

Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

Osteoporosi: cause, prevenzione,
terapie e dati epidemiologici

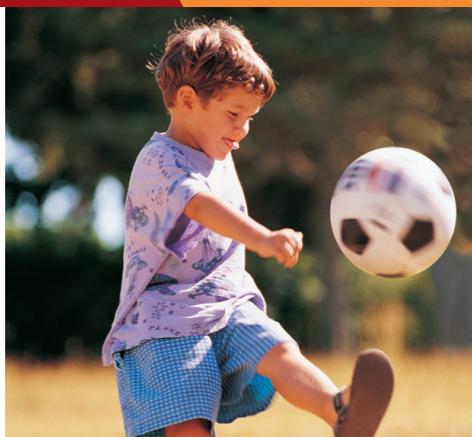
Convegno "Il disagio dell'Occidente:
un approccio interdisciplinare
al fenomeno dell'obesità"

Anziani e stili di vita:
la sfida del Progetto CHANGE

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



SE CI PENSO BENE,
MANGIO MEGLIO



Inserito **BEN**

Bollettino Epidemiologico Nazionale

La popolazione iscritta all'anagrafe assistiti:
focus sugli immigrati. USL 2 dell'Umbria, 2009

Studio multicentrico sul rischio di infortuni domestici
nella regione Friuli-Venezia Giulia

SOMMARIO

Gli articoli

Osteoporosi: cause, prevenzione, terapie e dati epidemiologici	3
Convegno "Il disagio dell'Occidente: un approccio interdisciplinare al fenomeno dell'obesità"	11
Anziani e stili di vita: la sfida del Progetto CHANGE	14

Le rubriche

Nello specchio della stampa. Giornata Mondiale contro l'AIDS: l'attività del Telefono Verde dell'Istituto Superiore di Sanità	9
News	10
Visto... si stampi	17

Bollettino Epidemiologico Nazionale (Insero BEN)

La popolazione iscritta all'anagrafe assistiti: focus sugli immigrati. USL 2 dell'Umbria, 2009	i
Studio multicentrico sul rischio di infortuni domestici nella regione Friuli-Venezia Giulia	iii



L'adozione di corretti stili di vita e di un adeguato programma di prevenzione possono ridurre sensibilmente l'incidenza dell'osteoporosi tra la popolazione

pag. 3

In occasione di un Convegno presso l'ISS si sono incontrati gli specialisti di diverse discipline, che hanno discusso delle condizioni culturali, sociali ed economiche che influenzano l'obesità

pag. 11



Il Progetto europeo CHANGE intende promuovere tra gli anziani stili di vita più salutari attraverso un sistema educativo basato sull'aumento dell'attività motoria e su un migliore regime alimentare

pag. 14



L'Istituto Superiore di Sanità

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

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

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

Dipartimenti

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

Centri nazionali

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

Servizi tecnico-scientifici

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

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

Redattore capo: Paola De Castro

Redazione: Anna Maria Rossi, Giovanna Morini

Progetto grafico: Alessandro Spurio

Impaginazione e grafici: Giovanna Morini

Fotografia: Antonio Sesta

Distribuzione: Patrizia Mochi, Sara Modigliani

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

Redazione del Notiziario

Settore Attività Editoriali

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

Tel: +39-0649902260-2427

Fax +39-0649902253

e-mail: pubblicazioni@iss.it

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

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2009

Numero chiuso in redazione il 23 dicembre 2009

Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. Roma

OSTEOPOROSI: CAUSE, PREVENZIONE, TERAPIE E DATI EPIDEMIOLOGICI



Anna Velia Stazi¹, Valerio Manno² e Marina Torre²

¹Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, ISS

²Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

RIASSUNTO - L'osteoporosi è una malattia sistemica e multifattoriale che aumenta la fragilità ossea colpendo, dopo i 50 anni, una donna su tre e un uomo su cinque e rendendo più probabile il verificarsi di fratture. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono più di 75 milioni le persone che ne soffrono in Europa, Giappone e Stati Uniti; solo in Europa e negli Stati Uniti si registrano ogni anno circa 2,3 milioni di fratture. L'adozione di corretti stili di vita e di un adeguato programma di prevenzione possono ridurre sensibilmente l'incidenza di questa patologia; inoltre, l'utilizzo di opportune terapie di trattamento può ridurre l'ingravescenza della malattia.

Parole chiave: osteoporosi; epidemiologia; prevenzione; fratture

SUMMARY (*Causes, prevention and therapy of osteoporosis and epidemiological data*) - Osteoporosis is a systemic and multifactorial disease that increases brittleness of the bone resulting in fractures. It affects up to one in three women and one in five men over the age of 50 years. According to WHO, it affects more than 75 million people in Europe, Japan and the USA, and causes more than 2.3 million fractures annually in Europe and the USA alone. The adoption of correct lifestyles and of an adequate prevention programme might decrease the incidence of this disease. Moreover, the use of adequate treatments might reduce the worsening of this disease.

Key words: osteoporosis; epidemiology; prevention; fractures

annavelia.stazi@iss.it

Per fornire gli elementi di competenza relativi a una mozione sulla sensibilizzazione e conoscenza dell'osteoporosi, è stato richiesto di elaborare una risposta congiunta da parte del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute e del Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Sono state così avviate alcune ricerche, che hanno focalizzato l'attenzione sugli aspetti sia epidemiologici-statistici che fisiopatologici-ambientali di questa importante patologia.

Per le interessanti tematiche trattate in tale risposta congiunta, è stato ritenuto utile scrivere un lavoro che potesse essere stimolante a livello divulgativo fornendo un'informazione riguardante gli aspetti epidemiologici, ambientali e clinici dell'osteoporosi.

L'aumento significativo della vita media della popolazione contribuisce a rendere maggiormente evidenti quelle patologie che progrediscono e aumentano la loro

gravità con il crescere dell'età. È il caso dell'osteoporosi la cui definizione, accettata a livello internazionale, la descrive come una malattia sistemica caratterizzata da una ridotta massa ossea e da un deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo con un conseguente aumento della fragilità ossea e suscettibilità alle fratture, soprattutto di femore, vertebre e polso (1).

L'osteoporosi colpisce, dopo i 50 anni, una donna su 2 e 1 uomo su 5 (2) e, il più delle volte, è difficile da riconoscere in quanto non dà sintomi premonitori, diventando clinicamente evidente solo quando si verifica la frattura. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) più di 75 milioni di persone in Europa, in Giappone e USA sono affette da osteoporosi che, nella sola Europa e negli USA, causa più di 2,3 milioni di fratture all'anno. Riferendosi alle sole fratture di femore, si stima che nel 1990 se ne siano verificate tra 1,3 e 1,7 milioni e che, nel 2025, si possa arrivare a 3 milioni (3). ▶



Fisiopatologia dell'osteoporosi

Il sistema scheletrico svolge importanti funzioni come il sostegno, il deposito di sali di calcio, l'emopoiesi e la protezione degli organi interni ed è quindi fondamentale cercare di mantenerlo in buono stato di salute.

L'osso è un tessuto mineralizzato costituito da una matrice inorganica di minerali (idrossiapatite di calcio) in cui è dispersa una matrice organica di fibre collagene (proteine); questi componenti, insieme alle cellule ossee, formano le unità biodinamiche dei processi di rimodellamento e riassorbimento (*turnover* osseo).

Durante il corso della vita il tessuto osseo subisce le seguenti fasi di trasformazione:

- incremento della massa ossea conseguente alla crescita staturale;
- raggiungimento del picco di massa ossea (PMO): esso rappresenta la quantità di tessuto minerale osseo presente alla fine dell'accrescimento (16-18 anni per le femmine e 20-22 per i maschi) ed è caratteristico per ciascun individuo;
- consolidamento fino all'età di 20-25 anni quando viene raggiunto l'assetto definitivo in termini di lunghezza delle ossa e robustezza;
- decremento della massa ossea: inizia tra i 35-45 anni nelle donne e tra i 40-50 anni nell'uomo e prosegue per tutta la vita.

Quanto maggiore è la massa ossea raggiunta al PMO, tanto più gli adulti risulteranno protetti nei confronti del decremento della massa ossea. Il valore del PMO può infatti condizionare l'evoluzione delle patologie ossee negli anni della vecchiaia quando anche l'azione protettiva dagli ormoni sessuali, testosterone per gli uomini ed estrogeni per le donne, diminuisce.

Questo ci fa capire che l'osso, nonostante la sua apparente durezza, è dinamico e in continua evoluzione avvenendo costantemente in esso due processi accoppiati tra loro, uno più lento di apposizione e l'altro, più rapido, di riassorbimento (*turnover* osseo).

L'equilibrio di tali processi è finemente regolato da diversi fattori ambientali, endocrini e genetici, tali da rendere l'eziopatogenesi dell'osteoporosi multifattoriale: in essa la componente genetica gioca un ruolo importante (Figura 1), incidendo per il 70% nella variabilità individuale della densità della massa ossea (BMD, Bone Mass Density).

Concause dell'osteoporosi

Una recente revisione della letteratura (4) ha evidenziato che la fase di decremento della massa ossea è una condizione fisiologica; tuttavia, esistono delle situazioni di rischio che, interagendo con l'equilibrio del *turnover* osseo, possono determinare un aumento patologico della perdita di massa ossea. Queste situazioni di rischio sono legate a:

- fattori nutrizionali (carenza di calcio e di vitamina D);
- ambientali (inappropriato stile di vita come la scarsa attività fisica, l'abuso di alcool e di fumo);
- uso di alcuni farmaci (antipsicotici, corticosteroidi);
- fattori ormonali (carenza di estrogeni e di testosterone) e genetici.

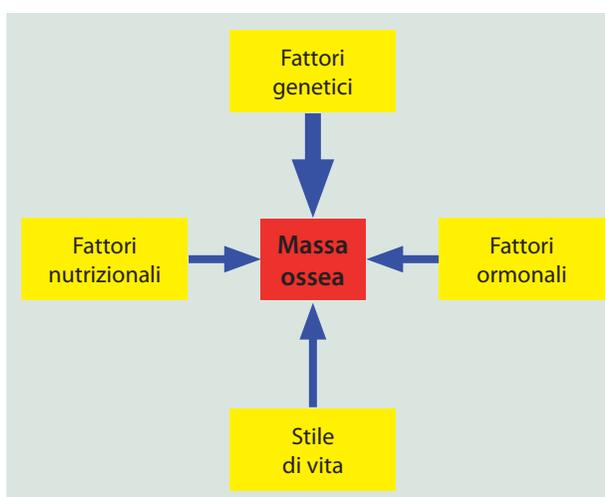


Figura 1 - Principali fattori che influenzano la variabilità della densità della massa ossea (la dimensione della freccia evidenzia il maggiore peso dei fattori genetici rispetto agli altri)



Anche le patologie che causano un malassorbimento di nutrienti possono contribuire all'insorgenza precoce dell'osteoporosi, come le patologie primarie (celiachia, sindromi da malassorbimento, malattia di Crohn) e secondarie (fibrosi cistica, insufficienza pancreatica, atresia biliare, disordini epatici, colestasi), e alcune patologie a carattere endocrino (iperparatiroidismo, tireopatie).

Oltre a queste condizioni patologiche, esistono altri fattori di rischio non modificabili che possono favorire lo sviluppo di osteoporosi come: il sesso, la razza - la prevalenza dell'osteoporosi è maggiore tra gli individui di razza bianca (7%) rispetto a quelli di razza nera (5%) e ispanica (3%) - l'età, i caratteri costituzionali di un individuo (eccessiva magrezza), le variazioni di complessi sistemi endocrini e nutrizionali in relazione a fenomeni come ad esempio, la menopausa e l'invecchiamento. Tutti questi fattori di rischio, contribuendo all'insorgenza dell'osteoporosi, confermano ulteriormente l'eziopatogenesi multifattoriale della patologia.

Diagnosi

Essendo l'osteoporosi una malattia generalizzata dell'osso, che aumenta il rischio di frattura, diventa importante diagnosticarla precocemente. A tal fine sono stati messi a punto nel corso degli anni strumenti che permettono di misurare la densità dell'osso utilizzando tecniche basate o sull'attenuazione di raggi X (ad esempio, Dual-Energy X-ray Absorptiometry o DXA, Tomografia Computerizzata Quantitativa o

QCT) o sulla diffusione e trasmissione di ultrasuoni (QUS). Le misurazioni possono essere eseguite su diversi siti scheletrici (polso, rachide lombare, femore prossimale, calcagno, falange prossimale della mano, scheletro intero).

L'approccio più semplice per la diagnosi dell'osteoporosi sulla base delle misure densitometriche è quello di definire delle soglie, individuate dall'OMS utilizzando il T-score, un'unità di misura rappresentata dalla differenza, espressa in deviazioni standard, tra il valore osservato di BMD e il valore medio di BMD della popolazione di riferimento costituita da giovani adulti sani (Box 1).

Tale decisione è basata sul fatto che la distribuzione del PMO, misurato nei giovani adulti sani, segue un andamento approssimativamente gaussiano indipendentemente dalla tecnica impiegata per la sua misurazione. Questo approccio permette di ridurre gli effetti delle differenze nella calibrazione degli strumenti; tuttavia, esistono ancora problemi nel paragonare misurazioni effettuate con tecniche diverse e su siti diversi (3). In Italia, i criteri di accesso alla misurazione della densitometria ossea sono stati definiti dal Ministero della Salute nel 2005 (5).

Prevenzione e trattamento dell'osteoporosi

Poiché sono molti i fattori che concorrono all'insorgenza della patologia osteoporotica e dal momento che alcuni di questi sono modificabili (ad esempio, stile di vita e fattori nutrizionali), la prevenzione, attuata anche a partire dalla giovane età, riveste un ruolo molto importante. I bambini e i giovani dovrebbero quindi partecipare regolarmente ad attività fisiche sin dalla scuola materna e fino al compimento degli studi secondari; inoltre, si dovrebbe assicurare loro l'assunzione di adeguati apporti sia di calcio che di vitamina D. ►

Box 1 - Categorie diagnostiche basate sul T-score individuate dall'OMS per le donne e applicate anche agli uomini (3)

Normale

$-1 \leq \text{T-score}$

Bassa massa ossea (osteopenia)

$-2,5 < \text{T-score} < -1$

Osteoporosi

$\text{T-score} \leq -2,5$

Grave osteoporosi

$\text{T-score} \leq -2,5$ e presenza di una o più fratture fragili

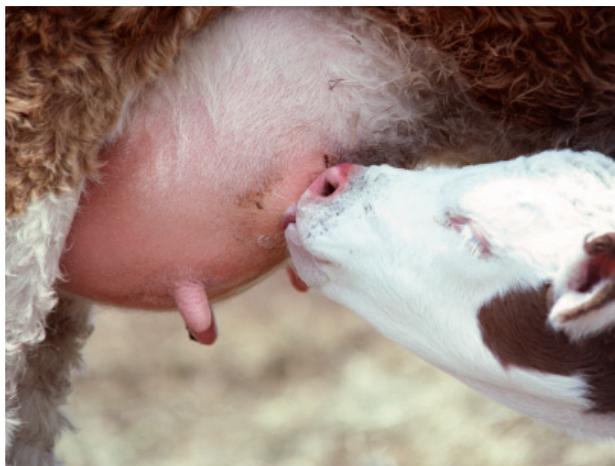
Per lo sviluppo e per il mantenimento di un normale scheletro è utile sapere che:

- il calcio è contenuto negli alimenti (ad esempio, latte e suoi derivati) sia in forma di sali inorganici che legato a composti organici, viene assorbito attivamente nel tratto prossimale dell'intestino tenue, contribuendo effettivamente al consolidarsi del BMD;
- la vitamina D è una vitamina liposolubile la cui forma endogena può essere sintetizzata dall'organismo per azione della luce solare; quando tale sintesi risulta insufficiente può essere assunta attraverso gli alimenti (ad esempio, oli di fegato di pesce, latte di mucca, uova). La vitamina D aiuta a sintetizzare quegli enzimi presenti nelle mucose, preposti al trasporto attivo del calcio e del fosforo disponibili favorendo la mineralizzazione della matrice ossea.

Inoltre, al fine di attuare una corretta prevenzione, bisogna tenere in considerazione che:

- solo il 20-30% del calcio presente negli alimenti viene assorbito;
- la presenza di acido ossalico (ad esempio, negli spinaci e nei pomodori) e di acido fitico (ad esempio, nei cereali e nelle farine integrali) inibiscono l'assorbimento del calcio;
- la vitamina D, essendo liposolubile, risente di un alterato assorbimento intestinale dei lipidi con conseguente alterazione dell'assorbimento del calcio.

Infine, è bene sottolineare che, oltre al calcio e alla vitamina D, per una buona prevenzione sono importanti altre vitamine (A, C, E, K) e minerali (fosforo, fluoro, ferro, zinco, rame, boro), necessari per il normale metabolismo e *turnover* osseo.



Per quello che riguarda le terapie di trattamento per l'osteoporosi, quelle farmacologiche proposte devono essere considerate caso per caso e hanno soprattutto l'obiettivo di prevenire un'ulteriore perdita di massa ossea e l'insorgenza di fratture mentre il recupero di quanto già perso è di difficile attuazione. I farmaci usati si possono suddividere in:

- stimolatori della formazione ossea, quali il fluoro, il ranelato di stronzio, l'ormone paratiroideo, le statine (da poco usate ma non in Italia);
- inibitori del riassorbimento osseo, quali i bisfosfonati, il raloxifene, il teriparatide, la calcitonina, gli estrogeni (i più usati).

La prescrizione a carico del Servizio Sanitario Nazionale di bisfosfonati (acido alendronico, acido risedronico, acido ibandronico con e senza vitamina D3, acido zoledronico), raloxifene, ranelato di stronzio, teriparatide e ormone paratiroideo anche a fini di prevenzione è regolamentata dalla nota AIFA 79 recentemente modificata e ampliata (6).

Prevalenza dell'osteoporosi in Italia

Con l'indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) rileva annualmente informazioni sulla percezione dello stato di salute, la presenza di patologie croniche, gli stili di vita e alcuni consumi sanitari.

L'osteoporosi risulta tra le malattie o condizioni croniche più diffuse (7,3%) venendo dopo l'artrosi/artrite (17,9%), l'ipertensione (15,8%), le malattie allergiche (10,6%), seguita da bronchite cronica e asma bronchiale (6,4%) e diabete (4,8%). È interessante sottolineare che tutte le malattie croniche riferite, a eccezione di bronchite cronica, cardiopatie e ulcera gastroduodenale, aumentano con l'età e presentano nette differenze di genere a svantaggio delle donne. Tali differenze sono particolarmente marcate tra le persone anziane, tra le quali la quota degli ultrasessantacinquenni che dichiarano di soffrire di osteoporosi raggiunge il 45,9% tra le donne contro l'11,4% tra gli uomini (Tabella) (7).

Volendo soffermarsi solo sui casi più gravi e cioè su quei pazienti che, a causa della patologia osteoporotica, abbiano necessitato di un ricovero ospedaliero, l'analisi dei dati relativi alle schede di dimissione ospedaliera (SDO) fornisce elementi interessanti. Non bisogna tuttavia dimenticare che questi pazienti costi-

Tabella - Popolazione residente per malattia cronica dichiarata (osteoporosi), classe di età e sesso - Anno 2008 (per 100 persone della stessa classe di età, sesso e zona) (Fonte: ISTAT Annuario statistico 2008)

Classe di età	Maschi	Femmine	Totale
0-14	-	-	-
15-17	-	-	-
18-19	0,6	-	0,3
20-24	-	-	-
25-34	0,1	0,4	0,3
35-44	0,1	1,0	0,6
45-54	0,7	5,8	3,3
55-59	1,4	16,5	9,1
60-64	3,4	26,6	15,0
65-74	5,5	34,3	21,1
75 e oltre	11,4	45,9	32,8
Totale 2008	1,8	12,5	7,3
Totale 2007			7,4
Totale 2006			7,2
Totale 2005			6,7
Totale 2003			7,0

tuiscono solo una frazione minima della popolazione affetta da questa patologia, pari a poco più del 3% della popolazione residente: la punta di un iceberg.

La Figura 2 riporta i risultati delle estrazioni effettuate dalla base di dati SDO per il periodo 2001 - 2005 per le diagnosi osteoporosi (ICD9-CM 7330), frattura del collo femore (ICD9-CM 820) e frattura patologica (ICD9-CM 7331). La numerosità dei rico-

veri è stata calcolata estraendo, in ciascuno degli anni considerati, tutti quei record per i quali, in almeno uno dei 6 campi che identificano le diagnosi, fosse presente il codice ICD9-CM relativo alle diagnosi in esame. I dati riguardano entrambi i regimi di ricovero, ordinario e day hospital.

Come si può osservare, il numero di ricoveri per osteoporosi è aumentato nel corso dei 5 anni per tutte le diagnosi considerate: +2% per osteoporosi, +10% per frattura del collo femore, +50% per frattura patologica.

In tutti i casi esaminati, la percentuale delle donne ricoverate è nettamente superiore a quella degli uomini risultando, nel 2005, pari all'84% per la diagnosi di osteoporosi, 75% per la frattura del collo del femore, 73% per la frattura patologica.

Nel caso delle fratture patologiche, dei 22.000 ricoveri effettuati nel 2005, circa il 74% sono stati relativi a fratture patologiche alle vertebre (ICD9-CM 73313) e circa il 6% a fratture patologiche del collo del femore (ICD9-CM 73314). Queste diagnosi hanno riguardato una proporzione molto elevata di donne (fratture patologiche alle vertebre 82%, fratture patologiche al collo del femore 96%).

L'Epidemiological Study On the Prevalence of Osteoporosis (ESOPO) ha affermato che le fratture vertebrali sono spesso spontanee, non vengono diagnosticate nella metà dei casi e hanno un'incidenza paragonabile a quelle del femore (8). Pertanto, sulla ►

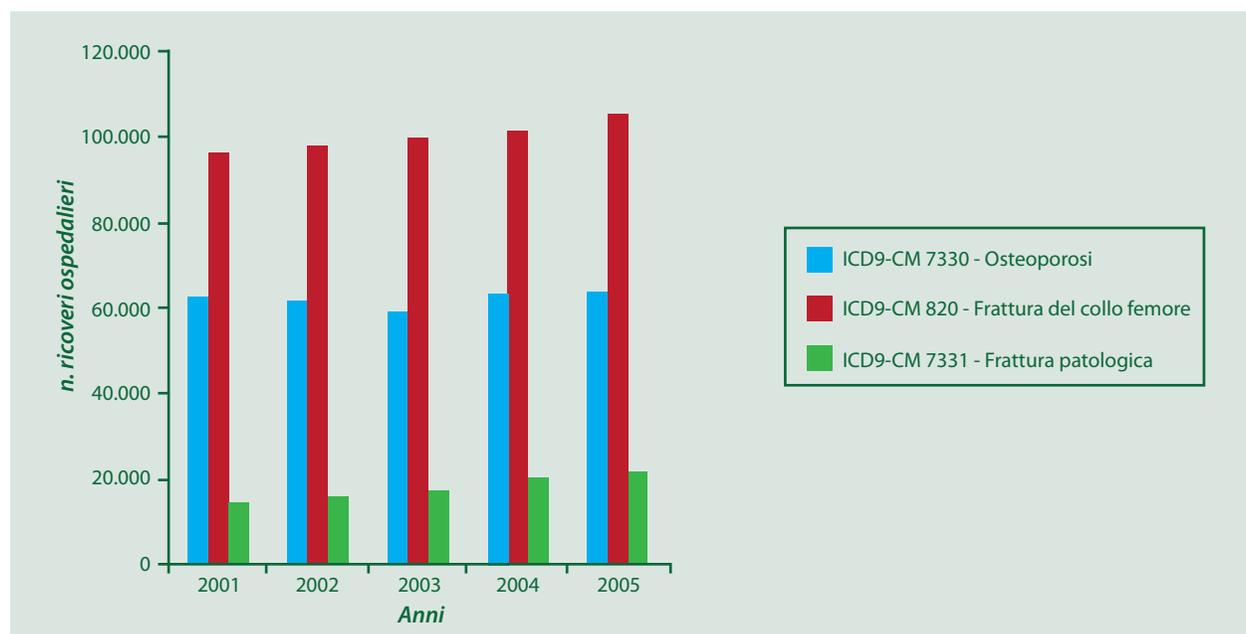


Figura 2 - Numero di ricoveri ospedalieri in entrambi i regimi (ordinario e day hospital) per anno e per diagnosi



base di questa affermazione, le fratture di vertebre che si verificherebbero ogni anno sarebbero 106.000 ma, dal confronto con i dati SDO, ben 90.000 di queste non avrebbero necessitato di ricovero. È evidente quindi che i ricoveri costituiscono solo la punta di un iceberg e che la rilevazione di tutte le fratture di origine osteoporotica sarebbe estremamente difficoltosa.

Conclusioni

La presenza dell'osteoporosi, in entrambi i sessi, non dovrebbe essere considerata come un fenomeno isolato, ma come parte di uno squilibrio genetico-endocrino-ambientale più generale, con possibili gravi ricadute sulla salute dell'osso, tale da rendere l'eziopatogenesi dell'osteoporosi, multifattoriale.

Come ampiamente riportato nella letteratura scientifica, l'osteoporosi è una patologia la cui prevalenza aumenta con l'aumentare dell'età e che presenta complicanze cliniche quali fratture, disabilità e dolore cronico. Dato il progressivo invecchiamento della popolazione è quindi una patologia che richiede attenzione per la sua rilevanza socio-sanitaria. Nonostante i progressi della ricerca abbiano portato allo sviluppo di farmaci e di tecniche di misurazione della massa ossea, restano tuttavia molte questioni aperte che meritano ulteriori approfondimenti. Esistono infatti diversi sistemi per misurare la densità ossea ma, poiché le misurazioni variano in funzione del sito e della tec-

nica impiegata, i risultati che si ottengono non sono intercambiabili (3). Nel caso della prevenzione delle fratture nelle donne in post-menopausa affette da osteoporosi, non sono ancora stati condotti studi che comparino l'esercizio fisico con altri trattamenti, né si hanno a disposizione dati sufficienti per determinare se una classe di medicinali sia superiore ad altre, né dati sufficienti che indichino se un particolare bisfosfonato sia più efficace di altri (9).

Per la gravità delle conseguenze legate all'osteoporosi prevenirne l'insorgenza è sicuramente importante; adottare uno stile di vita adeguato fin dall'adolescenza può essere una strategia utile per preservare maggiormente l'integrità dell'osso agendo sui fattori predisponenti ma modificabili. ■

Riferimenti bibliografici

1. Anonymous. Consensus development conference: diagnosis, prophylaxis and treatment of osteoporosis. *American J Med* 1993;94:646-50.
2. Keen R. Osteoporosis: strategies for prevention and management. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21:109-22.
3. World Health Organization. *Prevention and Management of Osteoporosis*. WHO Technical Report Series n. 921. Geneva: 2003.
4. Stazi AV, Trecca A, Trinti B. Osteoporosis in celiac disease and in endocrine and reproductive disorders. *World J Gastroenterol* 2008;14:498-505.
5. Ministero della Salute. Dipartimento della qualità. Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. *Individuazione dei criteri di accesso alla densitometria ossea*. Roma, febbraio 2005. Disponibile in all'indirizzo: www.ministerosalute.it/programmazione/lea/sezDocLea.jsp?label=doc_app
6. Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco, 22 maggio 2009. *Gazzetta Ufficiale* n. 150, 1° luglio 2009. Modifiche, con riferimento alla nota AIFA 79, alla determinazione 4 gennaio 2007: «Note AIFA 2006-2007 per l'uso appropriato dei farmaci».
7. ISTAT. *Annuario Statistico Italiano 2008. Capitolo 3: Sanità e salute*. Disponibile all'indirizzo: www.istat.it/dati/catalogo/20081112_00/contenuti.html
8. Scafato E, Farchi G, Maggi S, et al. Osteoporosi: una malattia sociale. Epidemiologia, costi assistenziali, interventi terapeutici. *Not Ist Super Sanità* 2003;16(3):16-8.
9. Agency for Healthcare Research and Quality. *Fracture prevention treatments for postmenopausal women with osteoporosis clinician's guide*. June 2008. AHRQ Pub. No. 08-EHC008-3.

Nello specchio della stampa

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

Ufficio Stampa, ISS



Giornata Mondiale contro l'AIDS: l'attività del Telefono Verde dell'Istituto Superiore di Sanità

In occasione della Giornata Mondiale di lotta all'AIDS, che si è svolta il 1° dicembre 2009, l'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato un resoconto dell'attività di counselling telefonico svolta dall'Unità Operativa AIDS (Telefono Verde AIDS-TVA), preziosa attività che si traduce in strumento di prevenzione dell'infezione da HIV. I dati relativi alle telefonate pervenute al TVA dal 1° gennaio al 20 novembre 2009 registrano un totale di circa 20.000 chiamate. Chi chiama è soprattutto di sesso maschile (circa 17.000 telefonate) e ha un'età compresa dai 20 ai 39 anni. Il 46% chiama dal Nord, il 29,8% dal Centro, il 17,9% dal Sud e il 6,3% dalle Isole.

I dati del Telefono Verde si incrociano con quelli del Centro Operativo AIDS (COA) dell'ISS, che ha redatto un rapporto sui nuovi casi di infezione. Nel 2008, infatti, sono state diagnosticate circa 4.000 nuove infezioni, vale a dire

6,7 nuovi casi di positività all'HIV ogni 100.000 residenti, posizionando l'Italia fra i Paesi dell'Europa occidentale con un'incidenza di HIV medio-alta. L'incidenza HIV è maggiore al Centro-Nord rispetto al Sud-Isole. Le persone che scoprono di essere HIV positive hanno oggi un'età media di 38 anni per i maschi e 34 anni per le femmine. Aumentano i casi attribuibili a contatti eterosessuali e omosessuali, che nel 2008 costituiscono complessivamente il 74% di tutte le segnalazioni. Su tre persone che vengono diagnosticate come HIV positive, una è di nazionalità straniera. La sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta, è stata attivata fino a oggi in 11 Regioni/Province italiane: sono purtroppo assenti i dati relativi ad alcune grandi Regioni e a buona parte delle Regioni del Centro-Sud. ■

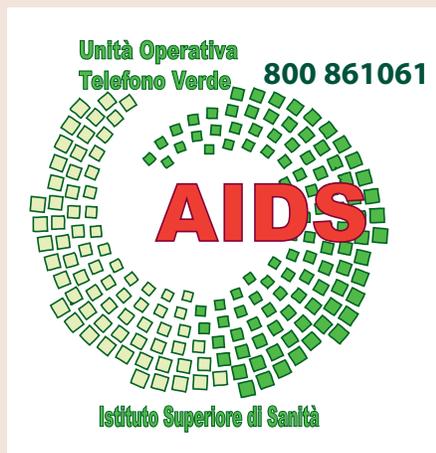
la Repubblica

AIDS. Allarme infezioni sommerse "Ora si sottovaluta il rischio"

1° dicembre 2009

Il virus Hiv, responsabile della sindrome da immunodeficienza acquisita, non si ferma. L'Oms, le Nazioni Unite, le associazioni dei malati e i governi, in occasione del primo dicembre, Giornata mondiale 2009 contro l'Aids, chiedono consapevolezza. Fare sesso protetto e sottoporsi al test sono le strategie salvavita. Certo lo straordinario sviluppo di farmaci antiretrovirali e l'impegno dei singoli governi ha sommato insperati successi soprattutto in Occidente. C'è meno malattia conclamata, piuttosto stabili le nuove infezioni, crollati i decessi. Nel 2008, secondo gli ultimi dati del Centro Operativo Aids dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia sono stati diagnosticati 6,7 nuovi casi in media di infezioni Hiv ogni 100mila abitanti, fatto che posiziona il nostro tra i paesi dell'Europa occidentale a incidenza Hiv medio alta con un picco maggiore al Centro-Nord. Le persone sieropositive al momento della diagnosi hanno 40-50 anni, il 60 per cento dei nuovi casi di Aids scopre di essere infetto troppo tardi (il periodo di incubazione dell'Aids è di 5-8 anni). Attualmente sarebbero 170-180mila i portatori viventi del virus Hiv. «Un por-

tatore su quattro non sa di esserlo, questo perché l'infezione è uscita dalle categorie tradizionalmente a rischio - spiega Barbara Suligoi dell'ISS - che dieci anni fa erano tossicodipendenti e omosessuali, in realtà ora siamo tutti a rischio. Per questo la quota dei nuovi infetti circa 4mila l'anno, rimane costante». In Italia è al via la campagna informativo-educativa del Ministero della Salute "Aids: la sua forza finisce dove comincia la tua. Fai il test". Rivolta agli inconsapevoli, a chi non sa, a chi non vuole sapere, a chi contagia gli altri senza saperlo. Uno spot passerà nei prossimi giorni sui principali circuiti televisivi e radiofonici. ■



L'Istituto Superiore di Sanità al 4° Forum Risk Management in Sanità

Arezzo, 24-27 novembre 2009

Dal 24 al 27 novembre 2009 si è svolto ad Arezzo il 4° Forum Risk Management in Sanità. Anche quest'anno la manifestazione si è confermata un'importante occasione di confronto e di approfondimento sui temi di sanità pubblica, in particolare nel settore della sicurezza del paziente per la riduzione degli errori in sanità e per il confronto e la selezione delle migliori buone pratiche.

Argomento dell'edizione 2009 - La persona al centro: diritti e responsabilità del cittadino; medicina nel territorio: sicurezza nelle cure primarie e continuità assistenziali, sicurezza nei percorsi clinici e integrazione socio-sanitaria-assistenziale, buone pratiche.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), oltre ad aver collaborato all'organizzazione della manifestazione, ha partecipato attivamente al dibattito scientifico su temi specifici, tra i quali: vaccini, sicurezza di apparecchiature per diagnostica per immagini, medicina trasfusionale. È stato presente con un proprio stand espositivo, nel quale sono state distribuite le sue pubblicazioni scientifiche insieme a materiale più propriamente divulgativo, quali opuscoli

sulle attività svolte e su specifici servizi offerti al cittadino (Telefono Verde AIDS, Fumo, Alcol, Anti-doping, Malattie rare).

Dal Forum Risk Management in Sanità ha anche preso avvio un itinerario di formazione continua attraverso il contributo di importanti esperti italiani e stranieri nelle migliori discipline.

Nella giornata di apertura della sezione convegnistica, presieduta anche dal Presidente dell'ISS, Enrico Garaci, e dal Direttore Generale, Monica Bettoni, sono stati presentati i risultati dello studio sulla responsabilità professionale medica, realizzato da ORMe (Osservatorio sulla Responsabilità Professionale Medica), che è stato svolto nell'ambito del Progetto di ricerca finalizzata *Gestione integrata del rischio sociosanitario in una prospettiva di continuità assistenziale: tecnologie e percorsi coordinati ospedale territorio, "inerzia clinica", esame degli esiti sociosanitari*, affidato dal Ministero della Salute all'ISS. Il responsabile scientifico del Progetto, Ranieri Guerra, ha portato il proprio contributo durante la Tavola rotonda a conclusione della sessione. ■

Chain, Bovet, Montalcini e la scuola dell'Istituto Superiore di Sanità: un'iniziativa presso l'Auditorium Parco della Musica di Roma

Nell'ambito del ciclo di incontri "Scuola ed Eccellenza", organizzati presso l'Auditorium Parco della Musica di Roma e dedicati alle scuole di scienza nel Novecento italiano, il 30 novembre 2009 Enrico Garaci, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ed Enrico Alleva, Direttore del Reparto Neuroscienze Comportamentali, Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze dell'ISS, hanno ripercorso le tappe più importanti della storia dell'Istituto, a partire dalla sua istituzione, nel 1934.

Di fronte a una platea, composta principalmente da studenti delle scuole superiori, hanno ricordato illustri personaggi che hanno lavorato presso i laboratori dell'ISS e che sono stati insigniti del Premio Nobel: Boris Chain, Daniel Bovet, Rita Levi-Montalcini. Le loro ricerche e i loro preziosi insegnamenti hanno rappresentato una fase molto importante nella storia e nello sviluppo dell'Istituto.



Enrico Alleva ed Enrico Garaci

L'incontro ha anche costituito un'occasione per riflettere sulle potenzialità e i limiti della ricerca e della cultura scientifica in Italia. ■



STUDI DAL TERRITORIO

LA POPOLAZIONE ISCRITTA ALL'ANAGRAFE ASSISTITI: FOCUS SUGLI IMMIGRATI. USL 2 DELL'UMBRIA, 2009

Giuseppe Vallesi, Carla Bietta e Marco Petrella

Servizio di Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione, USL 2 dell'Umbria, Perugia

Il forte flusso migratorio, verificatosi verso il nostro Paese negli ultimi anni, impone l'adozione di soluzioni tempestive ed adeguate per favorire l'integrazione della popolazione immigrata ed evitare i possibili conflitti con la popolazione autoctona. Il problema della *governance* del fenomeno migratorio coinvolge, senza dubbio, anche il servizio sanitario pubblico, che ha la necessità di attuare strategie efficaci per raggiungere questa nuova "fetta di popolazione" con i propri servizi (1, 2) (consultori, vaccinazioni, screening oncologici, ecc.) e di valutare l'entità di nuovi potenziali problemi socio-sanitari (3, 4) (malattie infettive, disagio sociale, stato nutrizionale e abitudini alimentari, ecc.).

In un contesto simile, la corretta conoscenza delle caratteristiche demografiche, sociali e culturali della popolazione straniera viene a costituire, per un livello locale come l'azienda sanitaria, un presupposto imprescindibile ed un obiettivo essenziale.

Tale obiettivo, però, presenta particolari difficoltà, in quanto la popolazione immigrata ha solitamente caratteristiche di notevole variabilità e dinamicità: oltre alle diverse nazionalità, gli stranieri sono in parte residenti, in parte domiciliati (temporaneamente presenti), tutti caratterizzati da una mobilità maggiore rispetto al resto della popolazione.

Per meglio descrivere questa popolazione, il Servizio Epidemiologia della USL 2 dell'Umbria ha eseguito un'analisi sugli stranieri utilizzando l'anagrafe degli assistiti aggiornata al 31 maggio 2009; non si tratta quindi dei dati

ufficiali prodotti dall'ISTAT sulla base delle anagrafi comunali, che comunque rimangono il riferimento ufficiale e costituiscono una base di confronto, ma di un materiale in costante aggiornamento, con la disponibilità del dato individuale relativo alla cittadinanza, che comprende cittadini residenti e non, comunque assistiti dal nostro servizio sanitario.

Questa banca dati, oltre alle informazioni relative alla composizione per sesso ed età, fornisce un dettaglio della popolazione assistita relativamente a residenza, domicilio e cittadinanza. Ciò ha pertanto consentito di accogliere la classificazione proposta all'interno del Progetto nazionale "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia" (5), in cui gli Stati di cittadinanza vengono suddivisi in Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) e Paesi a sviluppo avanzato (PSA). In tal modo, si intende individuare adeguatamente quei cittadini provenienti da nazioni economicamente svantaggiate, che si ritiene siano i depositari delle maggiori difficoltà di natura culturale e socio-economica.

Vengono pertanto distinte le seguenti categorie:

- cittadino PSA: persona con cittadinanza italiana o in altro PSA e residenza in Italia (nel territorio della USL o no); sono i cittadini italiani o gli stranieri provenienti da PSA che risiedono stabilmente in Italia;
- immigrato residente: persona con cittadinanza in PFPM e residenza in Italia (nel territorio della USL o no); sono gli stranieri provenienti da PFPM stabilmente presenti in Italia;

- immigrato non residente: persona con cittadinanza in PFPM e residenza all'estero; si tratta di stranieri provenienti da Paesi a forte disagio sociale, temporaneamente presenti sul nostro territorio, non ancora residenti, ma già iscritti all'anagrafe assistiti. Rispetto alla classificazione proposta nel suddetto Progetto nazionale, questa categoria costituisce un'ulteriore disaggregazione. Naturalmente questa è individuabile solo se si accede, come nel nostro caso, all'anagrafe assistiti.

Utilizzando questa definizione, restano esclusi gli immigrati che hanno acquisito la cittadinanza italiana (prevalentemente per matrimonio) e, secondo stime nazionali, costituiscono una quota trascurabile degli stranieri (circa il 5%), assimilabile alla popolazione italiana per caratteristiche socio-demografiche.

La popolazione registrata nell'anagrafe sanitaria (382.957 individui) è composta per l'88,2% da cittadini PSA e per l'11,8% da immigrati, di cui il 10,7% residente e l'1,1% non residente.

La distribuzione per sesso nelle tre categorie di popolazione precedentemente individuate mostra solo lievi differenze: il rapporto maschi/femmine (complessivamente pari a 0,93), è di poco inferiore tra gli immigrati (residenti e non: 0,87) rispetto ai cittadini PSA (0,94).

La popolazione immigrata ha una diversa consistenza, nei diversi gruppi di età, rispetto alla popolazione PSA (Tabella).

Come si può vedere dalla Figura la composizione per classe di età di ogni singola categoria di popolazione è molto diversa: i cittadini PSA hanno una maggiore percentuale di adulti e ►

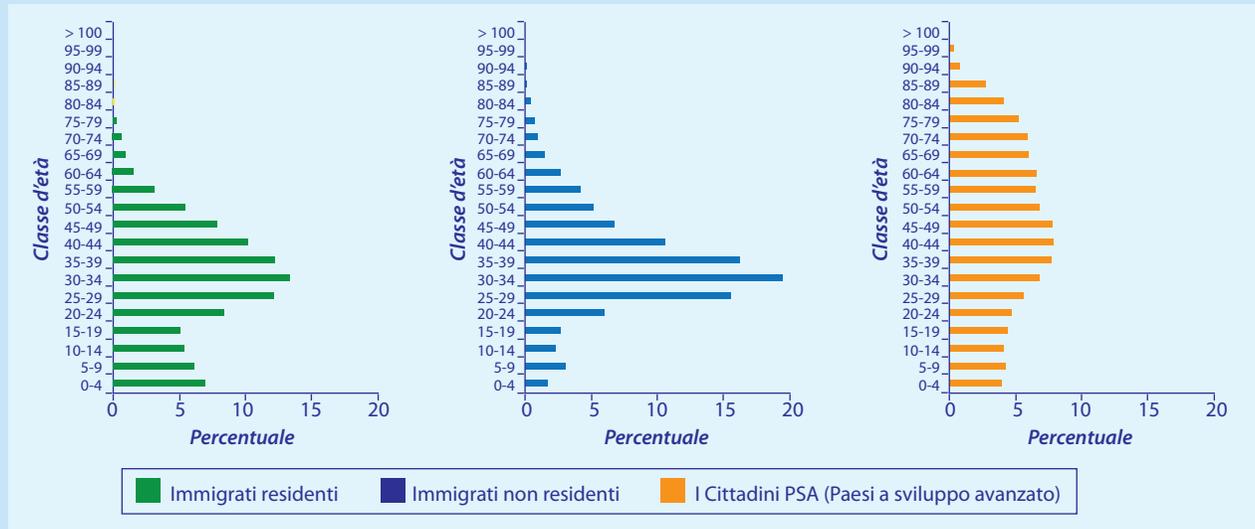


Figura - Distribuzione percentuale per classe d'età della popolazione per status migratorio, al 31 maggio 2009. Azienda USL 2 dell'Umbria (Fonte: anagrafe assistiti USL 2 dell'Umbria)

Tabella - Percentuale di popolazione immigrata sul totale della popolazione (100%) assistita per classe d'età

Classe d'età	%
0-4 anni	18,4
5-19 anni	13,8
5-9 anni	15,8
10-19 anni	13,2
20-64 anni	14,3
20-49 anni	16,1
50-64 anni	5,9
65 anni e più	1,0

soprattutto di anziani, mentre tra i cittadini immigrati le classi d'età centrali, 25-45 anni, sono molto più rappresentate, come anche quelle di 0-14 anni.

Dall'elaborazione effettuata emerge che, complessivamente, un assistito su dieci proviene da un PFP. Infatti, nella popolazione immigrata residente, si osserva una maggiore presenza di rumeni (20%), albanesi (17%), marocchini (12%), ecuadoriani (7%) e peruviani (4%), mentre per i non residenti le comunità più rappresentate sono la ecuadoriana (19%), albanese (15%), rumena (14%), marocchina (9%) e ucraina (7%).

Si sta, inoltre, presentando un processo di polarizzazione, dato che le tre nazionalità più numerose rendono conto della metà della popolazione immigrata.

Questa analisi fornisce una base di dati costantemente aggiornati e facil-

mente disponibili che possono essere di riferimento per programmare servizi e interventi. Infatti, la disponibilità di informazioni aggiuntive individuali presenti nell'anagrafe assistiti ci ha permesso di utilizzare la definizione della categoria "immigrati" secondo i criteri del Progetto nazionale già citato (distinzione in base alla cittadinanza in PFP e PSA). Questo ha reso possibile una migliore identificazione di quella parte di popolazione assistita che potrebbe avere maggiori o diversi problemi di salute e difficoltà di accesso ai servizi.

Da questi dati è quindi possibile desumere alcuni tra i principali bisogni di salute di questa popolazione e, dunque, individuare i corrispondenti servizi da adeguare o potenziare, come ad esempio le azioni preventive da rivolgere soprattutto all'età pediatrica (vaccinazioni, assistenza di base), alle donne in età fertile (consultori familiari, assistenza nel percorso maternità, assistenza al parto e *post-partum*) ed ai giovani in età lavorativa (sicurezza nei luoghi di lavoro), nonché le attività di intermediazione culturale.

In conclusione, i cittadini provenienti da un PFP rappresentano possibili utenti di servizi specifici e, se il sistema assicura loro un livello di vita adeguato, anche una popolazione sana che contribuisce ai bilanci della sanità più di quanto non spenda (6). Migliorare la nostra conoscenza delle loro caratteristiche è sicuramente il percorso raccomandato e questa analisi rappresenta solo un primo passo. ■

Riferimenti bibliografici

1. Di Thiene D, Pizzuti S, Marceca M. What do we talk about when we talk about immigrant's health in Europe? Considerations from the 2nd Conference of Migrant Health in Europe. *Ann Ig* 2009;21(4):365-9.
2. Festini F, Focardi S, Bisogni S, et al. Providing transcultural to children and parents: an exploratory study from Italy. *J Nurs Scholarsh* 2009;41(2):220-7.
3. Gualdi-Russo E, Zironi A, Dallari GV, et al. Migration and health in Italy: a multiethnic adult sample. *J Travel Med* 2009;16(2):88-95.
4. Toselli S, Galletti L, Pazzaglia S, et al. Two-stage study (1990-2002) of North African immigrants in Italy. *Homo* 2008;59(6):439-52.
5. Agenzia Regionale Sanitaria. Regione Marche. La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Progetto: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia. 2009. Disponibile all'indirizzo: www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf
6. ISTAT. Gli stranieri nel mercato del lavoro. I dati della rilevazione sulle forze di lavoro in un'ottica individuale e familiare. Anno 2006. Disponibile all'indirizzo: www.istat.it/dati/catalogo/20090109_00

STUDIO MULTICENTRICO SUL RISCHIO DI INFORTUNI DOMESTICI NELLA REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

Sara Sanson¹, Cristina Aguzzoli², Annamaria Vacri³, Paolo Pischiutti⁴, Silvana Widmann⁵, Silla Stell⁶, Matteo Bovenzi¹,
Marilena Geretto¹, Daniela Steinbock¹, Elena Clagnan⁷, Danilo Massai⁸ e Valentino Patussi¹

¹Azienda per i Servizi Sanitari 1 Triestina, Trieste

²Azienda per i Servizi Sanitari 2 Isontina, Gorizia

³Azienda per i Servizi Sanitari 4 Medio Friuli, Udine

⁴Azienda per i Servizi Sanitari 3 Alto Friuli, Gemona (UD)

⁵Azienda per i Servizi Sanitari 6 Friuli orientale, Pordenone

⁶Azienda per i Servizi Sanitari 5 Bassa friulana, Palmanova (UD)

⁷Agenzia Regionale della Sanità, Regione Friuli-Venezia Giulia, Udine

⁸Dipartimento Formazione, AUSL 11, Empoli (FI)

Ogni anno in Italia avvengono circa 4.500.000 incidenti domestici che, si stima, comportano 8.000 decessi (1-3). Nel 2007 si sono verificati 230.871 incidenti stradali, con 5.131 decessi (4) e 874.940 infortuni sul lavoro, con 1.120 decessi; il 17% degli infortuni sul lavoro sono rappresentati tuttavia da incidenti stradali, che causano, inclusi gli eventi *in itinere*, il 55% degli infortuni sul lavoro mortali (5).

A fronte della dimensione del problema legato agli infortuni domestici, tuttavia, storicamente ben poco è stato fatto, sia per il principio costituzionale (art. 14) dell'inviolabilità dell'abitazione, sia perché, nell'organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e nei percorsi formativi dei relativi operatori, non è stata quasi mai prevista un'attività mirata per questi importanti aspetti della salute pubblica. Oltre a precedenti sporadiche iniziative dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dell'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro (ISPESL) e delle regioni con le proprie ASL, soltanto con il Piano Sanitario Nazionale 2006-08 (6) ed il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-07 (7) è stato previsto un impegno organico in tal senso.

L'obiettivo dello studio è di descrivere i comportamenti delle persone relativamente ai rischi presenti nelle proprie abitazioni e valutarne la loro percezione, al fine di mirare la pianificazione dell'attività preventiva a livello regionale, sperimentando un modello di intervento preventivo a partire dalla formazione di operatori addetti all'assistenza a fasce di popolazione a maggior rischio, in funzione delle proprie fragilità.

Lo studio consisteva in un'indagine conoscitiva multicentrica realizzata mediante questionari somministrati a 1.191 utenti che si sono rivolti ai servizi di vaccinazione e profilassi delle Aziende per i Servizi Sanitari del Friuli-Venezia Giulia nei mesi di gennaio-febbraio 2009. Sono stati sperimentati due strumenti per la raccolta delle informazioni mai adottati precedentemente, a quanto risulta, sul territorio nazionale: la lista di controllo sugli incidenti domestici predisposta dall'Ufficio per la Prevenzione degli Infortuni (UPI) svizzero (8), somministrato a 740 utenti, e il questionario per il calcolo dell'indicatore di rischiosità domestica recentemente sviluppato dall'ISPESL (9), somministrato a 451 utenti. Il questionario UPI è costituito da una *checklist* autocompilata relativa a otto zone della casa (accesso alla casa, zona giorno, cucina, camera da letto, zona bagno, cantina/lavanderia, locale hobby e giardino). L'eventuale presenza di rischio viene sommata producendo in tal modo un punteggio finale sulla sicurezza domestica e sulle priorità degli interventi da mettere in atto. Il questionario ISPESL, anch'esso autocompilato ma di più difficile comprensione, è più complesso, in quanto si pone l'obiettivo di quantificare il rischio di infortunio all'interno

delle mura domestiche, in funzione del tempo trascorso in casa, degli ambienti frequentati, dell'età, della condizione professionale, del grado di istruzione e del sesso delle persone che la abitano. Ad ogni *item* del questionario viene associata una probabilità di accadimento degli incidenti, sulla base di rilevazioni statistiche conseguite nell'ambito di studi condotti sul territorio nazionale. In tal modo, la risposta alla singola domanda viene pesata e diviene direttamente proporzionale al rischio che si andava ad esaminare. Viene quindi calcolato un punteggio di rischio ponderato per l'intera casa.

In seguito all'indagine si è sviluppato un progetto per la predisposizione di moduli formativi mirati alla prevenzione degli incidenti domestici da utilizzare per badanti e *caregivers*, soggetti che, di fatto, assistono nelle proprie abitazioni le persone più deboli, gli anziani e i soggetti con minori abilità.

Tali moduli formativi sono poi divenuti obbligatori in base ad una specifica delibera regionale, portando finora alla formazione di 150 operatori.

Nella Tabella sono riassunti i risultati del questionario ISPESL.

L'indagine conoscitiva ha evidenziato una rilevante discrepanza tra la ►

Tabella - Rischiosità delle abitazioni, questionario ISPESL (n. 417 utenti)

Classificazione rischiosità	Frequenza	Percentuale
Casa poco pericolosa	89	21,3
Casa abbastanza pericolosa	223	53,5
Casa pericolosa	103	24,7
Casa molto pericolosa	2	0,5
Totale	417	100,0

presenza di fattori di rischio, individuati tramite la lista di controllo dell'UPI e l'indicatore di rischiosità ISPEL, ed il rischio percepito da parte dei compilatori. Il rischio percepito, infatti, è risultato sempre molto basso (sulla base del questionario UPI l'85,6% degli utenti ritiene sicura la propria casa, tale prevalenza sale al 94% utilizzando il questionario ISPEL), ciò a fronte dell'elevato rischio calcolato mediante gli strumenti adottati (sulla base del questionario UPI emerge una prevalenza dal 65% al 94% di situazioni di rischio elevato nei diversi ambienti della casa. Tale prevalenza risulta essere del 78,7% sulla base del questionario ISPEL).

L'analisi di dettaglio dei questionari permette di identificare i fattori di rischio presenti negli ambienti, quelli attribuibili agli attrezzi-impianti ed ai comportamenti dei componenti del nucleo abitativo, oltre a quelli legati a situazioni di salute e minor abilità delle persone. In tal modo appare più semplice mirare gli interventi preventivi in funzione delle diverse tipologie delle persone e delle case.

Ad esempio, per quanto riguarda l'ambiente cucina i questionari ISPEL hanno evidenziato, nel 16,4% dei casi, l'abitudine di lasciare coltelli e forbici, oltre che attrezzi a rischio, in posizione accessibile a bambini e nel 18,6% l'assenza di dispositivi di sicurezza per le cucine a gas, mentre sulla base del questionario UPI emerge, tra le famiglie con bambini piccoli, il fatto che non vengano utilizzate protezioni per i fornelli mirate a salvaguardarne l'accessibilità.

Per quanto riguarda l'ambiente bagno viene segnalata la presenza di pavimenti molto scivolosi nel 18,6% e scivolosi nel 9,3% dei questionari ISPEL e scivolosi nel 50% dei questionari UPI, mentre l'assenza di idonei accorgimenti per evitare la scivolosità del fondo della vasca da bagno è del 45,7% nei questionari ISPEL e del 37,2% nei questionari UPI.

Per quanto riguarda il soggiorno, infine, il questionario ISPEL rileva nel 46,6% dei casi la presenza di tessuti infiammabili, di più apparecchi elettrici

collegati alla stessa presa (50,1%) e di pavimenti scivolosi con tappeti (18%). Mentre il questionario UPI evidenzia nel 9,2% dei casi la presenza di mobili alti e stretti che comportano il rischio di ribaltamento perché non fissati alle pareti.

In conclusione, gli incidenti domestici rappresentano un problema di sanità pubblica sottostimato, che solo negli ultimi anni, sotto la spinta del Piano Nazionale della Prevenzione e l'impegno del Ministero della Salute, tramite il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, l'ISPEL e l'ISS, si sta affrontando organicamente. Mancano ancora importanti strumenti, in particolar modo un percorso formativo nell'ambito delle lauree triennali e specialistiche, che di regola non affrontano questo problema, anche se, come abbiamo precedentemente visto, ha una rilevanza decisamente maggiore rispetto agli stessi infortuni stradali e domestici, e manca un'organizzazione specifica dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL.

Mentre nel caso degli incidenti stradali e del lavoro sono spesso identificabili delle responsabilità potenzialmente sanzionabili, rispettivamente del conduttore o del datore di lavoro, nel caso degli incidenti domestici che provocano più eventi mortali rispetto agli incidenti stradali e di gran lunga molti di più rispetto agli incidenti sul lavoro, il soggetto interessato ("abitante della casa") ha una responsabilità quasi assoluta, e non è soggetto al rispetto di una specifica normativa, se non per il fatto, ad esempio, di non fare le verifiche degli impianti. Di fronte alla dimensione del fenomeno e volendo comunque far salva l'inviolabilità della *privacy* domestica, si devono tuttavia mettere in atto azioni preventive, che vanno dall'informazione alla diffusione di una cultura della sicurezza nelle scuole, alla cultura degli operatori dell'ambito sociale e sanitario che assistono e prendono in carico i soggetti con maggior fragilità, oltre che alla collaborazione tra pubblico e privato, nel garantire la sicurezza intrinseca delle abitazioni. ■

Riferimenti bibliografici

1. ISPEL. La banca dati sugli infortuni domestici. Disponibile all'indirizzo: www.ispel.it/osservatorio/BancaDati.asp
2. Pitidis A, Giustini M, Taggi F. La sorveglianza degli incidenti domestici in Italia. 2005. Disponibile all'indirizzo: www.iss.it/binary/casa/cont/RelazioneSiniaca.1132846801.1232018693.pdf
3. ISTAT. La vita quotidiana nel 2006. Disponibile all'indirizzo: www.istat.it/dati/catalogo/20071106_00
4. ACI-ISTAT. Rapporto sugli incidenti stradali 2007. Disponibile all'indirizzo: www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081120_00/testointegrale20081120.pdf
5. D'Amico F. Infortuni e morti sul lavoro in calo nel 2008. *Dati INAIL* 2009;5:17. Disponibile all'indirizzo: www.inail.it/repository/ContentManagement/node/N670420288/Bozza2DatiInailMAGGIO_2009.pdf
6. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007. Disponibile all'indirizzo: www.epicentro.iss.it
7. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Disponibile all'indirizzo: www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf
8. Ufficio Prevenzione Infortuni. Lista di controllo per la sicurezza in casa. Berna; 2008. Disponibile all'indirizzo: www.bpa.ch/PDFLib/1157_42.pdf
9. Massari S, Ferrante P, Bianchi AR, et al. Infortuni domestici: individuazione dei fattori che intervengono nella dinamica infortunistica e nelle condizioni di salute. ISPEL (Roma) 2009. Disponibile all'indirizzo: www.lombardia.cisl.it/doc/626/materiali/2009/INFORTUNI%20DOMESTICI.pdf
10. Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie - CCM. Progetto incidenti domestici: rischi abitativi. 2007. Disponibile all'indirizzo: www.ccm-network.it/prg_area2_incidenti_domestici_rischi_abitativi

Comitato editoriale BEN

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

Convegno

IL DISAGIO DELL'OCCIDENTE: UN APPROCCIO INTERDISCIPLINARE AL FENOMENO DELL'OBESITÀ

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 15 ottobre 2009

Carmelo Caserta¹, Antonella Marzolini² e Alfonso Mele²

¹Associazione Calabrese di Epatologia

²Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

RIASSUNTO - Il 15 ottobre 2009 si è svolto presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) un Convegno interdisciplinare sul fenomeno dell'obesità, organizzato dal Reparto di Epidemiologia Clinica e Linee Guida dell'ISS e dall'Associazione Calabrese di Epatologia (ACE) - associazione di volontariato professionale - in collaborazione con la Fondazione BNC (Banca Nazionale delle Comunicazioni) di Roma. Gli specialisti delle diverse discipline hanno sottolineato la complessità del fenomeno obesità, per il quale sono richiesti immediati interventi sull'insieme delle condizioni culturali, sociali ed economiche che concorrono a determinarlo.

Parole chiave: obesità; complessità; interdisciplinarietà

SUMMARY (*The hardships in the Western society: an interdisciplinary approach to obesity*) - An interdisciplinary workshop on obesity, organized by the Unit of Clinical Epidemiology and Guidelines and the Hepatology Association of Calabria (ACE), a voluntary professional association, in collaboration with the BNC Foundation of Rome, was held at the Italian National Institute of Health (ISS) on October 15, 2009. The specialists of different disciplines emphasized the complexity of the phenomenon of obesity by which interventions are required on the cultural, social and economic conditions that contribute to its establishment.

Key words: obesity; complexity; interdisciplinarity

alfonso.mele@iss.it; lino.caserta@gmail.com

L'approccio interdisciplinare all'obesità costituisce una scelta obbligata per affrontare un fenomeno complesso, per il quale sono richieste soluzioni articolate in grado di incidere sulle condizioni culturali, sociali ed economiche che concorrono a determinarlo. Sono queste le ragioni, sottolineate da Alfonso Mele, Direttore del Reparto di Epidemiologia clinica e linee guida, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che hanno ispirato la realizzazione di un Convegno interdisciplinare sull'obesità, svoltosi il 15 ottobre 2009 presso l'ISS.

La sessione iniziale del Convegno, moderata da Agostino Macrì, Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare dell'ISS, si è aperta con la lettura di Gaspare M. Pendino, Presidente dell'Associazione Calabrese di Epatologia (ACE). Pendino ha delineato i caratteri storici, sociologici, antropologici e culturali della post-modernità quale contesto nel quale il disagio dell'uomo occidentale di oggi trova la sua ragion d'essere. Oltre che nel nichilismo, nel disincanto (abbandono delle ideologie) e nella perdita di fiducia nel progresso, Pendino ha indicato nello sconvolgente evolversi della tecnologia, che ha stravolto l'uomo di oggi ►

**Affrontare
un fenomeno complesso,
qual è l'obesità,
ha richiesto
la realizzazione
di un Convegno
interdisciplinare**



Logo dello Studio MAREA

**La tendenza
in crescita dell'obesità
nella popolazione italiana
si accompagna
a un incremento
delle patologie metaboliche
e cardiovascolari**

polverizzandone le aspettative, la causa principale dell'inquietudine e dell'ansia che caratterizzano il nostro tempo.

Carmine Zoccali, Direttore del Dipartimento di Nefro-urologia e trapianti di rene, Consiglio Nazionale delle Ricerche di Reggio Calabria, ha sottolineato come negli ultimi decenni si sia realizzata nell'Occidente una "transizione epidemiologica" per via della quale le malattie infettive, che hanno costituito la causa prevalente di morbilità e mortalità nelle epoche antecedenti, sono state sostituite progressivamente dalle patologie cronico-degenerative. Tale evoluzione sarebbe il risultato della complessa interazione di diversi fattori di rischio, tra cui l'obesità, che, al pari delle malattie infettive, hanno assunto le caratteristiche dei fenomeni epidemici.

Moyses Szklo, della Johns Hopkins University di Baltimora (USA), ha illustrato come le relazioni intercorrenti tra l'obesità e lo stato socio-economico risultino influenzate dal sesso, dall'etnia, dalla regione geografica di appartenenza e dai livelli culturali delle popolazioni studiate. L'epidemiologo americano ha richiamato l'attenzione sull'esigenza di nuovi studi epidemiologici che, considerando le variabili di ordine sia individuale che di popolazione, definiscano meglio i rapporti intercorrenti tra stato socio-economico e obesità. Studi "multilivello" di questo genere sarebbero indispensabili per realizzare specifici ed efficaci interventi di prevenzione.

Nella sessione dedicata all'epidemiologia dell'eccesso ponderale, moderata da Massimo Zuin della

Cattedra di Clinica Medica, Polo San Paolo dell'Università degli Studi di Milano, Luigi Palmieri, componente del gruppo Progetto Cuore dell'ISS, ha illustrato la preoccupante tendenza in crescita dell'obesità nella popolazione italiana a cui si è accompagnata un incremento delle patologie metaboliche e cardiovascolari. Il ricercatore ha illustrato come la riduzione del peso corporeo si traduca in una significativa riduzione del rischio cardiovascolare globale.

Angela Spinelli, Direttore del Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva del CNESPS dell'ISS, ha illustrato i risultati dell'indagine "Okkio alla Salute". Lo studio ha stabilito che ben 12,3% dei bambini tra gli 8 e i 9 anni è obeso, mentre il 23,6% è in sovrappeso. Analizzando il dato Regione per Regione, il primato dell'obesità infantile spetta alle Regioni meridionali. Tra i fattori di rischio individuati come responsabili di tale situazione epidemiologica spiccano il basso consumo di frutta e verdura, merende abbondanti, l'eccessiva presenza della televisione e dei videogiochi e la scarsa attività fisica.

Lo studio MAREA, uno studio di popolazione svolto tra gli adolescenti di Reggio Calabria - i cui risultati sono stati esposti da Carmelo Caserta, responsabile scientifico dell'ACE - ha sostanzialmente confermato i dati epidemiologici emersi dall'indagine "Okkio alla Salute" e ha evidenziato come l'eccesso ponderale si accompagni, già in età adolescenziale, ad alterazioni vascolari compatibili con un danno aterosclerotico precoce. Lo

stesso studio ha, inoltre, stabilito che la steatosi epatica, la cui prevalenza nella popolazione generale è di circa il 13%, interessa oltre il 40% dei soggetti obesi.

A conclusione degli interventi delle sessioni antimeridiane, Gabriele Riccardi, dell'Università degli Studi di Napoli, ha evidenziato che tra le cause più rilevanti dell'epidemia di obesità è da annoverare l'abbandono dello stile di vita mediterraneo, caratterizzato da un regime nutrizionale ricco di amidi, fibre, sostanze riducenti e acidi grassi monoinsaturi, cui faceva riscontro, equilibrando il bilancio energetico, un'intensa attività fisica.

In apertura della sessione pomeridiana - moderata da Maria Antonietta Stazi, Direttore del Reparto Epidemiologia genetica del CNESPS, ISS - Saro Brizzi, Direttore dell'Istituto di Psicoterapia dell'Università di Firenze, si è soffermato sulle dinamiche psicologiche dell'adolescenza. Secondo lo psicanalista, in tale fase critica della crescita, caratterizzata dalla ricerca di una identità definita e distinta dal contesto familiare, l'adolescente si ritrova a confrontarsi con modelli corporei, imposti dai media, che si presentano artificiali, irraggiungibili e orientati a uniformare piuttosto che a favorire lo sviluppo e l'accettazione di caratteristiche individuali. È questo confronto che, secondo Brizzi, genera conflitti profondi che stanno alla base dei disturbi del comportamento alimentare così diffusi in questa nostra epoca.

Secondo Cinzia Scaffidi, del Centro Studi Slow Food, la nostra epoca è caratterizzata dalla facile

circolazione e dall'enorme disponibilità di merci. La necessità di rendere disponibili enormi quantità di prodotti alimentari sul mercato globale a prezzi che li rendano fruibili da gran parte della popolazione, ha determinato un impoverimento della qualità di questi alimenti, che spesso risultano essere il prodotto di processi industriali che, oltre ad alterare il gusto delle materie prime naturali, ne compromettono le qualità nutrizionali. Se da un lato questo processo consente una grande disponibilità di alimenti, dall'altra riduce le possibilità di scelta mortificando il gusto e le diversità culturali.

Il filosofo francese Serge Latouche, Università Paris Sud 11, ha sottolineato come l'obesità possa essere considerata il simbolo della società occidentale, caratterizzata da una sovrapproduzione e un sovraconsumo di beni a cui consegue una crescita patologica. Per il filosofo della "decrecita" si rende necessaria, a questo punto, una revisione dei concetti di crescita e sviluppo, che hanno sostenuto l'affermarsi di un sistema fondato sulla dismisura e che ha spinto la nostra civiltà sino a quei limiti oltre i quali vi è solo la catastrofe sociale e ambientale.

A conclusione della giornata Simona Giampaoli, Direttore del Reparto Epidemiologia delle malattie cardiovascolari del CNESPS, ISS, coordinatrice del Progetto Cuore, ha rimarcato le relazioni intercorrenti tra morbilità/mortalità ed eccesso ponderale. Giampaoli ha sottolineato la necessità di una modifica degli stili di vita finalizzati alla riduzione del rischio cardiovascolare globale. ■

L'obesità può essere considerata il simbolo della società occidentale, caratterizzata da una sovrapproduzione e un sovraconsumo di beni a cui consegue una crescita patologica

ANZIANI E STILI DI VITA: LA SFIDA DEL PROGETTO CHANGE



Eloise Longo e Marco Giustini

Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, ISS

RIASSUNTO - L'Istituto Superiore di Sanità partecipa al progetto Europeo CHANGE (Care of Health Advertising New Goals for Elderly people), che si pone quale modello di intervento finalizzato a fornire alla popolazione anziana la promozione di stili di vita più salubri per rimanere attivi e far fronte all'aumento della speranza di vita e del periodo lavorativo nel modo più appropriato. Il modello di intervento proposto consiste in un sistema educativo informale centrato sull'aumento dell'attività motoria e sull'ottimizzazione del regime alimentare da effettuare dopo avere individuato e addestrato i mediatori socio-sanitari.

Parole chiave: invecchiamento attivo; educazione continua; qualità della vita

SUMMARY (*Elderly people and lifestyles: the CHANGE Project challenge*) - National Institute of Health participates in the European project CHANGE (Care of Health Advertising New Goals for Elderly people). The project is an intervention model designed to provide the elderly population to promote healthy lifestyles to stay active accounting the increase in life expectancy and the working period. The intervention model proposed consists of an informal educational system centered on increasing motor activity and optimization of diet to be carried out after identifying and training of social health mediators (physicians, gerontologists, social workers, psychologists and pharmacists).

Key words: aging; quality of life; lifelong learning

marco.giustini@iss.it

Nei prossimi decenni le stime mondiali parlano di un incremento progressivo delle fasce di età con oltre 50 anni. Un dato che accomuna tutti i Paesi industrializzati è che i tassi di mortalità, eccezion fatta per le malattie infettive, hanno subito una riduzione dovuta a fattori sia socio-sanitari (miglioramento del regime alimentare, degli stili di vita e delle condizioni igienico-sanitarie, della profilassi e della prevenzione) e assistenziali (accesso di tutta la popolazione alle cure ospedaliere, ambulatoriali e farmaceutiche), sia ad elementi oggettivi (scomparsa delle malattie endemiche).

La tendenza progressiva all'invecchiamento si evince da una serie di dati, che mostrano l'ineluttabilità della stessa. Tra i Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), in Italia, Spagna, Austria e Polonia l'incidenza percentuale della popolazione residente con almeno 65 anni di età crescerà mediamente tra il 2010 e il 2020 di 1-2 punti in percentuale (1). Nel 1950, le persone anziane nel mondo rappresentavano l'8%, nel 2030 saranno all'incirca 1 miliardo e nel 2050 la popolazione anziana

in Europa raggiungerà il 24%, ossia nell'arco di soli 100 anni raddoppierà.

Se si considerano inoltre le stime di incidenza della popolazione con almeno 80 anni di età, in Europa e in Nord America la popolazione nei prossimi decenni rappresenterà il 10% del totale, contro una media mondiale del 4% (1).

Se è vero, dunque, che il problema dell'invecchiamento riguarda principalmente i Paesi industrializzati, è altresì vero che questi verranno coinvolti da un'altra tendenza, altrettanto importante: le stime prevedono, infatti, che entro il 2025 circa il 54% della popolazione dei Paesi in via di sviluppo risiederà nelle aree urbane. La rapida crescita dell'urbanizzazione, unitamente alla massiccia immigrazione di larghi strati della popolazione verso i Paesi più ricchi, determinerà un contesto sociale sempre più multiculturale.

Un altro fattore importante da tenere in considerazione e connesso all'urbanizzazione e all'emigrazione, è che la ricerca di lavoro per i soggetti più giovani spinge questi ad abbandonare le campagne, o addirittura il proprio Paese, per dirigersi verso i grandi inse-

diamenti urbani. Gli anziani vengono, quindi, lasciati soli con tutto quello che può derivarne sul piano delle conseguenze psico-socio-culturali.

Secondo stime dell'OCSE e del Fondo Monetario Internazionale (FMI), il progressivo invecchiamento della popolazione comporterà ricadute sia sul tessuto socio-economico che su alcuni settori della vita quotidiana. Tra questi, ad esempio, il progressivo aumento dei consumatori, rispetto al numero di lavoratori, potrebbe determinare una diminuzione del tenore di vita, con possibili conseguenze sulla pressione fiscale e sui tagli alle spese.

Il contesto epidemiologico

Fenomeni quali l'osteoporosi, l'obesità o le cadute ormai fanno parte del vissuto delle società occidentali, sempre più "anziane" e "statiche".

Dai dati italiani di ricovero ospedaliero, infatti, risulta che l'incidenza dei ricoveri per osteoporosi nella donna è 5,8 volte superiore a quella dell'uomo (282 vs 48 casi per milione di abitanti) e l'età, oltre al genere, rappresenta di per sé un fattore di rischio. Circa il 70% dei ricoveri ospedalieri causati da osteoporosi interessa soggetti di età superiore ai 65 anni. In entrambi i generi il rischio relativo (RR) di essere ricoverato per osteoporosi (compreso day hospital) cresce con l'età, tanto che nella classe 65-74 l'RR è pari a 6,7 rispetto ai soggetti di età inferiore ai 65 anni e aumenta fino a 9,8 per gli ultrasessantacinquenni.

Secondo un'indagine ISTAT (2) (2005), in Italia si registrano 4 milioni e 700 mila persone obese, con un incremento di circa il 9% rispetto al 2000. Le stime evidenziano che oltre 1/3 della popolazione è in sovrappeso, e 1 persona su 10 è addirittura obesa, segno, questo, di un problema fino a pochi anni fa estraneo, ma in forte crescita e che, quindi, oggi richiama sempre più l'attenzione delle *policy* sanitarie.

Un ultimo esempio è costituito dalle cadute accidentali. Le evidenze più recenti del sistema di sorveglianza degli incidenti in casa (Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione - SINIACA), istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), mostrano come in Italia vi sia urgenza di ridurre l'incidenza soprattutto delle cadute che rappresentano, per le fasce anziane, la maggior parte degli eventi gravi o mortali (oltre 3.800 morti stimati tra gli over 65 per caduta in casa). Da ciò emerge l'urgenza di intervenire



con azioni mirate volte a diminuire nell'anziano la probabilità di infortunio e di ridurre la gravità (e la cosa riguarda soprattutto le cadute), pena un'inevitabile crescita della spesa sanitaria che, visto il generale invecchiamento della popolazione, tende, se non controllata, a essere via via più consistente (3).

Salute e benessere dell'anziano, dunque, saranno al centro del dibattito e delle politiche di prevenzione.

L'approccio multidimensionale del Progetto CHANGE

Alla luce di questo scenario, quali sono le modalità più efficaci per promuovere nell'anziano uno stile di vita più sano, con adeguate attività fisica e dieta alimentare, considerato il limitato benessere economico ed eventuali problematiche di carattere psicologico?

Non è forse inopportuno il suggerimento avanzato in campo internazionale che richiama l'attenzione sull'esigenza di "interventi strutturali", nel senso di sostegno alla famiglia dell'anziano e alla più vasta rete sociale, formale e informale.

È in questo quadro che si colloca il Progetto europeo Care of Health Advertising New Goals for Elderly people (CHANGE) di cui l'ISS e, in particolare, il Reparto Ambiente e Traumi del Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, è partner. Si tratta di un Progetto multidimensionale (area medica, psicologica e sociale) che fa leva su alcuni concetti chiave, tra cui, ad esempio:

- la *lifelong learning* (formazione continua), intesa come una dimensione che travalica il puro apprendimento e la formazione per trasformarsi in una potenzialità in termini di arricchimento per la salute fisica e mentale delle persone anziane;
- l'*active aging* (invecchiamento attivo) utilizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità dal 2002 ►

e indicante una concezione di invecchiamento in senso processuale dal punto di vista bio-psico e socio-dinamico e come *know-how* e partecipazione alla vita sociale, economica e culturale del proprio Paese.

Il Progetto ha come obiettivo prioritario l'individuazione e la costruzione di un modello formativo diretto ai mediatori socio-sanitari, capace di trasformare gli stessi in facilitatori della promozione del benessere negli anziani e negli altri operatori che si occupano a vario titolo di anziani, e che tenga conto delle tre dimensioni che compongono lo stato di salute e di benessere così come inteso dall'OMS: salute fisico-biologica, benessere socio-ambientale, benessere psico-affettivo. L'idea è quella che per motivare gli anziani al cambiamento sia necessario contemporaneamente, una modifica delle rappresentazioni e degli stereotipi che gli stessi mediatori socio-sanitari hanno dell'anziano e dell'invecchiamento in genere, inteso quest'ultimo, come decadimento irrimediabile in termini bio-psico e socio-culturali.

Si tratta di agire secondo una relazione efficace e gratificante tra mediatore e anziano, che possa facilitare l'attivazione di quei cambiamenti tesi a un miglioramento della qualità della vita nell'anziano sia in termini proattivi (attraverso interventi tesi al cambiamento delle condizioni oggettive e materiali che limitano il benessere dell'anziano) sia in termini reattivi (con un lavoro mirato alla trasformazione della percezione degli anziani e degli operatori).

Momento tipico del Progetto è rappresentato da un corso di formazione per mediatori sanitari (medici di medicina generale, infermieri, psicologi) nel quale verranno adottate le metodiche didattiche messe a punto. Il modello di intervento che si intende proporre consiste in un sistema educativo informale incentrato sull'aumento dell'attività motoria e sull'ottimizzazione del regime alimentare, volto a garantire un miglioramento generale della qualità della vita e il contenimento dei costi socio-sanitari. Ciò verrà realizzato attraverso l'individuazione e l'addestramento di mediatori socio-sanitari (medici, gerontologi, assistenti sociali, psicologi e farmacisti), i quali verranno formati attraverso l'impiego di tecniche di marketing sociale basate sul coinvolgimento emotivo. Il momento formativo sarà realizzato presso l'ISS, ove verrà promosso un corso prototipale di formazione rivolto ai mediatori sanitari. Sulla base delle risultanze del corso prototipale sarà impostato il percorso formativo di un master in comunicazione per medici di base, sulla promozione degli stili di vita degli adulti over 65.

Il progetto CHANGE viene coordinato in qualità di Project leader dal Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università di Salerno e vi partecipano, oltre all'Università di Salerno: l'ISS con l'unità operativa del Reparto Ambiente e Traumi; il Comitato Studi Ricerca Programmazione Socio Sanitaria (SRPSS) della ASL CE1, Caserta; l'Istituto di Ricovero e Cura Clinica Villa delle Magnolie (Caserta); l'Uniwersytet Jagiellonski Collegium Medicum (Cracovia, Polonia); l'Universidad Autonoma de Barcelona (Barcellona, Spagna), insieme al Dipartimento di Psicologia dell'Educazione; FACTUM Chaloupka & Risser OHG (Vienna, Austria); Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas (Vilnius, Lituania).

Entrando nel merito del Progetto, esso si propone di convertire il carattere meramente informativo dei messaggi sullo stile di vita in un approccio culturale che deve essere appreso attraverso un'educazione permanente. Lo scopo è quello di superare un limite attuale dei messaggi sui sani stili di vita, di solito basati su ragionamenti razionali basati sul senso comune. Dalla letteratura scientifica emerge come sia necessario modificare radicalmente gli approcci ponendo il focus sulle emozioni che determinano i processi decisionali.

Il Progetto utilizza i recenti sviluppi della psicologia e della comunicazione e delle tecniche di marketing sociale per creare messaggi di risonanza emotiva per le persone in fase di invecchiamento. In base a tale approccio, per rendere efficaci i messaggi è necessario agire sui desideri profondi delle persone, al fine di aumentare la motivazione a cambiare abitudini e stili di vita non corretti.

Sarà, infine, realizzato un sistema di monitoraggio e valutazione delle attività di promozione sul campo da parte dei medici di base (valutazione di ingresso dei livelli di rischio degli adulti over 65, monitoraggio *in itinere* dei cambiamenti negli stili di vita). ■

Riferimenti bibliografici

1. Ageing Society. Osservatorio Terza Età. *Rapporto Nazionale 2006 sulla condizione ed il pensiero degli anziani*. Analisi e proposte. Ozzano dell'Emilia (BO); marzo 2006.
2. Istituto Nazionale di Statistica. *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*. Roma: ISTAT; 2007.
3. Pitidis A, Taggi F. *Ambiente casa: la sicurezza domestica dalla conoscenza alla prevenzione*. Milano: Franco Angeli; 2006.

Visto... si stampi

a cura di Paola De Castro
Settore Attività Editoriali, ISS



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

Annali dell'Istituto Superiore di Sanità

Vol. 45, n. 4, 2009



Commentary

IGEA - a chronic disease management project for people with diabetes
M. Maggini

Section I

Digital tele-echocardiography today: successes and failures

Edited by *D. Giansanti and S. Morelli*

Preface

D. Giansanti and S. Morelli

Digital tele-echocardiography: a look inside

D. Giansanti and S. Morelli

Assessment and analysis of territorial experiences in digital tele-echocardiography

E. Frumento, C. Colombo, G. Borghi, C. Masella, P. Zanaboni, P. Barbier and D. Cavoretto

Determination of the acceptable MPEG-4 quality for clinical real-time tele-echocardiography services

A. Giordano, F. Comazzi, F. Scapellato, E. Eleuteri, P. Giannuzzi and G. Minuco

Routine tests for both planning and evaluating image quality in tele-echocardiography

S. Morelli, A. Giordano and D. Giansanti

A web based health technology assessment in tele-echocardiography: the experience within an Italian project

D. Giansanti, S. Morelli, G. Maccioni, L. Guerriero, R. Bedini, G. Pepe, C. Colombo, G. Borghi and V. Macellari

Section II

Research and methodologies

Serum concentrations of beta-hexachlorocyclohexane in groups of the Italian general population: a human biomonitoring study

A.M. Ingelido, A. Abballe, V. Marra, S. Valentini, A. Ferro, M.G. Porpora, P.G. Barbieri and E. De Felip

Differences in the presence of allergens among several types of indoor environments

B. Brunetto, B. Barletta, S. Brescianini, R. Masciulli, L. Perfetti, G. Moscato, L. Frusteri, M.A. Schirru, C. Pini, G. Di Felice and P. Iacovacci

Exposure to indoor allergens and association with allergy symptoms of employees in a work environment

B. Brunetto, S. Brescianini, B. Barletta, C. Butteroni, D. Rotondi, R. Masciulli, M. Aliberti, C. Pini, G. Di Felice and P. Iacovacci

Angular deflection of rotary nickel titanium files: a comparative study

G. Gambarini, L. Testarelli, V. Milana, R. Pecci, R. Bedini, G. Pongione, R. Gerosa and M. De Luca

Effect of high-pass filtering on ECG signal on the analysis of patients prone to atrial fibrillation

F. Censi, G. Calcagnini, M. Triventi, E. Mattei, P. Bartolini, I. Corazza and G. Boriani

Behavioural indicators of pain in crustacean decapods

F. Gherardi

Brief notes

Nerve growth factor eye drops improve visual acuity and electrofunctional activity in age-related macular degeneration: a case report

A. Lambiase, M. Coassin, P. Tirassa, F. Mantelli and L. Aloe

Congenital hypothyroidism in Calabria: epidemiological and clinical aspects

M. Baserga and M.N. Pullano

Book reviews, Notes and Comments

Edited by *F. Napolitani Cheyne*

WHO Publications

Edited by *A.M. Rossi*

Rapporti ISTISAN 09/30

La sperimentazione clinica in oncologia. 1: aspetti di etica nella preparazione dei protocolli di ricerca.

S. Gainotti, F. Galeotti, R. Raschetti, C. Petrini. 2009, iii, 37 p.

Il testo descrive i principali aspetti che occorre esaminare nella preparazione di protocolli per la sperimentazione clinica in oncologia. I trial in oncologia presentano varie peculiarità. Essi hanno importanti implicazioni di etica per quanto riguarda, per esempio, il consenso informato e il rapporto rischi/benefici. Sono descritti gli aspetti principali riguardanti l'organizzazione degli studi e la tutela delle persone che vi partecipano. Il Rapporto è complementare ad un altro testo - di prossima pubblicazione nella stessa serie - riguardante sempre la sperimentazione clinica in oncologia. Il presente volume è indirizzato ai medici e ai ricercatori che eseguono sperimentazioni; il prossimo sarà indirizzato ai membri di comitati etici che valutano sperimentazioni cliniche in oncologia.



Area tematica
Epidemiologia
e sanità pubblica

bioetica@iss.it



Area tematica
Formazione
e informazione

Rapporti ISTISAN 09/31

Sistema di sorveglianza PASSI

(Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): risultati 2007.

Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". 2009, ix, 136 p.

Gli stili di vita svolgono un ruolo importante nella genesi delle malattie croniche, responsabili di una grossa quota della mortalità e morbosità in Europa. L'Istituto Superiore di Sanità ha implementato, con le Regioni e Province autonome, un sistema continuo di sorveglianza della popolazione adulta (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia, PASSI), dedicato a stimare la frequenza ed evoluzione dei fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione. Nel presente rapporto, sono riportati i metodi e i risultati della sorveglianza nell'anno 2007.

direzione.cnesps@iss.it

Rapporti ISTISAN 09/32

Giornata europea degli antibiotici: uso responsabile per il controllo dell'antibiotico-resistenza.

A cura di A. Pantosti e M. Del Grosso. 2009, 42 p.

In occasione della Prima Giornata Europea degli Antibiotici, istituita dall' ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control, in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e altre istituzioni, il 18 novembre 2008 l'Istituto Superiore di Sanità ha organizzato un Convegno nazionale. Durante il Convegno sono state illustrate le finalità della Giornata, che sono quelle di promuovere l'uso responsabile di antibiotici da parte dei cittadini europei al fine di limitare l'emergenza dell'antibiotico-resistenza. Questo Rapporto raccoglie i principali contributi presentati al Convegno e alla Tavola Rotonda associata, che hanno evidenziato come le conoscenze dei cittadini sugli antibiotici siano spesso inesatte e come l'Italia sia tra i Paesi Europei che fanno più uso di antibiotici e presentano più alta antibiotico-resistenza. Nel Rapporto è presentata anche la Campagna di informazione al pubblico, che si è svolta nei mesi di novembre e dicembre 2008 e che ha ottenuto un notevole successo in termini di riduzione del consumo di antibiotici.

annalisa.pantosti@iss.it



Area tematica
Epidemiologia
e sanità pubblica



Area tematica
Formazione
e informazione

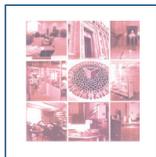
Rapporti ISTISAN 09/33

Progetto CAST (Contatto Alimentare Sicurezza e Tecnologia). Linee guida per l'applicazione del Regolamento 2023/2006/CE alla filiera di produzione dei materiali e oggetti destinati a venire in contatto con gli alimenti.

Edited by M.R. Milana, M. Denaro, R. Feliciani, A. Maggio and A. Maini. 2009, x, 203 p.

Nell'ambito del Progetto CAST (Contatto Alimentare Sicurezza e Tecnologia) sono state sviluppate linee guida per l'applicazione del Regolamento 2023/2006/CE sulle buone pratiche di fabbricazione nella filiera di produzione dei materiali e oggetti destinati a venire in contatto con gli alimenti. Le linee guida sono strutturate in una parte di applicazione generale e in una parte di applicazione specifica, distinta per le filiere dei materiali e oggetti in alluminio, carta e cartone, imballaggi flessibili, materie plastiche, legno, metalli e leghe metalliche rivestiti e non, sughero, vetro.

mariarosaria.milana@iss.it



ISTISAN Congressi 09/C5

Convegno. Ipotiroidismo Congenito in Italia. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 3 luglio 2009. Riassunti.

A cura di A. Olivieri. 2009, iv, 31 p.

Il convegno rappresenta un appuntamento annuale che si propone di offrire un aggiornamento sulle più recenti acquisizioni sperimentali e cliniche in tema di Ipotiroidismo Congenito e sulla sorveglianza della patologia che, nel nostro Paese, viene effettuata dal Registro Nazionale degli Ipotiroidici Congeniti coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. I temi affrontati durante il Convegno riguardano le procedure di screening e di conferma diagnostica, con un focus sul neonato pretermine, e le strategie terapeutiche e di follow-up dei bambini affetti da forme permanenti di ipotiroidismo congenito e da ipertireotropinemie permanenti e transitorie. Ampio spazio viene dedicato alla epidemiologia dell'Ipotiroidismo Congenito nel nostro Paese, grazie ai dati del Registro Nazionale, e alle più recenti acquisizioni scientifiche relative alle basi molecolari della patologia. Uno spazio è inoltre dedicato a temi rilevanti per la salute materno-infantile, con particolare riguardo agli effetti di esposizioni pre- e/o perinatali ad interferenti endocrini.

antonella.olivieri@iss.it

Publicato il nono numero di "Malattie rare e farmaci orfani".

Supplemento al Notiziario di ottobre 2009

disponibile online all'indirizzo: www.iss.it

Volume 22, n. 10 (Supplemento 1). 2009.

Il *Notiziario* ospita nel Supplemento di ottobre 2009 il nono numero "Malattie rare e farmaci orfani", a cura del Centro Nazionale Malattie Rare (CNMR) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Rivolto a medici di medicina generale, pediatri, responsabili socio-sanitari regionali e nazionali, pazienti e associazioni di pazienti e, più in generale, a tutti gli operatori impegnati nel settore, affronta le diverse tematiche legate alle malattie rare e ai farmaci orfani e ne illustra le novità scientifiche.

Centro Nazionale Malattie Rare - Responsabile: *Domenica Taruscio*



taruscio@iss.it

NEWS

L'Istituto Superiore di Sanità
ha realizzato in collaborazione con l'ANSA il volume:

Più diagnosi, più terapie, più prevenzione. Dieci anni di ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità per la salute di tutti



Il volume è stato presentato, il 14 dicembre 2009, nella Sala polifunzionale della Presidenza del Consiglio in Galleria Alberto Sordi, alla presenza del Sottosegretario di Stato Gianni Letta, del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, Maurizio Sacconi, del Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), Enrico Garaci, e del Direttore dell'ANSA, Luigi Contu. Erano presenti anche il neo Ministro della Salute, Ferruccio Fazio, e i Ministri della Salute delle precedenti legislazioni: Francesco Storace, Girolamo Sirchia e Livia Turco. Racchiude dieci anni di attività dell'ISS, dal 2000 al 2009: dalla ricerca del vaccino anti-AIDS a quella sulla genesi di alcune

malattie rare in vista di future, possibili terapie, fino agli studi sulle cellule staminali. Dieci anni di ricerca pubblica, di cui è stato protagonista l'ISS, raccontati attraverso 200 lanci dell'agenzia ANSA. Un cammino che parte dalla riforma del 2001, che ha profondamente cambiato l'Istituto, trasformandolo in Ente pubblico autonomo di ricerca, che ha visto la sigla dell'accordo Italia-USA su progetti di ricerca comuni (2003) e arriva alla fine del 2009, anno in cui l'ISS compie 75 anni. Il tutto, sempre, con un unico obiettivo: la tutela della salute dei cittadini.

ufficio.stampa@iss.it



Nei prossimi numeri:

Sorveglianza dei disturbi mentali gravi

Tecnologie wireless e dispositivi medici

Le micotossine nella filiera agroalimentare e zootecnica

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