

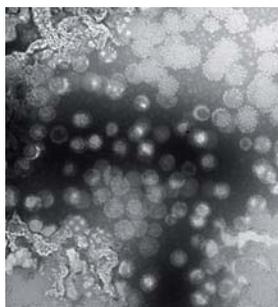
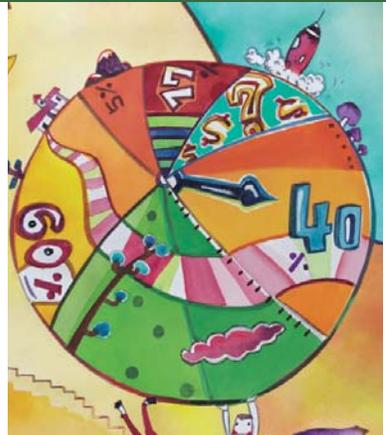
Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

**Il Progetto Registro nazionale
degli Interventi di protesi d'anca**

**Convegno. Infezione da HPV:
dalla diagnosi precoce
alla prevenzione primaria**

**Seminario per le scuole.
Femmine e maschi: cervelli diversi?
Un approccio alla salute partendo
dalle differenze di genere**



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

www.iss.it

Inserito BEN
Bollettino Epidemiologico Nazionale
Gli stili di vita dei giovani adulti in Piemonte:
sorveglianza PASSI
Impatto dell'abitudine al fumo sulla mortalità
in Puglia nel 2007

SOMMARIO

Gli articoli

Il Progetto Registro nazionale degli Interventi di protesi d'anca	3
Convegno. Infezione da HPV: dalla diagnosi precoce alla prevenzione primaria	11
Seminario per le scuole. Femmine e maschi: cervelli diversi? Un approccio alla salute partendo dalle differenze di genere	15

Le rubriche

Nello specchio della stampa. Fumo: si riduce il divario tra uomini e donne	8
News. Registro Nazionale Gemelli dell'ISS. Raduno delle famiglie	10
Visto... si stampi	18

Bollettino Epidemiologico Nazionale (Insero BEN)

Gli stili di vita dei giovani adulti in Piemonte: sorveglianza PASSI	i
Impatto dell'abitudine al fumo sulla mortalità in Puglia nel 2007	ii



L'ISS coordina uno studio sull'organizzazione di un Registro nazionale degli Interventi di protesi d'anca, strutturato come federazione di registri regionali

pag. 3

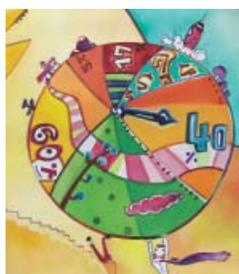
Nel Convegno sono stati discussi i meccanismi dell'infezione da HPV, il vaccino e le nuove strategie terapeutiche dei tumori associati all'HPV

pag. 11



Scopo del Seminario è stato quello di introdurre ai ragazzi concetti relativi alle differenze di genere sulla base degli aspetti biologici, sociali e ambientali

pag. 15



L'Istituto Superiore di Sanità

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

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

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

Dipartimenti

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

Centri nazionali

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

Servizi tecnico-scientifici

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

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

Redattore capo: Paola De Castro

Redazione: Anna Maria Rossi, Giovanna Morini

Progetto grafico: Alessandro Spurio

Impaginazione e grafici: Giovanna Morini

Fotografia: Antonio Sesta

con la collaborazione di Valter Tranquilli

Distribuzione: Patrizia Mochi, Sara Modigliani

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

Redazione del Notiziario

Settore Attività Editoriali

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

Tel: +39-0649902260-2427

Fax +39-0649902253

e-mail: pubblicazioni@iss.it

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

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2010

Numero chiuso in redazione il 30 giugno 2010

Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. Roma

IL PROGETTO REGISTRO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI DI PROTESI D'ANCA



Marina Torre¹, Mascia Masciocchi¹, Emilio Romanini² e Valerio Manno¹
¹Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS
²Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT), Roma

RIASSUNTO - Dal 2002 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è stato coinvolto in numerosi studi inerenti all'intervento di protesi d'anca. In Italia si effettuano ogni anno più di 90.000 interventi con una spesa stimata di circa 800 milioni di euro solo per i ricoveri. Risulta evidente l'importanza per il Servizio Sanitario Nazionale di disporre di strumenti che consentano il monitoraggio dell'uso e dell'efficacia del dispositivo e garantiscano la rintracciabilità del paziente in caso di evento avverso. Su incarico del Ministero della Salute, l'ISS sta coordinando uno studio mirato all'organizzazione del Registro nazionale degli Interventi di protesi d'anca, strutturato come federazione di registri regionali.

Parole chiave: protesi d'anca; artroplastica sostitutiva dell'anca; registri

SUMMARY (*Project for an Italian National Hip Arthroplasty Register*) - Since 2002 the National Institute of Health (ISS) has been involved in several studies related to hip arthroplasties. In Italy every year more than 90,000 surgical procedures are performed and their cost is estimated to be around 800 million Euros. It is important to provide the National Health System with tools able to monitor the use and the efficacy of such medical devices as well as to track the patient in case of adverse event. The ISS has been coordinating a project funded by the Ministry of Health aimed at organizing the national registry of hip arthroplasties structured as a federation of regional registries.

Key words: hip prosthesis; arthroplasty, replacement, hip; registries

marina.torre@iss.it

Dal 2002 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è stato coinvolto in numerosi studi inerenti all'intervento di sostituzione protesica dell'anca per quanto riguarda gli aspetti relativi sia alla tracciabilità del dispositivo impiantato sia alla valutazione dell'esito dell'intervento. L'interesse della sanità pubblica su questo tema è motivato dal fatto che si è assistito negli ultimi anni a un notevole incremento del numero degli interventi effettuati nei Paesi industrializzati. L'intervento di sostituzione protesica dell'anca permette infatti, ormai nella quasi totalità dei casi, di ripristinare la funzionalità articolare, abolire la sintomatologia dolorosa e migliorare la qualità della vita dei pazienti. L'elevato numero di interventi comporta inoltre un notevole impatto economico: circa 800 milioni di euro l'anno per il solo DRG (Diagnosis-Related Group) chirurgico.

La Tabella riporta i risultati di un'analisi del database SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera), disponibile presso l'Ufficio di Statistica dell'ISS per il periodo

2001-2007, per i codici ICD9-CM (International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification) relativi agli interventi di sostituzione protesica dell'anca sia primari che di revisione (8151, 8152 e 8153). Per tutti questi codici è stata calcolata la numerosità degli interventi effettuati in ciascuno degli anni considerati estraendo tutti quei record per i quali, in almeno uno dei 5 campi che identificano gli interventi effettuati, compariva il codice ICD9-CM relativo alle procedure in esame. I dati relativi agli anni 1999 e 2000 sono stati ricavati interrogando il database SDO disponibile sul sito del Ministero della Salute e sono relativi ai ricoveri che abbiano avuto i codici ICD9-CM 8151, 8152 e 8153 come intervento principale.

L'aumento dell'aspettativa di vita e la stretta correlazione tra l'insorgenza delle patologie articolari dell'anca e l'avanzare dell'età, nonché i continui miglioramenti apportati sia alla tecnica chirurgica sia alle caratteristiche dei dispositivi impiantati che permettono di effettuare interventi su pazienti sempre ▶

Tabella - Interventi di sostituzione protesica dell'anca in Italia. Anni 1999-2007 (Fonte: Schede di Dimissione Ospedaliera - SDO, Ministero della Salute)

Codice ICD9-CM	1999 ^a	2000 ^a	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
8151 ^b	42.198	44.001	46.839	49.800	52.549	55.812	57.055	59.249	60.405
8152 ^c	19.167	20.263	21.459	22.090	21.775	22.473	23.243	23.278	23.125
8153 ^d	5.010	5.421	6.143	6.633	6.684	6.897	7.125	7.403	7.498
Totale	66.375	69.685	74.441	78.523	81.008	85.182	87.423	89.930	91.028

(a) I dati sono riferiti ai ricoveri che abbiano avuto i codici ICD9-CM 8151, 8152 e 8153 come intervento principale; (b) 8151: sostituzione totale dell'anca; (c) 8152: sostituzione parziale dell'anca; (d) 8153: revisione di sostituzione dell'anca

più giovani, potrebbero essere alla base dell'andamento crescente del numero degli interventi effettuati annualmente (circa 5% di incremento medio annuo).

Per quanto riguarda la distribuzione del numero di strutture in cui vengono effettuati interventi di sostituzione protesica dell'anca sul territorio nazionale, dopo aver effettuato una mappatura geografica delle strutture stesse, è stato notato che le regioni con il maggior numero di strutture sono: Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Campania, Sicilia. Il numero medio di interventi effettuati nelle strutture di ciascuna regione segue invece nettamente un gradiente Nord-Sud e quindi all'alto numero di strutture nel Lazio, in Campania e in Sicilia corrisponde un basso numero medio di interventi per struttura. Nel Nord le strutture compiono, mediamente, più di 100 interventi ciascuna, nel Centro circa 70 mentre nel Sud non più di 50. Inoltre, se si analizza il numero di strutture per tipo di intervento protesico, per anni e per classi di volumi di attività per l'intero territorio nazionale, si evidenzia una chiara tendenza nel tempo, da parte delle amministrazioni, a ridurre il numero delle strutture a basso volume di attività concentrando gli interventi nelle strutture a medio volume (1).

Data l'evidente disparità fra l'elevato numero di modelli protesici disponibili sul mercato in Italia e la scarsità di prove scientifiche di buona qualità metodologica a sostegno dell'utilizzo della maggior parte di essi - disparità che è stata evidenziata da una revisione sistematica della letteratura pubblicata dal Programma Nazionale per le Linee Guida (PNLG) (2) - e per poter disporre di strumenti in grado di monitorare l'utilizzo dei dispositivi protesici e garantire la rintracciabilità del paziente in caso di segnalazione di eventi avversi, le autorità sanitarie hanno deciso di avviare studi mirati alla realizzazione di un registro nazionale, tenuto conto anche della positiva esperienza maturata in altri Paesi (Scandinavia, Australia, Canada, Nuova Zelanda e più recentemente Regno Unito) (3).

Le fasi di realizzazione del Registro

Nel novembre 2002, quando è stato avviato il primo Progetto che aveva tra gli obiettivi la valutazione della fattibilità di realizzare un Registro nazionale, erano attivi i Registri di Emilia-Romagna e Puglia. Successivamente, nel 2003, è stato avviato il Registro regionale in Lombardia. Il lavoro condotto in collaborazione con le regioni e con i clinici ha permesso di evidenziare i requisiti essenziali per rendere fattibile la realizzazione del Registro:

- l'organizzazione come federazione di Registri regionali con il coordinamento di un'istituzione *super partes*, identificata nell'ISS;
- la definizione di uno strumento di raccolta dati non invasivo che si "appoggiasse" sul flusso delle SDO;
- l'organizzazione di una rete collaborativa che considerasse al suo interno tutti gli *stakeholder* coinvolti sul tema protesi d'anca: il Ministero della Salute, le regioni, i Registri già esistenti, i clinici, i fabbricanti, i pazienti.

Sulla base di queste indicazioni, la Direzione Generale dei Farmaci e dei Dispositivi Medici del Ministero della Salute, a partire dal 2006, ha finanziato 3 studi che hanno sostenuto e stanno sostenendo 3 fasi importanti della progettazione del Registro.

Il primo studio (2006-2007) ha effettuato un'analisi epidemiologica su base nazionale e regionale dei dati relativi ai ricoveri ospedalieri per intervento di protesi d'anca e ha disegnato il nuovo flusso informativo, estendendo a livello nazionale il modello adottato in Lombardia, in modo da utilizzare quanto più possibile i flussi informativi già esistenti, limitando al massimo il carico di lavoro aggiuntivo per tutti i soggetti coinvolti (5).



La prima attività del secondo studio (2007-2009) è stata la nomina, da parte di Enrico Garaci, Presidente dell'ISS, del Comitato scientifico del Progetto con funzioni di supervisione tecnico-scientifica. Il Comitato scientifico ha definito e approvato sia il *minimum data set* delle informazioni che devono essere raccolte, comune a tutte le regioni, sia le procedure per l'implementazione del nuovo flusso informativo. È stata inoltre avviata la raccolta dei dati degli interventi effettuati nel 2007 e nel 2008 presenti nei Registri di Lombardia, Emilia-Romagna e Puglia, mettendo in rete i tre Registri regionali già attivi e impostando così il primo nucleo del Registro nazionale. I risultati dello studio sono stati presentati nel corso di un workshop svoltosi presso l'ISS il 17 giugno 2009 di cui è disponibile il materiale sul sito del Progetto (www.iss.it/rnpa/index.php).

Nel corso del terzo studio, che si concluderà a gennaio 2011, sono state arruolate altre 10 regioni (Valle d'Aosta, Piemonte, Provincia Autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Toscana, Marche, Lazio, Basilicata, Sicilia) che, nel corso del 2010, avvieranno l'implementazione locale del nuovo flusso informativo (Figura 1).

La composizione del Comitato scientifico, che comprendeva esperti dell'ISS, referenti del Ministero della Salute, della Commissione Unica dei Dispositivi medici (CUD), della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT), delle regioni Lombardia, Emilia-Romagna e Puglia, dei tre Registri regionali dell'implantologia protesica ortopedica già attivi (Lombardia, Emilia-Romagna e Puglia), dell'ASSO-

BIOMEDICA e, infine, dell'Associazione Nazionale Malati Reumatici (ANMAR) è stata aggiornata includendo i referenti delle nuove regioni arruolate (vedi Box).

Il modello

Il modello disegnato utilizza come supporto per la raccolta dati il flusso SDO a cui viene abbinata una scheda di raccolta dati aggiuntivi (lato operato, informazioni relative al paziente, etichette dei singoli dispositivi impiantati).

La Figura 2 riporta uno schema della rete informativa strutturale al Registro nazionale.

Il protocollo di acquisizione dei dati prevede che i dati aggiuntivi, necessari per caratterizzare il paziente e identificare le componenti impiantate, verranno raccolti nei singoli ospedali che, con cadenze prestabilite, provvederanno a inviarli unitamente alle SDO al Centro di riferimento regionale che, a seconda dell'organizzazione di ciascuna regione, può essere, ad esempio, l'Osservatorio epidemiologico, l'Agenzia regionale di sanità o l'Assessorato. Presso l'istituzione regionale di riferimento verrà effettuato il linkage tra i due database secondo il tracciato record approvato dal Comitato scientifico del Progetto. I dati ►

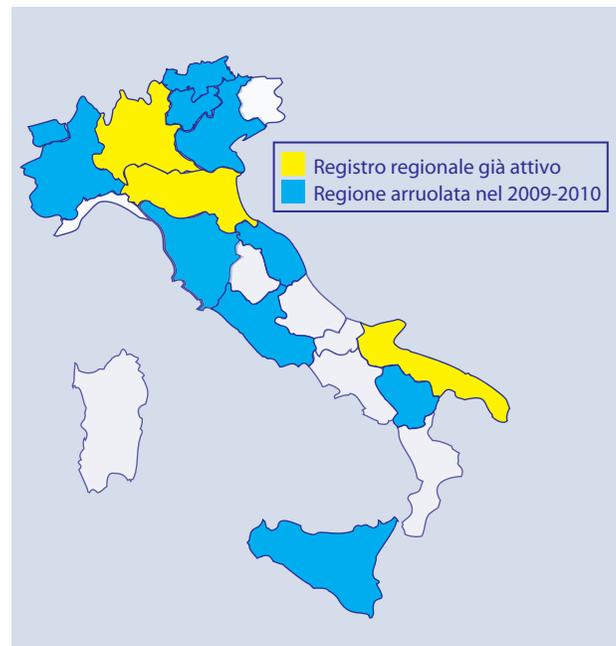


Figura 1 - Regioni partecipanti al Progetto Registro nazionale degli Interventi di protesi d'anca

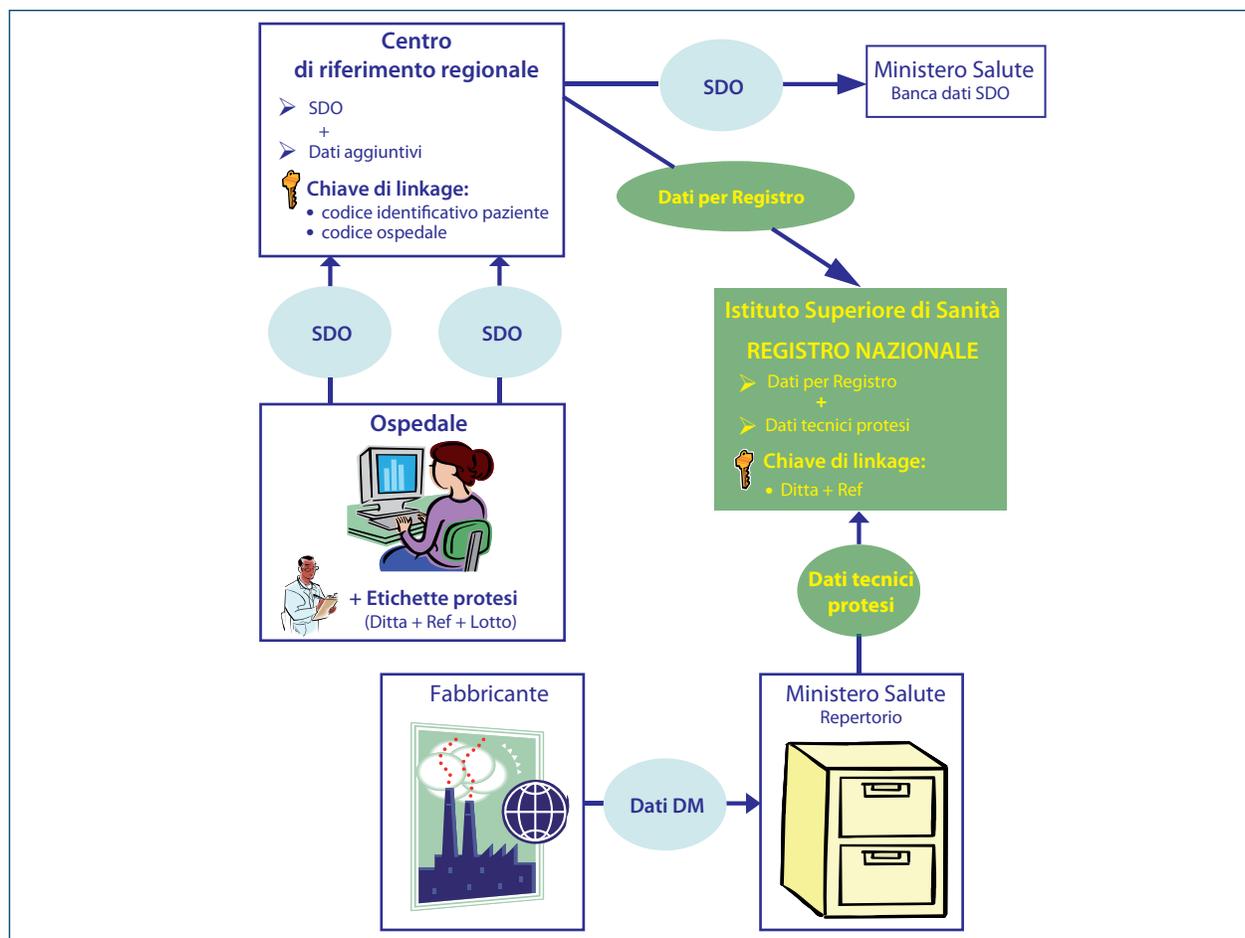


Figura 2 - Schema del flusso informativo del Registro nazionale degli Interventi di protesi d'anca, basato sull'utilizzo delle SDO integrate da dati aggiuntivi

strutturati in maniera standard verranno poi inviati all'ISS che, utilizzando sia il codice relativo alla Classificazione nazionale dei dispositivi medici (6) sia i dati identificativi del dispositivo (fabbricante, codice prodotto), provvederà a effettuare il record linkage con il Repertorio nazionale dei dispositivi medici (7).

Conclusioni

Anche una veloce ricerca su Google evidenzia il crescente numero di Paesi europei e non che, negli ultimi anni, hanno avviato registri nazionali. Tuttavia, a un'osservazione più attenta, si nota che si tratta di nazioni che presentano una numerosità della popolazione residente paragonabile o di poco superiore a quella delle nostre regioni più popolate (Lombardia e Campania). In Paesi con una popolazione pari o

superiore a quella italiana (ad esempio, Germania o Francia), tutti i tentativi di realizzare un registro nazionale centralizzato sono falliti a causa dell'insufficiente percentuale di interventi notificati. Lo stesso problema si sta manifestando al momento nel Regno Unito che, pur disponendo di una struttura ben organizzata e di un sito web di eccellente qualità, lamenta una scarsa adesione e il numero di interventi notificati al registro risulta inferiore al numero di interventi effettuati.

È sembrata dunque fallimentare l'ipotesi di un registro nazionale centralizzato e gestito da un'unica struttura in contatto con tutte le Divisioni di Ortopedia sul territorio nazionale (più di 800 nel 2007) in considerazione anche del ruolo che le strutture regionali hanno nella gestione della sanità pubblica. Pertanto l'organizzazione ottimale è apparsa essere quella di una "confederazione di Registri regionali".

Le regioni che a oggi sono incluse nel network del Progetto Registro hanno volumi di interventi che, una volta arrivata a regime la raccolta dei dati, coprirebbero circa l'80% del volume nazionale. Le nuove regioni coinvolte sono state sensibilizzate sull'importanza di garantire un'elevata partecipazione degli ospedali, elemento critico per la validità del Registro. Il Registro degli Interventi di chirurgia protesica dell'anca non è infatti uno studio a campione ma una rilevazione che deve riguardare la totalità degli interventi effettuati e il protocollo adottato è stato studiato per essere "minimamente invasivo" e altamente funzionale. Un compito richiesto alle regioni partecipanti è quindi quello di adoperarsi per predisporre, a livello locale provvedimenti che sanciscano l'obbligatorietà della registrazione.

Uno dei motivi che spingono le regioni a partecipare a un Registro nazionale è legato alla possibilità di poter valutare l'esito dell'intervento, e cioè la revisione dell'impianto, anche nei pazienti residenti che vengono trattati fuori regione o nei pazienti non residenti. Il fenomeno della mobilità interregionale per l'intervento di sostituzione protesica dell'anca è presente e vi sono regioni, come la Lombardia e l'Emilia-Romagna, che fungono da poli attrattori (8). Per poter tracciare tutti i pazienti nel tempo e nello spazio occorrerebbe avere a disposizione un codice univoco di identificazione. Tuttavia le norme sulla privacy restano un nodo critico in questo senso e, sulla base delle informazioni ricevute dal Ministero della Salute, solo l'istituzione del Registro con una precisa norma di legge potrà superare questo ostacolo. ■

Riferimenti bibliografici

1. Torre M, Manno V, Masciocchi M, et al. (Ed.). *Registro nazionale degli interventi di protesi d'anca: basi operative per l'implementazione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/22).
2. Programma Nazionale per le Linee Guida. Istituto Superiore di Sanità. Revisione sistematica sulle protesi d'anca: affidabilità dell'impianto. Revisione sistematica n. 8, settembre 2004. Disponibile all'indirizzo: www.snlgi.it/cms/files/LG_protesi_anca.pdf
3. Torre M, Romanini E, Palmieri S, et al. Registri degli interventi di protesi d'anca. *Not Ist Super Sanità* 2004;17(9):3-10.
4. Torre M. Progettazione del Registro nazionale degli interventi di protesi di anca. In: Torre M. (Ed.). *Progetto per l'istituzione di un registro nazionale degli interventi di protesi di anca*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2005. (Rapporti ISTISAN 05/18).
5. Torre M, Romanini E, Zanoli G, et al. Hip arthroplasty in Italy: towards a national register. *Hip International* 2006;16(2):159.
6. Italia. Decreto Ministero della Salute 20 febbraio 2007. Approvazione della Classificazione Nazionale dei dispositivi medici (CND). *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 63, 16 marzo 2007.
7. Italia. Decreto Ministero della Salute 20 febbraio 2007. Nuove modalità per gli adempimenti previsti dall'articolo 13 del Decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46 e successive modificazioni e per la registrazione dei dispositivi impiantabili attivi nonché per l'iscrizione nel Repertorio dei dispositivi medici. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 63, 16 marzo 2007.
8. Romanini E, Torre M, Manno V, et al. Chirurgia protesica dell'anca: la mobilità interregionale. *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia* 2008;34:129-34.

Composizione del Comitato scientifico del Progetto "Registro nazionale degli Interventi di protesi d'anca"

Istituto Superiore di Sanità: Marina Torre, Susanna Conti, Paolo Roazzi

Ministero della Salute: Antonella Colliardo

Commissione Unica dei Dispositivi medici (CUD): Claudio Giuricin

Regioni: Amedeo Manuel Mancini, Domenico Caminiti (Valle d'Aosta), Chiara Pasqualini (Piemonte), Carlo Zocchetti (Lombardia), Carla Melani, Roberto Picus (Provincia Autonoma di Bolzano), Silvano Piffer (Provincia Autonoma di Trento), Mara Vezzani (Veneto), Salvatore Ferro (Emilia-Romagna), Stefania Rodella (Toscana), Alberto Deales (Marche), Ester Zantedeschi (Lazio), Cinzia Germinario (Puglia), Rocco Romeo (Basilicata), Gabriella Dardanoni (Sicilia)

Registri regionali: Luigi Zagra (Registro Ortopedico Protesico Lombardo), Susanna Stea (Registro dell'Implantologia Protesica Ortopedica, Emilia-Romagna), Giuseppe Rollo (Registro dell'Implantologia Protesica Ortopedica, Puglia)

Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT): Emilio Romanini, Paolo Tranquilli Leali, Gustavo Zanoli

ASSOBIOMEDICA: Davide Perego

Associazione Nazionale Malati Reumatici (ANMAR): Antonella Celano

Nello specchio della stampa

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

Ufficio Stampa, ISS



Fumo: si riduce il divario tra uomini e donne

È la prima volta che le donne e gli uomini fumano quasi allo stesso modo. Purtroppo non è un bel risultato, ma ci indica la direzione da seguire nell'insistere a promuovere gli stili di vita sani e mettere a punto sempre più efficaci modelli di prevenzione". Così il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), Enrico Garaci, ha aperto il XII Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale, che si è tenuto lo scorso 31 maggio presso l'ISS, in occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco. "Particolarmente preoccupante - ha detto Garaci - è la crescente incidenza del consumo di tabacco fra le ragazze. Il nuovo rapporto dell'OMS "Donne e Salute" prova che la pubblicità del tabacco è sempre più indirizzata alle giovani donne. I dati provenienti da 151 Paesi mostrano che circa il 7% delle ragazze adolescenti fuma sigarette rispetto al 12% dei ragazzi adolescenti. In alcuni Paesi il numero di ragazze fumatrici è quasi pari a quello dei ragazzi". Lo rivela il Rapporto sul fumo in Italia 2010 realizzato dall'Osservatorio Fumo Alcol e Droghe dell'ISS.

È infatti tra queste generazioni di donne, nate tra il 1950 e il 1970, che il fumo si è diffuso, e nelle stesse generazioni cominciano ora a diffondersi le malattie e le morti associate al fumo. È essenziale, quindi, non solo che le donne non inizino a fumare, ma soprattutto che non rinuncino a smettere, spesso per il solo timore di aumentare di peso. Nulla è peggio del fumo per la loro salute. È sempre attivo inoltre il Telefono Verde contro il Fumo **800 5540 88**, un servizio nazionale anonimo e gratuito che svolge attività di consulenza.

Dall'indagine dell'ISS risulta che quasi la metà degli intervistati (55,6%) non conosce l'esistenza dei Centri antifumo. Tuttavia il 78,7% è convinto che tra le misure preventive che lo Stato potrebbe attuare per ridurre il tabagismo e aiutare i fumatori a smettere si potrebbe prevedere l'accesso gratuito ai Centri di disassuefazione, mentre l'81,2% (percentuale più alta del campione) crede che una soluzione potrebbe essere il divieto di vendita ai minori di 18 anni, anziché di 16, come è in vigore attualmente. ■

Il Messaggero

Per la prima volta le donne fumano quanto gli uomini

1° giugno 2010

Il numero delle donne e quello degli uomini che fumano sono quasi uguali. Il nuovo scenario è emerso ieri durante la Giornata mondiale senza tabacco. Ecco l'Italia del fumo come viene disegnata dal rapporto realizzato dall'Osservatorio fumo, alcol e droghe dell'Istituto Superiore di Sanità: 5,2 milioni tra le donne e 5,9 milioni tra gli uomini. Si accendono più sigarette tra i 45 e i 64 anni e l'età media della prima sigaretta è 17 anni. È la prima volta che le donne e gli uomini fumano quasi allo stesso modo. C'era un tempo, fino a meno di dieci anni fa, in cui il fumo era maschio. Come l'infarto. Mentre oggi il numero delle donne e degli uomini che fumano sono quasi uguali. Tanto da ritrovarci a fare i conti con gli stessi effetti sulla salute, gli stessi tentativi di smettere, gli stessi rituali... «È la prima

volta che le donne e gli uomini fumano quasi allo stesso modo; non è un bel risultato ma ci indica la direzione da seguire nell'insistere e promuovere gli stili di vita sani», commenta il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità Enrico Garaci. Preoccupa il dato delle ragazze: quasi 8 su dieci, tra le adolescenti fuma, contro i ragazzi che sfiorano il 12%. Un'indagine Doxa rivela che oltre l'80% degli italiani sarebbe favorevole a leggi anti-tabacco molto più rigide. E ad azioni legali pesanti: tre milioni e mezzo di fumatori chiederanno un risarcimento miliardario (class action) di 10,5 miliardi di euro ai produttori di sigarette. Colpevoli, secondo il Codacons, per non aver eliminato nicotina e aver aggiunto 200 additivi. È alto il numero dei fumatori giovani e, sempre alto, è anche il numero di coloro che provano a smettere. In sette casi su dieci, però, chi decide di tagliare col fumo riaccende la sigaretta entro pochi mesi. Ma, dati alla mano, la probabilità di successo è cinque volte superiore se ci si rivolge ad un medico o ai centri anti-fumo. E se si frequenta uno dei tanti corsi, gratuiti, organizzati nelle Asl come dalla Lega tumori (numero verde 800-998877) o dalla Fondazione Veronesi (www.fondazioneveronesi.it). «Per aiutare chi vuole smettere - precisa Piergiorgio Zuccaro

che guida l'Osservatorio dell'Istituto Superiore di Sanità – bisogna rafforzare i divieti nei luoghi della salute e della cultura. Ogni anno il governo stabilisce quale deve essere l'introito derivante dalle sigarette e, quest'anno, è stato di 10,5 miliardi di euro. Peccato che, per ogni euro incassato, se ne spendono 3 per curare le malattie legate al fumo». Facile, facilissimo è iniziare molto complicato è smettere. «I fumatori sono convinti - a parlare è Roberta Pacifici dirigente dell'Osservatorio - che possono farcela quando vogliono, ma si tratta, spesso, di un'illusione. Nei centri si hanno, invece, indirizzi comportamentali e farmacologici». Terapie complete (come la vareniclina, nicotina sostitutiva o un antidepressivo) che costano circa 200 euro. Proprio il costo, spesso, blocca il fumatore. Ma, alcuni centri riescono a vantare alti indici di successo. A due di questi, a Prato e a Trieste, è stato consegnato un premio organizzato, ce ne sarà uno anche il prossimo anno, dall'Osservatorio sanità e salute...

la Repubblica.it Salute

Fumatrici in aumento, i consigli per smettere

25 maggio 2010

Che sia abitudine, vizio, dipendenza o altro, poco importa. Il fumo fa male e accorcia la vita. Poi che proprio le donne incrementino le percentuali dei fumatori, fa riflettere. Dei cinquanta miliardi di sigarette fumate ogni anno nel nostro paese quasi la metà è consumata da loro. Rispetto agli ultimi due anni le fumatrici sono cresciute di due



punti: 19,7 per cento del 2010 contro il 17,8 per cento del 2008. Si assottiglia così il divario tra fumatori dei due sessi e comincia a salire la curva dei casi femminili di tumore al polmone. È pieno allarme invece nei paesi emergenti dove cresce l'incidenza del consumo di tabacco tra le ragazze. Nel mondo le donne rappresentano il venti per cento di quel miliardo e due milioni di fumatori. Tanto che l'Oms per la Giornata mondiale senza tabacco 2010 lunedì 31 maggio punta a una campagna tutta al femminile con Gender and Tobacco with an Emphasis on Marketing to Women. «Perché - afferma Piergiorgio Zuccaro, direttore dell'Osservatorio fumo, alcol e droghe dell'Istituto superiore di sanità che organizza per l'occasione il convegno Tabagismo e Servizio sanitario nazionale - in molti paesi le multinazionali del tabacco agganciano con strategie di marketing le donne che grazie all'emancipazione e al miglioramento economico hanno iniziato a fumare, esattamente come facevano cinquant'anni fa gli uomini». Da noi si fuma ancora tanto malgrado i divieti che un disegno di legge, in attesa di via libera dalla commissione Igiene e sanità del Senato, dovrebbe inasprire: niente sigarette ai minori di diciotto anni, fondo per la prevenzione del tabagismo, inserimento di un bugiardino nel pacchetto, divieto di fumare nei cortili di scuole, ospedali e università e alla guida. Ma il punto è che se basta una tirata per cominciare, smettere è dura. «Chi è fortemente motivato ce la fa - dice Clarita Ballettini, responsabile area tabagismo Lilt (Lega italiana lotta contro i tumori) - la molla è la paura di ammalarsi». Ma smette chi si affida a specialisti, è finita l'era dei metodi empirici. «Oggi parliamo di trattamenti scientificamente validati praticati in centri, poco più di trecento, certificati per la cura del tabagismo, riconosciuti dall'ISS», precisa Giacomo Mangiaracina, presidente della Società italiana di tabaccologia che sottolinea la poca attenzione al problema. I trattamenti infatti non sono inseriti nei Lea (Livelli essenziali di assistenza) e gli stessi medici non spingono i fumatori a curarsi. Così sono solo ventimila le persone che ogni anno si rivolgono ai centri anti-fumo. I trattamenti che assicurano una certa percentuale di successo (30-60 per cento i fumatori che a un anno non ricadono) sono quattro.

NEWS

Registro Nazionale Gemelli dell'ISS. Raduno delle famiglie presso il Museo Explora di Roma

Chi e quando

Sabato 8 maggio 2010 presso il Museo dei Bambini di Roma Explora, il Registro Nazionale Gemelli (RNG) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con l'Unità di Neonatologia, Patologia e Terapia Intensiva Neonatale del Policlinico Umberto I di Roma ha organizzato un raduno di famiglie con bambini gemelli. La manifestazione ha visto la partecipazione di circa 100 coppie di gemelli in età prescolare.

Lo scopo

La finalità dell'iniziativa è stata duplice: mantenere alto il livello di attenzione sui gemelli e sull'assistenza neonatale di questi bambini che nascono spesso prematuri, proseguire il percorso di informazione e discussione iniziato con il Convegno "I Gemelli in età pediatrica: epidemiologia, clinica e psicologia", svoltosi il 16 novembre 2009 presso l'ISS.

I gemelli rappresentano un importante problema medico e sociale essendo, rispetto ai nati singoli, a maggiore rischio di mortalità e morbosità neonatale. La causa principale di questo rischio è la prematurità, cioè la nascita prima delle 37 settimane di gestazione.

I gemelli iscritti all'RNG sono attualmente 23mila di cui circa 2mila sono bambini al di sotto dei 12 anni.

Perché Explora

Perché è un museo strutturato come una piccola città a misura di bambino con i suoi spazi, le sue funzioni e i suoi mestieri; una città che mette in contatto i bambini con fatti e realtà quotidiane, dove tutto può essere osservato, toccato, sperimentato.



Come

La giornata ha avuto inizio alle ore 16.30 con un saluto da parte della Responsabile dell'RNG dell'ISS, Maria Antonietta Stazi, e del Direttore dell'Unità di Neonatologia, Patologia e Terapia Intensiva Neonatale del Policlinico Umberto I di Roma, Mario De Curtis. Dopo il saluto i genitori e i loro bambini hanno avuto la possibilità di visitare il museo accompagnati dagli animatori. Nell'area dedicata ai più piccoli (0-3 anni) i bambini supportati dai genitori hanno potuto sperimentare le diverse sezioni caratterizzate da un percorso tattile ed esplorativo rappresentato da giochi di diversa complessità, suoni e luci volto a stimolare la loro curiosità.

I gemelli di 4 e 5 anni hanno invece partecipato a laboratori creativi e con contenuti educativi gestiti dagli animatori e si sono potuti muovere liberamente nelle 4 aree in cui il museo è organizzato: l'Io e i segreti del corpo umano, la Società, l'Ambiente, la Comunicazione.

La giornata si è chiusa con una merenda per permettere ai genitori di costruire relazioni, parlare, ascoltare e confrontare esperienze vissute.

*a cura di Luana Penna, Cristina D'Ippolito e Sabrina Alviti
Centro Nazionale di Epidemiologia,
Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS*

Gli atti del Convegno
"I gemelli in età pediatrica:
epidemiologia, clinica e psicologia",
sono accessibili online sul sito dell'RNG
www.iss.it/gemelli

Per qualsiasi informazione:
Registro Nazionale Gemelli
Tel. 06.4990 4171
e-mail: registro.nazionale.gemelli@iss.it



STUDI DAL TERRITORIO

GLI STILI DI VITA DEI GIOVANI ADULTI IN PIEMONTE: SORVEGLIANZA PASSI

Maria Chiara Antoniotti, Andrea Nucera e Maria Rizzo

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL Novara

La regione Piemonte coordina il progetto nazionale "Guadagnare salute adolescenti" per sviluppare strategie efficaci e rispondenti a criteri di buone pratiche, rivolte a promuovere una nutrizione sana e l'attività fisica e a contrastare fumo e alcol nella gioventù.

Infatti è a partire dall'infanzia e dall'adolescenza che si formano gli stili di vita nocivi, che rappresentano il maggior rischio di malattie croniche, disabilità e mortalità prematura.

Per dare supporto a tale progetto, abbiamo cercato di mettere a fuoco i comportamenti connessi con la salute dei giovani adulti piemontesi tra i 18 e i 24 anni, utilizzando i dati raccolti dal sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

PASSI raccoglie informazioni tramite interviste telefoniche, fatte da operatori delle ASL a cittadini residenti di 18-69 anni, estratti dalle anagrafi sanitarie con un campionamento casuale stratificato per età e sesso (1).

In Piemonte hanno partecipato all'indagine tutte le ASL della regione e, tra giugno 2007 (avvio della sorveglianza) e dicembre 2008, sono state raccolte 8.599 interviste; di queste, 788 riguardavano giovani tra 18 e 24 anni. Sono state stimate le prevalenze di variabili relative ad attività fisica, stato nutrizionale, abitudine al fumo e consumo di alcol, confrontandole con i corrispondenti valori negli intervistati tra 25 e 69 anni (n. 7.811). La situazione nutrizionale è stata valutata sulla base dei valori riferiti di peso e altezza con il calcolo dell'indice di massa corporea (IMC)¹.

Le stime regionali sono state ottenute aggregando i dati aziendali, ponderati per classi di età e sesso. L'influenza di istruzio-

ne e condizione economica sugli stili di vita è stata studiata calcolando prevalenze e *odds ratio*, aggiustati mediante una regressione logistica multipla, che considerava queste due variabili oltre al sesso.

Per quanto riguarda la rappresentatività del campione PASSI, età, sesso e livello di istruzione sono risultati comparabili rispetto alla popolazione piemontese di pari età (2, 3).

La maggior parte dei giovani adulti era composta da persone celibi/nubili (96%); il livello di scolarizzazione era più elevato rispetto alla popolazione di maggiore età (diploma superiore/laurea: 75% vs 52%). Quasi uno su due (44%) lavorava in maniera continuativa e, con riferimento alla situazione del nucleo familiare, il 56% non aveva difficoltà economiche².

Solo il 41% dei giovani ha riferito di svolgere attività fisica ai livelli raccomandati dall'OMS (4).

La sedentarietà³ (17%) è risultata un comportamento più frequente tra le donne e le persone che hanno basso livello di istruzione e difficoltà economiche (Tabella). Per quanto riguarda l'auto-percezione, tra gli intervistati di 18-24 anni, circa un quinto dei sedentari (21%) e la metà delle persone solo parzialmente attive⁴ (51%) ritenevano di svolgere un'attività fisica sufficiente.

L'eccesso ponderale⁵ interessava il 14% dei soggetti tra i 18 e i 24 anni (12% sovrappeso e 2% obesi). In accordo con la tendenza ad un incremento dell'IMC con l'aumentare dell'età, nelle persone di età 25-69 anni i corrispondenti valori sono sensibilmente risultati superiori (41%: 31% sovrappeso e 10% obesi).

Tra i soggetti in eccesso ponderale, oltre un terzo (37%) ha riferito di ritenere il

proprio peso più o meno giusto, mentre circa un quarto (28%) faceva una dieta per perdere peso. Tra i giovani, una variazione di peso, pari a 2 o più kg nell'ultimo anno, è risultata più frequente che nelle età più avanzate: il 26% (vs 17%) ha dichiarato di aver perso peso e il 36% (vs 29%) di essere aumentato.

Secondo i dati raccolti da PASSI, l'abitudine al fumo di sigaretta era più diffusa nei giovani tra i 18 e i 24 anni (37%) rispetto alle persone di 25-69 anni (28%). Tra i giovani però l'abitudine appariva meno radicata, per quanto si può valutare in base ai seguenti indicatori: numero di sigarette fumate in media al giorno (10 vs 14); prevalenza di forti fumatori (cioè ≥ 20 sigarette/die): 2% vs 9%; percentuale di fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno (42% vs 36%). L'abitudine al fumo tra i giovani è risultata associata al sesso maschile, a bassi livelli di istruzione e a situazioni di difficoltà economica (Tabella).

Tra i 18 e i 24 anni il consumo di alcol⁶ interessava circa due terzi (69%) della popolazione ed era più frequente tra gli uomini (79%) che tra le donne (49%). Per quanto riguarda le modalità di assunzione, gran parte dei giovani ha dichiarato di consumare alcol prevalentemente nel fine settimana (76%) e almeno 2 su 5 rientravano nella categoria dei bevitori a rischio⁷ (42%). La diffusione di alcuni comportamenti è risultata fortemente dipendente dall'età, in particolare il bere prevalentemente fuori pasto, che interessava oltre un giovane piemontese su tre (36%), mentre era pari al 6% tra i 25 e i 69 anni; i bevitori *binge*⁸ erano l'11% (vs 6%), mentre, in entrambi i gruppi di età, i forti bevitori⁹ erano il 4%. Il consumo di alcol a rischio tra i giovani è risultato un com- ▶

¹IMC = peso in kg/(altezza in metri)². Sottopeso IMC <18,5; normopeso 18,5-24,9; sovrappeso 25-29,9; obeso ≥ 30 ; ²Non avere difficoltà economiche = arrivare facilmente (molto o abbastanza) a fine mese con le risorse finanziarie a disposizione (da reddito proprio o familiare); ³Sedentario: persona che non fa un lavoro pesante (o non lavora) e non pratica alcuna attività fisica nel tempo libero; ⁴Parzialmente attivo: persona che non fa un lavoro pesante (o non lavora) e non raggiunge il livello di attività raccomandato pur praticando qualche attività fisica; ⁵Eccesso ponderale = sovrappeso + obesi; ⁶Consumo di alcol = bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese. Una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore; ⁷Bevitore a rischio = bevitore prevalentemente fuori pasto o *binge* o forte bevitore; ⁸*Binge* = nell'ultimo mese consumo, almeno una volta, di 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione; ⁹Forte bevitore = più di 3 unità/die per gli uomini e più di 2 unità/die per le donne.

Tabella - Fattori di rischio comportamentali nelle persone di 18-24 anni per sesso, livello di istruzione e difficoltà economiche (n. 788)

Stili di vita	Sedentarietà		Eccesso ponderale		Fumo		Consumo di alcol a rischio	
	%	OR ^a	%	OR ^a	%	OR ^a	%	OR ^a
Sesso								
Uomini	14	-	15	1,3	43	1,7 ^b	52	2,4 ^b
Donne	20	1,6 ^b	12	-	32	-	31	-
Livello di istruzione ^c								
Basso	23	1,8 ^b	18	1,6	48	1,7 ^b	39	-
Alto	15	-	12	-	34	-	43	1,2
Difficoltà economiche ^d								
Sì	21	1,5 ^b	17	1,6 ^b	47	2,1 ^b	38	-
No	14	-	11	-	30	-	45	1,2

(a) Odds ratio aggiustato mediante modello di regressione logistica multivariata con sesso, livello di istruzione e difficoltà economiche; (b) Significativo all'analisi logistica multivariata; (c) Livello di istruzione: basso = nessun titolo/elementare/media inferiore; alto = scuola media superiore/laurea/diploma universitario; (d) Difficoltà economiche: no = arrivare facilmente; sì = arrivare con difficoltà (a fine mese con le risorse finanziarie a disposizione, da reddito proprio o familiare).

portamento prevalentemente maschile e, anche se in maniera non significativa, presentava una maggiore diffusione tra le persone con un alto livello di istruzione o senza difficoltà economiche (Tabella).

L'approfondimento effettuato sui giovani adulti piemontesi a partire dalle informazioni raccolte con la sorveglianza PASSI ha evidenziato quanto gli stili di vita possano differenziarsi nelle diverse fasce di età e pertanto debbano essere costantemente monitorati per contrastare in maniera rapida e con strategie efficaci quelli che costituiscono fattori di rischio per lo sviluppo di malattie croniche, disabilità e mortalità prematura.

Per raggiungere gli obiettivi di "Guadagnare salute" è necessario migliorare la consapevolezza dell'eccesso di peso e di un insufficiente livello di attività fisica (5). Dovrebbero essere incentivate azioni efficaci di dissuasione dal fumo di sigaretta, approfittando del fatto che tra i giovani l'abitudine, nonostante la maggior diffusione, si associa a comportamenti indicativi di un minore radicamento (6).

I comportamenti che, per la loro diffusione, andrebbero contrastati con mag-

gior rapidità sono l'assunzione di alcol prevalentemente nel fine settimana, fuori pasto o con modalità *binge* (7). Si tratta di abitudini prevalentemente maschili, che, a differenza di altri comportamenti a rischio, non sembrano associati a disuguaglianze sociali.

È opportuno sottolineare che le informazioni raccolte da PASSI nel 2007-08 forniscono verosimilmente una stima per difetto del consumo di alcol a rischio; le più recenti indicazioni internazionali, infatti, hanno abbassato i valori soglia per forti bevitori e bevitori *binge* (8).

Il ruolo protettivo di istruzione e assenza di difficoltà economiche nei confronti dell'abitudine al fumo e della sedentarietà appare già evidente tra i 18 e i 24 anni, indicando che, per ottenere guadagni di salute, oltre a specifiche azioni di contrasto ai fattori di rischio sono necessarie politiche sociali di più ampio respiro.

Ringraziamenti

Si ringrazia la regione Piemonte, gli operatori delle ASL piemontesi e tutti i cittadini che hanno aderito alla sorveglianza.

Riferimenti bibliografici

1. Gruppo Tecnico di coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". *Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 07/30). 228 p.
2. ISTAT. Statistiche demografiche. Popolazione residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2007. <http://demo.istat.it/pop2007/index.html>
3. Piemonte in cifre. Annuario statistico regionale 2008. www.2008.piemonteincifre.it
4. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html
5. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med* 2002;22(4):67-72.
6. Task Force on Community Preventive Services, Guide to Community Preventive Services. Strategie rivolte a ridurre l'esposizione al fumo di tabacco, incoraggiare i fumatori a smettere di fumare e ridurre il numero di persone che iniziano a fumare, da attuare in contesti comunitari e presso strutture del sistema sanitario. *Epidemiologia e Prevenzione* 2002;26(4):54-60.
7. Unione Europea. Rapporto sull'alcol ed il suo impatto sociale, sanitario ed economico in Europa. Sintesi del rapporto. Traduzione da: Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe*. www.iss.it/binary/ofad/cont/sINTESI%20Report_Alcol_Ue_2006_it.1153401953.pdf
8. Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol and public health. www.cdc.gov/alcohol/index.htm

IMPATTO DELL'ABITUDINE AL FUMO SULLA MORTALITÀ IN PUGLIA NEL 2007

Enzo Coviello¹, Maria de Palma², Giovanni Caputi², Cinzia Germinario² e il Gruppo di lavoro PASSI della regione Puglia*

¹Unità di Statistica ed Epidemiologia, ASL BAT, Andria (BT)

²Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Igiene, Università di Bari, Osservatorio Epidemiologico Regionale Puglia, Bari

I PASSI è un sistema di sorveglianza che mette a disposizione di regioni e ASL informazioni dettagliate su comportamenti e stili di vita che hanno rilevante influenza sulla salute come

l'abitudine al fumo, il consumo di alcol, le abitudini alimentari, la sedentarietà (1). Poiché queste informazioni sono indispensabili per programmare e valutare interventi, una parte essenziale

del lavoro è la comunicazione dei dati a coloro che possono decidere se e come attuare misure di prevenzione.

Tuttavia, una difficoltà della comunicazione sta nel fatto che i decisori e i citta-

(*) Coordinatori aziendali del Gruppo di lavoro PASSI: Valerio Aprile, Rosita Cipriani, Addolorata De Luca, Antongiuolo Pollice, Stefano Termite

dini potrebbero guardare ai dati PASSI come componenti di un profilo sociologico della comunità, piuttosto che come componenti dello stato di salute della popolazione, e tale spostamento di prospettiva è favorito dalla scarsa consapevolezza del rapporto tra fattore di rischio o fattore protettivo e problema di salute.

Un'informazione che incorpori la frequenza del fattore di rischio e l'associazione tra tale fattore e lo stato di salute renderebbe più comprensibili e utili i dati PASSI. Misure di questo tipo sono state introdotte negli anni '50 del secolo scorso e sviluppate nell'arco di 40 anni di ricerca, e vanno sotto il nome di misure d'attribuzione o di impatto potenziale. Esse consentono di valutare l'effetto di una esposizione in termini di nuovi casi di malattia o di mortalità e i potenziali vantaggi di programmi di prevenzione diretti a ridurla o ad eliminarla (2).

Lo scopo di questo lavoro è quello di calcolare, per la popolazione pugliese, la mortalità attribuibile al fumo, il comportamento tra quelli sopra indicati con i più rilevanti effetti negativi sulla salute.

Per il calcolo dei decessi attribuibili al fumo è stato utilizzato il SAMMEC, un programma di pubblico dominio, sviluppato dai Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta. Tale applicazione calcola i decessi, per maschi e femmine, in base alle prevalenze di fumatori ed ex fumatori nelle fasce di età 35-64 e 65 e oltre, ed al numero di decessi relativi a 19 cause di morte fumo correlate, applicando i rischi relativi di morte per queste patologie dei fumatori e degli ex fumatori ricavati da un ampio studio prospettico americano (3).

L'applicazione, inoltre, è in grado di calcolare gli anni di vita potenziale persi attribuibili al fumo, in base alla speranza di vita per sesso ed intervalli quinquennali di età.

Le prevalenze in Puglia dei fumatori, in età compresa tra 35 e 64 anni, sono stimate a partire dai dati raccolti dal sistema PASSI nel 2009. Le prevalenze di fumatori nella popolazione di oltre 65 anni sono di fonte ISTAT (4). Per le 19 cause di morte fumo correlate, sono stati utilizzati i dati di mortalità dell'ISTAT relativi ai residenti in Puglia nel 2007, ultima rilevazione disponibile (5).

Infine, per gli anni di vita potenziale persi, dati dalla differenza tra età di morte e speranza di vita, è stata utilizzata la speranza di vita al 2007, riportata nelle tavole di sopravvivenza ridotte.

Dai decessi verificatisi in Puglia nel 2007 si stima che 3.763 siano attribuibili al fu-

mo (Tabella). Circa il 90% di questi ha riguardato gli uomini e solo poco più di un decimo le donne. Negli uomini, la metà dei decessi fumo correlati è stata causata da tumori, oltre un terzo dal solo tumore del polmone, mentre tra le donne la proporzione dei decessi, rispettivamente per cause neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie, è all'incirca sovrapponibile (un terzo per ciascuna categoria). Un numero elevato di decessi attribuibili al fumo si verifica per ostruzione cronica delle vie aeree, nell'ambito delle malattie respiratorie, e per malattie ischemiche del cuore nell'ambito delle cardiovascolari. Considerando il totale dei decessi verificatisi in Puglia nel 2007, poco più di 17.000 in ciascuno dei due generi, si può stimare che nel complesso l'11% dei decessi sia causato dall'esposizione al fumo. Peraltro, tale percentuale è molto più alta negli uomini, dove sfiora il 20%, rispetto alle donne in cui raggiunge solo il 2,5%.

Rispetto alla normale aspettativa di vita i pugliesi hanno perso, a causa del fumo, oltre 54.000 anni di vita nel 2007, poco più dell'85% di questi ha interessato gli uomini. In termini di anni di vita potenziale persi i tumori hanno un impatto maggiore delle altre cause, in quanto i decessi si verificano in età mediamente più precoce di quanto accade per le altre malattie fumo correlate e in particolare per le malattie respiratorie (Figura).

Il calcolo dell'impatto del fumo sulla salute con il metodo SAMMEC è periodicamente effettuato dai CDC (6). Stime relative a 40 Paesi sviluppati sono disponibili in rete (7). In Italia risultati analoghi sono stati pubblicati relativamente a tutta la popolazione italiana (8) e a quella toscana (9). Lo studio italiano ha stimato la mortalità attribuibile al fumo con il metodo SAMMEC e il metodo di Peto (10), ottenendo con quest'ultimo stime leggermente inferiori, ma sostanzialmente confrontabili a quelle del primo. Tale constatazione dà supporto all'opinione che la mortalità attribuibile stimata dal SAMMEC sia sufficientemente affidabile (11).

In questo lavoro sono stati utilizzati gli ultimi dati disponibili di mortalità e di prevalenza di fumatori in Puglia, questi ultimi riferibili a un periodo di circa un anno successivo ai primi. Tuttavia è improbabile che la prevalenza dei fumatori nella fascia di età 35-64 anni relativa al 2007 sia apprezzabilmente diversa da quella utilizzata in questa indagine. Nella classe di età 65 e oltre si è utilizzata la prevalenza di fumatori indicata dall'ISTAT, non essendo al momento disponibili i dati del sistema PASSI d'Argento. Per identificare la con-

dizione di fumatore l'ISTAT adoperava una definizione meno sensibile di quella del sistema PASSI. È verosimile che a causa di questa differenza la prevalenza di fumatori stimata da PASSI d'Argento risulti più alta di quella adoperata in questo studio e di conseguenza si sarebbe calcolata una mortalità attribuibile al fumo superiore a quella riportata. Più rilevante è il fatto che, considerando le cause di morte fumo correlate, la mortalità dipende dall'esposizione al fumo avvenuta nei decenni precedenti, prevalenze verosimilmente diverse da quelle utilizzate, per cui i valori ottenuti forniscono uno scenario approssimato ma plausibile. Questo scenario consente di riconoscere più facilmente i guadagni di salute che si otterrebbero se si riducesse la prevalenza di fumatori.

A causa degli alti rischi relativi associati all'esposizione al fumo e dell'alta percentuale di esposti nella popolazione, i risultati ottenuti dal calcolo della mortalità attribuibile al fumo sono impressionanti. Essi esprimono in modo drammatico quali esiti di popolazione possono essere ricondotti a questa abitudine e allo stesso tempo mostrano quanto i programmi di contrasto al tabagismo siano prioritari per la lotta a molti tipi di tumore e di malattie croniche.

Benché il maggior numero di morti e di anni di vita potenziale persi attribuibili al fumo sia dovuto al tumore del polmone, le stime di impatto associate al lungo elenco delle cause di morte fumo correlate documentano che gli effetti di questa esposizione sono ben lungi dall'essere limitati a questo solo tumore e coinvolgono in misura rilevante altre nove neoplasie e un ampio spettro di malattie cardiovascolari e respiratorie croniche e invalidanti. Bisogna aggiungere la considerazione che sono stati considerati solo gli effetti dovuti all'esposizione al fumo attivo degli adulti. Non sono stati calcolati i morti in epoca perinatale attribuibili al fumo della madre durante la gravidanza né quelli causati dall'esposizione al fumo passivo, che avrebbero contribuito a rendere ancora più grave il quadro delle conseguenze sulla salute.

Rispetto alla gravità dei danni che fanno del fumo la più importante causa di morte prematura colpisce il fatto che i dati del sistema PASSI indichino che quasi tutti gli ex fumatori abbiano smesso di fumare da soli e che un supporto assolutamente insufficiente o del tutto assente sia stato loro offerto dai servizi delle ASL. Per la Puglia, in particolare, fa riflettere che gli stessi dati rivelino che l'attenzione degli operatori sanitari a ►

Tabella - Impatto dell'abitudine al fumo sulla mortalità in Puglia nel 2007

Cause di morte	Morti attribuibili al fumo			Anni di vita potenziale persi attribuibili al fumo		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Neoplasie						
Labbra, cavità orale e faringe	89	11	100	1.897	277	2.174
Esofago	28	3	31	592	77	669
Stomaco	66	8	74	1.135	223	1.358
Pancreas	54	18	72	964	434	1.398
Laringe	69	1	70	1.085	26	1.111
Trachea, polmone, bronchi	1.204	104	1.308	18.664	2.358	21.022
Cervice uterina	0	1	1	0	35	35
Rene	29	0	29	474	0	474
Vescica	122	3	125	1.530	43	1.573
Leucemia mieloide acuta	14	0	14	298	0	298
Totale neoplasie	1.675	149	1.824	26.639	3.473	30.112
Malattie cardiovascolari						
Malattie ischemiche del cuore	313	56	369	5.184	1.032	6.216
Altre malattie cardiache	193	29	222	2.607	425	3.032
Malattie cerebrovascolari	175	43	218	2.414	954	3.368
Aterosclerosi	9	1	10	83	7	90
Aneurisma aortico	71	6	77	1.049	103	1.152
Altre malattie delle arterie	11	1	12	134	7	141
Totale malattie cardiovascolari	772	136	908	11.471	2.528	13.999
Malattie respiratorie						
Polmonite, influenza	24	4	28	309	49	358
Bronchite cronica, enfisema	205	50	255	1.984	534	2.518
Broncopneumopatia cronico ostruttiva	651	97	748	6.111	975	7.086
Totale malattie respiratorie	880	151	1.031	8.404	1.558	9.962
Totale	3.327	436	3763	46.514	7.559	54.073

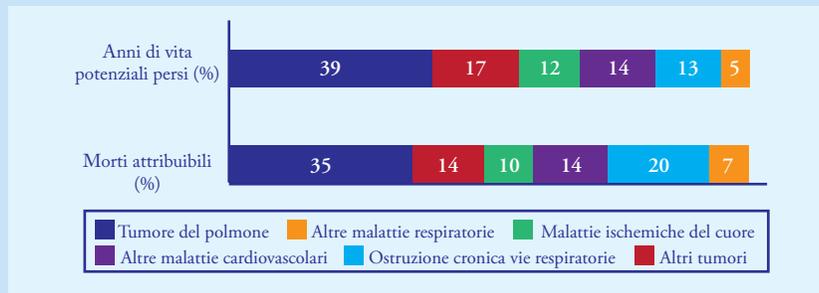


Figura - Percentuale di morti e anni di vita potenziale persi attribuibili al fumo per i principali gruppi di cause di morte. Puglia 2007

questo problema sia più bassa del livello nazionale e che i divieti di fumare nei luoghi pubblici siano meno rispettati che nel resto del Paese (1).

Benché gli effetti nocivi del fumo siano noti da tempo, ed esistano politiche e programmi efficaci per ridurre la frequenza di fumatori (12), è possibile che decisori politici, opinione pubblica e gli stessi operatori sanitari non abbiano ancora un'adeguata consapevolezza dell'entità delle conseguenze della elevata prevalenza di fumatori. A più di 20 anni dalla Carta di Ottawa, resta ancora aperta la

sfida sulla ricerca delle informazioni più utili per convincere i decisori, soprattutto i settori non sanitari, dell'importanza di fattori come il fumo per la salute umana. Indicatori, come il rischio relativo e la prevalenza, che da soli non evidenziano le conseguenze sulla salute e le implicazioni concernenti le politiche ed i programmi di intervento, possono rappresentare una barriera. Invece, le stime dell'impatto del fumo a livello di popolazione, come quelle che abbiamo utilizzato, dovrebbero essere maggiormente impiegate nella comunicazione. ■

Riferimenti bibliografici

- Gruppo Tecnico di coordinamento del Progetto di sperimentazione del sistema di sorveglianza PASSI. Sistema di sorveglianza PASSI. Rapporto nazionale PASSI 2008. www.epicentro.iss.it/passi/report_2008.asp
- Benichou J, Palta M. Rates, risks, measures of association and impact. In: Ahrens W, Pigeot I (Eds). *Handbook of epidemiology*. Berlin: Springer; 2005. p. 91-146.
- Centers for Disease Control and Prevention. Smoking-attributable mortality, morbidity, and economic costs (SAMMEC): adult SAMMEC. <http://apps.nccd.cdc.gov/sammecc/index.asp>
- ISTAT. Health for all - Italia (aggiornato a 27 gennaio 2009). www.istat.it/sanita/Health/
- ISTAT. Cause di morte - anno 2007. www.istat.it/dati/dataset/20100129_00/
- Centers for Disease Control and Prevention. State specific smoking attributable mortality and years of potential life lost-United States 2000-2004. *MMWR* 2009;58(02):29-33.
- www.ctsu.ox.ac.uk/deathsfromsmoking/
- Gorini F, Chellini E, Querci A, et al. Impatto dell'abitudine al fumo in Italia nel 1998: decessi e anni potenziali di vita persi. *Epidemiol Prev* 2003;27(5):285-90.
- Regione Toscana. Informazioni statistiche. Morti per causa (anno 2000). <http://ius.regione.toscana.it/cif/pubblica/mor001306/indic1306.htm>
- Peto R, Lopez D, Boreham J, et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339:1268-78.
- Pérez-Ríos M, Montes A. Methodologies used to estimate tobacco-attributable mortality: a review. *BMC Public Health* 2008; 8:22.
- Osservatorio fumo, droga, alcol. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo (edizione 2008). www.iss.it/ofad/

Comitato editoriale BEN

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

Convegno

INFEZIONE DA HPV: DALLA DIAGNOSI PRECOCE ALLA PREVENZIONE PRIMARIA

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 8-9 febbraio 2010

Felicia Grasso, Stefania Mochi, Luisa Accardi, Paola Di Bonito e Colomba Giorgi
Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS

RIASSUNTO - L'associazione del cancro della cervice con l'infezione dei cosiddetti HPV "ad alto rischio" ha favorito lo sviluppo di vaccini profilattici contro l'infezione di alcuni da questi tipi virali, e di nuove strategie diagnostiche. Nel Convegno "Infezione da HPV: dalla diagnosi precoce alla prevenzione primaria", promosso dal Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate dell'Istituto Superiore di Sanità e dalla Fondazione Smith Kline, sono stati discussi i meccanismi dell'infezione e della patogenesi virale, la strategia vaccinale contro l'infezione virale, la sua armonizzazione con le strategie attualmente in atto per combattere le patologie associate al virus e i riflessi della sua applicazione sulla futura incidenza delle neoplasie virus-associate.

Parole chiave: infezioni da papillomavirus; neoplasie cervicali; vaccini

SUMMARY (*HPV infection: from early diagnosis to primary prevention*) - Association of cervical cancer and infection with the so called "high risk" HPV has contributed to the development of prophylactic vaccines against some of these viruses and of new diagnostic strategies. In the Meeting "HPV infections: from early diagnosis to primary prevention" organized by the Department of Infectious, Parasitic and Immunomediated Diseases, Italian National Institute of Health, and the Smith Kline Foundation, the mechanisms of viral infection and virus pathogenesis, the current state of anti-HPV vaccination and future perspectives of the anti-HPV prophylaxis have been the main dealt subjects.

Key words: human papillomavirus; uterine cervical cancer; vaccines

colomba.giorgi@iss.it

Nei giorni 8 e 9 febbraio 2010 si è svolto, presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Convegno "Infezione da HPV: dalla diagnosi precoce alla prevenzione primaria", organizzato dal Dipartimento di Malattie infettive, Parassitarie ed Immunomediate (MIPI), e dalla Fondazione Smith Kline, con il patrocinio della Società Italiana di Virologia. L'evento aveva lo scopo di discutere le problematiche connesse alla recente disponibilità del vaccino profilattico anti-HPV, e fare il punto sulla vaccinazione approntata nelle diverse regioni italiane. Inoltre, relatori nazionali e internazionali hanno trattato temi più strettamente legati alla ricerca sui meccanismi dell'infezione e della patogenesi virale e hanno presentato i più recenti risultati anche nel campo delle nuove strategie terapeutiche dei tumori associati all'HPV.

Nella prima giornata, la sessione "Infezione HPV e meccanismi patogenetici" moderata dal Direttore del Dipartimento MIPI dell'ISS, Giovanni Rezza, è stata aperta dall'epidemiologo dell'International Agency for Research on Cancer (IARC, World Health Organization, Lione), Salvatore Vaccarella. Il relatore ha riportato i risultati di numerosi studi di prevalenza dell'infezione da HPV in varie regioni geografiche del mondo, che mettono in evidenza una diversa diffusione dell'infezione nelle popolazioni esaminate in relazione all'età. In Europa e in Nord America il picco di infezioni si registra nelle donne di 25 anni per diminuire con l'avanzare dell'età mentre nel Sud America e in Asia, l'incidenza dell'infezione da HPV rimane alta in tutte le fasce di età. Essendo l'HPV l'agente causale del cancro della cervice, tumore che è nel mondo la seconda causa di morte nelle ►



donne, con 275.000 decessi annuali, queste differenze debbono essere prese in seria considerazione nella pianificazione degli specifici interventi sia vaccinali che terapeutici.

Aldo Di Carlo (Direttore Scientifico dell'Istituto Dermatologico S. Gallicano di Roma) ha trattato il ruolo dell'HPV nelle patologie extragenitali, quali verruche e tumori cutanei, e nei condilomi genitali, discutendone gli aspetti diagnostici e clinici. I condilomi genitali rappresentano il 25% delle patologie genitali sessualmente trasmesse; tale percentuale raddoppia nella popolazione di soggetti HIV positivi. Il relatore ha sottolineato che la diagnosi di condilomatosi è essenzialmente clinica, non necessita di saggi, quali HPV DNA-test, e non è mai associata allo sviluppo di tumore. Il ruolo dell'HPV associato all'azione dei raggi ultravioletti è stato sottolineato nell'epidermodisplasia verruciforme. Negli ultimi anni si sta assistendo a un aumento del cancro anale HPV-associato soprattutto nei maschi. Di Carlo ha presentato a questo proposito uno screening in corso su una coorte di maschi omosessuali. Infine, egli ha trattato il ruolo, ormai riconosciuto, dell'HPV nei tumori testa-collo.

M. Lina Tornesello (Istituto Nazionale Tumori, Fondazione Pascale, Napoli) ha discusso la classificazione tassonomica ufficiale (2004) dei 118 genotipi di papillomavirus, umani e non, stilata dall'International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV) basandosi esclusivamente sulla sequenza

nucleotidica della proteina del capsido L1. Tale metodo dà origine a delle incongruenze; infatti, se si considerano anche le sequenze delle oncoproteine E6 ed E7 e il diverso uso dei codoni nelle varie proteine virali, si può giungere a una diversa filogenesi. La relatrice ha poi mostrato l'esistenza nei differenti genotipi HPV di varianti ben conservate, indicative della loro origine geografica e di una co-evoluzione virus-ospite. Risultati di studi condotti dal gruppo di Napoli su virus circolanti in Italia hanno messo in evidenza varianti non europee, particolarmente la AA, e confermato che queste varianti sono associate con rischio più elevato alla persistenza dell'infezione e/o all'insorgenza del carcinoma cervicale invasivo. Inoltre, delezioni o inserzioni con possibile ruolo prognostico sono state individuate nella regione non codificante del genoma in virus isolati da carcinomi del pene e della cervice.

Massimo Tommasino (IARC, Lione) ha illustrato i meccanismi oncogeni e di immunoevasione delle proteine E6 ed E7 di HPV, con particolare riferimento a loro nuovi bersagli molecolari. In particolare, da studi del suo gruppo è emerso che la down-regolazione del Toll-like receptor TLR-9 è un meccanismo di immunoevasione comune a molti virus a doppia elica di DNA e che, in ambito terapeutico, il potenziamento della risposta immunitaria è una strategia vincente rispetto a quella basata sul blocco della proliferazione cellulare.

I micro(mi)RNA, piccoli frammenti di RNA a singolo filamento coinvolti nella regolazione post-trascrizionale sia cellulare che virale, stanno assumendo crescente importanza prognostica in molti tipi di tumore. Luisa Barzon (Dipartimento di Istologia, Microbiologia e Biotecnologie Mediche, Università di Padova) ne ha illustrato i meccanismi molecolari di oncogenesi e riportato i risultati di uno studio sull'espressione di un pannello di miRNA sia in campioni cervicali di donne con citologia normale o con displasia di basso grado, che *in vitro* in linee cellulari derivanti da carcinomi della cervice. I risultati hanno evidenziato che alcune famiglie di miRNA sono deregolate dall'espressione delle oncoproteine virali E6 ed E7 e quindi coinvolte nell'oncogenesi promossa dal virus.

Francesca Carozzi (Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze), ha aperto la sessione "Prevenzione e Terapia: oggi e domani", moderata da Luciano Mariani (Istituto Nazionale Regina Elena,

Roma), ribadendo la necessità di controlli di qualità, sia interni che esterni, per una corretta esecuzione dei test attualmente in uso per la diagnosi dell'infezione di HPV e la successiva tipizzazione virale. Un equilibrio tra sensibilità e specificità dei test usati è fondamentale per evitare trattamenti terapeutici eccessivi o ripetuti sulle pazienti. Tuttavia, una corretta valutazione del rischio oncogeno nelle diverse situazioni cliniche non può basarsi soltanto sull'esito positivo dell'HPV-DNA test, ma necessita di altri parametri derivanti dall'analisi citologica, colposcopica e bioptica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha promosso la formazione di una rete di laboratori di riferimento (HPV Laboratory Network) allo scopo di valutare la sensibilità e specificità dei test HPV-DNA e di produrre reagenti standard di riferimento. La relatrice ha concluso sottolineando che un importante obiettivo nell'era della vaccinazione deve essere la standardizzazione di test sierologici per la valutazione della risposta anticorpale anti-HPV nella popolazione vaccinata.

Giovanni Gabutti (Istituto di Igiene, Università degli Studi di Ferrara) ha parlato della risposta immunitaria indotta dall'infezione naturale da HPV e dalla vaccinazione profilattica, sottolineando quali siano i presupposti e i correlati di una risposta efficace. Ha inoltre presentato dati comparativi risultanti da studi sierologici di follow-up post-vaccinazione dei due vaccini attualmente commercializzati, Cervarix e Gardasil, rispettivamente bivalente (HPV-16 e 18) e quadrivalente (HPV-16-18-6-11), dai quali risulta un'efficacia paragonabile dei due vaccini.

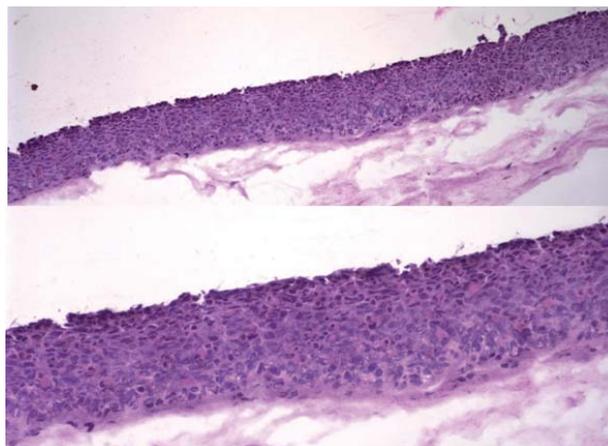
Anche Roberto Piccoli (Clinica Ostetrica e Ginecologica, Università degli Studi Federico II, Napoli) ha riportato dati di studi clinici sulla sicurezza ed efficacia dei due vaccini e sulla loro cross-protezione nei confronti di genotipi virali non inclusi nei vaccini. Piccoli ha anche discusso le possibili implicazioni nella risposta dei due vaccini dovuta ai diversi adiuvanti usati e alla struttura delle proteine L1 incluse nei due vaccini. Egli ha inoltre riportato la valutazione della protezione indotta nei confronti dell'adenocarcinoma endocervicale oltre che del cervicocarcinoma.

Walter Ricciardi (Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma) ha presentato metodi e risultati di due progetti condotti dall'Agen-

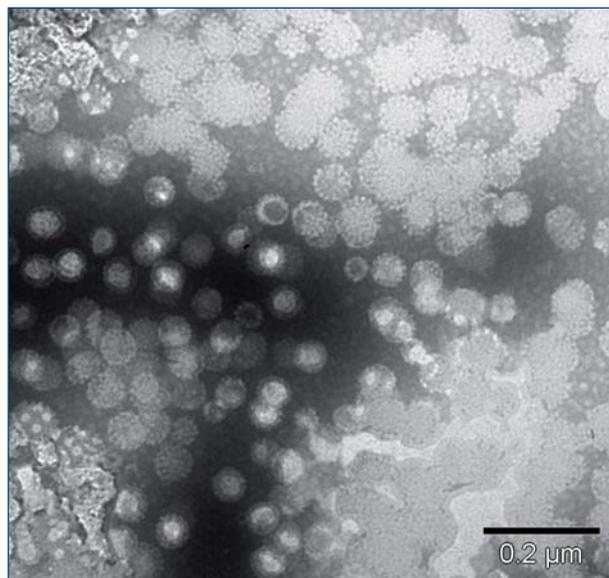
zia Health Technology Assessment International (Canada) allo scopo di valutare le implicazioni cliniche, economiche, organizzative ed etico-sociali della vaccinazione di massa anti-HPV. La raccomandazione finale è stata quella di continuare a integrare la vaccinazione con lo screening cervicale.

Saveria Campo (Professore emerito, Università di Glasgow, Regno Unito) ha sottolineato le problematiche legate al vaccino anti-HPV attualmente in uso, quali la specificità tipo-ristretta, il costo elevato e la necessità di una catena del freddo per la conservazione, che ne impediscono la diffusione nei Paesi più poveri, dove l'infezione da HPV ha la più alta incidenza. La relatrice ha, inoltre, presentato gli studi su un vaccino multivalente di seconda generazione basato su peptidi N-terminali della proteina L2, la proteina minore del capsido virale. Questa proteina presenta degli epitopi immunodominanti parzialmente conservati tra tipi diversi di papillomavirus umano, in grado di indurre una risposta anticorpale cross-neutralizzante.

La sessione è stata chiusa da Colomba Giorgi (MIPI, ISS) con l'illustrazione delle immunoterapie antigene-specifiche contro tumori associati all'HPV. La relatrice ha riportato risultati recentemente pubblicati sullo sviluppo di strategie immunoterapiche basate su cellule dendritiche umane pulstate *in vitro* con la proteina E7 espressa in pianta e sullo sviluppo di un vaccino terapeutico basato su VLP di HIV incorporanti E7. Ha inoltre riportato un'altra strategia, perseguita dal suo gruppo di ricerca, che prevede l'uso di anticorpi ricombinanti in formato a singola ►



Cellule di carcinoma della cervice uterina (SiHa) in coltura organotipica



Pseudovirioni di HPV16

catena, prodotti in batteri o esprimibili intracellularmente tramite vettori appropriati, per bloccare specificamente le proteine oncogene virali e inibirne quindi la funzione.

La seconda giornata del Convegno, dedicata in modo particolare alle esperienze di vaccinazione anti-HPV nelle varie regioni italiane, si è aperta con l'intervento di Paolo Castiglia (Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, Università di Sassari), che ha illustrato il Progetto VENICE, partito nel 2006 con lo scopo di monitorare gli effetti dell'introduzione del vaccino nei Paesi europei, effetti che sono complicati dalle diverse politiche vaccinali adottate riguardo alle fasce di età delle donne coinvolte nella vaccinazione. I limiti della vaccinazione anti-HPV individuati da Castiglia riguardano aspetti immunitari, organizzativi, economici, etici e comunicativi.

Giorgio Palù (Dipartimento di Istologia, Microbiologia e Biotecnologie Mediche, Università di Padova) ha illustrato le linee guida per la vaccinazione dal punto di vista del virologo. Egli ha ribadito l'efficacia e la sicurezza della vaccinazione, sottolineando però che la sua efficacia è ridotta nelle donne già positive per HPV. Di particolare interesse è l'efficacia del vaccino quadrivalente nella prevenzione delle verruche genitali, che lo rende utile anche nell'uomo. Palù ha messo in risalto la necessità di ulteriori ricerche atte a chiarire i correlati immunitari della protezione, a seguire eventuali variazioni nella prevalenza dei tipi

HPV nelle donne vaccinate e a mettere a punto metodi standardizzati per il monitoraggio della risposta immunitaria.

Nel suo intervento Maria Grazia Pompa (Dipartimento Prevenzione e Comunicazione, DG Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute) ha fornito una visione generale della situazione vaccinale in Italia. Ha affermato che il vero obiettivo del vaccino è il controllo e non l'eliminazione della malattia legata all'HPV e che non bisogna dimenticare che gli effetti saranno visibili a lungo termine; pertanto non va abbassata la guardia sullo screening preventivo tramite Pap test.

A sostegno della necessità dello screening, anche e soprattutto in tempo di vaccinazione, è stato il contributo di Mario Sideri (Istituto Europeo di Oncologia, Milano). Egli ha sottolineato l'importanza del monitoraggio degli effetti del vaccino nella valutazione di una diminuzione o una modifica qualitativa della patologia HPV-associata. Qualsiasi variazione, egli ha sottolineato, imporrà una revisione dei protocolli degli screening.

Nell'ultima parte del Convegno i rappresentanti dei Servizi di sanità pubblica di alcune regioni hanno presentato i dati relativi alle esperienze di vaccinazione nella propria regione. Francesca Russo per il Veneto, Paolo Giorgi Rossi per il Lazio e Cinzia Germinario per la Puglia hanno illustrato di volta in volta strategie vaccinali e strumenti utilizzati per divulgare l'informazione sull'offerta, e presentato raccolte di dati sulla rilevazione dell'adesione e della copertura vaccinali. Nei vari interventi sono stati evidenziati la necessità di istituire un registro delle donne vaccinate, il possibile cambiamento della popolazione "target" col diffondersi e il progredire della vaccinazione e la necessità di mantenere un'integrazione tra programmi vaccinali e di screening. In particolare, la Regione Toscana ha attivato un numero verde telefonico per aumentare la conoscenza dei programmi di vaccinazione.

Anche l'ultimo intervento di Cristina Brusati (Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna, Milano) ha suggerito possibili miglioramenti da apportare nell'ambito dell'informazione, dell'accesso alla vaccinazione e relativa raccolta dati, e presentato un progetto di informazione delle studentesse in collaborazione con gli Uffici Scolastici Regionali, che verrà attuato nel corso del 2010 con il patrocinio del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. ■

SEMINARIO PER LE SCUOLE.

FEMMINE E MASCHI: CERVELLI DIVERSI? UN APPROCCIO ALLA SALUTE PARTENDO DALLE DIFFERENZE DI GENERE

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 14 maggio 2010

Maria Cristina Barbaro e Sandra Salinetti
Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca e Attività Editoriali, ISS

RIASSUNTO - Il Seminario, destinato ai ragazzi delle scuole secondarie superiori, è stato organizzato nell'ambito delle attività di divulgazione scientifica e promozione della salute per le scuole, promosse dall'Istituto Superiore di Sanità. Lo scopo dell'evento è stato quello di introdurre ai ragazzi concetti relativi alle differenze di genere considerando gli aspetti biologici, sociali e ambientali nel determinare il comportamento e le condizioni di salute e malattia. Particolare attenzione è stata data all'adolescenza e ai comportamenti a rischio in connessione con l'uso di droghe e alcol.

Parole chiave: differenza di genere; adolescenza; cervello; sostanze d'abuso

SUMMARY (*Seminar for schools. Females and males: different brains? An approach to health starting from gender differences*) - The seminar, addressed to high school students, was organized as part of the activities of science education and health promotion in schools promoted by the Italian National Institute of Health. The aim of the event was to introduce gender differences to students: how biological, social and environmental aspects contribute to gender differences in behaviour, health and disease, with particular attention to adolescence, alcohol and drug abuse.

Key words: gender difference; adolescence; brain; substance abuse

mariacristina.barbaro@iss.it

Da anni l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) incoraggia e ricerca il contatto con la scuola - grazie a una serie di iniziative, quali corsi, seminari, convegni, visite ai laboratori e progetti di ricerca su diversi temi scientifici con proposte di innovazione nelle metodologie didattiche - rispondendo così a uno dei suoi compiti istituzionali: la formazione e la diffusione di informazione e di cultura scientifica per la promozione della salute.

Nell'ambito di queste attività, anche nel 2010 non è mancato l'appuntamento con le scuole con il Seminario "Femmine e maschi: cervelli diversi? Un approccio alla salute partendo dalle differenze di genere", tenutosi presso l'Aula Pocchiari dell'ISS il 14 maggio scorso.

L'evento, come sempre, ha riscosso un ampio successo e moltissime sono state le adesioni, nonostante il periodo difficile dell'anno scolastico per impegni conclusivi quali verifiche e recuperi. Ciò probabilmente in virtù dei temi affrontati, di grande interesse per i giovani studenti, ma, poiché fortemente specialistici, spesso assenti dai programmi scolastici.

Circa 200 studenti di scuola superiore (provenienti dai Licei Virgilio e Giulio Cesare di Roma e dagli Istituti di Istruzione Superiore Armando Diaz di Roma e Paolo Baffi di Fregene), accompagnati da nove insegnanti, hanno seguito con molta attenzione gli interventi programmati.

Tre relatori, ricercatori dell'ISS (Gemma Calamandrei e Simone Macrì del Dipartimento di ►

Da anni l'ISS favorisce iniziative di promozione della salute nelle scuole

Argomento portante del Seminario è stata la differenza di genere attraverso lo studio di aspetti biologici-ormonali e socio-ambientali

Biologia Cellulare e Neuroscienze e Rosanna Mancinelli del Centro Nazionale Sostanze Chimiche), hanno esposto temi anche piuttosto ostici e complessi, utilizzando un linguaggio tecnico ma allo stesso tempo idoneo all'audience composta da giovani tra i 15 e i 18 anni.

L'argomento portante del Seminario è stata la differenza di genere partendo dagli aspetti biologici-ormonali fino a quelli sociali e ambientali, importanti sia per la definizione del comportamento che per la determinazione delle condizioni di salute e malattia. Particolare rilievo è stato dato all'adolescenza come momento cardine nello sviluppo e strettamente legata ai comportamenti a rischio quali l'uso/abuso di droghe e alcol.

Con la prima relazione ("Sviluppo del sistema nervoso e del comportamento: come gli ormoni modulano gli effetti dell'ambiente") Gemma Calamandrei ha esposto ai ragazzi - anche attraverso studi sperimentali sui modelli animali - argomenti specifici sullo sviluppo del sistema nervoso e del cervello, partendo dai nove mesi



di vita prenatale. È stata sottolineata l'importanza dell'attività degli ormoni sessuali che - sin dal feto in cui organizzano il cervello in senso femminile o maschile all'adolescenza in cui portano a maturazione sessuale - partecipano, per tutta la vita, ai processi di apprendimento e memoria, modulano le emozioni e la socialità, e svolgono una parte fondamentale nel definire la differenza di genere e lo stato di salute di donne e uomini. Non è stato tralasciato il ruolo fondamentale svolto dall'ambiente in cui si nasce e cresce, che, quando ricco di stimoli, riesce a modificare permanentemente l'architettura del cervello soprattutto nelle esperienze precoci.

È Simone Macrì che, con il suo intervento "Adolescenza e comportamenti a rischio: aspetti neurobiologici", ha posto l'accento sull'adolescenza quale età chiave, sia negli aspetti biologici che comportamentali, nel determinare quello che sarà un individuo adulto. I comportamenti a rischio, naturali e tipici di quella fase dello sviluppo, sono parte integrante



nell'ambito della crescita di una persona perché consentono l'abbandono del "nido" inteso come ambiente di nascita e quindi il reperimento di nuove risorse fuori da quell'ambito, favorendo anche l'apprendimento di schemi comportamentali adulti. In tal senso, fondamentale ne è la conoscenza e la consapevolezza per evitare e contenere i danni che possono essere procurati da atteggiamenti troppo pericolosi, ad esempio quelli correlati all'uso di droghe.

Infine, con l'ultima relazione "Alcol, giovani e differenze di genere: cosa c'è di nuovo?", Rosanna Mancinelli ha illustrato cos'è l'alcol, come l'organismo lo "smonta" producendo l'enzima chiamato alcol deidrogenasi, e quando il suo consumo può definirsi un comportamento a rischio. L'attenzione è stata focalizzata sulle nuove tendenze nell'uso di alcol tra i giovani, come la moda degli *alcolpop*. Queste bevande, commercializzate in confezioni simpatiche dai colori vivaci, hanno una bassa gradazione alcolica (5-7%) ed essendo al gusto di frutta risultano più gradevoli rispetto ai liquori poiché il sapore dell'alcol non è forte, e trovano quindi un ampio consenso soprattutto tra le ragazze tanto da essere definiti *girlie drink*. Il rischio di questo successo è che sono bibite che possono comunque provocare l'intossicazione alcolica (ubriacatura) e, specialmente nelle ragazze, aumentano il rischio di numerose malattie e disordini ormonali causati dall'azione tossica dell'alcol etilico. Altre bevande oggi molto diffuse tra i ragazzi sono gli *energy drink* che, a volte, vengono bevute mischiate ad alcolici: que-



sto "cocktail" maschera, ma non elimina gli effetti dell'alcol, e può indurre effetti sinergici ancora più pericolosi sulle funzioni neuropsicologiche. È stato evidenziato, inoltre, come l'alcol è assimilato in maniera diversa in base al sesso e all'età e sono stati mostrati i danni che l'abuso di alcol può arrecare sul corpo e sul cervello, soprattutto delle giovani donne e in gravidanza. Le ragazze, infatti, sono più suscettibili all'alcol presentando più danni di apprendimento e memoria con modificazioni delle strutture cerebrali che non compaiono nei ragazzi.

Il successo dell'iniziativa è stato confermato dall'entusiasmo con cui gli studenti hanno seguito gli interventi e dall'interesse che hanno dimostrato con le numerose richieste di approfondimento rivolte ai relatori.

Questa esperienza ha nuovamente permesso di avvicinare il mondo della scuola e quello della ricerca avvalorando l'importanza e la ricaduta dell'impegno dell'ISS nella promozione della salute e facendo ben sperare in future iniziative e nuove collaborazioni. ■

*Avvicinare
il mondo della scuola
e quello della ricerca
è un impegno importante
dell'ISS*

Visto... si stampi

a cura di Paola De Castro

Settore Attività Editoriali, ISS

Le pubblicazioni editte da questo Istituto sono tutte disponibili online.

Per essere direttamente informati, scrivete a: pubblicazioni@iss.it



Rapporti ISTISAN 10/12

Censimento nazionale e regionale dell'attività di aferesi produttiva (2008).

L. Catalano, C. Malantruccio, M.S. Iovino, L. Pierelli, G. Grazzini. 2010, 49 p.

L'aferesi produttiva è la donazione selettiva di elementi cellulari e/o plasma dallo stesso donatore effettuata mediante separatore cellulare. La Società Italiana di Emaferesi e Manipolazione cellulare (SIdEM) in collaborazione con il Centro Nazionale Sangue (CNS) ha realizzato una "fotografia" dell'aferesi produttiva in Italia nel 2008. La donazione in aferesi è stata praticata dall'81,6% delle strutture trasfusionali italiane utilizzando 1.373 separatori cellulari ed effettuando 450.898 procedure (77% plasmateresi, 3% piastrinoateresi, 20% aferesi multicompone) pari al 15,3% delle donazioni totali. Le donazioni in aferesi sono state 7,6 per 1.000 abitanti e 328 per separatore cellulare. Inoltre i risultati del presente studio hanno messo in evidenza che l'attività di aferesi è concentrata particolarmente nel Nord Italia, in virtù di una più ampia diffusione dell'aferesi produttiva nelle strutture trasfusionali, di un incrementato numero delle donazioni in aferesi (in particolare, delle plasmateresi) e di una maggiore produttività dei separatori cellulari.

liviana.catalano@iss.it



Area tematica
Epidemiologia
e sanità pubblica



Area tematica
Epidemiologia
e sanità pubblica

Rapporti ISTISAN 10/13

Indagine conoscitiva e analisi delle principali attività del sistema trasfusionale italiano: anni 2007-2008.

L. Catalano, S. Pupella, V. Piccinini, G. Grazzini. 2010, 82 p.

Il Centro Nazionale Sangue, Organismo di coordinamento nazionale delle attività trasfusionali, ha promosso e realizzato un'indagine per la rilevazione e la valutazione dei dati sulle principali attività trasfusionali relative agli anni 2007 e 2008, con l'obiettivo di garantire un raccordo informativo sistemico fra il preesistente Registro nazionale sangue e plasma, abrogato dal DM 21 dicembre 2007, e il nuovo Sistema Informativo dei Servizi TRAsfusionali (SISTRA), istituito dal medesimo decreto. Sono state raccolte informazioni inerenti alle principali attività trasfusionali. Per la realizzazione dell'indagine è stata fondamentale la collaborazione delle 21 Strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali, costituite dalle regioni e province autonome ai sensi dell'art. 6, comma 1, lettera c), della Legge 219/2005. I risultati indicano che la produzione di emazie è risultata adeguata a coprire il fabbisogno nazionale, mentre il plasma inviato all'industria copre complessivamente circa il 60% della domanda dei farmaci plasmaderivati a maggior consumo. Si conferma, inoltre, una significativa disomogeneità fra regioni in termini di produzione e fabbisogni.

liviana.catalano@iss.it

Rapporti ISTISAN 10/14

Pianificazione radioterapica 3D: contornazione delle aree linfonodali e indicatori di qualità. Dalle esperienze del quinto corso-dibattito sulla Garanzia di Qualità in Radioterapia. Chieti, 17-19 maggio 2007 e Cagliari, 19-21 maggio 2008.

A cura di G. Ausili Cefaro, P. Gabriele, D. Genovesi, A. Rosi, M.A. Tabocchini e V. Viti. 2010, vii, 67 p.

Questo documento è dedicato al quinto corso-dibattito dell'Istituto Superiore di Sanità sull'Assicurazione di Qualità in Radioterapia. Il corso si è tenuto a Chieti nel 2007 in collaborazione con l'Ospedale Clinicizzato SS. Annunziata Chieti e a Cagliari nel 2008 in collaborazione con l'Ospedale Oncologico A. Businco di Cagliari. Nel Corso sono stati affrontati e approfonditi due aspetti cruciali nell'ottimizzazione della pianificazione 3D per tre diverse patologie: i) la definizione del Clinical Target Volume linfonodale che rappresenta potenzialmente il volume più esteso tra i volumi di interesse clinico per la sua sede "distante" dal Gross Tumor Volume e quindi condizionante il volume di trattamento finale e ii) la definizione e la messa in pratica dei principali indicatori di qualità nella pianificazione radioterapica 3D. Il documento riporta gli argomenti ritenuti utili dai partecipanti al fine dell'ottimizzazione di tutte le fasi relative alla contornazione delle aree linfonodali e alla definizione di indicatori di qualità correlati.

antonella.rosi@iss.it



Area tematica
Tecnologie e salute



ISTISAN Congressi 10/C3

Conferenza. Assessment di dispositivi di misura di pressione plantare (PMDs) per un uso appropriato nella ricerca biomeccanica e nella pratica clinica.

Istituto Superiore di Sanità.

Roma, 10 maggio 2010. Riassunti.

A cura di C. Giacomozzi. 2010, v, 27 p. (in inglese)

Nell'ambito della linea di ricerca ISS "Technology assessment di strumentazione per baropodometria" sono stati messi a punto e validati metodologie, strumentazione e protocolli per la valutazione delle principali caratteristiche metrologiche di dispositivi per baropodometria. Il convegno si prefigge di: a) condividere i principali risultati ottenuti nello studio, soprattutto in termini di metodologia di assessment tecnico e di relativa strumentazione; b) formulare e condividere raccomandazioni per assicurare l'appropriatezza d'uso dei dispositivi; c) stimolare l'attenzione dell'ambiente di ricerca biomeccanica e dei contesti clinici di maggior utilizzo (ortopedia, diabetologia, podologia medica, ecc.) alla necessità di verifica periodica delle caratteristiche metrologiche dei dispositivi; d) sensibilizzare i produttori relativamente agli aspetti di calibrazione appropriata dei dispositivi prima dell'immissione sul mercato, e di monitoraggio e manutenzione periodica dei dispositivi stessi; e) sensibilizzare gli Enti Competenti in materia di certificazione e vigilanza sul mercato di dispositivi medici, ai fini della corretta classificazione dei dispositivi in base al loro utilizzo.

claudia.giacomozzi@iss.it

ISTISAN Congressi 10/C4

2° Convegno nazionale.

Medicina narrativa e malattie rare.

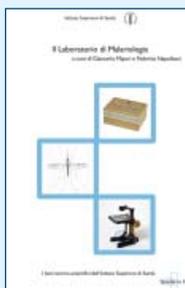
Istituto Superiore di Sanità. Roma, 16 luglio 2010. Riassunti.

A cura di A.E. Gentile, I. Luzi, D. Iacono e D. Taruscio. 2010, v, 60 p.



Il 2° Convegno nazionale Medicina narrativa e malattie rare, organizzato dal Centro Nazionale Malattie Rare il 16 luglio 2010 all'Istituto Superiore di Sanità, ha l'obiettivo di promuovere la medicina narrativa, con particolare attenzione al suo utilizzo nell'ambito delle malattie rare - patologie caratterizzate da bassa prevalenza, gravità clinica, cronicità, invalidità, difficoltà diagnostiche e spesso da scarse opzioni terapeutiche, specifiche e risolutive - attraverso la condivisione di esperienze di medicina narrativa svolte o attualmente in corso sul territorio nazionale. Nel presente volume sono raccolti gli abstract relativi alle comunicazioni orali e ai poster, presentati e discussi durante il Convegno.

domenica.taruscio@iss.it



I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità, n. 5. Il Laboratorio di Malariologia

G. Majori e F. Napolitani. 2010, 154 p.

Il quaderno descrive l'attività e il ruolo che il Laboratorio di Malariologia dell'Istituto di Sanità Pubblica (dal 1941 Istituto Superiore di Sanità, ISS) ebbe nell'eradicazione della malaria in Italia. Ripercorre in ordine cronologico le principali tappe di questa lotta, ne richiama i più illustri protagonisti, soffermandosi in particolare sugli anni del secondo conflitto mondiale. Testimonia attraverso i documenti versati dall'ISS all'Archivio Centrale dello Stato e un'analisi degli studi malariologici pubblicati sulle pagine dei *Rendiconti* l'impegno di Alberto Missiroli, primo direttore del Laboratorio, e di altri malariologi. Completa il quaderno

una originale descrizione della rappresentazione museale della malaria, con particolare riferimento ai musei del Lazio. Infine chiude il volume l'inventario dei materiali museali in dotazione del Laboratorio di Malariologia, attualmente conservati presso l'ISS. Il quaderno è il quinto della serie *I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità* che rappresentano una collana di monografie nate da un'intensa attività di recupero, salvaguardia e valorizzazione del patrimonio di interesse storico e culturale, con lo scopo di documentare attraverso testimonianze sia materiali (strumenti scientifici, documenti, fotografie) che immateriali (interviste a ricercatori e tecnici, racconti orali), la storia dell'ISS e più in generale della sanità pubblica italiana.

federica.napolitani@iss.it



Nei prossimi numeri:

Strategia vaccinale del melanoma
Le patologie allergiche
Nuova direttiva europea su acque di balneazione
Convegno. Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale

Istituto Superiore di Sanità

Presidente: Enrico Garaci

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

a cura del Settore Attività Editoriali