

Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

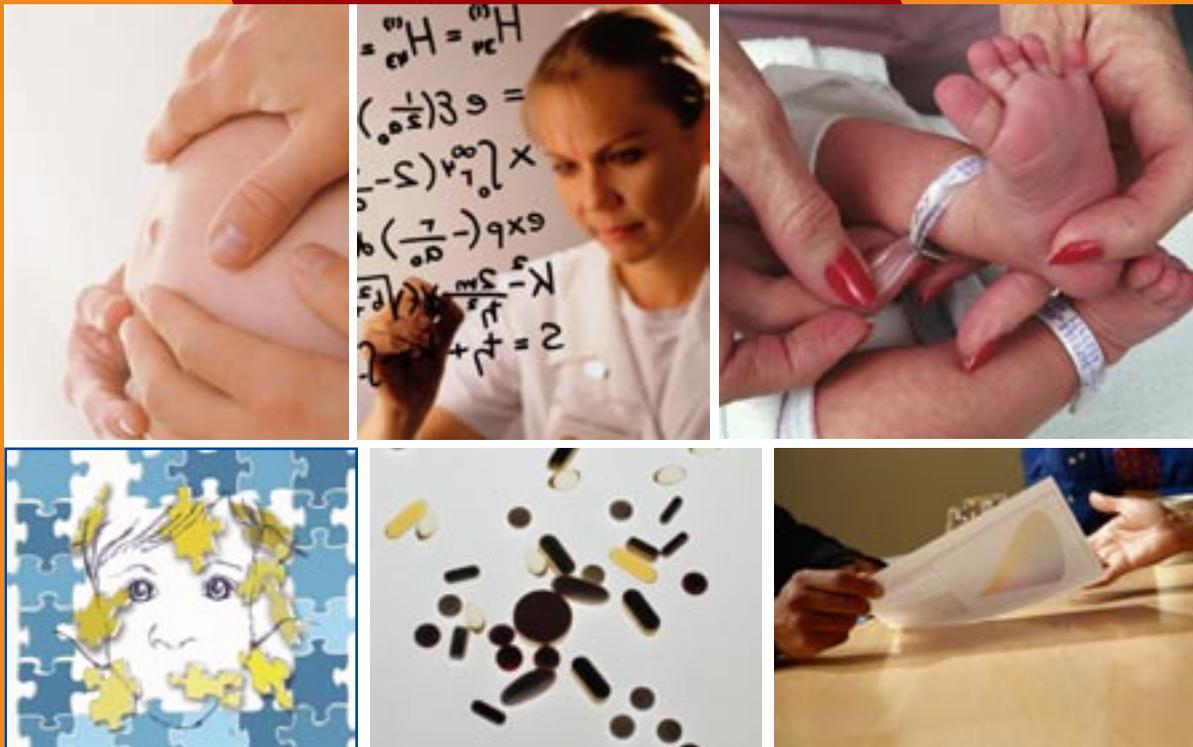
**Integrazione di competenze
tecniche e metodologiche in ISS
per la formazione degli MMG sulle malattie rare**

**Un sito dell'Istituto Superiore di Sanità
sull'autismo**

**Convegno. Aggiornamento sulla diagnosi,
il trattamento e la gestione delle infezioni
neonatali da streptococco di gruppo B**

Nasce presso l'ISS il Comitato Unico di Garanzia

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



Inserito BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

**Danni da agenti fisici nella frequentazione delle piscine.
Forlì, 2006-09**

**Promozione di alimenti salutarì attraverso i distributori
automatici. Sostituzione completa o affiancamento?
Progetto "Pausa Amica" in provincia di Trento, 2010-11**

www.iss.it

SOMMARIO

Gli articoli

Integrazione di competenze tecniche e metodologiche in ISS per la formazione dei medici di medicina generale sulle malattie rare	3
Un sito dell'Istituto Superiore di Sanità sull'autismo	7
Convegno. Aggiornamento sulla diagnosi, il trattamento e la gestione delle infezioni neonatali da streptococco di gruppo B	11
Nasce presso l'ISS il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.	14

Le rubriche

Visto... si stampi	18
--------------------------	----

Bollettino Epidemiologico Nazionale (Insero BEN)

Danni da agenti fisici nella frequentazione delle piscine. Forlì, 2006-09	i
La promozione di alimenti salutari attraverso i distributori automatici. Sostituzione completa o affiancamento? Il Progetto "Pausa Amica" in provincia di Trento, anno 2010-11	iii



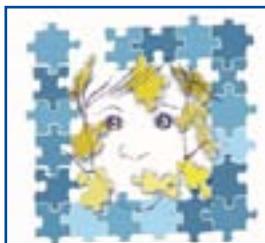
Il Centro Nazionale Malattie Rare e l'Ufficio Relazioni Esterne dell'ISS collaborano nella formazione di medici di medicina generale sulle malattie rare, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza

pag. 3

Il sito dell'ISS

"Disturbi dello spettro autistico" è uno strumento di informazione sulle conoscenze oggi disponibili, destinato a operatori sanitari, educatori e familiari del malato

pag. 7



Il Convegno di aggiornamento su diagnosi e trattamento di infezioni neonatali da streptococco di gruppo B è stato organizzato a conclusione del Progetto europeo DEVANI

pag. 11

L'Istituto Superiore di Sanità

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

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

Dipartimenti

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

Centri nazionali

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

Servizi tecnico-scientifici

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

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

e Direttore responsabile: Enrico Garaci

Redattore capo: Paola De Castro

Redazione: Anna Maria Rossi, Giovanna Morini

Progetto grafico: Alessandro Spurio

Impaginazione e grafici: Giovanna Morini

Fotografia: Antonio Sesta

Distribuzione: Patrizia Mochi, Sara Modigliani

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

Redazione del Notiziario

Settore Attività Editoriali

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

Tel: +39-0649902260-2427

Fax +39-0649902253

e-mail: pubblicazioni@iss.it

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

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2011

Numero chiuso in redazione il 30 settembre 2011



Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. Roma

INTEGRAZIONE DI COMPETENZE TECNICHE E METODOLOGICHE IN ISS PER LA FORMAZIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE SULLE MALATTIE RARE



Rita Maria Ferrelli¹, Amalia Egle Gentile², Daniela Coclite¹, Marta De Santis²,
Ilaria Luzi², Antonello Napoletano¹, Giovanni De Virgilio¹ e Domenica Taruscio¹

¹Ufficio Relazioni Esterne, ISS

²Centro Nazionale Malattie Rare, ISS

RIASSUNTO - Nell'ambito delle funzioni di formazione svolte dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Ufficio Relazioni Esterne (URE) ha sviluppato competenze andragogiche, utilizzando metodi e tecniche didattiche rilevanti, efficaci ed appropriate per adulti, quali il Problem-Based Learning (PBL). Le competenze metodologiche dell'URE, in sinergia con quelle tecniche e specifiche dei vari Centri e Dipartimenti dell'ISS, garantiscono sia un approccio di evidenza consolidata nella formazione del personale, sia la validità scientifica degli aspetti contenutistici e tecnici dei percorsi formativi attivati. L'esempio della collaborazione tra URE e Centro Nazionale Malattie Rare nella formazione dei Medici di Medicina Generale sulle malattie rare pone le basi per un'estensione a livello regionale delle attività intraprese. Particolare attenzione si dovrà porre alla valutazione di impatto dei percorsi formativi, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e la salute dei cittadini.

Parole chiave: apprendimento per problemi; malattie rare; valutazione efficacia formazione

SUMMARY (*Integration of technical and methodological skills at the Italian National Institute of Health: training general practitioners on rare diseases*) - Problem-Based Learning, one of the best methods of interactive learning, is very effective for lifelong learning. The External Relations Office (URE) at the Italian National Institute of Health (ISS) developed andragogic skills that, alongside the technical competencies of ISS Departments and Centers, guarantee effective and appropriate training and continuing education to the health personnel. The example of the collaboration between URE and the National Centre for Rare Diseases constitutes a basis for further developments at the regional level of the National Health Service. Special attention will have to be paid to the outcome evaluation of training activities, in order to improve the quality of health care and citizens' health.

Key words: problem-based learning; rare diseases; outcome assessment

rita.ferrelli@iss.it

In tutti gli ambiti relativi ai servizi alla persona, è crescente la consapevolezza del valore del capitale umano (conoscenze, specializzazione ed esperienza delle persone) rispetto al capitale fisico e dell'importanza della formazione necessaria per accrescerla.

Formazione in salute pubblica per il Servizio Sanitario Nazionale

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), svolge funzioni di ricerca, di sperimentazione, di controllo e di formazione per quanto concerne la salute pubblica. Le attività di formazione, perfezionamento e aggiornamento sulla salute pubblica

e l'organizzazione sanitaria sono rivolte al personale dell'SSN e degli altri organi ed enti di promozione e tutela della salute.

Nell'ambito delle attività formative svolte, l'Ufficio Relazioni Esterne (URE) dell'ISS ha sviluppato competenza in ambito andragogico, utilizzando metodi e tecnologie didattiche rilevanti ed efficaci per adulti, quali l'apprendimento per problemi (Problem-Based Learning, PBL). A partire dal 1988 ha organizzato e condotto un Master in Health Service Management, interessando, a livello internazionale, il personale dei servizi sanitari di Paesi in via di sviluppo e in transizione prioritari per il Governo italiano e, a livello nazionale, coinvolgendo operatori italiani impegnati in progetti di cooperazione sanitaria. L'intervento di ►

formazione e sviluppo delle risorse umane per mezzo del PBL ha fatto riferimento a problematiche sentite dai partecipanti, ne ha valorizzato l'esperienza per il miglioramento della gestione dei servizi sanitari e ha sviluppato competenze critiche, facilitando la soluzione di future problematiche nei rispettivi contesti lavorativi dei partecipanti al Master.

A livello nazionale, la funzione formativa dell'ISS risponde a una domanda da parte delle strutture dell'SSN e al dettato della programmazione sanitaria. Questa, a sua volta, mira a soddisfare i bisogni di salute della popolazione e a tenere il passo dell'evoluzione del pensiero medico e sanitario, basandosi su riscontri di natura non solo tecnologica, ma anche socio-economica, etica e politica. Inoltre, il processo di riforma federalista in atto nel Paese, ha introdotto un'ulteriore variabile di complessità in un quadro sanitario ampio e articolato, rendendo particolarmente opportuno un meccanismo di confronto continuo con le Regioni e il Ministero della Salute sul tema "formazione in salute pubblica". La sinergia delle competenze metodologiche dell'URE nell'elaborazione di percorsi formativi con quelle tecniche e specifiche dei vari Centri e Dipartimenti dell'ISS garantisce un approccio andragogico efficace, rilevante e appropriato per il pubblico adulto costituito dagli operatori dei servizi sanitari. La collaborazione, attivata con successo tra l'URE e il Centro Nazionale Malattie Rare (CNMR), si pone anche come possibile modello per un intervento formativo dell'ISS a supporto dei sistemi sanitari regionali italiani.

Formazione di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta sulle malattie rare

Le malattie rare (MR) sono un ampio gruppo di patologie, definite dalla bassa prevalenza nella popolazione (≤ 5 per 10.000 abitanti). Costituiscono, tuttavia, un problema sanitario rilevante, poiché sono spesso croniche e invalidanti o causa di mortalità precoce. Inoltre, essendo molto numerose, complessivamente interessano circa 2 milioni di pazienti in Italia.

Il ritardo diagnostico rappresenta tuttora un serio problema per la corretta gestione del paziente. Al riguardo, il CNMR, in collaborazione con l'URE per gli aspetti metodologici e andragogici, ha attivato interventi formativi per definire un modello da diffondere nel



territorio nazionale, con l'obiettivo principale di contribuire a ridurre il ritardo diagnostico e a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria offerta a questi pazienti.

La collaborazione CNMR-URE è stata già sperimentata con successo in percorsi formativi sulla prevenzione primaria delle MR, in particolare dei difetti del tubo neurale, e nel Progetto sui farmaci orfani finanziato dall'Agenzia Italiana per i Farmaci "Implementation and evaluation of a training programme on orphan drugs targeting patients' associations and families of patients with rare diseases" (1). In quest'ultimo progetto, i project work realizzati nel 2010 da membri delle Associazioni di pazienti partecipanti in tale ambito hanno evidenziato la necessità di realizzare corsi di formazione sulle malattie rare per i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS). Di fatto, questi professionisti sono i primi interlocutori dell'SSN cui si rivolgono i cittadini. Fornire loro elementi utili sul sospetto diagnostico, sulla presenza e articolazione della Rete Nazionale MR e sulla comunicazione efficace, può contribuire a ridurre il ritardo diagnostico e a realizzare una continuità assistenziale tra Presidi della rete e territorio, garantendo la tempestiva diagnosi, l'appropriata terapia e l'adeguato follow-up dei malati a livello locale.

Un primo percorso formativo sulle MR è stato disegnato per gli operatori del territorio (MMG, PLS, medici specialisti, psicologi, farmacisti e operatori sociali), in collaborazione con l'ASL Roma G (RM-G).

Lo sviluppo del percorso formativo ha impegnato il personale dell'URE relativamente agli aspetti metodologici del PBL e il personale del CNMR relativamente ai contenuti e l'organizzazione delle giornate formative. I docenti sono stati identificati tra personale dell'ISS e clinici della Rete Nazionale MR.

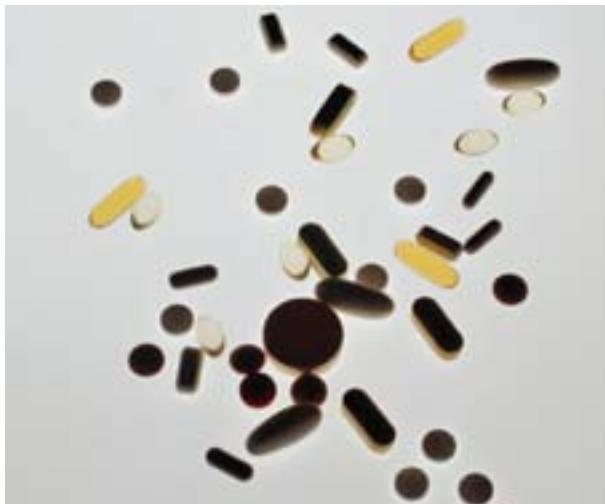
Nell'ottobre 2010 è stato realizzato il corso di formazione accreditato ECM per MMG e PLS "Malattie rare: sospetto diagnostico e comunicazione efficace". Finalizzato a fornire ai partecipanti strumenti per facilitare il sospetto diagnostico di MR, ridurre il ritardo diagnostico e comunicare in maniera appropriata ed efficace con pazienti affetti da MR e con i relativi familiari, il corso ha utilizzato come metodo didattico l'approccio "one day/one problem", che completa il ciclo del PBL (analisi del problema, studio, definizione della soluzione) in una giornata (2).

La partecipazione dei discenti è stata attiva e tutti hanno superato con risultati positivi il questionario ECM di valutazione dell'apprendimento. Anche i questionari di gradimento dell'evento hanno riportato giudizi prevalentemente positivi.

Per rendere il modello formativo flessibile e utilizzabile in molteplici contesti territoriali, il corso è stato replicato in Toscana presso l'ASL 8 di Arezzo nel febbraio 2011. A differenza del primo percorso effettuato, non sono stati inseriti interventi di clinici (a eccezione della relazione di carattere generale sugli elementi per il sospetto diagnostico) e il ciclo del PBL si è sviluppato in due mattinate (invece di due giornate intere).

Il confronto tra i due percorsi depone a favore di una articolazione temporale nella giornata intera piuttosto che in due mattinate, in quanto comporta minori interruzioni della continuità didattica.

Il modello formativo "Malattie rare: sospetto diagnostico e comunicazione efficace" è stato presentato ai Training Manager della Regione



Sardegna, nel corso della visita di studio effettuata presso l'URE nell'ottobre 2010. L'interesse suscitato ha reso possibile una collaborazione tra il CNMR, l'URE e la Regione Sardegna per la sperimentazione del modello formativo in tale Regione, nell'ambito di una collaborazione sulla formazione nelle MR di più ampio respiro. Il primo evento, frutto della collaborazione con la Regione Sardegna, si è concretizzato con la realizzazione del Convegno ECM "Malattie rare: sospetto diagnostico, percorsi assistenziali e comunicazione", organizzato dalla Regione Sardegna e dalla ASL di Olbia il 6 maggio 2011.

La valutazione degli interventi formativi

Un percorso formativo finalizzato al miglioramento della qualità dell'assistenza erogata richiede un sistema di criteri e indicatori per la valutazione dell'efficacia della formazione effettuata, che, a sua volta, è necessario anche per giustificare la scelta tra le diverse alternative tra cui collocare le risorse disponibili di un'organizzazione. Tuttavia, l'intangibilità e la soggettività dei benefici nonché la duplice natura di servizio e investimento intellettuale della formazione non facilitano il processo di definizione delle modalità di valutazione dell'efficacia delle attività formative.

Negli anni '60 Kirkpatrick e poi Hamblin hanno fornito un contributo considerevole alla definizione di modelli teorici per la valutazione dell'efficacia della formazione con un approccio basato sulla teoria della gerarchia degli obiettivi/risultati della formazione. Questa prevede un'iniziale reazione all'azione di formazione, seguita dall'apprendimento, che a sua volta produce cambiamenti di comportamento individuale sul lavoro, con successivi effetti sull'organizzazione e, in ambito sanitario, sullo stato di salute della popolazione.

Il modello, successivamente articolato in ulteriori livelli (3), prevede diversi strumenti e tecniche per la valutazione dell'efficacia della formazione (Tabella).

Gli strumenti per la valutazione dell'efficacia della formazione sono stati ampiamente testati, validati e utilizzati per i primi quattro livelli. Ulteriori considerazioni si devono porre per i livelli successivi. La letteratura scientifica riconosce che l'uso di ►

Tabella - Strumenti e tecniche per la valutazione dell'efficacia della formazione (3)

Livello e oggetto di valutazione	Strumenti di rilevazione
1. Partecipazione	Registro di presenza
2. Soddisfazione	Questionario di gradimento dell'evento formativo
3A. Apprendimento concettuale	Pre- e post-test sulle conoscenze acquisite (rilevazione obiettiva) Guadagno di conoscenza auto-riferito (rilevazione soggettiva)
3B. Apprendimento procedurale	Pre- e post-test di conoscenza delle procedure da seguire (rilevazione obiettiva) Guadagno di conoscenza auto-riferito (rilevazione soggettiva)
4. Competenza	Osservazione in contesto formativo (rilevazione obiettiva) Competenza auto-riferita; intenzione di cambiare (rilevazione soggettiva)
5. Performance	Osservazione della performance sul lavoro; basi di dati amministrativi; cartella clinica (rilevazione obiettiva) Performance auto-riferita (rilevazione soggettiva)
6. Salute del paziente	Misurazione obiettiva registrata in cartella clinica o basi di dati amministrativi (rilevazione obiettiva) Stato di salute riferito dal paziente (rilevazione soggettiva)
7. Salute della comunità	Ricerca sui servizi sanitari: dati epidemiologici; rapporti (rilevazione obiettiva) Ricerca sui servizi sanitari: dati auto-riferiti a livello di comunità (rilevazione soggettiva)

metodi didattici molteplici, interattivi e per piccoli gruppi è efficace nel modificare sia il comportamento professionale che l'outcome nei pazienti (4-6). Tuttavia, al fine di identificare con chiarezza il peso specifico da attribuire alla formazione rispetto agli altri fattori che intervengono nel migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e lo stato di salute della persona, si rende opportuno lo studio di ulteriori strategie per la valutazione dell'impatto della formazione sulla salute del cittadino e della comunità. Tutti questi fattori dovranno essere presi in considerazione in fase di programmazione e valutazione degli interventi formativi. Se, da un lato, la collaborazione tra URE e CNMR ha attivato ed esplicitato sinergie efficaci in ambito formativo, dall'altro, il percorso intrapreso a livello regionale offre l'opportunità di identificare e sperimentare modelli di valutazione dell'efficacia della formazione in linea con le necessità del sistema sanitario, il contenimento della spesa sanitaria e l'erogazione di un'assistenza sanitaria di qualità.

Conclusioni

La formazione effettuata per gli MMG sulle MR si configura come un efficace esempio di integrazione di competenze tecniche e metodologiche nell'ISS. I risultati della sperimentazione in atto potranno le basi per la messa a punto di un modello d'intervento

formativo e per l'identificazione di variabili critiche per l'organizzazione dei percorsi formativi e la loro replicabilità nelle varie regioni. Particolare attenzione si dovrà riservare alla valutazione di efficacia dei percorsi formativi, al fine di sviluppare attività di reale miglioramento della qualità dell'assistenza e della salute dei cittadini. ■

Riferimenti bibliografici

1. Centro Nazionale Malattie Rare. La formazione dei formatori sull'uso dei farmaci orfani. *Not Ist Super Sanità* 2010;23(6 Suppl. 1):8-12.
2. De Virgilio G. One Day-One Problem Problem-Based Learning (ODOP-PBL) for continuing education of health professionals. *Education for Health* 2011;24(2).
3. Moore DE Jr, Green JS, Gallis HA. Achieving desired results and improved outcomes: integrating planning and assessment throughout learning activities. *J Contin Educ Health* 2009;29:1-15.
4. Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic review. *Int J Technol Assess Health Care* 2005;21:380-5.
5. Mansouri M, Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *J Contin Educ Health* 2007;27:6-15.
6. Miller A, Archer J. Impact of workplace based assessment on doctors' education and performance: a systematic review. *BMJ* 2010;341:c5064.

UN SITO DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ SULL'AUTISMO



Aldina Venerosi

Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze, ISS

RIASSUNTO - Nel 2008, Il Tavolo sull'autismo del Ministero della Salute raccomanda che l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) assuma un ruolo di coordinamento nazionale per la promozione di programmi di ricerca, per il potenziamento e il coordinamento delle esperienze dei servizi a livello regionale, per la diffusione di standard diagnostici e di trattamento adeguati alle conoscenze internazionali. Su questa base si è costituito in ISS il Gruppo interdipartimentale sull'autismo, collettore di ricercatori in neuro e psicobiologia, epidemiologia, psichiatri e pediatri coinvolti nelle varie attività dell'ISS sui temi dell'autismo. La proposta del sito Internet "Disturbi dello spettro autistico" (www.iss.it/auti) ha l'obiettivo di dare a operatori sanitari, educatori e familiari uno strumento di informazione sulle conoscenze oggi disponibili. Inoltre, fornisce informazioni sulle linee guida nazionali e internazionali dedicate ai disturbi dello spettro autistico e informazioni utili al pubblico generale con l'indicazione dei principali Centri specialistici attivi a livello regionale.

Parole chiave: disturbo autistico; genitori; linee guida; servizi sanitari

SUMMARY (*A ISS website on autism*) - In 2008, at the end of an expert panel consultation on autism and related disorders by the Ministry of Health, it was recommended that the Italian National Institute of Health attained the role of coordination of the regional health authorities in establishing guidelines for diagnosis and treatment, in planning services organization, and in promoting basic, clinical and epidemiological research on autism and related disorders. On these bases, a multidisciplinary Working Group on Autism was established at the ISS, including basic researchers in neuro and psychobiology, epidemiologists, psychiatrists and pediatricians. One of the priority of the group is to improve scientific knowledge on health and educational needs of people with autism. The ISS website "Disturbi dello spettro autistico" (www.iss.it/auti) embodies this purpose and is destined both to professional people and parents that are involved in such condition.

Key words: autistic disorders; parents; guidelines; health services

aldina.venerosi@iss.it

L'autismo viene definito "ufficialmente" nella letteratura scientifica nel 1943. In quella data viene pubblicato il primo resoconto che descrive una sindrome fino ad allora sconosciuta, definita come "disturbo autistico del contatto affettivo". La pubblicazione è dello psichiatra austriaco Leo Kanner che a quell'epoca viveva e lavorava a Baltimora negli Stati Uniti (1).

A partire dagli anni '90 del secolo scorso, l'autismo ha trovato criteri diagnostici condivisi a livello internazionale, ed è a oggi considerato un disturbo pervasivo dello sviluppo. Attualmente, la definizione più ricorrente è quella di "Disturbi dello spettro autistico", categoria che comprende: il disturbo autistico, la sindrome di Asperger, il disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato (vedi Box 1).

Dal punto di vista della loro prevalenza, sebbene non esistano dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per gli Stati Uniti si stima una media 1:150 bambini (2) e una stima nel mondo con una maggiore frequenza nel sesso maschile, in un rapporto di circa 4:1 (3). È importante considerare che questi disturbi hanno un carattere cronico, oltre che un'elevata complessità clinica, e che attualmente non esistono terapie risolutive.

A livello internazionale (4), vi è accordo sulla necessità di operare uno sforzo incrementale di tipo economico e organizzativo affinché si costruiscano delle reti integrate di intervento che coprano l'intero ciclo della vita, affinché le persone con autismo non subiscano una discriminazione in base alla loro condizione di salute (vedi Box 2). In particolare, se si guarda all'Italia, un maggiore coordinamento delle realtà sanitarie regionali, la definizione di linee guida per ►

Box 1 - Breve cenno storico sull'autismo

I primi studi sull'autismo sono relativamente recenti e sono da riferire ai due studiosi Hans Asperger e Leo Kanner che, indipendentemente l'uno dall'altro, pubblicarono nei primi anni '40 del secolo scorso i loro studi relativi ad alcuni bambini con caratteristiche molto speciali. Ambedue descrissero la natura di quei bambini con il termine "autistico", ma questa apparente coincidenza dipese probabilmente dal fatto che all'inizio del '900 lo psichiatra Eugen Bleuler aveva introdotto questa definizione descrivendo un particolare aspetto della schizofrenia, ovvero la forte limitazione delle relazioni sociali e in generale con il mondo esterno, con un conseguente allontanamento dalla vita sociale, manifestata da un estremo isolamento (il termine autismo deriva dalla parola greca *autòs*, che significa sè). Kanner (1943) a Baltimora e Asperger (1944) a Vienna descrivono in maniera chiara e circoscritta i sintomi che costituiscono i criteri diagnostici attuali contenuti nei principali manuali di riferimento: il DSM-IV della Società Americana di Psichiatria e l'ICD10 curata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'incapacità di una relazione reciproca, la presenza di una limitata capacità comunicativa, sia verbale che non, accompagnata dall'assenza di gioco di simulazione, la presenza di comportamenti ripetitivi e del bisogno di ripetitività nelle azioni quotidiane, con interessi fortemente circoscritti, rappresentano oggi il *core* sintomatologico dei disturbi dello spettro autistico. Semmai alcuni autori, come ad esempio Uta Frith (2008), sottolineano come la definizione attuale, sebbene contenga in sé l'idea dell'autismo come spettro di disturbi, abbia perso alcune delle caratteristiche descritte da Kanner e Asperger, come la presenza delle "isole di capacità", della ossessività in alcuni interessi, della presenza di peculiari aspetti sensoriali. Vi sono aspetti estremamente individuali dei disturbi autistici che sono difficilmente generalizzabili ma che, nell'ambito della clinica, dovrebbero suggerire gli strumenti per un approccio individualizzato verso la persona con questi disturbi. In effetti, in attesa della pubblicazione del DSM-V, una notevole revisione nosografica è in corso per intercettare, lungo il *continuum* degli "autismi", sottogruppi ben caratterizzabili che tengano conto delle manifestazioni diverse che si possono verificare in relazione all'età e al livello di capacità cognitiva. Attualmente la Sindrome di Asperger è stata ben definita rispetto agli altri "autismi", ed è possibile che le conoscenze future permettano di rimodulare la definizione di autismo permettendo una descrizione più fedele all'incredibile eterogeneità che questa sindrome presenta.

la diagnosi, il trattamento e la pianificazione dei servizi dedicati, insieme alla necessità di promuovere la ricerca di base, la ricerca clinica e quella epidemiologica per aumentare il livello generale di conoscenza su questi disturbi, rappresentano le priorità di rilievo sanitario.

Box 2 - La dichiarazione delle Nazioni Unite per il World Autism Awareness Day



L'impegno dell'ISS sui temi dell'autismo

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è impegnato, come sottolineato dal documento di indirizzo prodotto a partire dal Tavolo Ministeriale dell'Autismo del 2008, a contribuire in quanto istituzione tecnico-scientifica del sistema sanitario (vedi Box 3).

La recente costituzione in ISS del Gruppo interdipartimentale sull'Autismo, collettore di ricercatori in neuro e psicobiologia, epidemiologia, psichiatri e pediatri coinvolti nelle varie attività dell'ISS sui temi dell'autismo, è da considerarsi un ulteriore traguardo che consolida l'impegno da parte dell'Istituto su questi temi. L'obiettivo del Gruppo è quello di promuovere, attraverso un approccio multidisciplinare, attività a carattere tecnico-scientifico che siano di supporto alle politiche sanitarie implicate nell'autismo, al fine di contribuire alla ricerca delle cause, alla definizione nosografica, al miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali e quindi alla qualità della vita delle persone che presentano questo disturbo e delle loro famiglie.

La proposta di un sito tematico fa parte degli obiettivi che il Gruppo Autismo si è dato. Utilizzare lo strumento della rete come strada di diffusione dell'informazione ha l'immediato effetto di potenziare in maniera capillare e diretta la formazione e la conoscenza di chi è coinvolto nelle tematiche dell'autismo. L'obiettivo è quello di fornire a operatori sanitari, edu-

Box 3 - L'impegno ISS sull'autismo

Nel 2009 si attiva il Progetto "Un approccio epidemiologico ai disturbi dello spettro autistico", di cui è responsabile scientifico Angelo Picardi del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS finanziato dal Programma strategico per la ricerca sanitaria 2007.

Obiettivi principali

- Produzione delle "Linee guida per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva e adolescenza" secondo i criteri del Programma Nazionale delle Linee Guida, coordinato da Alfonso Mele, Reparto di Epidemiologia Clinica (i lavori del panel sono attualmente terminati e il documento delle Linee guida è di prossima pubblicazione);
- stimare la componente genetica e ambientale di endofenotipi dell'autismo nella popolazione e identificare possibili fattori ambientali in grado di modificare la suscettibilità genetica individuale; studio compiuto con l'utilizzo del metodo dei gemelli, che si avvale del Registro Gemelli, attivo presso il Reparto di Epidemiologia Genetica, Responsabile Maria Antonietta Stazi;
- la quantificazione della sofferenza e dei bisogni dei genitori che hanno un figlio con i disturbi dello spettro autistico, studio coordinato da Angelo Picardi, Reparto di Salute Mentale.

Nel 2010 si attiva il Gruppo Autismo dell'ISS.

Nel 2011 si attiva il Progetto "Non invasive tools for early detection of Autism Spectrum Disorders", finanziato dal Ministero della Salute (bando Giovani Ricercatori), Responsabile scientifico: Maria Luisa Scattoni, Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze dell'ISS.

Obiettivi principali

- Uso di parametri diagnostici non invasivi per l'identificazione precoce dei disturbi dello spettro autistico. Lo studio prevede un'analisi normativa dello sviluppo motorio e vocale, parametri rilevabili fin dai primi mesi di vita e quindi potenzialmente utili per un'anticipazione della diagnosi che oggi, avvalendosi di indici legati alla socialità e alla comunicazione verbale e gestuale, permette di individuare i bambini a rischio di sviluppare i disturbi dello spettro autistico intorno ai due-tre anni;
- analisi dei parametri sotto studio in una coorte di bambini ad alto rischio (fratelli di bambini con diagnosi di disturbo dello spettro autistico) attraverso un follow-up tra i 9 e i 24 mesi;
- identificazione di marker genetici e biochimici correlati alla presenza di anomalie dello sviluppo motorio e vocale.

catori e familiari uno strumento di informazione sulle conoscenze oggi disponibili, sui principali contributi della letteratura scientifica, sui progetti di ricerca attivi sul territorio nazionale. Inoltre, il sito fornisce informazioni sulle linee guida nazionali e internazionali dedicate ai disturbi dello spettro autistico, e informazioni utili al pubblico generale con l'indicazione dei principali Centri specialistici attivi a livello regionale.

Il sito "Disturbi dello spettro autistico" (www.iss.it/auti) dell'Istituto Superiore di Sanità

La struttura del sito comprende una sezione che descrive brevemente che cosa è l'autismo, quali sono le cause, come può essere trattato. Questi temi vengono ampliati nella sezione **Approfondimenti**. Con questo link si intendono proporre macrotemi di forte attualità per l'autismo, in modo da rendere fruibile al pubblico generale una lettura dei più recenti approcci biomedici.

La sezione **Letteratura scientifica** propone una piccola ma consistente area di letteratura monografica, organizzata secondo una serie di aree tematiche in grado di affrontare la complessità dei disturbi dello spettro autistico, tenendo in considerazione i vari ambiti di ricerca e di intervento socio-sanitario. Per quanto riguarda la letteratura periodica si fornisce un breve elenco delle riviste nazionali e internazionali dedicate in modo specifico all'autismo. Va sottolineato comunque che i periodici indicati non sono esaustivi della letteratura scientifica che si occupa di questa condizione, in quanto la ricerca internazionale su questo tema è rappresentata in maniera estremamente diversificata su un numero enorme di periodici a carattere scientifico.

La sezione **Appuntamenti** intende aggiornare le famiglie e il personale più specialistico sui principali eventi scientifici nazionali e internazionali sullo stato dell'arte della ricerca per la terapia e l'eziopatogenesi, mentre l'area **In Rilievo** intende porre l'accento su specifici risultati ottenuti dalla ricerca scientifica, ►

sull'attivazione di progetti nazionali e internazionali a scopo scientifico e sociale, oltre a promuovere e diffondere l'attività delle Associazioni dei familiari, che contribuiscono da anni e in maniera rilevante alla sensibilizzazione dei bisogni delle persone con autismo.

L'area **Centri Regionali di Riferimento** è rivolta principalmente alle famiglie che attraverso questo link hanno l'opportunità di accedere alle informazioni per Regione riguardanti i Centri e i Servizi per la diagnosi e/o la presa in carico dei pazienti con autismo. La rilevazione è ancora in corso e quindi il link è in continuo aggiornamento.

È necessario sottolineare gli elementi di criticità incontrati nel comporre la mappa dei Centri. La realtà dei Servizi per la neuropsichiatria dell'età evolutiva e l'adolescenza e, in particolare, per i disturbi generalizzati dello sviluppo è estremamente eterogenea sul territorio nazionale e non tutte le Regioni hanno adottato specifici criteri per la definizione dei Centri specialistici. Inoltre, il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per quanto riguarda gli adulti è estremamente lacunoso e, conseguentemente, i Servizi con competenza specifica per l'adulto con autismo sono scarsamente rappresentati. Nel comporre la mappa dei Servizi si è scelto di operare secondo un principio di inclusione, nell'obiettivo di fornire la possibilità alle famiglie di trovare una risposta locale alle proprie esigenze di salute. In tal senso, nella cartina sono oggi inclusi i Servizi del Sistema sanitario regionale, anche accreditato, che si occupano della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, anche se non prevedono in maniera specifica centri dedicati ai disturbi dello spettro autistico. Nelle Regioni in cui è stato possibile si sono date indicazioni specifiche per l'età adulta. L'indicazione territoriale dei Centri è comunque corredata di una scheda informativa in modo da facilitare la scelta da parte delle famiglie.

L'auspicio rimane quello che su tutto il territorio nazionale si possano a breve individuare criteri organizzativi omogenei per i Centri dedicati ai disturbi dello spettro autistico e che tali criteri vengano adottati dalle Autorità sanitarie regionali, in modo che sia possibile dare una risposta specialistica omogenea massimizzando la presenza sul tutto il territorio.

Come strumento di natura tecnica il sito propone la sezione **Linee guida**, tramite cui è possibile accedere alle linee guida, ai documenti di indirizzo e alla normativa nazionale sull'autismo, oltre che ad alcune informazioni a livello internazionale. In particolare, la raccolta delle

normative nazionali e regionali che hanno un impatto sull'autismo è stata costruita in collaborazione con Donata Bellentani e Leonilda Bugliari dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), che attraverso i loro sistemi di ricerca e basi di dati hanno permesso di raccogliere una documentazione aggiornata al luglio 2010. I documenti presenti in quest'area rappresentano uno strumento informativo rilevante per chi volesse condurre delle analisi sull'indirizzo normativo regionale per l'organizzazione dei Servizi, fornendo tra l'altro indicazioni sulle scelte dei sistemi sanitari regionali per l'erogazione di specifiche prestazioni per questi disturbi. La raccolta delle linee guida è un ulteriore strumento per gli operatori. A oggi si è in attesa di inserire nella sezione le Linee guida del Sistema Nazionale Linee Guida dedicate al trattamento dei disturbi autistici in età evolutiva e adolescenza, curate dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'ISS.

In sintesi, il sito per i disturbi dello spettro autistico dell'ISS vuole essere un punto di riferimento per il pubblico generale fornendo informazioni controllate e di alto contenuto scientifico. Esso, inoltre, vuole essere di riferimento e collettore per gli operatori che si occupano di questo disturbo, mettendo a disposizione un archivio di informazioni continuamente aggiornate e offrendo la possibilità di rendere visibile la loro presenza sul territorio e le loro iniziative. ■

Riferimenti bibliografici

1. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943;2:217-50.
2. Morbidity and Mortality Weekly Report. Prevalence of autism spectrum disorders - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. *MMWR Surveill Summ* 2009;58:1-20.
3. Fombonne E. 2009 Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research* 2009;65:591-8.
4. World Health Organization (WHO). *mhGAP Mental Health Gap Action Programme Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders*. France: WHO Press; 2008.
5. Asperger H. 1944. *Die autistischen Psychopaten im Kindesalter*. Archiv für Psychiatrie und Nevenkrankheiten. 117:76-136. (trad. in inglese: Frith U. (Ed.). *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press; 1991. p. 37-92).
6. Frith Uta. *L'autismo. Spiegazione di un enigma*. Bari: Editori Laterza; 2009.



STUDI DAL TERRITORIO

DANNI DA AGENTI FISICI NELLA FREQUENTAZIONE DELLE PISCINE. FORLÌ, 2006-09

Roberto Bandini e Paolo Pagliai

Unità Operativa Igiene Pubblica, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL di Forlì

I livelli essenziali di assistenza definiti nel DPCM 29 novembre 2001 e la Delibera Regione Emilia-Romagna n. 1092/2005 assegnano al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Forlì il compito di vigilare sull'igiene e sulla sicurezza delle piscine, tenendo conto della qualità chimica e microbiologica dell'acqua e dei rischi di incidenti e infortuni.

L'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), nelle linee guida del 2006, ha classificato i pericoli associati all'uso ricreativo dell'acqua suddividendoli in: pericoli fisici, pericoli legati al caldo, al freddo e all'esposizione solare, pericoli legati alla qualità dell'aria e pericoli derivanti dalla qualità dell'acqua (microbici e chimici). In particolare, per quanto riguarda i rischi fisici, sono considerati gli annegamenti, i quasi annegamenti e gli infortuni, tra cui i più frequenti sono le lesioni spinali (1).

L'esame della letteratura scientifica riportata nelle linee guida OMS ha evidenziato che, escludendo gli annegamenti, i quasi annegamenti e i traumi maggiori (lesioni spinali, eviscerazioni, ecc.), vi sono pochissimi studi che prendono in considerazione i danni derivanti dagli altri pericoli fisici presenti nelle piscine (2). Tuttavia, l'esperienza sul campo evidenzia che si verificano frequentemente anche incidenti e infortuni di minore rilevanza.

Lo scopo di questo studio è quantificare l'effettiva numerosità delle varie tipologie di incidenti occorsi nelle piscine, attraverso l'esame delle schede di accesso al pronto soccorso (PS) dell'AUSL di Forlì, la cui attività è distribuita fra una sede presso l'Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì e due punti di primo intervento situati nei Comuni di Santa Sofia e Forlimpopoli.

Lo studio si è articolato con un'iniziale ricerca bibliografica sull'argomento eseguita su PubMed nel mese di marzo 2011, combinando i termini MESH "swimming pools" e (and) "trauma". Il motore di ricerca ha selezionato 47 articoli pubblicati negli ultimi 20 anni, ma solo due lavori riguardavano traumi minori da agenti fisici, cioè tagli, ferite, contusioni, distorsioni, avulsioni dentarie (3, 4). Aggiungendo le parole chiave "burning" e "irritation" si è identificato un ulteriore *case report* riguardante lesioni cutanee simili a bruciature in seguito all'utilizzo di scivoli acquatici (5).

In definitiva, le ricerche in letteratura hanno confermato la scarsità di informazioni riguardanti i traumi minori, soprattutto per quanto riguarda i dati relativi a numerosità, fattori di rischio e misure preventive.

Nel nostro studio, allo scopo di quantificare i diversi tipi di danni, è stata costruita una casistica relativa al

periodo 1° gennaio 2006-31 dicembre 2009 dal database degli accessi al PS attraverso query contenenti la parola "piscina".

Dai 257 file iniziali sono poi stati esclusi, attraverso l'esame analitico dei singoli referti, tutti gli accessi ai PS non direttamente imputabili alla frequentazione delle piscine (ad esempio, in un caso, la diagnosi di accesso indicava che "il paziente si era procurato il trauma mentre in automobile accompagnava il figlio in piscina"); sono stati infine selezionati 214 referti contenenti dati relativi a età, sesso, ora dell'accesso, diagnosi di entrata, trattamento, prognosi, terapia consigliata a casa (Tabella).

I 214 accessi complessivi al PS per danni derivanti dai agenti fisici, pari allo 0,1% dei 188.650 accessi totali rilevati nello stesso periodo, sono così distribuiti: 46 accessi nel 2006, 55 accessi nel 2007, 51 accessi nel 2008 e 62 accessi nel 2009.

Ad un esame più dettagliato risulta che i traumi minori sono stati 151 (86 uomini e 65 donne), verificatisi principalmente nel periodo estivo (112 casi, 74,2% del totale), frequenti in particolare nei mesi di luglio e agosto (92 casi, 60,9% del totale). Tali traumi riguardano soprattutto giovani (la mediana per i maschi è 17 anni e per le femmine 23,7 anni).



Tabella - Distribuzione dei danni da agenti fisici in piscina per genere dei soggetti colpiti. Dati degli accessi ai tre pronto soccorso dell'AUSL di Forlì (2006-09)

Tipologia			Uomini		Donne	
	n. casi	%	n.	%	n.	%
Traumi minori	151	70,6	86	57	65	43
Danni otoliatrici	29	13,6	24	83	5	17
Alterazioni dello stato di coscienza	17	7,9	5	29	12	71
Punture di insetti	8	3,7	3	38	5	62
Annegamenti e quasi annegamenti	6	2,8	5	83	1	17
Aggressioni	3	1,4	1	34	2	66
Totale danni fisici	214	100	124	58	90	42

Considerando le dinamiche di accadimento dei traumi, emerge come tali eventi siano principalmente dovuti a cadute, scivolamenti, tuffi e scontri con altre persone o con oggetti (almeno il 60% del totale).

Per quantificare il costo sociale dei traumi minori, sono state conteggiate le giornate di prognosi attribuite ad ogni accesso:

- in 40 casi le prognosi superano i 10 giorni per un totale di 760 giornate;
- nei restanti 111 accessi il totale delle giornate di prognosi è 587.

Complessivamente, le giornate di prognosi giustificate dai traumi minori sono state 1.347, con una media approssimativa di 9 giornate per ogni accesso. Questo dato dimostra che anche traumi apparentemente irrilevanti, verificatisi durante un'attività ludica, generano un elevato costo sociale.

Nel periodo di osservazione sono stati registrati 29 accessi per danni all'orecchio; 19 accessi (65%) sono avvenuti nel periodo estivo e hanno interessato in larga maggioranza maschi (24 casi, 83%): i tuffi sono la causa più frequentemente riscontrata (6 casi, 21%). Meno frequenti si sono rivelate le alterazioni dello stato di coscienza (lipotimia e perdita coscienza); al PS si sono infatti registrati 17 casi (5 uomini e 12 donne) più omogeneamente distribuiti durante tutto l'anno, in particolare si sono verificati 4 casi in estate e 7 in autunno. La mediana delle età dei soggetti colpiti (superiore a 55 anni) è nettamente superiore a tutte le altre tipologie di danni fisici. In 6 casi il soggetto stava praticando attività sportiva, mentre in 4 casi l'uso della piscina era a scopo terapeutico-termale.

Nel periodo esaminato sono stati registrati 8 accessi per punture di insetti; tutti i casi si sono verificati nei mesi di luglio e agosto. Eventi più rari sono costituiti da annegamenti/quasi annegamenti. Nel periodo esaminato si sono verificati 5 casi di quasi annegamento ed un caso di annegamento. I 6 casi hanno coinvolto prevalentemente maschi molto giovani con una marcata stagionalità (5 casi si sono verificati in estate). È importante evidenziare che i tre casi di quasi annegamento, verificatisi in piscine domestiche, hanno coinvolto bambini molto piccoli (età media 2,3 anni). Infine, si sono verificate 3 aggressioni, tutte in estate, che in 2 casi hanno interessato donne. È da notare che non si sono registrate epidemie di infezioni gastroenteriche, cutanee ed oculari.

Il nostro studio ha dimostrato che, benché la frequenza dei danni fisici da piscina sia limitata rispetto al totale degli accessi al PS, i costi sociali e in parte la gravità di tali eventi hanno importanza per la salute pubblica, in particolare perché prevenibili in gran parte.

I danni fisici associati alla frequentazione delle piscine sono da considerare sottostimati, in quanto le informazioni contenute nei referti del PS sono sommarie e carenti di tutto ciò che non è ritenuto necessario per l'intervento terapeutico; queste lacune informative portano ad una mancata assegnazione di accessi dovuti all'utilizzo di piscine.

Sebbene la vicinanza della riviera romagnola porti ad una frequentazione delle piscine inferiore a quella riscontrabile in territori più lontani dal mare, l'aumento dell'offerta di piscine ad uso

pubblico, specialmente all'interno di agriturismi nell'entroterra, registrato negli ultimi anni, non induce a prevedere una diminuzione delle frequentazione.

È in corso di svolgimento presso l'AUSL di Forlì un'analisi sui costi sostenuti per le cure erogate in PS a seguito degli accessi esaminati.

Sulla base di quanto documentato sarebbe utile, in un'ottica di prevenzione primaria, potenziare la formazione:

- dei bagnini e dei gestori, sensibilizzandoli ai rischi descritti, per accentuare la loro attività di controllo e suggerendo l'inserimento di modifiche nei regolamenti interni, specie per quanto riguarda le norme comportamentali degli utenti (corsa, scivoli, salti, tuffi, giochi);
- dei tecnici della prevenzione, affinché nelle attività di vigilanza non si limitino alla verifica della qualità dell'acqua in vasca, ma ispezionino anche il bordo vasca tenendo presente alcuni fattori di rischio (scivolosità dei rivestimenti, presenza di grate e ostacoli impropri, presenza di scivoli e trampolini);
- dei tecnici che progettano e costruiscono gli impianti, per sensibilizzarli ad un maggiore attenzione nella scelta dei materiali (scivolosità) e ad una maggiore cura nel progettare vasche, spazi perimetrali e posizionamento di attrezzature.

Riferimenti bibliografici

1. WHO. Guidelines for safe recreational waters, Volume 2 - Swimming pools and similar recreational-water environments. 2006 (www.who.int/water_sanitation_health/bathing/bathing2/en/).
2. CDC. Injuries at a water slide - Washington. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 1984 33(27): 379-82, 387 (www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00000369.htm).
3. Nielsen LP, Freund KG. Swimming pool accidents in Denmark. *Ugeskr Laeger* 2003 26;165(22):2299-302.
4. Soyuncu S, Yigit O, Eken C, et al. Water park injuries. *Turkish Journal of trauma and emergency surgery* 2009;15(5):500-4.
5. Wright JB. Wild water rapid burns. *Br J Sports Med* 1995;29(3):208-9.

LA PROMOZIONE DI ALIMENTI SALUTARI ATTRAVERSO I DISTRIBUTORI AUTOMATICI. SOSTITUZIONE COMPLETA O AFFIANCAMENTO? IL PROGETTO "PAUSA AMICA" IN PROVINCIA DI TRENTO, ANNO 2010-11

Laura Ferrari e Pirus Fateh Moghadam

Dipartimento di Prevenzione, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Gli stili di vita dipendono da molti fattori di diversa natura attribuibili, in parte, alle scelte individuali ed in parte al contesto ambientale, economico e sociale. È ormai un dato di fatto che molti di questi stili di vita non risultino più sostenibili, né per la salute delle singole persone e della popolazione nel suo insieme, né per l'ambiente (1, 2). È altrettanto vero che le scelte più salutari per i singoli e la comunità sono nel contempo quelle più rispettose dell'ambiente (3). Nonostante il suo potenziale in termini di impatto sull'opinione pubblica, questa sinergia ambiente-salute viene solo raramente evidenziata nei messaggi e nei programmi di promozione della salute.

Tuttavia, la scelta di una vita più attiva e di un'alimentazione corretta non è solo una questione personale: il contesto in cui si vive e si lavora condiziona molto questo tipo di scelte. Da parte della sanità pubblica risulta quindi fondamentale intervenire anche sul contesto per far sì che la scelta più salutare e rispettosa dell'ambiente sia quella più facile ed immediata, come suggerito dal programma ministeriale Guadagnare salute (4), al quale la provincia e l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (APSS) hanno aderito.

La presenza capillare, all'interno delle strutture sanitarie, di distributori automatici di alimenti "spazzatura" risulta in aperta contraddizione con questi principi e nuoce alla credibilità dei messaggi aziendali di promozione della salute. Occorre superare queste contraddizioni per ristabilire la coerenza tra i messaggi di promozione della salute e il contesto e la prassi aziendali, cercando nel contempo di salvaguardare gli interessi di tutti gli attori coinvolti (5). In questo ambito esistono alcune esperienze a livello internazionale ed anche in Italia (6) ma, per quanto ci è noto, nessuna in cui si è valutata la fattibilità di una sostituzione completa del contenuto dei distributori.

Con il progetto pilota "Pausa amica", sempre nell'ambito del programma Guadagnare salute, l'APSS ha voluto sperimentare - cominciando da se stessa - come rendere più facile la scelta a dipendenti ed utenti desiderosi di fare una pausa più salutare e più rispettosa dell'ambiente. Ha quindi provveduto a trasformare la distribuzione automatica di alimenti, presso le proprie strutture, in un mezzo per la promozione di sani stili di vita, facendo emergere la sinergia ambiente-salute ed offrendo a dipendenti ed utenti l'opportunità di riflettere e sperimentare i benefici connessi ad abitudini salutari.

Sostituire il contenuto dei distributori non è stato un compito facile, data la diversità degli interessi che occorre mettere d'accordo. I consumatori vorrebbero prodotti gustosi e di buona qualità, ma non troppo costosi, mentre ai produttori ed alle ditte di distribuzione occorre garantire il rendimento economico; gli esperti di sanità pubblica sono preoccupati di far rispettare i criteri che individuano la salubrità di un alimento.

Alla fine di un percorso che ha coinvolto i produttori locali (con la collaborazione del Dipartimento Agricoltura della Provincia Autonoma di Trento), le ditte di distribuzione automatica e il Dipartimento di Prevenzione dell'APSS, si è deciso di realizzare il progetto - in una prima fase - solo in due sedi "pilota" dell'APSS: in una sede i distributori salutari hanno completamente sostituito quelli tradizionali (con due distributori, uno a prevalente uso dei dipendenti e l'altro dell'utenza esterna), nell'altra sono stati affiancati ai distributori tradizionali (con utenza mista).

I prodotti "Pausa amica" sono stati scelti da un elenco fornito dai produttori locali e dalle ditte di distribuzione, utilizzando le "Linee d'indirizzo per la distribuzione automatica di prodotti alimentari" elaborate dalla regione Friuli-Venezia Giulia (7). A parità di punteggio, è stata data priorità al prodotto

più rispettoso dell'ambiente. Sono state escluse tutte le bevande fredde con zuccheri aggiunti.

La valutazione del progetto pilota è stata sia quantitativa, che qualitativa: nel corso della sperimentazione sono stati monitorati sia il volume di vendita dei singoli prodotti, che il gradimento da parte dei dipendenti.

La valutazione quantitativa è consistita: nella rilevazione bimestrale dei prodotti venduti, suddivisi per tipologia di prodotto (merendina dolce, merendina salata, yogurt, acqua, succhi, frullati, mousse, frutta fresca, frutta secca, ecc.); nel raffronto con i volumi di vendita degli stessi prodotti o di quelli corrispondenti nell'anno precedente; nell'impatto del progetto sulla distribuzione automatica di bevande calde (caffè, ecc.), non toccata dal progetto e - dove v'è stato l'affiancamento - nello "spostamento" della scelta da un prodotto tradizionale all'analogo prodotto biologico/locale (ad esempio, yogurt).

La valutazione qualitativa è consistita: nella realizzazione di focus group fino alla saturazione (raggiunta dopo il terzo focus group). Complessivamente, hanno partecipato (in orario di lavoro) 28 dipendenti del Centro per i Servizi Sanitari, dove è stata effettuata la sostituzione completa dei distributori automatici.

Oltre ai focus group è stata effettuata una raccolta di commenti inviati ad un indirizzo e-mail aziendale specificatamente messo a disposizione dei dipendenti.

Dove i distributori salutari sono stati sostituiti con quelli tradizionali, il volume di vendita complessivo è diminuito del 2,6% rispetto all'analogo periodo dell'anno precedente (compresa la diminuzione della vendita delle bevande calde, non interessata direttamente dal progetto, che è diminuita del 3,5%). Nonostante l'esclusione di bevande gassate/zuccherate, la vendita di bevande fredde è aumentata dell'8%. La vendita di acqua è aumentata del 22%, quella dei succhi è più che raddoppiata. Tra gli altri prodotti, è quasi raddop- ▶

piata la vendita di frutta, è aumentata considerevolmente quella di yogurt (soprattutto dopo il miglioramento nel packaging), mentre si è ridotta di circa il 10% la vendita di prodotti da forno salati, brioches e altri dolci. Le mele a fette non vengono consumate (l'inserimento nel distributore è stato sospeso); tra le merendine biologiche vanno molto di più quelle apparentemente più simili a quelle tradizionali e quelle del commercio equo e solidale. Non sono stati venduti, perché non inseriti nei distributori salutari, 1.213 bevande gassate/zuccherate (corrispondenti a 43 kg di zucchero non consumati) e 610 panini imbottiti.

Dal punto di vista del fatturato dell'azienda, la sperimentazione ha comportato una leggera diminuzione causata sia dal minor numero di vendite, sia dal minor margine su prodotti con un costo superiore, che dall'elevato numero di resi (durante la fase di avvio e rodaggio iniziale).

Dove c'è stato l'affiancamento dei due tipi di distributori (salutare e tradizionale), si è registrato un incremento generale delle vendite, rispetto al medesimo periodo dell'anno precedente (osservato anche in altre postazioni), particolarmente rilevante per quanto riguarda caffè e bevande calde (+13,2%). Rispetto al totale dei prodotti venduti dalle due tipologie di distributori, i prodotti salutari "Pausa amica" rappresentano circa il 10% delle vendite (acqua esclusa). Tra questi, i prodotti più venduti in assoluto sono gli yogurt biologici - la cui vendita ha quasi sostituito quella dello yogurt tradizionale, incrementandone anche il volume di vendita di circa il 30% - e le spremute biologiche in vetro che, insieme, rappresentano il 51% dei prodotti salutari venduti. Hanno riscontrato un certo successo anche le merendine ed i prodotti salati (soprattutto le gallette di mais e di riso). Non ha trovato molto gradimento la mousse di frutta e anche in questo caso è stata sospesa la vendita delle mele a fette a causa degli scarsi consumi. Tra i prodotti tradizionali, è stata registrata una flessione dell'1,6% delle bevande gassate/zuccherate (54 lattine non vendute), mentre la vendita degli altri prodotti tradizionali, nel loro insieme, è risultata sostanzialmente invariata. Per quanto riguarda lo yogurt, la scelta si è spostata sull'alternativa locale/biologico. Dal punto di vista del fatturato dell'azienda, la sperimentazione ha comportato un aumento.

In linea generale, i dipendenti si sono espressi favorevolmente in merito al progetto, con alcune riserve. Le criticità maggiori sono rappresentate dalla scarsa varietà dei prodotti e dal loro prezzo. L'opzione di affiancamento ha incontrato maggiore consenso rispetto alla sostituzione totale. Le numerose osservazioni in difesa della "libertà di scelta" evidenziano invece la scarsa efficacia del messaggio di coerenza del progetto. La valutazione del gradimento del progetto ha fatto emergere una serie di proposte di modifica, sia relativa ai singoli prodotti o alla loro presentazione, che alla gestione del distributore salutare. Gli argomenti più dibattuti riguardano: la frutta e gli snack. Emerge chiaramente che la frutta viene consumata molto poco: chi è abituato a consumarla, la porta da casa; chi non ha questa abitudine, non è attirato dalla frutta proposta nei distributori. Questo elemento trova peraltro pieno riscontro con i dati riferiti dalle ditte di distribuzione che, a metà progetto, hanno sospeso il rifornimento dei sacchetti di mele a fette.

In conclusione, il bilancio complessivo del progetto pilota è positivo: le ditte hanno riconosciuto la fattibilità economica del progetto, anche nella versione più radicale della sostituzione completa dei distributori (la diminuzione del fatturato non viene giudicata tale da compromettere il progetto) e dipendenti ed utenti hanno dimostrato apertura e curiosità verso i nuovi prodotti, sebbene con alcune riserve.

L'affiancamento dei prodotti salutari a quelli tradizionali non ha comportato una significativa diminuzione del consumo degli alimenti tradizionali: i prodotti salutari non vengono consumati in alternativa a quelli tradizionali, ma in aggiunta a questi. Tale modalità non comporta quindi guadagni in termini di salute. Alla luce di questi risultati, l'affiancamento dei distributori salutari a quelli tradizionali assume un significato ambiguo e presta il fianco alla legittima accusa di rappresentare, più che altro, un intervento "di facciata".

Dal punto di vista della promozione della salute risulta quindi ineludibile (e possibile) puntare sulla sostituzione completa dei distributori tradizionali con quelli salutari. Il passaggio alla sostituzione completa dei distributori automatici dovrebbe essere graduale ma continuo, stabilendo un crono-programma e fissando una data per la "messa a regime" di tutti i distributori automatici aziendali. Que-

sto processo dovrebbe essere supportato da un accordo su agevolazioni economiche alle ditte partecipanti, da percorsi formativi rivolti agli operatori sanitari e da un'adeguata campagna di comunicazione e d'informazione. Questa dovrebbe essere centrata non solo sull'alimentazione, ma anche sull'impatto ambientale delle scelte alimentari e, soprattutto, sulla coerenza tra "il dire e il fare" di un'azienda sanitaria, cioè sulla necessità di superare la contraddizione rappresentata dalla vendita, presso le proprie strutture, di prodotti di cui sconsiglia il consumo nei messaggi di promozione della salute. È in questa direzione che l'APSS intende muoversi nel prossimo futuro. ■

Riferimenti bibliografici

1. Kickbush I. The Food System: a prism of present and future challenges for health promotion and sustainable development. Health Promotion Switzerland; 2010 (<http://graduateinstitute.ch/webdav/site/globalhealth/shared/1894/White%20Paper%20-%20The%20Food%20System.pdf>).
2. Roberts I. *The energy glut: the politics of fatness in an overheating world*. Londra; 2010.
3. Barilla Center for Food and Nutrition. Doppia piramide: alimentazione sana per le persone, sostenibile per il pianeta (www.barillacfn.com/images/download/barilla_focus_ita_ok.pdf).
4. Ministero della Salute. Il programma Guadagnare Salute (www.salute.gov.it/stiliVita/stiliVita.jsp).
5. Lawrence S, Boyle M, Craypo L, et al. The food and beverage vending environment in health care facilities participating in the healthy eating, active communities program. *Pediatrics* 2009;123(Suppl. 5):S287-92.
6. Fattori G, Papouchado F. Merendine sane contro l'obesità. *Il Sole 24 ore - Sanità*, 14-20 settembre 2010.
7. Direzione centrale salute e protezione sociale, Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia. Linee di indirizzo per la distribuzione automatica di prodotti alimentari, giugno 2008 (disponibile presso gli autori).

Comitato editoriale BEN

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

Convegno

AGGIORNAMENTO SULLA DIAGNOSI, IL TRATTAMENTO E LA GESTIONE DELLE INFEZIONI NEONATALI DA STREPTOCOCCO DI GRUPPO B

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 9 giugno 2011

Lucilla Baldassarri e Roberta Creti
Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS

RIASSUNTO - Il 9 giugno 2011 si è tenuto, presso l'Istituto Superiore di Sanità, un Convegno di aggiornamento sulla diagnosi e il trattamento delle infezioni neonatali da streptococco di gruppo B. Il Convegno è stato organizzato in occasione della conclusione del progetto DEVANI, finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del VII Programma Quadro. I dati presentati hanno ottenuto un riscontro molto positivo tra i partecipanti e stimolato una vivace discussione, a riprova dell'importanza del soggetto trattato.

Parole chiave: streptococco gruppo B; terapia; vaccini

SUMMARY (*An update on diagnosis, treatment and management of neonatal group B streptococcal infections*) - On June 9th, 2011, a workshop on the update on diagnosis and treatment of neonatal group B streptococcal infections was held at the Italian National Institute of Health. The meeting was organized to summarize the data obtained during the DEVANI project, financially supported by the European Commission within the 7th Framework Program.

Key words: group B streptococci; therapy; vaccines

lucilla.baldassarri@iss.it

Streptococcus agalactiae, o streptococco di gruppo B (GBS), è una delle principale cause di setticemia e meningite nel neonato, con un'incidenza di circa 1 su 1.000 nati vivi. In assenza di profilassi antibiotica intrapartum (IAP), più dell'80% delle infezioni da GBS si verifica nei primi 7 giorni di vita (insorgenza precoce) mentre il restante 20% si sviluppa tra l'ottavo e il novantesimo giorno dalla nascita (insorgenza tardiva).

Le raccomandazioni nelle linee guida, pubblicate dai Centers for Disease Control and Prevention (CDC) nel 2002 (1) e confermate nel 2010 (2), sull'utilizzo della profilassi antibiotica al momento del parto somministrata a mamme colonizzate dal batterio a livello vagino-rettale, ha significativamente diminuito l'incidenza delle infezioni a insorgenza precoce. Sfortunatamente, tale approccio non ha avuto alcun effetto sull'incidenza delle infezioni a insorgenza tardiva, per le quali l'unica strategia con possibilità di riuscita rimane lo sviluppo di un vaccino.

Un Convegno ad hoc

Proprio quest'ultimo aspetto è stato oggetto di studio di un Progetto finanziato nell'ambito del VII Programma Quadro della Commissione Europea, che aveva lo scopo di porre le basi conoscitive per la messa a punto di un vaccino sicuro ed efficace contro le infezioni neonatali da GBS. In occasione della conclusione del Progetto (DEVANI - Design of a vaccine to immunize neonates against GBS infections through a durable maternal response), il 9 giugno 2011 è stata organizzata, presso l'Istituto Superiore di Sanità, una giornata di studio al fine di riassumere i risultati del Progetto stesso e fornire una panoramica su infezioni neonatali e carriage materno da streptococco di gruppo B in Europa.

La partecipazione al Convegno è stata superiore alle aspettative, con quasi 200 richieste di partecipazione provenienti da tutto il territorio nazionale, ma anche da alcuni Paesi europei nei quali l'evento era stato pubblicizzato dai partecipanti al Progetto (Figura). ▶

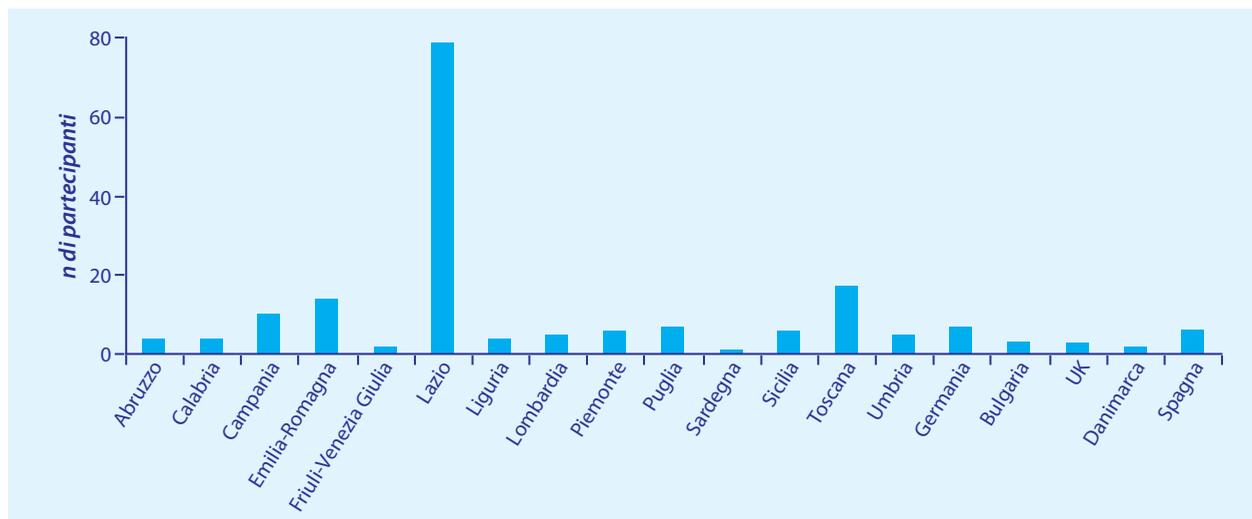


Figura - Provenienza geografica dei partecipanti al Convegno

La maggior parte degli interventi preordinati è stata a carico dei partecipanti al Progetto, ma hanno riscosso notevole successo anche due interventi, il primo da parte di una delle maggiori autorità internazionali in materia di infezioni da GBS, Carol J. Baker dagli Stati Uniti, e il secondo da parte di Claire Poyart, in rappresentanza della Francia.

I partecipanti al Convegno - principalmente neonatologi, pediatri, ginecologi e ostetrici - hanno manifestato grande interesse per le tematiche trattate, tra le quali le linee guida seguite in Europa per il controllo e il trattamento delle infezioni da GBS. Quest'ultimo è un tema particolarmente sentito in quanto, pur se le linee guida del CDC pubblicate nel 1996 (2) e successivamente aggiornate nel 2002 (1) e 2010 (3) siano state virtualmente adottate in tutti i Paesi europei, la loro applicazione risulta ancora disomogenea, con Paesi che a tutt'oggi applicano l'approccio basato sui fattori di rischio (edizione delle linee guida CDC del 1996), anziché quello raccomandato dell'identificazione delle gestanti colonizzate da GBS tramite analisi del tampone vagino-rettale alla 35^a-37^a settimana di

gestazione (come indicato negli aggiornamenti successivi delle linee guida) (Tabella). In tal senso, uno sforzo delle Autorità competenti per l'applicazione e la *compliance* con le linee guida nazionali, ove disponibili, sarebbe più che auspicabile.

Ulteriore spunto di riflessione è giunto dalle informazioni fornite in merito alle tecniche diagnostiche e identificative di GBS. I dati ottenuti nel corso del Progetto indicavano infatti una serie di problemi relativi ai falsi negativi derivanti dall'applicazione impropria dei protocolli per il corretto prelievo con tampone, dalla procedura di arricchimento e/o dall'utilizzo di terreni di coltura appropriati per l'identificazione precisa del microrganismo. Questo ha fornito un'utile chiave di lettura per i frequenti casi, indicati dai partecipanti, di infezioni sviluppatesi in neonati nati da madri con tampone negativo.

Ai fini dello sviluppo del vaccino, una parte importante del Progetto aveva come scopo quello di valutare l'epidemiologia siero-molecolare di GBS in Europa, considerato che i dati disponibili a oggi

Tabella - Tipo di linee guida applicate nei diversi Paesi europei nella prevenzione delle infezioni neonatali da streptococco di gruppo B

Paesi	Linee guida applicate
Italia, Spagna, Belgio, Repubblica Ceca, Francia, Germania, Svizzera, Polonia	CDC 2002/2010 Analisi basata sui risultati del tampone vagino-rettale eseguito alla 35 ^a -37 ^a settimana di gestazione
Olanda, Norvegia, Regno Unito	CDC 1996 Analisi basata sulla presenza di fattori di rischio

provengono principalmente da studi ad ampio respiro effettuati negli Stati Uniti (4, 5), mentre i dati europei presenti nelle pubblicazioni rivestono, in genere, carattere locale.

La raccolta di materiale (sia la notifica dei casi che la raccolta di ceppi e sieri) ha creato inizialmente alcuni problemi, particolarmente in Italia, in quanto la malattia da GBS non è tra quelle a notifica obbligatoria. L'ottenimento dei dati si è quindi dovuto basare sull'interesse dei singoli medici/ricercatori già reclutati nel corso di un progetto parallelo finanziato dal Ministero della Salute per il triennio 2007-2010. L'interesse suscitato dal Convegno ha fortunatamente incoraggiato diversi partecipanti a fornire la propria disponibilità per eventuali futuri sviluppi di questo tipo di indagine che, a detta di molti, andrebbe ulteriormente perseguita possibilmente anche attraverso la sponsorizzazione stabile da parte del Ministero della Salute.

Possiamo sicuramente affermare che il Progetto DEVANI ha ottimamente raggiunto gli obiettivi prefissati e il sostegno finanziario della Comunità Europea è stato fondamentale per mantenere al meglio i contatti tra i vari partecipanti, che ne hanno determinato il successo. La vivace risposta ottenuta dal Convegno conferma che il tipo di studio intrapreso è stato effettivamente necessario e si auspica che i suoi naturali sviluppi porteranno al raggiungimento del traguardo finale nella forma di un vaccino sicuro ed efficace contro le malattie neonatali da streptococco di gruppo B. ■



Ringraziamenti

Si ringraziano Alessia Caratelli, Daniela Casale, Veronica Bizzotti, Valentina Cecchetti, Debora Lepore, Ramona Ilari e Simonetta Rasi per la precisa e fattiva partecipazione nell'organizzazione del Convegno. Il Convegno è stato organizzato con il sostegno finanziario della Comunità Europea, tramite il progetto DEVANI, 7° Programma Quadro, Grant Agreement 200481a LB.

Riferimenti bibliografici

1. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: revised guidelines from CDC. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2002;51:1-22.
2. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: a public health perspective. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1996;45:1-24.
3. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Prevention of perinatal group B streptococcal disease revised guidelines from CDC. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2010; 59:1-32.
4. Zangwill KM, Schuchat A, Wenger JD. Group B streptococcal disease in the United States, 1990: report from a multistate active surveillance system. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1992;41:25-32.
5. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Trends in perinatal group B streptococcal disease - United States, 2000-2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2009; 58:109-12.

NASCE PRESSO L'ISS IL COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ, LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI



Tiziana Di Mauro
Direzione Generale, ISS

RIASSUNTO - Il Direttore Generale dell'Istituto Superiore di Sanità ha istituito, come previsto dalla vigente normativa in materia, il Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni. Il nuovo organismo raccoglie le competenze attribuite in precedenza al Comitato Pari Opportunità e al Comitato Paritetico per il fenomeno del mobbing, svolgendo altresì funzioni aggiuntive che lo caratterizzano quale elemento innovativo nel panorama delle Pubbliche Amministrazioni. La tutela delle pari opportunità per il lavoratore risulta ampliata a ogni forma di discriminazione, e particolare attenzione viene posta al concetto di benessere del lavoratore, interpretato non solo quale diritto del singolo in ogni ambiente lavoro ma anche quale strumento finalizzato al benessere dell'organizzazione nel suo complesso e, dunque, all'azione efficace ed efficiente dell'Amministrazione nel suo ruolo sociale.

Parole chiave: pari opportunità; benessere; efficienza

SUMMARY (*A unique guarantee Commission for equal opportunities, for the increase of the wellbeing of employed people and against discriminations*) - The Director General of the Italian National Institute of Health constituted, as provided by regulation in force, a unique guarantee Commission for equal opportunities, for the increase of the wellbeing of employed people and against discriminations. This new organization gathers the skills previously ascribed to the equal opportunity Committee and to the joint Committee for mobbing, strengthening also new functions which characterize it as an innovative element in the public administrative panorama. The defense of equal opportunities for employed people is more widely referred to every form of discrimination, and in particular it lays emphasis on the idea of the wellbeing of employed people, not only meant as a single right in every working environment but also as an instrument finalized to the wellbeing of the organization in its whole and thus to the efficient action of the administration in its social role.

Key words: equal opportunities; welfare; efficiency

tiziana.dimauro@iss.it

Il Comitato Unico di Garanzia dell'ISS ha sia compiti propositivi che funzioni consultive, a tutela dei lavoratori e delle lavoratrici

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha istituito il proprio Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, con Decreto del Direttore Generale del 26 luglio 2011.

Come previsto nel "Collegato al Lavoro" (Legge n. 183/2010) il CUG raccoglie, unifica e amplia le competenze precedentemente assegnate agli storici Comitati per le Pari Opportunità e altresì ai Comitati Paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione dei Contratti Collettivi di lavoro.

La Direttiva a firma del Ministro per la Funzione Pubblica e del Ministro per le Pari Opportunità, in data 4 marzo 2011, individua le modalità per il funzionamento dei CUG, fissando la loro durata in 4 anni, definendo la pariteticità della loro composizione e stabilendo l'unicità delle rappresentanze dei lavoratori, ovvero nessuna distinzione più tra dirigenza e aree funzionali.

Al Comitato sono assegnati compiti propositivi quali la predisposizione di piani di azioni positive per favorire l'uguaglianza sostanziale tra i sessi nel lavoro e politiche di conciliazione tra vita e lavoro, non-

ché funzioni consultive finalizzate alla promozione del benessere lavorativo, all'adozione di codici etici volti alla prevenzione delle discriminazioni con verifica dei risultati.

Il CUG potrà esplicare i propri compiti consultivi anche nell'ambito dei piani di formazione del personale con l'obiettivo di favorire e promuovere la cultura della parità.

L'intento del legislatore indubbiamente sembra essere quello di convogliare in una nuova entità le azioni frammentate, seppur rilevanti, che nell'ambito del mondo del lavoro venivano svolte dai succitati Comitati, a tutela dei lavoratori e delle lavoratrici, in materia di pari opportunità e mobbing.

Tuttavia, il nuovo organismo non si colloca esclusivamente in un'ottica di continuità rispetto al passato bensì pare rispondere a un'esigenza di innovazione, di evoluzione e quindi di "rottura" rispetto ai recenti trascorsi. Il CUG si pone dunque come uno strumento che sulla base dell'esperienza deve produrre se non novità di certo innovazione.

Il concetto di "pari opportunità" risulta in tal modo applicato non esclusivamente al genere, bensì a ogni forma di discriminazione che nel mondo del lavoro possa, in qualche modo, svantaggiare una persona o anche una categoria di persone. Non solo il sesso dunque, ma la religione, la lingua, la razza, l'orientamento sessuale, l'età, ecc.

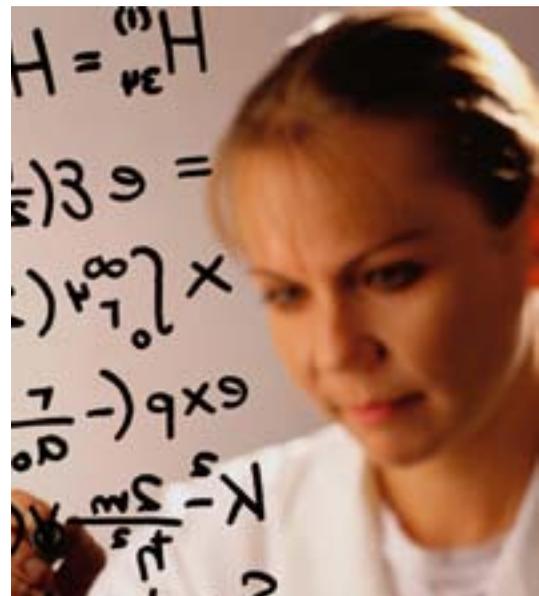
Certamente e indubbiamente un'accezione corretta, ampia e aggiornata della terminologia concernente le opportunità, che di fatto rispecchia le diversità nelle quali, in una società come quella italiana dei nostri giorni, quotidianamente ci si imbatte.

All'ampliamento delle garanzie corrisponde poi l'ampliamento delle fasi di applicazione delle stesse, ovvero nei vari momenti della vita lavorativa, dall'accesso al lavoro, alle condizioni in cui questo si svolge, alle progressioni in carriera finanche alla sicurezza sul lavoro.

La *ratio* del superamento dei Comitati per le Pari Opportunità (CPO) potrebbe dunque essere logica. Il panorama lavorativo, politico e sociale che abbiamo di fronte ci impone infatti una riflessione in termini diversi e più ampi. Seppure non va distolta l'attenzione dal percorso di affermazione delle donne nel mondo del lavoro, bensì perseguito con sempre maggiore fermezza, ciò che è stato acquisito e le battaglie fatte danno certamente alla popolazione femminile la certezza dei traguardi raggiunti e la tranquillità di una posizione di partenza diversa rispetto al passato. L'associazionismo femminile, che si è imposto nel mondo del lavoro anche attraverso i CPO, ha trovato appoggio e trova tuttora appoggio nelle politiche di parità condotte a livello europeo da organismi deputati, che hanno favorito con la loro azione le nostre politiche nazionali in termini di parità tra uomo e donna. L'impegno della Comunità europea e internazionale contro la discriminazione femminile, tradotto in Raccomandazioni, Azioni e politiche di raccordo tra i vari Stati, ci fornisce la rassicurazione che la questione femminile non è vissuta quale dinamica di secondo piano.

D'altro canto la vigente normativa nazionale e l'attività del Dipartimento Pari Opportunità testimoniano l'attenzione in tal senso. La Direttiva sulle misure ►

L'istituzione del CUG risponde a un'esigenza di innovazione, evoluzione e "rottura" rispetto al passato, convogliando in un'unica entità le azioni già svolte da altri organismi in materia di pari opportunità e mobbing



**La responsabilità sociale
di un'organizzazione
consiste anche nel favorire
il benessere dei lavoratori
che la compongono**

per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nella Pubblica Amministrazione (PA), emanata nel 2007, sancisce la volontà di attuare le disposizioni in vigore, di aumentare la presenza delle donne in posizioni apicali, di promuovere pratiche lavorative tese a valorizzare l'apporto delle lavoratrici e stabilisce altresì che i vertici delle amministrazioni devono orientare le politiche di gestione delle risorse umane e l'organizzazione del lavoro secondo precise linee di azione in tale senso.

I CUG per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni si pongono, dunque, nel panorama della PA, non solamente quali elementi di razionalizzazione della materia e delle azioni in proposito, ma quali strumenti più sistematici e organizzati per favorire il benessere del lavoratore, elemento imprescindibile per il corretto funzionamento della macchina amministrativa in termini di efficacia ed efficienza.

Con il termine "benessere organizzativo" ci si riferisce infatti alla capacità di un'organizzazione di promuovere e mantenere il più alto grado possibile di benessere dei lavoratori, migliorando le condizioni che sostengono la motivazione e l'impegno dei singoli, diminuendo la probabilità delle malattie professionali e migliorando le prestazioni. In sostanza, per l'organizzazione favorire il benessere dei lavoratori si concretizza nell'assunzione di una responsabilità sociale.

La strategia basata sul benessere del lavoratore e sul conseguente benessere organizzativo è stata posta alla base della politica

gestionale dell'ISS, e prende corpo nelle principali linee di azione della Direzione Generale, quali:

- l'analisi dei processi organizzativi, volta alla loro razionalizzazione e al loro miglioramento;
- avvio dell'organizzazione del sistema di gestione della salute e sicurezza dei lavoratori;
- realizzazione del primo bilancio di sostenibilità dell'ISS;
- azioni tese al miglioramento dei processi di gestione del personale.

In quest'ottica si colloca la prevista collaborazione del Comitato con l'Organismo Indipendente di Valutazione, organismo deputato all'assolvimento dei compiti in materia di trasparenza e integrità delle Amministrazioni che, nella recente riforma della PA, ha sostituito, presso Ministeri ed Enti, i precedenti servizi delegati al controllo interno.

L'accrescimento dell'efficienza e della produttività della PA si pone oramai non solo quale tematica emergente nella discussione sulle politiche pubbliche, ma si configura come fattore ineludibile per garantire al settore pubblico non esclusivamente la sopravvivenza, ma soprattutto lo sviluppo e il rafforzamento.

La conciliazione e il rapporto previsti tra i due organismi favoriscono, dunque, la conciliazione delle politiche delle pari opportunità con i processi di misurazione e valutazione delle attività.

Come nuova entità, i CUG avranno bisogno di un periodo di prova e solo a regime di loro piena attività potranno essere verificati i risultati e l'idoneità degli organismi a raggiungere gli ambiziosi obiettivi prefissati dal legislatore. ■

L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ PARTECIPA AL SCIENCE PICNIC DI VARSAVIA

Si è svolta a Varsavia (Polonia) il 28 maggio 2011 la quindicesima edizione del *Science Picnic*, promosso dalla Polish Radio e dal Copernicus Science Centre. La manifestazione è considerata l'evento scientifico "outdoor" più grande d'Europa, al quale partecipano ogni anno numerosi istituti di ricerca europei in rappresentanza delle rispettive nazioni e oltre 100.000 visitatori. L'Italia vi ha preso parte per la quinta volta consecutiva con un stand che per questa edizione ha ospitato l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), su invito dell'Istituto Italiano di Cultura (IIC) presso l'Ambasciata Italiana di Varsavia.

Freedom è stato il tema scelto per l'edizione 2011, libertà intesa come una sfida alla scienza da parte della società moderna. Il Settore Attività Editoriali dell'ISS, nel progettare lo stand, ha elaborato uno slogan sotto il quale raccogliere le tematiche esposte: **Liberi di conoscere, liberi di vivere meglio**, che ben corrisponde alla *mission* di diffusione delle conoscenze scientifiche e di tutela della salute pubblica dell'ISS (La nostra ricerca per la salute di tutti).

Utilizzando una grafica e un linguaggio adatti al pubblico formato prevalentemente da famiglie, sono stati preparati poster, materiale divulgativo di vario tipo (segnalibri e opuscoli), tutti tradotti in lingua polacca, e brevi sessioni interattive e ludiche (anche con la partecipazione di un clown scientifico), che si sono ripetute nell'arco dell'intera giornata con grande successo (questa componente di interattività era stata espressamente richiesta dagli organizzatori dell'evento). I temi trattati sono stati individuati con la collaborazione di ricercatori ISS, tra questi: i vantaggi di una corretta alimentazione (dieta mediterranea e limitato consumo di sale), l'antibiotico-resistenza e altri.

Libertà di conoscere significa anche libertà di accesso all'informazione scientifica e dunque il Progetto europeo NECOBELAC (Network of COLlaboration Between Europe and Latin American-Caribbean Countries), di cui l'ISS è coordinatore, è stato promosso come modello di diffusione e di libero accesso all'informazione in salute pubblica, nonché di cooperazione internazionale attraverso la costruzione di reti di istituzioni.

Eventi di questo genere, che avvicinano il grande pubblico alla scienza, tendono a moltiplicarsi in una



Poster in lingua polacca presentato al *Science Picnic* 2011

società sempre più aperta, attenta e desiderosa di acquisire nuove conoscenze e tecniche per migliorare la salute e la qualità della vita.

Un resoconto più completo dell'evento è stato pubblicato in lingua inglese: Napolitani F, Rossi AM. The Italian health institute takes part in the Science Picnic. *European Science Editing* 2011;37(3):86-7. ■

A cura di
Paola De Castro, Federica Napolitani,
Anna Maria Rossi

Hanno collaborato alla realizzazione dello stand
nel *Science Picnic* 2011

Ambasciata Italiana a Varsavia

Massimo Mazzini, Scientific Attaché

Istituto Italiano di Cultura di Varsavia

Paola Ciccolella, Direttore
Monika Kopicka

Istituto Superiore di Sanità

Paola De Castro, Simona Giampaoli, Giancarlo Majori,
Michele Maroli, Daniela Marsili, Federica Napolitani,
Annalisa Pantosti, Anna Maria Rossi

Con la collaborazione di: Massimo Delle Femmine,
Marco Cornacchia, Silvio Cicchinelli, Luciano Galante

Visto... si stampi

a cura di Paola De Castro

Settore Attività Editoriali, ISS

Le pubblicazioni edite da questo Istituto sono tutte disponibili online.

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



Annali dell'Istituto Superiore di Sanità

Vol. 47, n. 3, 2011



Editorial

Pardon my asking: do we need eMince-based bioethics?

Carlo Petrini

Section I

RESEARCH AND METHODOLOGIES

Ethical issues in videorecording patients lacking capacity to consent

Carlo Petrini

Awareness, understanding and attitudes of Italians regarding palliative care

Franca Benini, Monica Fabris, Daniela S. Pace, Valentina Vernò, Valentina Negro, Franco De Conno and Marcello M. Orzalesi

Smoke-free policy development in Italy through the legislative process of the ban 2000-2005, and press media review 1998-2008

Giuseppe Gorini, Laura Currie, Lorenzo Spizzichino, Daniela Galeone and Maria J. Lopez

Prevention, communication and equity in environmental epidemiology: ethical issues

Giordana Pagliarani and Caterina Botti

Ethical issues in neonatal intensive care

Marcello M. Orzalesi and Marina Cuttini

Hypovolemic shock due to severe gastrointestinal bleeding in a child taking an herbal syrup

Paola Angela Moro, Valerio Flacco, Federica Casseti, Valentina Clementi, Maria Laura Colombo, Giulia Maria Chiesa, Francesca Menniti-Ippolito, Roberto Raschetti and Carmela Santuccio

Effect of eye ngf administration

on two animal models of retinal ganglion cells degeneration
Valeria Colafrancesco, Marco Coassin, Simona Rossi and Luigi Aloe

Signaling pathway-focused gene expression profiling in pressure overloaded hearts

Marco Musumeci, Sonia Maccari, Elisa Corritore, Alessia Massimi, Tonino Stati, Giuseppe Marano and Liviana Catalano

Mortality study in an asbestos cement factory in Naples, Italy
Simona Menegozzo, Pietro Comba, Daniela Ferrante, Marco De Santis, Giuseppe Gorini, Francesco Izzo, Corrado Magnani, Roberta Pirastu, Andrea Simonetti, Sara Tunesi and Massimo Menegozzo

BRIEF NOTES

Focus on coal power station installations and population health
Marco Valenti, Francesco Masedu and Sergio Tiberti

Persistent organic pollutants (POPs) in fish collected from the urban tract of the river Tiber in Rome (Italy)
Roberto Miniero, Emilio Guandalini, Elena Dellatte, Nicola Iacovella, Vittorio Abate, Silvia De Luca, Anna Laura Iamiceli, Alessandro di Domenico and Elena De Felip

Proposal for a new detection method of substance abuse risk in Croatian adolescents

Sanja Tatalovic Vorkapic, Elizabeta Dadic-Hero, Klementina Ruzic, Dobrica Roncevic and Rajna Knez

Section II

Book reviews, Notes and Comments

Edited by *Federica Napolitani Cheyne*

WHO Publications

Edited by *Anna Maria Rossi*



ISTISAN Congressi 11/C2

3° Convegno nazionale. Medicina narrativa e malattie rare. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 13 giugno 2011. Riassunti.

A cura di A.E. Gentile, I. Luzi e D. Taruscio. 2011, v, 100 p.

Il Convegno ha l'obiettivo di favorire l'applicazione della medicina narrativa al settore delle malattie rare. Si tratta di patologie con bassa prevalenza nella popolazione, clinicamente gravi, cronico-invalidanti, spesso difficilmente diagnosticabili e con scarse opzioni terapeutiche. Rappresenta un'importante opportunità, all'interno di un contesto scientificamente riconosciuto, per presentare, confrontare e diffondere le ricerche e gli studi, a livello nazionale, che si avvalgono delle potenzialità conoscitive e operative della medicina narrativa.

domenica.taruscio@iss.it



Area tematica
Epidemiologia
e sanità pubblica

Rapporti ISTISAN 11/12

Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009.

A cura di L. Lauria e S. Andreozzi. 2011, iii, 157 p.

Il Ministero della Sanità, nel piano sanitario nazionale del 1998-2000, ha introdotto il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) come tematica di rilevanza strategica. L'Istituto Superiore di Sanità ha avuto il compito di aiutare le unità sanitarie locali ad implementare le raccomandazioni del POMI nel proprio territorio per quanto attiene il percorso nascita e di valutare specificamente l'assistenza al percorso nascita delle donne straniere. Nell'ambito di questo progetto, nel 2009, sono state condotte, in collaborazione con 18 centri nascita, due indagini, una qualitativa l'altra quantitativa con l'obiettivo specifico di valutare l'assistenza pre e post natale delle donne straniere e il loro vissuto. Gli indicatori assistenziali ospedalieri risultano simili tra italiane e straniere mentre differenze emergono nell'assistenza pre- e post-partum. Si rileva per le donne immigrate una generale carenza di informazioni e una minore capacità di usufruire delle opportunità assistenziali. Il consultorio familiare si configura come un importante servizio di riferimento per le donne straniere. Emerge l'opportunità di una organizzazione operativa dei servizi assistenziali che, nell'ottica dell'"offerta attiva", garantisca continuità assistenziale, presenza di mediatrici culturali, adeguata formazione del personale negli aspetti della comunicazione e dell'informazione.

laura.lauria@iss.it

Rapporti ISTISAN 11/13

Annegamenti in Italia: epidemiologia e strategie di prevenzione.

A cura di Enzo Funari e Marco Giustini. 2011, iii, 52 p.

L'annegamento è un fenomeno a bassa incidenza ma ad elevata letalità. Su poco più di 800 eventi/anno, nella quasi metà dei casi il soggetto coinvolto muore (387 casi nel 2007) e nel restante 55% delle volte viene ricoverato. Si parla, in questi casi, di semi-annegamenti (o quasi-annegamenti). Il tasso medio di ricovero ospedaliero è di 7,4 casi per milione di abitanti, con un picco per i minori di 14 anni mentre il corrispondente tasso di mortalità è pari a 6,5 casi per milione di abitanti/anno, con un valore massimo negli ultra settantenni. La mortalità è passata da circa 1.200-1.300 morti/anno degli inizi degli anni '70 a poco meno di 400 del biennio 2006-2007, con una diminuzione del 70%, che nei bambini arriva al 90%.

marco.giustini@iss.it



Area tematica
Ambiente
e salute



Area tematica
Epidemiologia
e sanità pubblica

Rapporti ISTISAN 11/14

Analisi organizzativa del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (gennaio 2008 - marzo 2009).

A. Bella, G. Fontana, P. Luzi e il Gruppo di lavoro sull'analisi organizzativa del CNESPS (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute). 2011, v, 103 p.

All'interno dell'Istituto Superiore di Sanità il CNESPS è fortemente orientato ad interfacciarsi con le strutture territoriali, regionali e nazionali e a sostenere con le proprie competenze epidemiologiche le attività di prevenzione e controllo delle maggiori patologie della popolazione italiana. Da tempo gran parte delle attività del CNESPS sono condotte con risorse esterne focalizzate su progetti che possono essere anche notevolmente diversificati tra loro. Al fine di governare tali processi è stata effettuata un'indagine conoscitiva sul lavoro svolto nel Centro e sull'uso delle risorse umane e finanziarie.

antonino.bella@iss.it

Rapporti ISTISAN 11/15

La mortalità in Italia nell'anno 2008.

G. Minelli, V. Manno, S.M. D'Ottavi, M. Masocco, G. Rago, M. Vichi, R. Crialesi, L. Frova, M. Demaria, S. Conti. 2011, ii, 155 p.

Il rapporto presenta un'analisi descrittiva della mortalità nel nostro Paese nell'anno 2008. Per la mortalità generale e per le principali cause di morte (35 per gli uomini, 36 per le donne) sono presentate tabelle con i tassi standardizzati e i numeri assoluti dei decessi e cartine con i rapporti standardizzati di mortalità. L'analisi è articolata per genere, età e area geografica di residenza (province, regioni e grandi ripartizioni geografiche: Nord-ovest, Nord-est, Centro, Sud e Isole).

susanna.conti@iss.it



Area tematica
Epidemiologia
e sanità pubblica



Nei prossimi numeri:

Registro Assuntori ormoni della crescita
Rapporto 2010 legionellosi in Italia
Sorveglianza infezioni sessualmente trasmesse

Istituto Superiore di Sanità

Presidente: Enrico Garaci

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

a cura del Settore Attività Editoriali