



Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità



**Abitudini alimentari
e stili di vita**

**L'etica della sanità
pubblica in Europa:
European Public Health
Ethics Network**



SEIEVA 2002

**Incidenza delle infezioni in terapia
intensiva e subintensiva neonatale.
Ospedale "San Camillo" di Roma, 2002**

**Appropriatezza di uso
delle statine nelle persone
a elevato rischio cardiovascolare**



Inserto BEN

**Bollettino
Epidemiologico Nazionale**



**Volume 17
Numero 3
Marzo 2004**

ISSN 0394-9303

Sommario

Gli articoli

Abitudini alimentari e stili di vita	3
L'etica della sanità pubblica in Europa: European Public Health Ethics Network	8
SEIEVA 2002	12

Le rubriche

"Il convegno del mese"

Prospettive nell'impiego di sostanze biologicamente attive: dal laboratorio ai saggi clinici nei tumori e nell'AIDS	14
--	----

"Nello specchio della stampa"	17
-------------------------------------	----

"News"

Smettere di fumare... una questione che mi sta a cuore. Guida pratica da leggere, compilare e personalizzare	19
---	----

Bollettino Epidemiologico Nazionale (Inserto BEN)

Incidenza delle infezioni in terapia intensiva e subintensiva neonatale. Ospedale "San Camillo" di Roma, 2002	i
Appropriatezza di uso delle statine nelle persone a elevato rischio cardiovascolare	iii

L'Istituto Superiore di Sanità

è il principale ente di ricerca italiano per la tutela della salute pubblica.
È organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale e svolge attività di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, documentazione e formazione in materia di salute pubblica.
L'organizzazione tecnico-scientifica dell'Istituto si articola in
Dipartimenti, Centri nazionali e Servizi tecnico-scientifici

Dipartimenti

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

Centri nazionali

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
Centro nazionale per la Qualità degli Alimenti e per i Rischi Alimentari
Centro Nazionale Trapianti

Servizi tecnico-scientifici

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

Direttore responsabile: Enrico Garaci
Redattore capo: Paola De Castro
Redazione: Carla Faralli, Anna Maria Rossi
Progetto grafico: Eugenio Morassi
Illustrazioni: Massimo Delle Femmine
Impaginazione e grafici: Giovanna Morini
Fotografia: Antonio Sesta
Distribuzione: Patrizia Mochi
Versione online (www.iss.it/notiziario):
Simona Deodati, Giovanna Morini

Istituto Superiore di Sanità
Presidente: Enrico Garaci - *Direttore generale:* Sergio Licheri
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
Tel. 0649901 - Fax 0649387118
e-Mail: notiziario@iss.it - **Sito Web:** 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 2004
Numero chiuso in redazione il 15 marzo 2004
Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. - Roma

Abitudini alimentari e stili di vita

Un'analisi multivariata dei dati tratti dall'Indagine Multiscopo sulle Famiglie italiane

Susanna Conti, Maria Masocco, Paola Meli, Giada Minelli, Renata Solimini, Virgilia Toccaceli e Monica Vichi

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

Riassunto - Lo studio si è proposto di descrivere gli stili di vita e le abitudini alimentari della popolazione italiana in relazione alla salute auto-percepita. I dati derivano dall'Indagine Multiscopo sulle Famiglie (IMF) italiane "Aspetti della vita quotidiana", condotta dall'ISTAT negli anni 1997-98. Le analisi statistiche su un campione rappresentativo di 115 419 individui, di età 14 anni e più, hanno permesso di individuare 5 gruppi, distinti per abitudini alimentari e stili di vita in relazione allo *status* socio-economico, all'età, al genere e alla salute auto-percepita. Sebbene non si possa qui parlare di rapporti causali tra salute e alimentazione, l'identificazione di modelli comportamentali rappresentativi della popolazione italiana può costituire un utile contributo per le politiche sanitarie e nutrizionali nel Paese.

Parole chiave: studi trasversali, dieta, stili di vita, salute auto-percepita

Summary (*Eating habits and lifestyles: a multivariate analysis of the data from an Italian population based survey*) - The aim of the study was to describe dietary habits and lifestyles in relation to the self-perceived health of the Italian population. The data derived from the Multi-purpose Family Survey (MFS), "Aspects of Daily Life" by the Italian National Census Bureau (ISTAT), years 1997-98. The statistical analyses applied to this national representative sample of 115,419 individuals aged 14 and over, identified five clusters, clearly distinguished for what concerns dietary habits and lifestyle, related to socio-economic *status*, age, gender, as well as self-perceived health conditions. Although no causal relationship between diet and health was ascertained, the identification of specific behavioural patterns representative of the Italian population may result into useful contributions for nutrition policies.

Key words: cross-sectional studies, diet, lifestyle factors, self-perceived health

susanna@iss.it

Nell'ambito delle politiche sanitarie lo studio delle relazioni tra abitudini alimentari, stili di vita e stato di salute della popolazione (1, 2) riveste una particolare importanza; l'individuazione di specifici gruppi di popolazione "a rischio" rende, infatti, possibile l'attuazione di interventi di prevenzione mirati.

Questo studio è stato realizzato grazie all'interesse che la tematica "alimentazione e salute" riveste nell'ambito delle attività di ricerca che l'Istituto Superiore di Sanità svolge sia per interesse scientifico sia in risposta alle esigenze e alle varie priorità sanitarie nazionali. L'obiettivo della ricerca è stato l'individuazione di tipologie di comportamento, per quanto riguarda le abitudini alimentari e gli stili di vita degli italiani, la

descrizione delle caratteristiche socio-economiche e demografiche degli individui che adottano tali stili (3-5) e, infine, l'analisi delle possibili relazioni esistenti tra i comportamenti, le abitudini alimentari e le condizioni di salute.

I dati analizzati provengono dall'Indagine Multiscopo sulle Famiglie (IMF) "Aspetti della vita quotidiana", condotta dall'ISTAT, mediante questionario auto-compilato somministrato a un campione di soggetti di 14 anni e più.

È questa l'unica indagine al momento disponibile che fornisce dati, rappresentativi a livello nazionale, sulle abitudini alimentari e gli stili di vita (abitudine al fumo, consumo di alcol e attività fisica) degli italiani, nonché sulle loro caratteristiche socio-economiche e

demografiche. Sono stati analizzati i dati dell'IMF relativi agli anni 1997-98. Si tratta nel complesso di un campione di 155 419 persone.

In considerazione della multidimensionalità del fenomeno da studiare, si è scelto di applicare un'Analisi delle Corrispondenze Multiple (ACM) che ha consentito una prima sintesi del fenomeno; gli assi fattoriali risultanti dall'ACM sono poi stati utilizzati per effettuare una *Cluster Analysis* (CA) per l'individuazione di gruppi omogenei (*cluster*) di popolazione rispetto al fenomeno studiato.

Per una descrizione più precisa ed efficace della composizione dei *cluster* individuati sono stati calcolati i tassi di prevalenza (PR), dati dal rapporto tra la frequenza di una particolare caratteristica degli individui all'interno dello specifico *cluster* e la frequenza della stessa caratteristica tra i soggetti non appartenenti a quel gruppo.

Tramite la CA il campione degli intervistati è stato suddiviso in gruppi, il più possibile omogenei al loro interno e il più possibile eterogenei tra loro.

Una buona partizione del campione è stata ottenuta considerando cinque gruppi (*cluster*) che individuano abbastanza efficacemente anche cinque diversi modelli di comportamento alimentare, per i quali si è cercata una sintesi il più possibile efficace, qui di seguito descritta (Figura).

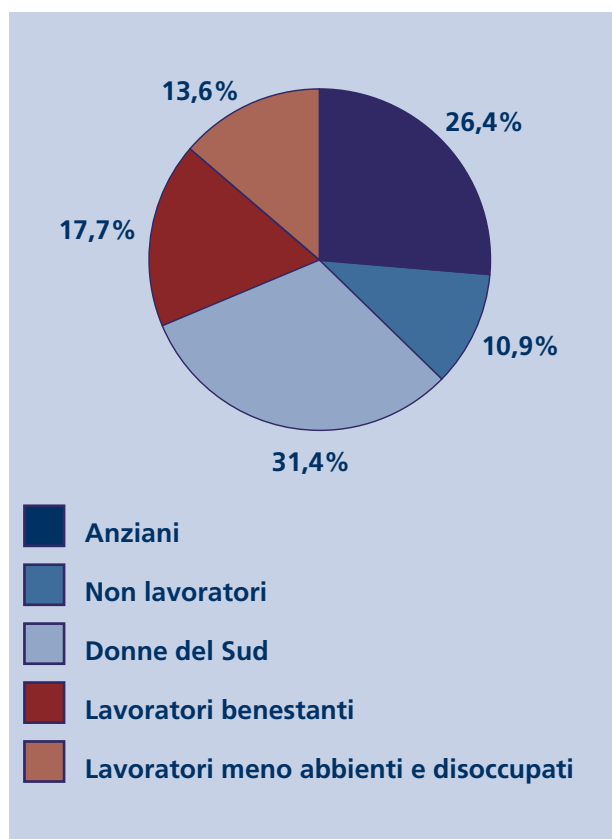


Figura - Cinque modelli di comportamento alimentare

ANZIANI CHE SEGUONO UNA DIETA "MORIGERATA"

Questo gruppo rappresenta poco più di un quarto degli italiani (26,4%) ed è composto in massima parte da persone anziane o molto anziane (PR = 2,61) spesso vedovi/e (PR = 3,20) il cui reddito deriva da una pensione di anzianità o di vecchiaia (PR = 2,09). Le donne sono particolarmente numerose e molto elevata è la proporzione di coloro che non hanno alcun titolo di studio (PR = 3,24).

Si tratta spesso di persone che a colazione bevono un solo caffè o un tè (PR = 1,14) e che consumano il pasto principale, il pranzo, a casa (PR = 1,23). Raramente mangiano ("una volta a settimana" o meno) cibi ad alto contenuto proteico quali carne, formaggi, insaccati, uova e latte (PR = 3,33; PR = 3,16; PR = 2,91, PR = 1,92; PR = 1,24, rispettivamente); tuttavia, anche il consumo di carboidrati è molto limitato, rispetto agli individui che appartengono agli altri gruppi, se si considera che anche il consumo di pasta, pane e riso si limita, spesso, a una o due volte alla settimana (PR = 1,55) o anche meno (PR = 2,57). È però elevata, di contro, la proporzione di coloro che consumano frutta e verdura una o due volte durante la giornata (PR = 1,12 per entrambe le modalità). In genere queste persone non bevono vino (PR = 2,08), né birra (PR = 1,64), né bibite gassate (PR = 1,76) o acqua minerale (PR = 1,87), non fumano (PR = 1,47) e sebbene non praticino alcuna attività fisica, trattandosi per lo più di pensionati, svolgono comunque lavori domestici a volte anche pesanti (PR = 1,25). Anche questo dato non sorprende essendo le casalinghe ampiamente rappresentate in questo gruppo.

La proporzione di soggetti che dichiarano di soffrire di una qualche patologia cronica è significativamente superiore in questo gruppo rispetto agli appartenenti ai restanti *cluster*. Si tratta, nella maggior parte dei casi, di patologie correlate all'età quali, ad esempio, artrosi (PR = 1,94), ipertensione (PR = 1,94), osteoporosi (PR = 3,21), così come bronchiti croniche e altre malattie respiratorie (PR = 2,05).

I "NON LAVORATORI" CON UNA DIETA RICCA

Questo gruppo, che rappresenta il 10,9% degli italiani, è composto in prevalenza da giovani (PR = 1,22) che ancora non hanno terminato gli studi (PR = 1,19) o di anziani (PR = 1,30) che possiedono un reddito da pensione (PR = 1,20). Per la gran parte sono uomini (PR = 1,08) e risiedono nel Nord-Est (PR = 1,36).

È elevata la proporzione di coloro che ritengono la colazione il pasto principale (PR = 2,58); tuttavia, ciò che caratterizza principalmente questo gruppo è il frequente consumo (“una o due volte al giorno”) di ogni tipo di cibo e, in particolare, di quelli ad alto contenuto proteico, quali uova (PR = 64,75), pesce (PR = 19,18), carne (PR = 6,56), insaccati (PR = 5,95), formaggio (PR = 2,99) e latte (PR = 1,24). La proporzione di coloro che usano il burro come condimento è molto elevata (PR = 2,96). Anche il consumo di pane, pasta e riso avviene in maggior misura rispetto agli altri gruppi con la frequenza di “una o due volte al giorno” (PR = 1,59; PR = 1,12; PR = 1,06 rispettivamente), così come quello di vegetali (PR = 1,59) e frutta (PR = 1,12).

Il consumo di vino o birra va spesso da mezzo l a un l durante i pasti (PR = 2,23; PR = 3,11) ma anche il consumo di vino fuori pasto non è infrequente (“una o due volte alla settimana” - PR = 1,79).

Gli appartenenti al gruppo non svolgono un lavoro che richiede molto impegno fisico, né si occupano delle faccende domestiche, ma praticano attività fisica nel tempo libero una o due volte a settimana (PR = 1,38). Piuttosto elevata è la proporzione di ex-fumatori (PR = 1,17).

Riguardo la salute auto-percepita, le patologie che risultano significativamente più frequenti rispetto agli altri gruppi sono l'infarto del miocardio (PR = 1,13) e il cancro (PR = 1,27).

LE DONNE DEL SUD

In questo gruppo, che rappresenta quasi un terzo della popolazione del Paese (31,4%), sono particolarmente numerose le donne (PR = 1,17), le casalinghe (PR = 1,52), le persone in cerca di occupazione (PR = 1,43), studenti e studentesse (PR = 1,35), pensionati e pensionate (PR = 1,24), tutti residenti prevalentemente al Sud.

Lo stile alimentare è piuttosto bilanciato, i pasti sono più frequentemente consumati a casa (PR = 1,23), con un consumo di cibi proteici di varia origine una o due volte a settimana: uova (PR = 1,90), pesce (PR = 1,70), insaccati (PR = 1,69), formaggi (PR = 1,47), latte (PR = 1,39) e carne (PR = 1,27). La frutta rientra nella dieta con una frequenza di una o due volte al giorno (PR = 1,10), mentre il consumo di alimenti vegetali è spesso limitato a una o due volte a settimana (PR = 1,31). Il vino viene, in genere, consumato moderatamente, uno o due bicchieri durante i pasti (PR = 1,23).

L'attività fisica nel tempo libero è praticata una o più volte a settimana (PR = 1,46), ma è anche elevata la proporzione di coloro che svolgono lavori domestici che richiedono una certa attività fisica (PR = 1,21). Infine, risulta elevata in questo gruppo la proporzione di non-fumatori (PR = 1,15).

Questo è l'unico gruppo per il quale la proporzione di persone affette da patologie croniche risulta significativamente inferiore rispetto agli altri gruppi.

I LAVORATORI “BENESTANTI”

Questo gruppo, che rappresenta il 17,7% degli italiani, è composto in prevalenza da giovani adulti (PR = 2,01), uomini (PR = 1,41), spesso dirigenti o liberi professionisti (PR = 3,57) e impiegati (PR = 3,42), ma anche lavoratori autonomi o soci di cooperative (PR = 1,94); il loro livello di istruzione è in genere elevato (PR = 2,53) e vi è una prevalenza di residenti nel Nord-Est (PR = 1,52), nel Nord-Ovest (PR = 1,34) o nel Centro Italia (PR = 1,19).

Consumano, in genere, il pranzo fuori casa: al bar o al ristorante (PR = 9,94) e il pasto principale diventa così la cena (PR = 5,36) o, più raramente, la colazione (PR = 1,39).

Il pane e la pasta o il riso vengono consumati con una frequenza di una o

due volte la giorno (PR = 1,53), così come gli insaccati (PR = 1,15) ma anche i vegetali (PR = 1,13) e il latte (PR = 1,15) vengono assunti con questa frequenza. È inferiore a una volta a settimana, invece, il consumo di uova (PR = 1,27), carne (PR = 1,26) e pesce (PR = 1,15).

Il consumo di vino è piuttosto elevato, sia durante i pasti (PR = 2,32) che fuori pasto (PR = 2,64), così come il consumo di birra durante il pasto (PR = 1,48). Probabilmente, per il fatto di consumare i pasti fuori casa, è molto alta anche la proporzione di consumatori di acqua minerale (PR = 1,26).

Per quel che concerne gli stili di vita c'è da osservare che molti sono fumatori (PR = 1,57) o ex-fumatori (PR = 1,11) e che l'attività fisica nel

tempo libero è pressoché assente, praticata al più “una o due volte al mese” (PR = 1,84).

Le allergie costituiscono l'unica patologia che risulta essere più frequente nella percezione di questo gruppo, rispetto al resto della popolazione (PR = 1,24).

Sono stati individuati cinque modelli di comportamento alimentare

Il gruppo “donne del Sud” presenta minori patologie croniche



I LAVORATORI MENO ABBIENTI E I DISOCCUPATI

Gli appartenenti a questo gruppo, che nel suo insieme rappresenta il 13,6% della popolazione generale, sono in maggioranza uomini (PR = 1,82) “giovani” (PR = 1,36) o “giovani adulti” (PR = 1,22) residenti nel Nord-Est (PR = 1,14).

Si tratta per lo più di operai (PR = 2,21) e di lavoratori autonomi o soci di cooperative (PR = 2,21), ma sono rappresentati anche molti disoccupati (PR = 1,43). Non sorprende che gli appartenenti a questo gruppo dichiarino di svolgere attività fisica sul posto di lavoro (moderata o pesante - PR = 2,55) e raramente o mai di occuparsi delle faccende domestiche (PR = 1,97). Il livello di istruzione è generalmente basso (PR = 1,11). I pasti sono consumati in genere alla mensa aziendale e, probabilmente, consistono in un panino, considerato l'elevato consumo di insaccati (“1 o 2 volte al giorno” - PR = 2,10). Frutta e verdura vengono consumate in modo molto sporadico (“meno di una volta a settimana” PR = 9,17; PR = 6,73, rispettivamente), ma anche il consumo di uova, pesce e formaggio si limita a “meno di una volta a settimana” (PR = 1,22; PR = 1,38; PR = 2,21, rispettivamente). Elevato è il consumo di burro (PR = 2,35). In genere gli individui di questo gruppo non fanno colazione (PR = 5,25), il consumo di latte è molto basso (PR = 2,87).

Elevata in questo gruppo è sia la proporzione di fumatori (PR = 2,71), che quella di forti bevitori. Sono molti coloro che, giornalmente, durante i pasti superano un litro di vino o di birra (PR = 5,91; PR = 4,71, rispettivamente) ma anche coloro che arrivano a consumare 3-4 bicchieri di vino fuori pasto (PR = 3,88) o addirittura di più (PR = 7,21).

Le persone che appartengono a questo gruppo considerano spesso la propria salute “cattiva” o “molto cattiva” (PR = 1,11), e c'è tra loro una proporzione significativa di persone che dichiarano di soffrire di ulcera (PR = 1,08).

COMMENTI

I risultati di questo lavoro confermano quanto emerso da altri studi: le abitudini alimentari sono strettamente legate alle condizioni socio-economiche, all'età, al genere e agli stili di vita. Coloro che non hanno cura della propria alimentazione e seguono una dieta “sbilanciata,” hanno anche minore cura per tutti gli altri aspetti che influenzano lo stato di salute in generale; ciò che più influisce sull'adozione di un particolare comportamento alimentare sembra essere proprio il livello socio-professionale.

Il fatto stesso di svolgere o meno un lavoro che impegna l'intera giornata determina una chiara distinzione tra coloro che consumano i pasti in casa e coloro che, invece, utilizzano tavole calde o mense aziendali, con inevitabili ripercussioni sul modello di dieta adottato.

Tuttavia, anche tra coloro che sono obbligati a consumare i pasti fuori casa, la professione sembra avere una grande influenza sul tipo di dieta adottata come pure sugli stili di vita (ad esempio, forti fumatori e bevitori sono più frequentemente soggetti maschili che svolgono lavori di tipo manuale) (1-5).

Per quanto riguarda il legame tra abitudini alimentari e stato di salute, l'interpretazione dei risultati necessita di grande cautela. Occorre infatti, in primo luogo, sottolineare che si tratta di salute auto-percepita: questo tipo di informazione può essere considerata solo una misura approssimativa del reale stato di salute valutato oggettivamente da un medico.

Inoltre, in questo tipo di indagini viene rilevata la frequenza del consumo degli alimenti ma non la quantità consumata. Non è, infine, possibile arrivare a formulare ipotesi eziologiche che coinvolgano il consumo di determinati alimenti, basandosi su un'indagine di tipo trasversale.

Le abitudini alimentari sono legate alle condizioni socio-economiche, all'età, al genere e agli stili di vita

Se da un lato, infatti, gli attuali comportamenti alimentari sono un riflesso di quelli passati, dall'altro proprio l'eventuale diagnosi di una particolare patologia può aver indotto il soggetto a modificare il proprio comportamento alimentare adottando uno stile alimentare più sano. Pertanto, se si volesse arrivare a formulare ipotesi di tipo eziologico che coinvolgano l'alimentazione, si dovrebbe ricorrere a un'indagine longitudinale, che tiene conto della quantità dei singoli nutrienti introdotti con la dieta e che misura il cambiamento nel tempo dei parametri bio/fisici fondamentali degli individui. Sulla base di queste considerazioni, l'associazione tra salute e dieta che emerge dal primo gruppo appare non significativa. Il primo gruppo è composto, infatti, in larga parte da anziani, le cui condizioni di salute sono molto spesso determinate dal processo di invecchiamento. È molto probabile che sia la necessità di gestire le patologie insorte con l'età che abbia determinato l'assunzione di un certo stile alimentare e non viceversa.

Nel secondo gruppo che raggruppa soggetti che seguono una dieta altamente proteica, si evidenzia

un'elevata prevalenza di persone colpite da infarto del miocardio ma, essendo particolarmente alta nel gruppo anche la proporzione di ex-fumatori e di pensionati, non è lecito dedurre da questi elementi un'associazione certa tra elevato consumo di proteine e infarto. I risultati sono infatti compatibili con l'associazione, ben nota in campo scientifico, "età-fumo-infarto".

**I dati non consentono
sicure associazioni
causali
tra alimentazione
e salute**

Di non facile interpretazione, è anche il dato sull'elevata presenza di soggetti allergici nel quarto gruppo che è composto soprattutto da persone che consumano i pasti fuori casa.

Esistono, comunque, due gruppi tra quelli individuati, per i quali una possibile relazione causale sembra avere una certa plausibilità.

In particolare, nel terzo gruppo, composto in larga parte da casalinghe e studentesse, una dieta bilanciata risulta associata a un buon livello di salute auto-percepita e in questo caso è molto probabile che le abitudini alimentari attuali siano state acquisite da lungo tempo.

Anche l'associazione, che si rileva nel quinto gruppo, in particolare, tra dieta sbilanciata, un eccessivo consumo di alcol e l'ulcera, lascia ipotizzare una relazione causale.

Sebbene i dati analizzati non consentano di trarre alcuna conclusione generale di tipo causale tra alimentazione e salute, hanno comunque permesso di individuare dei modelli di comportamento alimentare diffusi tra la popolazione italiana che possono costituire un utile contributo per la messa a punto di campagne informative ed educative, per specifici *target* di popolazione, atte a sensibilizzare gli individui verso l'adozione di comportamenti alimentari e stili di vita senz'altro più salutari.

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. *Diet, nutrition and the prevention of chronic disease*. Geneva: WHO; 1990. (Technical Report Series 797).
2. Renaud S, Lanzmann-Petithory D. Coronary heart disease: dietary links and pathogenesis. *Public Health Nutr* 2001;4: 459-74.
3. Johansson L, Thelle DS, Solvoll K, et al. Healthy dietary habits in relation to social determinants and lifestyle factors. *Br J Nutr* 1999;81:211-20.
4. Whichelow MJ, Prevost AT. Dietary patterns and their association with demographic, lifestyle and health variables in a random sample of British adults. *Br J Nutr* 1996;76:17-30.
5. Smith AM, Baghurst KI. Public Health implications of dietary differences between social status and occupational category groups. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 409-16.



L'etica della sanità pubblica in Europa: European Public Health Ethics Network



Carlo Petrini

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

Riassunto - EuroPHEN è un progetto di ricerca riguardante l'etica della sanità pubblica nell'Unione Europea. Lo studio si propone in primo luogo un'analisi, sotto il profilo etico, delle politiche di sanità pubblica nei Paesi membri. Un'ulteriore area di indagine consiste in un sondaggio empirico sulle opinioni dei cittadini, in ciascuno degli Stati membri, verso i valori etici che caratterizzano le politiche stesse. Tra i fini del progetto vi è l'individuazione, se possibile, di approcci etici condivisi a livello di Unione Europea, che possano servire per l'elaborazione di strategie di sanità pubblica comuni.

Parole chiave: etica, sanità pubblica

Summary (*European public health ethics network*) - EuroPHEN is a research project dealing with ethics of public health in Europe. A first aim of the research is an ethical analysis of public health policies across the European Union. A further area of concern consists of an empirical analysis of public attitudes, in order to examine how citizens in different countries weigh values involved in public health policies. The project also seeks to assess the feasibility and desirability of common ethical approaches to public health within the European Union.

Key words: ethics, public health

petrini@iss.it



Istituto Superiore di Sanità (ISS) partecipa all'European Public Health Ethics Network (EuroPHEN) con un proprio gruppo di lavoro*. Il titolo esteso del progetto EuroPHEN è: "Politiche pubbliche, diritto e bioetica: un quadro per produrre politiche da sanità pubblica nell'Unione Europea esaminando i concetti degli standards etici europei e universali".

Il gruppo di lavoro italiano che partecipa al Network, e di cui fanno parte i ricercatori dell'ISS, del Consiglio Nazionale delle Ricerche e dell'Università Cattolica di Roma, è coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS tramite l'Unità di Bioetica. L'Unità di Bioetica è stata istituita presso il CNESPS con compiti di ricerca, consulenza e formazione.

Il progetto EuroPHEN è stato avviato nel 2003 ed è finanziato dalla Commissione Europea. Al progetto partecipano tutti gli Stati membri al 2003 (la Francia si è unita al progetto alcuni mesi dopo l'avvio), uno dei Paesi membri dal 2004 (Polonia), il

Canada e gli Stati Uniti. Ogni Nazione partecipa con un proprio gruppo di lavoro e i vari gruppi nazionali partecipanti sono coordinati dall'Università di Sheffield.

I responsabili dei singoli gruppi nazionali provengono da aree disciplinari diverse: biologia, medicina, diritto, filosofia, teologia, garantendo così l'approccio multidisciplinare indispensabile nella ricerca in bioetica. La ricchezza nei punti di vista è garantita anche dalla diversità dei riferimenti a valori sociali, filosofici, politici, religiosi in cui i partecipanti si riconoscono. La stessa eterogeneità è rappresentata all'interno dei singoli gruppi nazionali.

Il progetto EuroPHEN è collegato a una rete più ampia denominata InterPHEN (International Public Health Ethics Network), promossa dall'International Bioethics Association. InterPHEN collega studiosi di varie aree disciplinari operanti nei cinque continenti e interessati agli aspetti di etica in sanità pubblica. La rete InterPHEN offre opportunità di dibattito, scambio di informazioni e collaborazioni.

GLI SCOPI DEL PROGETTO

- I principali obiettivi del progetto EuroPHEN sono:
- un'analisi comparativa delle politiche nazionali di sanità pubblica nei Paesi partecipanti;
 - un'analisi sotto il profilo etico delle politiche stesse;
 - la realizzazione di uno studio empirico per valutare come i cittadini delle diverse Nazioni giudichino le implicazioni etiche delle politiche di sanità pubblica, con particolare riferimento agli eventuali conflitti tra interessi (e libertà) individuali e pubblici;
 - l'individuazione, se possibile, di standard etici che possano accomunare, pur nella diversità delle politiche adottate, i Paesi partecipanti;
 - la formulazione di criteri di etica da proporre alla Commissione e alle altre istituzioni europee centrali, che possano aiutare la preparazione dei documenti dell'Unione Europea (UE), riguardanti la sanità pubblica e destinati a essere recepiti nei Paesi membri.

Lo studio riguarda sia aspetti generali di sanità pubblica, sia aree specifiche. Tra queste vi sono: alimenti e sicurezza alimentare; farmaci; tossicodipendenze; rapporti tra ambiente e salute; salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; malattie infettive; anziani e disabili; protezione dei soggetti partecipanti a sperimentazioni, con particolare riferimento ai bambini e ad altre "popolazioni vulnerabili".

Il progetto prevede la stesura di una serie di rapporti intermedi, ognuno dei quali riguarderà un ambito specifico della sanità pubblica. I risultati verranno resi disponibili in parte mediante pubblicazioni e in parte tramite un sito Internet di prossima attivazione. Il rapporto finale sarà destinato primariamente alle autorità delle istituzioni comunitarie e, secondariamente, alle autorità politiche dei singoli Paesi membri e al pubblico. L'intenzione è offrire ai decisori elementi utili per elaborare norme, linee guida, documenti di indirizzo il più possibile rispondenti alle esigenze e caratteristiche delle varie popolazioni che appartengono all'UE. Si mira cioè a trovare percorsi che possano considerare, integrare e rispettare le diversità locali, ma allo stesso tempo valorizzare gli elementi comuni potenzialmente importanti per costruire politiche ampiamente condivise. Il fine non è però l'individuazione di un compromesso su aspetti pratici e operativi tra impostazioni etiche differenti: si tratta piuttosto di trovare un'articolazione che consideri allo stesso tempo valori deontologici propri dell'operatore, valori umani collegati alla dignità e ai diritti di ogni singolo individuo, principi di efficacia propri della sanità pubblica.

IL PROGRAMMA DI LAVORO

Il progetto comprende sei aree di lavoro che in parte si collocano in sequenza cronologica, e in parte si sovrappongono attraversando l'intera durata del progetto.

La prima area di lavoro è relativa a uno studio sulle strutture di sanità pubblica nelle Nazioni partecipanti. Da una loro descrizione si trarranno elementi per evidenziare differenze tra i vari Paesi (ad esempio, nell'attribuzione di ruoli e responsabilità a livello locale piuttosto che regionale, nelle modalità di finanziamento, ecc.).

Con la seconda area si valuta in modo comparativo, sulla base di quanto evidenziato nella prima fase, le priorità in sanità pubblica nei singoli Paesi. Il confronto viene fatto sulla base di norme, regole, linee guida, piani di lavoro dei governi di ogni Nazione.

La terza area di lavoro costituisce la "ragion d'essere" principale del progetto. Si tratta infatti dell'analisi sotto il profilo dell'etica di quanto ricavato dalle prime due fasi. Le politiche di sanità pubblica vengono messe a confronto con le maggiori tendenze della bioetica contemporanea, e in particolare: contrattualismo, comunitarismo, utilitarismo, principilismo. L'analisi riguarda sia gli orientamenti in sanità pubblica nel loro insieme, sia con riferimento specifico a singoli aspetti di sanità pubblica con forte rilevanza etica (quali, ad esempio, autonomia, tutela dei dati personali, consenso, rapporto tra libertà individuali e obblighi derivanti dall'appartenenza sociale).

La ricerca empirica, che costituisce la quarta area di lavoro, si realizza tramite *focus group*. I *focus group* sono stati avviati nell'autunno 2003 con la collaborazione di The Research Business International (TRBI), una delle maggiori società di marketing in Europa.

TRBI, che ha sede a Londra, si avvale di una rete di società partner in ciascuna delle Nazioni partecipanti.

In ogni Stato sono stati realizzati sei *focus group* in due città (escluso il Lussemburgo, dove sono stati condotti tutti in un'unica località). Per l'Italia sono state scelte Roma e Milano. I campioni sono stati selezionati in modo da coprire nel miglior modo possibile le diverse tipologie per quanto riguarda classi di età, tipo di nucleo familiare, livello di studio e altre caratteristiche socio-demografiche.

I *focus group* hanno riguardato i concetti di "comunità" e "società" (in particolare: contrapposizione tra modelli con forte intervento dello Stato nell'offerta dei servizi e conseguente limitazione delle scelte e libertà individuali rispetto a modelli che privilegiano iniziative individuali con conseguente possibilità di esclusione dei meno abbienti), il bilanciamento tra diritti e doveri dei

Il progetto EuroPHEN ha tra gli obiettivi l'analisi delle politiche di sanità pubblica dei Paesi partecipanti

cittadini, gli eventuali conflitti tra libertà individuali e norme comuni. Il dialogo è stato stimolato da esemplificazioni (ad esempio, norme contro il fumo; disponibilità ad accettare nelle vicinanze delle proprie abitazioni installazioni socialmente utili ma, almeno potenzialmente, inquinanti o fastidiose; legalizzazione della droga; provvedimenti "paternalistici" quali l'arricchimento di alimenti con vitamine o delle acque potabili con fluoro).

Tutti i *focus group* sono stati videoeregistrati e successivamente trascritti e tradotti in inglese.

È prevista sia un'analisi globale e comparativa dei *focus* condotti nei vari Stati, sia una valutazione specifica per ogni Paese, che ogni gruppo nazionale potrà svolgere autonomamente seguendo criteri comuni concordati con gli altri Stati partecipanti.

La quinta area di lavoro prende avvio dai risultati dell'indagine empirica. Anche in questo caso il criterio di lavoro è comparativo: si tratta cioè di studiare quali siano le diverse impostazioni emerse nei singoli Paesi, in particolare per evidenziare eventuali differenze e valutare la possibilità di rispondere con standard comuni a realtà locali diverse. In questa fase è previsto il coinvolgimento di rappresentanti di istituzioni nazionali operanti nel settore della sanità pubblica e di membri di istituzioni dell'UE, in particolare membri del Parlamento Europeo già in contatto con ricercatori e studiosi impegnati in EuroPHEN.

La sesta area di lavoro consiste nella redazione e diffusione dei documenti finali.

Le parti di lavoro riguardanti le rispettive Nazioni che i partecipanti di ogni Paese devono sviluppare vengono preparate autonomamente dai singoli gruppi nazionali, adottando però criteri uniformi discussi collegialmente. Periodicamente si svolgono incontri di lavoro tra i responsabili dei gruppi dei singoli Stati. Gli incontri sono finalizzati sia a raccogliere e unificare il lavoro svolto, sia a definire criteri operativi comuni per gli impegni successivi. Inoltre, in ogni riunione di lavoro si approfondisce in modo particolare uno dei temi di sanità pubblica sopra elencati.



LA RILEVANZA DEL PROGETTO

Il progetto ha finalità operative precise, che sono state sopra riassunte. Si vogliono qui evidenziare due ulteriori aspetti per i quali il progetto potrà dare contributi culturali significativi. Il primo riguarda l'incontro tra la bioetica classica (riferita prevalentemente alla clinica, alla sperimentazione e alle innovazioni tecnologiche rese disponibili dal rapido progresso tecnico e scientifico) e la bioetica che riguarda la sanità pubblica. Il secondo riguarda il confronto tra i tradizionali "principi" della bioetica, elaborati negli Stati Uniti, ed eventuali altri "principi", derivanti dalla tradizione culturale europea, complementari oppure alternativi ai primi.

Per quanto riguarda il primo aspetto, è facile constatare come, nel suo percorso ormai più che trentennale, la bioetica si sia soffermata prevalentemente "al capezzale del malato" (1): l'etica nel settore della sanità pubblica è ancora poco esplorata. Gli aspetti etici degli interventi che riguardano popolazioni o comunità non possono essere affrontati semplicemente trasponendo a gruppi di persone criteri proposti per affrontare problemi individuali. Ciò non significa che la bioetica abbia bisogno di scoprire nuovi "valori" finora ignorati: si tratta piuttosto di continuare a ricercare il bene e la dignità individuali, ma considerando che ogni individuo è inserito in una comunità. Un riferimento comune, pur nella diversità tra la bioetica riferita alla clinica e alla sperimentazione e quella riferita alla sanità pubblica, deriva ovviamente anche dal fatto che in ogni caso a livello pratico il fine, cioè la salute, è unico. Occorre però trovare il giusto equilibrio per non cadere negli estremi opposti dell'individualismo (che trascura la dimensione sociale) o della massificazione (che spersonalizza il singolo in una "media" collettiva).

L'esigenza di un approfondimento sotto il profilo dell'etica in sanità pubblica è dunque evidente e condivisa. A livello nazionale è significativo, tra l'altro, il fatto che il Piano Sanitario Nazionale 2003-05 consideri gli aspetti di etica fin dalla parte introduttiva (2). A livello europeo l'interesse per l'etica nel settore della sanità è attestato non soltanto dai finanziamenti accordati a singoli progetti, ma dall'esistenza e dal progressivo sviluppo di ampi programmi, quale quello "Scienza e società" (3).

Il secondo aspetto che si vuole qui evidenziare riguarda il fatto che dal progetto EuroPHEN si attendono dati e valutazioni sui valori etici in biomedicina privilegiati in Europa. I dati e le valutazioni avranno, rispetto ad altre analisi disponibili in letteratura, un valore aggiunto derivante dalla numerosità degli Stati partecipanti al progetto, che garantisce una completa copertura del territorio dell'UE. Sotto questo profilo i risultati del progetto EuroPHEN hanno almeno due



Studi dal territorio

INCIDENZA DELLE INFEZIONI IN TERAPIA INTENSIVA E SUBINTENSIVA NEONATALE. OSPEDALE "SAN CAMILLO" DI ROMA, 2002

Luisa Sodano¹, Marcello Assumma¹,
Gabriella Pellegrini¹, Massimiliano Di Renzi²,
Patrizia Cirulli¹, Carla Fioriello¹
e Carla Zaccaro¹

¹Azienda Ospedaliera "San Camillo-Forlanini", Roma

²Università degli Studi "La Sapienza", Roma

L'incidenza delle infezioni ospedaliere (IO) nelle terapie intensive neonatali (TIN) presenta un'ampia variabilità in letteratura, dall'8% al 30% (1, 2); in Italia, in uno studio multicentrico del 1993-94 (3, 4), fu stimata un'incidenza media di IO di circa il 25%, con una variabilità tra le TIN partecipanti definita "impressionante" dagli stessi autori.

Presso la terapia intensiva e subintensiva neonatale (SUBTIN) dell'Ospedale "San Camillo" di Roma, tra il 16 aprile e il 15 ottobre 2002, con l'obiettivo principale di determinarne l'incidenza, è stata condotta la sorveglianza delle seguenti infezioni: polmoniti, batteriemie con conferma di laboratorio, sepsi cliniche, infezioni locali correlate alla linea vascolare centrale (LVC), infezioni delle vie urinarie (IVU), meningiti, enterocolite necrotizzante. Sono state adottate le definizioni di caso dei Centers for Disease Control and Prevention - CDC (5), che prevedono la combinazione di criteri clinici, microbiologici e strumentali. Sono state considerate di origine materna le infezioni insorte entro 48 ore dalla nascita, ospedaliere quelle sviluppatesi dopo 48 ore di vita. Secondo i criteri del National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System dei CDC (6, 7), le batteriemie/sepsi cliniche sono state definite associate alla LVC e le polmoniti associate al ventilatore, se sviluppatesi in neonati esposti alla procedura invasiva in uso nelle 48 ore prima della loro insorgenza. Trattandosi di sorveglianza attiva, la raccolta delle informazioni è stata effettuata presso i reparti da operatori esterni (infermieri addetti al controllo delle IO). I dati sono stati archiviati e analizzati con il programma Epi Info 6.04b.

Nel semestre in esame sono stati ricoverati in TIN e/o SUBTIN 117 neonati, con una durata mediana della degenza di 21 giorni. Un neonato su quattro aveva un peso alla nascita $\leq 1\,500$ g, circa il 78% era nato da taglio cesareo, uno su cinque da gravidanza gemellare. Quattro bimbi (3,4%) sono deceduti durante il ricovero in neonatologia, per motivi diversi dalle infezioni. Solo 15 neonati (12,8%) non avevano fattori di rischio prenatali. Per 105 bambini era disponibile il dato su eventuali infezioni/colonizzazioni materne, riscontrate in 24 madri (22,9%), di cui 6 con positività per *Streptococcus* di gruppo B e 4 per *Candida*.

Nei 117 neonati l'incidenza cumulativa di infetti è risultata del 12% e quella di infezioni del 13,7%; due infezioni di *Streptococcus* sono insorte entro 48 ore dalla nascita e vengono escluse dal computo delle IO. Le più frequenti infezioni ospedaliere per localizzazione sono le IVU (6, pari al 42,9%), seguite dalle batteriemie/sepsi cliniche (5, pari al 35,7%, di cui 2 batteriemie e 3 sepsi cliniche). Sono state inoltre rilevate una polmonite, un'enterocolite necrotizzante e un'infezione locale associata alla LVC. Il patogeno più frequente è *Candida* spp, di cui un ceppo (*C. glabrata*) è stato isolato in una delle due batteriemie; nell'altra, l'agente eziologico rilevato era *Staphylococcus capitis*.

La Tabella riporta, per peso alla nascita, l'incidenza delle IO globalmente considerate e l'incidenza delle IO associate a procedure invasive (batteriemie/sepsi cliniche per 1 000 giorni di esposizione alla LVC e polmoniti per 1 000 giorni di ventilatore). L'incidenza cumulativa delle IO è significativamente più elevata nei neonati di peso alla nascita molto basso ($p < 0,01$), in cui non sono state però rilevate né batteriemie/sepsi cliniche né polmoniti. Considerando solo due classi di peso alla nascita ($\leq 1\,500$ g e $> 1\,500$ g), la densità di incidenza delle batteriemie/sepsi cliniche associate alla LVC è rispettivamente di 2,7 (intervallo di confidenza (IC) al 95%: 0-14,8) e di 5,8 (IC al 95%: 0,1-20,7) per 1 000 giorni di esposizione alla LVC; per le polmoniti associate al ventilatore la densità di incidenza, nella sola classe di peso $> 1\,500$ g, è di 14,7 per 1 000 giorni di esposizione al ventilatore (IC al 95%: 0,4-79,2).

Il rapporto di utilizzazione della LVC aumenta con l'incremento del peso alla nascita; un trend simile si registra per l'esposizione al ventilatore.

Tabella - Infezioni ospedaliere (IO) ed esposizione a procedure invasive per peso alla nascita (16 aprile-15 ottobre 2002)

Caratteristiche	Peso alla nascita				Totale
	≤ 1 000 g	1 001-1 500 g	1 501-2 500 g	> 2 500 g	
Neonati inclusi	9	21	50	36	117 ^a
Giorni complessivi di degenza	625	1 155	1 387	348	3.515
Giorni di degenza in TIN e SUBTIN	536	882	891	307	2.616
Neonati con IO (%)	5 (55,6)	3 (14,3)	4 (8,0)	0	12 (10,3)
IO (incidenza cumulativa %)	5 (55,6)	4 (19,0)	5 (10,0)	0	14 (12,0)
Densità di incidenza di IO per 1 000 gg complessivi di degenza	8,0	3,5	3,6	0	4,0
Esposti alla linea vascolare centrale (LVC) (%)	7 (77,8)	20 (95,2)	25 (50,0)	22 (61,1)	75 1 (64,1)
Giorni di esposizione alla LVC	120	253	217	130	720
Rapporto di utilizzazione della LVC in % ^b	24,5	29,5	42,3	56,3	34,4
Batteriemie/sepsi cliniche associate alla LVC	0	1	2	0	3
Densità di incidenza delle batteriemie/sepsi cliniche associate alla LVC per 1 000 gg di LVC	0	4,0	9,2	0	4,2
Esposti al ventilatore (%)	4 (44,4)	8 (38,1)	13 (26,0)	10 (27,8)	35 (30,2)
Giorni di esposizione al ventilatore	9	12	40	28	89
Rapporto di utilizzazione del ventilatore in % ^b	1,7	1,4	4,5	9,1	3,4
Polmoniti associate al ventilatore	0	0	1	0	1
Densità di incidenza delle polmoniti associate al ventilatore per 1 000 gg di ventilatore	0	0	25,0	0	11,2

(a) Di un neonato non è noto il peso alla nascita; (b) calcolato rispetto ai giorni di degenza in TIN e SUBTIN

Pur con la dovuta cautela per la bassa numerosità della popolazione in esame, i risultati del nostro studio possono essere considerati soddisfacenti, se confrontati con quelli della letteratura (1, 2) e, in particolare, dello studio multicentrico italiano del 1993-94 (3, 4). Ciò vale soprattutto per i neonati di peso ≤ 1 500 g, in merito sia all'incidenza delle infezioni più gravi (batteriemie/sepsi cliniche e polmoniti) che al ricorso a procedure invasive come la LVC e il ventilatore.

Gli indicatori del NNIS System dei CDC si confermano un utile strumento di sorveglianza delle IO in un'area critica, come quella delle TIN. Appare sempre più opportuna la costruzione di una rete nazionale di sorveglianza, che fornisca con continuità dati epidemiologici di riferimento, in modo da consentire appropriati confronti tra le diverse realtà assistenziali.

Il commento

Maria Luisa Moro

Responsabile Area di Programma Rischio Infettivo,
Agenzia Sanitaria Regionale, Bologna

Le unità di terapia intensiva neonatale (TIN) rappresentano aree particolarmente critiche per chi ha la responsabilità di contenere il rischio di infezione in ospedale entro livelli accettabili. L'incidenza di infezio-

ni è, infatti, particolarmente elevata, sia per le particolari condizioni di suscettibilità che per le molteplici occasioni di trasmissione delle infezioni attraverso le pratiche assistenziali. A fronte di questi rischi, i programmi di controllo non sempre riescono a mantenere livelli costanti di adesione alle pratiche raccomandate (ad esempio, il lavaggio delle mani) (8).

Disporre di dati, di processo o di esito, utili a effettuare un audit delle misure di prevenzione e controllo del rischio infettivo in questi reparti è essenziale: per identificare quali siano in ciascun contesto i rischi evitabili, per sensibilizzare gli operatori, per mantenere alto il livello di attenzione.

Nello studio condotto presso l'ospedale "San Camillo" di Roma, è stato utilizzato per 6 mesi il modello di sorveglianza delle infezioni proposto dai CDC statunitensi, adottato negli Stati Uniti nell'ambito di una rete di ospedali sentinella a livello nazionale (NNIS). Il NNIS rileva dati concernenti l'incidenza di infezioni (esito) e la frequenza di ricorso a procedure invasive (processo); i dati vengono pubblicati annualmente, riportando la distribuzione di questi indicatori nelle diverse TIN, in modo che ciascuna di esse possa valutare come si colloca rispetto alle altre. Questo modello, nelle unità di terapia intensiva per adulti partecipanti al NNIS, è stato efficace a produrre una riduzione significativa dell'incidenza di infezioni nell'arco di 10 anni (1990-99).

In altri Paesi, ad esempio, la Gran Bretagna, le unità di terapia intensiva per adulti e neonatali non sono invece state incluse nella rete di sorveglianza nazionale, che rileva invece dati sulle infezioni della ferita chirurgica (mediante sorveglianza attiva) e sulle sepsi (attraverso il laboratorio). Alla base di questa scelta vi è la considerazione che le infezioni che insorgono in pazienti critici sono spesso determinate da fattori di rischio intrinseci e che di conseguenza il confronto tra centri è reso difficile dall'effetto confondente di differenze nel case-mix dei pazienti trattati.

A tale proposito, Gastmeier, ha rilevato come solo i centri i terapia intensiva con scostamenti estremi dalla mediana (centri che si collocavano sopra il 90° percentile) potessero essere effettivamente considerati outlier; solo in questi l'elevata frequenza di infezioni rilevata corrispondeva, infatti, a pratiche substandard per il controllo delle infezioni (9).

Da una parte abbiamo, quindi, l'osservazione empirica del NNIS, in cui la partecipazione a un sistema di sorveglianza produce un miglioramento della qualità dell'assistenza, misurabile in una riduzione dell'incidenza di infezioni (probabilmente per l'effetto Hawthorne dell'essere sorvegliati), dall'altra i dubbi sollevati da molti sull'opportunità di utilizzare i tassi di incidenza in area critica come strumento per il benchmarking.

La risposta sta probabilmente nel conservare un giusto equilibrio, utilizzando più indicatori per valutare la bontà dei programmi di controllo attuati: indicatori di esito, quali l'incidenza di infezioni in pazienti esposti a procedure invasive, ma anche il verificarsi o meno di epidemie o la diffusione di patogeni sentinella (realizzando quanto più possibile una sorveglianza stabile, che dura nel tempo); indicatori di processo, quali il ricorso a procedure invasive, ma anche osservazioni mirate sul lavaggio delle mani o sulle modalità di gestione delle procedure invasive; indicatori di struttura, quali la disponibilità di protocolli condivisi e rispondenti a standard di buona pratica assistenziale, o di personale adeguatamente formato rispetto al rischio infettivo.

La lettura integrata di tutte queste dimensioni consentirà di valutare se ci si trova di fronte a una situazione "soddisfacente" oppure se è il caso di avviare interventi ulteriori.

Riferimenti bibliografici

1. Baltimore RS. Neonatal nosocomial infections. *Seminars in Perinatology* 1998;22:25-32.
2. Fanos V, Cataldi L. Infezioni ospedaliere in terapia intensiva pediatrica e neonatale: un aggiornamento epidemiologico. *Ped Med Chir* 2002;24:13-20.
3. Moro ML, Stolfi I. Studio multicentrico sulle infezioni nosocomiali in TIN. *Riv Ital Pediatr* 1996;22:711-14.
4. Stolfi I, Moro ML, Lana S. Frequenza e variabilità delle infezioni ospedaliere in Terapia Intensiva Neonatale. *Riv Ital Pediatr* 1999;25:193-200.

5. Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, et al. CDC definitions for nosocomial infections. In: Olmsted RN (Ed.). *APIC infection control and applied epidemiology: principles and practice*. St Louis: Mosby, 1996. p. A-1-20.
6. Horan TC, Emori TG. Definitions of key terms used in the NNIS System. *Am J Infect Control* 1997;25:112-6.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *MMWR* 2002;51:RR-10.
8. Pittet D, Mourouga P, Perneger TV. Compliance with hand-washing in a teaching hospital. *Infection control program*. *Ann Intern Med* 1999;130(2):126-30.
9. Gastmeier P, Sohr D, Geffers C, et al. Are nosocomial infection rates in intensive care units useful benchmark parameters? *Infection* 2000;28(6):346-50.

Sorveglianze nazionali

APPROPRIATEZZA DI USO DELLE STATINE NELLE PERSONE A ELEVATO RISCHIO CARDIOVASCOLARE

**Luigi Palmieri¹, Michela Trojani¹, Diego Vanuzzo²,
Salvatore Panico³ e Simona Giampaoli¹**

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

²Centro per la Lotta contro le Malattie Cardiovascolari,
ASS4 Medio Friuli, Agenzia Regionale della Sanità
del Friuli-Venezia Giulia, Udine

³Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale,
Università degli Studi "Federico II", Napoli

In base alla nota 13 della Commissione Unica del Farmaco (CUF), la rimborsabilità dei farmaci ipocolesterolemizzanti è prevista nelle seguenti condizioni:

- pazienti che hanno avuto un infarto del miocardio (prevenzione secondaria);
- persone che hanno LDL (low density lipoproteins) ≥ 160 mg/dl e ipercolesterolemia familiare;
- persone che rientrano nel 20% di rischio a 10 anni eleggibili di terapia ipocolesterolemizzante.

Per valutare quest'ultimo gruppo è indicato l'utilizzo della carta del rischio (1).

Obiiettivo di questo lavoro, che segue quello già pubblicato nel BEN precedente (2), è quello di valutare l'appropriatezza della terapia farmacologica ipocolesterolemizzante in un campione di popolazione generale, l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC), costituito da 4 900 uomini e 4 800 donne di età 35-74 anni, ed esaminati tra il 1998 e il 2002 (3).

La Tabella riporta separatamente per i due sessi e per diverse fasce di età il numero dei soggetti esaminati (A), il numero di pazienti che avevano avuto l'infarto del miocardio (B), e di questi la percentuale di coloro che erano in trattamento continuativo con statine (C), la proporzione delle persone, esenti da infarto, ma che presentavano LDL ≥ 160 mg/dl e familiarità per ipercolesterolemia (D) e di queste la percentuale di quelle sot-

Tabella - Stima della prevalenza percentuale degli uomini e delle donne appartenenti alla popolazione dell'OEC trattate per ipercolesterolemia secondo differenti condizioni di rischio CVD, per decenni d'età

Fasce d'età	A	B n.	C %	D n.	E %	F n.	G %
Uomini							
≤ 39	552	0	-	29	6,9	-	-
40-49	1 173	5	20,0	80	6,3	0	0,0
50-59	1 287	18	27,8	89	6,7	10	30,0
60-69	1 315	22	54,5	42	19,0	193	17,6
≥ 70	581	43	7,0	15	6,7	-	-
Totale	4 908	88	23,9	255	8,6	203	18,2
Donne							
≤ 39	545	0	-	15	6,7	-	-
40-49	1 215	2	0,0	60	8,3	0	0,0
50-59	1 227	2	0,0	123	12,2	11	100,0
60-69	1 254	10	40,0	104	17,3	59	89,8
≥ 70	559	7	0,0	38	15,8	-	-
Totale	4 800	21	19,0	340	13,2	70	91,4

A = Soggetti esaminati; B = Soggetti con precedente infarto; C = % di B sotto trattamento ipocolesterolemizzante; D = Soggetti con familiarità di ipercolesterolemia e LDL $\geq$ 160 mg/dl; E = % di D sotto trattamento ipocolesterolemizzante; F = Soggetti con rischio CVD $\geq$ 20% ed eleggibili di trattamento ipocolesterolemizzante; G = % di F sotto trattamento ipocolesterolemizzante

to trattamento ipocolesterolemizzante (E); infine, per le classi di età corrispondenti alla carta del rischio cardiovascolare (CVD), dopo aver escluso anche i pazienti che avevano avuto un precedente accidente cerebrovascolare (45 uomini e 28 donne) sono state applicate le carte e valutata la numerosità delle persone a rischio $\geq$ 20% ed eleggibili di terapia ipocolesterolemizzante (F) e la percentuale di coloro che hanno dichiarato di fare terapia continuativa (G). Non potendo calcolare esattamente il 20% superiore e coloro che si trovavano già in terapia farmacologica, abbiamo considerato tutti coloro che seguivano una terapia farmacologica ipocolesterolemizzante e antipertensiva come appartenenti alla classe più alta dei rispettivi fattori di rischio.

Altri dati sull'utilizzo adeguato della terapia ipocolesterolemizzante nella popolazione generale non sono disponibili; è difficile valutare pertanto quanto del consumo attuale sia dovuto a prevenzione secondaria, quanto alla primaria e di questa quale quota sia dovuta al calcolo del rischio individuale oppure alla presenza di dislipidemia. A una prima impressione, sembrerebbe che il trattamento venga realizzato solo parzialmente in prevenzione secondaria (23,9% dei casi negli uomini, con un gradiente crescente con l'aumentare dell'età e con una rapida caduta dopo i 70 anni), e nella familiarità (8,6%), dove sarebbe indicato e consigliato in modo continuativo. Per quanto riguarda il terzo gruppo di persone, quelle che rientrano nel 20% di rischio a 10 anni, su cui sarebbe indicata l'applicazione della carta per la definizione di alto rischio, la loro applicazione risulta a tutt'oggi ancora inferiore a quanto suggerito nelle note della CUF, in particolare negli uomini, che hanno un rischio più elevato di andare incontro a malattia cardiovascolare in età giovanile (4).

L'appropriato utilizzo delle statine sulla popolazione generale appare un obiettivo ancora lontano da raggiungere, guardando i dati, sia pur indiretti, che sono disponibili.

È pertanto fondamentale che medici di medicina generale e cardiologi utilizzino il contesto regolatorio alla luce delle evidenze scientifiche che documentano l'efficacia del trattamento continuativo con statine nei: soggetti con patologie cardiovascolari, con dislipidemie familiari e infine nelle persone ad alto rischio cardiovascolare assoluto valutate attraverso la carta del rischio.

Riferimenti bibliografici

1. Le nuove note CUF: Nota 13. Ministero della Sanità Dipartimento per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza. 2000;5-6: 7-9.
2. Palmieri L, Trjani M, Traversa G, et al. Identificazione degli individui a elevato rischio cardiovascolare. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* - Inserto BEN 2004; 17(2): i-iii.
3. Giampaoli S, Vanuzzo D. Atlante italiano delle malattie cardiovascolari. *Italian Heart Journal* 2003;4(4 suppl.): 1-121.
4. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the second joint task force of European and other societies on coronary prevention. *Eur Heart J* 1998;19:1434-503.

Comitato editoriale BEN

Donato Greco, Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli, Marina Maggini, Stefania Salmaso

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

segue

elementi potenzialmente interessanti. Il primo è un confronto tra principi e valori tipici della bioetica nord-americana rispetto a quelli della bioetica europea. Il secondo è un approfondimento sulle diverse posizioni presenti all'interno della bioetica europea.

Per quanto riguarda il confronto tra i due continenti, è noto come il percorso della bioetica sia stato profondamente segnato dal sistema principialista statunitense, che fa riferimento ai ben noti "principi" (autonomia, beneficienza, non maleficenza, giustizia). I principi statunitensi erano stati inizialmente proposti, limitatamente alla sperimentazione sull'uomo, con il cosiddetto Rapporto Belmont della National Commission for the Protection of Human Subjects of biomedical and Behavioral Research operante dal 1974 al 1978 (4). Contemporaneamente al rapporto della Commissione, T.L. Beauchamp e J.F. Childress proposero l'adozione dei medesimi principi per affrontare ogni problema di etica sollevato dalla biologia e dalla medicina, allargando quindi i confini rispetto alla sperimentazione sull'uomo cui si riferiva il Rapporto Belmont (5). Il sistema principialista è stato però discusso, soprattutto in Europa, e sono state elaborate diverse proposte per migliorarlo, recependo parzialmente alcuni spunti, oppure per sostituirlo completamente (6). Alcuni autori hanno individuato una prospettiva europea, in particolare mediterranea, che condivide, almeno parzialmente, i principi statunitensi, ma li colloca in una posizione differente, considerando la diversità delle tradizioni filosofiche e culturali che caratterizzano i due continenti (7). I principi della dignità, della precauzione e della solidarietà, corrisponderebbero meglio, secondo alcuni filosofi, alla cultura europea rispetto ai principi nordamericani (8). Lo studio sui valori propri della bioetica europea che con il progetto EuroPHEN si vuole approfondire porterà utili contributi in proposito.

Per quanto riguarda il confronto tra le diverse opinioni espresse all'interno dell'UE, si deve riconoscere che, malgrado la possibilità ora ricordata di individuare un approccio europeo, in particolare in contrapposizione al paradigma statunitense, esistono all'interno del nostro continente tendenze diverse, separate da fratture talvolta profonde. Le differenze nascono da diverse motivazioni. Una di queste riguarda alcune premesse culturali diverse tra Europa settentrionale e meridionale. Almeno fino al XVII secolo la filosofia nord-europea, in particolare anglosassone, è stata infatti caratterizzata da un approccio empirico che accordava importanza alla valutazione delle conseguenze (da cui il successo dell'approccio utilitaristico tipico del mondo anglofono). Al contrario, la filosofia dell'Europa centromeridionale ha privilegiato l'approccio tipico

delle etiche deontologiche che mirano a individuare principi universali moralmente vincolanti. Riferendosi ai nostri giorni, e ad aspetti più operativi, le differenze sono particolarmente evidenti su alcuni temi controversi, quale, ad esempio, la ricerca su cellule staminali embrionali umane. La Commissione Europea, consapevole di tali discrepanze, promuove periodicamente studi di rassegna comparativa tra le varie Nazioni per quanto riguarda linee guida di comitati etici, normative e percezione pubblica sul tema delle cellule staminali embrionali (9). L'etica della sanità pubblica non ha forse a livello europeo lacerazioni altrettanto profonde, anche se approcci differenti nei vari Paesi sono evidenti (10).

Dal progetto EuroPHEN si auspica di trarre approfondimenti in questo senso, potenzialmente utili per il lavoro sia degli operatori di sanità pubblica, sia dei bioeticisti.

(*) *Partecipanti al gruppo di lavoro:* Donato Greco, Rosalia Azzaro Pulvirenti, Pietro Comba, Maurella Della Seta, Adriana Dracos, Sabina Gainotti, Laura Guidoni, Paola Meli, Roberto Pasetto, Carlo Petrini, Francesco Rosmini, Gabriella Scuderi, Domenica Taruscio, Virgilia Toccaceli, Monica Vichi.

Riferimento bibliografici

1. Dallaire M. Un concept d'intégration de la bioéthique en santé publique. *Ruptures* 1998; 5(2): 208-24.
2. Ministero della Salute. Il quadro di riferimento. In: *Piano Sanitario Nazionale 2003-05* (www.ministerosalute.it).
3. I documenti del programma "Scienza e società" sono accessibili dal sito web: europa.eu.int/comm/research/science-society/index_it.html
4. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral research. *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of human Subjects of Research*. Washington: US Office for Protection from Research Risks, National Institutes of Health, Public Health Service, Human Health Service; 1979.
5. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press; 2001. 480 p.
6. Spagnolo AG. Trent'anni di bioetica. Ripensare alla origini, ai problemi e alle prospettive di una formazione. *Camillianum* 2001; 1(1): 33-72.
7. Gracia Guillen D. Un modello mediterraneo di bioetica? *Bioetica e cultura* 2001; 1: 13-24.
8. Häyry M. European values in bioethics: why, what, and how to be used? *Theoretical Medicine and Bioethics* 2003; 24(3): 199-214.
9. Commissione delle Comunità Europee, Direzione Generale Ricerca. *Survey on opinions form national ethics committees or similar bodies, public debate and national legislation in relation to human embryonic stem cell research and use*. Vol 1; Vol 2 (europa.eu.int/comm./research/biosociety/bioethics/documents_en.htm).
10. Weil S. Setting priorities for health in Europe. *European Journal of Public Health* 1998; 8(3): 256-8.

SEIEVA 2002

Sorveglianza Epidemiologica dell'Epatite Virale Acuta



Alfonso Mele (responsabile del SEIEVA)

Hanno collaborato:

Andrea Mariano, Enea Spada, Maria Elena Tosti, Fabrizio Marzolini e Tommaso Stroffolini

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

Riassunto - Vengono presentati i dati di incidenza dell'epatite virale acuta da HAV, HBV e HCV in Italia nel 2002. Tali dati vengono commentati in relazione alla loro variazione temporale e geografica individuando la tipologia di soggetti a maggior rischio.

Parole chiave: epatite virale, incidenza, fattori di rischio, Italia

Summary (SEIEVA 2002. *Surveillance system for acute viral hepatitis*) - Incidence rates of HAV, HBV and HCV acute viral hepatitis in Italy in 2002 are presented. Results are discussed with regard to temporal and geographical trends and characterizing subjects at major risk.

Key words: viral hepatitis, incidence, risk factors, Italy

amele@iss.it

Il SEIEVA (Sorveglianza Epidemiologica dell'Epatite Virale Acuta), operativo dal 1985 e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le ASL, attraverso l'integrazione di questionari epidemiologici standardizzati con i risultati virologici, permette di descrivere l'epidemiologia dell'epatite virale acuta tipo specifico e stimare il contributo relativo dei diversi fattori di rischio coinvolti nella trasmissione dei virus epatitici. Ciò permette di definire le misure preventive alle quali dare priorità e monitorare gli effetti dei programmi di prevenzione.

Nel 2002 i nuovi casi di epatite a trasmissione sia oro-fecale che parenterale si presentano in riduzione rispetto al periodo precedente. Nella Tabella 1 vengono riportati i tassi annuali di incidenza dei casi di epatite acuta da virus epatici maggiori nel periodo 1985-2002.

Per l'epatite A viene confermato un trend in ulteriore riduzione dopo il picco raggiunto con l'epidemia del 1997 che coinvolge principalmente la Puglia. L'incidenza risulta, comunque, ancora maggiore nell'Italia meridionale e insulare rispetto al Centro-Nord (Tabella 2).

Per l'epatite B è stata raggiunta l'incidenza più bassa finora registrata dal SEIEVA; risultano più colpiti i soggetti residenti al Centro-Nord e con età superiore a

25 anni (Tabella 2). Il 2003 segna un momento importante per gli interventi di profilassi dell'infezione da HBV poiché vengono a fondersi le due coorti di soggetti sottoposti alla vaccinazione obbligatoria di massa a partire dal 1991: i nuovi nati e i bambini al compimento del 12° anno di vita. Vista la copertura generalmente elevata di tale vaccinazione e la sua provata efficacia, oggi in Italia la grande maggioranza dei cittadini con meno di 24 anni risulta protetta dall'infezione da HBV. Attualmente è in corso uno studio di valutazione dell'immunogenicità a lungo termine della vaccinazione anti-epatite B in Italia per definire l'eventuale necessità di richiami vaccinali a 10 anni dal ciclo primario.

Anche per l'epatite nonA-nonB (l'80% dei casi risulta anti-HCV positivo al momento del ricovero nel periodo 1998-2002) è stato raggiunto il *nadir* di incidenza. Utilizzando i casi di epatite A come controlli, negli ultimi 6 anni i fattori di rischio risultati significativamente associati all'infezione da HCV risultano essere: la tossicodipendenza per via endovenosa, la convivenza con altro soggetto HCV positivo, le procedure mediche invasive, i trattamenti estetici.

Nella versione online di questo contributo è disponibile una selezione di articoli di particolare interesse (www.iss.it).

Tabella 1 - Tassi di incidenza (per 100 000) dell'epatite A, epatite B ed epatite non-A, non-B per età e anno. SEIEVA 1985-2002

Epatite A																		
Età	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
0-14	29	4	6	4	2	3	8	11	7	11	5	10	31	8	3	3	5	2
15-24	16	7	6	5	4	5	7	15	9	14	6	18	57	15	5	5	5	3
25 e +	2	3	1	1	2	2	2	2	3	2	1	3	6	4	2	2	2	2
Totale	10	4	2	2	2	2	4	6	5	6	3	7	19	6	3	3	3	2
Epatite B																		
Età	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
0-14	6	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0,5	0,4	0,3	0,1	0,5	0,2
15-24	41	35	31	22	19	17	12	10	10	6	6	5	5	4	3	2	1,5	1,3
25 e +	7	9	8	5	5	4	4	3	4	4	3	3	4	3	3	2	2,5	2
Totale	12	12	10	7	6	5	5	4	4	3	3	3	3	3	2	2	2	1,5
Epatite non-A e non-B																		
Età	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
0-14	2	1	0,5	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0,2	0,1	0,4	0,1
15-24	16	10	8	9	8	6	5	4	3	3	2	2	1	1	1	0,7	1	1
25 e +	4	4	3	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	0,7	1	1
Totale	5	4	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	0,6	1	0,5

Tabella 2 - Tassi annuali (per 100 000) per età, sesso ed area geografica delle epatiti virali acute. SEIEVA 2002

Epatite	Fasce d'età	Nord-Centro*			Sud-Isole**			Italia		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Epatite A	0-14	2,4	2	2,2	3	2,3	3	3	2,1	2,4
	15-24	1,5	1,3	1,4	7,2	5,4	6,3	4	3	3,2
	25 e +	2,4	0,9	2	3	1,1	2	2,5	0,9	2
	Totale	2,2	1,1	1,7	3,5	2,0	3	2,7	1,4	2,1
Epatite B	0-14	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
	15-24	2	1,1	2	0,7	0,8	0,8	1,5	1	1,3
	25 e +	4	1	2,4	1,4	0,7	1,1	3,2	0,9	2
	Totale	3	0,9	2	0,9	0,6	0,8	2,3	1	1,5
Epatite non-A, non-B	0-14	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
	15-24	1,0	0,4	0,7	0,8	0,3	0,6	0,9	0,4	0,6
	25 e +	0,8	0,5	0,7	0,9	0,3	0,6	0,9	0,5	0,6
	Totale	0,7	0,4	0,6	0,6	0,2	0,4	0,7	0,4	0,5
Epatite non classificata	0-14	0,1	0,1	0,1	0,4	0,6	0,5	0,2	0,3	0,2
	15-24	0,0	0,1	0,0	2,4	0,6	1,5	0,9	0,3	0,6
	25 e +	0,0	0,1	0,1	0,7	0,4	0,5	0,2	0,2	0,2
	Totale	0,1	0,0	0,1	0,9	0,5	0,7	0,3	0,2	0,3

(*) Provincia autonoma di Bolzano, Piemonte, Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo

(**) Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna, Sicilia

Prospettive nell'impiego di sostanze biologicamente attive: dal laboratorio ai saggi clinici nei tumori e nell'AIDS

Roma, 19-20 febbraio 2004

Paola Verani

Dipartimento Malattie Infettive ed Immunomediate, ISS

Riassunto - Un Convegno scientifico internazionale è stato dedicato alla memoria del Prof. Giovanni Battista Rossi, Direttore del Laboratorio di Virologia di questo Istituto, nel decennale della sua scomparsa. L'obiettivo del Convegno è stata la presentazione, da parte di esperti stranieri e di ricercatori italiani, collaboratori e allievi del Prof. Rossi (che hanno lavorato nel contesto dei Progetti Nazionali di ricerca sull'AIDS), dei risultati delle loro più recenti ricerche nei campi dell'associazione citochine-tumori e dell'AIDS, argomenti nei quali si era svolta l'attività di ricerca del Prof. Rossi.

Parole chiave: citochine, tumori, AIDS

Summary (*Perspectives in the use of biologically active substances: from the laboratory to the clinical trials in cancer and AIDS*) - A scientific meeting has been organized as a memorial event in honour of Prof. Giovanni Battista Rossi, Director of the Laboratory of Virology of the Istituto Superiore di Sanità (National Institute of Health) on the tenth anniversary of his death. The purpose of the Meeting was to gather selected reference experts and a few Italian scientists, who worked either with Prof. Rossi in the context of the Italian National Projects on AIDS. They presented their recent studies on cytokines/cancer and AIDS, fields of research activity of Prof. Rossi.

Key words: cytokines, cancer, AIDS

verani@iss.it

Nei giorni 19 e 20 febbraio, si è svolto presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), un Convegno scientifico internazionale dedicato alla memoria del Prof. Giovanni Battista Rossi nel decennale della sua scomparsa. Il Prof. Rossi è stato Direttore del Laboratorio di Virologia di questo Istituto dalla data della sua istituzione nel 1982 fino al momento della sua scomparsa. Nell'ambiente della ricerca era molto conosciuto sia a livello nazionale che internazionale per il suo importante contributo allo studio sul ruolo dell'interferone e delle citochine nelle patologie tumorali e infettive. Inoltre, fin dai primi anni '80, Giovanni B. Rossi aveva subito compreso l'importanza di concentrare le energie culturali e materiali nella lotta contro l'AIDS. La sua attività in questo campo è stata intensa sia a livello nazionale che

internazionale e fondamentale è stato il suo contributo per la realizzazione dei Progetti Nazionali di ricerca sull'AIDS finanziati da questo Istituto, dei quali è stato il responsabile scientifico. Rivoluzionaria per l'Italia a quell'epoca è stata l'impostazione da lui data alla struttura dei Progetti e l'introduzione di un nuovo stile nel sistema di finanziamento delle proposte di ricerca.

Il Convegno si è articolato in 7 sessioni, ognuna dedicata ad argomenti scientifici nei quali si era svolta l'attività di ricerca del Prof. Rossi. In ognuna delle sessioni, dopo una relazione introduttiva di un qualificato esperto straniero competente in materia, ricercatori italiani, alcuni collaboratori diretti del Prof. Rossi, hanno presentato le loro più recenti ricerche nei campi dell'associazione citochine-tumori e dell'AIDS.



Prof. Giovanni Battista Rossi

Durante il Convegno si è svolta una cerimonia, alla presenza della moglie e dei figli del Prof. Rossi, durante la quale il Prof. Garaci, Presidente dell'Istituto, ha dedicato un'aula alla sua memoria nella nuova sede distaccata dell'Istituto in via Giano Della Bella: questo evento ha rappresentato per tutti i presenti, nei quali è ben vivo il ricordo di Giovanni B. Rossi, un momento di intensa commozione.

Nell'introduzione al Convegno, il Prof. Garaci ha ricordato la figura del Prof. Rossi elencando i principali contributi forniti nel corso della sua attività di ricerca sia svolta in laboratori americani, studiando soprattutto modelli di leucemie murine indotte da retrovirus con la Dott.ssa Charlotte Friend, sia, al suo rientro in Italia nel 1968, in questo Istituto dove aveva formato un suo gruppo di ricerca per lo studio degli effetti dell'interferone sulla crescita cellulare e sul differenziamento e successivamente per studi sulla patogenesi dell'AIDS. Ha inoltre ricordato il Prof. Rossi come organizzatore infaticabile e attento di Congressi internazionali di grande successo. Di particolare importanza e prestigio è stata l'organizzazione della "VII International Conference on AIDS" tenutasi a Firenze nel giugno 1991, con la partecipazione di circa 10 000 scienziati provenienti da tutto il mondo. Il Prof. Garaci ha quindi sottolineato come il Prof. Rossi, nello svolgere con grande responsabilità i numerosi incarichi assegnatigli, abbia contribuito ad aumentare il prestigio dell'Istituto in Italia e all'estero.

Le successive sessioni scientifiche sono state dedicate a: Citochine e tumori; Differenziamento e tumori; Trasduzione del segnale e regolazione dell'espressione genica da parte degli interferoni in condizioni normali e patologiche; L'intervento pubblico e la ricerca sull'AIDS; Patogenesi dell'AIDS; Terapia delle infezioni da HIV e Sviluppo di vaccini

per l'AIDS. Tutti i moderatori e relatori hanno ricordato con poche ma efficaci parole il loro rapporto di collaborazione con il Prof. Rossi ed illustrato i risultati più recenti delle loro ricerche che si sono sviluppate in molti casi da idee originali impostate anni prima dal Prof. Rossi.

La relazione introduttiva della sessione "Citochine e tumori" è stata tenuta dal Prof. Ion Gresser del Centre des Recherches biomédicales des Cordeliers di Parigi, che ha a lungo collaborato con Giovanni B. Rossi e Charlotte Friend sull'interferone e sulla sua attività antitumorale.

La sessione è proseguita con l'intervento di Filippo Belardelli dell'ISS, che ha riassunto 25 anni di ricerca da lui svolta sull'interferone di tipo I iniziata nel gruppo di Giovanni B. Rossi e che ha aperto innovative prospettive di applicazioni cliniche quali l'impiego dell'interferone sia come adiuvante dei vaccini sia per la differenziazione/attivazione di cellule dendritiche autologhe allo scopo di generare vaccini terapeutici in pazienti con tumori o con alcune gravi infezioni croniche; in questa sezione sono anche intervenuti Alberto Mantovani, dell'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" di Milano e Giorgio Parmiani dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

La sessione "Differenziamento e Tumori" è stata introdotta dalla relazione di Samuel Waxman del Mount Sinai School of Medicine di New York, uno dei pionieri della terapia differenziativa dei tumori e dei meccanismi molecolari alla base dell'efficacia di tali terapie.

La sessione ha poi visto l'intervento di un clinico, il Prof. Robin Foà dell'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma, che ha presentato un elegante lavoro su come l'utilizzo dei profili di espressione genica in pazienti leucemici possa essere un valido strumento per l'identificazione di specifici geni in grado di essere predittivi della risposta del singolo paziente alla terapia e della durata della remissione. Questo è pertanto l'inizio delle cosiddette terapie personalizzate che rappresentano il futuro non solo nella cura dei tumori ma in generale di ogni intervento farmacologico.

Sono poi seguiti tre interventi di ricercatori del gruppo di Giovanni B. Rossi (Angela Battistini, Gianna Romeo ed Enrico Proietti dell'ISS) che hanno proseguito i suoi studi sugli effetti degli Interferoni quali agenti differenziativi sia per cellule eritroidi che per tumori solidi ed hanno evidenziato i meccanismi molecolari alla base di tali effetti ma anche l'attività immunomodulatoria degli interferoni sull'omeostasi del sistema immune in parte responsabile degli effetti antitumorali di queste citochine.



La Sig.ra Maria Luisa Rossi con il Prof. Enrico Garaci durante l'inaugurazione della nuova sede dell'ISS a via Giano della Bella, Roma

La prima giornata del Convegno si è chiusa con la sessione sulla “Trasduzione del segnale e la regolazione dell'espressione genica da parte degli interferoni”. Sono intervenuti il Prof. John Hiscott della McGill University di Montreal, e gli allievi di Giovanni B. Rossi (Elisabetta Affabris dell'Università degli Studi “Roma Tre”, Eliana Coccia, dell'ISS e Antonina Dolei dell'Università degli Studi di Sassari).

La seconda giornata del Convegno è stata dedicata all'AIDS. Di particolare rilievo è stata la lettura speciale data dal Prof. Jay Levy dell'University of California di San Francisco, uno dei primi ad aver identificato il virus responsabile dell'AIDS nel 1984. Paola Verani, dell'ISS, ha ripercorso le tappe dell'istituzione nel 1988 e dell'evoluzione fino a oggi dei Progetti Nazionali di ricerca sull'AIDS finanziati da questo Istituto e di cui Giovanni B. Rossi è stato responsabile scientifico. L'impostazione da lui data alla struttura dei Progetti e l'introduzione di un meccanismo di *peer-review* anonimo e trasparente per la valutazione delle proposte di ricerca e di un resoconto annuale basato su una discussione pubblica dei risultati sono stati la chiave del successo dei Progetti e gli sono valsi numerosi apprezzamenti sia in Italia che all'estero.

Nella sessione “Patogenesi dell'AIDS”, sono stati presentati contributi su vari aspetti del tema da:

Sergio Romagnani dell'Università degli Studi di Firenze; Mario Clerici dell'Università degli Studi di Milano; Guido Poli dell'Istituto “San Raffaele” di Milano e Maurizio Federico dell'ISS. Nell'introduzione alla sessione dedicata alla “Terapia dell'infezione da HIV”, Julio Montaner dell'University of British Columbia a Vancouver, ha riassunto le principali tappe dello sviluppo della terapia dell'AIDS sottolineando come a livello globale il successo del regime terapeutico HAART abbia drammaticamente evidenziato le differenze fra chi è in grado e chi non è in grado di permettersi il costo di tali terapie. Mentre la morbilità e mortalità collegate all'AIDS sono diminuite drasticamente nei Paesi industrializzati, nei Paesi del sud del mondo, la morbilità e mortalità per AIDS sono ancora totalmente fuori da ogni controllo.

La sessione è stata completata con gli interventi di Fernando Aiuti dell'Università degli Studi “La Sapienza” di Roma, sulla problematica del momento idoneo per iniziare la terapia con HAART o della possibilità di interruzioni programmate della terapia per ottenere la ricostituzione immunologica nei pazienti trattati; di Giuseppe Tambussi dell'Istituto “San Raffaele” di Milano, sul trattamento delle infezioni primarie da HIV e sulla possibilità di strategie terapeutiche alternative basate sull'uso di farmaci antiretrovirali in combinazione con sostanze in grado di modulare la funzione e la reattività del sistema immune; di Stefano Vella dell'ISS, sul problema dell'insorgenza e della selezione di varianti virali resistenti ai farmaci antiretrovirali. Il fenomeno della farmacoresistenza è infatti la principale causa di fallimento virologico della terapia antiretrovirale.

Il Convegno è terminato con una sessione dedicata allo sviluppo di vaccini per l'AIDS. Vi hanno preso parte: il Prof. Hans Wigzell del Karolinska Institute di Stoccolma; Mauro Bendinelli dell'Università degli Studi di Pisa, Fausto Titti e Barbara Ensolli dell'ISS, che ha presentato il razionale per l'allestimento di un vaccino basato sulla proteina regolatoria tat di HIV-1 e i risultati di esperimenti di vaccinazione con la tat.

A chiusura del Convegno il Prof. Giuliano D'Agnoletti dell'ISS, ha positivamente commentato l'eredità lasciata da Giovanni B. Rossi, chiaramente evidenziabile dai risultati presentati durante il Convegno e cioè un esempio di una grande vita dedicata, con intelligenza e generosità, alla crescita culturale dei propri collaboratori e allo sviluppo della ricerca scientifica.

Online è presente una versione più estesa di questo contributo.

Nello specchio della stampa

A cura dell'Ufficio Stampa, ISS



RAGGIUNTA UN'ALTRA TAPPA NELLA COMPrensIONE DEL VIRUS DELLA SARS

Quasi un anno fa l'epidemia SARS raggiungeva il picco di infezione e nel luglio l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiarava il cessato allarme. Un'emergenza, questa della SARS, che ha sempre visto l'impegno costante dei ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) presenti sia nella task force che nella Commissione emergenze sanitarie, istituite dal Ministro della Salute. Durante il periodo di maggior picco dell'epidemia oltre all'attività di sorveglianza, l'ISS ha anche messo a punto un test diagnostico definito dall'OMS "altamente specifico e sensibile". Ultimo dei risultati dell'Istituto in questo campo è un lavoro pubblicato su Journal of Virology (Salemi M, Fitch WM, Ciccozzi M, Ruiz-Alvarez MJ, Rezz G, Lewis MJ. Severe acute respiratory syndrome coronavirus sequence characteristics and evolutionary rate estimated from maximum likelihood analysis 2004;78(3): 1602-3) e svolto in collaborazione con l'Università di Irvine in California, che costituisce un passo avanti nella comprensione della struttura del virus. Di seguito abbiamo selezionato due stralci di articoli apparsi su due diversi quotidiani nazionali.

Franca Romani

Da Il Messaggero Cinese con la febbre, non era SARS. 5 febbraio 2004, p. 15

...Vanno comunque avanti le ricerche sul coronavirus responsabile della SARS. Uno studio italiano dell'Istituto Superiore di Sanità, coordinato da Giovanni Rezza, mostra che il virus avrebbe una velocità di mutazione estremamente elevata in un breve tratto del suo genoma, e simile a quella dell'HIV.



Il coronavirus sarebbe capace di produrre nel 10 per cento dei casi del suo genoma 8 mutazioni ogni volta che si replica. Spiegano i ricercatori dell'ISS che hanno lavorato assieme a un'equipe californiana, che il coronavirus mostra in realtà una bassa variabilità considerando il suo genoma nel complesso, tuttavia in alcune regioni la velocità di evoluzione è maggiore che in altre e questo comporta serie difficoltà nel caso che l'epidemia non fosse tenuta sotto controllo...

Da Il Mattino SARS, falso allarme a Malpensa. Gli italiani scoprono il segreto del virus. 5 febbraio 2004, p. 9

Lo stato di allerta resta alto anche in Italia dove oggi, per la seconda volta nel giro di una settimana si riunisce il comitato per le emergenze sanitarie, convocato dal Ministro della Salute Girolamo Sirchia. E a dimostrazione di quanto gli occhi siano puntati su quanto sta accadendo a oriente anche il falso allarme-SARS scattato ieri all'aeroporto di Malpensa. ...La sorveglianza anti-SARS in Italia resta vigile anche sul fronte della ricerca: studiosi dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Università di Irvine in California hanno scoperto come il coronavirus ritenuto responsabile della SARS cambia faccia modificando in modo superveloce il 10% delle sue informazioni genetiche. Il coronavirus mostrerebbe una "bassa variabilità" spiegabile con la sua recente introduzione nell'uomo, dicono gli epidemiologi Massimo Ciccozzi e Giovanni Rezza epidemiologi sottolineando però la sua capacità di accumulare mutazioni molto rapidamente con conseguenze difficili da prevedere, nel caso in cui l'epidemia non fosse tenuta sotto controllo...



SARS, I PERCHÉ DI UNA RICERCA E I SUOI ORIZZONTI: INTERVISTA A MASSIMO CICOZZI

Ce lo spiega Massimo Ciccozzi, ricercatore presso il reparto di Epidemiologia del Dipartimento di Malattie Infettive Parassitarie ed Immunomediate, uno degli autori insieme a Gianni Rezza direttore del reparto dell'articolo pubblicato su Journal of Virology (Salemi M, Fitch WM, Ciccozzi M, Ruiz-Alvarez MJ, Rezza G, Lewis MJ. Severe acute respiratory syndrome coronavirus sequence characteristics and evolutionary rate estimate from maximum likelihood analysis. 2004; 78(3): 1602-3).

Ivana Purificato

In cosa consiste la ricerca che avete portato avanti insieme ai ricercatori californiani?

Si è trattato di un lavoro di epidemiologia molecolare e filogenesi. La letteratura internazionale ha definito il virus della SARS come un nuovo tipo di Coronavirus ad RNA omogeneo nella struttura del suo genoma. La nostra convinzione era invece che ciò non corrispondesse al vero perché anche i virus a RNA possono essere caratterizzati da un grado di variabilità. Abbiamo voluto quindi indagare su come questo virus sia passato dalla specie animale all'uomo e verificare se, e in quale percentuale, il genoma della SARS fosse varia-

bile nel corso della sua evoluzione e come questo possa aver influenzato il salto di specie da animale a uomo, soprattutto ai fini di una definizione di nuove strategie di prevenzione o di intervento in caso di epidemia.

Ci può brevemente illustrare i passaggi principali della procedura di laboratorio applicata per arrivare a questo importante risultato?

Siamo partiti isolando "pezzi" di genoma del virus della SARS già noti e catalogati in banche genetiche note: nel corso di un primo esame li abbiamo confrontati tra loro e poi, dopo aver eliminato le parti filogeneticamente uguali non interessanti per il nostro studio, siamo passati a esaminare solo le parti del genoma differenti tra loro dal punto di vista strutturale, con particolare riguardo alla funzione di ciascuna regione analizzata.

L'ipotesi iniziale della nostra ricerca è stata confermata: abbiamo individuato la parte variabile, denominata ORF (Open Reading Frame) corrispondente al 10% dell'intero genoma come causa della variabilità genetica del virus della SARS. Con l'uso di test matematici ad alta affidabilità abbiamo anche verificato come la velocità di replicazione del virus sia costante nel tempo: una stima di 8 mutazioni per ciclo di replicazione del virus.

Quanto "pesa" dal punto di vista scientifico questa nuova ricerca?

Questa scoperta è importantissima dal punto di vista della sorveglianza epidemiologica dell'infezione della SARS e quindi delle strategie vaccinali di prevenzione. Possiamo ipotizzare che la grande omogeneità nel 90% del genoma sia attribuibile al passaggio recente di questo virus all'uomo, ma la scoperta del 10% della parte variabile ci deve indurre a non abbassare la guardia nei confronti della diffusione del virus e della sua evoluzione all'interno della popolazione umana. Non dimentichiamo che, a oggi, poco tempo è trascorso dal salto di specie dall'animale all'uomo e possiamo ragionevolmente ipotizzare che in futuro l'attuale variabilità del 10% possa aumentare a vantaggio di un non desiderato aumento della diffusibilità dell'infezione. Questo perché a un maggior numero di passaggi del virus nella popolazione umana può corrispondere una pressione evolutiva tale da causare l'aumento della regione variabile.

Quanto è importante questa ricerca ai fini delle strategie di prevenzione?

Significa impegnarsi, come già sta facendo la Cina insieme ad altre nazioni, per la messa a punto di un vaccino utile non solo a impedire la diffusione del virus nella popolazione ma anche a ostacolare l'evoluzione del genoma della SARS.

Ai fini della produzione di un vaccino efficace è di fondamentale importanza impedire che la regione variabile del genoma di questo virus aumenti rispetto all'attuale 10%.

È questa l'unica arma efficace ai fini della prevenzione di una futura epidemia.

“Abbiamo voluto indagare su come questo virus sia passato dalla specie animale all'uomo”

“Abbiamo verificato la velocità di replicazione del virus”

"Smettere di fumare... una questione che mi sta a cuore. Guida pratica da leggere, compilare e personalizzare"

Smettere di fumare è una questione che sta a cuore ai fumatori, ma anche ai loro familiari e agli operatori del settore che contattano il Telefono Verde contro il Fumo (TVF) dell'Istituto Superiore di Sanità.

Gli esperti dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OssFAD) hanno ritenuto utile realizzare una guida pensando al fumatore che ha deciso di provare a smettere di fumare.

La guida è stata pensata tenendo conto sia delle evidenze scientifiche, sia dell'esperienza del TVF con le persone che chiamano, dei loro ripetuti tentativi di smettere, delle difficoltà incontrate e del racconto dei tanti ex fumatori soddisfatti del loro cambiamento.

È importante che la persona possa prendere consapevolezza, attraverso uno strumento di auto-aiuto, del proprio modo di fumare e che possa riconoscere le proprie difficoltà e risorse.

Viene proposto un percorso diviso in due fasi: una di preparazione e l'altra di azione.

La persona fumatrice viene invitata a seguire il percorso compilando i test e le schede inserite, personalizzando in questo modo la guida.

Vengono fornite:

- informazioni e strategie per stimolare la persona a riflettere sulle ragioni per smettere;
- indicazioni su come prepararsi a rimanere liberi dal fumo e sui benefici che si ottengono smettendo;
- suggerimenti per imparare a riconoscere le situazioni ad alto rischio di ricaduta e su come superare quelle legate al desiderio di fumare;
- informazioni sugli aspetti legati all'eventuale aumento di peso e suggerimenti su come calcolare quanto si risparmia ogni giorno non fumando.

Sono contenute, inoltre, indicazioni su terapie e centri specializzati: tutto con la possibilità di contattare il **TVF 800-554088**, un servizio nazionale, anonimo e gratuito, di *counselling* telefonico sulle problematiche legate al fumo di tabacco.

La guida offre quindi degli spunti affinché la persona sia sostenuta a diventare protagonista del proprio percorso e a sperimentare che smettere di fumare è fatto di piccoli momenti e di continue conquiste nel quotidiano.

In questo modo la persona inizia un processo di cambiamento e di presa in carico di se stessa per gestire il proprio percorso di cessazione, senza escludere però la possibilità di una richiesta di aiuto ai servizi sanitari.

La guida è disponibile online sul sito Internet www.ossfad.iss.it ed è possibile richiederla in formato cartaceo e in CD-Rom all'OssFAD (e-Mail: ossfad@iss.it).

**Per informazioni
rivolgersi
al Telefono Verde
contro il Fumo
800554088**



Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299
00161 Roma
tel: +39 0649901

Il **Notiziario**
è a disposizione
per accogliere commenti
e suggerimenti
dei suoi lettori

Redazione del **Notiziario**

e-Mail: notiziario@iss.it
tel: +39 0649902944-2946
fax: +39 0649902253
<http://www.iss.it>

