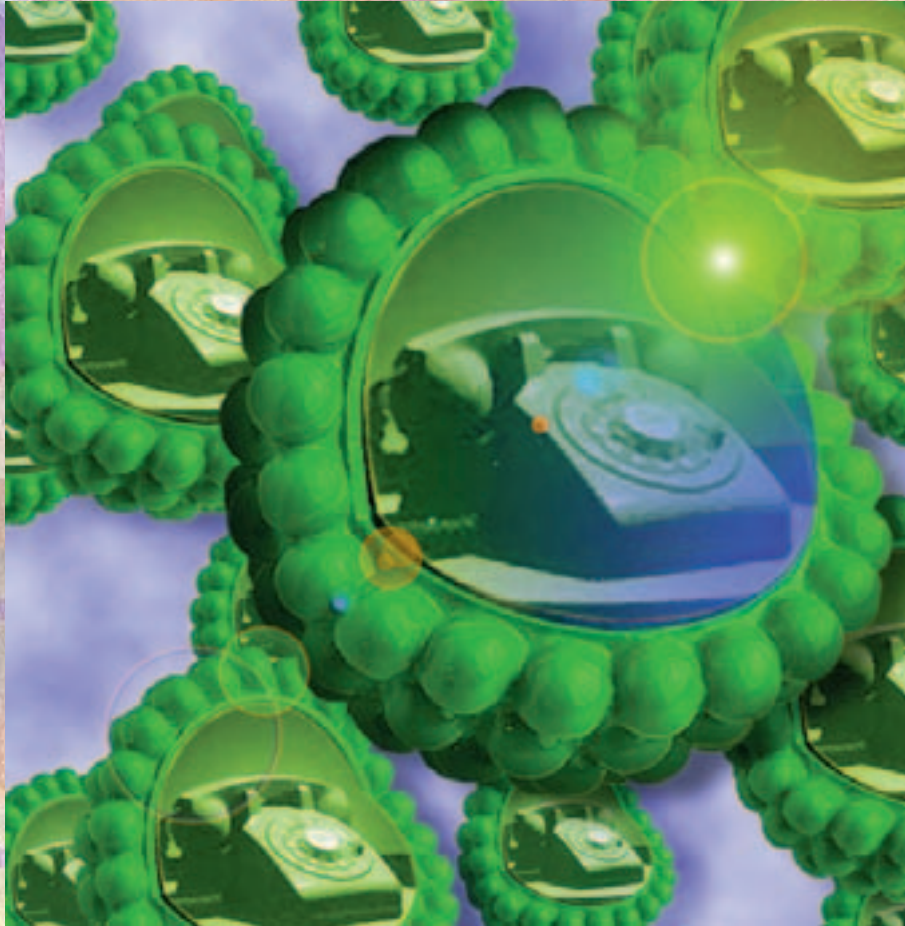


Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità



La prevenzione nella lotta contro l'infezione da HIV e l'AIDS Il Telefono Verde

**Progetto italiano
sull'epidemiologia
della Malattia di Alzheimer**

**Invecchiamento e costi sanitari
a Treviso (1999-2000)**

Varicella e strategie vaccinali

ISSN 0394-9303

**Volume 15 - Numero 2
Febbraio 2002**

L Istituto Superiore di Sanità ricerca, informa, insegna, discute, raccomanda, comunica...

Il dibattito scientifico, che di solito travalica i confini nazionali, si svolge principalmente nell'ambito di gruppi di ricerca, spesso altamente specializzati, oppure si rivolge all'ampia fascia degli operatori sanitari che, a vari livelli, operano nell'ambito della salute pubblica. Tuttavia in Istituto si svolge anche una forte attività di comunicazione diretta al grande pubblico, al cittadino comune che vuole sapere e che richiede informazioni anche specifiche, ma facilmente comprensibili.

In questo fascicolo presentiamo l'attività che il Telefono Verde AIDS svolge per la prevenzione nella lotta contro l'infezione da HIV e l'AIDS. Il servizio, anonimo e gratuito, è attivo dal 1987, ed è stato il primo in Italia a svolgere un'attività di prevenzione primaria e secondaria rivolta alla popolazione generale, garantendo il più alto livello informativo nel massimo rispetto della persona. Attraverso sei linee telefoniche, il Telefono Verde risponde alle più svariate richieste di informazioni sull'HIV/AIDS, provenienti in massima parte dai giovani di età compresa tra i 20 e i 39 anni. L'articolo ospitato in questo fascicolo riporta i risultati dell'attività di counselling telefonico e dell'attività di ricerca e formazione svolta dai ricercatori del Telefono Verde AIDS.

Spostando l'attenzione su fasce più anziane di popolazione, l'Istituto è impegnato in numerosi progetti riguardanti l'invecchiamento. In questo numero abbiamo un articolo sullo studio epidemiologico della Malattia di Alzheimer in Italia. La malattia è caratterizzata da un progressivo e solitamente irreversibile deterioramento delle funzioni cerebrali ed è accompagnata da decadimento psichico e da turbe del comportamento. È la causa più frequente di demenza negli anziani e richiede una precoce istituzionalizzazione con conseguenti elevati costi sanitari. Il progetto di ricerca coordinato dall'Istituto ha come obiettivo l'incremento delle conoscenze sulle cause della Malattia di Alzheimer, sulla tipizzazione nell'ambito delle demenze e sui fattori che possono influire sulla reversibilità dei disturbi cognitivi.

Il tema dell'invecchiamento in rapporto ai costi sanitari è anche trattato in un contributo dell'inserto BEN; l'articolo si riferisce a uno studio svolto a Treviso, ed è seguito da un'interessante nota di commento, secondo una ormai consolidata linea editoriale del BEN che in questo numero ha ospitato, fra l'altro, un editoriale sul ruolo e sul fine ultimo dell'epidemiologia.

(PDC)



S o m m a r i o

La prevenzione nella lotta contro l'infezione da HIV e l'AIDS. Il Telefono Verde AIDS 3

Bookmark 10

BEN Editoriale i

Invecchiamento e costi sanitari a Treviso (1999-2000) i

Schede di dimissione ospedaliera: sono uno strumento utile per definire i fabbisogni? . . . iii

Progetto italiano sull'epidemiologia della Malattia di Alzheimer (IPREA) 11

Varicella e strategie vaccinali 15

Visto... si stampi 18

Congressi, Convegni e Workshop 19

Un nuovo questionario di valutazione della qualità della vita per le persone HIV+ nell'era HAART 20

Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità

Direttore responsabile e responsabile scientifico: Enrico Garaci

Vice Direttore: Franco Piccinno

Redattore capo: Paola De Castro

Redazione: Carla Faralli, Lorenzo Scotti, Alessandro Spurio

Progetto grafico: Eugenio Morassi

Grafica: Cosimo Marino Curianò

Fotografia: Luigi Nicoletti, Antonio Sesta

Composizione e distribuzione: Giovanna Morini, Patrizia Mochi

Versione online (<http://www.iss.it/notiziario>): Marco Ferrari, Stefano Guderzo

Istituto Superiore di Sanità

Presidente: Enrico Garaci - *Direttore generale:* Romano R. Di Giacomo

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

Tel. 0649901 - Fax 0649387118

e-Mail: notiziario@iss.it - Sito Web: <http://www.iss.it>

Telex 610071 ISTSAN I - Telegr. ISTISAN - 00161 Roma

Iscritto al n. 475/88 del 16 settembre 1988. Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2002

Numero chiuso in redazione il 7 marzo 2002

Stampa: Chicca - Tivoli

La prevenzione nella lotta contro l'infezione da HIV e l'AIDS

Il Telefono Verde AIDS

LUNAIDS (organismo delle Nazioni Unite che si occupa della lotta contro l'AIDS), alla fine del 2001, ha stimato che nel mondo, fino a oggi, 40 milioni di persone hanno contratto l'HIV/AIDS; di queste, circa 3 milioni sono già morte. La stima delle nuove infezioni da HIV nell'anno 2001 è di 5 milioni di persone, di cui 4,2 milioni in Africa. Nell'Europa occidentale le nuove infezioni sono stimate in 30 000 circa (1). Questi dati, tuttavia, potrebbero essere sottostimati perché non tutti i Paesi, e in particolar modo quelli in via di sviluppo, hanno un sistema di notifica adeguato.

In Italia, a partire dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS, al 30 giugno 2001 sono stati notificati 48 488 casi cumulativi di AIDS; tali notifiche vengono trasmesse al Reparto AIDS e Malattie Sessualmente Trasmesse del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Di queste il 78% è di sesso maschile, il 22% femminile, l'1,4% è rappresentato da casi pediatrici e il 5,2% da stranieri. L'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, risulta essere di 34 anni per i maschi e di 31 anni per le femmine (2).

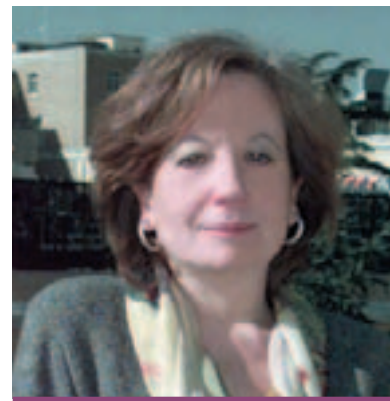
Dal 1996, anno in cui si sono rese disponibili le nuove combinazioni terapeutiche antiretrovirali, si assiste a una diminuzione dell'inci-

denza dei casi di AIDS; tale diminuzione è meno marcata per i casi di trasmissione per via sessuale e per gli stranieri.

Attualmente, la stima dell'infezione da HIV è di circa 104 000 casi. Pertanto, appare sempre più determinante il ruolo della prevenzione e dell'educazione sanitaria per promuovere nella popolazione l'acquisizione del concetto di salute.

Fare prevenzione nell'ambito dell'infezione da HIV significa agire sui comportamenti, cioè aiutare la persona a trovare le basi motivazionali per non sviluppare comportamenti a rischio e/o per modificare quelli già esistenti.

Perché ciò si verifichi occorre realizzare sia interventi di educazione sanitaria rivolti alla popolazione generale e a specifici target (campagne informative), sia interventi di informazione personalizzata rivolta a singoli individui (interventi di counselling *vis à vis* e telefonico).



Anna Maria Luzi

In linea con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e in sintonia con altri Paesi europei, la Commissione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS (CNLA) ha attivato, nel 1987, presso il Centro Operativo AIDS dell'ISS, il Telefono Verde AIDS (TVA).

IL TELEFONO VERDE AIDS

Il TVA (800 861061) è stato il primo servizio in Italia che ha utilizzato il telefono per svolgere un'attività di prevenzione primaria e secondaria sull'infezione da HIV e sull'AIDS, rivolta alla popolazione generale, attraverso un'informazione scientifica erogata con il metodo del counselling.

Il TVA, anonimo e gratuito, è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 13.00 alle ore 18.00 e, attraverso sei linee telefoniche, offre agli utenti l'opportunità di ricevere informazioni, di approfondire quelle già in loro possesso e/o di correggere errori e distorsioni.

Fino a oggi, nel mondo, 40 milioni di persone hanno contratto l'HIV/AIDS

Il Telefono Verde AIDS (800 861061) svolge attività di prevenzione sull'infezione da HIV e sull'AIDS

Laura Camoni¹, Anna Colucci¹, Anna D'Agostini¹, Pietro Gallo¹, Anna Maria Luzi^{1*}, Enrica Rosa² e Rudi Valli¹

¹Telefono Verde AIDS, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS
^{*}Coordinatrice Telefono Verde AIDS

²Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS

L'esperienza acquisita nel tempo ha consentito ai ricercatori del TVA di sviluppare una specifica modalità di risposta che permette di fornire informazioni corrette, aggiornate e personalizzate.

Tale intervento, che si basa sui principi e sulle tecniche del counselling *vis à vis*, rappresenta una forma strutturata di relazione d'aiuto con lo scopo di:

- fornire informazioni scientifiche e personalizzate alla persona/utente;
- favorire attraverso il colloquio l'individuazione del reale problema della persona/utente;
- prospettare insieme alla persona/utente possibili soluzioni;
- facilitare nella persona/utente la diminuzione del disagio e dell'ansia per una migliore ricezione del messaggio informativo, al fine di favorire modifiche comportamentali e decisionali;
- supportare la persona/utente nel momento di crisi (3).

Il counselling telefonico è un'interazione tra un esperto e una persona/utente che, vivendo una situazione di disagio, sente il bisogno di essere aiutata e proprio per questo motivo decide di telefonare (4, 5).

Oltre all'attività di counselling telefonico sull'infezione da HIV e sull'AIDS, i ricercatori del TVA svolgono: attività di studio e di ricerca a livello nazionale e internazionale; attività di educazione sanitaria rivolta a studenti delle scuole medie inferiori e superiori e attività di formazione teorico-pratica sul counselling *vis à vis* e telefonico per operatori psico-socio-sanitari.

DATI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ DI COUNSELLING TELEFONICO SVOLTA DAL TELEFONO VERDE AIDS

Il servizio è fornito di un software di *data entry* e di gestione degli archivi online.

I dati statistici raccolti durante l'attività telefonica, riguardanti la provincia, il sesso, l'età, l'e-

ventuale comportamento a rischio e il tipo di domanda dell'utente, vengono immessi direttamente dall'esperto in un personal computer.

Tale sistema permette un'elaborazione periodica dei dati, che consente una puntuale valutazione dell'intero processo.

Il TVA dal 20 giugno 1987 al 30 giugno 2001 ha ricevuto un totale di 465 887 telefonate; di queste, il 69,3% è costituito da utenti di sesso maschile, il 30,6% da

utenti di sesso femminile, mentre per lo 0,1% tale informazione è mancante.

La distribuzione per sesso e per classi di età, illustrata nella Figura 1, evidenzia che il 77,5% di telefonate proviene da utenti di età compresa tra i 20 e i 39 anni.

La Figura 2 mostra i tassi delle telefonate (per 100 000 abitanti) per sesso e classi di età. Si può notare che, sostanzialmente, le classi di età più rappresentate non variano rispetto alla Figura 1.

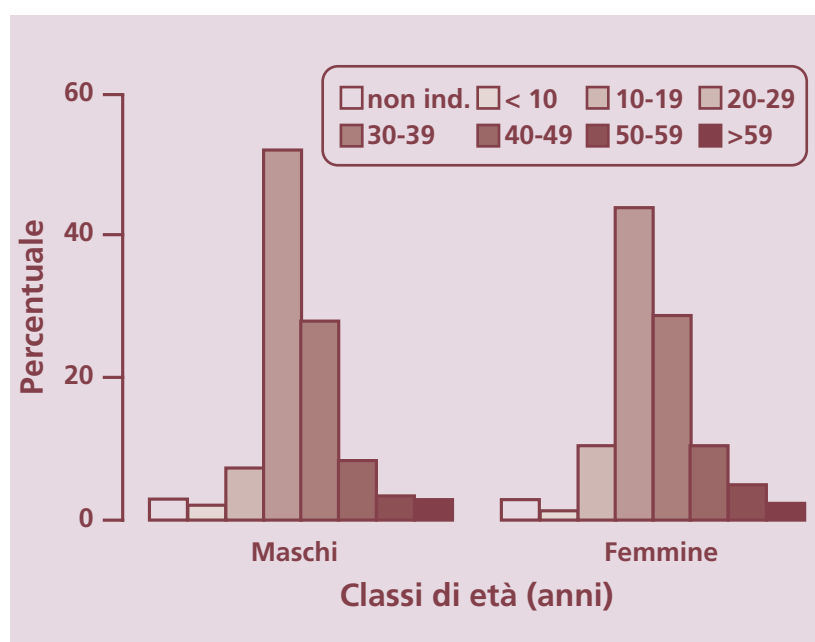


Figura 1 - Distribuzione delle telefonate per sesso e classi di età

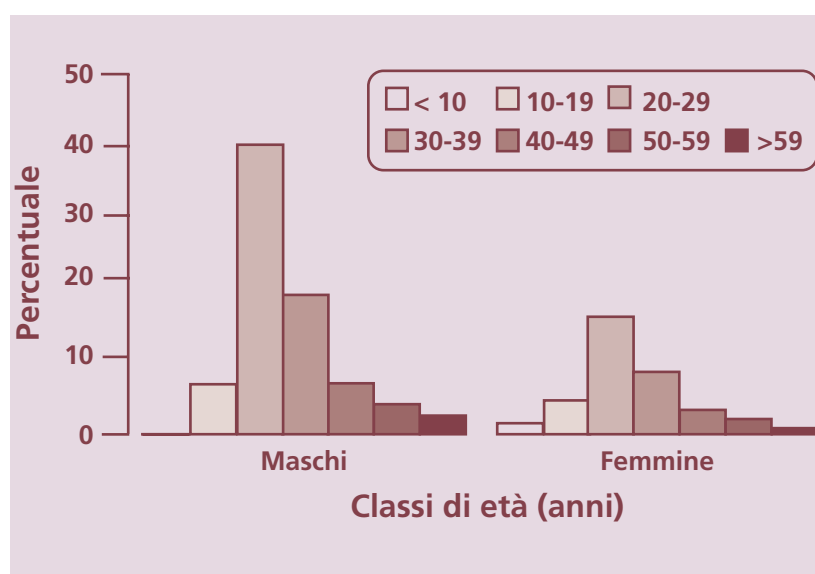


Figura 2 - Distribuzione dei tassi delle telefonate per sesso e classi di età (per 100 000 abitanti)

Per quanto riguarda le aree geografiche di provenienza delle chiamate, si rileva che dal Nord sono giunte 219708 telefonate (47,2%), dal Centro 130 071 (27,9%), dal Sud 80 943 (17,4%), dalle Isole 29 987 (6,4%), mentre per 5 178 telefonate (1,1%) la provenienza non è indicata.

Calcolando i tassi delle telefonate (per 100 000 abitanti) per aree geografiche, è possibile osservare che l'area con il tasso più alto è l'Italia centrale (Figura 3).

I gruppi di utenti più rappresentati risultano essere coloro i quali hanno avuto contatti con gli eterosessuali e non sono tossicodipendenti con 235 350 telefonate (50,5%) e coloro che non hanno corso alcun rischio con 139 078 telefonate (29,9%) (Figura 4).

Il TVA ha risposto, dal 1987 al 30 giugno 2001, a 1 227 034 quesiti relativi a vari argomenti che vanno dalle modalità di trasmissione alla prevenzione. La Tabella 1 mostra la distribuzione dei gruppi di quesiti. Due tipologie di persone/utenti meritano un'analisi a parte: i giovani e gli stranieri.

Per quanto riguarda i giovani, fino al 30 giugno 2001 hanno chiamato 38 050 persone (età 10-19 anni); di questi, il 60,8% è di sesso

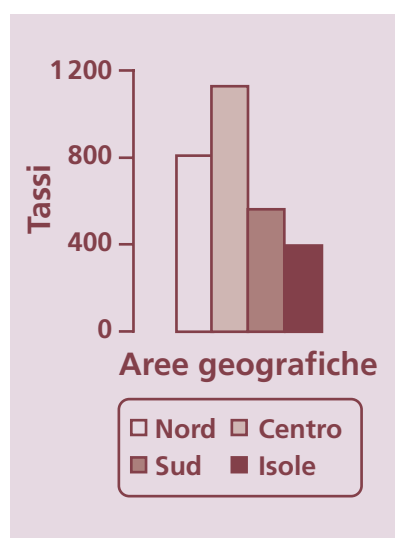


Figura 3 - Tassi delle telefonate per aree geografiche (per 100 000 abitanti)

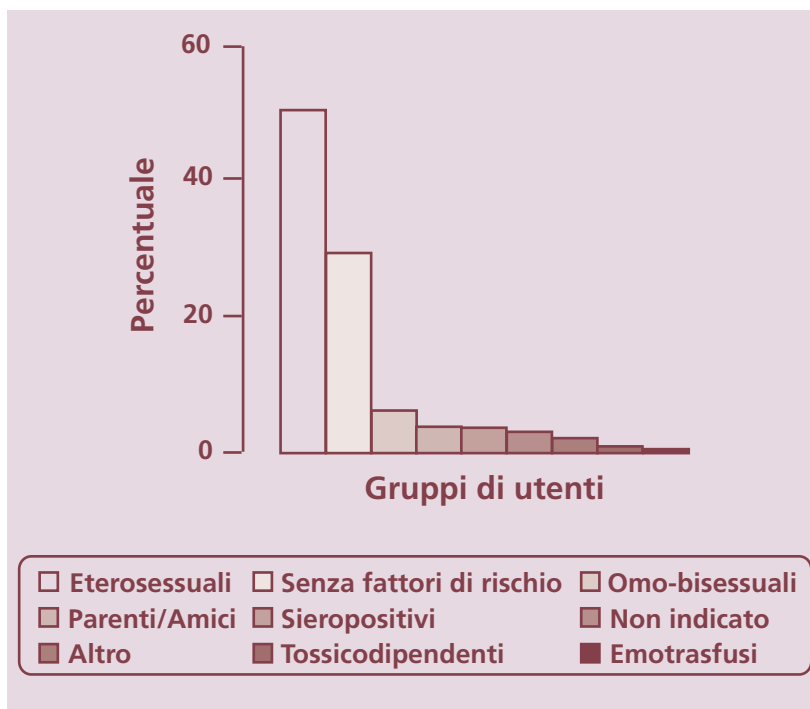


Figura 4 - Distribuzione delle telefonate per gruppi di utenti

maschile e il 39,1% di sesso femminile, mentre per lo 0,1% non è disponibile l'informazione.

Le domande poste dai giovani riguardano prevalentemente gli argomenti che sono riportati nella Tabella 2.

A partire dal 1996 è iniziata la codifica specifica dei dati relativi agli utenti stranieri. Sono pervenute al TVA 1 529 telefonate da parte di persone straniere, di queste quasi la metà negli anni 1996 (28,6%) e 1997 (19,6%). Il 59,9% degli stranieri è di sesso maschile, il 39,9% di sesso femminile, mentre per lo 0,2% l'informazione non è disponibile.

La nazionalità anagrafica degli utenti stranieri del TVA evidenzia che quasi un terzo, il 29,2%, proviene dall'Africa; seguono il Sud America con il 26,8%, i Paesi dell'Unione Europea (UE) con il 15,4%, i Paesi europei non appartenenti alla UE con il 15,2%, l'Asia con il 9,5%, il Nord America

con il 2,9%. Poco rappresentata l'Oceania con lo 0,3%; rimane uno 0,8% di cui non è stato possibile individuare la nazionalità.

Nel corso degli anni di attività sono pervenuti al TVA un totale di 4299 quesiti da parte di utenti stranieri e la Tabella 3 ne mostra la distribuzione per gruppi.

ATTIVITÀ DI RICERCA

L'attività dei ricercatori del TVA riguarda anche la progettazione e la gestione di studi e ricerche in ambito psico-sociale, a livello nazionale e internazionale, con particolare attenzione per gli aspetti relativi a strategie comunicative finalizzate a interventi mirati a target specifici che vengono di se-

Il Telefono Verde AIDS ha ricevuto, dal 1987 al 30 giugno 2001, 465 887 telefonate

guito riportati.

- Progetto "AIDS & Mobility - National Focal Point". Il progetto europeo "AIDS & Mobility" nasce nel 1991 con il supporto dell'OMS ed è finanziato dalla Com-

Tabella 1 - Distribuzione dei quesiti per argomento. Popolazione generale

Argomenti	Quesiti	%
<i>Informazioni sul test</i> (chi lo deve fare, dove si può effettuare, dopo quanto tempo dal rischio, quanto è attendibile, altro)	319 683	26,0
<i>Modalità di trasmissione</i> (rapporti sessuali, rischio ematico, altro)	283 316	23,1
<i>Aspetti psico-sociali</i> (sostegno psicologico, contenimento dell'ansia, discriminazione, altro)	184 164	15,0
<i>Disinformazione</i> (saliva/baci, ambiente familiare e sociale, piscina/mare, bar/ristoranti, altro)	149 294	12,2
<i>Prevenzione</i> (sesso sicuro, profilattico, siringhe sterili, disinfezione, altro)	97 966	8,0
<i>Virus</i> (resistenza, contagiosità, periodo finestra, altro)	87 252	7,1
<i>Sintomi</i> (quali sintomi, malattie sessualmente trasmesse, infezioni correlate, altro)	45 448	3,7
<i>Terapie e ricerca</i> (dove sono effettuate le terapie, farmaci sperimentali, vaccino, altro)	21 647	1,8
<i>Altro</i> (generale, diffusione, trend, istituzioni)	38 264	3,1

Tabella 2 - Distribuzione percentuale dei quesiti per argomento nei giovani

Argomenti	%
Trasmissione	23,4
Test	22,6
Psicosociale	12,8
Disinformazione	11,5
Prevenzione	10,5
Virus	8,1
Centri	3,9
Generale	3,7
Sintomi	2,3
Diffusione	0,2
Terapia	0,4
Malattie sessualmente trasmesse	0,2
Ricerca	0,2
Istituzioni	0,1
Trend	0,1

missione Europea DG/V. L'obiettivo è quello di realizzare campagne di prevenzione e di informazione sull'infezione da HIV e sull'AIDS per le popolazioni mobili (immigrati, minoranze etniche, rifugiati politici, ecc.). Tale progetto ha previsto l'istituzione di un

National Focal Point (NFP) in ogni Stato della UE. Il NFP italiano, composto da esperti appartenenti a strutture pubbliche (IRCCS "L. Spallanzani" e "S. Gallicano" di Roma, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Ministero della Salute, Unità Operativa ASL RM E), da organizzazioni non governative (LILA, Tampep-Comitato per i diritti delle prostitute) e da associazioni di volontariato (Caritas diocesana di Roma), è coordinato dal 1997 dal TVA. Quest'impegno prevede, inoltre, la realizzazione di un network nazionale tra istituzioni pubbliche e non che si occupano degli aspetti psico-socio-sanitari di "gruppi in movimento" (6).

• Il lavoro del NFP italiano e la competenza dei singoli partecipanti hanno permesso di attivare il progetto europeo "Creation of a net among the NFP of the countries of the Mediterranean Area", in collaborazione con i NFP del Portogallo, della Spagna e della Grecia. I da-

ti raccolti riguardano complessivamente 306 centri psico-socio-sanitari italiani, portoghesi e greci (la Spagna ha partecipato allo studio con l'attivazione di un Focus Group) e forniscono informazioni aggiornate relative ai servizi pub-

Tabella 3 - Distribuzione percentuale dei quesiti per argomento negli utenti stranieri

Argomenti	%
Test	25,0
Trasmissione	24,1
Psicosociale	15,6
Centri	11,6
Disinformazione	7,6
Prevenzione	6,7
Sintomi	2,9
Virus	2,4
Terapia	2,1
Generale	1,5
Ricerca	0,3
Diffusione	0,1
Malattie sessualmente trasmesse	0,1
Istituzioni	0,0
Trend	0,0



blici presenti sul territorio nazionale dei Paesi partner. Dai risultati ottenuti (in via di pubblicazione e disponibili in futuro sul sito web dell'ISS) emerge la necessità di inserire, nelle strutture psico-socio-sanitarie che si rivolgono ai cittadini stranieri, la figura del mediatore linguistico-culturale, opportunamen-

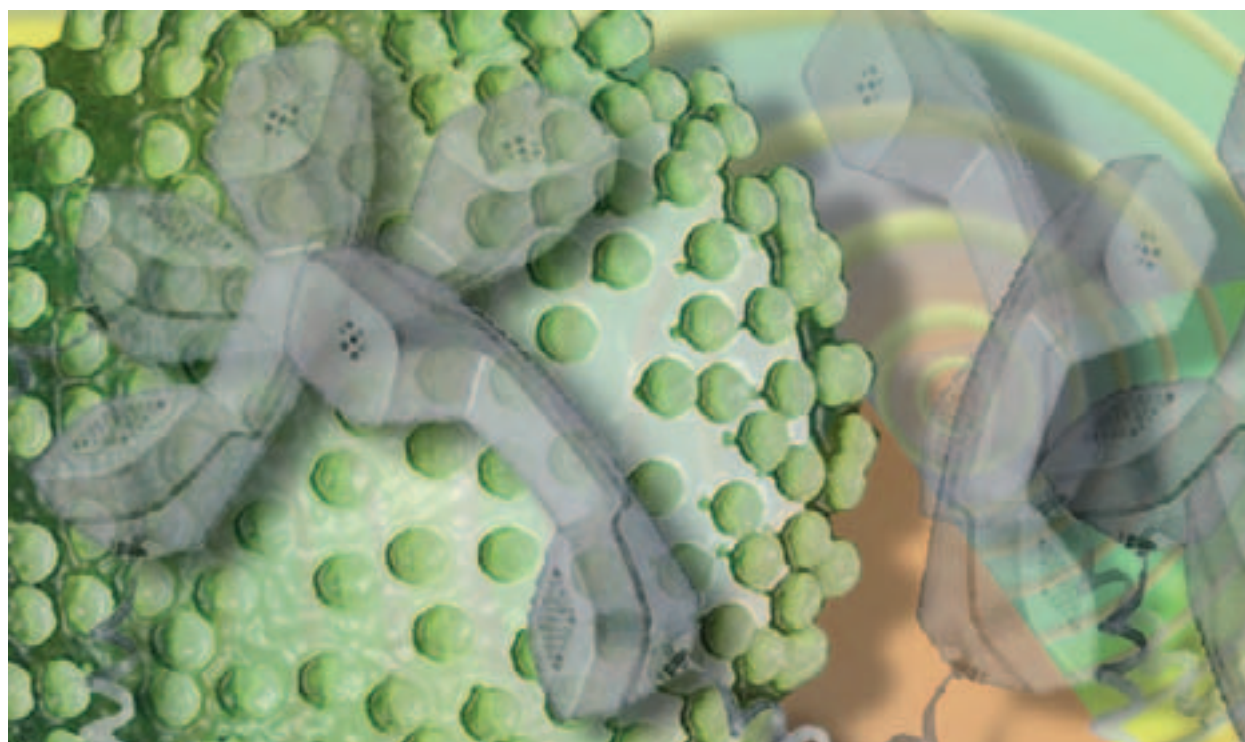
te formato, e di creare una rete di collegamento tra le strutture che si occupano di assistenza alle popolazioni mobili.

I risultati ottenuti potranno favorire la promozione di progetti focalizzati sulle specifiche caratteristiche delle popolazioni migranti presenti nell'area mediterranea,

tenendo conto delle risorse e dell'offerta assistenziale disponibili sul territorio.

- Il progetto nazionale "Creazione di una rete nazionale tra le strutture psico-socio-sanitarie non governative che si occupano delle popolazioni migranti con problematiche relative all'infezione da HIV e alle MST" ha l'obiettivo di fornire un quadro aggiornato dell'effettiva situazione esistente nel nostro Paese relativamente alle organizzazioni non governative e alle associazioni di volontariato che si occupano di AIDS e malattie sessualmente trasmesse (MST). Ciò al fine di favorire la collaborazione tra servizi e facilitare l'accesso alle strutture da parte dei cittadini stranieri.

- Il progetto nazionale "Arianna - studio pilota per la realizzazione di una rete multicentrica di formazione per operatori e mediatori linguistico-culturali, da utilizzare nell'informazione e nella prevenzione dell'infezione da HIV/MST rivolta a gruppi di immigrati a rischio di esclusione dall'accesso ai servizi psico-socio-sanitari: immigrati clandestini ed irregolari, prostitute straniere e tossicodipendenti" ha l'obiettivo di offrire ai mediatori linguistico-



culturali e agli operatori impegnati in centri psico-socio-sanitari, che si rivolgono agli stranieri, una formazione specifica sulle modalità di comunicazione e sul counselling *vis à vis* e telefonico relativo alla prevenzione e alla cura dell'infezione da HIV/AIDS e delle MST.

- “Valutazione della personalità e modalità dei comportamenti a rischio in un campione di studenti: sperimentazione di metodi di counselling integrato. Un'indagine pilota”. Lo studio, svolto in collaborazione con la cattedra di Psicodinamica dello sviluppo e delle relazioni familiari della facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, ha lo scopo di sperimentare e promuovere un programma di educazione sanitaria per prevenire comportamenti a rischio nella popolazione giovanile. Un ulteriore obiettivo della ricerca è quello di verificare, attraverso la somministrazione di un test di personalità, l'esistenza di tratti che possano ostacolare o impedire la modifica del comportamento a rischio.

- “Studio di accettabilità di un vaccino contro l'HIV (SAV-HIV)” avviato a settembre 2001 allo scopo di verificare la disponibilità, da parte della popolazione generale, a partecipare alla sperimentazione del vaccino contro l'HIV e/o a sottoporsi a tale vaccinazione qualora fosse disponibile. Un questionario vie-



ne somministrato durante l'intervento di counselling telefonico agli utenti disponibili, selezionati in modo random. Tale questionario è suddiviso in tre sezioni: la prima indaga le conoscenze degli utenti sul vaccino in genere e su quello per HIV in particolare; la seconda approfondisce le motivazioni personali a una eventuale partecipazione a un trial vaccinale; l'ultima parte indaga sulla disponibilità a sottoporsi, qualora fosse possibile, a un vaccino.

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE AL COUNSELLING

Alcuni ricercatori del TVA sono impegnati in corsi di formazione teorico-pratici sul counselling *vis à*

vis e telefonico rivolti a operatori con professionalità differenziate che lavorano in diversi ambiti e in molteplici contesti.

I corsi, della durata di 4-5 giorni, si svolgono attraverso una formazione d'aula che prevede, accanto a una didattica informativo-ricettiva basata su lezioni e letture-studio, anche e soprattutto esperienze didattiche attive: esercitazioni svolte in piccoli gruppi accompagnate da osservazioni e valutazioni di comportamenti in *role playing* analogici.

Il percorso formativo consente un approfondimento dei contenuti teorici oggetto del corso, un affinamento e un perfezionamento delle qualità e delle abilità proprie della





relazione di aiuto professionale, nonché l'apprendimento della tecnica del counselling per rendere operative qualità e abilità (3).

ATTIVITÀ SEMINARIALE DI EDUCAZIONE SANITARIA PER I GIOVANI

Nell'ambito delle visite guidate organizzate ogni anno dalla Segreteria per le Attività Culturali dell'ISS per studenti di scuole medie inferiori e superiori, alcuni componenti dell'équipe del TVA svolgono, dal 1996, seminari di educazione sanitaria che hanno lo scopo di informare i giovani sulle tematiche relative all'infezione da HIV e all'AIDS (7). A tali incontri, della durata di circa due ore, hanno partecipato, nel corso di questi anni, circa 2000 studenti, di differenti indirizzi scolastici e provenienti da varie aree geografiche d'Italia. Tale attività è suddivisa in due parti: nella prima parte sono forniti dati epidemiologici sull'infezione da HIV e sull'AIDS nel mondo e in Italia e sono affrontate tematiche legate all'attività del TVA; nella seconda parte, con l'aiuto di diapositive esplicative sulla prevenzione dell'infezione da HIV e dell'AIDS, predisposte per i giovani dal Ministero della Salute nell'ambito delle campagne in-

formative nazionali e integrate da ulteriori lucidi, vengono chiariti dubbi e perplessità riguardanti in particolare le modalità di trasmissione del virus HIV, gli accertamenti diagnostici, i nuovi progressi terapeutici e la prevenzione. Ciò con l'obiettivo di sensibilizzare gli studenti a considerare la salute un bene primario e insostituibile da difendere e potenziare.

CONCLUSIONI

L'epidemia da HIV ha richiesto, fin dal suo esordio, un notevole investimento di risorse e la messa a punto di metodi di intervento in grado di migliorare la qualità dei messaggi informativi e la loro capacità di raggiungere tutte le fasce della popolazione. È in questo ambito che si colloca il TVA che, oltre a svolgere quotidianamente un'attività di counselling telefonico, è anche impegnato nella ricerca, nella formazione degli operatori e nell'educazione alla salute rivolta agli studenti che ogni anno visitano l'ISS.

Riferimenti bibliografici

1. UNAIDS. AIDS epidemic update. December 2001, Geneva.
2. Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia al 30 giugno 2001. *Not Ist Super Sanità* 2001; 14(10 Suppl. 1): 1-12.
3. De Mei B, Luzi AM, Gallo P. *Ann Ist Super Sanità* 1998; 34(4): 529-39.
4. Luzi AM, Di Pietro R, Gallo P, et al. Un modello di help-line nazionale: l'esperienza del Telefono Verde AIDS. In: *Il counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*. Milano: Bellotti-Bellani, Mc Graw Hill; 1997. p. 495-502.
5. Luzi AM, De Mei B, Gallo P. Il counselling integrato telefonico: l'esperienza del Telefono Verde AIDS dell'ISS. A cura di Bravi E, Serpelloni G. *HIV e Counselling. Manuale per operatori*. Verona: La Grafica; 1999. p. 169-77.
6. Camoni L, Colucci A, Covre P, et al. *Ann Ist Super Sanità* 2000; 36(4): 479-90.
7. Camoni L, Gallo P, Luzi A, et al. Un servizio di counselling telefonico per i giovani: il Telefono Verde AIDS (800-861061). Seminario "Recenti tematiche in medicina. IX settimana della cultura scientifica". Roma. 1999. p. 39-45.

In brief

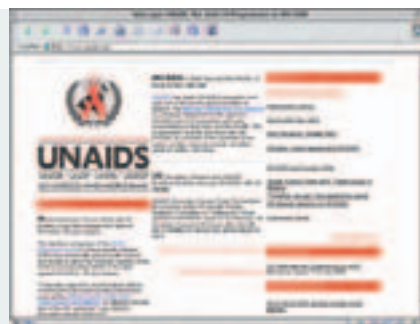
HIV and AIDS prevention. The Italian AIDS Help-line

To carry on effective interventions of HIV prevention it is necessary that the whole population get on updated and personalized scientific information. To reach this objective the Italian AIDS Help-line (TVA) of the Italian National Institute for Health is carrying on telephone counselling training and health education for students, for almost 15 years.



www.unaids.org

È il sito della sezione delle Nazioni Unite che si occupa dell'infezione da HIV/AIDS. Ogni anno pubblica un rapporto sull'andamento dell'epidemia in tutti i continenti. Particolare attenzione merita il database bibliografico UNAIDS, ricco di pubblicazioni in tema di HIV/AIDS disponibili online in formato doc, PDF e html.



www.cdc.gov/hiv/dhap.htm

Si tratta della Divisione per la prevenzione dell'infezione da HIV e delle malattie sessualmente trasmesse dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta. Il sito riporta una interessante revisione (a novembre 2001) delle linee guida per il counselling sull'HIV e le raccomandazioni per lo screening dell'HIV nelle donne in gravidanza.



www.aidsmobility.org

È il sito del Progetto "AIDS & Mobility" che, coordinato dal Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention, dal 1991 ha l'obiettivo di monitorare lo stato di salute delle persone migranti nei Paesi dell'Unione Europea con particolare attenzione alle malattie sessualmente trasmesse e all'infezione da HIV.



www.anlaids.it

È il sito dell'Associazione nazionale per la lotta contro l'AIDS. L'Associazione, sorta nel 1985, promuove studi e ricerche sull'AIDS attraverso bandi per borse di studio e premi scientifici. Svolge campagne di prevenzione e di educazione alla salute con la pubblicazione e la diffusione di materiale informativo.



www.sanita.it/aids/documenti/indice.htm

Dal sito del Ministero della Salute è accessibile una importante selezione di documenti preziosi per chi, ai vari livelli, si occupa del problema AIDS: ricercatori, operatori, insegnanti, grande pubblico, e in particolare i giovani, che potranno sfidarsi al gioco dell'AIDS, divertendosi e imparando... Molto interessanti e utili anche le FAQ: semplici domande e risposte più frequenti sull'AIDS.





Editoriale

William B. Baine

*Center for Outcomes
and Effectiveness Research,
Agency for Healthcare Research
and Quality, Rockville, Maryland, USA*

Pur non avendo una formazione epidemiologica, Virgilio è riuscito a esprimere il fine ultimo del lavoro dell'epidemiologo: "Felix qui potuit rerum cognoscere causas" (1). Per l'epidemiologo il talismano di questa felicità si trova nella metodologia quantitativa applicata a dati di alto valore qualitativo. Le osservazioni qui riportate da Battistella e Carlini a Treviso e da de Campora e colleghi in Campania dimostrano come l'epidemiologo può far tesoro di dati raccolti a scopo amministrativo. Uno dei massimi esponenti nel campo della valutazione dei servizi sanitari, John Eisenberg, ha osservato che "la ricerca epidemiologica costituisce il basamento di roccia della ricerca sui servizi sanitari" (2).

Oltre alla parola stessa "epidemia", dobbiamo alla scuola di Ippocrate due preziose intuizioni che consentono di arrivare a definire la causa delle malattie. Innanzitutto, invece di ricorrere a preconcetti, è necessario partire dall'osservazione scrupolosa di tutti i sintomi del malato, dall'andamento naturale del processo morboso e dagli effetti di eventuali interventi terapeutici. La seconda intuizione è relativa all'osservazione che le malattie variano non solo per le differenti manifestazioni nei singoli individui, ma anche per il diverso comportamento e per la diffusione nelle popolazioni. La diversità della distribuzione dei servizi sanitari tra gruppi di popolazione richiede analisi approfondite. A Treviso si nota che l'aumento delle spese *pro capite* nelle classi più anziane della popolazione è più marcato fra i maschi rispetto alle femmine. Tale discrepanza è forse

conseguenza di processi prevenibili fra i maschi? Si potrebbe forse ipotizzare un'assistenza carente per le donne o superflua per i maschi?

In gran parte l'epidemiologia clinica parte dalla dimostrazione che alcune differenze geografiche nella prestazione di interventi chirurgici e di altre misure diagnostiche e terapeutiche non sono apparentemente motivate da esigenze sanitarie. In Campania si riscontra una variabilità notevole tra i residenti nelle diverse province per quel che riguarda i ricoveri in reparti cardiocirurgici attribuibili ai DRG (Diagnosis Related Groups) più caratteristici, nonché una tendenza a subire gli interventi specialistici al di fuori della regione.

Così l'epidemiologo resta impegnato ad applicare le intuizioni ipocratiche per conoscere le cause dei disturbi di struttura e funzione non solo dei pazienti, ma anche degli stessi sistemi sanitari.

Riferimenti bibliografici

1. Virgilio. *Georgiche*, II, 489.
2. Eisenberg J. *Ann Epidemiol* 1998; 8: 283-5.

Studi dal territorio

INVECCHIAMENTO E COSTI SANITARI A TREVISO (1999-2000)

**Giuseppe Battistella
e Antonio Carlini**

*Osservatorio Epidemiologico
Aziendale, Azienda ULSS 9, Treviso*

L'aumento di numerosità delle classi più anziane della popolazione sta determinando un costante incremento della domanda di prestazioni sanitarie e dei relativi costi pubblici (1). A Treviso, dove il 16,9% della popolazione ha più di 65 anni, è stato descritto tale fenomeno e sono stati analizzati i

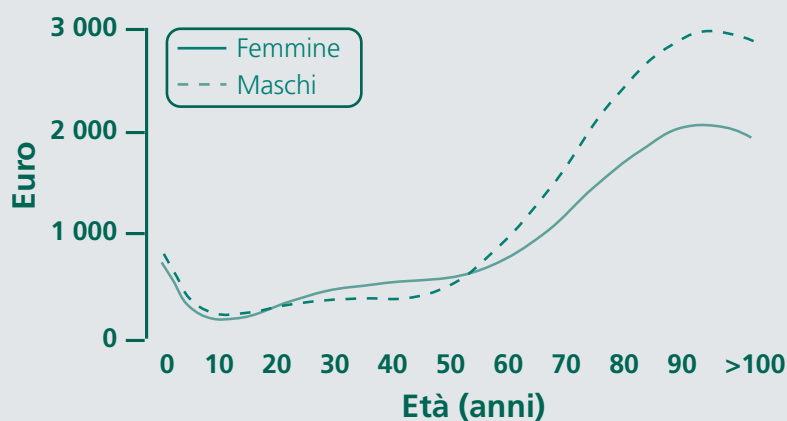
problemi di salute che determinano l'aumento dei consumi sanitari.

L'analisi è stata basata sui dati contenuti negli archivi informatizzati correnti dell'Azienda ULSS 9 di Treviso (popolazione di 362 000 abitanti). Sono state collegate a ogni individuo le informazioni sui consumi sanitari tramite il metodo del *data linkage*, ricorrendo, come identificatore unico, al codice sanitario individuale.

Gli archivi utilizzati sono stati quelli dei presidi e delle strutture delle aziende sanitarie, delle strutture private convenzionate, delle strutture di altre ASL venete e di altre regioni, relativi al biennio 1999-2000. A ciascun individuo sono stati associati i dati dei ricoveri ospedalieri ordinari e in day hospital (è stato collegato all'anagrafe il 99% dei record per il 2000), della farmaceutica territoriale (con il collegamento all'anagrafe del 93,8% dei record per il 2000), della specialistica ambulatoriale (il 92,6% dei record è stato collegato all'anagrafe relativamente al 2000). Sono stati, inoltre, effettuati diversi controlli di qualità dei dati.

I costi relativi ai ricoveri ordinari e in day hospital e alle prestazioni specialistiche sono stati calcolati in base alle tariffe risultanti dalle singole schede di dimissione ospedaliera e di prestazioni specialistiche; per quanto riguarda il costo dei farmaci sono stati utilizzati i corrispettivi pagati dalla ASL per ogni ricetta a carico del Servizio Sanitario Nazionale. In questo studio i costi della farmaceutica territoriale e della specialistica ambulatoriale presentati sono al lordo dei ticket.

Nel biennio 1999-2000, i costi *pro capite* sono stati pari a Euro 405 nella classe d'età < 65 anni ed Euro 1 681 nei soggetti con età ≥ 65. L'andamento dei costi *pro capite* per intervalli d'età e sesso è rappresentato nella Figura.



Le curve sono rappresentazioni grafiche di equazioni polinomiali

Figura - Consumi sanitari annui *pro capite* a carico della ULSS 9 di Treviso per i propri residenti: valori tariffari di ricoveri, prestazioni specialistiche e spesa farmaceutica (1999-2000)

Dopo il primo anno di vita, i costi rimangono bassi durante l'infanzia e l'adolescenza. Per i maschi, la spesa rimane relativamente bassa fino ai 50 anni d'età, dopo i quali incomincia a crescere rapidamente. Per le donne tra i 20 e i 50 anni, i costi sono più alti rispetto agli uomini, ma dopo i 50 sono generalmente più bassi. I costi *pro capite* medi per tipologia e classe d'età sono riportati nella Tabella 1. Tra gli anziani, il gruppo con i costi più alti, il 60% di tali costi è dovuto ai ricoveri ospedalieri ordinari. L'incremento dei costi associato all'età

può essere dovuto all'aumento di frequenza delle patologie e/o all'aumento dei costi dei trattamenti per patologia specifica (2). La Tabella 2 riporta la prevalenza di due importanti patologie (diabete e neoplasie) e le relative spese. La prevalenza di entrambe le malattie aumenta con l'età, di conseguenza cresce anche la percentuale sulla spesa. Ma, mentre i costi *pro capite* per il diabete aumentano con l'età, quelli per malattie neoplastiche restano sostanzialmente stabili (a parte la classe d'età 0-14 anni). I diabetici e i soggetti con neopla-

sie, pur essendo relativamente pochi, determinano un'importante quota della spesa complessiva (2).

La riduzione dei costi richiederà maggior impegno nella prevenzione primaria e secondaria. Ad esempio, per il diabete, recenti studi hanno suggerito che lo screening per l'intolleranza al glucosio e la promozione dell'attività fisica possono avere importanti effetti sull'incidenza del diabete tipo 2, la forma più comunemente osservata negli adulti (3), e che la prevenzione secondaria, tramite valutazioni periodiche, può prevenire l'insorgenza di costose complicanze (4).

Il commento

Roberto Zanola

Università del Piemonte orientale "A. Avogadro", CHER - Centre for Health Economics Research - Dipartimento di Politiche Pubbliche e Scelte Collettive

L'articolo è riconducibile a quel filone della letteratura che da tempo tenta di stimare l'incidenza dell'invecchiamento sui costi sanitari. Al momento, tale dibattito risulta ancora aperto. Infatti, se da una parte esiste una ricca produzione scientifica che conferma l'incidenza positiva sui costi sanitari prodotti da una popolazione che invecchia (5, 6), dall'altra alcuni autori (7, 8) ritengono che l'invecchiamento della popolazione abbia un ruolo meno rilevante di quanto non possa essere ipotizzato a priori. L'articolo in questione, utilizzando i dati degli archivi informatizzati dell'Azienda ULSS 9 di Treviso, contribuisce a tale dibattito, collocandosi a metà strada tra le due posizioni. Infatti, l'aumento di numerosità delle classi più anziane della popolazione sta determinando un costante incremento della domanda di prestazioni sanitarie e dei relativi costi pubblici. Tuttavia, un maggior grado di discriminazione consente di

Tabella 1 - Costi *pro capite* per tipo di consumo sanitario e classi di età (ULSS Treviso, 1999-2000)

Tipo di costi	Classi d'età (anni)							
	0-14		15-44		45-64		65+	
	Euro	%	Euro	%	Euro	%	Euro	%
Ricoveri ordinari	164	64,4	145	47,2	307	47	1 001	59,6
Ricoveri in day hospital	20	7,9	27	8,8	49	7,5	79	4,7
Specialistica ambulatoriale	41	15,9	92	29,9	156	23,9	251	14,9
Farmaceutica territoriale	30	11,7	43	14,1	141	21,5	350	20,8
Totale	255	100	307	100	653	100	1 681	100

Tabella 2 - Prevalenza di pazienti diabetici e neoplastici, percentuale della spesa totale attribuibile a questi pazienti e spesa *pro capite* (ULSS Treviso 9, 1999-2000)

	Diabetici				Neoplastici			
	Classi d'età (anni)				Classi d'età (anni)			
	0-14	15-44	45-64	65+	0-14	15-44	45-64	65+
Prevalenza (%) malattia	0,1	0,5	3,6	7,1	0,1	0,7	4,4	8,7
Percentuale sulla spesa	0,3	1,9	8,5	12,0	5,4	6,1	17,8	15,1
Spesa <i>pro capite</i> (€)	1 075	1 208	1 553	2 853	13 738	2 620	2 625	2 941

imputare ai ricoveri ordinari i maggiori costi legati all'età avanzata, sia per valore assoluto sia per tasso d'incremento.

La validità delle conclusioni evidenziate deve, tuttavia, essere messa in relazione alla specificità dell'area oggetto di analisi. A questo proposito, sarebbe necessario porre in relazione il campione analizzato con uno nazionale al fine di capire la specificità dell'analisi proposta. In alternativa, risulterebbe interessante e utile al fine di generalizzare i risultati del lavoro, riprodurre lo stesso tipo di analisi in altre realtà selezionate sul territorio nazionale. Si suggerisce, infine, l'eventualità di applicare l'analisi econometrica (6) al fine di migliorare il contenuto metodologico del lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Ministero del Tesoro - Ispettorato generale per la spesa sociale. Temi di finanza pubblica e protezione sociale. Quaderno 1999; 1.
2. Garber A, MaCurdy T, McClellan M. *Frontiers in Health Policy Research*. Cambridge: MIT Press; 1998. vol.1.
3. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. *N Engl J Med* 2002; 346 (6): 393-403.
4. Lucioni C, Garancini MP, Massi-Benedetti M, et al. *PharmacoEcon, Ital Res Artic* 2000; 2 (1): 1-21.
5. Karatzas G. *Applied Economics* 2000; 39(2): 1085-99.
6. Salas C, Raftery JP. *Health Econ* 2001; 10(7): 669-71.
7. Dirindin N. *Rivista Scienza Finanze e Diritto Finanziario* 1994; 4: 558-71.
8. Zweifel P, Felder S, Meiers M. *Health Economics* 1999; 8(6): 485-96.

Studi dal territorio

SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA: SONO UNO STRUMENTO UTILE PER DEFINIRE I FABBISOGNI ?

**Enrico de Campora¹,
Renato Pizzuti¹, Sergio Lodato¹
e Norberto Cau²**

¹Agenzia Regionale Sanitaria della Campania, Napoli

²Assessorato alla Sanità, Regione Campania, Napoli

Nel 1999, circa 9 200 residenti nella regione Campania sono stati ricoverati in altre regioni per malattie cardiovascolari. Di questi, cir-

ca il 37% ha subito un intervento cardiocirurgico.

L'importo complessivo della compensazione di questi ricoveri equivaleva, nel 1999, al 20% dell'intera compensazione interregionale. Nel 2000, c'è stato un ulteriore incremento del 3% nell'emigrazione per malattie cardiovascolari e l'importo del rimborso alle altre regioni ha raggiunto i 46 milioni di Euro (89 miliardi di lire), pari a circa il 17% dell'intera compensazione. Quasi il 70% di questa somma è imputabile a interventi di chirurgia cardiovascolare.

Nel 2001, la Giunta Regionale della Campania ha fornito i "primi indirizzi alle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere per il raggiungimento dell'obiettivo di una graduale inversione di tendenza" (1), il cui primo obiettivo era quello di valutare la capacità operativa complessiva delle divisioni di cardiocirurgia esistenti e di promuoverne l'utilizzo ottimale. Questo studio presenta dati inerenti tale obiettivo.

L'analisi è stata condotta sull'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) della regione Campania (2). Se non altrimenti specificato, è stato analizzato il quinquennio 1996-2000, relativamente ai residenti in Campania ricoverati nella regione o in altre regioni. I dati relativi ai posti letto e agli indicatori di attività delle divisioni campane di cardiocirurgia riguardano il 1999. L'aggiornamento dell'archivio SDO è al 26 novembre 2001.

I dati dei ricoveri in Italia, ripresi dal sito web del Ministero della Salute, sono relativi agli anni 1996-99 (3), per cui il confronto tra i dati campani e quelli nazionali è stato ristretto agli anni 1996-99. Le popolazioni utilizzate per il calcolo dei tassi sono quelle pubblicate dall'ISTAT relativamente all'anno 1998, anno centrale del quinquennio considerato.

Allo scopo di definire un ideale *case mix* per la cardiocirurgia, composto dai casi che dovrebbero essere trattati nei reparti di cardiocirurgia, e di poter valutare la funzione dei reparti attualmente esistenti in Campania, è stata identificata una serie di DRG (Diagnosis Related

Groups) specifici per la cardiocirurgia. Questi DRG sono stati definiti come quelli per cui il ricovero è stato effettuato, nel corso dei cinque anni, per almeno il 50% in una divisione di cardiocirurgia.

Sette DRG sono stati così definiti come specifici per la cardiocirurgia: 103-108 e 115 (trapianto cardiaco, bypass aortocoronarico con o senza cateterismo cardiaco, interventi sulla valvole cardiache con o senza cateterismo, altri interventi sul cuore, impianto di pacemaker cardiaco permanente con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock). Per i primi 6 DRG, l'85% o più dei pazienti era ricoverato in reparti di cardiocirurgia; per il settimo la percentuale era pari al 59%.

Per i 7 DRG inclusi nel *case mix* ideale, sono stati confrontati i trend del tasso di ospedalizzazione per 1 000 residenti in Campania e nel resto delle regioni italiane. Poiché più della metà delle diagnosi di dimissione nel *case mix* è imputabile al bypass aortocoronarico (DRG 106-107), i trend per questo intervento sono stati presi in esame separatamente. C'è stato un costante incremento nei ricoveri per DRG specifici per cardiocirurgia in Campania (da 0,54 a 0,79 per 1 000 residenti), come nel resto d'Italia, dove i tassi sono aumentati (da 0,63 a 0,86 per 1 000 residenti). In Campania, il tasso per bypass è aumentato da 0,31 a 0,44 per 1 000 residenti, mentre in Italia il tasso è aumentato da 0,35 a 0,47.

Per verificare se i ricoveri extra-regionali potessero essere attribuiti alla carenza di posti letto, è stato calcolato il tasso d'utilizzo dei posti letto di cardiocirurgia per i diversi bacini d'utenza, su dati relativi al 1999. Il tasso è stato ovunque superiore al 70%; quello medio campano è stato pari al 98%, quasi il limite della capacità totale (Tabella). Tuttavia, il tasso di utilizzo è diminuito in modo rilevante quando sono stati considerati solo i DRG inclusi nel *case mix* ideale, soprattutto laddove i posti letto sono soltanto in istituti privati accreditati.

È interessante notare l'esistenza di una correlazione negativa ($R = -0,8$) tra tasso di fuga in

Tabella - Distribuzione dei posti letto di cardiocirurgia e alcuni dati di attività per bacino d'utenza (1999)

Bacino d'utenza	Posti letto			Tasso di utilizzo dei posti letto		Tasso di fuga per bypass ^c	
	Totale	Ricoveri pubblici %	Giorni di degenza (media)	Peso medio ^a	Totale Specifico ^b		
Avellino-Benevento	20	0	8,6	5,343	79,3	64,8	0,208
Caserta	36	0	5,5	2,345	71,2	30,7	0,180
Napoli	105	76,2	8,3	3,525	104,2	62,8	0,122
Salerno	20	100	14,6	4,980	129,4	113,1	0,065
Campania	181	55,2	8,2	3,547	97,7	62,2	0,131

(a) Sommatoria dei pesi DRG ex DM 30.06.97/ n. dimessi ordinari acuti

(b) Per i DRG da 103 a 108 e 115

(c) n. di ricoveri in altre regioni per DRG 106 e 107/popolazione residente per 1 000 abitanti

altre regioni per bypass aortocoronario e tasso di utilizzo calcolato esclusivamente sulla degenza per DRG specifici. Ad esempio, nel bacino d'utenza di Salerno, dove il tasso di utilizzo dei posti letto DRG specifico resta alto, il tasso di fuga in altre regioni è il minore della Campania, mentre nei bacini di Avellino, Benevento e Caserta la situazione risulta inversa. Ciò potrebbe significare che dove esistono grandi volumi operatori specialistici, i tassi di fuga sono minori.

La Tabella mostra, inoltre, che i posti letto di cardiocirurgia del bacino di Caserta non risultano adeguatamente utilizzati, in riferimento ai dati di degenza media, peso e tasso d'utilizzo specifico rispetto ai fabbisogni considerati.

I DRG specifici per cardiocirurgia possono essere usati anche per stimare il fabbisogno complessivo di ricoveri o di giorni di degenza, per i residenti nel bacino di utenza, ovunque essi siano stati ricoverati. Il fabbisogno così calcolato può essere confrontato con i ricoveri o con i giorni DRG specifici erogati nel bacino stesso, al fine di stimare la percentuale di fabbisogno che viene soddisfatta.

Nel caso preso in considerazione, la copertura del fabbisogno di assistenza ospedaliera per i 7 DRG varia dal 45% per il bacino di Caserta al 75% per quello di Napoli.

Sebbene sia possibile identificare le aree di bisogno non soddisfatto, non è possibile determinare se ciò sia dovuto a mancanza di posti letto oppure a scarso numero di interventi eseguiti. Per questo motivo, è uti-

le esaminare (assumendo una buona appropriatezza delle prestazioni) come sono utilizzati i posti letto. La specificità dell'attività dei reparti di cardiocirurgia, misurata in termini di giorni di degenza per DRG specifici per cardiocirurgia diviso il totale dei giorni di degenza nello stesso reparto, varia dal 43% nell'area di Caserta all'87% nell'area di Salerno.

Il commento

Donato Greco

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS

L'articolo di de Campora è collocabile nel filone degli studi di ricerca operativa sui servizi che possono essere utili a rendere il percorso della programmazione sanitaria trasparente, esplicito e riproducibile - in altre parole criticabile e valutabile - partendo dall'individuazione dei fabbisogni. Il lavoro campano tocca ancora una volta la piaga della migrazione sanitaria e conferma la relazione tra quantità dell'attività chirurgica e migrazione, sollevando una serie di interessanti questioni metodologiche. La prima è relativa alla messa a punto di un case mix ideale. Oltre i 7 DRG evidenziati in questo studio per l'analisi, anche per altre diagnosi è necessario talvolta il ricovero in reparti di cardiocirurgia; bisognerebbe tener conto anche di queste condizioni nel calcolare i fabbisogni. Una seconda questione metodologica riguarda la difficoltà di confrontare i reparti per la differente severità delle malattie trattate. A causa di queste differenze, c'è l'esigenza di integrare il sistema di classificazione DRG con altri sistemi che considerino anche la severità della

malattia. Un'ulteriore questione è relativa al concetto di bacino d'utenza e di numero minimo di interventi ritenuti necessari per mantenere la competenza tecnica del reparto (4), un argomento di considerevole interesse e studio anche in altri Paesi. Infine, nessuna delle misure prese in esame in questo studio tiene conto della qualità e dell'efficacia dei servizi, elementi importanti da considerare quando si valuta la distribuzione dell'offerta dei servizi sanitari.

C'è da considerare, inoltre, che la valutazione dell'utilizzo dei servizi risulta incompleta se non è accompagnata dalla valutazione dell'efficacia degli stessi. Questa è la strada che sta percorrendo l'Istituto Superiore di Sanità, grazie anche ad alcune iniziative di studio sugli esiti come "Studio pilota sugli esiti da intervento di bypass aortocoronario" fortemente voluto dal Ministero della Salute e che prenderà il via in questi giorni.

Riferimenti bibliografici

1. DGR della Campania n. 4183 del 14.09.01, BURC n. 52 del 8.10.01 p. 294.
2. Archivio SDO, Agenzia Regionale Sanitaria, Regione Campania.
3. www.sanita.it/sdo/dati/datiind.htm
4. www.hcfa.gov/research/mpqsdem.htm

**Donato Greco,
Nancy Binkin, Paolo D'Argenio,
Paola De Castro, Carla Faralli**

Comitato editoriale BEN

Full English version is available at:
www.ben.iss.it
e-Mail: ben@iss.it

Progetto italiano sull'epidemiologia della Malattia di Alzheimer (IPREA)



Emanuele Scafato

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è da anni impegnato nella conduzione di progetti di ricerca riguardanti l'invecchiamento; i principali progetti di ricerca in corso di attuazione a livello nazionale si avvalgono della collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità-Ministero della Salute e il Consiglio Nazionale delle Ricerche. I progetti "Epidemiologia dell'anziano" e "Previsione del fabbisogno sanitario dell'anziano", finalizzati al follow up longitudinale del più accreditato studio epidemiologico nazionale sull'invecchiamento (il progetto ILSA - Italian Longitudinal Study on Aging), rappresentano gli studi di riferimento e la principale fonte di informazione, di valenza europea, che hanno contribuito ad accrescere e aggiornare il livello di conoscenza tecnico-scientifica sul complesso fenomeno dell'invecchiamento e sulla reale diffusione e impatto socio-sanitario delle patologie cronico-degenerative nella popolazione italiana. L'individuazione precoce e lo studio delle demenze hanno rappresentato le aree cardine per lo sviluppo di protocolli finalizzati alla produzione di evidenze scientifiche utili al perseguimento di una migliore gestione di quella che può essere considerata una delle più importanti cause di disabilità negli anziani. Sotto il ter-

mine generico di "demenza" si è soliti raggruppare varie condizioni morbose a carattere evolutivo avverso, quale comune denominatore, un deterioramento progressivo e solitamente irreversibile

La Malattia di Alzheimer è la causa più frequente di demenza negli anziani

delle funzioni cerebrali, accompagnato da contestuale decadimento psichico e turbe del comportamento. Stime recenti indicano che circa 18 milioni di persone nel mondo sono affette da demenza. I dementi in Italia sarebbero circa 700 000, di cui 50 000 nel solo Lazio.

Sebbene negli ultimi 20 anni si sia assistito a importanti acquisizioni sul piano della ricerca scientifica e in particolare nel campo della diagnosi, la Malattia di Alzheimer (MA) pone ancora una serie di difficoltà. Tra quelle legate alla diagnosi figurano: la mancanza di elementi prognostici certi nella fase precoce, la variabilità della presentazione clinica, la non rara presentazione atipica, la possibile associazione ad altre patologie

La demenza è caratterizzata da un declino progressivo e irreversibile delle facoltà mentali

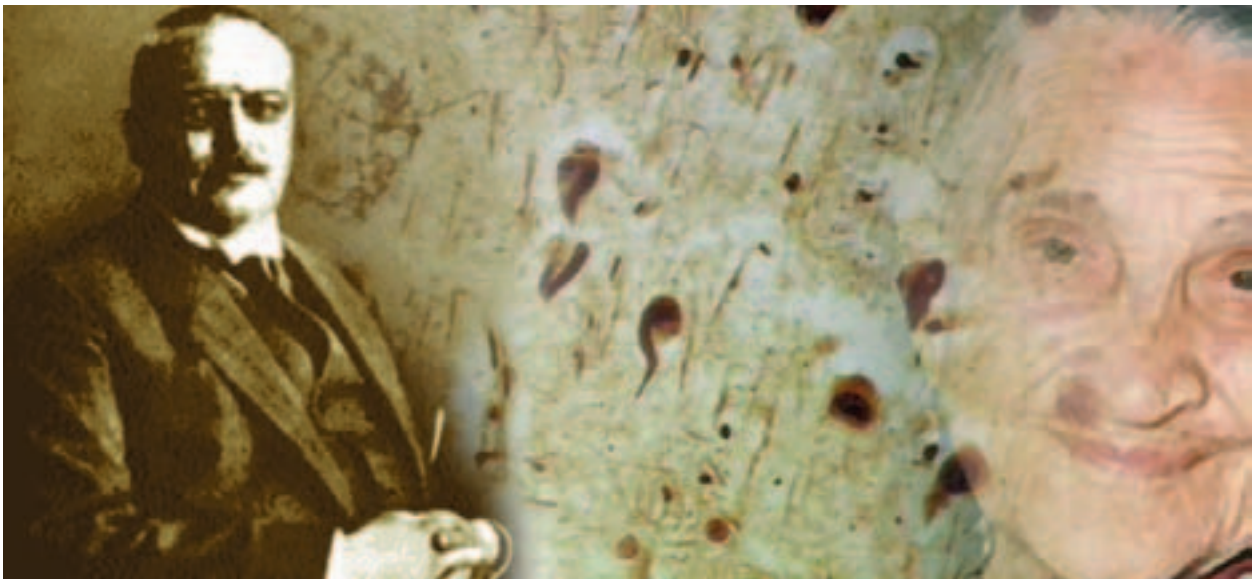
di carattere internistico, neurologico, psicologico e sociale. Pertanto, è molto sentita la necessità di criteri uniformi di valutazione del paziente da adottare nel corso di studi epidemiologici.

Per ciò che concerne i progressi nel campo del trattamento delle demenze, stando alle attuali conoscenze, in assenza di farmaci capaci di agire sull'evoluzione della malattia, le terapie prescrivibili sono di tipo sintomatologico con la finalità di migliorare, o al limite stabilizzare, i deficit cognitivi. Dal momento che le manifestazioni cliniche correlate alla malattia comprendono disturbi cognitivi e deficit comportamentali, la terapia deve essere mirata al trattamento di entrambe.

L'importanza dei disturbi comportamentali è legata al fatto che, nella maggioranza dei casi, le difficoltà di gestione del paziente demente non sono tanto in relazione al deficit cognitivo quanto alla severità dei disturbi del comportamento. Infatti, sono proprio i disturbi del comportamento che fanno progredire rapidamente la disabilità, con-

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Paola Meli e Gino Farchi

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS



ducono a una precoce istituzionalizzazione e, quindi, a un considerevole aumento dei costi.

La MA è la causa più frequente di demenza negli anziani. Lo stato preclinico, di difficile individuazione da parte del personale sanitario, ma percepito a volte dai conviventi, insorge usualmente negli individui che hanno superato i 65 anni di età.

La maggior parte delle informazioni epidemiologiche sulla malattia si riferisce soprattutto a studi di prevalenza. A livello nazionale sono stati condotti 4 studi di prevalenza che hanno dimostrato che la frequenza delle demenze è sovrapponibile a quella rilevata negli altri Paesi europei, così come vale per le principali caratteristiche epidemiologiche. La prevalenza di demenze in Italia raddoppia ogni 5 anni a partire dai 65 anni di età per stabilizzarsi nei soggetti di età superiore ai 90 anni. Dai dati disponibili a livello nazionale non si evidenziano significative disomogeneità territoriali, sebbene nel Nord Italia i tassi di prevalenza riportati sembrerebbero lievemente superiori negli anziani di età compresa tra i 70 e gli 80 anni. Tra

i fattori socio-demografici esaminati nel nostro Paese, è stata rilevata un'associazione diretta fra la malattia e il livello di istruzione, mentre per quanto riguarda il sesso, alcuni studi, ma non tutti, mostrerebbero una più alta prevalenza nelle donne nella fascia di età più avanzata. In riferimento ai tipi di demenza, anche in Italia il tipo più rappresentato è la MA (50-70%); mentre le demenze vascolari rappresentano il 20-30% dei casi prevalenti di demenza.

Nonostante le numerose ipotesi proposte, l'eziologia della MA non è stata definita con certezza. A livello epidemiologico la prevalenza e l'incidenza della MA presentano nel mondo stime variabili legate all'estrema variabilità dei test utilizzati per differenziare tale patologia dal deficit cognitivo lieve (Mild Cognitive Impairment - MCI, oggi denominato più adeguatamente Cognitive Impairment No Dementia - CIND), oltre che alla mancanza di

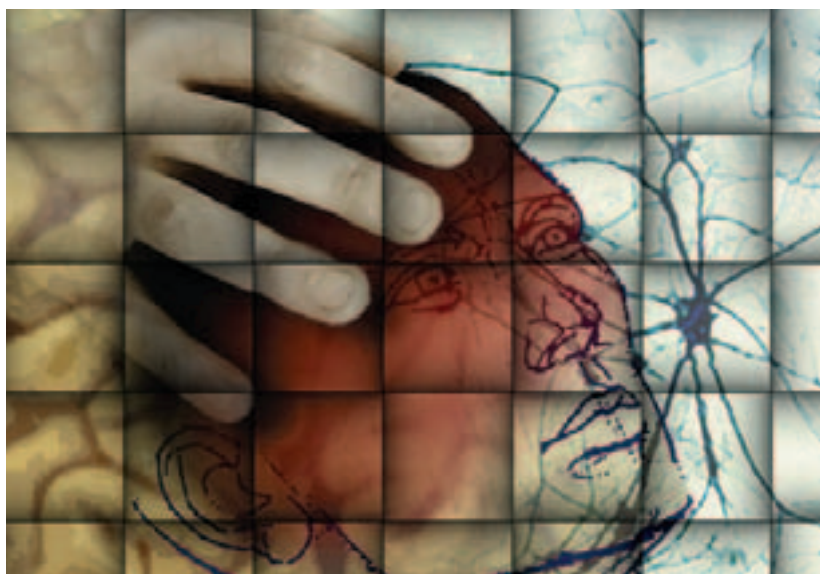
criteri uniformi di valutazione del paziente da adottare nel corso degli screening di popolazione. Le ricerche più recenti si sono concentrate sulla necessità di acquisire nuove informazioni relative alla fase preclinica in funzione della possibilità presunta di poter rallentare l'evoluzione verso la malattia conclamata.

L'identificazione di un deficit dell'attività cognitiva, rappresentato pressoché costantemente da un deficit di memoria, può agire quale sintomo sentinella frequente, ma non specifico, come dimostrato dalla storia naturale e clinica dei pazienti affetti da deficit cognitivo che non sempre evolvono verso una MA conclamata. È pertanto molto sentita l'esigenza di identificare in fase precoce, secondo criteri diagnostici comuni e attendibili, i fattori che possono modificare la transizione dalla fase preclinica verso la MA conclamata e di differenziare tale peculiare patologia rispetto alle condizioni cliniche le cui caratteristiche cognitive possono accompagnare il normale processo di invecchiamento.

L'ISS, su finanziamento del Ministero della Salute, coordina il "Progetto italiano sull'epidemiolo-

La prevalenza di demenze in Italia raddoppia ogni 5 anni a partire dai 65 anni di età

L'ISS coordina il Progetto italiano sull'epidemiologia della Malattia di Alzheimer



gia della Malattia di Alzheimer - IPREA". Il Progetto di ricerca, attivato nel 2001, si propone come obiettivo generale l'incremento delle conoscenze sulle possibili cause della MA, sulla sua tipizzazione nell'ambito delle demenze e sui fattori che possono influire sulla reversibilità dei disturbi cognitivi.

Gli esiti della ricerca sono espressamente orientati a conseguire evidenze scientifiche utili al miglioramento delle capacità diagnostiche precoci e a suggerire eventuali attività preventive e di riabilitazione finalizzate alla ottimizzazione dell'assistenza del malato di Alzheimer.

Il modello generale dello studio IPREA prevede di poter costituire una base completa di dati nazionali, inclusa una banca biologica e genetica, mettendo a frutto le esperienze sinora condotte dagli studi storici sull'anziano in Italia, completando le informazioni già acquisite, attuando un originale studio di coorte di valenza e rappresentatività nazionale da seguire nel tempo e da cui poter estrapolare adeguate stime nazionali relative alla frequenza delle demenze e della MA (prevalenza e incidenza) e sui meccanismi patogenetici che possono essere oggetto di un'azione preventiva di salute pubblica. Tali finalità del Progetto sono peraltro armonizzate rispetto alle priorità perseguite dai programmi

dell'Unione Europea e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e contribuiscono agli obiettivi specifici di programmazione sanitaria nazionale e regionale (Obiettivo IV del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000).

OBIETTIVI

Il Progetto IPREA si propone quali obiettivi principali:

- la definizione della prevalenza, eziologia, tipizzazione e fattori di rischio delle demenze e della MA in Italia;
- la definizione dell'incidenza, della comorbidità e della storia naturale (sopravvivenza, mortalità);

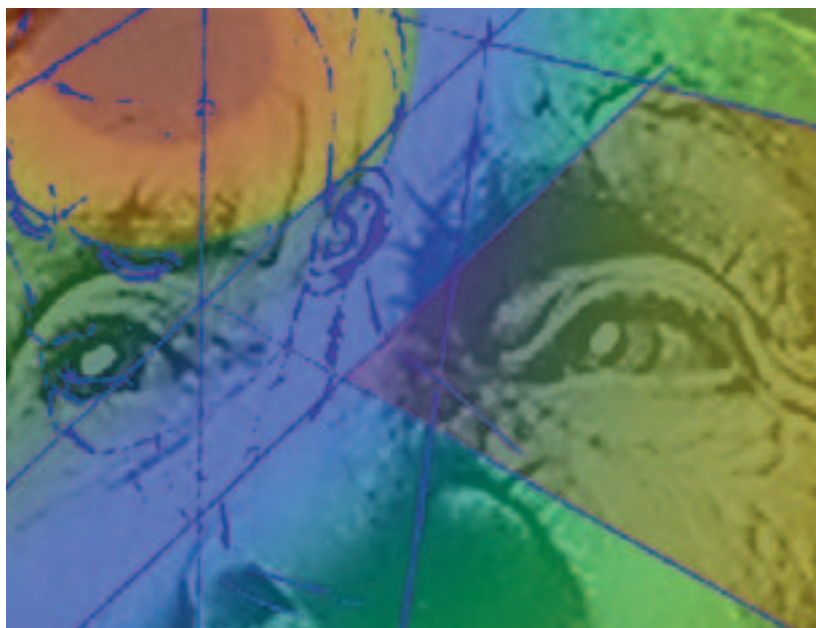
- la predittività dei marker biologici e dei test psicodiagnostici rispetto alla MA e alle modificazioni delle capacità cognitive connesse alla MA e alle demenze;
- la valutazione dei fattori influenti nella transizione dalla fase preclinica alla malattia conclamata.

Le informazioni da raccogliere, attraverso uno screening orientato alla valutazione della disabilità fisica e cognitiva e allo studio dei fattori predittivi, sono indispensabili per la successiva valutazione di possibili interventi di prevenzione della malattia.

METODOLOGIA

Dal punto di vista metodologico, lo studio, di durata triennale, prevede diverse componenti.

Nel corso del primo anno, la fase trasversale, relativa alla determinazione della prevalenza, eziologia, tipizzazione e dei fattori di rischio, consisterà nell'arruolamento di una nuova coorte di 4 800 individui di entrambi i sessi e di età compresa tra 65 e 84 anni, definibile "coorte Alzheimer", campionati dai registri anagrafici di 11 unità operative nazionali, rappresentative delle macro aree geografiche italiane. Le unità operative sono state identificate sul-



la base di una qualificata esperienza nella rilevazione di dati epidemiologici relativi all'invecchiamento. La popolazione esaminata sarà sottoposta a un approfondito screening epidemiologico che prevede, quali strumenti, l'utilizzo di un questionario strutturato, un esame fisico e neurologico, una batteria di test neurodiagnostici e, inoltre, *neuroimaging* e marcatori sierici genetici specifici in un sottocampione di popolazione risultato positivo per deficit cognitivo lieve.

La fase longitudinale sarà effettuata al terzo anno e riguarderà tutti gli individui che, alla fase trasversale, abbiano riportato una prima diagnosi di deficit cognitivo in assenza di demenza. L'incidenza, la storia naturale a breve termine del deficit cognitivo lieve in assenza di demenza, l'entità della progressione della MA dalla fase preclinica alla fase clinica e i determinanti della transizione da deficit cognitivo lieve alla fase conclamata di MA, saranno valutati, oltre che su tale coorte, su individui selezionati da alcune coorti storiche di anziani già esaminati dall'ISS e di cui già si dispone di campioni genetici e biologici conservati in una banca biologica. Ovviamente, tale sottogruppo ha quale presupposto di ingresso nella fase longitudinale del Progetto, analogamente a tutti gli individui da seguire nel follow up, la presenza di una diagnosi di deficit cognitivo in assenza di demenza. I risultati derivanti da tale studio consentiranno la definizione dei fattori preclinici influenti sulla progressione verso la MA.

Il Progetto IPREA si è dotato, attraverso un'attenta analisi e valutazione critica dei test neurodiagnostici già validati, di una serie di strumenti diagnostici di uso attuale e



prevalente, condivisa in ambito epidemiologico e clinico. Analogamente, sono state identificate le modalità validate di codifica standardizzata di lettura della *neuroimaging*.

L'Istituto ha il ruolo di garantire contatti permanenti con le diverse unità operative del progetto

Il coordinamento e il monitoraggio del Progetto avrà sede presso il Reparto Analisi Dati del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'ISS. L'Istituto ha il ruolo di garantire contatti permanenti con le diverse unità operative, avvalendosi del supporto tecnico-scientifico di collaboratori esperti, interni ed esterni all'Istituto stesso, super-

visionando le attività, assicurando un controllo di qualità e incoraggiando eventuali iniziative di sanità pubblica a livello locale. Il personale ISS, accanto al ruolo di coordinamento, attuerà il monitoraggio delle attività svolte nelle unità operative, verificando l'appropriatezza delle attività di screening, delle metodologie, delle risorse e l'adesione al protocollo. Presso l'Istituto saranno, inoltre, effettuate la raccolta e l'elaborazione dei dati, nonché le indagini di laboratorio destinate allo studio dei marcatori genetici nella MA, utilizzando il materiale della banca biologica costituita. Al termine del Progetto, l'Istituto provvederà alla diffusione a livello nazionale e internazionale dei principali risultati ottenuti.

In brief

The Italian Project on Epidemiology of Alzheimer Disease

IPREA is a multicentre community-based prospective study, designed with the main objective to improve knowledge on dementia, particularly Alzheimer Disease in Italy. It is a three year study, which includes cross sectional and longitudinal phases. The cross sectional phase will be carried out during the first year of the study to define the prevalence, the aetiology and risk factors. It will be realized by the enrolment of a cohort of 4,800 elderly subjects aged 65-84 years, stratified by 5-year age group and sex randomly extracted from the population registers of 11 municipalities distributed across Northern, Central and Southern Italy, in both urban and rural areas.

Varicella e strategie vaccinali

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 12 febbraio 2002



Stefania Salmaso

Al Workshop organizzato dal Reparto Malattie Infettive del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica hanno partecipato i rappresentanti della sanità pubblica regionale, del mondo accademico, della sanità militare, del Ministero della Salute e dei pediatri di libera scelta. Il Workshop ha costituito l'occasione per valutare l'epidemiologia della varicella in Italia in base ai dati più recenti di incidenza e sieroprevalenza, per discutere le previsioni fornite dalla modellizzazione matematica della circolazione della malattia con diversi scenari di copertura vaccinale e per avviare il dibattito sull'inclusione della vaccinazione nei programmi di sanità pubblica.

La varicella è una malattia altamente contagiosa causata dal Virus Zoster Varicella (VZV). I tassi d'attacco secondari possono raggiungere il 90% nel caso di conviventi suscettibili all'infezione. Negli adolescenti e negli adulti, il rischio di sviluppare complicanze è più elevato che nei bambini; inoltre, l'infezione contratta durante le prime 20 settimane di gravidanza comporta un rischio, dell'1-2% per il nascituro, di sviluppare la sindrome da varicella congenita. È particolarmente grave l'infezione primaria che si manifesta nella madre nel periodo peripartale (da 5 giorni prima a 2 gior-

ni dopo il parto), in quanto può portare a varicella disseminata del neonato, con una mortalità particolarmente elevata (30% dei casi). Un ulteriore gruppo a rischio per varicella severa è costituito dai soggetti con deficit dell'immunità cellulo-mediata, sia per cause iatrogene (terapia antineoplastica, immunosoppressione post-trapianto di organo o midollo osseo - soprattutto se comprende cortisonici, ma anche

Un incontro per valutare l'epidemiologia della varicella in Italia

monoterapia steroidea-sistemica e topica), sia per immunodeficienza primaria o acquisita. In questi pazienti, la varicella può assumere un decorso cronico progressivo o ricorrente con

un'alta quota di disseminazione viscerale, spesso fatale. L'infezione naturale conferisce un'immunità di lunga durata, tuttavia a seguito dell'infezione primaria il VZV resta silente nei gangli sensoriali e nel 10-20% dei casi può riattivarsi presentandosi con il quadro clinico di *herpes zoster*. Da circa tre decenni sono disponibili vaccini vivi attenuati contro l'infezione da VZV che tuttavia nel nostro Paese non sono stati finora utilizzati per programmi estesi di prevenzione, soprattutto nel timore che una vaccinazione con coperture non ottimali portasse a un innalzamento dell'età in cui si acquisisce l'infezione e quindi a un aumento dei casi a maggior rischio di complicanze. Dopo la somministrazione di una

singola dose, il 97% dei soggetti in età pediatrica ha un titolo anticorpale protettivo, mentre negli adolescenti e negli adulti percentuali di sieroconversione equivalenti si raggiungono dopo la somministrazione di una seconda dose.

In assenza di vaccinazione, lo studio dei soggetti con anticorpi contro VZV è indicativo della circolazione naturale del virus. Uno studio dell'ISS ha recentemente identificato che a 1 anno di età circa il 10% dei bambini presenta anticorpi anti varicella. La quota di soggetti con anticorpi aumenta progressivamente dal 26%, nella fascia di età 2-4 anni, al 62% in quella di 5-9 anni; successivamente si assesta a partire dai 10-14 anni su valori superiori all'82%. Nella fascia d'età 15-19 anni il 17% circa dei soggetti è ancora suscettibile, mentre nella fascia d'età 20-39 la percentuale si riduce al 7%. Questo conferma che la varicella nel nostro Paese colpisce soprattutto i bambini nella fascia d'età tra i 5 e i 9 anni. Inoltre, una quota di popolazione femminile (pari al 17,2% e al 9,2% rispettivamente nelle classi di età 15-19 e 20-39 anni) risulta priva di anticorpi specifici anti-VZV, indicando l'entità del rischio di osservare infezioni acquisite in gravidanza.

Stefania Salmaso

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS

Tra coloro che si sono già infettati l'immunità rimane elevata perché continuamente sollecitata da esposizioni naturali al virus, come confermato dall'elevato titolo anticorpale osservabile negli adulti, che aumenta all'aumentare dell'età.

C'è una variabilità geografica dell'incidenza di varicella nel mondo: la sieroprevalenza diminuisce al diminuire della latitudine. La sieroprevalenza tra adolescenti e giovani adulti nel Nord e Centro Europa è maggiore che nel Sud Europa. Il profilo di sieroprevalenza della popolazione italiana è intermedio rispetto a quello di popolazioni che vivono in Paesi a clima tropicale e a quelle che vivono in Paesi a clima temperato. In base ai dati pubblicati, in Germania e Svizzera la sieropositività raggiunge il 95% già all'età di 10-15 anni, mentre in Italia questa percentuale si raggiunge solo dopo i 30 anni. Al contrario, nei Paesi a clima tropicale a 30 anni c'è ancora una percentuale di soggetti su-

scettibili alla malattia che varia dal 10 al 40% a seconda del Paese considerato.

In Italia la varicella colpisce soprattutto i bambini tra i cinque e i nove anni

I dati di sieroprevalenza sono molto importanti per costruire modelli matematici, perché permettono di calcolare la forza dell'infezione che è uno dei parametri fondamentali da inserire nei modelli e che è funzione del numero di individui infetti per ogni fascia d'età e della probabilità di contatto tra individui di età diverse.

In Italia, negli ultimi anni, vengono notificati mediamente 100 000 casi all'anno. L'ISS ha condotto uno studio per quantificare il grado di sottotifica e ha attivato una rilevazione in ambito pediatrico, mediante una rete di pediatri sentinella (SPES) che ogni mese registrano e inviano il numero di

casi osservati. I dati vengono elaborati e pubblicati con soli due mesi di ritardo sul sito: www.spes.iss.it (Figura).

Allo stato attuale, per la mancanza di estesi interventi di prevenzione vaccinale, la varicella e la popolazione sono in uno stato di equilibrio in cui ogni anno si verificano tanti casi quanti sono i nuovi nati. La disponibilità del vaccino, che attualmente è in uso negli USA e in futuro sarà immesso sul mercato anche nella formulazione combinata con morbillo-rosolia-parotite di più facile accettabilità, induce a valutare l'opportunità di introdurre la vaccinazione anche in Italia. Negli

USA la vaccinazione per i bambini è stata introdotta nel 1995, in base a valutazioni economiche che ne hanno dimostrato un favorevole rapporto costo-beneficio a breve termine. Tuttavia, ogni realtà nazionale è diversa e studi di

Si sta valutando l'opportunità di introdurre la vaccinazione in Italia

modellizzazione condotti soprattutto in Paesi anglosassoni che hanno evidenziato effetti potenzial-

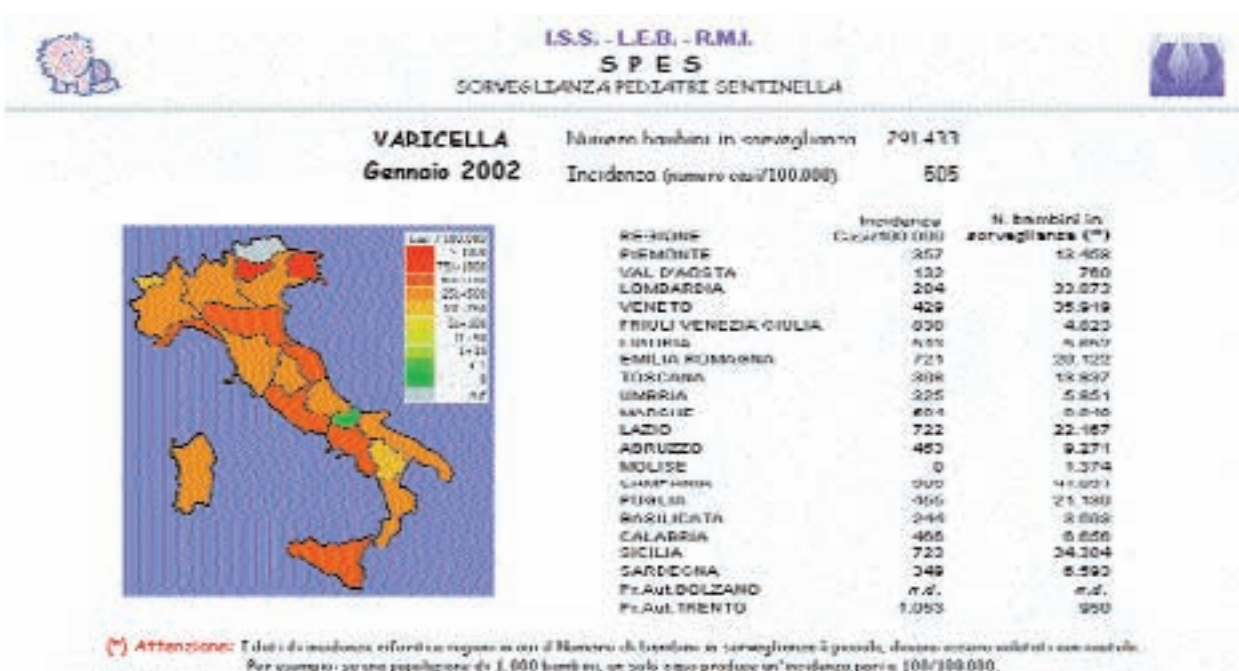


Figura - Dati regionali italiani sulla varicella (gennaio 2002) in una pagina del sito www.spes.iss.it

mente negativi a lungo termine (quali lo spostamento in avanti dell'età media di infezione) di strategie vaccinali che non raggiungano tassi di copertura vaccinale elevati. A distanza di sei anni i dati statunitensi disponibili dimostrano una buona efficacia, ma ovviamente devono essere valutati su un periodo più lungo per essere conclusivi. Infatti, variazioni di breve periodo possono essere occasionali ed è ancora troppo presto per valutare indesiderabili effetti sullo spostamento dei casi verso età adulte (dove le complicanze sarebbero più temibili) e sull'incidenza dell'*herpes zoster* negli adulti, che in assenza di esposizioni naturali, potrebbe aumentare di frequenza.

Alcune ipotesi di possibili scenari di impatto della vaccinazione anti-varicella sono state sviluppate dall'ISS in collaborazione

con l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e sono state discusse nel Workshop. In particolare, è evidente da tutte le simulazioni che il numero di casi di età superiore ai 24 anni, che attualmente rappresenta solo il 5% della casistica nazionale, è destinato ad aumentare di alcune migliaia di unità, a meno che non vengano raggiunte coperture elevatissime sia tra i nuovi nati (almeno dell'80%) che tra i dodicenni (almeno il 50%) nel giro di pochissimi anni. Nel momento in cui la vaccinazione contro la varicella verrà introdotta nei programmi nazionali, le coperture elevate nei nuovi nati non dovranno rimanere a valori sub ottimali per molto tempo come è successo per il morbillo, ma raggiungere almeno l'80% al più presto. Il vaccino combinato quadrivalente virale, ancora in via di sviluppo, ma atteso nel prossimo quinquennio, fornirà l'occasione



per innestare la vaccinazione anti-varicella nel programma di immunizzazione contro il morbillo, che per quell'epoca dovrebbe avere raggiunto coperture superiori all'80%. La vaccinazione dei

Le strategie di controllo della varicella si inseriscono in un programma nazionale di vaccinazione

dodicenni, con anamnesi negativa di varicella, ha da sola un impatto molto ridotto sull'epidemiologia dell'infezione virale, con una riduzione del numero di casi di circa il 20% e avrebbe come unico obiettivo quello di proteggere soggetti suscettibili in età a rischio di complicanze.

È probabile che le strategie di controllo della varicella per ora deb-

bano seguire un percorso a tappe in cui sarà necessario fissare obiettivi intermedi, affrontando e valutando l'introduzione della varicella, nel contesto anche delle altre attività nazionali e internazionali e degli impegni già presi, tra cui spiccano l'obiettivo di eradicazione della poliomielite (ormai prossimo) e quello di eliminazione del morbillo (sul quale ancora è necessario lavorare). L'impostazione di un programma nazionale di vaccinazione deve basarsi su elementi razionali e obiettivi condivisi. Lavorare oggi per elevare le coperture vaccinali del morbillo vuol dire lavorare per preparare il terreno alla vaccinazione estesa anche contro la varicella, sapendo che con una infezione così contagiosa il programma di immunizzazione dovrà raggiungere nel minor tempo possibile la massima copertura.

In brief

Varicella and vaccine strategies

The Workshop organised by the Communicable Disease Epidemiology Unit, was held on February 12, 2002, with the participation of representatives of the Regional Health Authorities, Ministry of Health, Universities, Military Health and pediatricians. Aim of the meeting was to review the available epidemiological data on varicella in Italy and to discuss the results of mathematical modelling of incidence of the disease under various scenarios of vaccination coverage and population targets. All simulations pointed out that varicella vaccination will require high coverage within a short period of time in order to reduce the disease morbidity without causing a shift towards older ages of cases. The inclusion of varicella in the national immunization program will need to take advantage on the experience gathered with measles vaccination.

Visto... si stampi

A cura di Paola De Castro, Servizio per le Attività Editoriali, ISS

Tutte le pubblicazioni edite dall'Istituto Superiore di Sanità, a partire dal 2001, sono accessibili online da: www.iss.it/pubblicazioni. In questa rubrica annunciamo i nostri nuovi prodotti... freschi di stampa. Le pubblicazioni sono rivolte principalmente ai ricercatori e agli operatori sanitari e possono essere inviate a titolo gratuito agli organi del Servizio Sanitario Nazionale, agli ospedali e agli enti pubblici che, tramite un servizio di biblioteca o documentazione, possano renderle disponibili all'utenza locale. Per specifiche richieste scrivere a: pubblicazioni@iss.it

Rapporti

Rapporti ISTISAN 01/33

Restauro dei settori posteriori dei denti mediante mascherine in silicone: analisi delle proprietà meccaniche di una resina composita

Rossella Bedini, Mirko Andreasi Bassi, Pietro Ioppolo
2001, 40 p.

Lo scopo di questo lavoro è quello di valutare *in vitro* la durezza superficiale e la resistenza alla compressione di un composito dentale, adottando una nuova tecnica operativa utile nella riproduzione della morfologia oclusale su denti dei settori posteriori affetti da lesioni cariose dove lo smalto non presenta soluzioni di continuo macroscopicamente evidenti. Questa tecnica si basa sulla registrazione della superficie oclusale pre-operativa attraverso uno strato di silicone trasparente. I risultati indicano che la tecnica non causa apprezzabili effetti sulla durezza superficiale dei restauri diretti in resina composita ma ne riduce la resistenza alla compressione.

Rapporti

Rapporti ISTISAN 01/35

Classificazione dei preparati a base di erbe officinali e regolamentazione dell'importazione nel mercato dell'Unione Europea

Marina Cotta Ramusino, Monica Bartolomei, Antonio Bianchi, Laura Romanini, Leandro Rufini
2001, 12 p.

Nell'ambito del mercato europeo esistono diverse categorie di prodotti (prodotti medicinali, alimenti e cosmetici) che contengono piante, parti di piante, loro preparazioni e combinazioni di principi attivi estratti da piante con vitamine e prodotti omeopatici. Questo studio, condotto nell'ambito del progetto Terapie non convenzionali (DLvo 502/1992 ex art. 12 comma 2, lett. a) si propone, attraverso l'analisi comparativa delle normative in vigore nei Paesi dell'Unione Europea, di evidenziare le discrepanze di maggior rilievo fra gli Stati membri nella classificazione dei prodotti a base di erbe e nei requisiti tecnici richiesti per l'autorizzazione all'immissione in commercio.

Rapporti

Rapporti ISTISAN 01/34

Acque di riuso: aspetti sanitari e tecnici correlati alla presenza di patogeni enterici

Claudia Cataldo, Rossella Briancesco, Lucia Bonadonna
2001, 38 p.

Vengono presentati i risultati di analisi microbiologiche ricavati da un'indagine svolta presso un impianto di depurazione di acque reflue che ha la potenzialità di riutilizzare gli effluenti a scopo irriguo. È stata quindi effettuata la valutazione dell'efficienza delle diverse fasi di trattamento nei confronti di microrganismi patogeni e non patogeni, con particolare riguardo ai protozoi *Cryptosporidium* e *Giardia*, verificando anche le eventuali loro correlazioni. Le diverse fasi di trattamento hanno mostrato un'elevata efficienza di rimozione per la gran parte dei gruppi microbici considerati. Scarsa capacità di abbattimento delle concentrazioni è stata invece evidenziata per quanto riguarda *Giardia* e *Cryptosporidium* anche quando la fase del processo comprendeva un trattamento con raggi ultravioletti.

Rapporti

Rapporti ISTISAN 02/1

Analisi dei rischi associati all'uso di stent coronarici

Mauro Grigioni, Carla Daniele, Mara Abbate, Giuseppe D'Avenio, Vincenzo Barbaro
2002, 57 p.

In questo studio viene svolta un'analisi preliminare dei rischi associati all'uso di stent coronarici secondo la norma ISO/FDIS 14971 relativa ai dispositivi medici. Innanzitutto, vengono riportati i concetti essenziali relativi al "nuovo approccio" per la libera commercializzazione dei dispositivi medici, facendo riferimento alla normativa vigente e introducendo la classificazione dei dispositivi e i requisiti essenziali. L'analisi dei rischi, introdotta prima in termini generali, viene condotta attraverso l'analisi funzionale del dispositivo, l'analisi preliminare dei pericoli, la classificazione degli eventi indesiderati e la riduzione dei rischi, facendo riferimento alle normative relative ai dispositivi medici in generale e a quelle riguardanti il caso particolare di stent coronarici.

Congressi, Convegni e Workshop

Per facilitare la circolazione delle informazioni sulle manifestazioni organizzate da questo Istituto, forniamo un elenco provvisorio, degli eventi già programmati, per il primo semestre del 2002. Informazioni più dettagliate possono essere richieste alla Segreteria per le Attività Culturali (all'indirizzo: segr_sac@iss.it) e comunque saranno rese disponibili in Internet non appena possibile.

Aprile

- 2-5 Workshop "Regionally based assessment of persistent toxic substances (PTS)"
- 5 III Workshop "Macroangiopatie e diabete mellito di tipo 2. Lo studio DAI"
- 12 Convegno "Epidemiologia degli antiparassitari: individuazione di priorità e prospettive di indagine"
- 15 Il Workshop "Bioflumen"
- 15 Un nuovo questionario di valutazione della qualità della vita per le persone HIV+ nell'era HAART
- 16 La tutela delle acque nella nuova gestione regionale. Aspetti sanitari e controllo territoriale
- 17-19 OECD Workshop "Notification and assessment of new industrial chemicals"
- 17-20 Working group of Epidemiology and prevention of the European society of cardiology, Taormina
- 22-24 International meeting "Cytokines as natural adjuvants: perspectives for vaccine development"
- 22-24 Meeting SCOOP Task 3.2.11 Assessment of dietary exposure to lead, cadmium, mercury, arsenic of the population of the EU member states
- 22-24 Meeting SCOOP Task 3.2.13 Assessment of the dietary exposure to organotin compounds of the population of the EU member states

Maggio

- 2 Incertezza di misura: dalla teoria alla pratica
- 10 Il problema alcol in Italia ad un anno dalla Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati
- 21-25 Fifth European meeting on glial cell function in health and disease, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
- 22-23 First symposium on the evaluation of safety of human vaccines
- 24 Cosmetici, salute e qualità della vita. III Convegno: "Sostanze odorose e benessere per l'uomo"
- 27 III Convegno nazionale delle unità operative del progetto nazionale: "Proprietà chimico-fisiche dei medicinali e loro sicurezza d'uso"

- 27-29 IV European pesticide residue workshop, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
- 28 Salute e immigrazione
- 31 IV Convegno nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale

Giugno

- 3-4 Giornate di lavoro sulla Sorveglianza pediatrica sentinella
- 6-7 Workshop "Formazione permanente in Azienda Sanitaria"
- 7 Murine Models of Human Hemopoiesis
- 10 Tavola rotonda "Farmaci innovativi VI: gli antidislipidici"
- 10 Workshop "Assistenze meccaniche al circolo: stato dell'arte - problematiche aperte"
- 12-16 Telemedicine in care delivery: technology and application, Pisa
- 13-14 Workshop "Esperienze e risultati dell'accreditamento volontario tra pari"
- 13-15 III Annual meeting of the food PCR project
- 14 Studi epidemiologici in Uganda: monitoraggio dell'epidemia da HIV e identificazione di potenziali coorti vaccinali per sperimentazioni cliniche di fase III
- 17 Il Progetto nazionale salute mentale: risultati e prospettive
- 18-21 GDIN - Global Disaster Information Network, Ospedale S. Spirito, Roma
- 19 XXXVI Cipac symposium
- 20-21 Conferenza nazionale di epidemiologia
- 24 Workshop "Monitoraggio del personale ospedaliero esposto a sostanze tossiche. Valutazione degli effetti riproduttivi e percezione del rischio"
- 26-27 Giornata mondiale contro la droga: orientamenti istituzionali e di ricerca

Workshop

UN NUOVO QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA VITA PER LE PERSONE HIV+ NELL'ERA HAART

Istituto Superiore di Sanità - Roma, 15 aprile 2002

Negli ultimi anni si sta assistendo a una notevole trasformazione dell'infezione da HIV/AIDS. La nuova era HAART ha introdotto nuovi e importanti cambiamenti nella vita delle persone con infezione da HIV, sia per l'aumentata efficacia dei trattamenti sia per l'insorgenza di nuovi e inattesi effetti collaterali. Assunta l'importanza di valutare la qualità della vita nella valutazione clinica è nata la necessità di costruire un nuovo questionario che risolva l'incompletezza degli strumenti sin qui validati e utilizzati. L'obiettivo di questa conferenza è quello di presentare un questionario, fatto con la collaborazione di ricercatori, medici e persone HIV+ impegnate nella lotta all'AIDS, che potrebbe rappresentare lo strumento italiano da utilizzare sia nella pratica clinica sia nella ricerca.

Responsabile del Progetto

Stefano Vella, Laboratorio di Virologia, Istituto Superiore di Sanità

Segreteria scientifica

Raffaella Bucciardini, Michela Martini, Enzo Fragola, Romano Arcieri
Laboratorio di Virologia, Istituto Superiore di Sanità
Tel. 06 49903301, E-mail: r.bucciardini@iss.it

Segreteria tecnica

Rossella Di Nallo, Rosangela Duranti, Massimo Marzi
Laboratorio di Virologia, Istituto Superiore di Sanità
Tel. 06 49903328 - 06 49903229, E-mail: m.marzi@iss.it

Notiziario

La Redazione del **Notiziario** è a disposizione per accogliere commenti e suggerimenti e rendere questo strumento sempre più utile e rispondente alle reali esigenze dei suoi lettori

Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299
00161 Roma

Tel. 06 4990 3374

Fax 06 4990 2253

e-Mail: notiziario@iss.it
<http://www.iss.it/notiziario>

Nei prossimi numeri

Contaminazioni
accidentali da antiblastici
in ambiente lavorativo

Un vaccino contro l'AIDS

Corsi di formazione
per l'anno 2002