su 10 diabetici in eccesso ponderale 9 hanno dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio da un medico di perdere peso e 7 hanno riferito il consiglio di fare regolare attività fisica;
- in media solo il 63% segue una dieta e solo il 39% pratica attività fisica, con valori molto più elevati in chi ha ricevuto il consiglio sanitario.

Conclusioni

La sostanziale concordanza dei dati di prevalenza del diabete riscontrati dal sistema di sorveglianza PASSI e dal progetto Nocchiero ha, di fatto, validato reciprocamente la qualità dei due sistemi.

Dai dati del nostro studio risulta che:

- in Liguria, come a livello nazionale, i costi diretti riferibili al diabete sono elevati;
- istruzione e difficoltà economiche giocano un ruolo chiave nell'insorgenza e nel controllo della malattia diabetica e incidono sulla situazione nutrizionale. Questi aspetti devono essere tenuti in considerazione a livello locale nell'individuare strategie e predisporre messaggi efficaci mirati a gruppi di persone con differenti profili socioeconomici;
- l'attenzione a monitorare e trattare i fattori di rischio intermedi, quali ipertensione e ipercolesterolemia, è molto elevata in Liguria, ma l'intervento sugli stili di vita (sedentarietà, alimentazione non corretta e sovrappeso) è carente. Questa carenza può essere superata attraverso una gestione integrata della patologia diabetica, che prevede da un lato l'adesione del paziente a un "patto

di cura" e dall'altro l'applicazione di protocolli integrati condivisi tra tutti i sanitari che intervengono a vari livelli nella cura del diabete. Un supporto deve essere fornito dalla società intera che può facilitare, nelle persone con diabete, come in tutti i soggetti sani, la scelta di stili di vita salutari. ■

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti gli operatori liguri del sistema di sorveglianza PASSI.

Riferimenti bibliografici

1. European Observatory on Health Systems and Policies. Health in European Union: trends and analysis (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98391/E93348.pdf).
2. Marchesini G, Forlani G, Rossi E, et al. The direct economic cost of pharmacologically-treated diabetes in Italy-2006. The ARNO observatory. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2011; 25(5): 339-46.
3. De Berardis G, D'Ettore A, Graziano G, et al. The burden of hospitalization related to diabetes mellitus: a population-based study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2012; 22(7): 605-12.
4. Regione Emilia-Romagna. Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna (http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss179/link/doss179.pdf).
5. Gannon B, Nolan B. Disability and labor force participation in Ireland. *Econ Soc Rev* 2004;35:135-55.
6. Sarlio-Lahteenkorva S, Lahelma E. The association of body mass index with social and economic disadvantage in women and men. *Int J Epidemiol* 1999;28:445-9.
7. Task Force on Community Preventive Services. Strategie per ridurre la morbidità e mortalità da diabete attraverso interventi del sistema sanitario e l'educazione all'autogestione della malattia in contesti comunitari (traduzione italiana). *Epidemiologia e Prevenzione* 2002;26 (suppl 4): 70-8.
8. Regione Liguria. Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (www.ccm-network.it/Pnp_2010_piani-regionali_Liguria).
9. ASL 3 Genovese. Sistema di sorveglianza PASSI (www.asl3.liguria.it/progetti/passi/intro.htm).
10. Agenzia Regionale Sanitaria Liguria. Progetto Nocchiero (www.arsliguria.it/index.php?option=com_content&view=article&id=691&Itemid=283).

SORVEGLIANZA SUGLI STILI DI VITA IN ETÀ INFANTILE E ADOLESCENZIALE NELLA REGIONE CALABRIA: OKkio ALLA SALUTE E HBSC

Marina La Rocca¹, Caterina Azzarito², Giuseppe Perri¹ e Giuseppe Furgiuele¹

¹ Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro; ² Settore Area LEA, Dipartimento Tutela Salute e Politiche Sanitarie, Regione Calabria, Reggio Calabria

SUMMARY (*Lifestyles surveillance in primary school children and adolescents in Calabria Region: OKkio alla Salute and HBSC*) - Since 2007, Calabria Region has been adhering to the national population surveillance, particularly in primary school children (OKkio alla Salute) and adolescents (HBSC). In 2012, adolescents showed to have significantly higher prevalence of overweight and obesity compared to the national pool (respectively 26% vs 23% and 15% vs 11%) while the parental perception of their child nutritional status was worse compared to the national values (56% vs 48% for parents of overweight children, and 13% vs 11% for parents of obese children). Similar differences were found out for nutritional habits and “screen time”. In our region, surveillance findings urge decision makers, school teachers and management, children families to set up effective action to contain overweight and obesity creating better living conditions in the setting where children grow up.

Key words: obesity; overweight; surveillance; behavioural risk

marina.larocca@asp.cz.it

Introduzione

In Italia e in Europa il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% della spesa sanitaria sono causati da malattie cronicodegenerative che hanno in comune fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e il sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà. Tali fattori di rischio, fortemente ancorati all'ambiente di vita e a quello sociale, sono strettamente legati ai comportamenti individuali che si sviluppano fin dall'infanzia; è quindi fondamentale conoscere lo stile di vita dei nostri bambini e adolescenti, sia per individuare quali siano i loro bisogni di salute al fine di definire specifici obiettivi da perseguire, sia per intraprendere adeguate azioni preventive su eventuali comportamenti scorretti.

Materiali e metodi

In questo contesto sono nati i progetti di sorveglianza OKkio alla Salute e HBSC (Health Behaviour in School-aged Children); il primo si basa su indagini trasversali biennali e ha come obiettivo quello di stimare la prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini della scuola primaria, il secondo è uno studio multicentrico internazionale, svolto ogni 4 anni, che coinvolge i ragazzi dagli 11 ai 15 anni, monitorandone i comportamenti collegati alla salute. L'approccio metodologico realizzato con i progetti OKkio alla Salute e HBSC è quello della sorveglianza di popolazione da effettuarsi con *survey* periodiche, ripetute su campioni rappresentativi della popolazione scolastica.

Nella regione Calabria, tali azioni di sorveglianza, nel corso dell'anno 2010 hanno interessato per OKkio alla salute 114 classi

terze appartenenti alle scuole primarie di 98 Comuni e per HBSC 213 classi (63 di prima media, 73 di terza media e 77 di seconda superiore). L'indagine HBSC (1) ha coinvolto 3.155 adolescenti; la rilevazione OKkio alla Salute (2) ha selezionato un campione random di 1.939 bambini, dei quali 1.868 hanno partecipato all'indagine, con un tasso di rifiuto pari al 3,6%.

Le azioni di sorveglianza sono state precedute dalla formazione di 71 operatori sanitari per la rilevazione HBSC e 96 per quella OKkio alla Salute, provenienti da tutte le aziende sanitarie della regione Calabria, con il coordinamento organizzativo assicurato dai Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione.

Risultati

I risultati hanno evidenziato che i comportamenti sedentari, ad esempio il tempo trascorso “allo schermo” (TV, videogiochi, computer, Internet) sono particolarmente diffusi sia tra i bambini che tra gli adolescenti (52% dei bambini, 46% circa degli 11enni e 60% dei 15enni), se riferiti alle linee guida internazionali (AAP, 2001; US DHHS, 2005; UK Government, 2010) che raccomandano di non superare due ore al giorno (3, 4).

Lo studio Zoom8 (5), condotto dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione nel 2009 in collaborazione con 6 regioni italiane (Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Marche, Lazio e Sicilia) con l'obiettivo di approfondire le abitudini alimentari e relative all'attività fisica dei bambini della scuola primaria, ha evidenziato correlazioni significative tra la sedentarietà dei bambini e la mancanza di strutture per il gioco all'aria aperta, soprattutto per il Sud Italia.

Relativamente allo stato nutrizionale, dalle rilevazioni HBSC e OKkio alla Salute, sono risultati essere in eccesso ponderale 1 adolescente su 5 e 2 bambini su 5: la prevalenza di bambini sovrappeso od obesi in Calabria si colloca ben al di sopra della media nazionale, poiché il 15,4% risulta obeso (IC 95% 13,7-17,2) vs l'11,2% (IC 95% 10,7-11,6) del dato nazionale e il 26% risulta sovrappeso (IC 95% 24,2-28) vs il 23% (IC 95% 22,5-23,6) del dato nazionale (Figura).

Soltanto il 42% degli adolescenti e il 41% dei bambini consumano frutta quotidianamente, mentre il consumo giornaliero di verdura presenta dei valori decisamente inferiori, rispettivamente il 12% e il 26%. La rilevazione della percezione che i genitori hanno dello stato ponderale del proprio figlio mostra che il 56% delle madri di bambini sovrappeso (dato nazionale 48%) e il 13% delle madri di bambini obesi (dato nazionale 11%) ritiene che il proprio figlio sia normopeso o sottopeso.

La sorveglianza sugli stili di vita degli adolescenti, come risulta dall'indagine HBSC, ha approfondito anche il contesto familiare e sociale nel quale i ragazzi calabresi vivono: in Calabria persiste la tipologia familiare tradizionale (86,9%), mentre le situazioni alternative (famiglie monogenitoriali o allargate) rappresentano il 13%.

Tale sorveglianza ha prodotto informazioni anche sulla percezione che i ragazzi calabresi hanno del proprio benessere.

Il dato regionale ha evidenziato che il 93% degli undicenni (46,55% eccellente, 46,35% buona), il 91% dei tredicenni (36,86% eccellente, 54,05% buona) e l'89% dei quindicenni (31,11% ec- ▶

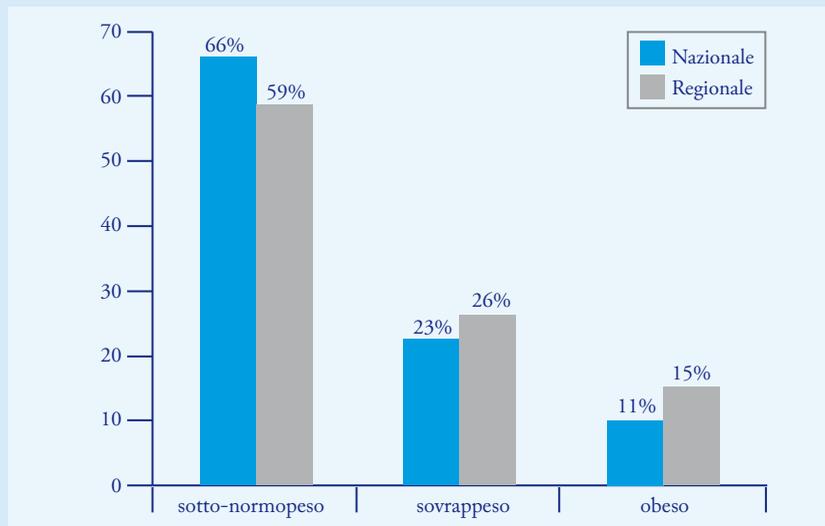


Figura - OKkio alla Salute 2010. Confronto stato ponderale nei bambini di 8 e 9 anni (%): regione Calabria vs valori nazionali

cellente, 58,11% buona) percepisce la propria salute come buona o eccellente, anche se la percezione si modifica in negativo al crescere dell'età.

I risultati dell'indagine sottolineano, inoltre, una percezione della salute leggermente migliore per i maschi rispetto alle femmine (94% dei maschi contro il 92% delle femmine per gli undicenni; 94% dei maschi contro il 90% delle femmine per i tredicenni e 93% dei maschi contro l'85% delle femmine per i quindicenni).

L'adolescenza rappresenta una fase importante della vita dell'individuo, caratterizzata da tutta una serie di modificazioni fisiche e psicologiche che favoriscono l'instaurarsi di stili di vita e comportamenti che condizionano la salute presente e futura. In questo contesto di cambiamento aumenta la probabilità di sperimentare e adottare comportamenti a rischio, quali l'uso di sostanze lecite e illecite (fumo, alcol e sostanze stupefacenti): il campione regionale ha evidenziato che il 10% dei ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 15 anni fuma, anche se non abitualmente, con un picco molto più elevato (23%) tra i quindicenni; per quanto riguarda l'assunzione di alcol l'andamento del fenomeno su base regionale mostra un consumo crescente con l'età e già a 11 anni il 10% dei ragazzi beve almeno una volta a settimana, ma tale percentuale raggiunge il 30% nei quindicenni. Infine, il 9% dei quindicenni riferisce di aver già sperimentato la cannabis.

Il problema maggiormente evidenziato dalla sorveglianza sugli stili di vita nella nostra regione è risultato comunque

quello dell'eccesso di peso: i bambini calabresi mostrano un indice di massa corporea (IMC) sensibilmente superiore alla media nazionale. Infatti la mediana della distribuzione regionale dell'IMC è pari a 18,01, notevolmente più elevata rispetto a quella della popolazione internazionale di riferimento della stessa età (15,8).

Conclusioni

È necessario pertanto mantenere una sorveglianza continua del fenomeno per cogliere segni di cambiamento e per contribuire a misurare gli effetti legati agli interventi di popolazione che, in adesione agli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione 2010-12, cominciano a essere realizzati nel territorio regionale secondo un programma che prevede interventi integrati (collaborazione famiglia, scuola, enti locali, ecc.) e multicomponenti (promozione sia della sana alimentazione che dell'attività fisica), in linea con i principi dell'evidence based prevention (6).

In tale prospettiva, è sembrato utile introdurre nel corso della formazione degli operatori per la terza rilevazione OKkio alla Salute, realizzata nel 2012, specifici moduli di apprendimento legati ai modelli teorici di riferimento per il cambiamento degli stili di vita e alle esperienze presenti in letteratura scientifica di azioni efficaci per il contrasto della sedentarietà e per la promozione di sani stili alimentari, a cominciare dall'utilizzo di strategie comunicative di sanità pubblica coerenti e congrue rispetto al difficile compito di far cambiare abitudini di vita a grandi strati di popolazione.

L'occasione è stata utile per sperimentare sul campo, insieme ai partecipanti, alcune tecniche formative, quali simulazioni di casi e *role playing* sul counseling motivazionale breve, relativamente alla promozione dell'attività fisica e della corretta alimentazione. I cambiamenti necessari per promuovere più adeguate condizioni di crescita anche in vista della prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili devono essere il prodotto di un'azione combinata a livello politico e sociale, oltre che a livello del sistema socio-sanitario che ha mostrato la validità delle sorveglianze per la definizione dei fenomeni e la produzione di informazioni sugli effetti degli interventi. ■

Riferimenti bibliografici

1. Azzarito C, La Rocca M, Rocchino V, Spada MG (Ed.). Stili di vita e salute dei giovani in età scolare. Calabria. Rapporto sui dati regionali HBSC 2009-2010 (www.regione.calabria.it/sanita/allegati/prevenzione/hbsc_calabria.pdf).
2. Azzarito C, La Rocca M, Rocchino V (Ed.). Okkio alla Salute. Risultati dell'indagine 2010 - Regione Calabria (www.regione.calabria.it/sanita/allegati/prevenzione/calabria_okkio2010.pdf).
3. American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education. Children, adolescents and television. *Pediatrics* 2001;107(2):423-6.
4. Cross-Government Obesity Unit - Department of Health and Department of Children, Schools and Families. *Healthy weight, healthy lives: a cross-government strategy for England*. London; 2008.
5. Censi L, D'Addesa D, Galeone D, et al. *Studio ZOOM8: l'alimentazione e l'attività fisica dei bambini della scuola primaria*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012 (Rapporti ISTISAN 42/12).
6. Cipriani F, Baldasseroni A, Dellisanti C. *Dossier EBP e obesità: efficacia degli interventi per la prevenzione dell'obesità nei bambini e negli adolescenti*. Collana dei Documenti ARS; 2010.

Comitato scientifico

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

Comitato editoriale

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

ADRIANO MANTOVANI E L'ATTIVITÀ DEL CENTRO DI COLLABORAZIONE OMS/FAO PER LA RICERCA E LA FORMAZIONE IN SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA



Adriano Mantovani, ottobre 2006

Ivana Purificato

Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, ISS

RIASSUNTO - In ricordo di Adriano Mantovani, Direttore del Laboratorio di Parassitologia e del Centro di Collaborazione OMS/FAO per la Ricerca e Formazione in Sanità Pubblica Veterinaria presso l'Istituto Superiore di Sanità, protagonista di spicco della medicina veterinaria e convinto assertore del ruolo della medicina unica.

Parole chiave: medicina veterinaria; sanità pubblica; formazione professionale in sanità pubblica

SUMMARY (*Adriano Mantovani and the activities of the WHO/FAO Collaborating Centre for Veterinary Public Health*) - In memory of Adriano Mantovani, Director of the Parasitology Laboratory and of the WHO/FAO Collaborating Centre for Veterinary Public Health at the Italian National Institute of Health in Rome. He was one of the most prominent contributors to veterinary medicine and a committed advocate of the importance of one medicine.

Key words: education; public health professional; public health; veterinary medicine

ivana.purificato@iss.it

Nel 1984, quasi trent'anni fa, fu istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il Centro di Collaborazione (CC) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la ricerca e la formazione in sanità pubblica veterinaria, la cui direzione fu affidata alla professionalità di Adriano Mantovani, medico veterinario già Direttore del Laboratorio di Parassitologia dell'ISS. Stesso anno in cui la Seconda Conferenza nazionale sullo stato sanitario del Paese fu dedicata a "Sanità animale e sanità pubblica", comprovando il peso acquisito dalla professionalità medico veterinaria nel contesto sanitario. Sei anni dopo, nel 1990, a seguito della convenzione con la Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), il CC divenne Centro di Collaborazione OMS/FAO.

Nel panorama scientifico del tempo, Adriano Mantovani non fu un nome chiamato casualmente a dirigere il Centro: libero docente in microbiologia, immunologia e parassitologia, furono fondamentali per la sua formazione, come spesso ci raccontava, l'insegnamento e l'amicizia dei maestri Albino Messieri, Luigi Bellani, Giuseppe Caporale, Ettore Biocca, Libero Ajello. Aveva iniziato la sua carriera professionale, a 24 anni, con il Direttore dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Abruzzo e Molise, Giuseppe Caporale,

al quale lo legò un legame professionale e affettivo: Mantovani rimase a Teramo 12 anni come assistente, aiuto e vice-Direttore (1950-1962) lavorando ai piani di lotta contro la brucellosi bovina, ovi-caprina e la tubercolosi. Aveva partecipato alla costituzione dell'Istituto di Malattie Infettive della Facoltà di Medicina Veterinaria di Bologna e conseguito un Master negli USA da cui trasse il bagaglio di conoscenze dell'approccio onnicomprensivo ai problemi di sanità pubblica. Fu fondatore e Presidente dell'Associazione Italiana Veterinaria per Piccoli Animali (1961-1966) e vice-Presidente dell'Associazione Mondiale, pur, come affermava lui stesso: "non sapendo curare un cane o un gatto, nemmeno quelli di famiglia: ciò, forse, è servito a tranquillizzare i colleghi che mi hanno eletto Presidente". Mantovani fu nel 1984 tra i fondatori dell'Associazione Italiana di Medicina Tropicale; membro del Consiglio Superiore di Sanità (1974-82); componente del Consiglio Superiore della Protezione Civile dalla fondazione nel 1995; segretario della Federazione Mondiale dei Parassitologi (1971-87); nel 1972 entrò nel Comitato di Esperti sulle Zoonosi dell'OMS e fu Presidente, vice-Presidente e membro in gruppi di lavoro OMS, FAO, OIE (World Organization for Animal Health). Fondamentale tra le sue azioni quella che, nel 1980, lo vide protagonista nel post-ter- ►



remoto dell'Irpinia con sacco a pelo e viveri di prima necessità sui luoghi del disastro, iniziando, con questi pochi mezzi, a coordinare il servizio veterinario della provincia di Avellino. Fu questa la sua prima esperienza, proseguita in successive catastrofi naturali, che gettò le basi delle linee guida OMS per le emergenze non epidemiche, oggi tradotte nelle attività della Protezione civile della medicina veterinaria delle catastrofi.

Molteplici le attività che, Direttore del CC, Mantovani seppe svolgere con sapienza e professionalità: ricerche sulle zoonosi e sulle malattie trasmesse da alimenti di origine animale, sulle problematiche relative agli animali delle zone urbane e sulla coesistenza uomo/animale/ambiente, unitamente alle azioni veterinarie nelle calamità. Mantovani fu un esperto organizzatore di convegni, corsi di formazione e aggiornamento, collettivi e individuali, nei diversi settori della sanità pubblica veterinaria, in collaborazione o per incarico dell'OMS.

Le attività internazionali

Molteplici, e di altissima qualità, le collaborazioni internazionali che attivò presso il Centro, oltre alle innumerevoli attività svolte con il laboratorio di riferimento OMS per il Programma Mediterraneo di Controllo delle Zoonosi di Atene. Si ricordano, tra gli altri, i progetti in Zambia, Salvador e Palestina. Il primo frutto di un accordo tra Governo italiano e Governo dello Zambia per la lotta alla theileriosi maligna nella provincia del Sud, la ristrutturazione del Laboratorio diagnostico e vaccinogeno veterinario centrale di Balmoral, la formazione del personale sanitario e l'istituzione dei servizi veterinari sul territorio. Il progetto in Salvador nacque dalla collaborazione tra il Ministero degli Esteri italiano e quello del Salvador ed ebbe, tra gli obiettivi, la costru-

zione del laboratorio per la produzione del vaccino anti-rabbico e la formazione degli operatori sulla sicurezza degli alimenti di origine animale. Nei territori occupati della Palestina il CC organizzò, in collaborazione con le istituzioni sanitarie e agricole locali, programmi di formazione e controllo della brucellosi.

La rete di collaborazioni internazionali del CC crebbe a macchia d'olio verso l'Africa, l'America Latina, i Paesi del Mediterraneo, specializzando sempre più le proprie attività nell'elaborazione e nello svolgimento di programmi di controllo per le zoonosi, organizzando corsi di formazione e aggiornamento per operatori sanitari in cooperazione con l'OMS e la FAO, corsi da cui derivò la pubblicazione di numerose linee guida in diverse lingue: francese, inglese, italiano, spagnolo, corredate da riassunti anche in arabo e in russo.

Nel 1983 Mantovani fu invitato a tenere la relazione introduttiva al Congresso Mondiale Veterinario di Perth (Australia) e, successivamente, a presentare relazioni sulle emergenze ai Congressi Mondiali Veterinari di Lione (1999) e Tunisi (2002), oltre che ai Congressi Mondiali di Storia della medicina veterinaria, uno dei quali organizzato dallo stesso Mantovani, nel 2004 in Italia, presso la Facoltà di Torino. Altre preziose testimonianze dei suoi insegnamenti ci restano nelle relazioni tenute, nel settembre 2000, al 31° Congresso Internazionale di Storia della medicina veterinaria di Brno, al III Convegno Nazionale di Storia della medicina veterinaria di Lastra a Signa pubblicati, l'anno successivo, in *Historia Medicinae Veterinariae*, in *Atti del III Convegno Nazionale di Storia della Medicina Veterinaria* e su *WHO Mediterranean Zoonoses Control Centre - Information Circular*.

Le attività sul territorio nazionale

Produttive sul territorio nazionale le numerose attenzioni che il Professore dedicò allo sviluppo e all'organizzazione dei servizi veterinari pubblici e alla sanità pubblica veterinaria come leva di promozione sociale ed economica, insieme a pietre miliari quali Luigi Bellani e Giuseppe Caporale: epidemiologia, controllo delle zoonosi e delle malattie infettive degli animali, igiene urbana, educazione sanitaria e l'azione del medico veterinario nelle emergenze sono stati per Adriano Mantovani non solo argomenti di studio e di ricerca ma, soprattutto, strumenti di lavoro per l'introduzione di un nuovo orizzonte culturale in sanità pubblica veterinaria al servizio della salute dell'uomo.

Dei 20 anni di attività del CC restano importanti testimonianze documentali presso la Segreteria scientifica del Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare dell'ISS, presso gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali di Teramo e di Roma e presso la Scuola di Perfezionamento in Medicina Veterinaria Preventiva, Sanità Pubblica e Sicurezza Alimentare di Orvieto. Raccolte che portano il nome di *Veterinary Public Health/Rapporti di Sanità Pubblica Veterinaria* che, pubblicate in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Teramo, comprendono due serie: bianca, in italiano, e gialla, in altre lingue. Altre due serie sono corredate da riassunti in arabo, francese, inglese, italiano, russo e spagnolo. E, ancora, ricordiamo i volumi sulle emergenze, pubblicati in collaborazione con il Centro Europeo per la Medicina delle Catastrofi (CEMEC) della Repubblica di San Marino, in italiano, inglese, francese e spagnolo.

Il CC OMS/FAO ha organizzato oltre 200 eventi tra corsi, tavole rotonde, seminari e convegni. Di particolare rilievo fu l'organizzazione di un Congresso internazionale di Igiene Urbana Veterinaria a Roma (1999), che vide la partecipazione di oltre 800 iscritti. Basti questo esempio a evidenziare quanto alcune nuove tematiche per quel tempo, come gli interventi veterinari nelle emergenze e la terapia assistita con gli animali, promossi dalla acuta lungimiranza di Mantovani, abbiano incontrato e raccolto un'esigenza

di riflessione culturale e di intervento che si andava formando in quegli anni, e che vivono, oggi, in ambiti consolidati della sanità pubblica veterinaria.

Lo sviluppo di "cervelli"

Le molteplici attività del CC, oltre che alla professionalità di Adriano Mantovani e del suo gruppo presso l'ISS, sono state rese possibili grazie all'intensa e proficua collaborazione con le istituzioni: Ministero della Salute, Ministero degli Esteri, Istituti Zooprofilattici Sperimentali (in particolar modo Abruzzo e Lazio), Università, Protezione Civile, Istituto Nazionale Fauna selvatica, CEMEC: tutto grazie anche al fattivo contributo di tanti "giovani cervelli" che, accanto a Mantovani, sono cresciuti professionalmente. E, coerentemente con l'approccio olistico di Mantovani, convinto assertore della proficuità della rete di collaborazione interprofessionale, il CC diventò il vivace crocevia di "nuovi" veterinari, medici, biologi, etologi, ecologi e zoologi, i quali trovarono spazio e ruolo in una visione ampia di "salute" del CC.

Appartiene al patrimonio formativo e culturale di quegli anni anche un nuovo modo di fare educazione sanitaria e comunicazione, che Mantovani volle iniziare attraverso la raccolta di documenti e immagini per lo svolgimento di mostre, per la stampa di opuscoli e per la produzione di materiale audiovisivo che veniva diffuso, al passo con i tempi, attraverso gli innovativi canali mediatici dell'epoca, con la stessa partecipazione e quella dei suoi collaboratori a programmi televisivi nazionali e locali.

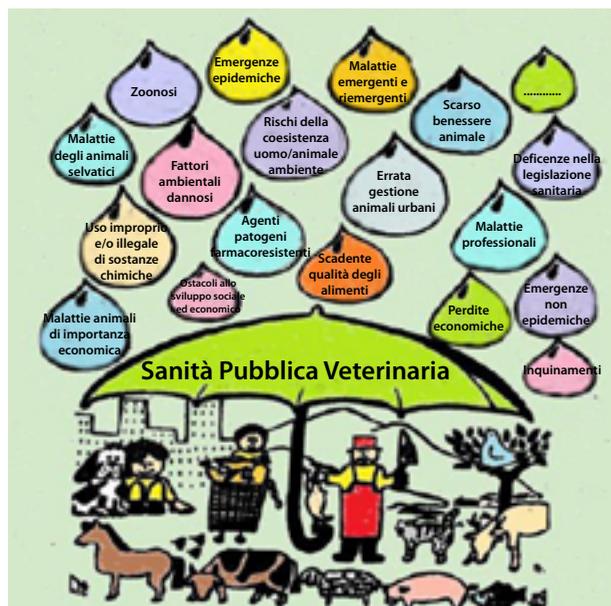
Nell'ottobre del 2006 tutti noi, numerosissimi amici e collaboratori cresciuti con l'autorevole insegnamento di Adriano Mantovani, abbiamo festeggiato insieme a lui, con grande emozione, nel giardino dell'ISS, i suoi 80 anni. Nel marzo del 2012 il Professore ci ha lasciati e ha trasferito su tutti noi l'importante eredità delle sue orme istituzionali e dei suoi ricchi insegnamenti per il futuro attivo della sanità pubblica veterinaria nella medicina unica. ■

Bibliografia consigliata

In memoriam Adriano Mantovani, DVM, 1926-2012. Maestro della Sanità Pubblica Veterinaria e convinto assertore della unicità della Medicina. *Vet Ital* 2012;48(1):111-2.

In ricordo di... [Adriano Mantovani]. Considerazioni sul concetto di zoonosi. *Argomenti* 2013;1:40-5.

Lucisano A. Intervista ad Adriano Mantovani. *Argomenti* 2010;2:38-41.



La Sanità Pubblica Veterinaria nella Medicina Unica secondo Adriano Mantovani

LA NUOVA VERSIONE DELLA DICHIARAZIONE DI HELSINKI - WORK IN PROGRESS



Francesco Rosmini
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

RIASSUNTO - Si è recentemente conclusa, sotto l'egida della World Medical Association, una pubblica consultazione sulla bozza di revisione dell'attuale versione della Dichiarazione di Helsinki. Una tappa intermedia di un percorso democratico e altamente rappresentativo delle culture nazionali che ha per scopo la promulgazione dell'ottava versione che avverrà nel 2014. La Dichiarazione di Helsinki è un documento etico da cui non può prescindere qualsiasi istituzione che si occupi di ricerca sugli esseri umani.

Parole chiave: etica della ricerca; normativa; Dichiarazione di Helsinki

SUMMARY (*New version of the Declaration of Helsinki - work in progress*) - A public consultation on the preliminary revision of the present version of the Declaration of Helsinki has been recently concluded. It was proposed by the World Medical Association as an intermediary step of a democratic programme highly representative of national cultures. The aim is the promulgation of the eighth version that will happen in 2014. The Declaration of Helsinki is an ethical document that any institution that deals with research on human beings cannot leave aside.

Key words: ethics of research; laws; Declaration of Helsinki

francesco.rosmini@iss.it

La World Medical Association (WMA) è un'organizzazione di medici che si propone di stabilire in ambito internazionale gli standard della professione, in particolare gli standard etici. Non a caso la WMA fu fondata nel 1947, qualche mese dopo che il processo di Norimberga aveva riconosciuto un gruppo di medici ricercatori nazisti colpevoli di aver commesso sperimentazioni criminali.

In quel processo, sollecitati da un argomento della difesa riguardante la mancanza di regole universali che stabilissero l'eticità della sperimentazione sugli esseri umani, i giudici elencarono nella sentenza 10 norme ricordate come il Codice di Norimberga. Tale Codice prevede la totale volontarietà dei soggetti di ricerca, indicazione non sempre perseguibile nei soggetti malati della ricerca clinica (1).

Principalmente, per questo motivo, nel 1964 la WMA promulgò la Dichiarazione di Helsinki (DdH), un codice deontologico per la ricerca medica sugli esseri umani, primo di una serie di documenti sull'etica della ricerca, quali:

- il Belmont Report della US National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research del 1978;
- le International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects del Council for International Organizations of Medical Sciences del 1993;
- la US Federal Policy for the Protection of Human subjects (nota come la "Common Rule", 45 CFR part 46) del 1981;
- l'Additional Protocol to the Convention of Human Right and Biomedicine Concerning Biomedical Research, del Consiglio d'Europa nel 2004.

A differenza di quest'ultimo documento, rivolto agli Stati Membri del Consiglio d'Europa, che prevede una convenzione che impegna gli Stati che lo ratificano a renderlo legalmente operativo, la DdH è riconducibile, secondo il diritto internazionale, alla *soft law*, una definizione comunemente riferita a un documento che può indurre, ma non obbligare, le autorità politiche ad adottare le sue indicazioni



come norme legali (2). Di fatto, in Italia è documento di riferimento di normative legali quali: le Linee guida per la buona pratica clinica (3), e il Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali per scopi statistici e scientifici, allegato al Codice in materia di protezione dei dati personali (4).

Dapprima scritto da medici per medici, la DdH riveste attualmente un ruolo forse inizialmente non previsto. In effetti, i medici della WMA fin dalla sua promulgazione hanno dovuto affrontare problemi contingenti al di là delle questioni deontologiche. Inizialmente, si trattava di recuperare credibilità alla ricerca, successivamente proteggere le popolazioni povere da abusi da parte della ricerca internazionale e, inoltre, impedire l'uso del placebo in studi apparentemente scientifici, ma in realtà utili al mercato. Ne è risultato che alcune risoluzioni, in particolare quelle di natura "politica" sulla ricerca internazionale e quelle restrittive sul placebo, siano ritenute difficilmente perseguibili dalle più importanti istituzioni pubbliche che regolamentano i medicinali, in particolare l'European Medicine Agency ha proposto interpretazioni della DdH ritenute troppo estensive (5), e la Food

and Drug Administration statunitense ha abolito nel 2008 il riferimento alla DdH nella sua normativa riguardante la ricerca condotta al di fuori degli Stati Uniti (6).

Nonostante i dubbi e le critiche al processo che ha portato all'allargamento dei suoi interessi, probabilmente per gli stessi motivi la DdH è divenuta il più importante riferimento dell'etica della ricerca internazionale. Ad esempio, potrebbe stupire che la DdH, tra i documenti a carattere etico internazionali, sia il solo documento, oltre alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, citato dall'art. 2 del Regolamento del Comitato etico dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), un istituto in cui la ricerca a partecipazione umana non è solo clinica e in cui i medici sono solo una parte dei ricercatori. Questa contraddizione non è più tale se si considera che la DdH in successive versioni è passata a considerare oltre al bene del paziente anche quello delle popolazioni, proponendo una lettura delle sue indicazioni anche dal punto di vista della sanità pubblica (1), in coerenza con la prospettiva dell'ISS.

Una nuova versione

Una delle critiche mosse alla DdH è che sia un documento inaffidabile a fini normativi (6), ad esempio sembra giustificato chiedersi se le sue indicazioni siano categoriche o ipotetiche, se le sue richieste siano aspirazioni od obbligazioni, se comporti obblighi "perfetti" o "imperfetti" (2). Questa mancanza di una solida e stabile struttura argomentativa, formale e lessicale ne fa un documento molto discusso e anche per questo il contenuto originale è già stato emendato in otto occasioni.

Dal 2008, data dell'ultima versione, riunioni di esperti organizzate dalla WMA hanno proceduto al suo riesame nel 2010 e nel 2011, confermando che l'indicazione sull'uso restrittivo del placebo sia moralmente la più accettabile, aggiungendo però l'opportunità di migliorie generali. Nell'ottobre del 2011, l'Assemblea generale della WMA ha deciso di iniziare un nuovo processo di revisione allo scopo di rendere la DdH più chiara, rimuovere affermazioni ritenute contraddittorie e includere questioni lasciate indiscusse; a tale processo hanno lavorato a più riprese un ampio numero di rappresentanti di organizzazioni di medici ed esterne. ►

Alcuni degli argomenti selezionati e discussi e le relative conclusioni sono di seguito riassunti:

- il carattere e la struttura della DdH, ritenuti da preservare;
- le indicazioni per i gruppi vulnerabili, da mantenere in termini generali;
- il riferimento alle responsabilità dei medici, senza escludere altre categorie, da confermare;
- la preferenza da dare alla denominazione Etica medica invece di Bioetica;
- l'accesso alla cura assicurato ai partecipanti a studio finito, da precisare;
- la qualificazione e la responsabilità dei comitati etici di ricerca, da rivedere;
- il compenso per la partecipazione, da includere nella prossima versione;
- l'utilizzo etico di biobanche, da rimarcare.

Nell'aprile 2013 la WMA ha pubblicato una bozza di questa revisione per consentire una consultazione pubblica, terminata il 15 giugno. In tale occasione non si escludeva che qualsiasi persona interessata potesse sollevare ulteriori questioni. Un gruppo di lavoro è stato poi incaricato di valutare tutti i commenti al fine di preparare la bozza definitiva dell'ottava versione (7), nell'evenienza del 50° anniversario della DdH (2014).

I contenuti della DdH hanno sempre sollevato critiche soprattutto da parte di studiosi americani e anche in previsione della prossima revisione, Ezekiel Emanuel auspica che il suo linguaggio diventi "analogo a quello di altri duraturi documenti, così come la Dichiarazione d'indipendenza americana o il Giuramento d'Ippocrate, che usano termini etici generali come *giusto* e *uguale* successivamente chiariti mediante l'applicazione a casi e nelle leggi e nei regolamenti delle nazioni" (8).



La mancanza di consenso unanime sulla DdH, lungi dal diminuirne l'importanza, è all'origine di un confronto che proficuamente mantiene alta la vigilanza sull'etica della ricerca clinica (e non clinica) sugli esseri umani. Merito della WMA, espressione rappresentativa delle realtà mediche mondiali, anche in mancanza di un contributo italiano, è di essere nella posizione di poter custodire la DdH garantendo il massimo possibile della democrazia e della libertà da impropri interessi economici. ■

Riferimenti bibliografici

1. Williams JR. The Declaration of Helsinki and public health. *Bull World Health Organ* 2008;86:650-1.
2. Schmidt H, Mehring S, McMillan J. Interpreting the declaration of Helsinki (2008): "must", "should" and different kinds of obligation. *Med Law* 2010;29(4):565-91.
3. Ministero della Sanità. Decreto ministeriale 15 luglio 1997. Recepimento delle linee guida dell'Unione europea di buona pratica clinica per la esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 191, 18 agosto 1997 (Suppl. ord. n. 162).
4. Garante per la protezione dei dati personali. Codice in materia di protezione dei dati personali. Allegato 4 al Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali per scopi statistici e scientifici. Provvedimento del Garante n. 2, 16 giugno 2004. *Gazzetta Ufficiale* n. 190, 14 agosto 2004.
5. Bertelé V, Banzi R, Glud C, et al. EMA's reflection on placebo does not reflect patients' interests. *Eur J Clin Pharmacol* 2012;68(5):877-9.
6. Kimmelman J, Weijer C, Meslin EM. Helsinki discords: FDA, ethics, and international drug trials. *Lancet* 2009;373(9657):13-4.
7. Nathanson V. Revising the Declaration of Helsinki - Your chance to influence research governance. *BMJ* 2013;346:f2837.
8. Emanuel EJ. Reconsidering the Declaration of Helsinki. *Lancet* 2013;381:1532-3.

UN PARTENARIATO EUROPEO PER L'ALFABETIZZAZIONE SANITARIA



Maria Alessandra Falcone, Paola Ferrari, Rosaria Rosanna Cammarano, Scilla Pizzarelli e Maurella Della Seta
Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali, ISS

RIASSUNTO - Le recenti iniziative del Parlamento Europeo intendono promuovere l'importanza dell'alfabetizzazione sanitaria tra i cittadini di tutti gli Stati Membri. Il Progetto "Health Literacy and Health Education fostering participation and improving women's and men's health (Grundtvig Learning Partnership - Lifelong Learning Program)", finanziato dalla Commissione Europea, opera in un contesto di organizzazioni impegnate nel campo della formazione degli adulti. L'alfabetizzazione e l'educazione sanitaria consentono a pazienti e cittadini di partecipare attivamente alle decisioni in materia di assistenza alla salute e di comunicare direttamente con gli operatori del settore, nell'intento di superare le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari causate da determinanti sociali. Bibliotecari e documentalisti giocano un ruolo chiave nella ricerca, convalidando e diffondendo l'informazione sanitaria tra i cittadini.

Parole chiave: alfabetizzazione sanitaria; educazione sanitaria; Unione Europea; cooperazione internazionale

SUMMARY (A European partnership for health literacy) - Recent initiatives of the European Parliament foster the importance of advancing health literacy in all Member States. The project "Health Literacy and Health Education fostering participation and improving women's and men's health (Grundtvig Learning Partnership - Lifelong Learning Program)", funded by the European Commission, is a framework for small-scale joint activities among organizations working in the field of adult education. Health literacy and health education empower patients and citizens to participate to the full in their health care and to communicate on eye level with their health professionals, making it possible to overcome disparities in health due to social causes. Librarians and information specialists are in a position to play a key role in searching, validating and disseminating health information for the general public.

Key words: health literacy; health education; European Union; international cooperation

a.falcone@iss.it

Con il termine *health literacy* si intende il livello di capacità degli individui di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni basilari sulla salute, nonché rendere disponibili i servizi necessari per poter accedere correttamente alle prestazioni sanitarie e promuovere un salutare stile di vita tra la popolazione (1). Diversi studi hanno dimostrato che a una limitata alfabetizzazione sanitaria corrispondono criticità in termini di salute, quali: una carente conoscenza delle proprie condizioni, un uso ridotto dei servizi per la prevenzione, un tasso più alto di prestazioni sanitarie non adeguate, un livello più elevato di ospedalizzazione, una minor capacità di riferire e riconoscere il proprio stato di salute e, infine, una scarsa attenzione ad attenersi alle cure mediche prescritte (2).

L'alfabetizzazione sanitaria, è, dunque, un'importante sfida del nostro tempo, poiché una mancata comprensione della prescrizione terapeutica o del linguaggio dei professionisti della salute pone il paziente in una situazione di forte soggezione e disagio.

Compito fondamentale di chi informa sarà quello di mettere in grado il cittadino e il paziente di acquisire una maggiore consapevolezza del proprio stato di salute. L'alfabetizzazione sanitaria costituisce uno strumento essenziale per la promozione della salute stessa, in quanto vuole fornire a chiunque strumenti utili per poter rispondere alla domanda: "Che cosa posso fare per mantenermi in buona salute?" (3). ▶



Obiettivi del Progetto

Il Progetto "Health Literacy and Health Education fostering participation and improving women's and men's health (Grundtvig Learning Partnership - Lifelong Learning Program)" nasce con il proposito di promuovere la cultura della salute come parte sostanziale della formazione permanente degli adulti.

In particolare, il partenariato ha inteso:

- entrare in contatto con organizzazioni europee che si occupano di formazione degli adulti, organizzazioni non governative (ONG) e istituzioni pubbliche con esperienza nel campo dell'alfabetizzazione sanitaria;
- discutere i diversi approcci, strategie e politiche volti a promuovere la cultura della salute nei Paesi europei;
- condividere competenze, esperienze e idee;
- confrontare obiettivi nazionali e specifici programmi di formazione al fine di migliorare la cultura della salute;
- rafforzare la collaborazione tra organizzazioni europee impegnate nell'educazione degli adulti, allo scopo di migliorare il livello di competenze sanitarie (4).

I Partner

Le quattro organizzazioni europee coinvolte in questo progetto sono state:

- **Fraugesundheitszentrum** - Women's Health Centre (Graz, Austria) che focalizza i suoi interessi nell'individuazione di quei determinanti sociali in grado di influenzare su larga scala la salute della donna come l'educazione sanitaria, lo stile di vita, le condizioni lavorative ed il suo ruolo nella società moderna;

- **Komiteen for Sundhedsoplysning** - Danish Committee for Health Education (Copenhagen, Danimarca), il cui principale obiettivo consiste nello sviluppo e nello svolgimento di programmi di formazione in campo sanitario al fine di fornire ai cittadini le capacità per gestire al meglio la propria salute quotidiana;
- **Careum** (Zurigo, Svizzera) che si propone principalmente di promuovere l'educazione nel settore sanitario fornendo un utile supporto per uno sviluppo sistematico dell'educazione e della formazione sanitaria proiettato anche nel futuro.
- **Istituto Superiore di Sanità** rappresentato da alcuni delegati del Settore Documentazione e della Biblioteca (SIDBAE).

Programma di attività e metodi

Tra novembre 2011 e aprile 2013 sono stati realizzati quattro meeting nei rispettivi Paesi europei (Austria, Danimarca, Svizzera e Italia), incentrati sul tema dell'alfabetizzazione e dell'educazione del cittadino alla salute.

Gli incontri, della durata di un giorno e mezzo ciascuno, si sono svolti nelle rispettive sedi dei quattro partner del Progetto che, per l'occasione, hanno messo in comune le loro risorse attraverso presentazione di progetti, diffusione di documentazione informativa e condivisione di pareri ed esperienze inerenti al tema in oggetto. In particolare, i quattro eventi hanno riguardato: programmi di alfabetizzazione sanitaria in Europa, informazione sanitaria e linee guida, progetti di formazione e strategie di ricerca bibliografica.

Le discussioni affrontate hanno avuto come filo conduttore lo stato attuale dell'*health literacy* in ciascun Paese, le campagne e gli interventi promossi



Meeting presso Aula Marotta, ISS, Roma, 11-12 aprile 2013



Poster divulgativo realizzato in occasione della 13th EAHIL Conference: Health information without frontiers. Bruxelles, 4-6 luglio 2012

per i cittadini e i pazienti, le valutazioni collegiali sui metodi adottati in ogni iniziativa. Ciascuno dei partner ha organizzato e coordinato il meeting nel proprio Paese garantendo un reciproco scambio costruttivo incentrato soprattutto sul trasferimento di esperienze e conoscenze. I coordinatori hanno poi realizzato e messo in condivisione un resoconto finale per ogni incontro effettuato, al fine di divulgare a tutti i partecipanti risultati e valutazioni ottenute.

Tutti i partner hanno avuto, quindi, l'opportunità di beneficiare delle informazioni traendo profitto dalla collaborazione reciproca, così da poter successivamente valutare e trasferire modelli, nuove strategie e politiche sanitarie nel proprio Paese di origine.

Il Progetto ha, inoltre, rappresentato un'opportunità di conoscere e di presentare le attività di ogni ente o istituzione di appartenenza e di illustrare il proprio ruolo nell'ambito dell'educazione e dell'alfabetizzazione sanitaria al cittadino e al paziente.

Conclusioni

Questa esperienza di partenariato ha evidenziato che un buon livello di *health literacy*, acquisito attraverso una comunicazione il più possibile chiara, semplice e comprensibile, rappresenta per il cittadino e per il paziente la possibilità di assumere quelle competenze necessarie per comprendere ciò che viene proposto in tema di salute. L'*health literacy* consente, quindi, di impadronirsi degli strumenti utili a riconoscere i propri bisogni, di assumere un maggiore controllo sui fattori che incidono sulla salute, di contribuire attivamente alle scelte terapeutiche, di orientarsi nel sistema sanitario, nonché di adottare comportamenti e stili di vita salutari (5).

Il partenariato ha offerto anche la possibilità di conoscere diversi approcci, strategie e modelli di buona pratica che potranno, a loro volta, ispirare o essere applicati alla realtà italiana.

Il rapporto finale, stilato dal coordinatore con la collaborazione degli altri partner, sarà pubblicato sui siti web delle istituzioni dei quattro partner partecipanti con l'obiettivo specifico di dare diffusione, su più ampia scala, ai risultati raggiunti nel corso del Progetto.

Ulteriori pubblicazioni e informazioni online completeranno il processo di diffusione, promozione e condivisione delle informazioni acquisite.

Ringraziamenti

Si ringraziano i colleghi Marco Giustini (Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, ISS) per la partecipazione e il prezioso contributo professionale, e Alessandra Ceccarini (Settore Documentazione, ISS) quale responsabile della Segreteria scientifica del meeting di Roma.

Riferimenti bibliografici

1. Sorensen K, Van den Brouche S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80.
2. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ* 2012;344:e1602.
3. Edwards M, Wood F, Davies M, et al. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health* 2012;12(1):130.
4. Pomerantz KL, Muhammad AA, Downey S, et al. Connecting for health literacy: health information partners. *Health Promot Pract* 2010;11(1):79-88.
5. US Department of Health and Human Services. *Healthy people 2010: understanding and improving health*. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.

Visto... si stampi

a cura di Paola De Castro
Settore Attività Editoriali, ISS



Tutte le pubblicazioni edite da questo Istituto sono online.
Per essere direttamente informati, scrivete a: pubblicazioni@iss.it

Annali dell'Istituto Superiore di Sanità

Vol. 49, n. 2, 2013



Letter

The humanities in medical education - what is the future? - *Kieran Walsh*

Editorial

Issues raised by "incidental findings" and their ethical implications - *Carlo Petrini and Enrico Alleva*

Original articles and reviews

Effect of healthcare on mortality:

trends in avoidable mortality in Umbria, Italy, 1994-2009 - *Fabrizio Stracci, Fortunato Bianconi, Giuseppe Michele Masanotti, Valerio Brunori, and Francesco La Rosa*

Viral infections acquired indoors through airborne, droplet or contact transmission - *Giuseppina La Rosa, Marta Fratini, Simonetta Della Libera, Marcello Iaconelli, and Michele Muscillo*

Uveitis heralding previously unknown luetic and HIV infection. Syphilitic uveitis in an Italian referral center - *Lucia Restivo, Alessandro Abbouda, Chiara Nardella, Alice Bruscolini, Maria Pia Pirraglia and Paola Pivetti Pezzi*

Communication and cultural interaction in health promotion strategies to migrant populations in Italy: the cross-cultural phone counselling experience - *Filippo Maria Taglieri, Anna Colucci, Donatella Barbina, Emanuele Fanales-Belasio, and Anna Maria Luzi*

Prevalence of smoking habits, attitudes, knowledge and beliefs among Health Professional School students: a cross-sectional study - *Margherita Ferrante, Rosella Saulle, Caterina Ledda, Roberto Pappalardo, Roberto Fallico, Giuseppe La Torre and Maria Fiore*

The biology of MDR1-P-glycoprotein (MDR-Pgp) in designing functional antibody drug conjugates (ADCs): the experience of gemtuzumab ozogamicin - *Maurizio Cianfriglia*

Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study - *Massimiliano Aragona, Daniela Pucci, Marco Mazzetti, Bianca Maisano and Salvatore Geraci*

Simulation of monitoring strategies for atrial arrhythmia detection - *Federica Censi, Giovanni Calcagnini, Eugenio Mattei, Alessio Gargaro, Gianluca Biancalana and Alessandro Capucci*

Sexual behaviours of clients of sex workers reported within phone calls at HIV/AIDS/STIs Italian Helpline - *Ilaria Mulieri, Pietro Gallo, Emanuele Fanales-Belasio, Anna Colucci, Alessia D'Ippoliti and Anna Maria Luzi*

Targeting MDR1-P-glycoprotein (MDR1-Pgp) in immunochemotherapy of acute myeloid leukemia (AML) - *Maurizio Cianfriglia*

Inequalities in maternal care in Italy: the role of socioeconomic and migrant status - *Laura Lauria, Manila Bonciani, Angela Spinelli and Michele E. Grandolfo*

Clinical research on the efficacy of spa therapy in fibromyalgia. A systematic review - *Antonio Fraioli, Marcello Grassi, Gioacchino Mennuni, Andrea Geraci, Luisa Petracchia, Mario Fontana, Stefano Conte and Angelo Serio*

Brief notes

Surgical experimentation and clinical trials: differences and related ethical problems - *Carlo Petrini*

Errata Corrige

Book reviews, Notes and Comments

Edited by *Federica Napolitani Cheyne*

Publications from International Organizations on Public Health

Edited by *Anna Maria Rossi*

Rapporti ISTISAN 13/9

Sperimentazione PASSI d'Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): verso un sistema nazionale di sorveglianza della popolazione ultra64enne.

A cura del Gruppo Tecnico di Coordinamento del Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento e P. Luzi. 2013, ix, 211 p.



Area tematica
Epidemiologia
e sanità pubblica

PASSI d'Argento, promosso dal Ministero della Salute e dalle Regioni con il supporto tecnico scientifico del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, costituisce una sperimentazione di un modello di sorveglianza sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, allo scopo di mettere a disposizione informazioni utili per le scelte di politiche sanitarie volte a migliorare la qualità di vita degli anziani. L'obiettivo della sorveglianza è di valutare la capacità dell'anziano di essere risorsa e di partecipare alla vita sociale, di rimanere in buona salute, di usufruire di cure e tutele avendo un reddito adeguato, al fine di disegnare un profilo della popolazione ultra64enne centrato sui tre pilastri per l'invecchiamento attivo, individuati dalla strategia Active ageing dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: partecipazione, salute e sicurezza. Lo scopo di questo lavoro è quello di illustrare sinteticamente i risultati della sperimentazione PASSI d'Argento (2009-2010). alberto.perra@iss.it

Rapporti ISTISAN 13/10

La mortalità in Italia nell'anno 2010.

M. Vichi, G. Minelli, S.M. D'Ottavi, G. Loreto, V. Manno, M. Masocco, G. Rago, R. Crialesi, L. Frova, S. Marchetti, M. Demaria, S. Conti. 2013, ii, 155 p.

Il rapporto presenta un'analisi descrittiva della mortalità nel nostro Paese nell'anno 2009. Per la mortalità generale e per le principali cause di morte (35 per gli uomini, 36 per le donne) sono presentate tabelle con i tassi standardizzati e i numeri assoluti dei decessi e cartine con i rapporti standardizzati di mortalità. L'analisi è articolata per genere, età e area geografica di residenza (province, regioni e grandi ripartizioni geografiche: Nord-ovest, Nord-est, Centro, Sud e Isole). susanna.conti@iss.it



Area tematica
Epidemiologia
e sanità pubblica

Rapporti ISTISAN 13/11

Prescrizione farmaceutica in Umbria. Analisi dei dati relativi al 2011.

R. Da Cas, P. Ruggeri, M. Rossi, G. Bucaneve, E. Duca, F. Trotta, G. Traversa. 2013, vii, 133 p.



Area tematica
Epidemiologia
e sanità pubblica

Il Rapporto analizza la prescrizione farmaceutica in Umbria nel 2011. La spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si è ridotta del 7,1% rispetto al 2010 (in Italia vi è stata una riduzione del 9%). In termini di DDD/1000 abitanti die l'Umbria ha fatto rilevare un dato superiore a quello dell'Italia (1031 vs 963). Gli assistibili di età superiore ai 65 anni assorbono il 65% delle dosi prescritte. Tenendo conto anche dell'acquisto privato di farmaci, risulta a carico del Servizio Sanitario Regionale dell'Umbria il 77% della spesa. I farmaci dell'apparato cardiovascolare rappresentano la principale categoria terapeutica rimborsata dall'SSN, con il 51% delle DDD. La prescrizione di farmaci con brevetto scaduto ha raggiunto nel 2010 il 58% delle DDD. L'analisi della variabilità prescrittiva e l'approfondimento per gruppi di medici e per categorie terapeutiche rendono il Rapporto uno strumento utile all'interno delle attività di promozione dell'appropriatezza prescrittiva. giuseppe.traversa@iss.it

Supplemento al Notiziario di marzo 2013

L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative

Volume 26, n. 3 (Supplemento 1). 2013, 58 p.

A cura di A.M. Luzi, G.M. Pasqualino, L. Pugliese, M. Schwarz, B. Suligoi



In uno scenario dominato da crescenti flussi migratori è quanto mai necessario fornire agli operatori socio-sanitari e ai mediatori linguistico-culturali, strumenti di intervento volti ad assicurare una risposta efficace al bisogno di tutela della salute della persona straniera. Tale considerazione ha spinto un gruppo di ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e di esperti legali, in collaborazione con il Ministero della Salute e con gli specialisti in editoria scientifica e grafica del Settore Attività Editoriali dell'ISS, a stilare una guida operativa sull'accesso alle cure dei migranti. L'impulso alla realizzazione del lavoro è stato fornito dalla conclusione dell'Accordo Stato-Regioni (anno 2013), con cui si è voluto assicurare, sull'intero territorio nazionale, la parità di trattamento della persona straniera sotto il duplice profilo dell'assistenza sanitaria e dell'accesso alle cure per i soggetti più vulnerabili. annamaria.luzi@iss.it



Nei prossimi numeri:

Nefropatie nella provincia di Taranto

Protocollo di diagnosi dell'epatite E

Legionellosi in Italia nel 2012

Istituto Superiore di Sanità

Presidente: Fabrizio Oleari

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

a cura del Settore Attività Editoriali