

# Notiziario

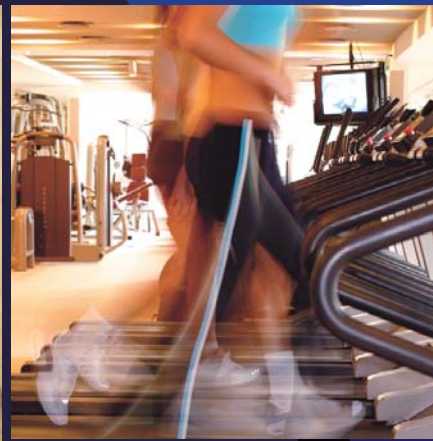
dell'Istituto **S**uperiore di **S**anità

**Persone che vivono con l'HIV in Italia:  
dati del secondo censimento**

**I segni della salute:  
l'ISS al Festival della Scienza 2016 di Genova**

**Convegno. Il Progetto sui lungo-sopravvivenuti  
con linfoma per sperimentare  
un modello di interazione ospedale-territorio**

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



**Inserito BEN**  
**Bollettino Epidemiologico Nazionale**  
**Numero monografico sull'allattamento**

www.iss.it

## SOMMARIO

### Gli articoli

|  |    |
|--|----|
| Persone che vivono con l'HIV in Italia: dati del secondo censimento .....  | 3  |
| I segni della salute: l'ISS al Festival della Scienza 2016 di Genova .....   | 8  |
| Convegno. Il Progetto sui lungo-sopravvissuti con linfoma per sperimentare un modello di interazione ospedale-territorio ..... | 11 |

### Le rubriche

|  |    |
|--|----|
| <i>Comunicare l'Europa. Abbronzatura a tutti i costi o pallido è bello?</i><br>Quanto è sicuro utilizzare i lettini abbronzanti .....  | 15 |
| <i>News. Il Fondo Rari della Biblioteca ISS su GoogleBooks .....</i><br><i>Premiati i Beni storico-scientifici dell'ISS.</i><br>W. Ricciardi Socio Onorario dell'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria ..... | 17 |
| Presentata in ISS la candidatura di Flavia Bustreo alla guida dell'OMS .....   | 18 |
| Donato all'ISS il busto del Prof. Pietro Canalis .....   | 19 |

### Bollettino Epidemiologico Nazionale (Insero BEN)

#### Numero monografico sull'allattamento

|  |     |
|--|-----|
| Latte materno: l'inizio della sana alimentazione .....                       | i   |
| L'uso dei farmaci ipoglicemizzanti in allattamento .....                     | iii |
| Fattori di rischio per la sospensione dell'allattamento .....                | v   |
| L'allattamento attraverso i flussi informativi della pediatria di base ..... | vi  |



Nel 2015 l'ISS ha svolto un secondo censimento, dopo quello del 2012, per valutare l'HIV *continuum of care* del 2014

pag. 3

Attraverso quattro laboratori didattici, ricercatori ISS hanno descritto alcuni segni dello stato di salute dell'uomo e dell'ambiente al Festival della Scienza 2016

pag. 8



Il Convegno ha voluto promuovere la conoscenza di un modello di gestione del paziente lungo-sopravvissuto con linfoma a livello territoriale

pag. 11

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

### L'Istituto Superiore di Sanità

è il principale istituto di ricerca italiano nel settore biomedico e della salute pubblica. Promuove e tutela la salute pubblica nazionale e internazionale attraverso attività di ricerca, sorveglianza, regolazione, controllo, prevenzione, comunicazione, consulenza e formazione.

#### Dipartimenti

- Ambiente e salute
- Malattie cardiovascolari, dismetaboliche e dell'invecchiamento
- Malattie infettive
- Neuroscienze
- Oncologia e medicina molecolare
- Sicurezza alimentare, nutrizione e sanità pubblica veterinaria

#### Centri nazionali

- Controllo e valutazione dei farmaci
- Dipendenze e doping
- Eccellenza clinica, qualità e sicurezza delle cure
- Health technology assessment
- Malattie rare
- Prevenzione delle malattie e promozione della salute
- Protezione dalle radiazioni e fisica computazionale
- Ricerca su HIV/AIDS
- Ricerca e valutazione preclinica e clinica dei farmaci
- Salute globale
- Sostanze chimiche
- Sperimentazione e benessere animale
- Tecnologie innovative in sanità pubblica
- Telemedicina e nuove tecnologie
- Sangue
- Trapianti

#### Centri di riferimento

- Medicina di genere
- Scienze comportamentali e salute mentale

*Legale rappresentante e Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità:*  
Gualtiero Ricciardi

*Direttore responsabile:* Paola De Castro

*Comitato scientifico, ISS:* Barbara Caccia, Paola De Castro, Loredana Ingrosso, Cinzia Marianelli, Luigi Palmieri, Patrizia Popoli, Anna Maria Rossi, Emanuela Testai, Vito Vetrugno, Ann Zeuner

*Redattore capo:* Paola De Castro

*Redazione:* Anna Maria Rossi, Giovanna Morini

*Progetto grafico:* Alessandro Spurio

*Impaginazione e grafici:* Giovanna Morini

*Fotografia:* Antonio Sesta, Luigi Nicoletti, Valter Tranquilli

*Distribuzione:* Patrizia Mochi, Sandra Salinetti, Silvia Negrola

*Redazione del Notiziario*

Settore Attività Editoriali

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

e-mail: pubblicazioni@iss.it

Iscritto al n. 475 del 16 settembre 1988 (cartaceo)

e al n. 117 del 16 maggio 2014 (online)

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2017

Numero chiuso in redazione il 31 gennaio 2017



Stampato in proprio

## PERSONE CHE VIVONO CON L'HIV IN ITALIA: DATI DAL SECONDO CENSIMENTO



Laura Camoni, Mariangela Raimondo, Roberta Urcioli, Simone Iacchini, Barbara Suligoi,  
Patrizio Pezzotti and the CARPHA Study Group\*  
Dipartimento di Malattie infettive, ISS

**RIASSUNTO** - Per beneficiare pienamente delle terapie altamente efficaci è essenziale che le persone HIV positive siano seguite lungo tutto il percorso di cura, noto in letteratura come *continuum of care*. Nel 2015 è stato svolto presso l'Istituto Superiore di Sanità un secondo censimento per valutare l'HIV *continuum of care* nel 2014 e i cambiamenti rispetto al censimento del 2012. Nel 2014, sono state stimate 100.049 persone (0,16% per 100 residenti) diagnosticate con l'infezione da HIV e in cura presso i Centri Clinici italiani di Malattie infettive, con un aumento del 6,3% rispetto alla rilevazione del 2012. Tra queste, 91.916 (91,9%) era in terapia antiretrovirale, con un incremento dell'11,4% rispetto alla rilevazione del 2012, e 80.610 (87,7%) ha raggiunto la soppressione virale.

**Parole chiave:** prevalenza; HIV; AIDS

**SUMMARY** (*Persons living with HIV in Italy: data from the second national survey*) - To benefit from the highly effective therapies it is essential that HIV-positive people are followed in each step of treatment, known in the literature as *continuum of care*. In 2015, the Italian National Institute of Health carried out the second Italian national survey to evaluate the number of people with HIV in 2014 and to evaluate the difference with the 2012 survey. In 2014, 100,049 (0.16% per 100 residents) people diagnosed and linked to care were estimated, corresponding to an increase of 6.3% compared to the survey conducted in 2012. Of people diagnosed and linked to care, 91,916 (91.9%) were on antiretroviral therapy (increase of 11.4% compared to 2012) and 80,610 (87.7%) were viral load suppressed.

**Key words:** prevalence; HIV; AIDS

[laura.camoni@iss.it](mailto:laura.camoni@iss.it)

**N**egli ultimi 20 anni, grazie alle terapie antiretrovirali, la malattia da HIV si è trasformata da una malattia altamente letale a una malattia cronica. Per beneficiare appieno delle terapie altamente efficaci è essenziale che le persone HIV positive siano seguite lungo tutto il percorso di cura, noto in letteratura come *continuum of care* (1). Il *continuum of care* tiene traccia del numero di persone con diagnosi di HIV che sono in cura con terapia antiretrovirale (ART) e tra queste il numero di coloro con carica virale soppressa (< 50 copie/mL), cioè che non hanno più presenza di virus rilevabile nel sangue. Tale strumento è utile per monitorare

la qualità delle cure delle persone con l'HIV e, nel contempo, per valutare l'estensione della soppressione virale a livello di popolazione.

Nel 2013 è stato svolto un primo censimento, coinvolgendo tutti i Centri Clinici di malattie infettive presenti in Italia, per conoscere il numero delle persone che vivevano con l'HIV in Italia nel 2012, per valutare la prevalenza dell'infezione da HIV e descrivere il *continuum of care* italiano (2, 3). Nel 2015 è stato svolto un secondo censimento per valutare e aggiornare tre outcome dell'HIV *continuum of care* nel 2014 e i cambiamenti rispetto al 2012. Di seguito si riportano i dati relativi a questo secondo censimento. ►

(\*) I membri del CARPHA Study Group sono riportati a p. 7.

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

Come nel primo censimento, nella fase iniziale dello studio, sono stati contattati tutti i Centri Clinici di malattie infettive regionali che prendono in carico persone HIV positive e che somministrano ART.

In totale, nel 2014, i Centri Clinici che somministrano ART sono risultati essere 153. In alcuni Centri Clinici afferivano più strutture adibite alla cura delle persone sieropositive; pertanto, le strutture che hanno

in cura le persone HIV positive o in AIDS e che somministrano ART risultano essere 179, di cui uno pediatrico che ha inviato i dati di tutti i casi pediatrici italiani.

Tutte le elaborazioni qui presentate sono basate sul numero delle strutture che hanno partecipato all'indagine (96,6%). La Tabella 1 mostra il numero dei Centri Clinici che hanno in cura le persone sieropositive e che somministrano ART, il numero delle strutture e la media dei pazienti HIV positivi in carico per ogni struttura, divisi per regione e per area geografica (Nord, Centro, Sud e Isole).

**Tabella 1** - Distribuzione delle strutture che hanno in cura le persone HIV positive o in AIDS e che somministrano terapia antiretrovirale per regione nel 2014

|   | n. centri clinici | n. strutture | % delle strutture per area geografica | % delle strutture sul totale delle strutture | n. medio di pazienti per centro | n. minimo di pazienti per centro | n. massimo di pazienti per centro |
|---|-------------------|--------------|---------------------------------------|--|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Valle d'Aosta                               | 1                 | 1            | 1,5                                   | 0,6  | 98                              | 98                               | 98                                |
| Piemonte                                    | 10                | 11           | 16,2                                  | 6,1  | 623                             | 133                              | 2.732                             |
| Liguria                                     | 6                 | 7            | 10,3                                  | 3,9  | 505                             | 207                              | 1.094                             |
| Lombardia                                   | 17                | 20           | 29,4                                  | 11,2   | 1.549                           | 449                              | 5.908                             |
| Provincia Autonoma di Bolzano               | 1                 | 1            | 1,5                                   | 0,6  | 420                             | 420                              | 420                               |
| Provincia Autonoma di Trento                | 1                 | 1            | 1,5                                   | 0,6  | 582                             | 490                              | 490                               |
| Friuli Venezia Giulia                       | 4                 | 4            | 5,9                                   | 2,2  | 324                             | 171                              | 523                               |
| Veneto                                      | 12                | 12           | 17,6                                  | 6,7  | 579                             | 148                              | 1.750                             |
| Emilia-Romagna                              | 11                | 11           | 16,1                                  | 6,1  | 870                             | 381                              | 1.755                             |
| <b>Totale Nord</b>                          | <b>63</b>         | <b>68</b>    | <b>100,0</b>                          | <b>38,0</b>                                  | <b>917</b>                      | <b>98</b>                        | <b>5.908</b>                      |
| Marche                                      | 5                 | 7            | 13,7                                  | 3,9  | 257                             |                                  |                                   |
| Toscana                                     | 12                | 13           | 25,5                                  | 7,3  | 647                             | 129                              | 1.423                             |
| Umbria                                      | 4                 | 4            | 7,8                                   | 2,2  | 241                             | 55                               | 606                               |
| Lazio                                       | 12                | 24           | 47,1                                  | 13,4   | 543                             | 54                               | 6.526                             |
| Centri Clinici che non hanno inviato i dati | 3                 | 3            | 5,9                                   | 1,7  | nd*                             | nd*                              | nd*                               |
| <b>Totale Centro</b>                        | <b>36</b>         | <b>51</b>    | <b>100,0</b>                          | <b>28,5</b>                                  | <b>674</b>                      | <b>54</b>                        | <b>6.526</b>                      |
| Campania                                    | 6                 | 11           | 28,9                                  | 6,1  | 296                             | 61                               | 650                               |
| Abruzzo                                     | 6                 | 6            | 15,8                                  | 3,4  | 157                             | 86                               | 193                               |
| Molise                                      | 1                 | 1            | 2,6                                   | 0,6  | 67                              | 67                               | 67                                |
| Puglia                                      | 8                 | 9            | 23,7                                  | 5,0  | 394                             | 53                               | 1.030                             |
| Basilicata                                  | 2                 | 2            | 5,3                                   | 1,1  | 109                             | 46                               | 71                                |
| Calabria                                    | 7                 | 7            | 18,4                                  | 3,9  | 80                              | 25                               | 148                               |
| Centri Clinici che non hanno inviato i dati | 2                 | 2            | 5,3                                   | 1,1  | nd*                             | nd*                              | nd*                               |
| <b>Totale Sud</b>                           | <b>32</b>         | <b>38</b>    | <b>100,0</b>                          | <b>21,2</b>                                  | <b>234</b>                      | <b>25</b>                        | <b>1.030</b>                      |
| Sicilia                                     | 17                | 17           | 77,3                                  | 9,5  | 220                             | 17                               | 703                               |
| Sardegna                                    | 4                 | 4            | 18,2                                  | 2,2  | 568                             | 44                               | 906                               |
| Centri Clinici che non hanno inviato i dati | 1                 | 1            | 4,5                                   | 0,6  | nd*                             | nd*                              | nd*                               |
| <b>Totale Isole</b>                         | <b>22</b>         | <b>22</b>    | <b>100,0</b>                          | <b>12,3</b>                                  | <b>286</b>                      | <b>17</b>                        | <b>906</b>                        |
| <b>Totale Italia</b>                        | <b>153</b>        | <b>179</b>   |                                       |  | <b>624</b>                      | <b>17</b>                        | <b>6.526</b>                      |

(\*) nd = non determinato



Il Nord Italia risulta l'area geografica con il più alto numero di Centri Clinici adibiti alla cura delle persone HIV positive (n. 63), seguito dal Centro (n. 33), dal Sud (n. 30), e dalle Isole (n. 21).

Le strutture ricalcano la stessa distribuzione per area geografica dei singoli Centri Clinici. La Lombardia rappresenta la regione del Nord con una percentuale maggiore di strutture (29,4%), per il Centro è il Lazio (47,1%), per il Sud è la Campania (28,9%) e per le Isole è la Sicilia (77,3%). A livello dell'intero territorio nazionale, la regione italiana con la percentuale maggiore di strutture risulta essere il Lazio (13,4%), seguita dalla Lombardia (11,2%) e dalla Sicilia (9,5%). Il numero medio di persone HIV positive in carico presso ciascun Centro Clinico è di circa 620 persone e varia notevolmente per area geografica e regione. Nel Nord sono presenti Centri con il numero più alto di persone HIV positive in carico (n. 917), al Sud quelle con il numero più basso (n. 234).

Nel 2014, la regione con il più alto numero medio di pazienti HIV positivi in carico per centro è risultata essere la Lombardia (n. 1.549 persone), seguita dall'Emilia-Romagna (n. 870 persone) e dal Piemonte (n. 623 persone). La regione italiana, invece, con il minor numero medio di persone HIV positive in carico è risultata essere il Molise (n. 67 persone, tutte provenienti dall'unica struttura della regione).

Nel 2014, le strutture che non hanno partecipato allo studio (3,4%) sono quelle di Arezzo, Avellino, Lecce, Pistoia, Pesaro e Ragusa. Ha partecipato, invece, allo studio il 96,6% delle strutture censite.

### Quante sono le persone diagnosticate con HIV e in cura presso i Centri Clinici di malattie infettive italiani nel 2014?

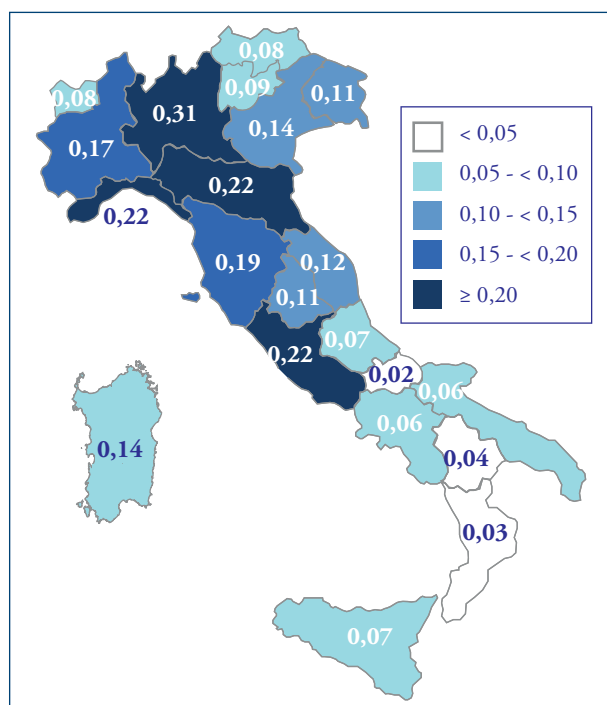
A tutti i responsabili delle 179 strutture è stata inviata una breve scheda di raccolta dati per avere informazioni sul numero delle persone HIV positive in carico, sul numero delle persone HIV positive in ART, sul numero delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV, nonché su alcune loro caratteristiche essenziali come genere, età, nazionalità, modalità di trasmissione, numero di CD4, carica virale e stadio clinico. Per 5 strutture (Arezzo, Avellino, Lecce, Pistoia, Pesaro) che avevano partecipato al censimento del 2012, ma non a quest'ultimo, è stato imputato il numero delle persone sieropositive sulla base dei dati riportati nel 2012 con un

aumento proporzionale a quello riportato in totale da tutti i Centri Clinici che hanno partecipato a entrambi i censimenti. La struttura di Ragusa, che non ha partecipato alle due survey, non è stata inclusa nella stima. Nel 2014, sono state stimate 100.049 (n. 721 con età < 18 anni) persone diagnosticate con l'infezione da HIV e in cura presso i Centri Clinici di malattie infettive, con un aumento del 6,3% rispetto alla rilevazione del 2012, probabilmente dovuto al continuo verificarsi di nuove infezioni e nello stesso tempo all'uso di nuove terapie che hanno migliorato la sopravvivenza delle persone con HIV.

Tra le persone diagnosticate e in cura, 91.916 (91,9%) erano in ART, con un incremento dell'11,4% rispetto alla rilevazione del 2012, e 80.610 (87,7%) hanno raggiunto la soppressione virale (<50 copie/mL) all'ultima visita.

Nel 2014, la prevalenza delle persone diagnosticate con HIV e in cura (calcolata come rapporto tra numero totale di persone diagnosticate con HIV e in carico e numero di abitanti residenti), è stata pari a 0,16 persone per 100 residenti, senza variazione rispetto al 2012.

La prevalenza più bassa è stata registrata in Molise (0,02%), mentre quella più alta in Lombardia (0,31%) (Figura). ▶



**Figura** - Prevalenza delle persone diagnosticate con l'HIV e in cura presso i Centri Clinici di malattie infettive italiani nel 2014, per 100 residenti

## Quali sono le caratteristiche delle persone diagnosticate con l'HIV e in cura presso i Centri Clinici italiani?

Delle 100.049 persone diagnosticate con HIV e in cura, la maggior parte (72,1%) erano maschi e l'83,0% italiani. Il 2,2% aveva meno di 24 anni, il 56,6% un'età compresa tra i 25 e i 49 anni, il 29,5% un'età compresa tra i 50 e i 59 anni e l'11,7% aveva più di 60 anni.

La modalità di trasmissione più frequente era quella eterosessuale (37,9%), mentre i maschi che fanno sesso con maschi (MSM) erano il 31,3% e i consumatori di sostanze per via iniettiva (IDU) rappresentavano il 25,2%.



Il 22,9% delle persone diagnosticate e in carico aveva un numero di CD4 inferiore a 350 cell/μl, il 17,6% aveva una carica virale soppressa e il 22,9% ha avuto una diagnosi di AIDS.

Rispetto alla survey condotta nel 2012, oltre all'aumento osservato delle persone in carico e quelle in ART, è aumentata la proporzione delle persone di genere maschile, di quelle di 50-59 anni e degli MSM (Tabella 2).

## Quante sono le persone con HIV che vivono in Italia?

I dati di questo studio forniscono informazioni importanti sulle persone che sono diagnosticate con HIV e che sono in cura presso i Centri Clinici italiani; tuttavia, per avere un quadro completo della diffusione di questo virus nel nostro Paese è necessario raccogliere informazioni anche sulle persone che hanno avuto una diagnosi di HIV ma che non sono seguite presso i Centri Clinici e sulle persone non ancora diagnosticate con HIV. Quest'ultime sono difficili da stimare perché possono essere asintomatiche e inconsapevoli del rischio a cui si sono esposte e, pertanto, possono arrivare tardi alla diagnosi di HIV.

In questi ultimi anni sono stati sviluppati, da parte di ricercatori di vari Paesi, diversi modelli statistici e nel 2014, in Italia, in accordo con questi modelli, sono state

**Tabella 2** - Caratteristiche delle persone diagnosticate e in cura. Censimento 2012 e censimento 2014

|  | Censimento 2012 | Censimento 2014 |
|--|-----------------|-----------------|
| Numero di Centri Clinici contattati                              | 173             | 179             |
| Numero di Centri Clinici che hanno inviato i dati                | 170             | 173             |
| % dei Centri Clinici che hanno inviato i dati                    | 98,2            | 96,6            |
| <b>Totale delle persone diagnosticate e in cura</b>              | <b>94.146</b>   | <b>100.049</b>  |
| % delle persone diagnosticate e in cura                          | 0,16            | 0,16            |
| % Maschi   | 70,1            | 72,1            |
| % Femmine  | 29,9            | 27,9            |
| % Italiani   | 84,4            | 83,0            |
| % Stranieri  | 15,6            | 17,0            |
| % ≤ 24 anni  | 3,2             | 2,2             |
| % 25-49 anni   | 63,4            | 56,6            |
| % 50-59 anni   | 25,1            | 29,5            |
| % ≥ 60 anni  | 8,3             | 11,7            |
| % Eterosessuali  | 37,5            | 37,9            |
| % Maschi che fanno sesso con maschi (MSM)                        | 28,1            | 31,3            |
| % Consumatori di sostanze per via iniettiva (IDU)                | 27,9            | 25,2            |
| % non indicato   | 6,5             | 5,5             |
| % < 350 CD4 cell/μl  | 20,1            | 22,9            |
| % ≥ 350 CD4 cell/μl  | 79,9            | 77,1            |
| % di persone che hanno ricevuto la terapia antiretrovirale (ART) | 87,6            | 91,9            |



stimate circa 14.000 persone non ancora diagnosticate con HIV (4) e circa 18.000 persone diagnosticate con HIV ma non in cura presso i Centri Clinici, che sommate alle persone diagnosticate e in cura ottenute da questo censimento, portano a determinare un numero di circa 130.000 persone viventi con l'infezione da HIV.

A oggi osserviamo risultati incoraggianti riguardo i pazienti in terapia e con carica virale non rilevabile, ma è necessario incrementare gli sforzi per aumentare l'accesso alle cure per le persone non ancora diagnosticate o che si sono perse durante il percorso terapeutico. ■

## Ringraziamenti

Si ringrazia la Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT) per il patrocinio fornito.

## Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

## Riferimenti bibliografici

1. UNAIDS. 90-90-90. An ambitious treatment target to help end of the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2014
2. Camoni L, Raimondo M, Dorrucchi M, et al. Estimating minimum adult HIV prevalence: a cross-sectional study to assess the characteristics of people living with HIV in Italy. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2015;31(3):282-7.
3. Raimondo M, Camoni L, Regine V, et al. Caratteristiche delle persone che vivono con l'HIV e con l'AIDS in Italia. *Not Ist Super Sanità* 2013;26(7-8):3-6.
4. Mammone A, Pezzotti P, Camoni L, et al. An estimate of the continuum of HIV care in Italy in 2014 using surveillance and cohort data. Milano: ICAR 2016, 6-8 giugno, OC 83.

## \*Membri del CARPHA Study Group

**Valle d'Aosta:** A. Traverso

**Piemonte:** P. Caramello, G. Di Perri, M. Valle, A. Biglino, E. Mantia, M. De Saraca, G. Chichino, G. Ranieri, P. Garavelli, V. Mondino, S. Borrè, P. Tovo, C. Gabiano, O. Bargiacchi, G. Orofino, C. Pasqualini

**Liguria:** G. Ferrea, G. Cassola, C. Viscoli, M. Setti, S. Artioli, G. Riccio, G.C. Finocchio, M. Anselmo

**Lombardia:** M. Rizzi, A. Scalzini, F. Castelli, P. Paraninfo, T. Quirino, D. Santoro, A. Pan, P. Bonfanti, P. Viganò, M. Villa, M. Tinelli, G. Gattuso, M. Puoti, M. Galli, G. Rizzardini, V. Cossu, A. d'Arminio Monforte, A. Lazzarin, A. Castagna, V. Spaguolo, A. Gori, A. Muscatello, G. Filice, P. Grossi, L. Minoli

**Provincia Autonoma di Bolzano:** P. Mian, O. Moling, G. Costazza

**Provincia Autonoma di Trento:** C. Paternoster, N. Dorigoni, W. Spagnoli

**Friuli Venezia Giulia:** R. Luzzati, M. Bassetti, U. Tirelli, E. Vaccher, G. Moise; **Veneto:** E. Francavilla, F. Ferretto, V. Manfrin, P. Scotton, C. Rossi, F. Cattelan, S. Panese, P. Brugnaro, D. Sgarabotto, R. Scaggiante, F. Viviani, S. Frazzinger, M. Malena, M. Fiscon, E. Concia, P. Del Bravo, G. Cucchetto, P. Rovere

**Emilia-Romagna:** D. Sacchini, C. Ferrari, G. Magnani, C. Mussini, V. Borghi, P. Viale, L. Sighinolfi, M. Libanore, A. Govoni, C. Cancellieri, A. Mastroianni, C. Grosso, P. Bassi, M. Arlotti

**Marche:** M. Tavio, A. Giacometti, M. Montroni, L. Butini, P. Osimani, A. Chiopera, G. Amadio, P. Vittucci, G. D'Amato, B. Canovari

**Toscana:** S. Luchi, A. Vincenti, M. De Gennaro, D. Aquilini, S. Sani, C. Nencioni, F. Mazzotta, L. Tiradritti, F. Menichetti, R. Iapoce, R. Consolini, D. Bartolozzi, A. Bartoloni, G. Sterrantino, A. De Luca, M. De Martino, L. Galli, D. Tacconi, C. Catalani, R. Pardelli

**Umbria:** S. Tini, F. Baldelli, D. Francisci, A. Toni

**Lazio:** A. Cristaudo, S. Bernardi, M. Falciano, V. Vullo, G. d'Ettore, V. Renda, C. Guariglia, G. Taliani, M. Fiorilli, I. Mezzaroma, F. Paoletti, C. Ajassa, R. Gastaldi, M. Andreoni, L. Sarmati, F. Montella, A. Antinori, N. Petrosillo, E. Girardi, E. Nicastrì, G. D'Offizi, A. Pennica, A. Aceti, R. Cauda, S. Di Gianbenedetto, A. Caterini, R. Monarca, M. Marchili, M. Scuderi, E. Anzalone, C. Mastroianni, M. Lichtner

**Campania:** N. Abrescia, A. Chirianni, M. Iannece, P. Rosario, C. Sbreglia, C. Rescigno, M. Gargiulo, G. Borgia, G. Di Filippo, P. Filippini, N. Coppola, A.S. Megna, N. Boffa

**Abruzzo:** D. Di Giammartino, G. Parruti, M. Paoloni, R. Mariani, A. Grimaldi, M.P. Sciotti, F. Vignale, J. Vecchietti, P. Rinaldi

**Molise:** A. Prozzo

**Puglia:** R. Losappio, G. Brindicci, G. Angarano, S. Lo Caputo, D. La Rovere, D. Federico, T. Santantonio, S. Ferrara, P. Chiriaco, P. Congedo, P. Tundo, P. Grima, F. Resta, L. Cristiano

**Basilicata:** G. Pappano, A. Linzalone, G. De Stefano, A. Di Stefano

**Calabria:** F. Cesario, L. Cosco, C. Torti, G. Foti, N. Serrao, M. Calderazzo, D. Lucchino, D. Corigliano, R. Marino

**Sicilia:** C. Baretta, A. Aversa, P. Bellissima, S. Bonfante, A. Aliffi, S. Cosentino, B. Celesia, C. Iacobello, R. La Rosa, L. Guarnieri, S. Bruno, F. Trifiletti, G. Sturmiuolo, I. Picerno, L. Mondello, E.M. Farinella, C. Occhino, T. Prestileo, P. Dones, M. Saitta, A. Davi, R. Boncoraglio, G. Schifo, A. Franco, C. Colomba

**Sardegna:** MS. Mura, G. Madeddu, A. Carai, S. Piga, M. Campus, P.E. Manconi, F. Ortu

## I SEGNI DELLA SALUTE: L'ISS AL FESTIVAL DELLA SCIENZA 2016 DI GENOVA



Logo del Festival della Scienza 2016

Paola De Castro, Maria Cristina Barbaro, Anna Maria Rossi e Sandra Salinetti  
*Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali, ISS*

**RIASSUNTO** - Il 3 e 4 novembre 2016 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha preso parte con successo al Festival della Scienza 2016 di Genova, la cui parola chiave è stata "Segni". I Laboratori didattici realizzati dai ricercatori ISS in quattro percorsi hanno descritto alcuni segni dello stato di salute dell'uomo, determinati da fattori genetici e ambientali e dagli stili di vita, così come i segni di salute dell'ambiente.

**Parole chiave:** segni di salute; genetica; ambiente; HIV; malattie neurodegenerative

**SUMMARY** (*Signs of health: the Italian National Institute of Health participated in the 2016 Science Festival in Genua*) - On November 3rd and 4th the Italian National Institute of Health (ISS) took part with success in the 2016 edition of the Science Festival in Genua, that focused on "Signs" related to health. The ISS realized educational laboratories in four paths that described signs revealing human health conditions, caused by genetic, environmental and lifestyles factors.

**Key words:** signs of health; genetics; environment; HIV; neurodegenerative diseases

paola.decastro@iss.it

Successo bis dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) al Festival della Scienza di Genova, svoltosi dal 27 ottobre al 6 novembre 2016, la cui parola chiave è stata "Segni".

Il Festival si è confermato quale punto di riferimento autorevole per la divulgazione della scienza e della cultura scientifica a livello nazionale e internazionale, e occasione di incontro per ricercatori, appassionati, scuole e famiglie.

Come già nel 2015, l'ISS ha partecipato nella sezione "Laboratori" e nelle giornate del 3 e 4 novembre ha presentato a oltre un centinaio di studenti delle scuole superiori, e ai loro insegnanti, una selezione di argomenti scientifici legati al concetto dei "segni della salute" in una prospettiva multi- e interdisciplinare di salute pubblica, che ne caratterizza la sua identità nel

panorama della ricerca italiana. Numerosi sono, infatti, i segni dello stato di salute dell'uomo, determinati da fattori genetici, ambientali e dagli stili di vita, e i segni della salute dell'ambiente, che contribuiscono a promuovere la salute dell'uomo.

Ben nove gruppi di ricercatori ISS si sono alternati nella "due giorni" illustrando e coinvolgendo gli studenti in maniera interattiva sulle interrelazioni tra i diversi aspetti genetici, ambientali, psicosociali e culturali - tutti legati al tema della salute - con l'obiettivo di promuovere nuove conoscenze tra i giovani, approfondire quelle già conosciute e soddisfare le loro molteplici curiosità.

Le attività dell'ISS al Festival di Genova si sono svolte all'interno della struttura "Bigo" nell'Area Porto Antico della città.



Di seguito sono descritti i quattro percorsi interattivi, tra loro collegati, offerti alle scuole secondarie nell'ambito dei due Laboratori "I macrosegni della

salute" (3 novembre) e "Scopriamo i segni della salute" (4 novembre), con l'indicazione dei ricercatori che l'hanno ideati e realizzati. ▶

Percorso

A

I segni dell'ambiente sul DNA, segni dell'invecchiamento e delle malattie neurodegenerative



Attraverso modelli tridimensionali di DNA stampati in 3D, foto, filmati e fumetti, il laboratorio intende mostrare che non tutto è già scritto nel nostro patrimonio genetico e che uno stile di vita sano può essere di vantaggio per la nostra salute e per quella dei nostri figli.

Anche l'invecchiamento in buona salute dipende da fattori genetici e ambientali. Sia variazioni nella struttura del DNA che lo stile di vita possono velocizzarlo o rallentarlo. Filmati e foto illustreranno come i segni dell'invecchiamento siano presenti in diverse specie animali e come tali segni siano confrontabili con quelli dell'uomo, rivelando la loro base genetica e ambientale. Con l'invecchiamento, inoltre, i neuroni cerebrali diminuiscono determinando un progressivo e graduale indebolimento di alcune funzioni mentali. Ma non tutti invecchiamo allo stesso modo: attraverso un percorso di immagini e giochi si farà comprendere ai ragazzi quali sono i fattori ambientali, biologici e molecolari che possono danneggiare le cellule cerebrali e quali segni lasciano nelle più comuni malattie neurodegenerative che colpiscono il cervello.

C. Agresti, E. Ambrosini, A. Berry, M. Borgi, F. Cirulli  
(Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze)  
S. Caiola (Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Biologia Molecolare)  
F. Marcon (Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria)

Percorso

B

I segni ci raccontano: viaggio nel mondo "nano" e nell'ecosistema



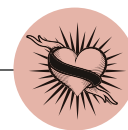
I progressi che continuamente si ottengono nei campi della biologia e della medicina sono imprescindibili dallo studio attento dei "segni" della materia vivente, dalla dimensione "nano" alla dimensione macroscopica. Il laboratorio illustrerà i molteplici e variabili processi che accadono all'interno di una cellula, le varie possibilità di catturare "istantanee" delle cellule viventi al microscopio o di "girare una diretta" sulla vita di una "associazione solidale" di pericolose cellule tumorali. Saranno evidenziati i tipi di microscopie impiegati nella ricerca scientifica e l'impiego dei "segni" così catturati per la comprensione dei meccanismi patologici e lo sviluppo di nuovi agenti terapeutici. Si studieranno inoltre i segni distintivi di un ecosistema acquatico, indice del suo stato ecologico, attraverso l'utilizzo di due mesocosmi: il primo con segni che rappresentano un elevato stato ecologico e il secondo con segni di impatti antropici con scarso stato ecologico. Attraverso l'utilizzo di strumenti didattici i giovani potranno interagire dalla scala macroscopica alla microscopica, per percepire i diversi segni distintivi di salute di un ecosistema acquatico.

G. Bozzuto, A. Calcabrini, M. Colone, A. Molinari, A. Stringaro, L. Toccaceli  
(Dipartimento di Tecnologie e Salute)  
F. Chiudioni, R. Giuseppetti, L. Mancini, E. Pierdominici  
(Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria)

Percorso

C

Dai segni sul corpo ai segni della psiche: il tatuaggio come superamento di un trauma



I dati sui tatuaggi nella popolazione italiana confermano la loro crescente diffusione tra i giovani. Il tatuaggio, che viene eseguito con l'introduzione intradermica di pigmenti di diverso colore mediante aghi o taglienti, è un segno che trasforma il corpo in strumento di comunicazione di un messaggio e di un'immagine di sé. Saranno illustrate con filmati e foto varie tipologie di tatuaggi e di trucco permanente, in particolare quelli con finalità medica per il recupero dell'integrità psico-fisica dopo interventi chirurgici, traumi o patologie. Sarà effettuata una dimostrazione dell'esecuzione di alcuni tatuaggi. L'utilizzo del tatuaggio è anche legato a situazioni di recupero da traumi conseguenti a forme di violenza, la più comune delle quali è quella attuata contro le donne dal partner, che costituisce oggi un rilevante problema di salute pubblica. Le conseguenze sulla salute della donna sono di natura fisica, sessuale, psicologica ed economica, permangono nella sua psiche e possono influenzare la struttura del DNA compromettendone lo stato di salute. Tali segni invisibili possono essere attenuati anche attraverso il tatuaggio, segno del tentativo del superamento del trauma della violenza.

P. Angelini, S. Gaudi, E. Longo, A. Pitidis  
(Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria)  
A. De Dominicis, A. Lepri, A. Pirrera, A. Renzoni (Organismo Notificato per i Dispositivi Medici e la Valutazione dei Cosmetici)

Percorso

D

Segni di resilienza nella prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse



Nel laboratorio saranno illustrati i segni di resilienza nella prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse. I comportamenti sessuali dei giovani sono influenzati fortemente da aspetti fisici, cognitivi, emotivi, motivazionali e socio-culturali. Alla luce di ciò le strategie di prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse dovrebbero stimolare la resilienza, in quanto capacità dell'individuo di reagire alle criticità, lasciando segni positivi sulle persone che, in tal modo, avranno un bagaglio di risorse personali utilizzabili per tutta la vita. L'argomento sarà rappresentato attraverso un'attività interattiva, "Tra le chiome di un albero", durante la quale i giovani dovranno lavorare sia individualmente che in collaborazione con gli altri (esperti e pari), affrontando le criticità e condividendo i punti di forza dei propri lavori e di quelli di gruppo.

Se hai dubbi sull'HIV e sulle altre Infezioni Sessualmente Trasmesse chiama il Telefono Verde AIDS e IST 800 861 061 oppure vai sul sito Uniti contro l'AIDS ([www.uniticontrolaids.it](http://www.uniticontrolaids.it)). Per informazioni sulla resilienza visita la pagina Facebook "facebook.com/PENTA-Joint-Laboratory-338411332962079".

R. Dalla Torre, A.M. Luzi  
(Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate)  
G. Assogna, L. Rosi, L. Scotti  
(Ufficio Relazioni Esterne)



Copertina dell'opuscolo ISS distribuito al Festival della Scienza 2016



## L'ISS e la scuola

Oltre a svolgere le sue principali funzioni in materia di tutela della salute pubblica, l'ISS ha ormai da numerosi anni come interlocutore privilegiato anche il mondo della scuola con l'obiettivo di favorire l'incontro e il dialogo tra ricerca scientifica e studenti e insegnanti delle scuole secondarie (vedi sezione del sito ISS "La scuola e noi" [www.iss.it/publ/index.php?lang=1&anno=2017&tipo=15](http://www.iss.it/publ/index.php?lang=1&anno=2017&tipo=15)). L'impegno del gruppo di ricercatori ISS per la divulgazione scientifica tra i giovani si va sempre più rafforzando a testimonianza di una rinnovata volontà di favorire ogni forma di dialogo fra scienza e società; un impegno che si riflette anche nel più recente progetto di Alternanza Scuola Lavoro che dal 2016 (Legge 107/2015 "La buona scuola") vede l'ISS in prima linea sul fronte dell'offerta formativa di percorsi di qualità in ambito scientifico studiati appositamente per i ragazzi dell'ultimo triennio delle scuole secondarie superiori. ■

## Dichiarazione sui conflitti di interesse

*Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.*

Staff del Settore attività editoriali  
che ha collaborato all'iniziativa:  
M.C. Barbaro, P. De Castro, M. Delle Femmine,  
A.M. Rossi, S. Salinetti, V. Tranquilli

# Inserto BEN

## Bollettino Epidemiologico Nazionale

### NUMERO MONOGRAFICO SULL'ALLATTAMENTO

## LATTE MATERNO: IL BUON INIZIO DELLA SANA ALIMENTAZIONE. A CHE PUNTO SIAMO IN ITALIA?

Adriano Cattaneo<sup>1</sup>, Roberta Crialesi<sup>2</sup>, Lisa Francovich<sup>2</sup>, Lidia Gargiulo<sup>2</sup>, Angela Giusti<sup>3</sup>, Laura Iannucci<sup>2</sup>, Luisa Mondo<sup>4</sup> e Raffaella Rusciani<sup>4</sup>

<sup>1</sup>già Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Materno Infantile Burlo Garofalo, Trieste;

<sup>2</sup>Servizio Sistema Integrato Salute, Assistenza, Previdenza e Giustizia, Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Censimento della Popolazione, Istituto Nazionale di Statistica, Roma; <sup>3</sup>Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma;

<sup>4</sup>Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL Torino 3

**SUMMARY** (*Assessing breastfeeding in Italy in 2013: the right way to start an healthy nutrition*) - In 2013 the Italian National Institute of Statistics carried out a sample survey on health, using World Health Organization definitions and methods. Based on the essential indicators on breastfeeding so estimated, Italy could be placed in an intermediate level, in terms of prevalence and duration, when compared with other countries. The percentage of children 0-24 months of age ever breastfed was 85.5%, with a rate of early initiation of 39.3%; the prevalence of exclusive breastfeeding in infants under 6 months was 42.7%; and the median duration of any breastfeeding was 6 months. These figures hide important regional and social differences. After a more accurate analysis, using logistic regression models, two early post-natal practices showed a negative association with breastfeeding: the use of formula and glucose supplements in the first 3 days, and the delay of the first breastfeed after birth. These practices display large regional differences in Italy.

**Key words:** breastfeeding; mean duration of exclusive breastfeeding; regional and social differences

[gargiulo@istat.it](mailto:gargiulo@istat.it)

### Introduzione

L'allattamento è fondamentale per la salute a breve e lungo termine del bambino, della madre, della società e dell'ambiente (1). Nel "Global Nutrition Targets 2025" dell'OMS (2) si raccomanda l'allattamento esclusivo fino a 6 mesi e continuato fino a 2 anni e oltre (se la mamma e il bambino lo desiderano), introducendo gradualmente cibi complementari. Riuscire a misurare correttamente il fenomeno e possibilmente la sua evoluzione nel tempo e sul territorio è fondamentale per poter fare una valutazione scientifica e operativa dell'alimentazione dei neonati in Italia oggi. Questo lavoro presenta preliminarmente un quadro dell'allattamento in Italia, a partire dai principali indicatori calcolati secondo le raccomandazioni dell'OMS, idonei al confronto internazionale, per poi approfondire l'analisi sui determinanti del mancato allattamento, evidenziando le differenze nella durata media ed esclusività dell'allattamento in base alle caratteristiche sociodemografiche, nonché alla relazione con alcune buone pratiche nell'assistenza post partum.

### Materiali e metodi

I dati utilizzati derivano dall'indagine campionaria Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", svolta tra il 2012 e il 2013 con una numerosità campionaria di circa 60mila famiglie. Alle domande sull'allattamento ha risposto un campione di circa 5.000 donne che hanno avuto un figlio nei sei anni precedenti la data dell'intervista, distribuite su tutto il territorio nazionale, che rappresentano complessivamente oltre 2 milioni e 700mila donne residenti in Italia con tali caratteristiche.

Per i confronti internazionali sono stati calcolati alcuni indicatori secondo le raccomandazioni dell'OMS; in particolare, per l'allattamento esclusivo, si è fatto riferimento a un quesito sugli alimenti assunti dal bambino nelle 24 ore e nella settimana precedente l'intervista (su un campione di circa 1.800 donne con figli fino a due anni di età). Per l'analisi dei determinanti sono stati applicati modelli logistici multivariati, utilizzando quesiti di tipo retrospettivo, per contenere i problemi di numerosità campionaria.

### Risultati

In Italia la quota di donne che ha allattato aumenta nel tempo, con un incremento di circa 15 punti percentuali in 20 anni. Se infatti si utilizza l'indicatore OMS allattati almeno una volta (calcolato sui bambini di 0-24 mesi), la percentuale si attesta all'85,5% nel 2013, a fronte di circa il 70% nel 1994, che è il dato comparabile più lontano nel tempo. La prevalenza dell'allattamento esclusivo nei primi sei mesi di vita risulta invece molto più contenuta, pari al 42,7%; a livello territoriale il Mezzogiorno (Sud e Isole) risulta penalizzato con il 39,4%, mentre è nel Nord-Ovest che si registra la prevalenza più elevata, pari al 50,3%. L'obiettivo dell'OMS per il 2025 è raggiungere a livello globale il 50%, a fronte della quota del 39% stimata nel 2015 (Tabella 1 - Principali indicatori OMS sull'allattamento disponibili in Italia. È possibile consultare online la Tabella 1 nella versione estesa del BEN).

In Italia, la durata media dell'allattamento esclusivo è pari a 4,1 mesi, con differenze regionali che evidenziano durate più brevi in molte regioni del Mezzogiorno (Figura - Durata media (in me- ▶



si) dell'allattamento esclusivo per regione. *È possibile consultare online la Figura nella versione estesa del BEN*, in particolare in Sicilia (3,5 mesi), ma anche in Abruzzo, Molise e Calabria (3,6 mesi).

Altro aspetto rilevante monitorato a livello internazionale è l'attacco al seno entro un'ora dal parto, che in Italia raggiunge una quota del 39,3%. Ma la percentuale cresce al 61,3% se si amplia il riferimento temporale alle prime tre ore dal parto.

L'Italia è tra i pochissimi Paesi europei che attualmente è in grado di confrontare la propria situazione a livello internazionale, attraverso il calcolo di indicatori armonizzati basati su questa indagine.

Venendo all'analisi esplicativa e andando alla ricerca degli elementi che ostacolano l'allattamento materno, sono state analizzate sia le cause del mancato allattamento che il mancato raggiungimento della durata di sei mesi per l'allattamento esclusivo, come raccomandato dall'OMS. A partire da un insieme di variabili\* che dall'analisi descrittiva risultavano potenzialmente associate ai fenomeni in esame, grazie all'uso di modelli di regressione logistica, con l'inserimento progressivo di gruppi di variabili, sono state individuate le associazioni più rilevanti.

Il primo modello sul mancato allattamento (Tabella 2 - Odds ratio del mancato allattamento stimati mediante un modello di regressione logistica. *È possibile consultare online la Tabella 2 nella versione estesa del BEN*) evidenzia che la propensione a non allattare aumenta tra le donne con titoli di studio inferiori alla laurea. Questo effetto rimane significativo anche considerando le caratteristiche del parto e le pratiche post partum. Anche per la cittadinanza si evidenzia un'associazione significativa: tra le straniere è più basso il rischio di non allattare. Tra le caratteristiche del parto assume rilevanza il taglio cesareo, ma non la settimana di gestazione o il parto gemellare. Il taglio cesareo perde rilevanza nel mancato allattamento se invece si introducono le variabili relative alle pratiche post partum. Tra queste ultime, la più rilevante è la somministrazione di soluzione glucosata o di formula artificiale nei primi tre giorni di vita; anche l'attacco tardivo (successivo alle prime tre ore) fa aumentare la probabilità di non allattare.

La possibilità di tenere in camera il neonato durante il ricovero (*rooming-in*) assume rilevanza solo se non si includono nel modello le precedenti due variabili.

Il secondo modello (Tabella 3 - Odds ratio del mancato allattamento esclusivo (inferiore a 6 mesi) stimati mediante un modello di regressione logistica. *È possibile consultare online la Tabella 3 nella versione estesa del BEN*) considera la probabilità di non allattare in modo esclusivo per i primi 6 mesi: tra le donne che hanno allattato, la tendenza a interrompere l'allattamento esclusivo prima dei sei mesi si riduce lievemente all'aumentare dell'età (OR = 0,977), mentre aumenta nel parto con taglio cesareo (OR = 1,241) e raddoppia nel parto gemellare (OR = 1,913). Quando si inseriscono nel modello le variabili che caratterizzano le pratiche assistenziali dopo la nascita, i fattori più influenti sul rischio di abbandono prima dei sei mesi sono la somministrazione nei primi tre giorni di vita di soluzione glucosata o formula artificiale (OR = 2,011) e il parto gemellare. L'associazione con il territorio mantiene la sua rilevanza con uno svantaggio del Mezzogiorno rispetto al Nord: il rischio di abbandono dell'allattamento esclusivo prima dei sei mesi aumenta quasi del 50%.

### Conclusioni

Si può dire che l'Italia, osservata attraverso i fondamentali indicatori OMS sull'allattamento, derivanti dai dati Istat dell'ultima indagine sulla salute del 2013, presenta una prevalenza ancora distante dalle raccomandazioni nazionali e internazionali. Tale quadro generale nasconde, inoltre, forti differenze regionali e importanti differenze sociali. Inoltre, una più attenta analisi attraverso modelli di regressione logistica, evidenzia quanto sia cruciale il funzionamento dei punti nascita (3), le cui pratiche di routine si differenziano molto sul territorio italiano. Le variabili associate all'abbandono dell'allattamento prima dei 6 mesi potrebbero essere considerate *proxy* della separazione madre-neonato alla nascita, che da fonti di letteratura risulta essere un fattore di rischio per l'avvio e la prosecuzione dell'allattamento (4-6).

Le iniziative messe in campo dalle varie istituzioni (7, 8), organi nazionali (9) e locali per promuovere l'allattamento

in Italia, sollecitano ulteriore e costante attenzione per ridurre le forti differenze sociali e territoriali osservate e per salvaguardare salute e benessere dei bambini, delle madri e della collettività.

Fondamentale è il ruolo dei punti nascita, dove le buone pratiche assistenziali come l'attacco del bambino alla nascita, il *rooming-in*, la limitazione dell'uso di glucosata e di formule artificiali sono determinanti per promuovere l'avvio, la durata e l'esclusività dell'allattamento. ■

### Dichiarazione sui conflitti di interesse

*Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.*

### Riferimenti bibliografici

1. WHO. *Long-term effects of breastfeeding: a systematic review*. Geneva: WHO; 2013.
2. WHO/UNICEF. *Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief*. Geneva: WHO; 2014. (WHO/NMH/NHD/14.7).
3. WHO. *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services*. Geneva: WHO; 1989.
4. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11:CD003519.
5. Entwistle FM. *The evidence and rationale for the UNICEF UK Baby Friendly Initiative standards*. London: UNICEF UK; 2013.
6. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336:1105-7.
7. Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 32, 7 febbraio 2008.
8. [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2285\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf)
9. Lauria L, Spinelli A, Lambertini A, et al. Allattamento al seno: prevalenze, durata e fattori associati in due indagini condotte dall'Istituto Superiore di Sanità (2008-09, 2010-11). *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2012;25(11):i-iii.

(\*) Le variabili utilizzate nel modello logistico sono: età al parto, titolo di studio, cittadinanza, ripartizione, occupazione prima della gravidanza, fumo prima della gravidanza, parto cesareo, settimana di gestazione del parto, parto gemellare, *rooming-in*, tempi di attacco al seno del bambino, latte formulato o glucosata nei tre giorni successivi al parto, struttura del parto, medico che ha seguito la donna in gravidanza.



## L'USO DEI FARMACI IPOGLICEMIZZANTI IN ALLATTAMENTO: LE FONTI INFORMATIVE SONO COERENTI?

Sofia Colaceci<sup>1</sup>, Angela Giusti<sup>1</sup>, Alessandra Giordano<sup>2</sup>, Marica Falini<sup>3</sup> e Vanessa Arnone<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; <sup>2</sup>UO Ginecologia e Ostetricia Policlinico Casilino, Roma; <sup>3</sup>Struttura Complessa Ostetrica e Ginecologia, Azienda Ospedaliera, Perugia; <sup>4</sup>UO Ostetrica e Ginecologia, Presidio Ospedaliero De Santis, ASL Roma 6

**SUMMARY** (*Medications with hypoglycemic drugs during breastfeeding: is the information consistent?*) - The aim of this study was to compare the level of agreement between different official sources on the use of medications during lactation. We considered the package leaflets (PLs) and summaries of product characteristics (SPCs) as sources of information, while the reference *Medications and Mothers' Milk* by Hale and Rowe and the LactMed database as scientific sources. We analyzed the information about the use of 102 hypoglycemic agents during breastfeeding. The PLs and SPCs tend to report a higher risk profile than the one expressed by scientific sources, and they often suggest the interruption of lactation even for compatible medications. Health professionals should be supported by official, accurate, comprehensive, and consistent information about medication and breastfeeding management to facilitate proper decision-making for their patients.  
**Key words:** breastfeeding; hypoglycemic; pharmacovigilance sofiacolaceci@guest.iss.it

### Introduzione

L'uso di farmaci durante l'allattamento è un'evenienza frequente. Una *survey* condotta in Olanda ha permesso di stimare che due terzi delle puerpere assume almeno un medicinale durante le prime settimane dopo il parto (1). Secondo l'American Academy of Pediatrics, uno dei principali motivi che induce all'interruzione precoce dell'allattamento è l'uso di farmaci e il conseguente consiglio da parte dei professionisti sanitari, nella maggior parte dei casi ingiustificato, di sospendere l'allattamento (2). A complicare la situazione contribuiscono i contenuti informativi dei fogli illustrativi (FI): sebbene siano meno di 30 i farmaci controindicati in allattamento (2, 3), gli FI di gran parte dei medicinali ne sconsigliano l'assunzione sia in gravidanza sia in allattamento (4, 5). Spesso, anche le organizzazioni del settore e le società scientifiche forniscono indicazioni non uniformi sul profilo di sicurezza dei farmaci. Data la difficoltà di condurre studi farmacologici durante la lattazione, i profili di beneficio e di rischio devono essere formulati dal curante sulla base dell'interpretazione dei dati di farmacocinetica e della scarsa letteratura disponibile sulle reazioni avverse nella madre e nel lattante. Questo porta spesso all'adozione di un principio di prudenza, che conduce il medico alla presunzione di un rischio, delegando le donne nella scelta tra il trattamento farmacologico e l'allattamento (4). Di fronte a questo "dilemma", le donne mostrano tre atteggiamenti: decidere di interrompere l'allattamento per poter assumere il farmaco; sopportare il dolore/la sintomatologia per poter continuare ad allattare; optare per l'uso dei cosiddetti prodotti naturali, perché percepiti più sicuri rispetto ai farmaci, continuando così ad allattare (6). In realtà, l'interruzione

ne dell'allattamento dovrebbe essere giustificata solo nel caso in cui non esista una valida alternativa farmacologica a un farmaco con evidenze di incompatibilità con l'allattamento. Acquisire informazioni attendibili e aggiornate sulla sicurezza dei farmaci in allattamento è quindi di fondamentale importanza e richiede un'attenta valutazione.

L'obiettivo del presente studio è valutare la coerenza dei profili di rischio nell'allattamento riportati negli FI e nei riassunti delle caratteristiche del prodotto (RCP) di alcuni farmaci, con i profili di rischio espressi tramite le evidenze scientifiche.

In Italia, la prevalenza del diabete gestazionale è pari al 10,9% (4,7% nelle donne che non presentano fattori di rischio, 29,8% nelle donne ad alto rischio, ad esempio in condizione di sovrappeso/obesità prima della gravidanza, o con diabete gestazionale in una precedente gravidanza) (7). Per quanto riguarda il diabete pre-gestazionale, nei Paesi occidentali si stima una prevalenza compresa tra lo 0,35% e lo 0,45% (8). Il diabete è pertanto una patologia diffusa tra le donne in età fertile e ulteriormente rappresentata tra le donne in gravidanza per le quali è richiesto uno specifico trattamento farmacologico anche dopo il parto, nella successiva fase dell'allattamento. I farmaci indicati per il trattamento dell'iperglicemia anche in gravidanza e nel puerperio appartengono alla categoria degli ipoglicemizzanti e sono largamente utilizzati proprio in funzione dell'elevato carico di malattia diabetica presente in questa categoria di donne.

### Materiali e metodi

Tra gennaio e marzo 2015 è stato selezionato un elenco rappresentativo dei più comuni principi attivi di farmaci

ipoglicemizzanti in commercio in Italia (9). Per ciascuno dei farmaci selezionati sono stati reperiti FI e RCP disponibili sul database dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). La valutazione dei contenuti riguardava le informazioni presenti nelle sezioni "Controindicazioni" e "Gravidanza e allattamento". Per completezza è stata poi condotta una ricerca libera nel testo usando come parole chiave "allattamento", "lattazione" e "latte".

Le informazioni acquisite sono state confrontate con quelle derivanti dalle più aggiornate fonti scientifiche disponibili sull'uso dei farmaci in allattamento: il manuale di Hale (10) e il database LactMed (11). Il manuale di Hale è costituito da una collezione di monografie sui farmaci per i quali ogni autore propone un livello di rischio per il bambino e per la lattazione, classificato in 5 categorie. LactMed è un database, disponibile online, dell'American National Library of Medicine, facente parte del circuito TOXNET, specifico sull'uso dei farmaci in allattamento. Le informazioni utili sono state reperite consultando tutti i campi disponibili. La stessa American Academy of Pediatrics invita a fare riferimento a LactMed per ottenere le informazioni più aggiornate sulla sicurezza dei farmaci in allattamento (2).

Per ciascuno dei farmaci selezionati sono stati estratti i contenuti informativi provenienti da entrambe le fonti sopraindicate e sono stati analizzati separatamente in cieco da due autori, attribuendo il seguente codice basato sul colore: verde per i farmaci ritenuti compatibili con l'allattamento, giallo per i farmaci per i quali si consiglia di esercitare cautela, rosso per i farmaci non raccomandati, nero in caso di esplicita controindicazione. Al termine della fase di valutazione, i due autori hanno confrontato le singo- ►

le attribuzioni, discutendo i casi di disaccordo fino a giungere a un'attribuzione univoca. Sono stati esclusi i farmaci per i quali non erano presenti informazioni su entrambe le fonti scientifiche consultate.

### Risultati

Applicando i criteri sopra esposti, dal database dell'AIFA sono stati selezionati 102 farmaci appartenenti alla categoria degli ipoglicemizzanti (Tabella - Sintesi dei contenuti informativi sull'uso degli ipoglicemizzanti in allattamento. *È possibile consultare online la Tabella nella versione estesa del BEN*). Nella quasi totalità dei casi (99/102) i contenuti di FI e di RCP esprimono un profilo di rischio più elevato rispetto alle informazioni fornite dalle fonti scientifiche. Sulla base della letteratura disponibile, nessuno dei 102 farmaci è controindicato durante l'allattamento; tuttavia 30 di essi sono definiti controindicati negli FI e/o RCP. Dei rimanenti 72 farmaci, 63 sono definiti non raccomandati, pertanto si consiglia di scegliere tra il trattamento farmacologico e l'allattamento. Il miglior grado di concordanza tra FI-RCP e fonti scientifiche si osserva solo per le insuline.

Un netto disaccordo tra le fonti è stato riscontrato invece per la metformina. Dalla consultazione di LactMed e del manuale di Hale emerge che la metformina è rilevabile a basse concentrazioni nel siero dei neonati allattati e non sono state riportate reazioni avverse. Pertanto, la metformina deve essere usata con cautela solo nell'allattamento di neonati con insufficienza renale e nei prematuri. Nel caso di neonati sani, e a termine, il farmaco è da considerarsi compatibile con l'allattamento. Tuttavia, 21 FI e 15 RCP non raccomandano l'uso della metformina in allattamento, mentre 3 FI e 11 RCP la controindicano.

Il pioglitazone, la glipizide e la glimepiride rappresentano casi per i quali le evidenze scientifiche sulla loro sicurezza in corso di allattamento sono ancora limitate. Presumibilmente per tale motivo, i rispettivi FI e RCP assumono un approccio cauto, non raccomandandone l'uso durante l'allattamento. Per quanto riguarda le fonti scientifiche, possiamo evidenziare una disomogeneità tra LactMed e Hale relativamente alla glipizide e alla glimepiride. Secondo LactMed, poiché non sono disponibili studi sull'uso di questi farmaci durante l'allattamento, è preferibile l'uso di un principio attivo alternativo, affiancato al monitoraggio della glicemia del neonato durante il trattamento. Hale depone, invece, per un atteggiamento più cauto per la glimepiride, che, poiché non sono ancora disponibili dati a sufficienza, dichiara presumibilmente pericolosa; per

la glipizide invece è più permissivo: la ritiene probabilmente compatibile sebbene la disponibilità dei dati sia ancora limitata.

### Discussioni

Nelle linee guida per la stesura dell'RCP, l'European Medicines Agency (EMA) suggerisce di menzionare la gravidanza e l'allattamento nel paragrafo "4.3 Controindicazioni" solo se il farmaco è effettivamente controindicato in gravidanza o allattamento (12). Per quanto riguarda il contenuto informativo del paragrafo 4.6 "Fertilità, gravidanza e allattamento", ai fini di una valutazione globale, esso dovrebbe prendere in considerazione tutte le conoscenze disponibili derivanti dagli studi clinici e non clinici, studi sull'attività farmacologica e studi di sorveglianza post marketing. Nello specifico, per quanto riguarda l'allattamento, dovrebbero essere menzionati, solo se disponibili, dati clinici derivanti da studi di farmacocinetica relativi ai bambini allattati ed esposti al farmaco e anche informazioni sulle eventuali reazioni avverse. L'EMA suggerisce, inoltre, che dovrebbero essere fornite raccomandazioni sull'interruzione o prosieguo dell'allattamento e/o sull'interruzione o sul prosieguo del trattamento farmacologico, corredandoli di adeguate motivazioni. In nessuno dei farmaci che sono stati inclusi nel presente studio è stato possibile rilevare un simile livello di accuratezza nella descrizione dei dati di farmacocinetica e farmacodinamica, né tantomeno nelle indicazioni utili ai fini della gestione dell'allattamento in corso di farmacoterapia materna. In previsione di una farmacoterapia, le donne in gravidanza e le puerpere dovrebbero essere informate dal proprio medico sulle specifiche caratteristiche del farmaco prescritto, per evitare nel lattante elevati incrementi delle concentrazioni plasmatiche. Esistono, inoltre, servizi dedicati all'informazione sul farmaco, accessibili ai professionisti e ai cittadini; è inoltre attivo uno specifico sistema di farmacovigilanza, a cui i professionisti sanitari possono segnalare le sospette reazioni avverse riscontrate nella madre o nel lattante.

La discrepanza osservata tra le diverse fonti di informazione e la presenza negli FI e RCP di indicazioni che scoraggiano l'allattamento, anche se non supportate da evidenze scientifiche, rafforzano la già diffusa convinzione che sia necessario sospendere l'allattamento in caso di farmacoterapia materna. Pertanto i professionisti sanitari e le madri dovrebbero avere libero accesso alle informazioni ufficiali, coerenti, complete e aggiornate sui

farmaci, sulla gestione dell'allattamento e sulla farmacovigilanza in modo che siano di sostegno al processo decisionale. ■

### Dichiarazione sui conflitti di interesse

*Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.*

### Riferimenti bibliografici

- Schirm E, Schwagermann MP, Tobi H, et al. Drug use during breastfeeding. A survey from the Netherlands. *Eur J Clin Nutr* 2004;58:386-90.
- Sachs HC, Committee on Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. *Pediatrics* 2013;132(3):e796-809.
- WHO-UNICEF. *Breastfeeding and maternal medication. Recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs*. Geneva: WHO; 2002.
- Farmaci ed allattamento al seno. *Bollettino di Informazione sui Farmaci* 2005;2:66-71.
- Colaceci S, Giusti A, Chapin EM, et al. The difficulties in antihypertensive drug prescription during lactation: is the information consistent? *Breastfeed Med* 2015;10(10):468-73.
- Colaceci S, Giusti A, De Angelis A, et al. Medications, "natural" products, and pharmacovigilance during breastfeeding: a mixed-methods study on women's opinions. *J Hum Lact* 2016;32(2):324-32.
- Lacaria E, Lencioni C, Russo L, et al. Selective screening for GDM in Italy: application and effectiveness of National Guidelines. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2015;28(15):1842-4.
- Bell R, Bailey K, Cresswell T, et al. Trends in prevalence and outcomes of pregnancy in women with pre-existing type I and type II diabetes. *BJOG* 2008;115:445-52.
- Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2014*. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco; 2015.
- Hale TW, Rowe HE. *Medications and Mothers' Milk*. Amarillo (TX): Hale Publishing LP; 2014.
- National Institutes of Health - National Library of Medicine. LactMed. A TOXNET database (<http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACTMED>).
- European Commission. A guideline on summary of product characteristics (SmPC). September 2009 ([http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-2/c/smpc\\_guideline\\_rev2\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-2/c/smpc_guideline_rev2_en.pdf)).

# FATTORI DI RISCHIO PER LA SOSPENSIONE DELL'ALLATTAMENTO: CONFRONTO TRA BAMBINI FIGLI DI DONNE ITALIANE E FIGLI DI DONNE STRANIERE EMIGRATE - PROVINCIA DI BERGAMO 2013-14

Giuseppe Sampietro<sup>1</sup>, Anna Barabani<sup>2</sup>, Luigi Siccardo<sup>2</sup>, Alberto Zucchi<sup>1</sup>, Chiara Pezzini<sup>2</sup> e Vito Brancato<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servizio Epidemiologico, ATS Bergamo; <sup>2</sup>Pediatra di libera scelta, ATS Bergamo; <sup>3</sup>Dipartimento Cure Primarie, ATS Bergamo

**SUMMARY** (*Risk factors for cessation of breastfeeding: comparison between children of Italian women and children of foreign migrant women*) - In this work, we analysed some socio-demographic variables in relation to the risk of cessation of breastfeeding. Two subsets of children were grouped by mother nationality (Italy vs other countries). Factors with a clearer association with breastfeeding suspension were low educational level in Italian mothers and being self-employed in foreign mothers. Family status (single mother vs married or cohabiting mother) was a significant risk in children of foreign mother but not in Italian mother children. These results suggest public health interventions aimed at informing the mothers according to their cultural level.

**Key words:** breastfeeding; risk factors; cessation of breastfeeding

giuseppe.sampietro@ats-bg.it

## Introduzione

L'allattamento nei primi mesi di vita rappresenta l'alimentazione ideale per lo sviluppo del neonato ed è associato a un migliore stato di salute nell'età evolutiva (1, 2). È dimostrato, infatti, che il latte materno riduce la morbilità e la mortalità infantile per varie patologie (3).

Le differenze socioeconomiche e la provenienza geografica possono condizionare l'accettazione e la prosecuzione dell'allattamento da parte delle madri (4). Poiché il ruolo del pediatra è fondamentale per promuovere l'allattamento, è stata promossa da un gruppo di pediatri bergamaschi una raccolta dati per una serie di variabili sociodemografiche in una coorte di circa 10.000 bambini, al fine di individuare i possibili fattori di rischio per la sospensione dell'allattamento materno.

## Materiali e metodi

L'indagine consiste in uno studio osservazionale longitudinale in cui sono stati inclusi tutti i bambini seguiti dalla nascita al compimento del 18° mese di età, sottoposti a visita ambulatoriale di controllo (bilancio di salute) nel biennio 2013-14 da un gruppo di pediatri di libera scelta della provincia di Bergamo. Si sono raccolti dati relativi alla sospensione dell'allattamento e all'introduzione del latte formulato, e dati relativi a una serie di variabili sociodemografiche in riferimento alla madre (nazione di origine, età materna al momento del parto, situazione familiare, scolarità, attività lavorativa) e ad alcune caratteristiche del bambino alla nascita (età gestazionale, peso, genitura, gemellarità). Per valutare i fattori di rischio legati alla sospensione dell'allattamento, è stata condotta un'analisi della sopravvivenza secondo Kaplan-Meier per rappresentare graficamente i trend ed è stata utilizzata la regressione di Cox per stimare gli hazard

ratio (HR); la sospensione dell'allattamento e il tempo intercorso tra la nascita e la cessazione dell'allattamento sono stati calcolati in mesi. In una prima fase è stata effettuata un'analisi univariata per singola variabile: il modello di regressione così ottenuto ha permesso di stimare un HR per ognuna. Nell'analisi multivariata sono state considerate le singole variabili con un HR significativamente diverso da 1, al fine di ottenere un modello finale parsimonioso con una procedura di *backward selection*; in tal modo è stato possibile individuare le variabili maggiormente correlate con la sospensione dell'allattamento. L'analisi statistica è stata condotta utilizzando il *package* statistico SAS.

## Risultati

L'intera coorte comprendeva 10.310 bambini: il 78% era figlio di madre italiana e l'1% delle madri aveva un'età inferiore a 18 anni, mentre il 40% superiore ai 40. Per quanto riguarda la situazione familiare, il 2% delle madri era sola, mentre il restante 98% era coniugata o convivente. In relazione al livello di scolarizzazione, il 25% aveva la licenza elementare o media, il 52% aveva diploma di scuola superiore e il rimanente 23% era laureato. Relativamente all'attività lavorativa, l'1% era rappresentato da studentesse, il 36% da casalinghe, il 56% da lavoratrici dipendenti e l'8% da lavoratrici autonome. Lo 0,4% ha avuto un'età gestazionale inferiore a 30 settimane e il 91% superiore a 37 settimane. L'1% dei bambini aveva un peso minore di 1.500 g, il 3% un peso tra i 1.500 e i 2.000 g e il 96% superiore a 2.000 g. Il 49% era primogenito, il 39% era secondogenito e il 12% era terzogenito o successivi. Infine il 3% dei bambini aveva un gemello.

L'analisi di sopravvivenza è stata condotta su 10.147 bambini; 163 sono stati esclusi perché mancavano del dato relativo al periodo di sospensione. La mediana di follow up è stata di 6 mesi. Nell'analisi univariata gli HR sono risultati statisticamente significativi in tutte le variabili analizzate. Perciò, nel modello iniziale per l'analisi multivariata, sono state comprese tutte le singole variabili; in questo modello gli HR sono rimasti tutti statisticamente significativi.

Quindi, per avere un'analisi più omogenea e una migliore confrontabilità, i bambini sono stati divisi in due *subset* per nazionalità della madre (Italia vs altre nazioni), selezionando quelli con madre di età compresa tra i 18 e i 39 anni, con un'età gestazionale superiore alle 37 settimane, un peso alla nascita superiore ai 2.000 g, non gemelli. Si sono ottenuti in questo modo due modelli: nel primo, comprendente i figli di madre italiana, erano stati analizzati 6.375 bambini, nel secondo, comprendente i figli di madre straniera, erano stati analizzati 1.824 bambini.

Anche in questa successiva analisi univariata gli HR sono risultati statisticamente significativi in tutte le variabili analizzate, sia in quelle comprendenti figli di donne italiane che in quelle comprendenti figli di donne straniere. Quindi, nel modello iniziale per l'analisi multivariata, sono state comprese tutte le singole variabili in entrambi i *subset*.

Nel modello finale del *subset* comprendente i figli di madre italiana, gli HR più elevati riguardavano la scolarizzazione: 1,50 (IC 95% 1,38-1,63) per i figli di madri a bassa scolarizzazione vs i figli di madri laureate; 1,30 (IC 95% 1,22-1,33) per i figli di madri a media scolarizzazione vs i figli di madri laureate. Altri HR significativi sono stati osservati per la situazione la- ►



vorativa: 1,18 (IC 95% 1,06-1,31) per i figli di madre lavoratrice autonoma vs i figli di madri casalinghe. Infine, per la genitura si è osservato un HR significativo di 1,37 (IC 95% 1,19-1,44) per i primogeniti vs i terzogeniti e di 1,11 (IC 95% 1,05-1,17) per i secondogeniti vs i terzogeniti. In questo modello perdeva la significatività statistica la situazione familiare (donne sole vs donne coniugate o conviventi).

Nel modello finale del *subset* comprendente i figli di madre straniera gli HR più elevati riguardavano l'attività lavorativa: 1,57 (IC 95% 1,13-2,19) per i figli di madri con lavoro autonomo vs figli di casalinghe; 1,30 (IC 95% 1,15-1,47) per i figli di madri con un lavoro dipendente vs i figli di casalinghe. Risultavano comunque significativi anche altri HR: per quanto riguarda la situazione familiare si evidenziava un HR di 1,44 (IC 95% 1,08-1,92) per i figli di donne sole vs i figli di donne sposate o conviventi. Per quanto riguarda la genitura si evidenziava un HR di 1,40 (IC 95% 1,20-1,63) per i primogeniti vs i terzogeniti e un HR di 1,13 (IC 95% 1,05-1,22) per i secondogeniti vs i terzogeniti.

### Conclusioni

Questo studio ha permesso di individuare alcuni profili di rischio per la sospensione dell'allattamento, differenti tra donne italiane e donne straniere. Tale evidenza consente di pianificare interventi in ambito di sanità pubblica, al fine di favorire l'allattamento, differenziati in base alla provenienza della madre. In particolare, per le donne straniere i fattori di rischio più importanti appaiono individuabili nell'attività professionale e nella situazione familiare. Infatti, l'essere lavoratrice autonoma, così come l'essere madre single, comporta maggiori rischi rispetto alle altre categorie: la donna straniera sola ha meno protezione sociale rispetto a quella italiana. Per le donne italiane, invece, il fattore di rischio più importante è il basso livello di scolarizzazione, correlabile allo status socioeconomico svantaggiato. Ciò suggerisce interventi di natura culturale e informativa. Gli approfondimenti effettuati sul latte formulato, qui non presentati, evidenziano risultati analoghi. Altri approfondimenti saranno effettuati sulle madri di origine straniera, stratificando per la diversa provenienza geografica. ■

### Dichiarazione sui conflitti di interesse

*Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.*

### Riferimenti bibliografici

1. Stuebe A. The risk of not breastfeeding for mothers and infants. *Rev Obstet Gynecol* 2009; 2(4):222-31.
2. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
3. Sbarbati MM, Mattei A, Scacciafratte P, et al. Survey on the prevalence, duration and exclusivity of breastfeeding in the province of Rieti, Italy. *Ann Ig* 2013;25(4):317-27.
4. Istat. Gravidanza, parto e allattamento al seno. Anno 2013. Statistiche - Report 9 dicembre 2014 ([www.istat.it/it/files/2014/12/gravidanza.pdf?title=Gravidanza%2C+parto+e+allattamentoto+al+seno+--+09%2Fdic%2F2014++Testo+integrale.pdf](http://www.istat.it/it/files/2014/12/gravidanza.pdf?title=Gravidanza%2C+parto+e+allattamentoto+al+seno+--+09%2Fdic%2F2014++Testo+integrale.pdf)).

## MONITORAGGIO DELL'ALLATTAMENTO ATTRAVERSO I FLUSSI INFORMATIVI DELLA PEDIATRIA DI BASE

Silvano Piffer, Lucia Bombarda e Riccardo Pertile

*Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento*

**SUMMARY** (*Breastfeeding monitoring by information flows of family pediatricians*) - The monitoring of breastfeeding during a child's first year of life is strongly recommended. At the end of the 12<sup>th</sup> month family pediatricians fill the health evaluation form, attached to the pediatric booklet. These data can be a useful monitoring tool. From the archive of the 12<sup>th</sup> months sheets collected for the 2000-12 birth cohorts, trend of breastfeeding and exclusive breastfeeding for 6 months, have been calculated, including mothers who have breastfed at least for one month. The indicators are analyzed by birth cohort. For the 2010-12 birth cohorts, exclusive breastfeeding for 6 months was also analyzed for gestational age, district and single pediatrician. The proportion of nursing mothers is constantly above 80%, that of breastfed exclusively for 6 months is consistently above 30%. Differences emerge in relation to gestational age, district and single pediatrician. In the province of Trento the flow of pediatric sheets improved over time and provides a useful update for various indicators for target ages (12<sup>th</sup> months, 6, 13 years). Breastfeeding monitoring in the first year of life is one of these indicators. It is necessary to improve data quality and reduce the differences between pediatricians.

**Key words:** breastfeeding; health monitoring; family pediatricians

[silvano.piffer@apss.tn.it](mailto:silvano.piffer@apss.tn.it)

### Introduzione

Il latte materno è l'alimento ideale per lo sviluppo e il benessere del neonato, producendo effetti positivi anche per la stessa madre (1, 2). Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-18 pone tra gli obiettivi l'aumento della prevalenza dei neonati allattati in modo esclusivo fino al sesto mese (come raccomandato anche dall'OMS), migliorando il sistema di monitoraggio alla nascita e nel primo anno di vita. A fronte di una carenza a livello nazionale di un sistema di monitoraggio diffuso, la provincia autonoma di

Trento (PA) rappresenta una delle poche realtà locali dove si dispone da tempo di un sistema di monitoraggio dell'allattamento sia alla nascita, tramite il Certificato di assistenza al parto (Cedap), che nel corso del primo anno di vita. Il monitoraggio nel primo anno di vita è effettuato tramite il flusso delle schede informative pediatriche compilate al bilancio di salute del 12° mese da parte dei pediatri di libera scelta (PLS). Il presente lavoro riferisce su quanto ottenibile da quest'ultimo flusso informativo, valutandone potenzialità e criticità.

### Materiali e metodi

L'accordo collettivo nazionale per i PLS prevede l'attuazione di bilanci di salute che, per il primo anno di vita, sono fissati al 1°, 3°, 6° e 12° mese. Per il bilancio del 1° mese non è esplicitato un preciso tempo di tolleranza, mentre, per quanto riguarda i bilanci del 3°, 6° e 12° mese di vita, è prevista una tolleranza di +/- 30 giorni. In occasione di questi bilanci, il PLS registra nel libretto pediatrico individuale una serie di dati, tra cui anche la tipologia di allattamento. La registrazione segue i criteri



dell'OMS: allattamento esclusivo, complementare, predominante, artificiale.

Come specificato nella contrattazione provinciale di tale accordo, la registrazione del dato sull'allattamento è parte di una specifica azione di counselling assegnata al PLS (3); i dati raccolti sono stati trasmessi, fin dagli anni '90, al distretto sanitario di riferimento, attraverso la compilazione da parte dello stesso PLS di una scheda informativa cartacea, acclusa al libretto pediatrico, in occasione dei bilanci di salute del 12° mese, del 6° e 13° anno (Figura 1 - Flusso schede informative pediatriche 12 mesi, 6° e 13° anno. *È possibile consultare online la Figura 1 nella versione estesa del BEN*). L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento ha quindi la possibilità di disporre di una serie di indicatori relativi ai 12 mesi di vita (Tabella 1 - Indicatori desumibili dalle schede pediatriche 12 mesi. *È possibile consultare online la Tabella 1 nella versione estesa del BEN*).

Il dato sull'allattamento, sia sulla scheda cartacea che nel gestionale informatizzato, è registrato per mese completo di allattamento.

Dall'archivio delle schede 12 mesi raccolte per i nati negli anni dal 2000 al 2012 e visitati al bilancio di salute del 12° mese, si è analizzato l'andamento temporale dell'allattamento e dell'allattamento esclusivo per 6 mesi, considerando come allattanti le puerpere che abbiano allattato almeno 1 mese. La scelta di tale criterio è condizionata dai previsti criteri di registrazione nella scheda cartacea e nel gestionale informatizzato, criteri concordati in sede provinciale con i rappresentanti di categoria. Per la definizione della durata dell'allattamento esclusivo, il singolo PLS, nel compilare la scheda informativa, fa riferimento a quanto registrato nei bilanci di salute del primo anno di vita, dal primo al sesto mese, recuperando e/o riverificando il dato al bilancio del 12° mese.

Gli indicatori sono stati analizzati per coorte di nascita e per le coorti 2010-12 anche per età gestazionale (nato a termine vs pretermine) e singolo PLS, considerando i professionisti con almeno 30 schede registrate. La scelta di questo *cut-off* è stata motivata dalla necessità di assicurare dei valori sufficientemente stabili per singolo PLS. Le prevalenze sono fornite con gli intervalli di confidenza al 95%. La significatività del trend è stata analizzata con il trend test di Cochran-Armitage, la significatività delle differenze tra le proporzioni è stata analizzata con il test del  $\chi^2$ . Le analisi sono state effettuate con il package statistico Epi7. Per ogni coorte di nascita sono fornite, per i nati vivi residen-

ti presso i punti nascita della PA di Trento, le proporzioni di madri con allattamento sulla base dei dati registrati dal Cedap.

### Risultati

Per le coorti di nascita in studio, sono state registrate 55.392 schede dei 12 mesi, pari a 4.260 schede per singola coorte di nascita, per una copertura medio-annua, sui nati vivi, intorno all'85%, con minime variazioni da una coorte all'altra.

La proporzione di madri allattanti alla dimissione dal punto nascita (allattamento esclusivo, predominante e/o complementare) si colloca stabilmente intorno al 95%, di cui la proporzione di allattati in modo esclusivo risulta mediamente pari, per le coorti di nascita in studio, all'85,5% (Figura 2 - Proporzioni dei neonati allattati alla nascita e per almeno un mese dopo la nascita. Per ogni tipologia di allattamento materno. Cedap e schede pediatriche 12 mesi (n. 55.392). Per coorte di nascita, anni 2000-12. *È possibile consultare online la Figura 2 nella versione estesa del BEN*).

Dalla proporzione di neonati che hanno ricevuto latte materno per almeno 1 mese nel primo anno di vita emerge una riduzione statisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ) nelle coorti 2000-07, un incremento ai limiti della significatività statistica per le coorti 2007-10 e una riduzione statisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ) per le coorti 2010-12. Il punto di minima è raggiunto nella coorte del 2012 (Figura 2).

La proporzione di neonati allattati in modo esclusivo per almeno 6 mesi è stabilmente sopra il 30%, con una punta del 41,0% per la coorte del 2005 senza che emergano andamenti particolari (Figura 3 - Proporzioni dei neonati allattati in modo esclusivo per almeno 6 mesi. Schede pediatriche 12 mesi (n. 55.392). Per coorte di nascita, anni 2000-12. *È possibile consultare online la Figura 3 nella versione estesa del BEN*).

La proporzione di neonati pretermine allattati in modo esclusivo per almeno 6 mesi è inferiore rispetto alla proporzione registrata nei nati a termine, in particolare nelle coorti di nascita 2010-12; la proporzione nei pretermine è del 27,0% e quella nei nati a termine è del 35,4%. La differenza è statisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Emerge infine una forte eterogeneità dei tassi di allattamento (in particolare dell'allattamento esclusivo a 6 mesi) in relazione al PLS del bambino, con range complessivamente compreso tra 1,7% e 68,1%. I valori per PLS non risultano correlabili al numero

delle schede inviate o al numero degli assistiti in carico. Nella Tabella 2 è rappresentata la distribuzione per quartili dei PLS in relazione ai livelli minimo-massimo della proporzione di bambini allattati in modo esclusivo per 6 mesi. Ripartizione pediatri per quartili. Schede pediatriche 12 mesi (n. 55.392). Coorti di nascita, anni 2010-12. *È possibile consultare online la Tabella 2 nella versione estesa del BEN*).

### Discussioni

Alcuni rilevanti problemi di salute del bambino e dell'adulto si associano a condizioni che si instaurano già nel periodo perinatale e che sarebbero meritevoli di monitoraggio. Non risulta peraltro operativo attualmente in Italia un sistema di sorveglianza diffuso sui bambini piccoli, facendo eccezione per il progetto prototipale sovraregionale "Sorveglianza bambini 0-2 anni", coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e che si colloca nel programma nazionale GenitoriPiù. Questo progetto prevede una raccolta dati, riferiti anche all'allattamento, attraverso una rilevazione presso i punti vaccinali.

Lo stesso Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento (TAS) del Ministero della Salute, riconosce che "manca attualmente in Italia un sistema di monitoraggio validato che consenta di avere dati accreditabili sulla diffusione dell'avvio e della durata dell'allattamento, in particolare modo di quello esclusivo" (4).

I flussi informativi correnti operativi nella PA di Trento si propongono, attraverso il flusso delle schede informative pediatriche, come modalità di monitoraggio complessivo dello stato di salute in età pediatrica, fornendo inoltre dati sull'allattamento alla nascita e nel primo anno di vita per serie storiche. I due flussi di riferimento (Cedap e schede informative pediatriche) possono anche consentire di valutare il peso dei fattori materni, neonatali e assistenziali associati con l'avvio e il mantenimento dell'allattamento materno (5).

Il rendimento del collegamento delle due fonti informative potrebbe essere massimizzato da una maggiore copertura delle schede pediatriche ai 12 mesi, che attualmente risulta pari all'85%. Tale copertura potrebbe essere incrementata non solo sulla base di una maggiore sensibilizzazione delle famiglie, rispetto all'accesso al bilancio di salute del 12° mese, ma anche attivando procedure di chiamata attiva da parte del PLS. ▶

Il Cedap fornisce tassi di allattamento alla dimissione dal punto nascita che si collocano mediamente (per l'insieme delle modalità di allattamento: esclusivo, complementare e predominante) sul 95%, proporzione che risulta superiore a quanto riportato dalle survey sul percorso nascita condotte dall'ISS nel 2008-09 e 2010-11 (6).

Contestualmente, la proporzione di neonati allattati nel corso del primo anno di vita, per almeno un mese, tende a ridursi con le coorti di nascita "più giovani". Pare invece più stabile nel tempo la proporzione degli allattati in modo esclusivo per almeno 6 mesi. Anche tale dato risulta più elevato nella PA di Trento rispetto alle già ricordate survey dell'ISS, ma trova una sostanziale conferma dalle Indagini Multiscopo condotte dall'Istat negli anni 2000, 2005 e 2013 (7).

Lo stesso dato provinciale sull'allattamento esclusivo non risulta peraltro sostanzialmente difforme da rilevazioni campionarie effettuate in alcune regioni italiane, sebbene non ci sia una stretta coincidenza temporale sul momento del rilevamento (8-10).

Il sostegno dell'avvio dell'allattamento alla nascita, documentato anche dall'alta proporzione di attaccamento al seno entro la prima ora di vita, come risulta dai dati del Cedap, può in parte rendere ragione del favorevole differenziale della PA di Trento, sia per quanto riguarda la nascita che il primo anno di vita.

La carenza di una confrontabilità nazionale, unita anche a una fino ad oggi scarsa valorizzazione locale dei dati veicolati dalle schede pediatriche, pone peraltro un possibile problema di accuratezza degli indicatori ottenibili dalle schede pediatriche dei 12 mesi, in particolare per l'indicatore allattati in modo esclusivo per 6 mesi, per cui, sulla base di una specifica indagine campionaria, abbiamo potuto verificare una certa sovrastima. Tale sovrastima può essere ritenuta ragionevole anche sulla base di uno studio multicentrico pubblicato recentemente (11).

I fattori che possono incidere sull'accuratezza del dato sono diversi, tra cui vanno ricordati: il setting della rilevazione, l'utilizzo di un flusso corrente non specificamente dedicato, lo strumento, i criteri e i tempi della rilevazione. Vanno ricordati, riguardo a quest'ultimo aspetto, i tempi di tolleranza previsti per il bilancio di salute del 6° mese: +/-30 gg.

La possibilità di registrare e classificare la tipologia dell'allattamento materno secondo i criteri dell'OMS, in occasione di tutti i bilanci di salute del primo anno

di vita, può mitigare l'entità di possibili bias dovuti al recall period, senza verosimilmente annullarli.

Potrebbe quindi essere utile che il sistema informativo registri, oltre la data di effettuazione del bilancio del 12° mese, anche la data del bilancio del 6° mese.

Non c'è alcun dubbio poi che anche il livello di sensibilizzazione del PLS e il criterio di raccolta del dato dalla madre possano giocare un ruolo importante. La variabilità per PLS appare rilevante e può essere spiegata, oltre che dai fattori sopramenzionati, da una possibile diversa rigosità nei criteri seguiti per la raccolta e la classificazione del dato ottenuto dalla madre in occasione dei bilanci di salute. Altre caratteristiche inerenti il professionista in termini di grado di interesse, di sensibilizzazione o di formazione al tema allattamento e di scuola di pensiero di appartenenza sul periodo di inizio dello svezzamento, potrebbero essere rilevanti. L'attuazione di uno studio *ad hoc* su questi aspetti è nei nostri intendimenti.

La consapevolezza dell'utilità del dato e il suo concreto utilizzo nelle azioni di sanità pubblica rappresentano infine fattori di contesto non trascurabili sulla qualità della rilevazione. A questo proposito va precisato che solo dal 2015, con la redazione del Piano Provinciale di Prevenzione, al flusso delle schede informative pediatriche del 12° mese è stato riconosciuto uno status di strumento di rilevamento standard dell'allattamento nel primo anno di vita. Conseguentemente, nelle azioni previste dallo specifico progetto provinciale sono già state implementate delle iniziative finalizzate a ottimizzare quanto più possibile i criteri di rilevamento, di controllo, di registrazione e di analisi dei dati sull'allattamento nel primo anno di vita.

In conclusione, partendo da un flusso corrente già consolidato e dalla necessità di migliorarne l'accuratezza, auspichiamo che il Piano Provinciale della Prevenzione rappresenti il volano opportuno per consentire il pieno raggiungimento dei requisiti di qualità delle schede informative pediatriche, anche in relazione al monitoraggio dell'allattamento nel primo anno di vita. ■

#### Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

#### Riferimenti bibliografici

1. WHO. *The optimal duration of breast-feeding. Report of the expert consultation*. Geneva: WHO; 2001.
2. Bartick MC, Stuebe AM, Schwarz EB, et al. Cost analysis of maternal disease associated with suboptimal breastfeeding. *Obstet Gynecol* 2013;122(1):111-9.
3. Provincia Autonoma di Trento. Accordo integrativo provinciale per i medici pediatri di libera scelta ([www.apss.tn.it/documents/10180/304248/Accordo+provinciale+pediatria](http://www.apss.tn.it/documents/10180/304248/Accordo+provinciale+pediatria)).
4. <http://sip.it/wp-content/uploads/2015/10/Position-Statement-15-sett-2015.pdf>
5. Pertile R, Bombarda L, Pedron M, et al. Breastfeeding during the first year of life: estimates using records generated in general paediatrics. *Minerva Pediatr*; 2016 Sep 22 [Epub ahead of print].
6. Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M, Bonciani M, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-09 e del 2010-11*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012 (Rapporti ISTISAN 12/39).
7. Istat. Indagine multiscopo - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Gravidanza, parto e allattamento al seno. Anni 2000, 2005, 2013 ([www.istat.it](http://www.istat.it)).
8. Cattaneo A, Giuliani C. Breastfeeding in Friuli Venezia Giulia. *Eur J Public Health* 2006;16(1):111.
9. Pirola ME, Bettinelli ME, Bonfanti M, Cereda D, Coppola L, Monaco G, Lops A, Gramegna M. (Ed). *Prevalenza, esclusività e durata dell'allattamento al seno in Regione Lombardia*. Milano: Regione Lombardia; 2012.
10. Marchetti F. Prevalenza dell'allattamento al seno e altri interventi preventivi in Emilia-Romagna. *Med Bambino* 2013;32:223-5.
11. Cattaneo A, Bettinelli ME, Chapin E, et al. Effectiveness of the Baby Friendly Community Initiative in Italy: a non-randomised controlled study. *BMJ Open* 2016;6(5):e010232.

#### Comitato scientifico, ISS

A. Bella, C. Donfrancesco, A. Filia, L. Galluzzo, C. Giambi, I. Lega, L. Penna, P. Luzi, M. Maggini, S. Mallone, L. Nisticò, L. Palmieri, P. Barbariol, P. Scardetta, S. Spila Alegiani, A. Tavilla, M. Torre

#### Comitato editoriale, ISS

P. De Castro, C. Faralli, M. Maggini, A. Spinelli

#### Istruzioni per gli autori

[www.epicentro.iss.it/ben/come-preparare.asp](http://www.epicentro.iss.it/ben/come-preparare.asp)

e-mail: [ben@iss.it](mailto:ben@iss.it)

## Convegno

# IL PROGETTO SUI LUNGO-SOPRAVVIVENTI CON LINFOMA PER SPERIMENTARE UN MODELLO DI INTERAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

**Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 18 novembre 2016**

Mariarosaria Napolitano, Maria Cristina Errico, Elena Bravo e Filippo Santoro  
*Dipartimento di Oncologia e medicina molecolare, ISS*

**RIASSUNTO** - Il 18 novembre 2016 si è svolto presso l'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito di un Progetto supportato dal CCM, il Convegno "Il Progetto sui lungo-sopravvivenenti con linfoma per sperimentare un modello di interazione ospedale-territorio" con la finalità di promuovere la conoscenza sul modello di best practice per la gestione del paziente lungo-sopravvivenente con linfoma oggetto del Progetto stesso. La presenza partecipata di molti stakeholder del settore (ad esempio, clinici, ordini dei medici, pazienti, ricercatori, cittadini, istituzioni) ha prodotto una discussione molto fattiva. Il confronto ha sottolineato la necessità e le modalità con cui avviare a soluzione le maggiori criticità esistenti nella collaborazione efficace tra ospedali e medicina di base per il follow-up dei lungo sopravvivenenti oncologici.

**Parole chiave:** linfoma; lungo-sopravvivenenti; qualità

**SUMMARY** (Conference "Project on lymphoma long-term survivors to test a hospital-primary care interaction model") - On November 18th, 2016 the Conference "Project on lymphoma long-term survivors to test hospital-primary care interaction model" was held at the Italian National Institute of Health, under a project supported by the Italian National Center for Disease Prevention and Control (CCM). The main aim of the event was to promote knowledge on best practice models for the management of lymphoma long-term survivors. The presence of many stakeholders in the sector (i.e: clinicians, medical boards, patients, researchers, citizens, institutions) produced a very constructive discussion. The debate stressed the need of better solutions to sort out the major existing critical issues in the collaboration between hospitals and primary care for the follow-up long-term cancer survivors.

**Key words:** lymphoma; long-term survivors; best practice

[mariarosaria.napolitano@iss.it](mailto:mariarosaria.napolitano@iss.it)

**I**l 18 novembre 2016, presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), si è svolto il Convegno "Il progetto sui lungo-sopravvivenenti con linfoma per sperimentare un modello di interazione ospedale-territorio".

L'iniziativa è stata organizzata nell'ambito del Progetto "Sviluppo di un nuovo modello di prevenzione delle patologie correlate ai trattamenti anti-tumorali nei pazienti lungo-sopravvivenenti affetti da linfoma" finanziato dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute e coordinato dall'Unità di Ematologia dell'IRCCS Oncologico di Bari. Il Progetto ha come partner l'Unità di Ematologia dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma, l'Unità di Oncologia Medica del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano e l'ISS. Obiettivo è la realizzazione di un programma di prevenzione e follow-up delle patologie correlate alla

terapia anti-tumorale nei pazienti affetti da linfoma con lunga aspettativa di vita, che risponda efficacemente alle richieste sanitarie di questi pazienti.

Scopo dell'evento è stato promuovere la conoscenza di un modello di gestione del paziente lungo-sopravvivenente di linfoma anche a livello territoriale e dare impulso a una maggiore e più efficiente collaborazione tra la medicina di base e la pratica ospedaliera.

### Presentazione del modello per il follow-up

Attilio Guarini, coordinatore del Progetto, nel corso del suo intervento ha illustrato i dati che indicano come, nell'ultimo ventennio, il progresso delle terapie in campo oncoematologico abbia aumentato significativamente i tassi di sopravvivenza globale. In Italia, la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è allineata alla media europea per tutte le neoplasie e per alcuni ▶





tumori, tra cui i linfomi non-Hodgkin, i valori relativi ai pazienti sono superiori alla media europea. Ciò ha prodotto un raddoppiamento della percentuale di pazienti lungo-sopravvivenuti di linfoma, liberi da segni clinici e strumentali di neoplasia dopo più di dieci anni dalla diagnosi. A oggi, questi pazienti rappresentano la metà di tutta la popolazione oncologica italiana e gran parte di essi presenta effetti collaterali, immediati o tardivi, dei trattamenti anti-tumorali, comorbidità, rischio di recidiva e di sviluppo di secondi tumori, che condizionano significativamente la loro qualità di vita.

Purtroppo, in Italia, non esistono modelli assistenziali definiti per questi pazienti. Essi, infatti, necessitano di lunghi follow-up personalizzati che, una volta redatti dall'oncologo e/o dall'ematologo di riferimento, dovrebbero essere integrati e gestiti in collaborazione con il medico di medicina generale (MMG). Ed è proprio sulla multidisciplinarietà - intesa come integrazione tra i differenti attori del complesso processo di trattamento dei linfomi - che Guarini invita a porre l'attenzione. Quella multidisciplinarietà che è alla base di un nuovo approccio al paziente per aggiungere vita agli anni recuperati e non recuperare solo anni di vita come si è sempre fatto in precedenza, sottolinea ancora Guarini.

Per rispondere a questo obiettivo progettuale è stato inaugurato presso l'Ospedale "Giovanni Paolo II" di Bari il nuovo ambulatorio nazionale per ex pazienti, che si configura come "prototipo assistenziale" innovativo, all'interno del quale l'ex paziente viene preso in carico dalle varie strutture specialistiche coinvolte nel follow-up degli effetti collaterali delle

terapie oncologiche quali oncoematologia, cardiologia, endocrinologia, ginecologia, nutrizione. Inoltre, grazie a una convenzione con l'Istituto di Medicina dello Sport di Bari, specialisti qualificati impostano programmi di esercizi fisici personalizzati per i pazienti del polo ambulatoriale.

L'importanza dell'attività motoria, durante e dopo la chemioterapia, per la riabilitazione e la prevenzione delle complicanze a lungo termine dei pazienti con linfoma è stata approfondita dall'intervento di Maria Christina Cox (responsabile dell'Unità Operativa di Ematologia dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma). La chemioterapia può causare effetti collaterali fastidiosi (decadimento dell'efficienza fisica, osteoporosi, neuropatia, sindrome metabolica, immunodepressione, infezioni, fatigue) inducendo una diminuzione della qualità della vita sia durante il periodo della terapia che dopo il trattamento e vi sono evidenze scientifiche solide su come l'attività motoria possa migliorarla in tutti i suoi aspetti. La letteratura scientifica, infatti, riporta la presenza di basso rischio di eventi cardiaci in ex pazienti che fanno attività motoria a elevata intensità. Inoltre, come sottolineato da Stefano Balducci (Coordinatore nazionale Gruppo di studio Attività fisica e Diabete AMD-SID-Università Sapienza di Roma), l'esercizio fisico migliora il controllo dell'equilibrio, riduce la stanchezza e gli effetti collaterali della neuropatia periferica, riconoscendo a questi fattori un ruolo sostanziale per il miglioramento della qualità della vita.

L'eterogeneità dei pazienti oncologici e il loro incremento numerico rende necessaria la creazione di modelli gestionali lungo-sopravvivenuti ben codi-





ficati e standardizzati che consentano di aumentare l'integrazione ospedale-territorio e di favorire la continuità assistenziale dell'ex paziente. Quindi, un modello formalizzato di collaborazione ospedale-territorio è una delle proposte operative per attuare un programma di follow-up condiviso per i pazienti lungo-sopravvivenuti. Naturalmente, i modelli devono adattarsi alla diversità territoriali che al momento, in Italia, sono consistenti. Come emerso dagli interventi dei Presidenti dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bari, Filippo Anelli, e di Pordenone, Guido Lucchini, e del Segretario generale della Federazione Italiana dei Medici di Base, Pierluigi Bartoletti, una delle maggiori criticità territoriali per l'attuazione di un modello collaborativo ospedale-territorio è l'eterogeneità delle strutture assistenziali tra il Nord e il Sud Italia, associata a una scarsa e/o inefficiente comunicazione tra l'MMG e lo specialista. Pertanto, le risorse destinate alla sanità pubblica e il grado di qualità organizzativa risultano essere fondamentali per garantire la migliore assistenza ai pazienti lungo-sopravvivenuti, come dimostrato dal fatto che i Paesi che investono di più in sanità sperimentano una sopravvivenza maggiore rispetto ai Paesi che investono di meno.

### Strumenti di gestione del modello

Elena Bravo, responsabile scientifico dell'Unità Operativa dell'ISS, ha illustrato il ruolo dell'ISS nell'ambito del Progetto, che è quello di:

- garantire una gestione in qualità e appropriata dei criteri, dati e biorisorse coinvolte nella realizzazione del Progetto in linea con i più accreditati e consolidati criteri di best practice (etico, legali, regolatori, buone pratiche cliniche ecc);
- contribuire alla realizzazione degli obiettivi del Progetto mediante la messa a punto di strumenti di lavoro idonei a supportare il lavoro delle unità cliniche impegnate nelle attività di follow-up dei pazienti con linfoma;
- svolgere un'attività di comunicazione e disseminazione del Progetto a largo spettro cercando di coinvolgere tutte le figure professionali coinvolte.

L'intervento ha sottolineato come spesso il potenziale scientifico e la rilevanza sanitaria dei progetti nazionali sono in parte depauperati dall'impossibilità di integrazione con altri studi a causa dell'adozione di



standard eterogenei o non in linea con quelli internazionali e, pertanto, il lavoro svolto dall'ISS nel Progetto è volto a favorire l'adozione di criteri di qualità che possano costituire una base solida per l'utilizzo anche futuro dei risultati ottenuti nel corso del Progetto. In questa ottica, la nuova organizzazione dell'ISS e l'istituzione di un Servizio tecnico-scientifico per il supporto alla ricerca, possono fornire un ulteriore strumento per favorire l'internazionalizzazione della ricerca nazionale.

A seguire, è stato presentato da Filippo Santoro, ISS, il sito web [www.lungosopravvivenuti-linfomi.it/](http://www.lungosopravvivenuti-linfomi.it/) progettato e realizzato nell'ambito del Progetto, secondo i criteri di qualità accettati a livello europeo e internazionale. Il sito web è caratterizzato da un'area ad accesso riservato adibita alla collezione dei dati clinici dei pazienti lungo-sopravvivenuti con linfoma da parte degli operatori sanitari dei centri clinici coinvolti nel Progetto e da un'area pubblica destinata ai pazienti e ai cittadini in generale, caratterizzata da contenuti divulgativi di comprovata e consolidata qualità scientifica.

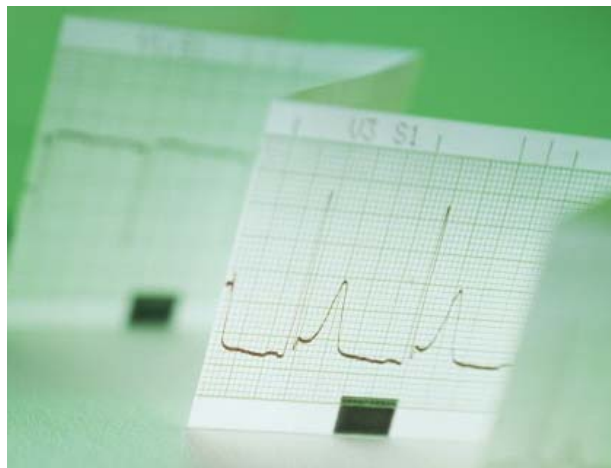
La piattaforma informatica, quindi, risponde sia all'esigenza di raccogliere i dati clinici e sanitari in maniera informatizzata affinché siano successivamente fruibili all'analisi epidemiologica, alla condivisione e alla discussione in altri contesti scientifici, sia all'esigenza di fornire una sezione informativa per pazienti, medici e specialisti del settore. In prospettiva, la piattaforma potrebbe consentire la condivisione in tempo reale dei dati di screening e follow-up con gli MMG, al fine di garantire una gestione domiciliare più accurata dei pazienti lungo-sopravvivenuti di linfoma. ►

## Discussione e conclusioni

La partecipazione dei pazienti, sia di alcuni assistiti dall'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma sia di Nicola Difino, proveniente dall'IRCCS Oncologico di Bari, ha apportato un valido contributo alla discussione. L'intervento di Davide Petruzzelli, anche lui ex paziente di linfoma - fondatore di La Lampada di Aladino onlus - Oltre il cancro, per il supporto globale al malato oncologico e Presidente di Linfovita onlus - ha mostrato il punto di vista privilegiato di chi ha vissuto in prima persona l'esperienza del tumore. Da qui è emersa l'importanza di creare le condizioni per migliorare la qualità della vita dei pazienti, perché una qualità di vita accettabile è la vera e definitiva liberazione dalla malattia.

La mancanza di comunicazione tra l'MMG e lo specialista è un'altra criticità nella gestione dei pazienti lungo-sopravvissuti; pertanto, la medicina generale, insieme con il team multispecialistico, dovrebbe essere sempre più coinvolta nella gestione della patologia oncologica, acquisire la formazione e la conoscenza delle terapie farmacologiche disponibili e dei contenuti gestionali correlati e far uso della tecnologia informatica al meglio in quanto la comunicazione inizia dalla condivisione dei dati.

In sintesi, la giornata è stata un momento di discussione molto attiva e partecipata, che si è avvalsa dei contributi degli MMG, di oncologi, di pazienti e di Cittadinanza attiva. La collaborazione tra medicina di base e medicina ospedaliera e il follow-up di pazienti a rischio di complicanze a seguito di terapie oncologiche sono un grande tema per le sfide di prevenzione, cura e gestione organizzativa ed economica del sistema sanita-



rio. I pazienti possono e vogliono svolgere la loro parte e chiedono di essere più coinvolti, ma c'è necessità di modelli funzionali e organizzativi più efficienti e meno costosi, e di maggiore dialogo tra le parti coinvolte.

La raccolta centralizzata di dati epidemiologici, attraverso la piattaforma informatica implementata *ad hoc* per questo Progetto, potrà contribuire alla formulazione di percorsi nazionali diagnostico-terapeutici standardizzati e condivisi di diagnosi, prevenzione e terapia di questi pazienti, anche attraverso la condivisione in tempo reale dei dati di screening e follow-up tra gli MMG e gli ambulatori specialistici. In sintesi, il Convegno ha rappresentato un'occasione apprezzata di discussione e di approfondimento su alcuni aspetti rilevanti per il miglioramento delle strategie di screening e follow-up dei pazienti lungo-sopravvissuti affetti da linfoma, e l'ISS si è fatto carico di organizzare altri momenti di incontro per contribuire alla costruzione di una collaborazione più solida tra i vari interlocutori. ■

### Ringraziamenti

*Si ringrazia il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) per il supporto al Progetto "Sviluppo di un nuovo modello di prevenzione delle patologie correlate ai trattamenti anti-tumorali nei pazienti lungo-sopravvissuti affetti da linfoma" (Rif. ISS: J3D).*

*Si ringraziano tutti gli oratori e i partecipanti al Convegno.*

### Dichiarazione sui conflitti di interesse

*Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.*

## Comunicare l'Europa

Parte con questo numero del Notiziario una **nuova rubrica**, che vuole avvicinare i lettori alle istituzioni europee e agli argomenti di salute e ambiente oggetto di **Pareri, Opinioni e Raccomandazioni**.



Il primo contributo si riferisce a un parere espresso dal Comitato Scientifico sui Rischi per la Salute, Ambientali ed Emergenti (SCHEER-Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks), uno dei due Comitati scientifici della DG-Santè Salute e sicurezza alimentare della Commissione Europea.

## Abbronzatura a tutti i costi o pallido è bello? Quanto è sicuro utilizzare i lettini abbronzanti

Il Comitato Scientifico SCHEER della Commissione Europea ha pubblicato, il 30 novembre 2016, una Opinione sui rischi per la salute derivanti dall'uso dei lettini o di altri dispositivi abbronzanti nei saloni di bellezza a scopo cosmetico (Final opinion on Biological effects of ultraviolet radiation relevant to health with particular reference to sunbeds for cosmetic purposes). Non sono oggetto dell'Opinione i dispositivi abbronzanti utilizzati a scopo terapeutico.

La comparsa sul mercato dei lettini e delle lampade abbronzanti negli anni '70 del secolo scorso fu accolta con entusiasmo dai fanatici dell'abbronzatura a tutti i costi e non solo, tanto che sono stati utilizzati in modo crescente fino agli anni '90. La loro diffusione nell'arco degli anni potrebbe far pensare che abbiano superato la prova del tempo, dal momento che vengono tuttora largamente utilizzati. Ma non è così: progressivamente sono stati infatti prodotti dati che hanno



mostrato che il loro utilizzo continuato può portare a conseguenze per la salute che appaiono evidenti dopo una lunga latenza, anche anni dopo il periodo di uso prevalente. Bisogna pertanto capire quali siano i costi da pagare e se ne valga la pena.

I lettini abbronzanti, esattamente come il sole, emettono radiazioni ultraviolette A e B (UVA e UVB). Solo le radiazioni UVB sono responsabili delle scottature, ma entrambe possono danneggiare la pelle. Conseguentemente, in questi anni, l'uso dei lettini ha destato preoccupazione crescente per la salute degli utilizzatori. L'argomento, perciò, non è nuovo. Già nel 2006 il Comitato Scientifico per i Prodotti di Consumo (SCCP - Scientific Committee on Consumer Products) della Commissione Europea aveva adottato una Opinione sugli effetti biologici delle radiazioni ultraviolette, nella quale si concludeva che l'uso dei lettini abbronzanti aumentava il rischio di sviluppare melanomi cutanei maligni e la possibilità di avere anche melanomi oculari. Per questo motivo si raccomandava di limitare l'utilizzo dei lettini abbronzanti ai minori di 18 anni. Qualche anno dopo, nel 2009, l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) classificava l'uso dei dispositivi abbronzanti che emettono radiazioni UV come cancerogeni per l'uomo (Gruppo 1 della classificazione IARC). Nel 2015 la Commissione Europea ha chiesto al Comitato Scientifico SCHEER di esprimersi sull'argomento, aggiornando le Opinioni precedenti sulla base delle nuove informazioni disponibili.

L'Opinione è stata preparata, sottoposta a un periodo di Consultazione Pubblica durante il quale chiunque poteva presentare i propri commenti ed esprimere un proprio parere. I commenti sono stati attentamente valutati, a ognuno di essi è stata data una risposta (pubblicata sul sito della Commissione Europea) e, dove ritenuto opportuno, sono state apportate modifiche al testo, approvato poi nella sua versione finale. ■

Emanuela Testai

Dipartimento di Ambiente e salute, ISS  
Membro e Vice Chair del Comitato SCHEER

Logo della rubrica realizzato da Cosimo Marino Curianò



## In poche semplici parole...

### Che cosa suggeriscono le nuove evidenze?

Ci sono dati a lungo termine sufficienti a dimostrare che l'uso dei lettini abbronzanti è responsabile di una frazione ragguardevole di tutti i tumori della pelle registrati (melanomi e non), soprattutto quando ne sia stato fatto uso prima dei 30 anni di età.

In Europa è stato calcolato che circa 3.500 dei 63.942 nuovi casi di melanoma diagnosticati ogni anno possono essere associati all'uso di dispositivi abbronzanti. Le donne rappresentano circa il 68% dei 3.500 casi. Gli studi evidenziano anche che, oltre all'aumentato rischio di melanoma, i dispositivi abbronzanti accelerano l'invecchiamento della pelle e possono indebolire il sistema immunitario. In Europa, circa 500 donne e 300 uomini muoiono ogni anno per un melanoma, che potrebbe essere attribuito all'uso di dispositivi abbronzanti come causa principale. L'aumento di rischio nella popolazione generale è circa il 15%; la percentuale aumenta significativamente nella popolazione che ha iniziato a utilizzarli prima dei 35 anni (+ 75%) ed è proporzionale al numero, alla frequenza e alla durata delle sessioni abbronzanti.

### Siamo tutti a rischio o solo le persone con pelle molto chiara?

Per quanto l'uso di dispositivi abbronzanti sia sconsigliabile per tutti, soggetti con pelle particolarmente chiara, lentiggini o nevi atipici o particolarmente numerosi, o una storia familiare di melanoma sono particolarmente a rischio e dovrebbero evitare l'esposizione a dispositivi abbronzanti a scopo cosmetico.

### I dispositivi abbronzanti aiutano l'organismo a produrre la vitamina D?

Certamente sì, ma non c'è alcuna necessità di utilizzare i dispositivi abbronzanti per stimolare l'organismo a produrre la giusta quantità di vitamina D, anche in inverno, quando l'esposizione alla luce solare è limitata. È dimostrato infatti che l'esposizione all'aria aperta del viso e delle mani per circa 15 minuti al giorno, anche con cielo nuvoloso, è sufficiente



Immagine tratta dal video sull'attività svolta dai Comitati SCHEER e SCCS (Scientific Committee on Consumer Safety) (<http://ec.europa.eu/avservices/video/player.cfm?ref=I131927>)

alle nostre latitudini a garantire una produzione sufficiente di vitamina D; alle latitudini più estreme, è bene seguire anche una dieta bilanciata.

### Preparare la pelle con l'abbronzatura artificiale è più sicuro rispetto all'esposizione ai raggi solari?

È assolutamente necessario evitare le scottature perché aumentano il rischio di tumori della pelle. Le evidenze scientifiche disponibili, tuttavia, non supportano l'idea che i rischi diminuiscono se l'esposizione al sole è preceduta da sessioni di abbronzatura artificiale. Anzi, non ci sono differenze tra l'uso delle radiazioni solari e quelle dei dispositivi abbronzanti per tipo di radiazioni ed effetti sulla salute. Per evitare le scottature, pur godendo dei benefici della vita e delle attività svolte all'aria aperta, basta esporsi al sole con le dovute protezioni (vestiario, occhiali da sole o filtri solari), evitando le ore attorno al mezzogiorno, in cui le radiazioni sono più dirette.

### Che cosa conclude l'Opinione del Comitato SCHEER?

I raggi UV, inclusi quelli dei dispositivi abbronzanti, sono da considerarsi cancerogeni completi, vale a dire possono agire sia da iniziatori della formazione di tumori che da promotori (in grado cioè di favorire tumori derivanti da esposizione ad altri cancerogeni).

C'è una forte evidenza che le radiazioni UV dei dispositivi abbronzanti siano associate a numerosi tipi di tumori della pelle, specialmente i melanomi e, in maniera meno evidente, il melanoma oculare. Data la natura del processo di cancerogenesi delle radiazioni UV, che non prevede una soglia (in termini di irraggiamento e dose) al di sotto della quale non ci siano effetti, non è possibile definire alcun limite di sicurezza per l'esposizione dovuta all'uso dei dispositivi abbronzanti (in termini di frequenza o durata). Dai dati disponibili sembra evidente che una singola esposizione può essere sufficiente ad aumentare il rischio di sviluppare un tumore della pelle, quindi evitarne l'uso è l'unico modo per evitare i rischi per la salute non controbilanciati da un'eventuale produzione di vitamina D, per la quale l'esposizione all'aria aperta per pochi minuti e una dieta bilanciata sono sufficienti ad assicurarne la corretta quantità.

I consumatori devono, pertanto, essere informati e coscienti dei rischi associati all'abbronzatura artificiale a scopo cosmetico (soprattutto se di età inferiore ai 30 anni), e nel caso decidano consapevolmente di correre il rischio di utilizzare i dispositivi abbronzanti, dovrebbero utilizzare le opportune precauzioni, specialmente se rientrano nelle categorie a maggior rischio (fenotipo chiaro, presenza di lentiggini e nevi, storia familiare di melanoma). ■

Queste conclusioni sono un estratto dell'Opinione completa che può essere consultata e scaricata da: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/scientific\\_committees/scheer/docs/scheer\\_o\\_003.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/scientific_committees/scheer/docs/scheer_o_003.pdf)

Per saperne di più sul lavoro del Comitato SCHEER [http://ec.europa.eu/health/scientific\\_committees/scheer/](http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/scheer/)



NEWS

## Il Fondo Rari della Biblioteca ISS su GoogleBooks: volumi a testo completo ora disponibili in rete

**N**el corso del 2016 è stata eseguita la scansione integrale per la riproduzione in formato digitale del Fondo Rari, pregevole raccolta speciale della Biblioteca dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), composta da circa 1.300 volumi a stampa di argomento scientifico-sanitario, pubblicati tra i secoli XVI e XIX. I volumi sono ora consultabili sul sito di GoogleBooks.

La digitalizzazione dei volumi è stata resa possibile da una Convenzione siglata tra la Biblioteca ISS e il Sistema bibliotecario Sapienza (SBS) nel maggio 2016, che prevedeva la riproduzione del Fondo in formato digitale tramite GoogleBooks. Quest'ultimo è un progetto di rilevanza internazionale ideato all'inizio degli anni 2000 per la salvaguardia e la condivisione di testi rari e di pregio. In Italia, l'accordo tra Google e il Ministero per i Beni Ambientali e Culturali (MiBAC) è stato siglato nel 2010 e inizialmente ha visto coinvolte le due Biblioteche Nazionali Centrali di Roma e di Firenze e l'Istituto Centrale per il Catalogo Unico delle biblioteche italiane e per le informazioni bibliografiche (ICCU). Successivamente, l'accordo è stato esteso anche ad altre biblioteche tra cui quelle dell'Università degli Studi Sapienza di Roma. La Biblioteca ISS non avrebbe avuto i requisiti per partecipare a questo progetto e, solo grazie alla Convenzione con SBS, è stato possibile raggiungere il risultato atteso.

I volumi sono stati sottoposti al processo di scansione digitale in Italia presso un centro specializzato identificato da Google, che ha provveduto anche ad assicurare i volumi contro eventuali danni e a organizzare il trasporto degli stessi.

Grazie a questa iniziativa **dal 2017 i volumi del Fondo Rari in formato digitale sono liberamente visualizzabili e scaricabili in rete**, in quanto si tratta di

opere di pubblico dominio non soggette alle limitazioni imposte dalle norme a tutela del diritto d'autore. **Attualmente sono consultabili sul sito di GoogleBooks, ma nel corso dell'anno saranno accessibili anche dal catalogo online della**

**Biblioteca ISS.** La maggior parte delle opere è disponibile nella versione a testo completo (*full view*), mentre solo un numero esiguo è stato digitalizzato da Google in forma parziale (*snippet view*). Sono stati esclusi dal processo di scansione digitale quei volumi che non avevano i requisiti di formato richiesti da Google.

La digitalizzazione integrale dei volumi che compongono il Fondo Rari deve considerarsi la naturale evoluzione del Progetto "Il Fondo dei libri Rari (XVI-XIX sec.) di ambito medico-sanitario della Biblioteca ISS dalla versione a stampa a quella online", realizzato negli anni 2008-2010. Questo Progetto, a cura della stessa Biblioteca ISS, ha consentito la massima valorizzazione e condivisione della raccolta e ha reso possibile una parziale riproduzione digitale del Fondo, limitata ai frontespizi dei volumi e a una selezione di tavole, antiposte e ritratti per un totale di circa 2.500 immagini.

Attualmente, la digitalizzazione integrale realizzata con GoogleBooks rappresenta il completamento del processo avviato con il progetto

originario e offre una straordinaria opportunità per la comunità scientifica internazionale che, grazie a questa operazione, può finalmente fruire appieno del prezioso patrimonio culturale antico posseduto dalla Biblioteca ISS. ■

a cura del

Gruppo di Lavoro per la Valorizzazione e la Conservazione del Fondo Rari della Biblioteca\*, ISS

www.iss.it/rari - www.iss.it/bibl

(\*) Rosalia Ferrara (coordinatrice), Maria Alessandra Falcone, Ornella Ferrari, Paola Ferrari, Donatella Gentili, Maria Salvatorina Graziani, Maria Letizia Putti



NEWS

## Premiata la serie *I beni storico-scientifici dell'ISS*

### Walter Ricciardi Socio Onorario dell'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria

Roma, 15 dicembre 2016

L'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, che ha sede presso l'antico Ospedale di Santo Spirito in Sassia a Roma, ha assegnato alla collana *I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità* (ISS) un premio scientifico-letterario: il **Premio Alcmeone di Crotone**. Intitolato al famoso medico e filosofo greco del V sec a.C., il Premio è dedicato alla pubblicistica periodica storico-medica.

Durante la cerimonia l'Accademia, nella persona del suo Presidente Gianni Iacovelli, ha nominato **Socio Onorario Walter Ricciardi, Presidente dell'ISS**.

Il Premio è stato ritirato da Paola De Castro, Direttore del Settore Attività Editoriali dell'ISS, che ha illustrato l'impegno di lunga data dell'ISS per la valorizzazione del patrimonio storico scientifico dell'ente. Si tratta di un riconoscimento importante per una collana di volumi (comunemente chiamati *Quaderni*), che dal 2005 vengono pubblicati con l'obiettivo di documentare la storia dell'ISS e, con essa, della sanità pubblica italiana. Ciascun volume della collana riflette l'intensa attività di recupero e di valorizzazione del patrimonio storico, scientifico e culturale dell'ISS e costituisce un prezioso tassello che mira a ricostruire e preservare il ricordo non solo delle importanti attività di ricerca dell'Istituto per la salute pubblica, ma anche delle tante persone, ricercatori e non, che hanno contribuito negli anni ad accrescerne la fama in Italia e nel mondo.

Tra i *Quaderni* pubblicati, ricordiamo quelli dedicati alle attività di specifici Laboratori, quali i Laboratori di Chimica Terapeutica e il Laboratorio di Malariologia; quelli rivolti a determinate attività di ricerca o a particolari tematiche sanitarie quali la microanalisi elementare organica, la microscopia elettronica, l'amianto e il curaro; quelli dedicati al Fondo dei Libri Rari della Biblioteca ISS (anch'essi premiati come singole monografie in una passata edizione); infine, i volumi dedicati ai convegni *Storie e Memorie dell'Istituto Superiore di Sanità*.



Copertina del volume  
*Il Laboratorio di Fisica*, 2017

La settima edizione di questa serie di convegni si terrà il **15 marzo 2017** presso l'ISS e sarà dedicata alla presentazione di un nuovo volume della collana de *I beni storico-scientifici: Il Laboratorio di Fisica dell'Istituto Superiore di Sanità* a cura di Martino Grandolfo, Federica Napolitani, Serena Risica, Eugenio Tabet. In questo dodicesimo volume della serie viene narrata la storia del Laboratorio, vi si illustrano, a grandi linee, le sue attività di ricerca e per la sanità pubblica, ma vi trova ampio spazio anche uno straordinario numero di protagonisti, eventi e rievocazioni di varia natura. Attraverso un impegno durato quasi quattro anni, i curatori hanno tentato di creare un affresco dei circa settant'anni di vita del Laboratorio, con l'intento di preservarne la memoria e di appassionare il lettore alla sua storia.

La serie *I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità* è liberamente accessibile sul sito [www.iss.it/publ/index.php?lang=1&id=2443&tipo=9](http://www.iss.it/publ/index.php?lang=1&id=2443&tipo=9)



Premio Alcmeone di Crotone

a cura di  
Federica Napolitani  
Settore Attività Editoriali, ISS

NEWS

## Presentata in ISS la candidatura di Flavia Bustreo alla guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

*Istituto Superiore di Sanità, 12 gennaio 2017*

È stato un grande onore ospitare presso l'Istituto Superiore di Sanità la conferenza stampa di Flavia Bustreo, la prima candidata italiana nella storia per l'incarico di Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Nel corso dell'incontro con i giornalisti, Flavia Bustreo ha presentato il programma delle attività e degli obiettivi che intende raggiungere nei prossimi cinque anni alla guida della più importante Organizzazione internazionale nel settore della sanità, che sarà sempre più



impegnata ad affrontare importanti sfide per la tutela della salute globale. Medico epidemiologo, dal 2010 ricopre l'incarico di Vicedirettore Generale dell'OMS per la Salute della famiglia, delle donne e dei bambini e vanta un'esperienza trentennale in importanti ruoli di prestigio a livello internazionale nel campo della salute pubblica. Suoi principali obiettivi sono rappresentati dal valore dell'evidenza scientifica in medicina, l'equità dell'accesso alle cure e ai servizi sanitari, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, la lotta alle disuguaglianze, la costruzione di reti di collaborazione a livello internazionale, la gestione efficace e tempestiva delle emergenze sanitarie.



NEWS

## Donato all'ISS il busto del Prof. Pietro Canalis, realizzato dallo scultore Sisinnio Usai

*Istituto Superiore di Sanità, 19 gennaio 2017*

Un busto in bronzo raffigurante il Prof. Pietro Canalis (Osilo, 1856 - Santa Margherita Ligure, 1939), opera dello scultore sardo Sisinnio Usai, è stato donato all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) dal Prof. Salvatore Manca di Osilo (SS) e dalla Prof.ssa Nicolette Bozzo nel corso di una cerimonia ufficiale svoltasi il 19 gennaio 2017 presso l'Aula Ferro di Cavallo.

Il Prof. Pietro Canalis operò prima della fondazione dell'ISS, ma si può dire che ne preparò la strada: infatti, dopo essersi laureato in medicina e chirurgia all'Università di Torino nel 1881, negli anni 1886-87 lavorò a Berlino con Robert Koch e nel 1887 diventò Direttore del Laboratorio di Micrografia e Batteriologia dell'Istituto di Sanità Pubblica di Roma. Nel 1890 divenne Professore di Igiene dell'Università di Genova e fondò l'Istituto di Igiene, che diresse poi fino al 1931.



La cerimonia si è svolta alla presenza dei donatori, dei vertici istituzionali dell'ISS e del Dott. Silvio De Flora, Professore Emerito presso il Dipartimento di Scienze Sanitarie dell'Università di Genova e Direttore per più di 20 anni della struttura fondata dal Prof. Canalis. Egli si è occupato insieme alla Presidenza dell'ISS degli aspetti organizzativi legati alla donazione.



Da sinistra: il Presidente dell'ISS, Walter Ricciardi, e il Prof. Salvatore Manca



### Nei prossimi numeri:

Salute mentale a scuola  
Inquinamento *indoor*  
Rete Lazio medicina traslazionale

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

[www.iss.it](http://www.iss.it)

*a cura del Settore Attività Editoriali*