

# Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

**Salute, religione e genere:  
la medicina di genere nelle comunità  
di stranieri residenti in Italia**

**Rapporto annuale sulla legionellosi  
in Italia nel 2018**

**Secondo Convegno.  
Tecnologie per la fragilità e la disabilità**

**Avvicinare i cittadini alla ricerca scientifica  
con la Notte Europea dei Ricercatori**



**Inserto BEN  
Bollettino Epidemiologico Nazionale**

**Riconoscimento disagio psichico perinatale  
e sostegno alla maternità fragile, AUSL Bologna**

**Sorveglianza sugli adolescenti HBSC in Italia, 2018**

## SOMMARIO

### Gli articoli

Salute, religione e genere:

la medicina di genere nelle comunità di stranieri residenti in Italia .....	3
Rapporto annuale sulla legionellosi in Italia nel 2018 .....	7
Secondo Convegno. Tecnologie per la fragilità e la disabilità .....	14
Avvicinare i cittadini alla ricerca scientifica con la Notte Europea dei Ricercatori .....	18

### Le rubriche

News. Il Volo di Pegaso. XII edizione .....	21
Nello specchio della stampa. Autismo: al via il primo Corso Alta Formazione presso l'ISS .....	22
Presentati i dati PASSI d'Argento ISS su qualità di vita degli ultra65enni con diagnosi di tumore .....	22

### Bollettino Epidemiologico Nazionale (Inserito BEN)

Abstract .....	23
(full-text online)	



Il Centro di Medicina di Genere dell'ISS è coinvolto in un Progetto su interventi di informazione per gli immigrati e di formazione per gli operatori sanitari nella regione Lazio

pag. 3

Nel 2018 sono pervenute al Registro Nazionale della Legionellosi dell'ISS 2.964 schede di notifica di casi con un cospicuo aumento del 47% rispetto al 2017

pag. 7



Dal Convegno è emerso, a oggi, che le realtà coinvolte nello sviluppo di tecnologie a sostegno della fragilità e disabilità sono ancora realtà separate

pag. 14

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, endocrino-metaboliche e 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

#### Organismo notificato

*Legale rappresentante e Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità:*  
Silvio Brusafferro

*Direttore responsabile:* Paola De Castro

*Comitato scientifico, ISS:* Barbara Caccia, Paola De Castro, Loredana Ingrosso, Cinzia Marianelli, Luigi Palmieri, Anna Maria Rossi, Maria Teresa Tebano, 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

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

*Redazione del Notiziario*

Servizio Comunicazione Scientifica

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 2019

Numero chiuso in redazione il 29 novembre 2019



Stampato in proprio

## SALUTE, RELIGIONE E GENERE: LA MEDICINA DI GENERE NELLE COMUNITÀ DI STRANIERI RESIDENTI IN ITALIA



Claudio Giovannini, Walter Malorni, Mario Patrizio  
*Centro di Riferimento Medicina di Genere, ISS*

**RIASSUNTO** Compito del Servizio Sanitario Nazionale è garantire l'accesso ai servizi di prevenzione diagnosi e cura a ogni individuo presente sul territorio nazionale, indipendentemente da genere, religione o etnia. Una parte consistente della popolazione, rappresentata dagli stranieri presenti in Italia, sia residenti che non residenti, presenta problematiche nuove e sconosciute per il nostro sistema sanitario, tra cui concetti diversi dal resto della popolazione su salute, malattia e genere, fortemente determinati da cultura e religione. Il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere insieme al Tavolo Interreligioso di Roma è coinvolto in un Progetto nella regione Lazio riguardante interventi di informazione per la popolazione immigrata e di formazione per gli operatori sanitari. Il Progetto è stato oggetto di un primo incontro presso l'Istituto Superiore di Sanità con i rappresentanti religiosi e le realtà e territoriali il 28 febbraio 2019.

**Parole chiave:** genere; religioni; immigrati

**SUMMARY** (*Health, religion and gender: the gender medicine in the communities of immigrants resident in Italy*) The Italian National Health Service's task is to ensure access to diagnosis and care prevention services for every individual in the country, regardless of gender, religion or ethnicity. A large part of the population, represented by foreigners present in Italy, both residents and non-residents, presents new and unknown problems for our health system, including ideas different from the rest of the population on health, disease and gender, strongly determined by culture and religion. The Center for Gender Medicine of the Italian National Institute of Health (ISS) together with the "Rome Table of Interreligious Dialogue" is involved in a Project in the Latium region concerning information interventions for the immigrant population and training for health staff. The Project was the subject of a first meeting at the ISS with the religious representatives and territorial realities on February 28, 2019.

**Key words:** gender; religion; immigrant population

claudio.giovannini@iss.it

Con la Legge n. 3 dell'11 gennaio 2018 la medicina di genere è entrata di diritto nelle attività del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e l'art. 3 della Legge ha conferito al Centro di Riferimento Medicina di Genere (MEGE) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il ruolo di promuovere e organizzare un Piano volto alla diffusione della medicina di genere e al superamento delle disuguaglianze sanitarie derivanti da uno scarso, e in molti casi assente, approccio genere-specifico alla medicina. Nel maggio 2019, la Conferenza Stato-Regioni ha dato parere favorevole al Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere sul territorio nazionale.

Il Piano è nato dall'impegno congiunto del Ministero della Salute e del MEGE in collaborazione con un Tavolo tecnico-scientifico, che vede coinvolti oltre agli enti pubblici AIFA e AGENAS, anche gli esperti per la medicina di genere, nominati dalle regioni, e i referenti nazionali per la medicina di genere della rete degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

Il Piano indica gli obiettivi strategici, gli attori coinvolti e le azioni previste per l'applicazione di un approccio di genere in sanità nelle quattro aree d'intervento previste dalla Legge: i) percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; ii) ricerca ▶



e innovazione; iii) formazione; e iv) comunicazione. In questo contesto, il MEGE avrà un ruolo cruciale di promozione e coordinamento delle attività volte all'applicazione e diffusione della medicina di genere.

### **Cultura e religione: costruzione dei ruoli di genere**

In generale, con il termine “sesso” si indicano le caratteristiche biologicamente determinate che differenziano l'uomo e la donna (corredo cromosomico, apparati sessuali, differenze ormonali). Con il termine “genere” si indicano tutti quegli aspetti delle donne e degli uomini che vengono determinati dalla società in cui si vive, che provocano ulteriori differenze tra i due sessi (aspetti di natura sociale, economica e culturale) ([www.who.int/genomics/gender/en/](http://www.who.int/genomics/gender/en/)).

Cultura, religione, credenze e famiglia contribuiscono alla costruzione dei modelli di genere in tutte le popolazioni. All'interno di ogni cultura è importante la costruzione del ruolo che l'individuo deve occupare nella società. La costruzione dei ruoli di genere si forma quindi attraverso un processo di apprendimento che inizia fin dall'infanzia assegnando ai due sessi biologici diversi modelli di comportamento, di obblighi e di diritti. Si nasce maschi o femmine (sesso), ma nel corso della vita

si diventa uomini e donne (genere) solo dopo aver adottato comportamenti diversi, influenzati e regolati dal contesto sociale in cui si vive.

Il genere viene declinato in modi differenti nelle diverse culture in base a norme via via stabilite che risultano funzionali a dare risposte a situazioni socio-economiche specifiche. In tali risposte è sempre presente l'intreccio tra cultura e religione a cui la società fa riferimento. Si tratta di un'interazione che si diversifica anche tra le diverse popolazioni che seguono una stessa religione, ma che tende a persistere e a essere tramandata di generazione in generazione anche quando le situazioni cambiano e si viene a contatto con altre realtà; la religione assume, infatti, un importante ruolo identitario per i gruppi di popolazioni che si spostano in altri Paesi.

La medicina di genere si propone di promuovere e approfondire lo studio delle differenze uomo-donna rispetto a tutte le patologie presenti (cardiovascolari, autoimmuni, tumorali ecc. per un approfondimento [www.gendermedjournal.it/](http://www.gendermedjournal.it/)), ma con caratteristiche differenti (ad esempio, incidenza, prognosi, risposta alla terapia) nelle donne e negli uomini in modo da promuovere sia la salute della donna che quella dell'uomo e assicurare cure sempre più appropriate.

Le specificità di genere coinvolgono l'incidenza di molteplici patologie, croniche o infettive, la tossicità ambientale e farmacologica, le patologie lavoro-correlate, la salute mentale e la disabilità, il ricorso ai servizi sanitari per la prevenzione (screening e vaccinazioni), la diagnosi, il ricovero, la medicina d'urgenza, l'uso di farmaci e dispositivi medici, nonché l'atteggiamento nei confronti della malattia e nella percezione del dolore. Sono questi tutti elementi di rilevanza per l'SSN. Queste differenze si manifestano in tutte le fasce di età (infanzia, adolescenza, età adulta, vecchiaia) e si possono manifestare in maniera particolare in sottogruppi di popolazione svantaggiati economicamente o minoritari, inclusi gli appartenenti a culture e religioni diverse da quelle della maggioranza della popolazione, con specificità nei comportamenti, negli stili di vita, così come nel vissuto individuale e nel diverso ruolo sociale.

Le differenze sociali, economiche, politiche e di genere, se non adeguatamente individuate e affrontate nel rispetto delle diversità, possono tradursi in disegualianze sociali e anche in disegualianze in ambito sanitario: è necessario garantire l'accesso ai

servizi di prevenzione, diagnosi e cura a ogni individuo presente sul territorio nazionale, indipendentemente dall'appartenenza di genere, religione o etnia.

### Multiculturalità e pluri-religiosità: promozione della medicina di genere specifica nella popolazione immigrata

Una delle azioni atte alla promozione della medicina di genere individuate dal MEGE è quella di intervenire sulle barriere che limitano l'accesso ai servizi offerti dall'SSN a una parte consistente della popolazione, rappresentata dai residenti stranieri in Italia (n. 5.144.4400 dati ISTAT al 1° gennaio 2018), che appartengono a fedi religiose diverse dalla cattolica (prevalente nel Paese di accoglienza) e che provengono da circa 200 Paesi, con problematiche diverse dovute alla cultura, alle tradizioni e all'etnia di appartenenza. Risulta necessaria l'individuazione delle strategie da mettere in atto affinché l'SSN, in un'ottica di specificità di genere, sia in grado di far fronte a queste diverse realtà culturali e religiose al fine di garantire adeguate prestazioni a ogni individuo residente nel territorio



Workshop "Salute, religione e genere", Aula Bovet, 28 febbraio 2019. Da sinistra: Maria Angela Falà (Presidente Tavolo Interreligioso, Roma), Mario Patrizio (ISS), Paola Gabrielli (Presidente Emerito Tavolo Interreligioso, Roma), Claudio Giovannini (ISS)

nazionale. Il MEGE ha quindi ritenuto importante coinvolgere le diverse comunità etnico-religiose presenti sul territorio nazionale, stabilendo un rapporto collaborativo con le organizzazioni che già lavorano per la loro integrazione, e in particolare nel Lazio, con il Tavolo Interreligioso di Roma, un'associazione costituita da esponenti di otto diverse confessioni religiose, operante sul territorio da circa trent'anni, e le realtà sanitarie del territorio, come le ASL del Lazio. L'obiettivo è quello di individuare le maggiori criticità sia per questa parte di popolazione che per gli operatori dell'SSN.

### Workshop "Salute, religione e genere"

Il 28 febbraio 2019 presso l'Aula Bovet dell'ISS si è svolto il Workshop "Salute, religione e genere". L'evento, organizzato dal MEGE, ha avuto come finalità la presentazione del Progetto "Sistemi di interventi per la medicina genere-specifica nelle società multiculturali e pluri-religiose", che nasce da un Protocollo d'intesa, siglato nel 2018, tra l'ISS e il Tavolo interreligioso di Roma.

Le principali problematiche di natura etnico-religiose riguardanti il rapporto tra popolazione migrante residente e l'SSN, che generano disuguaglianze nell'accesso ai servizi per i diversi gruppi di migranti, sono state elencate e discusse dagli interventi degli esponenti delle diverse confessioni religiose presenti. Problemi comuni a tutta la popolazione migrante riguardano la difficoltà di accesso al sistema sanitario del Paese ospitante per la non conoscenza delle sue regole e ►

**Workshop**  
**Salute, Religione e Genere**  
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'  
Viale Regina Elena, 299 - ROMA  
28 febbraio 2019  
AULABOVET  
ore 9.00

**Progetto:**  
**Sistema di interventi**  
**per la medicina genere-specifica**  
**nelle società multiculturali e pluri-religiose**

**Centro di Riferimento per la Medicina di Genere**  
in collaborazione con  
**Tavolo Interreligioso di Roma**



del suo funzionamento, per le barriere linguistiche e culturali e per la diffidenza verso un sistema che i migranti non riconoscono come loro. Altri problemi riguardano carenze oggettive del nostro sistema sanitario, quali l'assenza di formazione specifica degli operatori sanitari sulla cultura di cui sono portatori i migranti, sui loro specifici bisogni, le loro aspettative di cura, le loro particolari convinzioni etnico-religiose, incluse quelle relative all'appartenenza di genere, in alcuni casi una "variabile" fondamentale.

Alcune criticità paradigmatiche emerse nel dibattito sono le seguenti:

- per alcune confessioni religiose si assiste a problematiche genere-specifiche molto rilevanti: può verificarsi che, per motivi culturali e religiosi, sia il marito della paziente, e non la stessa, a riferire al medico i sintomi percepiti;
- si rifiutino i soccorsi anche in situazioni di necessità estrema, per l'assenza di personale sanitario appartenente allo stesso sesso;
- gli uomini non vogliono richiedere assistenza in caso di malattia perché considerata una debolezza rispetto al ruolo che il proprio genere occupa nel gruppo sociale;
- generalmente, le donne induiste non si recano dal medico perché contrarie a farsi visitare;
- per il Buddhismo il monaco non può essere curato da un medico di sesso femminile (in Oriente gli ospedali hanno padiglioni riservati ai soli monaci).

Per quanto riguarda la sessualità:

- l'ebraismo obbliga soltanto l'uomo a procreare, mentre la donna può fare uso di contraccettivi;
- per l'induismo, la cremazione deve avvenire subito dopo la morte, mentre per i cristiani avventisti il corpo non può essere toccato fino alla tumulazione: ciò impedisce, in entrambi i casi, qualsiasi tipo di pratica di rianimazione;
- sono confermate le diffidenze verso la medicina occidentale di gruppi appartenenti a religioni orientali, che continuano a seguire le medicine tradizionali del proprio Paese.

Dopo gli interventi dei rappresentanti delle diverse religioni, il dibattito che ne è seguito ha avuto come tema le criticità rilevate dagli operatori sanitari nel rapporto con l'utenza dei residenti stranieri in Italia. Inoltre, i rappresentanti delle ASL di Roma 1, di Viterbo e di Latina, dell'Associazione di Volontari Ospedalieri (AVO) e del Centro Servizi per il Volontariato (CESV), hanno contribuito ad arricchire la tematica dell'incontro con la loro conoscenza radicata sul territorio.

Le ASL e le associazioni di volontariato coinvolte nel Progetto hanno confermato la loro disponibilità a contribuire fattivamente all'attuazione degli obiettivi previsti dal Progetto. Tra questi, la necessità di promuovere attività di divulgazione e di comunicazione per migliorare in questa parte di popolazione la conoscenza dei servizi messi a disposizione dell'SSN (anche di tipo specialistico, di prevenzione, diagnosi e cura) con particolare attenzione alle specificità di genere, avvalendosi del contributo dei rappresentanti delle confessioni religiose e delle realtà sanitarie sul territorio. Il fine ultimo è, da un lato, quello di "censire" le maggiori criticità e disuguaglianze all'interno di queste popolazioni, dall'altro di cercare di sviluppare un approccio sanitario "rispettoso" dei valori culturali espressi da queste confessioni, ma che tenga conto anche delle problematiche a carico degli operatori sanitari. ■

#### 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.*

# RAPPORTO ANNUALE SULLA LEGIONELLOSI IN ITALIA NEL 2018



Maria Cristina Rota, Maria Grazia Caporali, Antonino Bella,  
Maria Scaturro, Stefania Giannitelli e Maria Luisa Ricci  
Dipartimento di Malattie Infettive, ISS

**RIASSUNTO** Nell'articolo sono analizzati i dati relativi ai casi di legionellosi diagnosticati e notificati al Registro Nazionale della Legionellosi dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel 2018. Complessivamente sono pervenute all'ISS 2.964 schede di sorveglianza relative ad altrettanti casi di legionellosi; di questi, 2.876 sono casi confermati e 88 sono casi probabili. L'incidenza è risultata pari a 48,9 casi per milione di abitanti con un gradiente Nord Sud con valori pari a 75,3 casi per milione al Nord, 49,9 per milione al Centro e 13,2 per milione al Sud. Il 15,7% dei soggetti riferisce un'esposizione a rischio nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi. Dei 2.964 casi notificati, 101 (3,4%) erano stati ricoverati in ospedale o in clinica, 298 casi (10,1%) avevano pernottato almeno una notte in luoghi diversi dall'abitazione abituale (alberghi, campeggi, navi, abitazioni private), 64 casi (2,2%) erano residenti in comunità chiuse, 4 casi (0,1%) avevano altri fattori di rischio. Il test dell'antigene urinario si conferma lo strumento diagnostico più utilizzato (96,3%). Nel 99,9% dei casi l'agente responsabile della patologia è stato *Legionella pneumophila*. La letalità registrata per i casi comunitari e nosocomiali è pari, rispettivamente, al 10,9% e al 51,7%.

**Parole chiave:** legionellosi; Italia; anno 2018; epidemiologia

**SUMMARY** (*Legionellosis in Italy in 2018*) In this article data regarding cases of legionellosis diagnosed in Italy in the year 2018 and notified to the National Surveillance System of the Italian National Institute of Health are analysed. Overall, 2,964 cases were notified, of which 2,876 confirmed and 88 probable. Overall the number of notifications per million inhabitants was 48.9; however, the number of notifications ranged from a 75.3 per million inhabitants in the North to 13.2 per million in the South of the country. Approximately, 15.7% of individuals reports an at-risk exposure in the 10 days before onset of symptoms. Out of 2,964 cases reported, 101 (3.4%) had been admitted to hospital, 298 cases (10.1%) were travel-associated, 65 cases (2.2%) were living in day care centres and 4 cases (0.1%) had other risk factors. The urinary antigen test was the most used diagnostic test (96.3%). *Legionella pneumophila* was responsible for the disease for 99.9% of the cases. Case-fatality ratio was 10.9% for community-acquired cases and 51.7% for hospital-acquired cases.

**Key words:** legionellosis; Italy; year 2018; epidemiology

mariacristina.rota@iss.it

La legionellosi è un'infezione causata da batteri appartenenti al genere *Legionella* e caratterizzata da diverse forme cliniche. L'agente eziologico è un batterio gram negativo che riconosce come serbatoio naturale gli ambienti acquatici sia naturali (come acqua dolce di laghi e fiumi) sia artificiali (come gli impianti idrici di strutture pubbliche e private). Sebbene recentemente sia stato documentato il primo caso di trasmissione interumana (1), tale modalità di trasmissione della malattia rimane altamente improbabile. L'infezione avviene principalmente per via respiratoria mediante inalazione di goccioline o di particelle contenenti il microrganismo.

La legionellosi è una malattia soggetta a notifica obbligatoria in Italia e in Europa, tuttavia si ritiene che essa sia ampiamente sottostimata per due ragioni principali: da un lato viene poco diagnosticata poiché raramente si sottopongono i pazienti ai test di laboratorio specifici prima di instaurare una terapia antibiotica, dall'altro non sempre viene notificata alle autorità sanitarie poiché non tutti gli operatori sanitari sono ligi nell'ottemperare gli obblighi di notifica.

Come riportato nel Rapporto sulla sorveglianza della legionellosi in Europa nel 2017, pubblicato dall'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2), in Europa la legionellosi pre-

senta tassi di incidenza molto variabili da Paese a Paese in relazione sia alla qualità dei sistemi di sorveglianza nazionali sia ai fattori di rischio peculiari di ciascuna realtà locale.

In questo articolo vengono presentati i risultati dell'analisi delle schede di sorveglianza compilate per cittadini italiani o stranieri ricoverati in Italia e inviate al Registro Nazionale della Legionellosi, coordinato e gestito dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), durante l'anno 2018. Tali schede contengono informazioni dettagliate circa la possibile fonte di infezione, il quadro clinico e l'accertamento eziologico di ogni caso di legionellosi diagnosticato.

Sono, inoltre, riportati i risultati relativi alla sorveglianza effettuata su turisti stranieri che hanno soggiornato e, verosimilmente, acquisito l'infezione in Italia nello stesso anno. Tali casi vengono segnalati all'ISS dall'ECDC che coordina la rete europea di sorveglianza della legionellosi associata ai viaggi (European Legionnaires' Disease Surveillance network ELDSnet).

Sono, infine, riportati i dati della sorveglianza microbiologica relativi ai casi per i quali il Laboratorio Nazionale di Riferimento per le Legionelle del Dipartimento di Malattie Infettive (MIPI) dell'ISS ha ricevuto campioni clinici o ceppi isolati per la conferma diagnostica.

## Registro Nazionale della Legionellosi

Nel 2018 sono pervenute all'ISS 2.964 schede di sorveglianza relative ad altrettanti casi di legionellosi, di cui 2.876 classificati come confermati e 88 come probabili in accordo alla definizione di caso europea modificata nel 2012 (3). Di questi, 505 casi sono stati identificati a posteriori; infatti, come ogni anno, è stato inviato alle regioni l'elenco dei nominativi delle schede pervenute al Registro della Legionellosi con la richiesta di verificare la completezza delle segnalazioni e di inviare le eventuali schede mancanti. Tale confronto ha evidenziato che il 17% delle schede non erano state segnalate al Registro tramite l'apposita scheda di sorveglianza.

Il Laboratorio Nazionale di Riferimento per le Legionelle del Dipartimento MIPI/ISS ha ricevuto 350 campioni clinici e ceppi per la conferma diagnostica o per la determinazione del tipo di *Legionella pneumophila*.

Il 77,8% dei casi è stato notificato da 6 regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Piemonte), il rimanente 22,2% è stato notificato dalle rimanenti 15 regioni e province autonome (PA).

L'incidenza della legionellosi in Italia nel 2018 è risultata pari a 48,9 casi per milione di abitanti, con un significativo aumento rispetto all'anno precedente (33,2/1.000.000) (Figura 1). Tuttavia, si osserva

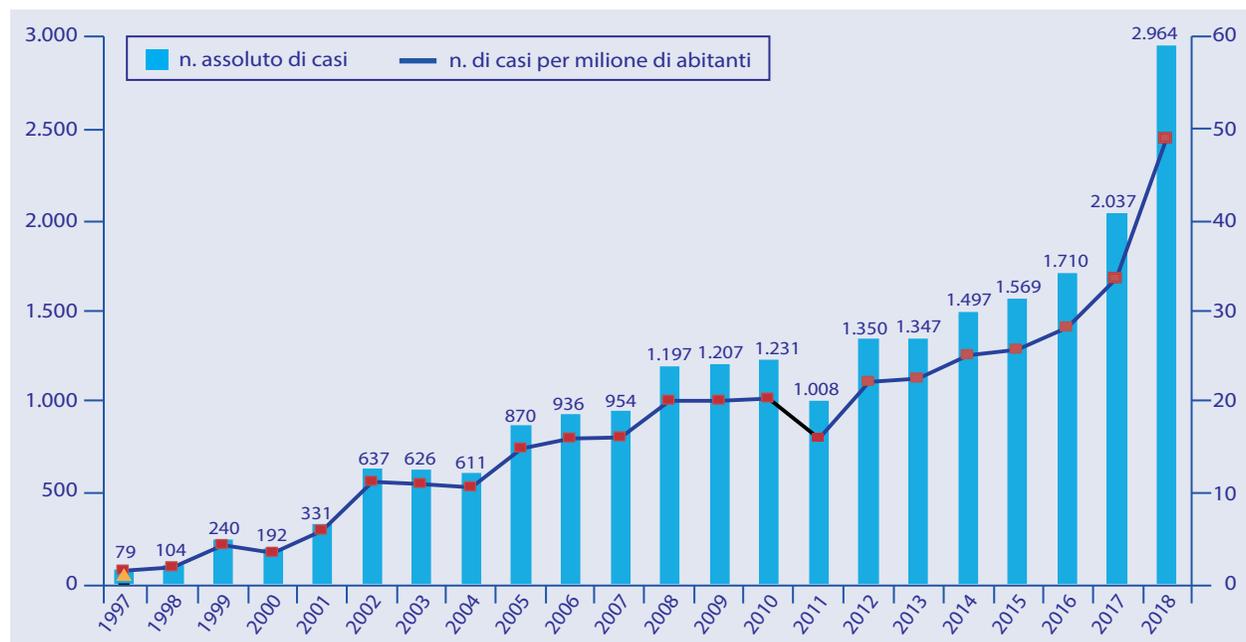


Figura 1 Numero di casi e tasso di incidenza della legionellosi dal 1997 al 2018

un gradiente Nord Sud con valori pari a 75,3 casi per milione al Nord, 49,9 per milione al Centro e 13,2 per milione al Sud. L'età media dei pazienti è di 65,4 anni (DS 15,4), con un intervallo compreso tra 0 e 100 anni; inoltre, l'analisi in base alla distribuzione per età dimostra che circa il 64% dei casi ha almeno 60 anni. Il 70,1% dei casi di legionellosi è di sesso maschile e il rapporto maschi/femmine è di 2,3:1.

In Tabella 1 sono riportati il numero di casi e il tasso di incidenza per fascia d'età e sesso.

### Fattori di rischio e possibili esposizioni

Un'esposizione a rischio nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi è stata riportata dal 15,8% dei soggetti. Dei 2.964 casi notificati, 298 casi (10,1%) avevano pernottato almeno una notte in luoghi diversi dall'abitazione abituale (alberghi, campeggi, navi, abitazioni private), 101 (3,4%) erano stati ricoverati in ospedale, 64 casi (2,2%) erano residenti in case di riposo per anziani o RSA o strutture di riabilitazione, 4 casi (0,1%) avevano altri fattori di rischio (soggiorno in carceri o in comunità) (Figura 2). L'84,2% dei casi è stato classificato come di origine comunitaria (vale a dire non nota) in quanto non ha riportato alcun soggiorno al di fuori della propria abitazione durante il periodo di incubazione della malattia, anche se 23 soggetti hanno riferito di aver frequentato una piscina e 24 di essersi sottoposti a cure odontoiatriche. Il 48% dei pazienti affetti da legionellosi presentava altre patologie concomitanti, prevalentemente di tipo cronico-degenerativo (diabete, ipertensione, broncopatia cronico-ostruttiva, 76%), neoplastico

(16%), autoimmune (3%), infettivo (1,8%), tra-pianti (1,2%) e altre patologie (2%). In Tabella 2 è riportato il numero di casi per regione e per esposizione.

### Infezioni nosocomiali

Nel 2018 i casi nosocomiali segnalati sono stati 101 (3,4% dei casi totali notificati), di cui 46 (45,5%) di origine nosocomiale confermata e 55 (54,5%) di origine nosocomiale probabile. L'andamento dei casi di legionellosi di origine nosocomiale confermata o probabile dal 1997 al 2018 è illustrato in Figura 3.

Lombardia, PA di Trento, Emilia-Romagna, Lazio e Toscana hanno notificato il 72% dei casi nosocomiali. Il numero di casi di origine nosocomiale confermata o probabile per regione di notifica è riportato in Figura 4.

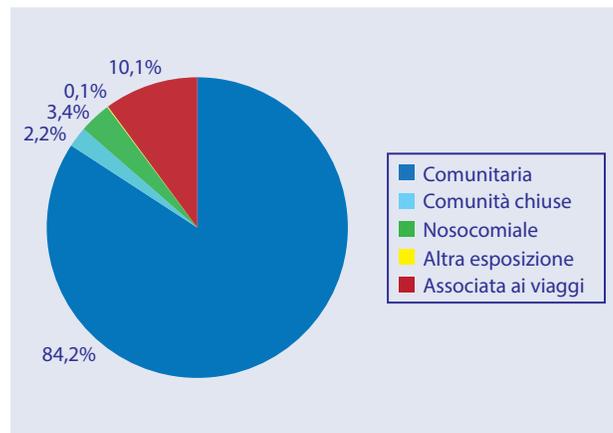


Figura 2 Distribuzione percentuale dei casi per potenziale esposizione all'infezione

Tabella 1 Numero di casi e tasso di incidenza per fascia d'età e sesso

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	n. casi	Tasso (n./milione)	n. casi	Tasso (n./milione)	n. casi	Tasso (n./milione)
0-19	10	1,7	4	0,7	14	1,3
20-29	20	6,2	3	1,0	23	3,7
30-39	87	22,8	24	6,3	111	14,6
40-49	257	53,3	58	11,9	315	32,4
50-59	465	107,5	133	29,4	598	67,5
60-69	441	125,6	199	52,1	640	87,3
70-79	439	172,1	179	58,0	618	109,7
80+	357	245,2	284	109,5	641	158,3
<b>Totale</b>	<b>2.076</b>	<b>70,5</b>	<b>884</b>	<b>28,3</b>	<b>2.960</b>	<b>48,9</b>

Tabella 2 Numero di casi e incidenza per regione e per esposizione, 2018

Regioni	Comunitari		Nosocomiali		Altre strutture sanitarie		Associati ai viaggi		Associati con altre esposizioni		Incidenza 1.000.000	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Abruzzo	33	86,8	0	0,0	0	0,0	5	13,2	0	0,0	38	28,6
Basilicata	7	50,0	1	7,1	0	0,0	6	42,9	0	0,0	14	24,4
Calabria	3	60,0	1	20,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	5	2,5
Campania	111	92,5	1	0,8	1	0,8	7	5,8	0	0,0	120	20,5
Emilia-Romagna	383	78,8	13	2,7	19	3,9	71	14,6	0	0,0	486	109,3
Friuli Venezia Giulia	46	80,7	2	3,5	2	3,5	7	12,3	0	0,0	57	46,7
Lazio	231	87,8	8	3,0	4	1,5	20	7,6	0	0,6	263	44,7
Liguria	86	81,1	6	5,7	6	5,7	8	7,5	0	0,0	106	67,5
Lombardia	877	87,5	27	2,7	13	1,3	84	8,4	1	0,1	1.002	100,1
Marche	65	89,0	1	1,4	0	0,0	7	9,5	0	0,0	73	47,3
Molise	1	25,0	2	50,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	4	12,8
Provincia Autonoma di Trento	41	66,1	14	22,6	2	3,2	5	8,1	0	0,0	62	115,2
Provincia Autonoma di Bolzano	22	81,5	0	0,0	1	3,7	4	14,8	0	0,0	27	51,8
Piemonte	151	81,0	5	2,8	5	2,8	15	8,5	1	0,6	177	40,2
Puglia	53	75,7	6	8,6	2	2,9	8	11,4	0	1,0	70	17,2
Sardegna	9	90,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	10	6,0
Sicilia	10	76,9	1	7,7	0	0,0	2	15,4	0	0,0	13	2,6
Toscana	187	87,0	8	3,7	5	2,3	15	7,0	0	0,0	215	57,4
Umbria	44	88,0	0	0,0	0	0,0	6	12,0	0	2,9	50	56,1
Valle d'Aosta	5	62,5	0	0,0	1	12,5	2	25,0	0	0,0	8	62,8
Veneto	132	80,5	4	2,4	3	1,8	24	14,6	1	0,6	164	33,4
<b>Totale</b>	<b>2.497</b>	<b>84,3</b>	<b>101</b>	<b>3,3</b>	<b>64</b>	<b>2,2</b>	<b>298</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>0,1</b>	<b>2.964</b>	<b>48,9</b>

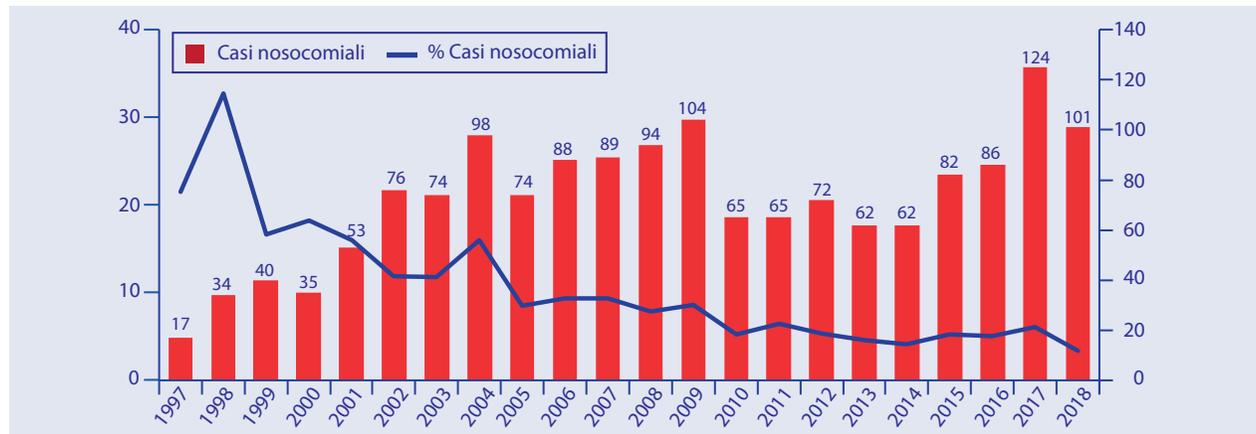


Figura 3 Casi di legionellosi di origine nosocomiale nel periodo 1997-2018

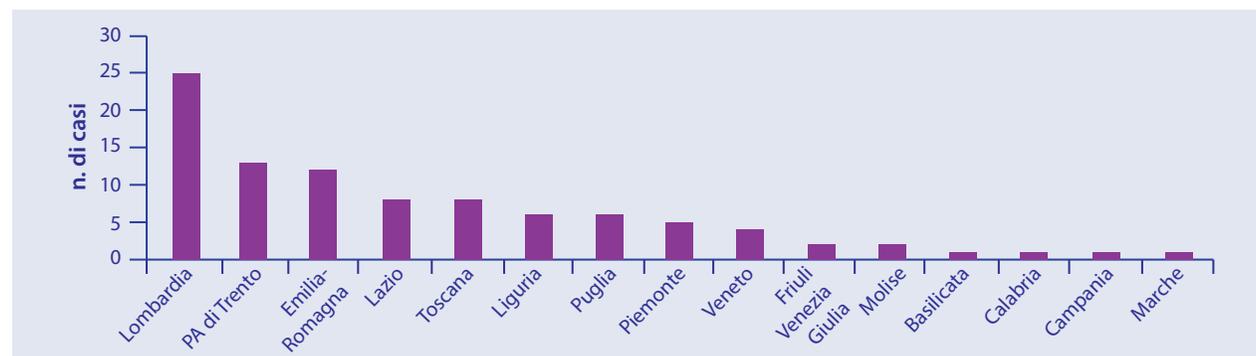


Figura 4 Casi nosocomiali notificati per regione nel 2018

Sono stati registrati 20 cluster nosocomiali che hanno coinvolto complessivamente 55 casi. I rimanenti 46 ospedali hanno notificato ciascuno un singolo caso nosocomiale confermato o probabile.

L'età media dei casi nosocomiali è di 73,5 anni (range: 29-97 anni); le patologie alla base del ricovero erano prevalentemente di tipo cronico-degenerativo (55,7%) o neoplastico (32,9%). Il tasso di letalità tra i casi nosocomiali per i quali è noto l'esito della malattia (29% del totale) è pari a 51,7%.

Sono stati, inoltre, notificati 64 casi associati con il soggiorno presso case di riposo o residenze sanitarie assistenziali (RSA).

### Durata del ricovero ed esito della malattia

Esclusi i casi nosocomiali, la durata del ricovero ospedaliero è nota per il 34,5% dei casi ed è stata in media di 11 giorni (intervallo 0-127, DS 10,2).

L'esito della malattia è noto per il 37,3% di tutti i pazienti; di questi, nell'88% dei casi è stata segnalata guarigione o miglioramento, mentre nel 12% dei casi il paziente è deceduto. La letalità dei casi comunitari (calcolata sul totale dei casi per i quali è disponibile l'informazione sull'esito della malattia) è pari a 10,9%, significativamente inferiore alla letalità dei casi nosocomiali sopra indicata.

### Criterio diagnostico

Il 99,2% dei casi è stato diagnosticato mediante un singolo test di laboratorio, il rimanente 0,8% tramite due o tre test. Il metodo diagnostico più frequentemente utilizzato è stato la rilevazione dell'antigene solubile urinario di *L. pneumophila* (96,3%), seguito nello 0,5% dei casi dall'isolamento del microrganismo da materiale proveniente dall'apparato respiratorio, nell'1,6% dei casi dalla sierologia, e nell'1,6% dei casi da PCR o immunofluorescenza.

Il Laboratorio Nazionale di Riferimento ha ricevuto complessivamente 330 campioni clinici ed effettuato la conferma diagnostica su 15 reperti autoptici (tessuto polmonare), 312 campioni respiratori, un campione di urine e 3 campioni di siero. I Laboratori di riferimento regionali hanno, inoltre, inviato 19 ceppi per la tipizzazione, risultati tutti *L. pneumophila* sierogruppo 1 (Lp1) tranne 6: 4 sierogruppo 2, 1 sierogruppo 6, 1 sierogruppo 10. Tredici dei 19 ceppi ricevuti sono stati tipizzati con il metodo basato

sulla sequenza (SBTSequence based typing) di 7 geni (profilo allelico), ciascuno poi rappresentato da un numero, che insieme agli altri determinerà il Sequence Type (ST). Gli ST più rappresentati sono stati ST23 e ST1455. È pervenuto, inoltre, un ceppo di *Legionella longbeachae*, raramente isolato in Italia.

### Eventi epidemici

Nel 2018 si sono verificati due importanti eventi epidemici: il primo ha coinvolto 52 persone, di cui 5 decedute, residenti nella città di Bresso (MI); il secondo ha coinvolto 105 persone residenti in alcuni comuni situati tra le province di Brescia e di Mantova.

Il Laboratorio Nazionale di Riferimento ha contribuito all'indagine dell'epidemia con la conferma diagnostica di alcuni casi e la tipizzazione dei ceppi clinici e ambientali inviati dai laboratori periferici. La tipizzazione dei ceppi clinici ha dimostrato che l'epidemia di Bresso è stata causata da *L. pneumophila* sierogruppo 1, sottogruppo Philadelphia France/Allentown ST23. L'unica correlazione genomica è stata trovata con ceppi ambientali isolati da una fontana pubblica. Altri ceppi di Lp1 isolati da torri di raffreddamento sono risultati in prevalenza ST1, con profilo allelico diverso dall'ST23, che ha caratterizzato i ceppi isolati sia dai campioni clinici che dalla fontana.

Nell'epidemia delle province di Brescia e Mantova, 28 casi sono confermati e 77 probabili.

I 7 ceppi clinici isolati sono stati tipizzati come segue: 3 Lp2 ST1455; 2 Lp1 ST23, 1 Lp1 ST62 e 1 Lp1 ST328.

La tipizzazione diretta del DNA di *Legionella* nei campioni respiratori risultati positivi, ovvero la nested-SBT, ha dato i seguenti risultati: ST1455 in un campione, un ST molto simile all'ST1455 in 5 campioni e un ST dissimile dall'ST1455 nei rimanenti campioni.

Tra i campioni ambientali analizzati, una correlazione genomica è stata riscontrata solo con ceppi isolati dal fiume Chiese (*L. pneumophila* sierogruppo 2 ST1455). Tuttavia, in questa epidemia la fonte di infezione è rimasta sconosciuta poiché è difficile spiegare, anche attraverso l'ausilio delle indagini epidemiologiche, come la presenza di *Legionella* nel fiume possa aver trasmesso l'infezione a un così elevato numero di persone. ►

## Sorveglianza internazionale della legionellosi nei viaggiatori

Le informazioni relative ai pazienti stranieri che hanno probabilmente acquisito l'infezione in Italia sono state fornite dall'ECDC nell'ambito del Programma di sorveglianza denominato ELDSnet.

I casi che si verificano in cittadini italiani che hanno viaggiato in Italia o all'estero vengono invece notificati dall'ISS all'ELDSnet. Nel caso in cui la possibile fonte di infezione sia una struttura recettiva straniera, l'ELDSnet provvede a informare le autorità sanitarie del presunto Paese d'infezione.

Maggiori informazioni sulla sorveglianza della legionellosi in Europa sono disponibili sul sito dell'ECDC all'indirizzo: [www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/legionnaires\\_disease/Pages/index.aspx](http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/legionnaires_disease/Pages/index.aspx).

### Casi in turisti stranieri e italiani in Italia

Considerando complessivamente sia i turisti italiani che quelli stranieri, nel 2018 sono stati notificati all'ISS 518 casi di legionellosi associata ai viaggi, di cui 298 diagnosticati in Italia e 220 segnalati all'ISS da ELDSnet.



I casi associati ai viaggi, notificati dalle ASL e dagli ospedali italiani, sono stati complessivamente 298, di cui il 94,2% aveva soggiornato in albergo e il rimanente 5,8% in altre strutture recettive (campeggi, navi ecc.). La maggioranza dei turisti italiani ha viaggiato in Italia e 99 turisti hanno soggiornato presso strutture recettive già associate a casi di legionellosi. Solo nell'11% dei casi la meta del viaggio è stata una località straniera.

I casi di legionellosi verificatisi in turisti stranieri che hanno visitato l'Italia e notificati all'ISS dall'ELDSnet sono stati complessivamente 220. I Paesi di provenienza della maggior parte dei turisti stranieri sono stati: Germania (10,3%), Francia e Olanda (5,3%), Regno Unito (4,9%), Austria (2,9%).

L'età media dei turisti (sia italiani che stranieri) è di 64,2 anni (DS 34,2). Complessivamente, i 518 turisti hanno soggiornato in 692 strutture recettive situate in Emilia-Romagna (10,6%), Puglia (9,7%), Toscana (9,4%), Veneto (9,4%), Lombardia (8,3%), Lazio (7,4%), PA di Bolzano e Trento (8,6) e le rimanenti regioni (36,6%).

### Cluster

Nel 2018 sono stati notificati 103 cluster associati con altrettante strutture recettive italiane. Di queste, 27 erano già state associate con casi di legionellosi nei due anni precedenti. Complessivamente, i cluster hanno coinvolto 176 turisti, di cui 99 italiani e 77 stranieri. L'età media dei casi è di 63,6 anni, il 68,3% dei casi è di sesso maschile e il rapporto maschi/femmine è di 1,8:1. La durata del soggiorno è stata mediamente di 7 giorni, i cluster hanno coinvolto un minimo di 2 e un massimo di 4 turisti e si sono verificati tre decessi.

In 57 strutture recettive (55%), i cluster erano costituiti da turisti della stessa nazionalità, mentre nelle restanti 46 strutture (45%) i cluster includevano i soggetti di nazionalità diverse e non sarebbero stati identificati in assenza della rete di sorveglianza europea.

Le indagini ambientali sono state immediatamente effettuate in tutte le strutture coinvolte.

I campionamenti eseguiti a seguito della notifica di cluster hanno portato all'isolamento di *L. pneumophila* in 66/103 strutture recettive campionate (64%); le concentrazioni erano comprese tra  $10^2$  e  $2,5^6$  unità formanti colonia per litro (UFC/L). Negli alberghi

risultati positivi sono state messe in atto idonee misure di controllo, che hanno riportato le cariche batteriche entro i limiti consentiti, come dimostrato dai prelievi ambientali di verifica, effettuati successivamente agli interventi di bonifica.

Le linee guida europee prevedono che in caso di cluster vengano inviate all'ECDC due relazioni, a distanza rispettivamente di due e sei settimane dalla notifica del cluster, che riportano le misure di controllo intraprese. In assenza di tali relazioni o se le relazioni indicano che le misure di controllo non sono soddisfacenti, l'ECDC pubblica il nome della struttura inadempiente sul suo sito web (<https://ecdc.europa.eu/en/legionnaires-disease/threats-and-outbreaks/accommodation-site>).

Le relazioni sono state inviate entro i tempi previsti al centro di coordinamento ELDSnet per tutte le strutture recettive tranne 4, i cui nomi sono stati pubblicati sul sito web in aggiunta alle 2 già presenti dal 2017.

## Conclusioni e raccomandazioni

Nel 2018 sono stati notificati all'ISS complessivamente 2.964 casi di legionellosi, con un incremento del 47% rispetto all'anno precedente. L'incidenza della malattia risulta, come negli anni precedenti, superiore nelle regioni del Nord (75,3 casi/1.000.000 abitanti) rispetto a quelle del Sud e Isole (13,2 casi/1.000.000 abitanti) e a quelle del Centro (49,9 casi/1.000.000 abitanti).

Per una diagnosi quanto più possibile corretta si ribadisce la necessità di utilizzare il maggior numero di test diagnostici disponibili, dando particolare rilievo al metodo colturale al fine di risalire all'origine dell'infezione ed evitare che altri casi di malattia possano verificarsi. Purtroppo, solo lo 0,8% dei casi è stato diagnosticato con 2 o più test.

L'uso della PCR per la diagnosi di caso probabile di legionellosi è aumentato dallo 0,1% del 2017 all'1,4% nel 2018; tuttavia, sarebbe opportuno che i laboratori utilizzassero il più possibile questo metodo (di cui si sta discutendo a livello europeo affinché sia riconosciuto valido per la conferma di caso di legionellosi). Il risultato positivo della PCR dovrebbe spingere il microbiologo a ricercare con maggiore insistenza Legionella attraverso l'esame colturale (semina di maggior quantità di campione su più piastre di terreno

specifico) e, al tempo stesso, a effettuare la tipizzazione diretta del DNA di Legionella mediante Nested-SBT nel tentativo di trovare corrispondenza con gli isolati ambientali, per risalire all'origine dell'infezione.

Qualora ci fosse incertezza nella diagnosi e nel laboratorio che effettua tale attività non fosse possibile utilizzare più di un metodo diagnostico, i campioni possono essere spediti al Laboratorio Nazionale di Riferimento per le Legionelle dell'ISS o ai Laboratori Regionali di riferimento per la diagnosi clinica di legionellosi, il cui elenco è disponibile nell'allegato 8 delle "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi" (4).

Il cospicuo aumento dei casi rilevato nel 2018, rispetto agli anni precedenti, evidenzia la necessità di promuovere attività formative/informative per tutte le categorie a rischio di legionellosi, come indicato nelle linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi del 2015, al fine di diffondere una maggiore consapevolezza rispetto al rischio di acquisizione della malattia. ■

## Ringraziamenti

*Gli autori sono grati a tutti gli operatori sanitari (microbiologi, medici, infermieri, assistenti sanitari, laboratoristi ecc.) che hanno collaborato inviando le schede di sorveglianza, i campioni biologici, i ceppi di Legionella isolati.*

## 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. Correia AM, Ferreira JS, Borges V, et al. Probable person-to-person transmission of Legionnaires' Disease. *N Engl J Med* 2016;374(5):497-8.
2. European Centre for Disease Prevention and Control ECDC. Legionnaires' disease. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019.
3. European Commission. Commission implementing Decision of 8 August 2012 amending Decision 2002/253/EC laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No. 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2012:262:0001:0057:EN:PDF>).
4. Nuove linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi ([www.iss.it/binary/iss4/cont/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2362.pdf](http://www.iss.it/binary/iss4/cont/C_17_pubblicazioni_2362.pdf)).

## Secondo Convegno

# TECNOLOGIE PER LA FRAGILITÀ E LA DISABILITÀ

Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 6-7 giugno 2019

Paola Meli, Daniele Giansanti, Sandra Morelli, Carla Daniele, Giuseppe D'Avenio, Carmela Antonietta Petrola, Maurizio Lucentini, Marzia Capelli, Marco Sabatini, Mauro Grigioni  
Centro Nazionale Tecnologie Innovative in Sanità Pubblica, ISS

**RIASSUNTO** Il 6 e 7 giugno 2019 si è tenuto il Secondo Convegno "Tecnologie per la fragilità e la disabilità", organizzato dal Centro Nazionale Tecnologie Innovative in Sanità Pubblica, appuntamento con periodicità annuale, focalizzato sulle tecnologie per la fragilità e la disabilità. L'obiettivo principale di questa serie di convegni sul tema è di informare, sensibilizzare e rendere disponibili le conoscenze necessarie a orientarsi affinché si possa fruire al meglio delle tecnologie disponibili a sostegno della disabilità e della fragilità.

**Parole chiave:** tecnologia; fragilità; domotica; disabilità

**SUMMARY** (*Conference. Technologies to support fragility and disability*) The Conference, organized by the National Center for Innovative Technologies in Public Health, focused on technologies to support fragility and disability. It had the main objective of informing, sensitizing and making available existing technologies, and providing information on emerging new generation technologies to support disability and fragility.

**Key words:** technology; fragility; domotics; disability

mauro.grigioni@iss.it

Il Centro Nazionale Tecnologie Innovative in Sanità Pubblica (TISP) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) riprende a distanza di un anno il tema del supporto tramite tecnologie innovative alle persone fragili e diversamente abili affinché possano essere approfondite le conoscenze scientifiche e tecnologiche disponibili per una vera inclusione.

Il Convegno si è aperto con il messaggio dell'allora Commissario (oggi Presidente) dell'ISS, Silvio Brusaferrò, che si è complimentato per l'iniziativa pienamente in sintonia con il ruolo dell'ISS, evidenziando che l'innovazione tecnologica costituisce un importante settore di ricerca che non può non essere parte dell'ente. Nel suo intervento ha sottolineato che le tecnologie innovative presentano diversi aspetti positivi, quali la possibilità di un migliore monitoraggio e quindi di integrazione della cura e migliori possibilità di inclusione del paziente, ma al tempo stesso possono generare il rischio di creare disuguaglianze di salute laddove i servizi non consentono di poter ottenere gli

ausili e i dispositivi tecnologici necessari. Questo può accadere, ad esempio, quale risultato di una diversa organizzazione regionale. La possibilità di disporre del monitoraggio delle tecnologie attraverso dei sensori permette di rendere disponibili in tempo reale moltissime registrazioni di parametri vitali; tuttavia, bisogna considerare che ciò può portare inevitabilmente anche a condividere dati "sensibili" con impatto importante in ambito etico, filosofico e sociale. In ambito socio-sanitario oggi c'è chi parla di sistemi socio-tecnologici o tecnologie del welfare integrate con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Silvio Brusaferrò ha concluso dicendo che accanto all'innovazione tecnologica c'è anche una modifica sociale che dobbiamo accompagnare e orientare per migliorare la fruibilità e per affrontare la fragilità: sicuramente uno degli obiettivi del Convegno.

Ha fatto seguito l'intervento di Mauro Grigioni, Direttore del Centro Nazionale TISP che, dopo aver richiamato il concetto della fragilità e il panorama nazionale che ruota attorno a questo concetto, ha ribadito

le keyword di base in questo ambito: accesso alle tecnologie, fruibilità e valutazione dell'usabilità attraverso gli strumenti della valutazione dell'accettazione della tecnologia e dell'aderenza terapeutica con riferimenti di letteratura relativi alla situazione europea oltre che nazionale. Ha, inoltre, parlato del ruolo dell'Osservatorio della fragilità e delle sue declinazioni, evidenziando che in Europa non esiste ancora un quadro uniforme.

Mauro Grigioni ha poi introdotto un topic emergente, quello della tecnologia per il welfare, che sta assumendo una posizione di rilievo nel monitoraggio delle cronicità specialmente in ambito sociale, con l'obiettivo di diminuire i costi per l'SSN e realizzare un iniziale *empowerment* dei pazienti e dei *caregiver* partendo da tecnologie estremamente semplici e di largo consumo. Infatti sempre di più, oggi, applicazioni a portata di smartphone e piattaforme migliorano e allargano le prestazioni del sistema sanitario tradizionale con nuove strategie aventi la potenzialità di essere estese, con implementazioni più economiche e a bassa complessità, anche alla sfera del sociale con anticipazioni tecnologiche rispetto a quanto auspicato a livello legislativo sull'integrazione socio-sanitaria.

Nei due giorni di lavoro, grazie alla presenza di esperti del settore, di figure professionali impegnate nella comunicazione alla popolazione, del settore del volontariato, delle associazioni, della ricerca e università e di diverse istituzioni, il Convegno ha affrontato le tematiche inerenti le diverse tecnologie al servizio della fragilità e della disabilità con particolare attenzione sia all'innovazione grazie all'ICT e alla meccatronica che alla fruibilità, ponendo sempre al centro dell'attenzione il cittadino, con l'obiettivo di fare rete e aprire discussioni e collaborazioni di ampio respiro.

Il Convegno, che ha visto l'assistenza di una traduttrice simultanea nella LIS a favore dei partecipanti con ipoacusia, si è sviluppato con due Tavole rotonde su argomenti trasversali alle tematiche trattate e con cinque Sezioni tematiche arricchite dagli interventi di esperti del settore:

- tecnologie assistive;
- fruibilità delle tecnologie;
- robotica riabilitativa;
- comunicazione aumentativa alternativa (CAA);
- tecnoetica;
- eHealth e dispositivi.

Di seguito è quanto emerso nelle discussioni e nelle relazioni orali.

## Tecnologie assistive

Le tecnologie assistive trattate nella prima sezione mostrano oggi grandi potenzialità di miglioramento in diagnosi, cura, chirurgia, supporto e monitoraggio del paziente fragile. Le applicazioni sono innumerevoli: a titolo di esempio, non esaustivo, sono emerse nel Convegno le nuove potenzialità offerte dalla robotica, dall'intelligenza artificiale e dalla realtà virtuale e aumentata al servizio della diagnostica e in ambito chirurgico, in particolare oculare.

Per quanto riguarda il supporto nell'inclusione e nella comunicazione nelle disabilità gravi, sono state presentate sia le nuove soluzioni tecnologiche che aiutano a svolgere compiti sequenziali altrimenti impossibili, sia i nuovi approcci che, critici verso la chiusura delle nuove tecnologie *mobile-based*, propongono nell'inserimento delle attività quotidiane: tecnologie trasparenti e non invasive verso il paziente; l'introduzione di sistemi aperti e facilmente modificabili dagli utenti anche se non informatici; ►



l'introduzione di tecnologie di tipo ibride basate sull'uso di oggetti tangibili. Si è fatto l'esempio di uno smartphone che, appoggiando un bicchiere, pronuncia "per favore potrei avere un bicchiere di birra?". Altri argomenti trattati hanno fornito interessanti informazioni relative a tecnologie assistive nella sordità, alle soluzioni per grandi disabilità fisiche quali la spina bifida e la SLA così come per altre disabilità comunicative plurime come nel caso dei sordo-ciechi.

## Fruibilità delle tecnologie

La sezione ha fatto il punto sugli aspetti imprevedibili della fruibilità delle tecnologie sia in termini di procedure e percorsi per migliorarla, sia per chiarirne e focalizzarne il rapporto con le tecnologie in ambito sanitario. Si è evidenziato come la scelta degli ausili appropriati a ogni specifica situazione richieda valutazioni competenti che tengano conto delle esigenze dell'assistito, dei familiari e del contesto fisico e organizzativo dell'ambiente. Si è discusso del ruolo della Rete Italiana dei Centri di consulenza sugli ausili tecnologici (GLIC), che seguono l'assistito dalle informazioni preliminari sugli ausili fino al follow-up.

È stata, inoltre, evidenziata l'importanza della nuova definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in merito agli ausili: "qualsiasi prodotto esterno [...] il cui scopo è migliorare l'indipendenza della persona e in tal modo favorire il suo benessere", definizione che amplia il concetto stesso di ausilio, volto sia a migliorare l'autonomia che a ridefinire la dimensione dell'handicap e della fragilità proiettata verso il raggiungimento della massima possibilità di vivere una vera inclusione sociale.

Il progresso tecnologico permette oggi di parlare di soluzione assistiva, ossia dell'insieme di quei tre interventi complementari e reciprocamente coordinati secondo la cosiddetta "equazione delle quattro A: Ausili Tecnici + Assistenza Personale + Adattamenti Ambientali Individuali = Autonomia. La scelta dell'ausilio, infatti, non può prescindere dalle esigenze dell'assistente oltre che dell'assistito, né dalle caratteristiche della casa o residenza ove sarà usato. Viene incontro a tutto questo sicuramente il nuovo nomenclatore di cui al DPCM 12 gennaio 2017, che amplia la scelta sui dispositivi

ad alto contenuto meccatronico, informatico ed elettronico quali le tecnologie assistive e i dispositivi per la CAA.

Interessante è stata inoltre la relazione che ha trattato il tema dei tatuaggi con finalità mediche, finalizzati sia a superare la fragilità psico-fisica in soggetti con patologie con forte valenza emotiva per danni estetici, sia a seguito di interventi chirurgici demolitivi in cui il tatuaggio consente di recuperare l'aspetto estetico.

## Robotica riabilitativa

In ambito di robotica riabilitativa il Centro TISP è attualmente coinvolto in una Consensus Conference con molti colleghi della bioingegneria, come è stato ricordato da Mauro Grigioni, che ha introdotto alcuni relatori coinvolti nella Conference denominata CICERONE. Sono stati descritti gli obiettivi e le problematiche che saranno affrontate nella Consensus Conference. È stata poi ripercorsa l'introduzione e l'evoluzione della robotica in ambito medico e riabilitativo; l'ispirazione dei primi robot riabilitativi risale a 15 anni fa ed è proveniente da quelli industriali, proprio quelli del montaggio delle automobili.

Oggi, come ricordato dai relatori che hanno illustrato i più recenti prodotti tecnologici, la robotica è utilissima in diversi ambiti. Per fare alcuni esempi non esaustivi, si pensi alla robotica in riabilitazione neuromotoria, come gli esoscheletri motorizzati che permettono a un paraplegico di deambulare, con grande miglioramento della qualità della vita, e alla robotica in riabilitazione degli arti superiori o nel bambino con *cerebral palsy*, con e senza l'ausilio delle nuove tecnologie come la realtà virtuale.

È stato anche chiarito il rapporto tra robotica e operatori sanitari quali i fisioterapisti: la robotica è e deve rimanere uno strumento nelle mani degli operatori sanitari. Sono state evidenziate anche le chance della robotica in campo chirurgico e operatorio come nella chirurgia vertebrale, dove la cooperazione con gli strumenti di imaging, che forniscono ricostruzioni basate sulla realtà virtuale, permette di lavorare lontano dalle radiazioni utilizzate in alcune pratiche chirurgiche, e anche con applicazioni di telechirurgia-robotica a tutto vantaggio della tutela della salute.

## CAA e tecnoetica

Su questa tematica si è concentrata l'attenzione in merito alla necessità di rendere fruibili le tecnologie già esistenti, così come di proporre soluzioni tecnologiche personalizzate che consentano l'adattamento sia alle diverse disabilità sia alle esigenze della persona disabile durante tutte le fasi della vita, dall'infanzia all'adolescenza, all'età adulta sino alla senilità. Da un punto di vista generale, gli interventi si sono concentrati su:

- il rapporto tra l'innovazione tecnologica e i dispositivi e gli ausili per la CAA;
- il ruolo importante della "Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)" OMS 2001 nella CAA da cui emerge;
- la centralità dell'individuo e la necessità di personalizzazione degli strumenti e della terapia sia per le patologie più diffuse che per quelle rare come nella sindrome di Angelman, personalizzazione che caratterizza i prodotti rispetto a quelli di serie.

Ed è proprio nell'ambito delle malattie rare che, come ricordato da Domenica Taruscio, Direttore del Centro Nazionale Malattie Rare, è ancora più sentita l'esigenza di ritagliare l'intervento tecnologico nella realizzazione della soluzione per l'individuo, sulla base di una collaborazione e sinergia con il Centro TISP.

La comunicazione nelle sue tre espressioni verbale, paraverbale e non verbale è essenziale nell'individuo ed è proprio qui che la tecnoetica (il settore delle scienze che si occupa del rapporto tra etica e tecnologia, ovvero del ruolo che hanno i valori nella scelta, nell'utilizzazione e nella diffusione delle tecnologie) assume un ruolo di primaria importanza, come ribadito da Paola Meli del Centro Nazionale TISP.

Alcuni relatori hanno richiamato l'attenzione su alcune tecnologie innovative *wearable* o indossabili che presentano grandi potenzialità nelle applicazioni di welfare (richiamate da Mauro Grigioni nella relazione di apertura) quali quelle di analisi del movimento e della cardiologia.

## Conclusioni

Dal Convegno è emerso che purtroppo, ancora oggi, i mondi coinvolti nelle tecnologie a sostegno della fragilità/disabilità sono mondi separati che spes-

so non discutono e se anche lo fanno, non lo fanno in un quadro istituzionale e standardizzato, sia per mancanza di regole che per mancanza di dati certi.

Non si conoscono infatti dati certi sulle tipologie di disabilità nel nostro territorio nazionale e quindi non si possono avere dati certi sulle esigenze, sia dei pazienti che dei familiari che li assistono. Inoltre, la tecnologia per il welfare, che recentemente sta assumendo rilievo internazionale, rimane a oggi solo una sorta di "spot telemedico": si pretende che i dati raccolti della persona, cioè i dati "sociali", diventino dati "sanitari", ma in realtà il mondo sociale e il mondo sanitario rimangono ancora due mondi distinti con regole distinte. E allora l'esigenza primaria è quella di integrare le varie tipologie di dati e le sinergie delle professioni coinvolte nel trattamento del soggetto fragile/disabile, considerandolo nella sua completezza di vita, e non solo nella sua "malattia". Per questo motivo, il Convegno si è concluso con l'appello da parte degli organizzatori di creare un'opportuna rete multidisciplinare (Ministero della Salute, ISS, INAIL, aziende produttrici, ricercatori, Ingegneria Clinica, le ASL dei territori, GLIC, Associazioni di pazienti e familiari ecc.), non solo limitata agli stakeholder già presenti, che reperisca i dati sulle diverse disabilità relative al nostro territorio e che disegni una "mappa dei bisogni" della fragilità/disabilità per rendere possibile un'effettiva fruibilità delle tecnologie esistenti e delle eventuali nuove emergenti.

Infine, il Centro TISP, come prossimo passo per continuare a ragionare sul sostegno della presa in carico del soggetto fragile/disabile in tutti gli aspetti della sua vita, ha dato appuntamento al 24 giugno 2019 per il Convegno "La figura del caregiver: tecnologie e ausili per migliorare la qualità della vita".

Il TISP si impegna a migliorare le tecnologie e gli ausili disponibili e a coinvolgere in modo attivo anche i *caregiver*, sia ascoltando le loro esigenze sia progettando una formazione adeguata affinché possano essere correttamente informati sui percorsi da seguire per poter avere ausili e dispositivi adeguati e per saper gestire bene le risorse della tecnologia (*empowerment*). ■

### 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.*

## AVVICINARE I CITTADINI ALLA RICERCA SCIENTIFICA CON LA NOTTE EUROPEA DEI RICERCATORI



Maria Cristina Barbaro<sup>1\*</sup>, Sandra Salinetti<sup>1\*</sup>, Elena Ambrosini<sup>2\*</sup>,  
Cristina Agresti<sup>2\*</sup>, Barbara Caccia<sup>3\*</sup>, Eugenio Sorrentino<sup>4\*</sup> e Paola De Castro<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Servizio Comunicazione Scientifica, ISS

<sup>2</sup>Dipartimento di Neuroscienze, ISS

<sup>3</sup>Centro Nazionale Protezione dalle Radiazioni e Fisica Computazionale, ISS

<sup>4</sup>Servizio di Prevenzione e Protezione dei Lavoratori, ISS

**RIASSUNTO** In occasione dell'edizione 2019 della Notte Europea dei Ricercatori, l'Istituto Superiore di Sanità ha riaperto le porte al pubblico. Anche quest'anno sono state offerte visite guidate ai laboratori di ricerca, al museo e mostre interattive su tematiche di interesse per la salute pubblica. In questo modo bambini, ragazzi e adulti hanno potuto vestire per una notte i panni dello scienziato per conoscere un mondo nuovo ed entusiasinarsi a tu per tu con i ricercatori.

**Parole chiave:** Notte Europea dei Ricercatori; divulgazione scientifica; educazione sanitaria

**SUMMARY** (*Citizens closer to scientific research through the European Researchers' Night*) On occasion of the European Researchers' Night 2019 the Italian National Institute of Health opened again its doors to the public. Guided tours to research labs and interactive exhibitions on public health issues were organized to allow children, adolescents and adults to wear a scientist dress for a night, to look at science from the inside and talk to researchers.

**Key words:** European Researchers' Night; scientific dissemination; health education

nottedeiricercatori@iss.it

Nell'ambito della Notte Europea dei Ricercatori si è conclusa da poco la seconda e ultima edizione di "BE a citizEn Scientist (BEES)", un Progetto finanziato dalla Commissione Europea (Horizon 2020, Azioni Marie Skłodowska-Curie) (1). L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in qualità di partner del progetto BEES coordinato da FrascatiScienza ha partecipato con un programma denso di attività, aprendo le porte dei suoi laboratori a cittadini di ogni età. La Notte Europea dei Ricercatori, infatti, è un'iniziativa promossa dalla Commissione Europea sin dal 2005 e viene organizzata contemporaneamente in numerose città europee con l'obiettivo di avvicinare il mondo della ricerca ai cittadini. Nel biennio 2018-2019 sono stati implementati 55 Progetti (tra questi il Progetto BEES) distribuiti tra 371 città europee, che hanno visto la partecipazione di circa un milione e mezzo di visitatori. In Italia, anche il

Ministero della Salute riconosce il valore di questa iniziativa europea e contribuisce ogni anno alla sua divulgazione, pubblicando nel proprio sito tutti gli eventi proposti (2).

L'ISS, quale nodo strategico per la ricerca italiana e internazionale nel campo della salute, ha ritenuto questo evento di comunicazione e divulgazione scientifica come un'ottima opportunità per far conoscere le proprie attività ai cittadini aderendo fin dal 2016 all'iniziativa europea (3-6). L'evento dell'ISS si inserisce infatti in un programma più ampio di promozione ed educazione alla salute: un impegno pluridisciplinare che vede unite le diverse strutture coinvolte in ISS nell'attività di "terza missione", un'attività riconosciuta e sostenuta anche a livello internazionale.

Mostrare la passione e l'impegno dei ricercatori ed evidenziare le ricadute positive degli studi scientifici sulla salute e sul benessere dei cittadini, avvicinare

(\*) Gruppo BEES-ISS: Cristina Agresti, Elena Ambrosini, Maria Cristina Barbaro, Barbara Caccia, Paola De Castro, Sandra Salinetti, Eugenio Sorrentino



i giovani al mondo della scienza, della ricerca e della scoperta anche come azione di orientamento formativo: questi in sintesi gli obiettivi dell'evento europeo che l'ISS ha recepito.

La manifestazione si è aperta nell'Aula Magna dell'ISS con il benvenuto del Direttore Generale, Andrea Piccioli, e del Gruppo di coordinamento del Progetto in presenza di un pubblico attento e incuriosito. Più di 40 mostre interattive sono state allestite nelle aule dell'Istituto e nelle aree esterne circostanti, all'interno di un ampio spazio denominato per l'occasione "Piazza della Scienza", dove i ricercatori hanno accolto i visitatori in un ambiente divertente e informale. Contemporaneamente, sono state effettuate un totale di 30 visite guidate ai laboratori, durante le quali i partecipanti hanno potuto osservare il funzionamento di alcune strumentazioni e assistere a semplici esperimenti scientifici sotto la guida esperta dei ricercatori. Molteplici le tematiche proposte nel corso della manifestazione, dai corretti stili di vita ai vaccini, dalla ricerca su tumori, malattie infettive e malattie rare alla tutela dell'ambiente, fino all'utilizzo delle tecnologie emergenti in ambito sanitario. Uno spazio è stato dedicato ai Progetti europei assegnati all'ISS (*European Corner*) per informare sull'importante ruolo del finanziamento pubblico europeo per la ricerca scientifica, in particolare attraverso il Programma Quadro Horizon 2020. Percorsi guidati all'interno del Museo multimediale e della Biblioteca, la più importante in Italia in campo biomedico, hanno completato le proposte della serata. Un accompagnamento musicale ha contribuito a creare un'atmosfera di festa.

In occasione della Settimana della scienza che ha preceduto l'evento, sono state inoltre allestite a Frascati due mostre durante le quali i ricercatori dell'ISS hanno presentato il loro lavoro su tematiche sanitarie rilevanti, quali l'importanza delle vaccinazioni e della conoscenza delle malattie rare.

L'iniziativa ha registrato un ottimo successo, anche maggiore rispetto agli anni precedenti, con un afflusso totale di 1.500 persone.

L'adesione dei giovani è stata massiccia: oltre la metà dei partecipanti aveva infatti meno di 25 anni. Di questi, ben 499 erano studenti della scuola primaria e secondaria di primo grado. Circa 40 ragazzi di 11 scuole di Roma hanno aderito all'evento con il Progetto "Percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento" (ex Alternanza Scuola Lavoro) dell'ISS, collaborando come giovani scienziati alle attività previste in 3 visite guidate e 7 mostre.

I dipendenti dell'ISS coinvolti, circa 500 tra ricercatori e personale tecnico e amministrativo, hanno lavorato con entusiasmo a questa iniziativa che ha rafforzato in loro il senso di appartenenza all'istituzione e l'orgoglio di presentarla ai visitatori.

Safety e security dell'evento sono state curate dal Servizio Prevenzione e Protezione dei Lavoratori, dal Servizio di Gestione delle Emergenze e dal Servizio Sorveglianza. Tutto il personale in modo volontario ha dato il proprio contributo per assicurare che gli eventi della Notte fossero svolti in sicurezza.

Nel panorama degli enti pubblici di ricerca italiani l'ISS si distingue per svolgere attività di ricerca e controllo strettamente connesse ai bisogni delle persone. La vocazione sociale di tale ricerca necessita di momenti di incontro ►





che permettono alla collettività di comprendere le straordinarie innovazioni che questa può generare per il benessere di tutti e ai ricercatori di cogliere l'interesse del pubblico nei confronti della scienza e della tecnologia. Quindi ci sembra doveroso ringraziare chi ha scelto di partecipare a questa serata in cui, con il linguaggio della quotidianità e con divertimento, è stato raccontato il lavoro dei ricercatori dell'ISS. ■



#### 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.

#### Ringraziamenti

Si ringraziano tutti i colleghi dell'ISS che, a vario titolo, hanno collaborato all'evento: partecipanti a mostre [http://old.iss.it/binary/sae4/cont/TOTEM\\_3\\_partecipanti\\_mostre.png](http://old.iss.it/binary/sae4/cont/TOTEM_3_partecipanti_mostre.png) e partecipanti a visite e staff [http://old.iss.it/binary/sae4/cont/TOTEM\\_4\\_partecipanti\\_visite\\_e\\_altro.png](http://old.iss.it/binary/sae4/cont/TOTEM_4_partecipanti_visite_e_altro.png)

#### Riferimenti bibliografici

1. European Commission. European Researchers' Night ([https://ec.europa.eu/research/mariecurieactions/actions/european-researchers-night\\_en](https://ec.europa.eu/research/mariecurieactions/actions/european-researchers-night_en)).
2. Ministero della Salute. Notte europea dei ricercatori 2019: 27 settembre, le iniziative degli IRCCS e dell'Istituto Superiore di Sanità. Roma: Ministero della Salute; 2019 ([www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_2\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=eventi&p=daeventi&id=560](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_2_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=eventi&p=daeventi&id=560)).
3. L'Istituto Superiore di Sanità partecipa alla Notte Europea dei Ricercatori. *Not Ist Super Sanità* 2016;29(7-8):16-7.
4. La Notte Europea dei Ricercatori 2016. *Not Ist Super Sanità* 2016;29(10):16-7.
5. Notte Europea dei Ricercatori 2017. La scienza in festa all'Istituto Superiore di Sanità. *Not Ist Super Sanità* 2017;30(10-11):16-9.
6. Rossi AM, Barbaro MC, Salinetti S, et al. La Notte Europea dei Ricercatori in ISS: un successo in crescita. *Not Ist Super Sanità* 2018;31(10):13-6.

NEWS

Tema

## LA BELLEZZA UNISCE LE PERSONE

Il Concorso letterario, artistico e musicale organizzato dal Centro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità è **aperto a tutti** e ha un **duplice obiettivo**: fornire spazi espressivi a persone con malattie rare, loro familiari e professionisti sanitari coinvolti e promuovere la conoscenza del complesso mondo delle malattie rare attraverso molteplici canali, consolidando il legame tra narrazione, nelle sue diverse forme, e promozione alla salute.

In ogni edizione è scelto un **'tema'** da declinare nell'ambito delle malattie rare: per la XII edizione il tema è LA BELLEZZA UNISCE LE PERSONE.

Le **malattie rare** sono una vera sfida per la Ricerca e per la Medicina.

Ad oggi esistono più di 7000 malattie rare e molti pazienti restano senza diagnosi per diversi anni.

Ognuna di esse colpisce non più di 5 persone su 10000 cittadini in Europa.

Spesso croniche e invalidanti e causa di mortalità precoce: solo una piccola percentuale di queste patologie può contare su terapie risolutive.

**NARRATIVA  
POESIA  
DISEGNO  
PITTURA  
SCULTURA  
FOTOGRAFIA  
ARTE DIGITALE  
COMPOSIZIONE  
MUSICALE  
INTERPRETAZIONE  
MUSICALE**

Sezioni

**06  
GEN  
2020**

Termine iscrizioni

# PARTECIPA !

**DA 0  
A 99 ANNI**



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



[concorsopegaso@iss.it](mailto:concorsopegaso@iss.it)



[IlVoloDiPegaso](https://www.facebook.com/IlVoloDiPegaso)



[@concorsopegaso](https://twitter.com/concorsopegaso)

## Nello specchio della stampa



### Autismo: al via il primo Corso di Alta Formazione presso l'ISS

**D**a settembre 2019 a maggio 2020 si terrà il primo "Corso Analisi del comportamento applicata al disturbo dello spettro autistico" organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). La prima lezione si è svolta in ISS lo scorso 5 settembre coinvolgendo anche le sedi della IULM di Milano e dell'Università Federico II di Napoli, in relazione alla provenienza geografica dei partecipanti; 100 rappresentanti di tutte le Aziende Sanitarie delle Regioni e delle Province Autonome italiane, tra dirigenti medici, neuropsichiatri, psichiatri e psicologi che saranno formati e aggiornati. Il Corso, che prevede due moduli specifici, uno per l'età evolutiva e uno per l'età adulta, ha come obiettivo quello di formare e aggiornare i dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale. "È necessario restituire al Servizio Sanitario Nazionale dice Maria Luisa Scattoni, coordinatrice dell'Osservatorio Nazionale Autismo dell'ISS un ruolo centrale nelle fasi di diagnosi e follow-up delle persone con autismo rendendo i professionisti del Servizio Sanitario Pubblico capaci di tutelare le persone nello spettro e le loro famiglie da interventi inappropriati o inaccurati". Tale attività formativa rientra nell'ambito della formazione obbligatoria ECM prevista dalle Linee di Indirizzo nazionali (approvate in CU il 10 maggio 2018) e dal Progetto Fondo Autismo.



Primo Piano ripreso da:

*AdnKronos, AGI, AGIR, AgenParl, Agenzia Nova, Quotidiano Sanità, Meteo Web, Sanità Informazione, Panorama della Sanità, Responsabile Civile, Napoli Flash*

### Presentati i dati PASSI d'Argento ISS su qualità di vita degli ultra65enni con diagnosi di tumore

**I**l profilo di salute fisica e psicologica e la qualità di vita degli ultra 65enni con una diagnosi di tumore risulta decisamente compromesso rispetto al profilo di persone libere da cronicità. Lo rivelano i dati dello studio dell'indagine PASSI d'Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con AIOM, AIRTUM e Fondazione AIOM, presentati lo scorso 24 settembre all'ISS. Da un'indagine, condotta nel biennio 2016-17, risulta che il 22% degli ultra65enni con una diagnosi di tumore, dichiara di essere in pessime condizioni di salute. Aumentano in queste persone le disabilità percettive legate a vista e udito e quelle derivate dalle cadute, condizionando fortemente le capacità di comunicazione delle persone anziane e peggiorando la loro qualità di vita con problematiche connesse all'isolamento e alla depressione. "Un dato preoccupante che emerge nel rapporto dice Maria Masocco responsabile dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento, coordinati dall'ISS riguarda anche gli stili di vita degli ultra 65enni che hanno avuto una diagnosi di tumore. Mantengono, infatti, abitudini, quali fumo, abuso di alcol, sedentarietà o scarso consumo di frutta e verdura che rappresentano fattori di rischio per recidive tumorali o aggravanti della patologia stessa".



Primo Piano ripreso da:

*ANSA, Adnkronos Salute, AGI, AGIR, Corriere della Sera, Repubblica, Gazzetta del Mezzogiorno, Messaggero Veneto, Corriere.it, Il Giornale.it, Giornale di Sicilia.it, Il Mattino.it, Il Messaggero.it, La Sicilia.it, Quotidianosanita.it, Panorama della sanità.it, TGC24.it, SKYT24.it, Il Meteo.it, Regioni.it*

a cura di

*Paola Prestinaci, Cinzia Bisegna, Gerolama Maria Ciancio, Daniela De Vecchis, Patrizia Di Zeo, Franca Romani  
Ufficio Stampa, ISS*



# Bollettino Epidemiologico Nazionale

Novembre 2019

L'inserto BEN (Bollettino Epidemiologico Nazionale) è disponibile esclusivamente online ai seguenti indirizzi:

<https://tinyurl.com/y8ff8d5j>

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

In questa pagina del *Notiziario* sono riportati solo gli abstract degli articoli.

#### Comitato scientifico, ISS

Pierfrancesco Barbariol, Antonino Bella, Chiara Donfrancesco, Carla Faralli, Antonietta Filia, Lucia Galluzzo, Ilaria Lega, Paola Luzi, Marina Maggini, Sandra Mallone, Luigi Palmieri, Luana Penna, Paola Scardetta, Stefania Spila Alegiani, Andrea Tavilla, Marina Torre

#### Comitato editoriale, ISS

Antonino Bella, Paola De Castro, Carla Faralli, Marina Maggini, Angela Spinelli

Sottometti un articolo a  
[ben@iss](mailto:ben@iss)

Istruzioni per gli autori  
[www.epicentro.iss.it/ben/pubblica](http://www.epicentro.iss.it/ben/pubblica)

## Realizzazione di un intervento per il riconoscimento del disagio psichico perinatale e sostegno alla maternità fragile nei servizi del percorso nascita della AUSL di Bologna

**SUMMARY** (*Implementation of an intervention for the recognition of perinatal mental distress and support for conditions of frailty in the maternity services of the AUSL of Bologna*) - International guidelines and organizations recommend a routine enquiry on women's mental health during and after pregnancy. Continuity of care and communication between primary mental health services and maternity care were found to be lacking in Italy as in other European countries. A project founded by the Ministry of Health assessed the feasibility of a program to recognize perinatal mental and social distress in the Bologna AUSL in 2017-2018. A total of 2,455 women responded to Whooley's questions, 174 women tested positive for symptoms of depression and 58 of them were referred to a mental health professional or a social worker for further evaluation or treatment. The program demonstrated good feasibility and acceptability and its extension in the Emilia-Romagna Region is still ongoing.

**Key words:** perinatal mental health; family care centres; Italy

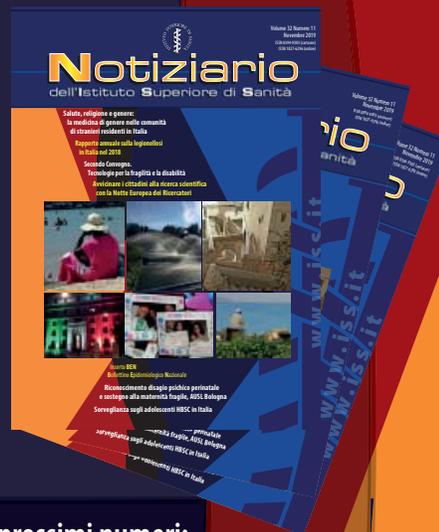
[ilaria.lega@iss.it](mailto:ilaria.lega@iss.it)

## La Sorveglianza sugli adolescenti HBSC - Italia 2018 (Health Behaviour in School-aged Children)

**SUMMARY** (*Adolescent health behaviours in Italy 2018: HBSC-Health Behaviour in School-aged Children survey*) - In 2018, the fifth round of the Italian Health Behaviour in School-aged Children study was conducted throughout all Italian Regions on 11, 13 and 15 year-old students attending public schools. Based on the list of classes of all schools, a sample of 1st and 3rd grade of junior high school and 2nd grade of high school classes was extracted. An anonymous questionnaire was administered to all students attending these classes, to collect information on their health behaviour, their relationship with the school, parents and peers, and general information concerning their cultural and social background. Around 60,000 questionnaires were collected, which showed that, if on the positive side, 82% of the adolescents were "satisfied" with their lives, many of them still had risky health behaviour. HBSC is a valuable resource to monitor adolescents' health and support positive policy action.

**Key words:** lifestyle; adolescent health; obesity

[paola.nardone@iss.it](mailto:paola.nardone@iss.it)



**Nei prossimi numeri:**

Stili di vita degli adolescenti

La figura del *caregiver*

Salute mentale perinatale

**Istituto Superiore di Sanità**

Viale Regina Elena, 299 00161 Roma

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

*a cura del Servizio Comunicazione Scientifica*