

# Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

L'impatto della demenza per la sanità pubblica

Convegno. Salute e sicurezza nei luoghi  
di lavoro secondo un approccio di genere

Il Sistema SINIACA-IDB  
per la sorveglianza degli incidenti

1° Congresso nazionale della Società Italiana  
per la Ricerca sugli Oli Essenziali (SIROE)



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

Inserto **BEN**  
**Bollettino Epidemiologico Nazionale**

Il progetto nazionale Guadagnare Salute in Adolescenza -  
Attività Fisica e Alimentazione

L'ospedalizzazione per gastroenterite acuta in età pediatrica  
nella provincia autonoma di Bolzano

www.iss.it

## SOMMARIO

### Gli articoli

L'impatto della demenza per la sanità pubblica .....	3
Convegno. Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro secondo un approccio di genere .....	7
Il Sistema SINIACA-IDB per la sorveglianza degli incidenti .....	11
1° Congresso nazionale della Società Italiana per la Ricerca sugli Oli Essenziali (SIROE) .....	17

### Le rubriche

News. Malattie rare: presentata la videofavola "Con gli occhi tuoi" .....	10
---	----

### Bollettino Epidemiologico Nazionale (Inserito BEN)

Il progetto nazionale Guadagnare Salute in Adolescenza - Attività Fisica e Alimentazione.....	i
L'ospedalizzazione per gastroenterite acuta in età pediatrica nella provincia autonoma di Bolzano.....	iii



Un quadro ampio e comprensivo sull'incidenza della demenza in Italia e sulle politiche sanitarie attuate e su quelle in via di definizione

pag. 3

Durante il Convegno studiosi, esperti e operatori del sistema socio-sanitario hanno discusso sull'applicazione del Testo Unico sulla sicurezza nei luoghi di lavoro secondo un approccio di genere

pag. 7



Il Sistema SINIACA-IDB fornisce le informazioni necessarie per aumentare l'efficacia e l'efficienza degli interventi di protezione degli incidenti domestici

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
- Organismo Notificato per i Dispositivi Medici e la Valutazione dei Cosmetici
- Ricerca e Valutazione dei Prodotti Immunobiologici
- Sostanze Chimiche
- 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:* Fabrizio Oleari

*Redattore capo:* Paola De Castro

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

*Redazione:* Anna Maria Rossi, Giovanna Morini

*Progetto grafico:* Alessandro Spurio

*Impaginazione e grafici:* Giovanna Morini

*Fotografia:* Antonio Sesta, Luigi Nicoletti

*Distribuzione:* Patrizia Mochi, Sandra Salinetti

*Redazione del Notiziario*

*Settore Attività Editoriali*

*Istituto Superiore di Sanità*

*Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma*

*e-mail: pubblicazioni@iss.it*

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

*Registro Stampa Tribunale di Roma*

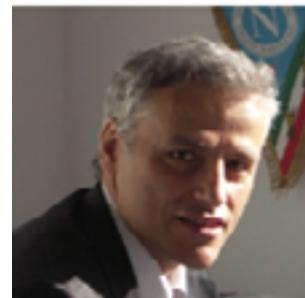
*© Istituto Superiore di Sanità 2014*

*Numero chiuso in redazione il 28 febbraio 2014*



Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. Roma

## L'IMPATTO DELLA DEMENZA PER LA SANITÀ PUBBLICA



Nicola Vanacore

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

**RIASSUNTO** - È stato stimato che nel mondo vi siano circa 36,5 milioni di persone affette da demenza, con 7,7 milioni di nuovi casi ogni anno e un nuovo caso di demenza diagnosticato ogni 4 secondi. Il numero di persone affette da demenza dovrebbe triplicare nei prossimi 40 anni. In Italia circa 1.000.000 di persone sono affette da demenza e circa 3 milioni di persone sono direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari. Il maggior fattore di rischio associato alle demenze è l'età. Numerose evidenze disponibili in termini di prevenzione primaria e secondaria individuano sette fattori di rischio potenzialmente modificabili associati all'insorgenza della demenza di Alzheimer quali il diabete, l'ipertensione in età adulta, l'obesità in età adulta, il fumo, la depressione, la bassa scolarizzazione e l'inattività fisica. Il tema della demenza rappresenta una vera sfida per la società moderna. L'impatto in termini economici, sociali ed etici è rilevante e lo sarà sempre di più nell'immediato futuro sia per i Paesi occidentali che per quelli meno economicamente sviluppati. La complessità del fenomeno richiede, forse per la prima volta nella storia della medicina, una straordinaria capacità di *governance* in grado di integrare competenze e saperi molto differenti tra loro. Tutto ciò deve essere efficacemente indirizzato nel migliorare il livello di assistenza dei milioni di persone colpite e dei loro familiari.

**Parole chiave:** demenza; malattia di Alzheimer; centri per la memoria

**SUMMARY** (*The public health impact of dementia*) - It has been estimated that worldwide there are about 36.5 million people suffering from dementia, with 7.7 million new cases per year and a new case of dementia diagnosed every 4 seconds. The number of people with dementia is expected to triple over the next 40 years. In Italy about 1,000,000 people are affected by dementia and about 3 million people are directly or indirectly involved in the care of their loved ones. The greatest risk factor associated with dementias is age. Number of available evidence in terms of primary and secondary prevention identified seven potentially modifiable risk factors associated with the onset of Alzheimer's disease such as diabetes, high blood pressure in adulthood, obesity in adulthood, smoking, depression, low schooling and physical inactivity. The theme of dementia represents a real challenge for modern society. The impact in economic, social and ethical is relevant and always will be more in the near future for both Western countries and the less economically developed. The complexity of the phenomenon requires perhaps for the first time in the history of medicine an extraordinary capacity for governance capable of integrating very different skills and knowledge between them. Everything must be effectively addressed in improving the level of assistance of the millions of people affected and their families.

**Key words:** dementia; Alzheimer's disease; memory clinic

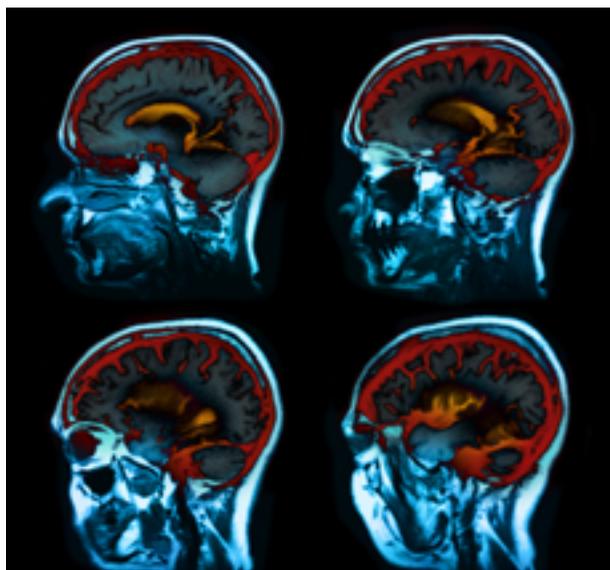
nicola.vanacore@iss.it

Venerdì 15 novembre 2013 si è tenuto presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il VII Convegno nazionale "Il contributo delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) nell'assistenza dei pazienti con demenza". I temi degli aspetti diagnostici, dei trattamenti farmacologici e non farmacologici e dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari sono stati ampiamente trattati e discussi.

È stato stimato che nel mondo vi siano circa 35,6 milioni di persone affette da demenza, con 7,7 milioni di nuovi casi ogni anno e un nuovo caso di demenza

diagnosticato ogni 4 secondi. Il numero di persone affette da demenza dovrebbe triplicare nei prossimi 40 anni. La maggior parte di queste persone vivranno in Paesi a basso e medio reddito. In Italia circa 1.000.000 di persone sono affette da demenza e circa 3 milioni di persone sono direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari. Il maggior fattore di rischio associato alle demenze è l'età (1).

In Italia vi sono 17 milioni di persone con un'età maggiore di 60 anni, pari al 27% della popolazione generale. L'indice di vecchiaia, definito come il rap- ►



porto percentuale tra la popolazione in età anziana (65 anni e più) e la popolazione in età giovanile (meno di 15 anni), colloca l'Italia al secondo posto in Europa dopo la Germania con un rapporto di 144 anziani ogni 100 giovani. Le proiezioni demografiche mostrano una progressione aritmetica di tale indicatore fino a giungere nel 2051, per l'Italia, a 280 anziani per ogni 100 giovani (2).

Numerose evidenze disponibili in termini di prevenzione primaria e secondaria individuano sette fattori di rischio potenzialmente modificabili associati all'insorgenza della demenza di Alzheimer quali il diabete, l'ipertensione in età adulta, l'obesità in età adulta, il fumo, la depressione, la bassa scolarizzazione e l'inattività fisica. Si stima che circa la metà dei casi di demenza di Alzheimer sono potenzialmente attribuibili all'insieme di questi fattori. È stato calcolato che riducendo del 10% o del 25% ognuno dei sette fattori di rischio si potrebbero prevenire da 1,1 a 3,0 milioni di casi con demenza di Alzheimer (3).

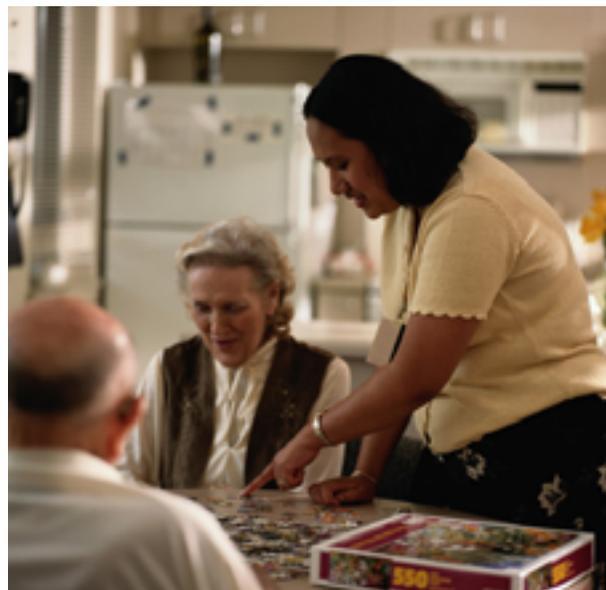
I sistemi di sorveglianza sullo stato di salute e di malattia della popolazione italiana, attivi presso l'ISS, stimano che il 10% degli uomini e il 7% delle donne è diabetico, mentre l'8% degli uomini e il 4% delle donne è in una condizione borderline (intolleranza al glucosio). Il 23% degli uomini e il 21% delle donne è affetto da sindrome metabolica. Inoltre, in Italia l'ipertensione arteriosa colpisce in media il 33% degli uomini e il 28% delle donne mentre il 19% degli uomini e il 14% delle donne sono in una condizione borderline (4). Per quanto riguarda la depressione, si stima che

circa il 7% degli adulti fra 18 e 69 anni riferisce sintomi di depressione, e percepisce come compromesso il proprio benessere psicologico. Secondi gli ultimi dati OCSE, l'Italia si trova al di sotto della media europea per i tassi di partecipazione al sistema di istruzione e di formazione dei giovani con età compresa tra 15 e 19 anni e di quelli con un'età tra i 20 e i 29 anni (2).

Per quanto riguarda gli stili di vita, l'abitudine al fumo di sigaretta, in Italia, riguarda il 33% degli uomini (con una media di 17 sigarette al giorno) e il 23% delle donne (con una media di 13 sigarette al giorno). Il 10,5% degli italiani è obeso e il 30,1% si può definire sedentario (4). Sull'entità di questi fattori di rischio sarà necessario agire in futuro per prevenire la demenza.

### Le politiche sanitarie

Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 individua la demenza tra le patologie che rappresentano un problema di grande rilevanza medica e sociale. L'Italia manca ancora di un documento di programmazione strategica generale quale il Piano Nazionale delle Demenze, presente in quasi tutti gli altri Paesi europei. Per l'Italia è in corso una rielaborazione della bozza del Piano Demenze, che per due anni è rimasto fermo alla Conferenza Stato-Regioni in attesa di un'approvazione; solo da qualche mese sono riprese le riunioni presso il Ministero della Salute con i referenti delle Regioni per la definizione di un nuovo testo da far approvare.



Per la prima volta anche il Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012 ha incluso le demenze, sottolineando l'importanza di un governo clinico complessivo del fenomeno con la definizione dei percorsi clinico-assistenziali basati sulle evidenze delle migliori pratiche disponibili. Il Piano prevedeva anche Azioni di Supporto Centrali alla programmazione regionale ma purtroppo solo un paio di Regioni hanno dato la priorità a questa tematica.

In questo ambito, va segnalato il recente Progetto europeo ALCOVE (Alzheimer Cooperative Valuation in Europe) relativo alla policy sulla demenza. Questa *joint action* europea ha coinvolto 30 partner provenienti da 19 Paesi - tra i quali, per l'Italia, l'ISS - e aveva come obiettivo il miglioramento delle conoscenze sulla patologia e sulle sue conseguenze, e di stimolare una riflessione sulla qualità della vita delle persone, sul concetto di autonomia e sui diritti di chi vive con una forma di demenza. Le raccomandazioni conclusive del Progetto ALCOVE si sono indirizzate su quattro aree specifiche, quali l'epidemiologia, la diagnosi, i sistemi di supporto alla gestione dei sintomi psicologici e comportamentali (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia - BPSD) delle persone affette da demenza e gli aspetti etici (diritti, autonomia, dignità).

## La gestione integrata

Un approccio alla cura del paziente definito come *disease management* ha l'obiettivo di coordinare le risorse di tutto il sistema socio-sanitario (e i suoi attori) e di garantire un'assistenza di elevata qualità durante tutto



il *continuum* della malattia. Nel Rapporto dell'Alzheimer's Disease International del 2011 si sottolineò l'esigenza di individuare centri specialistici per il trattamento della demenza, puntando quindi, strategicamente, sull'aggregazione di competenze super-specialistiche piuttosto che affidare la gestione del fenomeno a competenze generiche. Nel settore delle demenze, la logica di un percorso assistenziale si esprime con la necessità di integrare le attività dei centri specialistici dedicati alla diagnosi e al trattamento, farmacologico e non farmacologico, con quelle della medicina generale, delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA), dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dei Ricoveri di Sollievo al fine di rendere l'intero sistema efficace ed efficiente nel governo generale delle demenze.

In Italia, nel maggio del 2000, al momento dell'immissione in commercio degli inibitori delle colinesterasi, venne lanciato il Progetto Cronos, che portò all'identificazione da parte delle Regioni di circa 500 Unità di Valutazione Alzheimer (UVA). Queste strutture costituiscono un centro specialistico multiprofessionale con una funzione di coordinamento tra la medicina specialistica e quella generale tesa a favorire l'integrazione tra l'ospedale e il territorio. A tredici anni dalla creazione delle UVA in Italia vi è comunque la necessità di una profonda riorganizzazione di queste strutture, che sono nate in moltissime Regioni in assenza di una reale programmazione sanitaria. In un censimento 2006 delle UVA italiane si è stimato che circa 2.000 operatori sanitari tra medici specialisti (neurologi, geriatri, psichiatri), infermieri, psicologi e riabilitatori lavorano in queste strutture; di questi, molti hanno un contratto di lavoro temporaneo e saltuario (soprattutto psicologi e riabilitatori) con conseguenze rilevanti sulla qualità e continuità dell'assistenza che viene fornita ai pazienti e ai loro familiari.

L'Italia è stato il primo Paese che ha puntato sulla creazione di centri specialistici in cui viene posta la diagnosi di demenza. Successivamente, anche Francia, Germania, Regno Unito, Austria e Irlanda hanno promosso la costituzione di *memory clinic*. In sintesi, queste strutture rappresentano il fulcro di un sistema socio-sanitario dedicato alle demenze, intorno alle quali bisogna costruire una rete di altri servizi socio-sanitari.

È curioso notare, dal punto di vista epidemiologico, che solo il 50% dei pazienti con demenza presenti in un territorio, nei Paesi occidentali, viene intercettato dai servizi socio-sanitari con una diagnosi di demen- ►



za da parte dei centri specialistici. Inoltre, questa diagnosi è formulata già in una fase moderata di malattia con un punteggio di circa 16-20 al Mini Mental State Examination (MMSE). Il paradosso clinico al quale quindi si assiste è che mentre da un lato non si riesce ad identificare tempestivamente tutti i casi con demenza, dall'altro si tende a considerare, talvolta con troppa superficialità, un soggetto con deficit cognitivo isolato o addirittura con un disturbo soggettivo di memoria come malato. In questo contesto è fondamentale saper distinguere gli aspetti della ricerca protesa a individuare le fasi pre-cliniche della demenza (Mild Cognitive Impairment) da quelli di sanità pubblica propri a identificare l'entità clinica delle demenze.

## Conclusioni

In conclusione, l'implementazione dei percorsi assistenziali socio-sanitari rappresenta la traduzione concreta della "politica del fare" nell'affrontare il drammatico problema della demenza nei diversi territori. È urgente trasferire le migliori evidenze scientifiche disponibili nella pratica clinica per migliorare la qualità della cura e superare le disuguaglianze attraverso la definizione di standard nazionali. In una fase di profonda crisi delle società occidentali bisogna avere il coraggio e la capacità di investire risorse umane e finanziarie per il miglioramento dei sistemi socio-sanitari con la consapevolezza che i risultati saranno visibili, a livello di popolazione, non nell'im-

mediato, ma solo a medio e lungo termine. È urgente un'integrazione di questi sistemi con il mondo del volontariato e del Terzo Settore al fine di promuovere l'informazione, la formazione e la diffusione di buone pratiche. Bisogna combattere lo stigma che accompagna la demenza. La demenza rappresenta una vera sfida per il tessuto sociale, è una patologia che si associa a una profonda solitudine.

Appare urgente, inoltre, promuovere un approccio globale alla demenza cercando di evitare la contrapposizione tra Paesi ricchi e Paesi poveri, tra la medicina ipertecnologica (PET, SPECT) e quella di base, alla ricerca di strumenti semplici e poco costosi per fare la diagnosi e di trattamenti facilmente accessibili a tutti.

Non si può aspettare la "pillola miracolosa" con le mani in mano. Bisogna uscire da una visione medico-centrica e farmaco-centrica delle demenze. Le patologie complesse richiedono risposte dello stesso livello dalla ricerca all'organizzazione dei servizi. La politica ha la responsabilità di promuovere anche strategie di prevenzione primaria e secondaria delle demenze.

Il tema della demenza rappresenta una vera sfida per la società moderna. L'impatto in termini economici, sociali ed etici è rilevante e lo sarà sempre di più nell'immediato futuro sia per i Paesi occidentali che per quelli in via di sviluppo. La complessità del fenomeno richiede, forse per la prima volta nella storia della medicina, una straordinaria capacità di *governance* in grado di integrare competenze e saperi molto differenti tra loro. Tutto ciò deve essere efficacemente indirizzato nel migliorare il livello di assistenza dei milioni di persone colpite e dei loro familiari. ■

## Dichiarazione di conflitto di interessi

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

## Riferimenti bibliografici

1. Prince M, Bryce R, Albanese E, et al. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement* 2013;9(1):63-75.
2. <http://noi-italia.istat.it>
3. Barnes DE, Yaffe K. The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *Lancet Neurol* 2011;10(9):819-28.
4. [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)

---

## Convegno

# SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO SECONDO UN APPROCCIO DI GENERE

**Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 14 novembre 2013**

Silvana Caciolli<sup>1</sup> e Felice Paolo Arcuri<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, ISS

<sup>2</sup>S3 Opus

---

**RIASSUNTO** - Il 14 novembre 2013 si è tenuto a Roma, presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Convegno "Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro secondo un approccio di genere" organizzato dal Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria dell'ISS, dalla Direzione Regionale Lazio dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), in collaborazione con la società di formazione S3 Opus. L'iniziativa ha rappresentato un importante momento d'incontro e di scambio di esperienze sull'applicazione di quanto previsto dal DLvo 81/2008, noto anche come Testo Unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro. L'art. 28 del DLvo 81 del 9 aprile 2008, infatti, ha introdotto alcuni elementi di novità tra cui una nuova visione di tutela del lavoro femminile, che non si limita al solo periodo di gravidanza, puerperio e allattamento, ma dedica particolare attenzione ai rischi connessi alle differenze di genere sia dal punto di vista fisico che psico-sociale.

**Parole chiave:** differenze di genere; valutazione del rischio; medicina di genere

**SUMMARY** (*Health and safety at the workplace using a gender approach*) - The workshop, held in Rome on November 14, 2013, was organized at the Italian National Institute of Health-ISS, by the ISS Department of Environment and Primary Prevention, the Latium Regional Directorate of the Workers Compensation Authority (INAIL), in collaboration with the training company S3 Opus. The initiative has represented an important opportunity for interaction and exchange of experiences on the implementation of what is provided for by the Italian Legislative Decree no. 81/2008, also known as Consolidated Act on health and safety at the workplace. The article no. 28 of the Italian Legislative Decree no. 81 of April 9, 2008, in fact, introduced some new elements among which a new vision of women's work protection not limited to pregnancy, postpartum and lactation but with particular attention to the risks connected with gender differences both from the physical and psychosocial points of view.

**Key words:** gender differences; risk assessment; gender medicine

silvana.caciolli@iss.it

---

**I**l 14 novembre 2013 si è svolto presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il Convegno nazionale "Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro secondo un approccio di genere", organizzato dall'ISS, dalla Direzione Regionale Lazio dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), in collaborazione con S3 Opus, società che opera nel campo della ricerca, consulenza e formazione.

Il Convegno ha rappresentato un importante momento di incontro e di scambio di opinioni ed esperienze tra studiosi, esperti e operatori del sistema socio-sanitario, sull'applicazione di quanto previsto dal

DLvo 81/2008, anche noto come Testo Unico (TU) sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, a proposito delle differenze di genere.

Come è noto, il DLvo 81 del 9 aprile 2008 ha sistematizzato in un quadro organico molte delle precedenti disposizioni legislative in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e, al tempo stesso, ha introdotto alcuni importanti elementi di novità, tra cui spicca la nuova visione di tutela del lavoro femminile, che finalmente non si limita al solo periodo di gravidanza, puerperio e allattamento, ma prevede l'obbligo di tener conto delle ►



differenze di genere sia dal punto di vista fisico che da quello psico-sociale nella valutazione di tutti i rischi (art. 28).

Tale impostazione recepisce l'attuale orientamento europeo e comunitario volto a perseguire il miglioramento delle condizioni di lavoro e l'abbattimento degli stereotipi di genere anche attraverso la considerazione specifica delle pari opportunità tra uomo e donna e del benessere organizzativo nell'ambiente di lavoro. L'Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (European Agency for Safety and Health at Work - EU-OSHA), infatti, ha evidenziato nei suoi studi come lo stress lavoro-correlato sia una delle sfide principali con cui l'Europa deve confrontarsi e che le malattie lavoro-correlate sono diverse tra uomini e donne prevalentemente a causa delle differenze di genere.

### Medicina di genere

Le donne sono spesso esposte a differenti fattori di rischio rispetto agli uomini in relazione alle diverse attività in cui sono occupate. Come è noto, le donne lavorano prevalentemente nei servizi socio-sanitari, nella scuola, nel settore delle pulizie o in particolari settori industriali, come ad esempio il tessile; inoltre esse rivestono ruoli mediamente più bassi rispetto agli uomini, sono meno pagate e hanno contratti più precari. Oltre a ciò, di fronte allo stesso fattore di rischio possono avere un diverso danno rispetto agli uomini

in relazione alla diversità fisiologica. In questo senso, si può affermare che il DLvo 81/2008 recepisce le acquisizioni della cosiddetta medicina di genere, che dimostra come uomini e donne reagiscano con effetti differenti sulla propria salute all'esposizione ai diversi fattori di rischio, e che manifestino anche sintomi diversi rispetto a numerose patologie e reagiscano in modo diverso alle terapie.

Come sostenuto dall'EU-OSHA, riconoscere che esistono differenze di genere nella distribuzione del lavoro e nell'esposizione ai rischi, così come nell'analisi epidemiologica, nella terapia e nella prevenzione, è un passo fondamentale per l'appropriatezza della valutazione dei rischi e delle cure.

### Scopo del Convegno

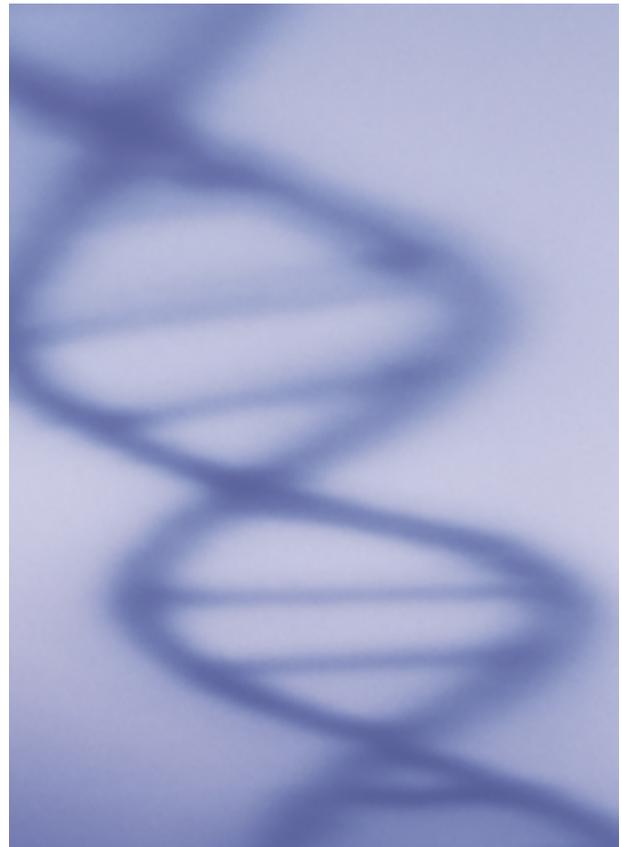
Il Convegno ha avuto non solo finalità divulgative ma anche momenti pratici, di presentazione di buone pratiche. In particolare, è stato presentato uno studio, condotto da alcuni ricercatori dell'ISS, sullo sviluppo di approcci diagnostici e terapeutici che tengano conto delle differenze di genere nelle patologie umane più rilevanti (cardiovascolari, autoimmuni, tumorali). È stato sottolineato, inoltre, che negli ultimi anni è iniziata una collaborazione con il Servizio di



Prevenzione e Protezione dell'ISS, per lo sviluppo di un approccio di genere anche per la valutazione del rischio in ambito lavorativo.

La consapevolezza che la gestione delle risorse umane non può esaurirsi in una mera amministrazione del personale, ma implica un'adeguata attenzione al lavoratore nell'ambiente di lavoro e la possibilità di conciliare tempi di vita e tempi di lavoro, ha indotto la dirigenza dell'ISS a favorire alcune procedure, tra le quali quelle relative alla concessione del part-time e ai benefici di cui alla Legge 104/92, con lo scopo di consentire una maggiore flessibilità lavorativa ai soggetti più esposti. Ulteriori iniziative adottate hanno riguardato azioni volte a favorire la mobilità interna e la realizzazione dei "parcheggi rosa", aree riservate all'interno dell'ISS per le dipendenti in avanzato stato di gravidanza. Tali attività, pur non essendo risolutive, testimoniano una costante attenzione al benessere del personale.

L'INAIL Lazio, infine, ha presentato i risultati di un recente studio realizzato in collaborazione con S3 Opus, ADM Srl (A Different Mind) e Fondazione I-CSR (Italian Centre for Social Responsibility), finalizzato a fornire linee guida per una valutazione dei rischi nei luoghi di lavoro secondo un approccio *gender-based*.



Al buon esito dell'iniziativa hanno contribuito relatori degli enti organizzatori e numerosi esperti, tutti di elevato spessore. Per l'ISS sono intervenuti Maurizio Pasquali, Direttore Centrale Risorse umane e affari generali, Anna Maria Giammarioli, ricercatrice del Dipartimento del Farmaco, ed Eugenio Sorrentino, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione. Per la società S3 Opus sono intervenuti: Felice Paolo Arcuri, Direttore generale, e Cinzia Ciacia, Amministratore unico. Per l'INAIL è intervenuto Antonio Napolitano, Direttore regionale Lazio.

Sono inoltre intervenuti: Manlio De Silvio della Fondazione I-CSR, Silvana Salerno dell'ENEA, Elvira Reale dell'ASL Napoli 1, Angelo Sacco dell'ASL Roma D, Lea Battistoni dalla Fondazione Nilde Iotti, Maria Luisa Trinca e Fabio Cianflone dell'ISPRA.

Per informazioni sugli atti del convegno consultare il sito [www.s3opus.it](http://www.s3opus.it) ■

#### Dichiarazione di conflitto di interessi

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

NEWS

## Malattie rare: presentata la videofavola "Con gli occhi tuoi"

Le malattie rare riguardano un consistente numero di pazienti in età pediatrica. Anche per questo è importante non lasciare taciuto il tema a scuola, lì dove si formano gli uomini e le donne di domani. Parla di patologie rare, di solidarietà e inclusione, di coraggio e amicizia la videofavola "Con gli occhi tuoi", scaricabile gratuitamente dal sito [www.congliocchitui.it](http://www.congliocchitui.it), realizzato dal Ministero della Salute. Essa è nata dalla fantasia di bambini di una classe seconda e una terza della scuola primaria nell'ambito di un progetto promosso per la Federazione italiana malattie rare UNIAMO Onlus dal Ministero della Salute con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, con il patrocinio del Centro per la Pastorale della Salute del Vicariato. La progettazione di una videofavola per diffondere il tema delle malattie rare nasce anche da alcuni presupposti indicati chiaramente da un documento dell'European Organisation for Rare Disease (EURORDIS), in cui si spiega come una delle principali e specifiche difficoltà nella gestione di queste patologie sia rappresentata dall'isolamento dei malati nella vita affettiva, sociale e scolastica.

Quella che possiamo vivere assieme ai personaggi di "Con gli occhi tuoi" è una favola per grandi e piccoli, parte di un progetto-pilota che potrà essere esteso ad altre scuole e ha già cominciato il suo "cammino" negli istituti scolastici della Basilicata grazie a un accordo tra la Fondazione W Ale Onlus e la Regione. "Al nostro Telefono Verde arrivano tante telefonate sul disagio che provano i bambini malati nei contesti sociali, nelle diverse comunità - afferma



Opera realizzata dall'artista Vera Puoti

ma i tacchi alti e perfino una romantica carota) ma anche con una banda di "odiatori", bulli che lo isolano poiché ha una malattia che lo rende diverso e più fragile.

Gli alunni di due scuole primarie romane (la "Ermenegildo Pistelli" e la "Giacomo Leopardi"), guidati da un team multidisciplinare di adulti - le maestre, una pittrice di arte digitale, due psicologhe ed esperti di comunicazione -, sono stati chiamati a lavorare in gruppo e a confrontarsi per delineare i personaggi, le situazioni e i due finali tra cui si può scegliere e hanno fornito con la potenza e la vivacità della loro inventiva un ricco materiale "di partenza" alla pittrice Vera Puoti, che lo ha rielaborato artisticamente al computer. Le musiche che corredano il video sono state invece eseguite dagli allievi della Scuola di musica "Sylvestro Ganassi" di Roma.

In occasione della Giornata Mondiale delle Malattie Rare, a fine febbraio 2014, "Con gli occhi tuoi" è stata resa disponibile online e fruibile in maniera interattiva: si può scegliere tra due finali o provare a inventarne di diversi, si possono scaricare il trailer, il backstage, i passaggi dai disegni alle immagini in pixel, informazioni chiare e validate sulle malattie rare. Inoltre, elemento molto importante ai fini della "esportabilità" del progetto in tutte le classi, la favola è dotata di un kit didattico per gli insegnanti, una guida realizzata da psicologi e medici del CNMR che spiega come utilizzare correttamente in aula lo strumento. ■



Copertina del dvd della videofavola, realizzata dall'artista Vera Puoti

Domenica Taruscio, Direttore del Centro Nazionale Malattie Rare (CNMR) dell'ISS - La scuola è uno degli scogli più difficili da affrontare per questi bambini, ma spesso le difficoltà cominciano proprio dagli altri genitori e dalla paura che genera la condizione di malattia ed è per questo che, accanto alla ricerca, che è la nostra principale attività, cerchiamo di promuovere anche tutto ciò che intorno a queste persone crea un tessuto di solidarietà e accoglienza affinché la loro invisibilità non sia per loro l'ennesima ferita".

La storia della videofavola racconta di un bambino di nome Rober-tino che, dopo essersi trasferito in una nuova scuola, fa conoscenza con altri bambini e animali parlanti (tra cui un pony di nome Musica, un coniglio, un lupacchiotto, un pipistrello, una gazzella, un'ape che

**Link utili:** [www.congliocchitui.it](http://www.congliocchitui.it) - [www.iss.it/cnmr](http://www.iss.it/cnmr) - [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) - [www.scuolapistelli.it](http://www.scuolapistelli.it)  
[www.scuolabelli.it/leopardi/leopardi\\_home.php](http://www.scuolabelli.it/leopardi/leopardi_home.php) - [www.scuolaganassi.it](http://www.scuolaganassi.it)

A cura di

Anna Mirella Taranto, Cinzia Bisegna, Gerolama Maria Ciancio,  
Daniela De Vecchis, Franca Romani e Francesca Scapinelli, Ufficio Stampa, ISS



## IL PROGETTO NAZIONALE GUADAGNARE SALUTE IN ADOLESCENZA - ATTIVITÀ FISICA E ALIMENTAZIONE

Pio Russo Krauss e il Gruppo di lavoro Guadagnare Salute in Adolescenza - Attività Fisica e Alimentazione\*

ASL Napoli 1 Centro

**SUMMARY** (*The Italian National Project Guadagnare Salute in Adolescence - Physical Activity and Healthy Eating*) - The project aimed to promote physical activity and healthy eating among teenagers, helping regional local partners to set up interventions with larger effectiveness. The main strategies were: disseminating best practices, training health professionals trainers, promoting a Community of Practice. Three best practices were proposed to several regions that were offered 21,000 euro as start up grant. Fifteen out of 20 regions adhered to the project. Training involved 322 health workers and 1,170 teachers. Nearly 29,000 students actively participated in the project, among which 11,000 have taken part in a 10-hours education program.

**Key words:** physical activity promotion; nutrition education; health promotion

pio.russokrauss@aslnapoli1centro.it

### Introduzione

La sedentarietà e le cattive abitudini alimentari sono tra i principali fattori di rischio per le malattie croniche non trasmissibili, principali responsabili del carico di malattia e di mortalità nel nostro Paese (1). Nel 2010, secondo lo studio HBSC Italia, solo 2 adolescenti su 10 mangiavano verdura tutti i giorni, e solo 4 su 10 faceva almeno 3 ore di attività fisica alla settimana (2). Per un'efficace promozione sui corretti stili di vita è necessario intervenire in età infantile e adolescenziale, fasi della vita in cui i comportamenti si consolidano.

Nel 2007 il Governo ha varato il programma nazionale "Guadagnare Salute" per promuovere stili di vita in grado di contrastare il peso delle malattie croniche. Nell'ambito di tale programma, nel 2007, è stato affidato l'incarico al Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute del Piemonte di effettuare una ricognizione delle attività di promozione della salute rivolte agli adolescenti, da cui è emerso che solo 6 dei 339 progetti su alimentazione e attività fisica, attuati in Italia tra il 2000 e il 2008 e terminati a giugno 2008, potevano essere considerati, secondo criteri prestabiliti, delle buone pratiche (3). La necessità di migliorare l'efficacia degli interventi al fine di utilizzare in maniera più efficiente le risorse è la finalità principale del progetto Guadagnare Salute in Adolescenza-Attività Fisica e Alimentazione (GSA-AFAI).

Di seguito viene illustrata l'attività svolta e i risultati raggiunti.

### Materiali e metodi

Il progetto GSA-AFAI ha come gruppo prioritario i ragazzi di 10-18 anni e come obiettivi la realizzazione, da parte delle ASL, di interventi da considerare come buone pratiche, l'applicazione dei progetti Quadrifoglio, Paesaggi di Prevenzione e Ragazzi in Gamba (*cf* p. ii), e un'adeguata formazione degli operatori impegnati in tali attività. La strategia adottata ha previsto una formazione sul campo e la costituzione di una comunità di pratica attraverso corsi di formazione a cascata, incontri di confronto e lavoro a livello nazionale, regionale e interregionale, un blog aperto a tutti gli operatori ([www.inadolescenza.it](http://www.inadolescenza.it)) e una newsletter.

Il progetto si rivolgeva alle regioni e alle province autonome, con un budget di 340.000 euro e una durata di 3 anni (2010-12). È stato costituito un gruppo di coordinamento nazionale e nominato un responsabile nazionale, con un budget di 5.000 euro per spese di missione, coadiuvato da una borsista a 10 ore settimanali per 18 mesi (costo 20.000 euro). Tutte le regioni/province autonome sono state previamente informate e invitate a partecipare a un convegno di presentazione del progetto, stipulando una convenzione con la regione Piemonte, che metteva a disposizione un finanziamento di 21.000 euro per regione partecipante.

Le regioni che decidevano di aderire al progetto si impegnavano a svolgere le seguenti azioni: 1) ricognizione delle iniziative in corso nel proprio territorio; 2)

coinvolgimento degli attori locali; 3) costituzione di un team con personale di più articolazioni aziendali; 4) adattamento al proprio contesto delle buone pratiche; 5) formazione degli operatori; 6) definizione della proposta di intesa con le scuole secondarie e con le scuole primarie (per le sole IV e V classi); 7) coinvolgimento delle scuole; 8) formazione degli insegnanti e distribuzione di programmazioni educative e materiale didattico; 9) supporto agli insegnanti; 10) coinvolgimento delle famiglie; 11) azioni per rendere il contesto scolastico ed extrascolastico promotore di salute; 12) coinvolgimento della comunità; 13) organizzazione di un evento; 14) monitoraggio del progetto. Le regioni potevano scegliere di adottare come buona pratica i progetti Quadrifoglio oppure Paesaggi di Prevenzione, ai quali andava obbligatoriamente affiancato Ragazzi in Gamba e avrebbero ricevuto copia di tutti i materiali utili. Il monitoraggio del progetto GSA-AFAI avveniva tramite la compilazione di un'apposita scheda (4) da parte dei referenti regionali in 3 momenti: al termine dell'adattamento al proprio contesto delle buone pratiche (giugno 2011); al compimento della formazione degli insegnanti e della distribuzione del materiale didattico (novembre 2011); a conclusione di tutte le azioni previste (novembre 2012).

Criteri di efficacia del progetto nazionale erano considerati la numerosità delle regioni aderenti al GSA-AFAI, degli operatori formati, delle ASL parteci- ▶

(\* Gruppo di lavoro Guadagnare Salute in Adolescenza - Attività Fisica e Alimentazione: Sandra Bosi (resp. Paesaggi di Prevenzione), Lucia Denoni (resp. Ragazzi in Gamba), Elena Coffano (DORS-Piemonte), Giuseppe Salamina (Regione Piemonte), Lisa Maione (ASL NA1 Centro), Roberta Molinar (Coop. Eclectica), Giorgiana Modolo (ASL TO1), Maria Rita Molino (ASL TO4), Letizia Zotte (ASP Trento), Cristina Aguzzoli (ASS Isontina 2), Denise Di Bernardo (ASS Isontina 3), Susanna Morgante (ULSS 20 Verona), Marina Fridel (Regione Emilia-Romagna), Claudio Cullotta (Regione Liguria), Annamaria Giannoni (Regione Toscana), Daniel Fiacchini (ASUR Marche), Antonio Ciglia (ASL Pescara), Maria Letizia Cialella (ASRem Molise), Pierluigi Pecoraro (ASL NA3 Sud), Giuseppe Longo (ASL Lecce), Franca Faillace (ASL Catanzaro), Annamaria Morrocu (ASL Oristano), Maria Adelia Aini (ASL Olbia).

## Le buone pratiche del progetto Guadagnare Salute in Adolescenza-Attività Fisica e Alimentazione

### Progetto Quadrifoglio

**Promotori:** ASL Napoli 1 Centro, Comune di Napoli, Lega per la Lotta contro i Tumori e Coldiretti

**Modelli teorici di riferimento:** comportamento pianificato (Ajzen), dissonanza cognitiva (Festinger), pedagogia cognitivista, didattica attiva

**Anno di inizio:** 1997

**Tipologia:** progetto curricolare svolto dagli insegnanti (gli insegnanti partecipano ad un corso di formazione, ricevono un testo guida con programmazioni educative e materiali didattici, tra cui un DVD)

**Coinvolgimento delle famiglie:** tramite attività previste nelle programmazioni educative e tramite materiali comunicativi (opuscolo, locandina, ecc.)

[www.aslnapoli1centro.it/web/promozione-della-salute/progetto-quadrifoglio-gsa](http://www.aslnapoli1centro.it/web/promozione-della-salute/progetto-quadrifoglio-gsa)

### Paesaggi di Prevenzione

**Promotori:** Regione Emilia-Romagna e Centro Luoghi di Prevenzione

**Modelli teorici di riferimento:** intelligenze multiple (Gardner), teoria dei bisogni (Maslow), autoefficacia (Bandura), intelligenza emotiva (Goleman-Guildford), modello transteorico (Di Clemente-Prochaska)

**Anno di inizio:** 2006

**Tipologia:** progetto curricolare svolto dagli insegnanti (gli insegnanti partecipano a un corso di formazione, ricevono un DVD didattico con indicazioni metodologiche, programmazioni educative, materiali didattici e prove di verifica)

[www.luoghidiprevenzione.it/PaesaggiDiPrevenzione/default.aspx](http://www.luoghidiprevenzione.it/PaesaggiDiPrevenzione/default.aspx)

### Ragazzi in Gamba

**Promotori:** ULSS 20 Verona, Comune di Verona, associazioni di volontariato

**Modelli teorici di riferimento:** ricerca-azione, intervento sul contesto

**Anno di inizio:** 2010

**Tipologia:** progetto curricolare svolto dagli insegnanti (gli insegnanti partecipano a un corso di formazione e ricevono materiali didattici), intervento sul contesto scolastico ed extrascolastico

<http://prevenzione.ulss20.verona.it/docs/AttivitaMotoriaNazionale/RagazziInGamba/Relazione-finale-progetto-ragazzi-in-gamba-Comune-VR.pdf>

panti in regione che costituivano team multisettoriali per intervenire sui temi di interesse, delle regioni/ASL che avevano sottoscritto accordi formali con altri enti (e che prima ne erano privi), degli studenti coinvolti in programmi didattici di almeno 10 ore.

### Risultati

Le regioni/ASL partecipanti hanno redatto il proprio progetto adattandolo al contesto di riferimento e prodotto i report necessari per il monitoraggio (5). Al termine del primo anno scolastico del progetto (maggio 2012) sono stati riportati i seguenti risultati:

- 15 su 21 regioni/province autonome hanno aderito alla proposta;
- sono stati formati 322 operatori sanitari: 149 attraverso corsi e incontri nazionali e regionali e 173 tramite corsi di formazione a cascata;
- 1.170 insegnanti sono stati formati dagli operatori delle regioni/ASL;
- in 38 delle 41 ASL che hanno adottato le buone pratiche proposte sono stati costituiti team intersettoriali per interventi di promozione dell'attività fisica e della corretta alimentazione;
- 8 delle 9 regioni che non avevano sottoscritto accordi sulla promozione della salute con enti, li hanno sottoscritti dopo aver realizzato il progetto;

- 14 delle 15 regioni/province autonome partecipanti hanno inserito il progetto GSA-AFAI nel loro Piano di Prevenzione;
- 29.000 studenti sono stati coinvolti in attività didattiche. Per il 79% di questi si hanno dati relativi a durata e tipologia delle attività didattiche svolte (Abruzzo, Basilicata e ASL di Oristano, infatti, non hanno consegnato i questionari di valutazione relativi ai loro circa 6.000 studenti). Il 48% degli allievi (11.000 studenti) ha partecipato a un itinerario didattico di oltre 10 ore (Tabella). Nel corso del progetto si è prodotto inoltre il cd "Piano di Salute della Scuola" che prevedeva la Guida per la redazione del Piano di Salute, la Griglia di valutazione, lo snackometro e altri strumenti operativi (6).

### Conclusioni

Valutare le attività di promozione della salute esulava dagli obiettivi del progetto. Alcuni indicatori di processo, tuttavia (numero di ASL in cui si sono costituiti team intersettoriali; numero di regioni che hanno sottoscritto accordi sulla promozione della salute con altri enti in seguito alla realizzazione del progetto; percentuale degli studenti che hanno partecipato ad attività curricolari di durata superiore alle 10 ore), hanno mostrato un buon livello di partecipazione e una presa in carico da parte delle regioni, ASL e scuole a livello locale. Inoltre, dopo la conclusione del GSA-AFAI, in maniera autonoma, 8 regioni/province autonome sulle 15 partecipanti hanno deciso di continuare l'intervento. La diffusione di buone pratiche, quando adeguatamente supportate da un intervento progettuale

**Tabella** - Studenti partecipanti al progetto Guadagnare Salute in Adolescenza-Attività Fisica e Alimentazione suddivisi per modalità e durata di partecipazione\*

	Primarie	Secondarie 1°	Secondarie 2°	Totale
Curricolare > 10 ore	2.454	4.396	4.184	11.112
Curricolare 3-10 ore	1.736	2.449	1.779	5.964
Non curricolare 3-10 ore, svolto da personale esterno alla scuola	0	0	110	110
Partecipanti a eventi o attività di durata < 3 ore	0	1.745	4.509	6.254
<b>Totale</b>	<b>4.190</b>	<b>8.590</b>	<b>10.582</b>	<b>23.440</b>

(\* Mancano i dati di Abruzzo, Basilicata e ASL di Oristano (circa 6.000 studenti)

condiviso, ha provato essere una strategia in grado di migliorare la qualità degli interventi a livello locale. ■

#### Dichiarazione sul conflitto di interessi

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

#### Riferimenti bibliografici

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Bur-

den of Diseases, Injuries, and Risk Factors. Study 2010 (GBD 2010) ([www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/research/project/global-burden-diseases-injuries-and-risk-factors-study-2010](http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/research/project/global-burden-diseases-injuries-and-risk-factors-study-2010)).

2. Gruppo di lavoro HBSC Italia. Studio HBSC Italia 2010, presentazione dei dati nazionali ([www.who.int/fctc/reporting/party\\_reports/italy\\_annex1\\_hbsc\\_2010.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/italy_annex1_hbsc_2010.pdf)).

3. Guadagnare Salute in Adolescenza: ricognizione delle esperienze di

prevenzione e promozione della salute in Italia. Report finale, 2009 ([www.dors.it/public/ar3601/REPORT\\_progettoAdolescenti.pdf](http://www.dors.it/public/ar3601/REPORT_progettoAdolescenti.pdf)).

4. [www.inadolescenza.it/blog\\_alimentazione/?page\\_id=28](http://www.inadolescenza.it/blog_alimentazione/?page_id=28)

5. [www.inadolescenza.it/pdf/pubblicazioni/GSA\\_Torino\\_22-23\\_nov\\_2012\\_Russo\\_Krauss.pdf](http://www.inadolescenza.it/pdf/pubblicazioni/GSA_Torino_22-23_nov_2012_Russo_Krauss.pdf)

6. [www.aslnapoli1centro.it/web/promozione-della-salute/scuole-promotrici-di-salute-ed-ecosostenibili](http://www.aslnapoli1centro.it/web/promozione-della-salute/scuole-promotrici-di-salute-ed-ecosostenibili)

## L'OSPEDALIZZAZIONE PER GASTROENTERITE ACUTA IN ETÀ PEDIATRICA NELLA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Mirko Bonetti<sup>1</sup>, Carla Melani<sup>1</sup> ed Elisabeth Montel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Assessorato alla Sanità della Provincia Autonoma di Bolzano, Osservatorio Epidemiologico; <sup>2</sup>Ospedale di Bolzano, Direzione Medica

**SUMMARY** (*Pediatric acute gastroenteritis hospitalization in the province of Bolzano*) - The hospitalization rate for acute pediatric gastroenteritis in the province of Bolzano is one of the highest at national level. The data analysis shows among the four health districts similar hospital admission rates and different care setting for the treatment of this pathology. The study shows that the hospital is considered as a point of reference regardless of the severity of the disease. It is due to a lack of territorial organization, which is not completely able to take over the treatment of these cases.

**Key words:** acute pediatric gastroenteritis; hospitalization rates; patient care management

[mirko.bonetti@provincia.bz.it](mailto:mirko.bonetti@provincia.bz.it)

#### Introduzione

La gastroenterite è una malattia comune che colpisce principalmente i bambini. Viene definita come infiammazione della mucosa dello stomaco e dell'intestino; i sintomi sono vomito, nausea, diarrea, disidratazione e disturbi addominali, con possibile febbre, mal di testa e dolori all'addome. La causa principale è rappresentata dai rotavirus, in particolare per i bambini tra i 3 e 15 mesi. I dati evidenziano che la gastroenterite acuta è uno delle maggiori cause di ricovero ospedaliero in età pediatrica (1); tuttavia, una parte di questi ricoveri potrebbe essere evitata, grazie a una tempestiva ed efficace cura extraospedaliera, come riportato da specifiche linee guida (2), che evidenziano come il miglioramento della gestione ambulatoriale della gastroenterite acuta sia alla base della riduzione del numero dei ricoveri per gastroenterite, spesso gravati da tassi di inappropriatazza. Va sottolineato che i ricoveri non sono evitabili se associati a malattie croniche di tipo metabolico (3).

Il tasso di ospedalizzazione per gastroenterite acuta pediatrica può rappresentare un indicatore valido per valutare l'efficienza e l'efficacia del processo di assistenza territoriale e di gestione del bambino affetto da questa patologia, al fine di identificare le differenze tra le diverse aree, non solo in termini di ospeda-

lizzazione, ma anche in termini di educazione sanitaria e di accesso alle cure (4). Il presente lavoro ha come obiettivo di verificare le eventuali differenze esistenti, in merito al trattamento sanitario di questa patologia, tra i quattro comprensori sanitari facenti parte della provincia autonoma di Bolzano.

#### Materiali e metodi

I dati per l'analisi sull'ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica sono ricavati dalla banca dati delle schede di dimissioni ospedaliere (SDO), per il periodo 2009-12 nella provincia autonoma di Bolzano.

Sono stati selezionati i ricoveri ordinari di pazienti residenti con un'età inferiore a 18 anni, con diagnosi principali, identificate dai codici 008.6x (enterite da virus specificati), 008.8 (infezione intestinale da altri organismi non classificati altrove), 009.x (infezioni intestinali mal definite) e 558.9 (altra e non specificata gastroenterite e colite non infettive). Sono stati esclusi i ricoveri di pazienti trasferiti da altra struttura, e i ricoveri con diagnosis related groups (DRG) compreso da 370 a 390 (parti-nascita-periodo perinatale). Per il calcolo della popolazione assistita, si è fatto riferimento all'anagrafe sanitaria.

Per le analisi statistiche si è utilizzato il test  $\chi^2$ , per valutare l'esistenza di un'associazione statisticamente significativa tra le variabili categoriche analizzate e

il metodo di standardizzazione indiretta per il calcolo del rapporto standardizzato di ricovero per età e sesso, che consente di poter confrontare realtà territoriali differenti, attraverso l'analisi del rapporto evento osservato/evento atteso, dove l'evento atteso è ottenuto applicando i tassi di una popolazione di riferimento (coefficienti tipo), in questo caso la popolazione provinciale, alle differenti popolazioni osservate (5).

#### Risultati

A livello nazionale, Bolzano risulta essere una delle province italiane con il più alto tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica (6). I differenti comportamenti nel trattamento di questo tipo di patologia all'interno dei quattro comprensori sanitari (Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico) facenti parte della provincia di Bolzano sono riportati dai seguenti dati: i ricoveri pediatrici per gastroenterite acuta nel periodo osservato 2009-12, sono stati 1.391, di cui il 44% a Bolzano, il 33% a Brunico, il 14% a Merano e il rimanente 8% a Bressanone. La fascia di età 1-4 anni è quella maggiormente rappresentata (49%), così come il sesso maschile (52%).

Le casistiche trattate non si discostano in maniera marcata tra i differenti comprensori, così come le degenze medie dei ricoveri nei quattro comprensori. ▶

**Tabella** - Tasso di ospedalizzazione e rapporto standardizzato di ricovero per gastroenterite acuta pediatrica per comprensorio sanitario (2009-12). Fonte: elaborazioni SDO, Banca dati assistiti

Comprensorio sanitario	Tasso ospedalizzazione (x 1.000 abitanti)	95% IC	O/A*	p
Bolzano	3,67	1,04	0,96-1,13	ns**
Merano	1,92	0,54	0,47-0,63	< 0,05
Bressanone	1,88	0,53	0,44-0,64	< 0,05
Brunico	7,19	2,04	1,86-2,23	< 0,05
Provincia	3,53	1,00		

(\*) Eventi osservati/eventi attesi (rapporto standardizzato di ricovero); (\*\*) non significativo

Non si evidenzia un'associazione statisticamente significativa tra il comprensorio di residenza del paziente e il comprensorio di appartenenza dell'istituto in cui è avvenuto il ricovero, a conferma che la popolazione residente in un dato comprensorio sanitario affrisce con maggiore probabilità alla struttura ospedaliera del comprensorio stesso di residenza e dunque il calcolo dei tassi di ospedalizzazione all'interno dei quattro comprensori, non risente della mobilità dei pazienti. Anche la mobilità extra-provinciale risulta minima.

Dai rapporti standardizzati di ricovero risulta evidente un trattamento differente nella gestione della gastroenterite pediatrica; in particolare, si differenziano in maniera significativa dalla media complessiva provinciale il comprensorio di Brunico con un tasso osservato superiore al doppio di quello atteso, e per contro i comprensori di Merano e Bressanone, con tassi significativamente inferiori alla media provinciale.

Il dato sull'ospedalizzazione può essere integrato con i dati grezzi relativi ai casi di pazienti con diagnosi di gastroenterite trattati in osservazione breve intensiva (OBI): ciò porta a un allineamento dei tassi tra i comprensori di Bressanone e Brunico (circa 8,5 per 1.000), evidenziando così una propensione simile al ricorso alle cure ospedaliere, che nel caso di Brunico, si traduce in una tendenza al ricovero, mentre per Bressanone al trattamento della casistica in OBI.

L'alta ospedalizzazione potrebbe essere legata a un'assistenza territoriale deficitaria, che porterebbe i pazienti a essere trattati in ambito ospedaliero in misura maggiore. Tuttavia, se osserviamo la distribuzione di frequenza dei ricoveri per giorno della settimana, emerge effettivamente un maggiore ricorso ai ricoveri nel fine settimana nel comprensorio di Brunico, seguito da Bressanone (volto a evidenziare una carenza dell'assistenza nei giorni festivi), ma tale differenza non può certo giustificare totalmente il maggiore ricorso all'ospedalizzazione. Il maggior ricorso al trattamento ospeda-

liero in ricovero e/o OBI, per questi due comprensori, è reso possibile anche dal maggior numero di posti letto a disposizione presso il reparto di pediatria, con valori compresi tra 0,8 e 0,9 per 1.000 residenti minorenni, superiore rispetto ai valori di Bolzano (0,5) e Merano (0,7). Inoltre, nel 2012 i dati relativi all'occupazione dei posti letto nel reparto di pediatria presentavano, per l'istituto di Brunico, un valore dell'indicatore di turn over (giorni medi tra un ricovero e l'altro) pari a 2,1, il valore più basso tra i vari istituti provinciali e un indice di rotazione (pazienti per posti letto) pari a 72,1, valore più alto tra i vari istituti provinciali. Il tasso di utilizzo si colloca al 59%, inferiore solo agli istituti di Bressanone e Silandro, pari al 63% (7).

Va poi sottolineato che nel comprensorio di Brunico vi è un numero ridotto di pediatri di libera scelta (0,5 per 1.000 residenti sotto i 14 anni), che potrebbe spingere i genitori a orientarsi per la cura di questa patologia verso specialisti ospedalieri. Anche il comprensorio di Bressanone risente di una minore presenza di pediatri (0,8 per 1.000 residenti sotto i 14 anni, ma con una forte variabilità al suo interno), più elevata nei comprensori di Bolzano e Merano (0,9 per 1.000 residenti sotto i 14 anni).

### Conclusioni

Il tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica della provincia di Bolzano presenta un valore superiore rispetto alla media nazionale; l'analisi per comprensorio di residenza ha fatto tuttavia emergere differenti *setting* assistenziali per il trattamento della patologia, che hanno evidenziato forti diversità a livello comprensoriale (maggior ricorso al ricovero a Brunico e un maggior ricorso all'OBI nell'ospedale di Bressanone).

I dati non indicano tuttavia che una maggiore assistenza territoriale comporti di conseguenza una riduzione del ricorso alla cura ospedaliera. È sicuramente evidente che vi è una forte tendenza nel definire l'ospedale ancora come punto di riferimento per la gestione di questo tipo di patologie, che potrebbero in par-

te essere trattate in *setting* assistenziali meno onerosi. Ciò ovviamente si può solo spiegare con una rete territoriale non totalmente in grado ancora di assumersi la gestione di tale casistica. ■

### Dichiarazione sul conflitto di interessi

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

### Riferimenti bibliografici

1. Analdi F, Lai P, Valle L, *et al.* Impatto delle diaree rotavirus negative e rotavirus positive nei pazienti ambulatoriali in centro Italia: risultati di un anno di sorveglianza epidemiologica e virologica. *Clin Infect Disease* 2008;46:e51-e55.
2. Guarino A, Albano F, Ashkenazi S, *et al.* European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastro-enteritis in children in Europe. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;46:S81-122.
3. Ministero della Salute. Progetto MATTONI - Misura dell'outcome. Risultati dello studio dei 43 indicatori selezionati. 2007 ([www.mattoni.salute.gov.it/mattoni](http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni)).
4. Hussey PS, Mattke S, Morse Z, Ridgely MS. Evaluation of the use of AHRQ and other quality indicators ([www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/qualityindicators/qualityindicators.pdf](http://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/qualityindicators/qualityindicators.pdf)).
5. Breslow NE, Day NE Ed.). *The design and analysis of cohort studies*. IARC Scientific Publications 82. New York: Oxford University Press; 1987. p. 48-81.
6. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (Agenas) Programma Nazionale Esiti (PNE) 2013 (<http://95.110.213.190/PNEed13/>).
7. Provincia Autonoma di Bolzano, Osservatorio Epidemiologico - Relazione Sanitaria 2012 ([www.provincia.bz.it/ocp/relazione-sanitaria/relazione-sanitaria.asp](http://www.provincia.bz.it/ocp/relazione-sanitaria/relazione-sanitaria.asp)).

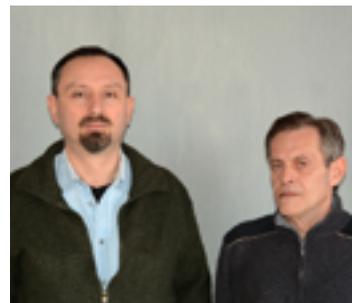
#### Comitato scientifico

Chiara Donfrancesco, Lucia Galluzzo, Ilaria Lega, Marina Maggini, Luigi Palmieri, Alberto Perra, Francesco Rosmini, Paola Luzi  
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

#### Comitato editoriale

Paola De Castro, Carla Faralli, Alberto Perra, Stefania Salmaso  
 e-mail: [ben@iss.it](mailto:ben@iss.it)

## IL SISTEMA SINIACA-IDB PER LA SORVEGLIANZA DEGLI INCIDENTI



Alessio Pitidis, Gianni Fondi, Marco Giustini, Eloïse Longo, **Giuseppe Balducci** e Gruppo di lavoro SINIACA-IDB\*  
*Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, ISS*

**RIASSUNTO** - Il progetto multiregionale Sistema Informativo Nazionale Incidenti in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA) - Injury DataBase (IDB) del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, condotto dall'Istituto Superiore di Sanità, ha attivato la sorveglianza di pronto soccorso ospedaliero (PS) degli incidenti, secondo lo standard europeo IDB, in 11 regioni italiane. Il sistema SINIACA (ex art. 4 Legge 493/99) è stato integrato sia con i sistemi attivi a livello territoriale, sia con il sistema europeo IDB nell'ambito dell'Azione Congiunta Unione Europea - Stati Membri JAMIE (Joint Action on Monitoring Injuries in Europe). È stata così attuata la Raccomandazione europea (OJ 2007/C 164/01) sulla prevenzione degli infortuni e la promozione della sicurezza. Sono stati osservati in formato sintetico (Minimum Data Set, MDS) oltre 1 milione e 200 mila casi di accessi in PS nel 2011 per traumatismi e avvelenamenti - con una stima di oltre 7 milioni e 350 mila accessi in PS l'anno per incidenti e violenza in Italia. Sono stati osservati, invece, in formato analitico (Full Data Set, FDS), oltre 51 mila e 500 casi di accesso in PS nel 2012, per una stima circa 1 milione e 825 accessi in PS l'anno per incidente domestico in Italia. I risultati del sistema SINIACA-IDB saranno illustrati nel Convegno nazionale "La sorveglianza ospedaliera degli incidenti in Italia e in Europa" il 16 e 17 maggio 2014 a Genova.

**Parole chiave:** incidenti domestici e del tempo libero; sistema informativo trauma; sorveglianza ospedaliera; prevenzione incidenti

**SUMMARY** (*The SINIACA-IDB System for accidents surveillance*) - The multiregional project National Information System on Domestic Accidents - Injury DataBase (SINIACA-IDB) of the National Center for Prevention and Disease Control of the Ministry of Health, led from the Italian National Institute of Health, set up the injury surveillance at hospital Emergency Department (ED) in 11 Italian Regions according to the European IDB coding. The National System SINIACA (Law 493/99 article 4) has been integrated both with the local systems and the European system IDB within the Joint Action EU-Member States JAMIE (Joint Action on Monitoring Injuries in Europe). It has so implemented the European Recommendation (OJ 2007/C 164/01) on Injury Prevention and Safety Promotion. In Minimum Data Set format (MDS) it has been observed more than 1 million 200 thousands attendances at ED during year 2011 for injury and poisoning with an estimate of over 7 million and 350 thousands attendances at ED per year for accidents and violence in Italy. In Full Data Set format Analytical (FDS) it has been also observed over 51 thousands and 500 cases of attendances at ED because of injury in year 2012; it leads to an estimate of 1 million and 825 thousands attendances at ED accesses per year for domestic accidents in Italy. The results of the SINIACA-IDB system will be presented at the National Conference "Accidents Hospital Surveillance in Italy and in Europe" (Genoa, May 16-17, 2014).

**Key words:** home leisure accidents; trauma registry; hospital surveillance; accidents prevention

darat@iss.it

**A**l Convegno nazionale "La sorveglianza ospedaliera degli incidenti in Italia e in Europa", che si terrà a Genova il 16 e 17 maggio 2014, saranno presentati i risultati rilevati dal Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA), integrato nella rete dell'Injury Database europeo (IDB), supportato da apposito progetto pilota SINIACA-IDB del Centro Nazionale per la Prevenzione e

il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, condotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

L'evento, accreditato e organizzato con il supporto dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) "Giannina Gaslini", sarà un'occasione per illustrare i principali risultati rilevati dal Sistema nazionale di sorveglianza ospedaliera degli incidenti attivo in 11 regioni italiane (Piemonte, Valle d'Aosta, Provincia ►

(\*) La composizione del Gruppo di lavoro SINIACA-IDB è riportata a p. 16.

Autonoma di Trento, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Sardegna). In questo articolo si presenta una breve sintesi dei risultati.

Gli infortuni domestici e del tempo libero presentano il minor livello di diminuzione del tasso di mortalità nell'UE-27 (27 Stati Membri dell'Unione Europea) nel periodo 1998-2010, rispetto a tutte le altre tipologie di incidente o violenza (1). Secondo i dati dell'IDB (2) questa tipologia di incidenti è la più frequente nei bambini, in particolare in età pre-scolare, e nella popolazione anziana ultrasessantenne, per la quale la maggior parte degli infortuni avviene in casa o in residenza istituzionale (casa di riposo, ospizio, residenza assistita, ecc.).

La Legge 493/99 ha istituito il SINIACA presso l'ISS e recentemente esso è stato integrato nel Sistema europeo di sorveglianza ospedaliera degli incidenti, denominato European Injury Data Base (EU-IDB) (3), detenuto dalla Commissione Europea-Direzione Generale Salute e Protezione del Consumatore (CE-DG SANCO), nell'ambito dell'azione congiunta Commissione Europea-Stati Membri JAMIE (Joint Action on Monitoring Injuries in Europe) e in attuazione della Raccomandazione del Consiglio Europeo del 31 maggio 2007 sulla prevenzione degli infortuni e la promozione della sicurezza.

## Metodi

Con il Progetto multiregionale CCM SINIACA-IDB si è inteso mantenere ed estendere il SINIACA mediante l'integrazione sia con i sistemi attivi a livello locale (come stabilito dalle linee di supporto delle azioni previste dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012), sia con il Sistema europeo IDB nell'ambito dell'Azione Congiunta Unione Europea-Stati Membri JAMIE. In tal modo si sono potuti comparare i dati italiani con quelli europei.

Il Sistema così configurato (SINIACA-IDB) è strutturato su due livelli:

- a) il Minimum Data Set (MDS);
- b) il Full Data Set (FDS).

Il primo livello, MDS, richiede una codifica sintetica degli accessi in pronto soccorso ospedaliero (PS) in base alle variabili che caratterizzano l'*evento accidentale*, indicate dalle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), necessarie ai fini di una rigorosa e corretta sorveglianza epidemiologica degli eventi accidentali nel loro complesso (4). La rilevazione in

formato europeo sintetico è stata testata dall'ISS in 113 ospedali di tre Regioni (Piemonte, Toscana e Sardegna) a partire dal 2011, mediante lo sviluppo di procedure di transcodifica dei dati di PS e del servizio di emergenza 118 dai flussi informativi regionali di Emergenza e Urgenza (EMUR). Queste Regioni rappresentano il 16,3% della popolazione nazionale. A esse, nel 2012, si è aggiunta la Regione Abruzzo con 10 centri di PS.

Il secondo livello, FDS, basato sulla rilevazione analitica delle cause esterne d'infortunio in un campione di 28 centri di PS distribuiti in 8 Regioni (Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Molise e Sardegna, a cui dal 2013 si aggiungono Piemonte e Abruzzo) si è sviluppato in base alla raccolta delle informazioni in forma analitica, secondo le succitate linee guida dell'OMS e lo standard europeo IDB.

Anche in Italia si è potuto costituire un sistema di sorveglianza degli incidenti in grado di produrre informazioni, comparabili a livello europeo e internazionale, utili per la formulazione di appropriate strategie di prevenzione degli incidenti.

## Risultati

Nel corso del 2011 in tutti i PS delle tre Regioni considerate per la codifica MDS sono pervenuti 1.200.382 casi di natura traumatica (o per avvelenamento/intossicazione). Proiettato alla popolazione italiana, questo dato porta a stimare in circa 7.378.000 l'anno gli accessi in PS in Italia, secondari a incidenti o violenza. Di questi, circa 1.825.000 sono accaduti in casa. Sempre dal Sistema SINIACA-IDB risulta che il tasso di ricovero è pari a circa il 7,4% degli accessi in PS, per cui è possibile stimare in circa 135.000 il numero di ricoveri ospedalieri per infortunio domestico, che rappresentano il 23% di tutti i ricoveri per traumatismi e avvelenamenti. Tale dato trova conferma nell'analisi condotta dall'ISS sulle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), che per il 2012 quantificano in 81.139 le dimissioni successive a un incidente in casa (5). Questo dato sottostima l'effettiva portata dei ricoveri da incidente domestico in quanto in oltre il 40% dei casi non si hanno informazioni sulla tipologia dell'incidente.

Attribuendo proporzionalmente questi casi con codifica mancante o errata a quelli dove la codifica è invece presente, si arriva a un totale di circa 135.000 ricoveri/anno.

## Gli accessi al Pronto Soccorso

Il tasso medio di accesso in PS ospedaliero per infortunio domestico è di 3.075 pazienti l'anno ogni 100.000 abitanti con alcuni gruppi età-sesso specifici che risultano maggiormente a rischio:

- bambini sotto ai 5 anni d'età: 8.137 casi ogni 100.000/anno;
- anziani a partire dai 65 anni: 5.582 casi ogni 100.000/anno, con tassi progressivamente maggiori al crescere dell'età;
- donne in età lavorativa (18-64 anni) impegnate in attività di lavoro domestico: 2.114 casi ogni 100.000/anno;
- adulti (più uomini che donne) tra i 15 e i 49 anni: 2.043 casi ogni 100.000/anno.

Sulla base dei dati di sorveglianza nazionale condotta nella rete campionaria di 25 centri di PS ospedaliero che hanno utilizzato il formato analitico di rilevazione (FDS) nel 2012, è stato possibile caratterizzare gli eventi in base al luogo dell'accadimento, alla dinamica, all'attività svolta al momento dell'incidente, alle lesioni riportate e al relativo distretto corporeo interessato. In un sub-campione di 10 centri di PS è stato possibile anche rilevare le sostanze o gli oggetti coinvolti nell'incidente.

## Gli ambienti domestici di accadimento

Sul totale dei casi di infortunio domestico registrati (37.450), i luoghi con le maggiori frequenze d'infortunio della casa sono rappresentati dal soggiorno/camera da letto (18,6%), seguiti da varie pertinenze

(strada privata, parcheggio, garage, posto auto coperto, sentiero, area pedonale) (17,9%) e dalla cucina (17,2%) (Tabella 1).

Sia per i maschi che per le femmine, nella fascia d'età compresa tra 0 e 14 anni, i luoghi in cui più frequentemente si verificano incidenti risultano essere il soggiorno o la camera da letto. All'aumentare dell'età (15-69 anni) i luoghi in cui più spesso si osservano infortuni sono le specifiche pertinenze della casa.

## La dinamica e le attività al momento dell'infortunio

La dinamica più frequente (e anche quella mediamente più grave in termini di conseguenze invalidanti, soprattutto per la popolazione anziana) è la caduta da altezza non specificata (29,7%) inclusi gli inciampii, i salti e le spinte, seguita dalla caduta a livello (11,9%), compresi gli scivolamenti. Sommando tra loro tutte le dinamiche di caduta si ottiene una proporzione prossima alla metà dei casi di infortunio domestico (47,9%). Seguono gli urti (15,5%) e gli incidenti con ferita da oggetto penetrante o tagliente (11,8%) (Tabella 2).

L'analisi stratificata per sesso e per fasce d'età documenta anch'essa una netta prevalenza delle dinamiche di incidente da caduta, soprattutto nelle donne di tutte le età, mentre negli uomini risultano numerosi anche gli urti e le ferite da punta e da taglio.

Sono le attività di pulizia domestica e preparazione del cibo che comportano assai spesso un incidente in casa (23,2%), a seguire il "fai da te" (16,5%). Nel ►

**Tabella 1** - Distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per ambiente domestico di accadimento - SINIACA (n. 37.450), anno 2012

Ambiente della casa	Casi	%
Cucina	6.424	17,2
Soggiorno, camera da letto	6.968	18,6
Bagno, WC	2.266	6,1
Scale, interne	3.464	9,2
Altre pertinenze interne	3.347	8,9
Giardino	758	2,0
Strada privata, parcheggio, garage, posto auto coperto, sentiero, area pedonale	6.693	17,9
Altre aree residenziali esterne	1.138	3,0
Altra specificata area residenziale	6.309	16,8
Altro non specificato luogo dell'incidente	83	0,2
<b>Totale</b>	<b>37.450</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 2** - Accessi in Pronto Soccorso per sesso e dinamica e relativa quota di ricoveri - SINIACA (n. 37.450), anno 2012

	Pronto Soccorso (distribuzione %)			Ricovero (quota % su accessi in Pronto Soccorso)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Caduta, inciampamento	39,8	55,2	47,9	8,5	13,3	11,4
Urto, schiacciamento	17,6	13,6	15,5	2,2	3,4	2,7
Corpo estraneo	3,8	1,2	2,4	2,2	1,3	2,0
Ferita da taglio, puntura	15,6	8,4	11,8	1,5	0,8	1,2
Morso animale	1,9	1,1	1,5	2,1	0,0	1,2
Ustione, corrosione	1,8	2,1	1,9	3,2	2,2	2,6
Soffocamento	0,0	0,1	0,0	0,0	9,1	5,6
Avvelenamento, intossicazione	0,7	0,6	0,6	6,7	5,9	6,3
Elettricità, radiazioni	0,1	0,0	0,1	7,7	11,1	9,1
Sforzi violenti	1,9	1,6	1,7	2,4	2,2	2,3
Altre dinamiche	2,1	1,7	1,9	2,5	6,8	4,5
Non nota	14,9	14,4	14,6	4,5	10,5	7,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>5,0</b>	<b>9,6</b>	<b>7,4</b>

14,2% degli infortuni venivano svolte complessivamente attività di vita quotidiana quali il nutrirsi, il riposare e il lavarsi. Le altre attività di vita quotidiana e il gioco incidono sulla casistica per circa il 10% ciascuna.

### Natura della lesione e distretto corporeo

Il tipo di lesione più frequentemente osservato è non grave ed è rappresentato dalle lesioni superficiali (contusione/livido), evidenziate nel 25,3% dei casi, cui seguono le ferite aperte con una percentuale di poco inferiore (24,7%) e le distorsioni (4,4%). Tuttavia, sono presenti anche lesioni più gravi, quali le

fratture, nell'ordine del 18,3% del totale dei casi osservati, e altre tipologie meno frequenti quali lussazioni (3,6%) o ustioni (2,0%) (Tabella 3).

Relativamente al distretto corporeo sede della lesione, in ragione delle dinamiche frequentemente osservate di caduta, urto o ferita da taglio/punta, sono soprattutto le lesioni agli arti superiori (22,6%) e inferiori (18,8%) a prevalere, seguite dalle lesioni multiple, in cui più di un distretto corporeo è risultato sede di lesione (11,9%). Le lesioni alla testa e alla faccia si equivalgono, presentando percentuali sovrapponibili (intorno all'8%) (Tabella 4).

### Gli oggetti e le sostanze coinvolti nell'infortunio

In un sub-campione di 10 centri di PS è stato possibile registrare gli oggetti e le sostanze coinvolte nell'incidente. Nei casi di incidente domestico osservati nel sub-campione (17.320), gli oggetti o le strutture della casa che più frequentemente sono coinvolti nell'evento accidentale sono rappresentati da scale e/o gradini (16,3%) e dai letti (8,9%), entrambi per caduta o urto, a seguire le ferite da taglio o punta con il coltello da cucina (4,2%), le porte per schiacciamento o urto (3,9%).

Raggruppando gli oggetti per categoria merceologica, sono le stesse parti fisse della casa, intesa come edificio o parte di costruzione, ad associarsi all'incidente nel 28,7% dei casi registrati, per effetto delle cadute e degli urti. Seguono i mobili e l'arredamento



**Tabella 3** - Distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per natura della lesione - SINIACA (n. 37.450), anno 2012

Natura della lesione	Casi	%
Contusione, livido	9.471	25,3
Abrasione, escoriazione	75	0,2
Ferita aperta	9.250	24,7
Frattura	6.849	18,3
Lussazione, slogatura	1.357	3,6
Distorsione, strappo, stiramento	1.659	4,4
Schiacciamento, compressione	581	1,6
Amputazione, avulsione traumatica	166	0,4
Concussione	427	1,1
Altro specificato trauma cerebrale	59	0,2
Corpo estraneo in orifizio naturale	330	0,9
Ustione, scottatura	760	2,0
Corrosione (chimica)	10	0,0
Folgorazione	11	0,0
Congelamento	1	0,0
Trauma a nervi e midollo spinale	22	0,1
Trauma dei vasi sanguinei	41	0,1
Trauma degli organi interni	93	0,2
Avvelenamento	237	0,6
Altro specificato tipo di traumatismo o avvelenamento	450	1,2
Non specificato tipo di traumatismo o avvelenamento	2.027	5,4
Nessuna lesione diagnosticata	3.574	9,5
<b>Totale</b>	<b>37.450</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 4** - Distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per distretto corporeo - SINIACA (n. 37.450), anno 2012

Distretto corporeo	Casi	%
Testa	3.096	8,3
Faccia	3.249	8,7
Collo	333	0,9
Torace	2.384	6,4
Addome	1.433	3,8
Arto superiore	8.475	22,6
Arto inferiore	7.055	18,8
Lesioni multiple	4.458	11,9
Lesione organo non meglio specificato	8	0,0
Altro	757	2,0
Non noto	6.202	16,6
<b>Totale</b>	<b>37.450</b>	<b>100,0</b>

in genere, che risultano coinvolti nel 21,7% dei casi per i medesimi motivi, e gli utensili e gli attrezzi da lavoro (anche domestico) con il 19,8%.

## Conclusioni

Il Sistema SINIACA-IDB consente di avere le informazioni necessarie per aumentare l'efficacia e l'efficienza degli interventi di prevenzione imple-

mentando le conoscenze e le competenze in materia accidentologica. Nell'ultimo decennio il controllo e la prevenzione del fenomeno sono aumentati. Rimangono fondamentali il miglioramento delle politiche di salute pubblica, il monitoraggio degli effetti dell'evoluzione tecnologica edilizia e abitativa, oltre al controllo dei fattori di rischio legati all'invecchiamento della popolazione e delle strutture abitative, in funzione anche dei problemi manutentivi.

Sulla base delle evidenze disponibili sia dalla sorveglianza SINIACA-IDB sia dalla letteratura scientifica, gli interventi preventivi multifattoriali dovranno essere mirati in particolare a:

- ricondizionamento e messa in sicurezza dell'ambiente abitativo;
- formazione e informazione dei genitori e delle figure con ruolo di assistenza familiare (ad esempio, badanti, baby sitter, educatrici dell'infanzia, educatrici scolastiche) anche mediante associazioni di categoria e personale del Servizio Sanitario Nazionale in rapporto fiduciario con la popolazione target;
- implementazione dell'attività fisica moderata, in particolare per il mantenimento della capacità di equilibrio e di coordinamento motorio; ▶



- controllo delle prescrizioni terapeutiche associabili a rischio di caduta (in particolare, multiterapie e assunzione di farmaci psicotropi o antiaritmici);
- prevenzione dell'abuso di alcol e sostanze psicotrope;
- miglioramento dei servizi di assistenza sociale e sanitaria territoriale e domiciliare (anche a distanza) degli anziani, in particolare per quelli soli o in località remota;
- miglioramento del sistema di emergenza-urgenza del trauma (riduzione dei tempi d'accesso e dei decessi extraospedalieri in fase acuta);
- miglioramento dei flussi informativi di PS e loro integrazione europea.

Il Convegno nazionale sulla sorveglianza ospedaliera degli incidenti in Italia e in Europa sarà un'occasione per approfondire queste tematiche e porre a confronto i dati nazionali sugli incidenti e la violenza con quelli europei. L'evento si articolerà in due giornate: la prima (16 maggio) dedicata alla presentazione dei risultati generali di progetto, la seconda (17 maggio) dedicata alla presentazione dei risultati della sorveglianza pediatrica e alla costituzione di una rete di sorveglianza, secondo le specifiche SINIACA-IDB, degli incidenti osservati nella rete degli ospedali pediatrici italiani ([www.aopi.it](http://www.aopi.it)). ■

#### Dichiarazione di conflitto di interessi

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

#### Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization (WHO). European Health for All database ([www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db](http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db)).
2. EuroSafe. *Injuries in the European Union. Report on injury statistics 2008-2010*. Amsterdam; 2013.
3. [http://ec.europa.eu/health/data\\_collection/databases/idb/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/data_collection/databases/idb/index_en.htm)
4. Holder Y, Peden M, Krug E, et al. (Ed.). *Injury surveillance guidelines*. Geneva: World Health Organization. 2001.
5. Direzione Generale Programmazione Sanitaria - Ufficio VI. *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2012*. Roma: Ministero della Salute; 2013.

### Gruppo di lavoro SINIACA-IDB

Piera Rocca (Regione Piemonte); Antonio Sechi (Ospedale S. Giovanni Bosco, Torino); Maria Teresa Valente (ASL TO2); Marco Dalmaso, Carlo Mamo, Selene Bianco (SEPI Piemonte, ASL TO3); Gabriella Furfaro (Regione Autonoma Valle d'Aosta); Massimo Pesenti Compagnoni, Cristina Pivot (Ospedale U. Parini, Aosta); Silvano Piffer (APSS Trento); Paolo Cremonesi, Francesco Zanella, Valentina Roccati (Ospedali Galliera, Genova); Carla Debbia, Federica Accomazzo, Pasquale Di Pietro (IRCCS G. Gaslini, Genova); Marinella Natali (Regione Emilia-Romagna); Lamberto Veneri, Romana Bacchi, Vittoria Fabbri, Paolo Ghini (Azienda USL Romagna-Forlì); Emilio Marchionni, Emanuela Rocca (AUSL Parma); Fabio Voller, Francesco Innocenti (ARS Toscana); Paola Casucci, Giulio Agostinelli (Regione Umbria); Enrica Ricci, Annarita Bucchi, Riccardo Marcotulli (ASL 2 Umbria); Giorgio Nicolici (Ospedale S. Matteo degli Infermi, Spoleto); Silvano Lolli (Ospedale S. Giovanni Battista, Foligno); Fabio Filippetti (ARS Marche); Giuliano Tagliavento (Regione Marche); Marco Morbidoni (Osimo ASUR Marche); Gianfranco Maracchini (Senigallia ASUR Marche); Antonia Petrucci, Ulisse Martegiani (Regione Abruzzo); Rita Rossi (Ospedale Mazzini, Teramo); Roberto Patriarchi (ASREM Molise); Ermanno Paolitto (Regione Molise); Vincenzo Melaragno (Molise Dati); Stefano Ledda (Regione Sardegna); Francesco Fadda, Antonietta Murru (ASL Nuoro); Stefano Sau (Ospedale S. Francesco, Nuoro); Antonella Crenca, Cinzia Cedri, Maria Masotina, Stefano Parisi, Stefania Trinca (Istituto Superiore di Sanità).

---

# Convegno

## 1° CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA PER LA RICERCA SUGLI OLI ESSENZIALI (SIROE)

**Istituto Superiore di Sanità**  
**Roma 15-17 novembre 2013**

Francesca Mondello<sup>1</sup>, Maura Di Vito<sup>1</sup>, Antonietta Girolamo<sup>1</sup>, Giuseppe Salvatore<sup>2</sup> e Paolo Campagna<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate, ISS

<sup>2</sup>Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, Roma

<sup>3</sup>Società Italiana per la Ricerca sugli Oli Essenziali (SIROE), Università della Tuscia, Viterbo

---

**RIASSUNTO** - Si è svolto a Roma il 1° Congresso Nazionale della Società Italiana per la Ricerca sugli Oli Essenziali (SIROE), co-organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria di Roma. Gli obiettivi principali della manifestazione sono stati quelli di comprendere lo stato dell'arte degli oli essenziali, di presentare e stimolare ricerche di alta qualità scientifica, con una valutazione dell'impatto ambientale e delle possibili integrazioni con le terapie convenzionali, ai fini della tutela della salute dell'uomo e dell'ambiente.

**Parole chiave:** sostanze naturali; oli essenziali; medicina integrata; malattie infettive; salute; ambiente

**SUMMARY** (*The 1st National Congress of the Italian Society for Research on Essential Oils - SIROE*) - The 1st National Congress of the Italian Society for Research on Essential Oils (SIROE) was held in Rome, co-organized by the Italian National Institute of Health and the Academy of Art History Health in Rome. The main objectives were to present the state of art of research on essential oils, to stimulate research of high scientific quality, including an assessment of the environmental impact of these compounds and their possible integration with conventional therapies, to the final end of protecting human, animal and environmental health.

**Key words:** natural products; essential oils; integrated medicine; infectious diseases; health; environment

francesca.mondello@iss.it

---

Si è svolto a Roma, dal 15 al 17 novembre 2013, il 1° Congresso nazionale della Società Italiana per la Ricerca sugli Oli Essenziali (SIROE) ([www.siroe.it](http://www.siroe.it)), co-organizzato dai Dipartimenti di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate (MIPI) e di Tecnologie e Salute (TESA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), e dall'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria (ASAS) di Roma.

L'evento ha coinvolto numerosi relatori e partecipanti, soprattutto ricercatori dell'ISS tra i quali i coordinatori del Gruppo di Studio intramurale "Terapie Innovative e Sostanze Naturali (TISNa)", oltre ai soci dell'ASAS e ai soci di SIROE. La maggior parte di quest'ultimi sono ricercatori delle Università degli Studi di Roma (Sapienza e Tor Vergata), Bari, Cagliari, Catania, Palermo, Genova, Bologna, Modena e Reggio Emilia, Torino, Firenze,

Viterbo, Sassari, Perugia, Udine, Milano, Camerino, Teramo, Ancona, del Molise e della Basilicata, e di alcuni Dipartimenti del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) e del Consiglio per la Ricerca e la Sperimentazione in Agricoltura (CRA), ma anche professionisti con specifiche competenze appartenenti ad Aziende ospedaliere e Associazioni di ricerca. Inoltre sono stati presenti relatori stranieri di prestigio del Collège International d'Aromathérapie (Belgio), dell'Università di Assiut (Egitto) e di Valencia (Spagna).

Gli scopi del Convegno sono stati quelli di delineare sia lo stato dell'arte che le potenzialità biologiche degli oli essenziali (OE), sostanze aromatiche di origine vegetale, per sollecitare una razionalizzazione scientifica delle ricerche e per stimolarne nuove di alta qualità, ai fini della tutela della salute dell'uo- ►



Logo del TISNa

mo e dell'ambiente. Tutto ciò nella piena considerazione di un'impellente esigenza di trovare e utilizzare nuove classi di molecole non tossiche ed efficaci per fronteggiare:

- l'aumento delle patologie croniche incurabili;
- le continue emergenze infettive con associata farmaco-resistenza in medicina umana e veterinaria;
- lo scarso coinvolgimento delle grandi industrie nei farmaci orfani;
- l'incremento di allergie e reazioni farmacologiche dannose inattese;
- la progressiva carenza di farmaci, soprattutto antimicrobici e antitumorali.

Le fonti storiche degli usi e la regolamentazione degli OE hanno avviato i lavori. I temi di ricerca, molto differenziati e interdisciplinari (botanico, agronomico, chimico, microbiologico, biomolecolare, farmacologico, tossicologico, tecnico-farmacaceutico, ecc.) hanno riguardato nuove evidenze sperimentali e conferme di attività biologiche degli OE di possibile utilità terapeutica e salutistica per l'uomo, l'animale e l'ambiente. L'impiego degli OE quale approccio terapeutico alternativo in medicina generale per il trattamento di patologie infettive è apparso come realtà in Aziende ospedaliere di rilievo, in Associazioni di ricerca medica, negli insegnamenti universitari ed è praticato da medici esperti in aromaterapia (secondo il significato originario francese).

L'uso degli OE in microdosi è stato indicato di utilità per gli effetti antisettici in ambito ginecologico, gastro-intestinale e respiratorio, come pure per gli effetti psicologici nei disturbi dell'umore.

Sono stati anche descritti, in seguito alla percezione olfattiva, gli effetti generati a livello molecolare dalle sostanze odorose volatili degli OE sul sistema nervoso centrale. Gli odori sono in grado, infatti, di produrre effetti specifici sulla funzione neuropsichica, relazionale e autonoma, influenzando significativamente l'umore, la salute percepita, lo stato di eccitazione e le prestazioni mentali.

Particolare interesse hanno destato le ricerche sull'attività citotossica e antimicrobica degli OE, quali potenziali alternative per contrastare i noti fenomeni di resistenze alla chemio-antibiotico-terapia e ai chemioterapici tumorali. Non sono mancate relazioni di fitopatologia ed esempi di applicazioni per l'attività erbicida e nematocida degli OE e dei loro componenti attivi.

Un'intera sessione è stata dedicata alla medicina veterinaria e alla conservazione degli alimenti, settori di estremo interesse per l'aromaterapia, con notevoli ricadute in tema di salute animale e umana, oltre che ambientale. In ambito di dermo-cosmetica è stata descritta l'efficacia *anti-aging* di miscele di OE nei confronti della cute.

La qualità, i requisiti di purezza, la caratterizzazione chimica degli OE saggiati e proposti per l'uso al consumo sono stati accertati in tutti i lavori, con riferimento ai principali chemotipi e costituenti farmacologicamente attivi, mediante l'impiego integrato di avanzate tecniche strumentali (Headspace solid-phase microextraction - HS-SPME, Gas Chromatography Mass Spectrometric - GC-MS analysis).



Partecipanti al Congresso nazionale

## Sessione poster

Tra i poster si citano i primi quattro, selezionati per il Premio Giovani Ricercatori e, in particolare, lo studio dell'attività citotossica, chemiosensibilizzante e inibitoria dell'olio essenziale di *Melaleuca alternifolia* (tea tree oil - TTO) nei confronti dei meccanismi di invasione delle cellule di melanoma umano, l'uso del terpinene-4-olo (principale componente del TTO) come microbicide alternativo per contrastare la contaminazione di *Legionella pneumophila* nelle acque termali, lo studio originale e ricco di prospettive sull'applicazione di TTO nell'irsutismo e l'interessante studio dell'effetto degli OE di origano, cannella e chiodi di garofano sulla dinamica di sviluppo di *Salmonella*.

## Il Fondo Rari della Biblioteca dell'ISS

Il Convegno ha inoltre ospitato una preziosa esposizione di alcuni volumi antichi appartenenti al "Fondo Rari della Biblioteca dell'ISS" (1) inerenti ai settori della botanica, della farmacologia, delle piante medicinali e delle farmacopee. La mostra è stata organizzata dal "Gruppo di Lavoro per la Valorizzazione e la Conservazione del Fondo Rari della Biblioteca", curatore tra l'altro di alcune pubblicazioni su questa pregevole raccolta. Inoltre, in occasione dell'inaugurazione del XCIII Anno Accademico 2013-2014 dell'ASAS, il Gruppo di Lavoro ha ricevuto un Attestato di Benemerita "per aver con studi e ricerche favorito la divulgazione e la condivisione online di volumi rari (XVI-XVIII sec.) di elevato significato medico-sanitario nella comunità scientifica nazionale e internazionale" (2).

## Conclusioni

Questo primo Convegno ha permesso la realizzazione del sodalizio tra la neo Associazione scientifica SIROE, l'ASAS e l'ISS con il coinvolgimento *in primis* del Gruppo di Studio TISNa dell'ISS, costituito da una rete di esperti di varie competenze scientifiche in grado di lavorare in maniera interdisciplinare su tutti gli aspetti di uso delle "sostanze naturali" e delle "medicine e terapie innovative" diverse dalle convenzionali, per individuarne sia i benefici che gli eventuali effetti avversi.



Le numerose relazioni - 56 - presentate al Convegno e pubblicate nel Book of Abstracts sulla rivista *Natural 1* (3), hanno evidenziato l'ampio spettro di attività biologiche degli OE e confermato scientificamente quanto le sostanze naturali siano, e possano essere, utili per la salute umana, animale e ambientale. Poiché tutto ciò che è naturale non è sempre innocuo, è stata anche rilevata l'importanza di studi scientifici rigorosi per la valutazione di efficacia e sicurezza degli stessi OE e/o dei vari componenti del fitocomplesso, allo scopo di dare sempre più garanzie al cittadino nell'ottica del raggiungimento della salute, stato fondamentale per il benessere psicofisico e per il progresso economico e sociale. ■

### Dichiarazione di conflitto di interessi

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

### Riferimenti bibliografici

1. [www.iss.it/rari/](http://www.iss.it/rari/)
2. Un riconoscimento per il Gruppo di Lavoro Fondo Rari della Biblioteca. *Not Ist Super Sanità* 2013;26(12):19.
3. *Natural 1* 2013;127:37-72 ([www.natural1.it/](http://www.natural1.it/)).



## Nei prossimi numeri:

Sicurezza dei mangimi

*Neisseria gonorrhoeae* antibiotico-resistente

Cooperazione scientifica Italia-Israele

Base di dati Notify Library

Istituto Superiore di Sanità

Presidente: Fabrizio Oleari

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

a cura del Settore Attività Editoriali