Volume 38 - Numero 6
Giugno 2025
ISSN 0394-9303 (cartaceo)
ISSN 1827-6296 (online)

Notiziario

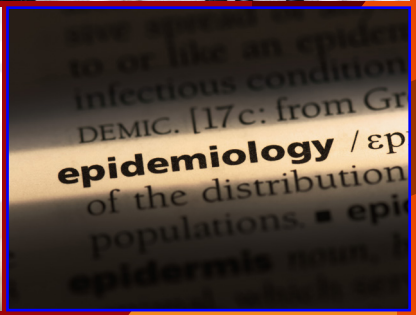
dell'Istituto Superiore di Sanità

Violenza di genere nei contesti sanitari: il ruolo dell'Italia nel Progetto europeo BRAVE-WOW

Generazione Z, tutte le attività del Progetto del Centro Nazionale Dipendenze e Doping

Il *Bollettino epidemiologico nazionale* (Ben): da inserto del *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* a rivista *peer reviewed*

Webinar. Migliorare i risultati dello screening nazionale gratuito per infezione da HCV: esperienze regionali a confronto



Inserto **"EDUISS NEWS"**

Un focus sulla Formazione e per la Formazione

www.iss.it

SOMMARIO

Gli articoli

Violenza di genere nei contesti sanitari: il ruolo dell'Italia nel Progetto europeo BRAVE-WOW 3

Generazione Z, tutte le attività del Progetto del Centro Nazionale Dipendenze e Doping 11

Il *Bollettino epidemiologico nazionale* (*Ben*): da inserto del *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* a rivista peer reviewed 15

Webinar. Migliorare i risultati dello screening nazionale gratuito per infezione da HCV: esperienze regionali a confronto 20

Le rubriche

News. Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse 800 861061: 38 anni di attività 25

Nello specchio della stampa. Una bussola per le perizie medico legali e CTU, un Gruppo di lavoro coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità produrrà le prime linee guida e buone pratiche per i professionisti del settore 26

TweetISSimi del mese 27

EDUISS NEWS (Inserto)

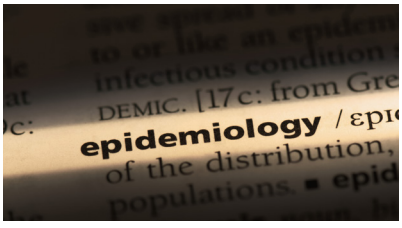
Un focus sulla Formazione e per la Formazione i

Al via le azioni pilota del Progetto BRAVE-WOW che si prefigge di affrontare l'emergenza cronica della violenza di genere e delle aggressioni sul luogo di lavoro negli ambienti sanitari

pag. 3

IL Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità indaga i nuovi fenomeni relativi alle dipendenze comportamentali nella popolazione scolastica dagli 11 ai 17 anni

pag. 11



Il *Bollettino epidemiologico nazionale* conferma nel tempo il suo ruolo di strumento di comunicazione epidemiologica e di salute pubblica per i professionisti sanitari del territorio

pag. 15

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

L'Istituto Superiore di Sanità

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

Dipartimenti
- Ambiente e salute
- Malattie cardiovascolari, endocrino-metaboliche e invecchiamento
- Malattie infettive
- Neuroscienze
- Oncologia e medicina molecolare
- Sicurezza alimentare, nutrizione e sanità pubblica veterinaria

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

Centri di riferimento
- Medicina di genere
- Scienze comportamentali e salute mentale

Organismo notificato

Legale rappresentante e Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità: Rocco Bellantone

Direttore responsabile: Antonio Mistretta

Comitato scientifico, ISS: Barbara Caccia, Anna Maria Giammarioli, Loredana Ingrosso, Cinzia Marianelli, Antonio Mistretta, Luigi Palmieri, Emanuela Testai, Vito Vetrugno, Ann Zeuner

Redattore capo: Antonio Mistretta

Redazione: Giovanna Morini, Anna Maria Giammarioli, Paco Dionisio, Patrizia Mochi

Progetto grafico: Alessandro Spurio

Impaginazione e grafici: Giovanna Morini

Diffusione online e distribuzione: Giovanna Morini, Patrizia Mochi, Sandra Salinetti

Redazione del Notiziario
Servizio Comunicazione Scientifica
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
e-mail: notiziario@iss.it

Iscritto al n. 475 del 16 settembre 1988 (cartaceo) e al n. 117 del 16 maggio 2014 (online)
Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2025

Numero chiuso in redazione il 14 luglio 2025

CC BY NC ND

Stampato in proprio

VIOLENZA DI GENERE NEI CONTESTI SANITARI: IL RUOLO DELL'ITALIA NEL PROGETTO EUROPEO BRAVE-WOW

Simona Gaudi[1], Anna Carannante[1], Marco Giustini[1], Paola Bello[2], Monica Ghelli[3], Simone Russo[3], Stefano Signorini[4] e Diana Gagliardi[3]
[1]*Dipartimento di Ambiente e Salute, ISS*
[2]*SHINE 2Europe*
[3]*Dipartimento di Medicina, Epidemiologia e Igiene del Lavoro e Ambientale, INAIL*
[4]*Fondazione Rispetto Inclusione Genere Etica Lavoro (RIGEL)*

RIASSUNTO - BRAVE-WOW (Building Respectful And Violence-free gender-inclusive Environments in the World Of Work) è un Progetto europeo per il contrasto della violenza di genere nei contesti di lavoro in ambito sanitario, finanziato dal programma Citizens, Equality, Rights and Values (CERV). Prevede uno studio pilota in due fasi: la prima mira a rilevare e a misurare il fenomeno tramite strumenti innovativi; la seconda punta a sviluppare strategie di prevenzione e supporto, rivolte sia alle vittime sia alle organizzazioni sanitarie. La task force italiana coordina le attività sul campo e analizza i dati per individuare i principali fattori di rischio e le dinamiche sottostanti. L'obiettivo è promuovere una raccolta dati armonizzata in Europa, a supporto di risposte coordinate ed evidence-based.
Parole chiave: violenza di genere; questionari e sorveglianza; base di dati; studi di valutazione

SUMMARY (*Gender-based violence in the healthcare setting: italian role in the european BRAVE-WOW project*) - BRAVE-WOW (Building Respectful And Violence-free gender-inclusive Environments in the World Of Work) is a European project to tackle gender-based violence in healthcare workplaces, funded by the Citizens,Equality, Rights and Values (CERV) Programme. It includes a two-phase pilot study: the first focuses on identifying and measuring the phenomenon through innovative tools; the second aims to develop targeted prevention and support strategies for both victims and healthcare institutions. The Italian task force is responsible for coordinating field activities and analysing data to identify key risk factors and underlying dynamics. The overarching goal is to promote harmonised data collection across Europe, supporting more coordinated and evidence-based responses at both national and international levels.
Key words: gender-based violence; surveys and questionnaires; database; evaluation studies
simona.gaudi@iss.it

La violenza di genere rappresenta un grave problema sociale che può, purtroppo, manifestarsi anche nei luoghi di lavoro, con una preoccupante incidenza sia nelle strutture sanitarie pubbliche e private che in quelle sociosanitarie. La violenza di genere indica qualsiasi atto lesivo che si verifica a causa del sesso di appartenenza della vittima e che colpisce in modo sproporzionato donne e ragazze (1). Si tratta di una "pandemia ombra" che attraversa tutte le classi sociali ed etnie, rappresentando uno dei principali determinanti negativi della salute femminile a livello globale, poiché i suoi effetti possono manifestarsi anche a lungo termine sulla salute mentale e fisica delle vittime. Sul luogo di lavoro, in particolare nel settore sanitario in strutture quali ospedali, case di cura, residenze per anziani, cliniche universitarie e poliambulatori, servizi di medicina e odontoiatria, la violenza contro le donne è una problematica sociale di crescente rilevanza sanitaria, le cui conseguenze possono determinare minacce gravi per la salute fisica e mentale delle vittime con un aumento della morbilità e della mortalità (2). La violenza di genere nei luoghi di lavoro ha gravi conseguenze per le vittime e per i colleghi, ma anche per i familiari e per gli amici. Le ripercussio- ▶

ni possono essere sia fisiche che psicologiche; queste ultime, come nel caso della violenza e degli abusi online, possono essere altrettanto dannose nonostante l'assenza di segni fisici visibili. Le conseguenze possono avere un impatto significativo sull'organizzazione del lavoro, poiché le reazioni alla violenza possono variare dallo stress al congedo per malattia o alle dimissioni, fino a impatti significativi e duraturi, tra cui: lesioni, complicazioni in gravidanza per la madre e il nascituro, depressione, disturbo da stress post-traumatico, e persino la morte. Comportamenti avversi sul posto di lavoro sono stati collegati a prestazioni lavorative scarse, causate da una minore soddisfazione professionale, un maggiore assenteismo e una ridotta ritenzione delle/dei lavoratrici/lavoratori (3). L'impatto della violenza sulle/sui lavoratrici e lavoratori è ancora più grave se le vittime sono coloro che devono fornire assistenza, poichè mancando un intervento adeguato, si può compromettere la qualità della cura ai pazienti e la produttività di altri servizi sanitari. Nonostante i progressi, gli attuali sistemi di cura e sostegno presentano ancora significative difficoltà nell'identificare e sostenere le vittime di violenza, problematiche che si aggravano ulteriormente quando la violenza si manifesta in ambito lavorativo.

L'identificazione precoce della violenza, interventi adeguati e un approccio multidisciplinare sono elementi chiave per contrastare efficacemente il fenomeno.

Dati europei

Il rischio violenze e molestie sul lavoro è entrato piuttosto recentemente nel panorama delle questioni che afferiscono alla tutela della salute e sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori nei luoghi di lavoro. Il primo documento europeo che ha iniziato a inquadrare la violenza in una prospettiva di lavoro (work-related violence or workplace violence) è, infatti, il Rapporto EU-OSHA "Workplace Violence and Harassment: a European Picture" (4). Il Report europeo, presentando studi scientifici su antecedenti e conseguenze della violenza correlata al lavoro, ha avviato un importante cambio di paradigma, ampliando la lente di lettura e facendo emergere potenziali significatività causali da ricondursi sia alla dimensione organizzativa che all'antefatto culturale ambientale, elementi in grado di aumentare la probabilità di accadimento della violenza di genere (Gender-Based Violence, GBV) nelle sue diverse forme inclusi i rischi psicosociali. Recenti ricerche evidenziano che la GBV nei contesti sanitari europei è molto presente, con un'enorme prevalenza nei confronti delle donne. A oggi, la maggior parte dei dati disponibili sulla violenza di genere e sugli abusi sessuali, riguardano quelli attuati da parte del partner intimo (Intimate Partner Violence, IPV), che in Europa vedono una donna su quattro subire questo tipo di violenza, mentre sono ancora carenti i dati in ambito lavorativo e soprattutto in quello ospedaliero/sanitario. Tra gli studenti delle professioni sanitarie, il 41,2% ha subito violenza di genere durante gli studi, con un'incidenza significativamente maggiore tra le donne (46%) rispetto agli uomini (15,8%). Nei casi di violenza sul luogo di lavoro, gli uomini risultano più frequentemente autori (65,1%) rispetto alle donne (28,2%), con strutture di potere di genere che creano ambienti in cui le operatrici sanitarie risultano principalmente vittime.

L'indagine dell'International Labour Organization (ILO) "Experiences of violence and harassment at work: a global first survey" (2022) restituisce un dato di prevalenza significativo: nel mondo, più di una

persona su cinque (22,8% o 743 milioni di persone) dichiara di avere avuto almeno una forma di violenza o di molestia sul lavoro e di queste persone, circa un terzo ha riportato di avere avuto esperienza di più di una forma di violenza (5).

Dati italiani

Il Piano Strategico Nazionale 2021-2023 sulla violenza maschile contro le donne, approvato dal Consiglio dei Ministri e in continuità con il precedente Piano 2017-2020, prevede 4 pilastri in analogia alla Convenzione di Istanbul, ognuno dei quali è legato a specifiche priorità: i) prevenzione; ii) protezione e sostegno; iii) perseguimento e punizione; iv) assistenza e promozione.

Il Piano ha l'obiettivo di rafforzare l'azione del governo per rispondere ai molteplici aspetti connessi alle condizioni di violenza: informazione e sensibilizzazione della popolazione, formazione ed educazione degli operatori per la presa in carico delle vittime, protezione delle vittime, punizione degli uomini che commettono violenza, corsi e percorsi di cambiamento per uomini autori di violenza, diffusione dei luoghi dedicati alle donne per incrementare autonomia lavorativa, economica e abitativa con particolare attenzione alle donne più vulnerabili, come le migranti che risultano contemporaneamente vittime di molteplici discriminazioni e la messa in atto di nuove strategie di prevenzione.

Forme di violenza attuate nei confronti degli operatori sanitari

Negli ultimi anni, a causa delle situazioni sempre più critiche in cui versa la sanità italiana, gli operatori sanitari sono tra le categorie di lavoratori che subiscono il maggior numero di forme di violenza (aggressioni fisiche, minacce e insulti verbali) nell'espletamento del loro lavoro.

Per sensibilizzare i cittadini a una cultura che condanna tutte le forme di violenza nei contesti di lavoro in ambito sanitario, nel 2022 il governo italiano ha indetto la Giornata nazionale dell'educazione e della prevenzione contro la violenza contro gli operatori sanitari (12 marzo), in concomitanza con la Giornata europea di sensibilizzazione alla violenza contro i medici e altri professionisti della sanità (Legge n. 113, 14 agosto 2020, sulle disposizioni relative alla sicurezza dei professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale nell'esercizio delle loro funzioni). Nel 2022 l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) ha registrato 2.243 casi di infortuni sul lavoro positivamente accertati e codificati come violenza, aggressione e minacce contro il personale sanitario, con un aumento del 14% rispetto all'anno precedente. Si tratta principalmente di episodi di violenza commessi da persone esterne all'azienda (reazioni dei pazienti o dei loro familiari) e, in misura minore, di controversie e malintesi tra colleghi. Nel triennio 2020-2022, nei settori sanitario e dell'assistenza sociale sono stati registrati circa 6.000 episodi di violenza sul luogo di lavoro, pari al 41% del totale degli eventi analoghi segnalati tra i lavoratori dell'industria e dei servizi nello stesso periodo. La maggior parte degli infortuni ha interessato donne, che rappresentano circa il 70% dei casi. La distribuzione per fascia d'età evidenzia una maggiore incidenza tra i lavoratori di età compresa tra i 50 e i 64 anni (39%), seguiti da quelli tra i 35 e i 49 anni (36%), fino ai 34 anni (23%) e oltre i 64 anni (1%). Oltre la metà degli episodi si è verificata all'interno di strutture sanitarie, quali ospedali, case di cura, istituti, cliniche universitarie, policlinici, servizi di medicina generale e odontoiatria, nonché laboratori di analisi cliniche. Le professioni più frequentemente coinvolte risultano essere i tecnici sanitari (41%), seguiti dagli operatori qualificati nei servizi sanitari e sociali (27%) e dal personale addetto ai servizi personali e simili (13%). I medici presentano un'incidenza sensibilmente più bassa, pari al 3,5% del totale degli episodi di aggressione registrati in ambito sanitario (6). L'Osservatorio nazionale per la sicurezza sanitaria e sociale ha l'obiettivo di fornire un quadro informativo ancora più completo, che comprenda non solo le aggressioni fisiche, ma anche gli attacchi verbali e le aggressioni contro la proprietà degli operatori sanitari. Il Ministero della Salute, che riveste compiti specifici di studio e promozione delle iniziative di prevenzione, ha segnalato oltre 16.000 episodi di aggressione che hanno coinvolto circa 18.000 operatori nelle strutture sanitarie pubbliche italiane nel 2023 evidenziando la notevole portata della violenza affrontata dagli operatori sanitari nel nostro Paese. Nella maggior parte dei casi (69%), gli aggressori sono pazienti con i familiari responsabili del 28% degli incidenti. Sebbene la maggior parte delle aggressioni (68%) coinvolga urla e insulti, una quota sostanziale (26%) include violenza fisica e una piccola frazione (6%) provoca danni alla proprietà. ▶

Il Progetto europeo BRAVE-WOW

Il Progetto europeo BRAVE-WOW (Building Respectful And Violence-free gender-inclusive Environments in the World Of Work), finanziato dal programma Citizens, Equality, Rights and Values (CERV) dell'Unione Europea e coordinato dall'Università di Coimbra, si prefigge di affrontare l'emergenza cronica della violenza di genere e delle aggressioni sul luogo di lavoro negli ambienti sanitari (7). Il Progetto, iniziato il 1° maggio 2025 con durata di 30 mesi, coinvolge quattro Paesi europei: Portogallo (Paese capofila), Italia, Spagna e Slovenia. Uno dei pilastri centrali del Progetto risiede nella raccolta di dati omogenei e armonizzati mediante la somministrazione di due questionari, il primo Gender Based Violence at Work Questionnaire (GBVW_Q) per identificare e valutare la violenza di genere sul luogo di lavoro; il secondo Decent Work Questionnaire (DW_Q; 8) che si concentra sulle condizioni di lavoro dignitose, esplorando aspetti come la sicurezza, il rispetto e l'inclusività nell'ambiente lavorativo. L'analisi combinata dei dati provenienti dai questionari permetterà di ottenere una visione approfondita del fenomeno e di sviluppare strategie e protocolli efficaci per contrastare la violenza negli ambienti sanitari. Inoltre, il Progetto prevede anche l'impiego dell'Intelligenza Artificiale (IA) (9) per supportare l'analisi dei dati e l'identificazione di modelli e tendenze.

BRAVE-WOW rappresenta un passo significativo verso la creazione di ambienti di lavoro più sicuri e rispettosi, promuovendo una cultura di inclusività e prevenzione della violenza di genere nel settore sanitario.

Descrizione della unità operative italiane

L'**Istituto Superiore di Sanità** (ISS) è il principale organismo tecnico e scientifico del Servizio Sanitario Nazionale e persegue la tutela della salute pubblica svolgendo funzioni di ricerca, controllo, consulenza, regolazione e formazione. È al servizio del Ministero della Salute, delle Regioni e delle Province Autonome (PA) di Trento e Bolzano. L'ISS è impegnato in attività di ricerca di base e traslazionale per la salute pubblica ed è impegnato nella definizione di corsi di formazione e aggiornamento per gli operatori sanitari e nella promozione di campagne di comunicazione e informazione per la diffusione delle conoscenze sulla medicina di genere. Grazie a questa rete di rapporti istituzionali, l'ISS potrà riferire le informazioni rilevanti emerse dall'indagine al Ministero della Salute, alle Regioni e alle PA di Trento e Bolzano.

L'**INAIL** è un sistema integrato che si occupa della prevenzione e della tutela della salute dei lavoratori in tutti i suoi aspetti. Oltre alle tradizionali attività legate all'assicurazione, all'assistenza, alla riabilitazione, al reinserimento lavorativo e agli indennizzi dei lavoratori infortunati o che sviluppano una malattia professionale, dal 2010 l'INAIL ha incorporato le funzioni di ricerca in materia di salute e sicurezza sul lavoro (SSL) precedentemente svolte dall'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro. In particolare, l'Istituto sviluppa progetti di ricerca di base e traslazionale in tutti i campi della SSL, inclusi i fattori di rischio psicosociale che comprendono anche la violenza e le molestie sul lavoro. L'INAIL potrà diffondere i risultati dello studio attraverso la sua rete di stakeholder e progettare e sviluppare moduli e interventi formativi personalizzati.

La Fondazione **Rispetto Inclusione Genere Etica Lavoro** (RIGEL) è un ente del terzo settore che nel Progetto svolge il ruolo di "partner associato". RIGEL offre percorsi di formazione e sviluppo culturale, sociale ed economico legati a parità di genere, inclusione, diversità, etica, equità, sostenibilità, responsabilità e benessere sociale, fornendo assistenza in ambito organizzativo, giuridico e legale. In particolare, si occupa di parità di genere e di violenza e molestie sul luogo di lavoro. Alcuni dei suoi fondatori lavorano da anni su questi temi nell'ambito dei Comitati Unici di Garanzia (CUG), promuovendo e realizzando formazione specifica e strumenti per datori di lavoro e lavoratori anche grazie alla rete nazionale dei CUG che facilita la

collaborazione su questi temi fra 420 pubbliche amministrazioni, tra cui le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e gli ospedali e circa 50 università.

L'**Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza agli Anziani** (ISRAA), è un istituto pubblico di assistenza e beneficenza che offre servizi assistenziali ai cittadini anziani nella città di Treviso e presso i Comuni limitrofi. L'ISRAA è una realtà fortemente radicata sul territorio grazie alle proprie strutture residenziali, al Centro specializzato nella gestione del decadimento cognitivo e delle demenze, tramite il quale collabora strettamente con la ASL ULSS 2 Marca Trevigiana, e mediante l'erogazione dei servizi di assitenza domiciliare per conto del Comune di Treviso. Dal 2018, l'ISRAA possiede un Servizio dedicato allo sviluppo e all'innovazione tramite il quale coopera con numerose realtà attive nel campo dell'invecchiamento e della salute a livello nazionale ed europeo. In virtù del solido dialogo con le istituzioni socio-sanitarie locali e regionali, l'ISRAA potrà farsi portavoce dei risultati emersi dall'indagine condotta in sede di progetto e spronare la propria rete di interlocutori verso lo sviluppo di iniziative atte ad aumentare la consapevolezza sul fenomeno della violenza di genere nel settore socio-sanitario e ad approntare misure atte a contrastarlo. Allo stesso modo, l'ISRAA farà da cassa di risonanza dei risultati presso i propri partner internazionali.

Compiti delle unità operative

L'ISS coordina il lavoro del Gruppo 4 (Work Package, WP 4) che sarà incentrato sulla realizzazione di un Progetto pilota sul territorio nazionale prevedendo il coinvolgimento di almeno dieci ospedali, mentre gli altri Paesi adotteranno altri principi. I criteri di selezione delle strutture ospedaliere dovranno tenere conto della eterogeneità geografica, sociale e culturale del Paese. Il campione di ospedali deve essere bilanciato rispetto alla dimensione (piccoli, medi, grandi), alla tipologia (ospedale generale, ospedale pediatrico, centro traumatologico, ospedale universitario) e alle caratteristiche sociologiche delle aree di riferimento (aree urbane e rurali). Una volta identificate le strutture ospedaliere partecipanti al Progetto, saranno somministrati i due questionari: GBVW_Q, sviluppato all'interno del progetto BRAVE-WOW, sull'identificazione della violenza di genere e DWQ incentrato sulle condizione di un lavoro dignitoso. Quest'ultimo affronta, in linea generale, le diverse dimensioni relative al contenuto, alle condizioni e al contesto del lavoro, ovvero se il lavoro rispetta degli standard di qualità, ma non fornisce una valutazione approfondita di aspetti specifici di ciascuna dimensione, come nel caso della GBV.

Parte delle attività del WP4 riguardano la mappatura e la selezione delle organizzazioni sanitarie e assistenziali. Una volta determinati i siti dove svolgere l'attività pilota, verranno distribuiti i questionari e successivamente pianificati gli interventi. I dati dei questionari saranno raccolti in forma anonima e centralizzati presso l'ISS a cui sarà affidata anche l'analisi dei risultati. Sulla base di questi, verranno elaborati interventi mirati nelle medesime organizzazioni sanitarie e assistenziali. In seguito alla presentazione dei risultati, gli interventi mirati prevederanno attività di supporto nello sviluppo o applicazioni di politiche di prevenzione e sostegno alle vittime.

Per quanto riguarda l'INAIL, il contributo al Progetto comprende il coordinamento di due attività specifiche nei WP 2 e 5. Nel WP2, l'INAIL coordina il Task 2.4, che prevede un'analisi comparativa delle politiche nazionali, europee e internazionali sulla violenza di genere nei luoghi di lavoro, per individuare aree di convergenza e divergenza. L'analisi si concentrerà anche sulle lacune tra la legislazione sulla violenza di genere e la sua attuazione pratica. A tal fine, verrà condotta una *desk analysis* per la ricerca degli strumenti normativi implementati nei diversi Paesi, a partire da quelli che hanno ratificato la Convenzione ILO C190, su violenza e molestie nei luoghi di lavoro. Attraverso l'esame della letteratura ufficiale e grigia e i contatti nell'ambito di diversi network internazionali di cui l'INAIL è parte integrante, saranno analizzati i contenuti degli strumenti normativi e verrà prodotto un Rapporto descrittivo dell'approccio normativo per il contrasto del fenomeno nei diversi Paesi.

Il WP5 mira a sviluppare strumenti, orientamenti, formazione e istruzione pertinenti in grado di fornire a lavoratori, datori di lavoro e decisori politici competenze, conoscenze e risorse necessarie per affrontare efficacemente le sfide della violenza di genere e per realizzare cambiamenti sistemici nei contesti lavorativi. Nel WP5, l'INAIL coordina il Task 5.3 che prevede l'organizzazione di Webinar per la diffusione della conoscenza del fenomeno, l'incremento della consapevolezza e l'approfondimento delle misure di contrasto. A tal fine, verranno organizzati quattro eventi online (uno per ciascun Paese partecipante) con un format standard ▶

progettato dall'INAIL che includerà un'introduzione al contesto politico e normativo generale e specifico per i Paesi coinvolti nel Progetto, la presentazione dei risultati qualitativi e quantitativi nazionali dello studio pilota e la discussione su interventi correttivi e formazione specifica. Gli eventi, organizzati in collaborazione con i partner nazionali, di volta in volta, interessati richiede, quale indicatore di risultato, la partecipazione di almeno cinque rappresentanti per ciascuna struttura sanitaria coinvolta nel Progetto pilota, con l'obiettivo di spiegare la differenza tra violenza e violenza di genere; facilitare l'identificazione delle categorie di lavoratori più a rischio di discriminazione sul posto di lavoro; fornire gli strumenti per riconoscere la violenza di genere e presentare le misure in grado di contrastare, ridurre ed eliminare la violenza di genere nel settore sanitario.

L'ISRAA si occuperà del coordinamento del Task 3.2 Focus groups and roundtables previsto tra le attività del WP 3 Participatory research and stakeholders' engagement. Obiettivo di questo Tak è quello di instaurare un dialogo tra i principali interlocutori e attori chiave precedentemente identificati grazie alla mappatura, allo scopo di discutere i molteplici e spesso interrelati aspetti sottesi alla violenza di genere nel contesto lavorativo sociosanitario: dalla dimensione delle politiche, in particolare la loro applicazione e il livello di efficacia in termini di contrasto e prevenzione del fenomeno, alla dimensione esperienziale, facendo luce sulle ragioni alla base della frequente mancata denuncia di episodi di violenza, fino a toccare la dimensione sistemica, indagando la presenza di procedure di segnalazione accessibili, trasparenti, e capaci di tutelare chi denuncia, e quella socio-culturale, che chiama in causa stereotipi e pregiudizi auto ed etero-diretti legati al genere e al lavoro di cura. I focus group e *roundtable* verranno organizzati presso ogni sito pilota e le informazioni raccolte saranno utilizzate per supportare la creazione del GBVW_Q, analizzare i risultati dei questionari che verranno somministrati presso le organizzazioni sociosanitarie coinvolte nella successiva fase pilota ed elaborare un piano di intervento per affrontare le sfide e i bisogni emersi. In quanto realtà che offre servizi di assistenza socio-sanitaria, l'ISRAA prenderà essa stessa parte alle attività previste dalla fase pilota, in particolare mediante la somministrazione del questionario GBVW_Q ai propri professionisti e sperimentando gli interventi sviluppati a partire dalle informazioni raccolte presso le proprie strutture.

Infine, tutti i partner italiani organizzeranno la Conferenza di fine Progetto, un evento internazionale che vedrà non solo la partecipazione di tutti i partner coinvolti, ma anche di rappresentanti della Commissione Europea e delle principali organizzazioni internazionali, dei network scientifici attivi nei settori della salute e sicurezza sul lavoro e della salute pubblica, nonché rappresentanti della società civile.

Considerazioni

La situazione attuale nel settore sanitario e assistenziale è allarmante e presenta una complessità crescente. La violenza nei luoghi di lavoro, in particolare quella di genere, rappresenta un fenomeno ancora troppo diffuso, spesso sottostimato e, in molti casi, ingiustamente normalizzato come parte integrante della quotidianità professionale. Sarà considerata oltre alla violenza perpetrata all'interno del luogo di lavoro, anche quella che spesso le infermiere subiscono dai parenti che le ritengono più deboli e più facilmente attaccabili fisicamente. Tale normalizzazione non solo minimizza la gravità degli episodi, ma contribuisce al mantenimento di un ambiente lavorativo ostile e insicuro, dove le vittime si trovano frequentemente prive di strumenti adeguati per reagire o denunciare.

Arginare questo fenomeno richiede un cambiamento profondo e strutturale, che passa attraverso il superamento degli stereotipi di genere e la piena attuazione delle politiche di parità. È necessario un impegno collettivo da parte della società civile, delle istituzioni, delle organizzazioni del lavoro e dei singoli individui, volto a sfidare le norme culturali e le strutture istitu-

zionali che legittimano o tollerano comportamenti violenti, sessisti o discriminatori, non solo nei luoghi di lavoro, ma in tutti gli ambiti della vita sociale.

Un ruolo fondamentale è svolto dalla concreta applicazione delle leggi antidiscriminazione e dalle misure di protezione delle vittime. Queste devono essere supervisionate in maniera rigorosa e capillare, affinché chi perpetra atti di violenza venga realmente ritenuto responsabile delle proprie azioni. Solo in questo modo è possibile costruire un clima di maggiore sicurezza e fiducia, dove le persone si sentano tutelate e legittimate a denunciare senza timore di ritorsioni o isolamento. Infatti, le vittime di violenza sul lavoro tendono spesso a isolarsi, perdendo progressivamente la fiducia nell'ambiente circostante. Questo isolamento ha conseguenze non solo sul benessere psicologico dell'individuo, ma anche sulla coesione del gruppo di lavoro e sulla qualità complessiva del clima organizzativo. Per contrastare tali effetti, è indispensabile promuovere una cultura del rispetto, in cui la tolleranza verso qualsiasi forma di violenza o molestia di genere sia assolutamente nulla e inequivocabile.

La costruzione di ambienti lavorativi sicuri richiede un cambiamento culturale profondo, che non può essere improvvisato o realizzato in tempi brevi. Si tratta di un processo che implica tempo, impegno costante e una comprensione approfondita dei comportamenti disfunzionali e delle mentalità che li sostengono. Questo processo deve essere sostenuto da attività formative, da campagne di sensibilizzazione e dalla promozione attiva di buone pratiche organizzative (10).

Le conseguenze per le vittime sono molteplici e possono includere traumi fisici, complicazioni mediche (come problemi in gravidanza), sofferenza psicologica (depressione, disturbi d'ansia, disturbo da stress post-traumatico) fino, nei casi più estremi, a esiti fatali; infatti, è fondamentale riconoscere la violenza sul luogo di lavoro quale responsabile della salute della persona che la subisce ed è un grave problema di salute pubblica. A ciò si aggiunge l'impatto sulla sfera sociale e familiare della persona, coinvolgendo colleghi, amici e familiari, che spesso condividono il peso emotivo e relazionale delle esperienze traumatiche.

Dal punto di vista organizzativo, le ripercussioni della violenza nei luoghi di lavoro si riflettono in una diminuzione della qualità delle prestazioni, maggiore assenteismo, aumento delle richieste di congedo per malattia, turnover del personale e, in generale, un calo della soddisfazione professionale. Questi fattori compromettono l'efficienza del sistema, soprattutto in ambiti come quello sanitario e assistenziale, dove la qualità delle relazioni umane è parte integrante del servizio offerto.

Particolarmente critico è il caso delle vittime che, all'interno delle strutture sanitarie, sono le stesse figure professionali incaricate di fornire assistenza e cura. In tali contesti, la violenza non solo mina il benessere degli operatori e delle operatrici, ma compromette direttamente la qualità dell'assistenza ai pazienti, mettendo a rischio l'intero sistema di cura. Il carico emotivo e professionale che deriva da questi episodi può ridurre l'efficacia e la produttività dei servizi, generando un impatto negativo a catena che coinvolge utenti, colleghi e organizzazioni.

Per queste ragioni, l'implementazione di politiche efficaci di prevenzione e contrasto della violenza di genere sul lavoro non è solo una questione di giustizia sociale, ma rappresenta anche una priorità strategica per la tutela della salute pubblica, della qualità dei servizi e della sostenibilità dei sistemi sanitari europei.

Conclusioni e prospettive future

La violenza di genere, in particolare quella che si manifesta nei contesti sanitari, deve essere affrontata attraverso la raccolta e l'analisi di dati omogenei, armonizzati e centralizzati. Solo così sarà possibile superare l'approccio aneddotico e promuovere nuove prospettive di ricerca scientifica. Trattandosi di una problematica estremamente complessa, è necessario un approccio multidisciplinare e transdisciplinare, capace di sviluppare protocolli di prevenzione mirata, volti a tutelare la salute psicofisica di lavoratrici e lavoratori. Questo approccio integrato includerà anche l'utilizzo dell'IA, applicata in sinergia con strumenti di rilevazione specifici come il GBVW_Q e il DW_Q (11). L'obiettivo è valutare in maniera sistematica il fenomeno della violenza nei luoghi di lavoro in ambito sanitario, nei quattro Paesi coinvolti: Portogallo (capofila), Italia, Spagna e Slovenia.

Il Progetto BRAVE-WOW prevede il coinvolgimento diretto delle parti interessate attraverso focus group, interviste e analisi dei social media. I risultati di queste attività alimenteranno la realizzazione di seminari e documenti strategici finalizzati a identificare, affrontare e ridurre la violenza e successivamente anche il bullismo nei contesti lavorativi. Le evidenze ▶

raccolte saranno valorizzate tramite una piattaforma digitale e ulteriormente diffuse grazie a programmi di formazione rivolti sia ai dipendenti che ai dirigenti, con il coinvolgimento delle istituzioni politiche per garantirne la sostenibilità nel tempo.

In parallelo all'implementazione di politiche e procedure operative, sarà avviata una campagna di comunicazione a livello europeo, finalizzata alla sensibilizzazione e alla diffusione delle metodologie adottate. L'identificazione precoce, la diagnosi accurata, l'intervento tempestivo e la collaborazione tra diverse discipline rappresentano elementi fondamentali per porre fine alla violenza nei luoghi di lavoro. ■

Ringraziamenti

Si ringraziano: Carina Dantas, Ines Saavedra, Natália Machado (SHINE Europe); Leonor Pais (coordinatrice del Progetto BRAVE-WOW, Coimbra, Portogallo); Pier David Malloni, (Ufficio Stampa, ISS); Anna Ceccarell (Servizio Tecnico Scientifico di Coordinamento e Supporto alla Ricerca, ISS); Federica D'Antonio, Loredana Palone (Segreteria del Direttore Generale ISS); Miriam Pompei e Luigi Santone per il supporto amministrativo (INAIL).

Dichiarazione sui conflitti di interesse

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

Riferimenti bibliografici

1. Istituto Nazionale di Statistica (Istat). *Indagine sulla sicurezza delle donne. Anno 2014*. Roma: ISTAT; 2015 (https://www.istat.it/it/files//2015/06/Violenze_contro_le_donne.pdf).
1. World Health Organization (WHO). *Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. Geneva: WHO; 2021. (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341337/9789240022256-eng.pdf?sequence=1).
3. Nyberg A, Kecklund G, Hanson LM, *et al*. Workplace violence and health in human service industries: a systematic review of prospective and longitudinal studies. *Occup Environ Med* 2021,78(2):69-81 (doi: 10.1136/oemed-2020-106450).
4. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). *Workplace Violence and Harassment: a European Picture*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010 (https://osha.europa.eu/sites/default/files/2022-03/violence-harassment-report.pdf).
5. ITALIA. Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione internazionale del lavoro n. 190 sull'eliminazione della violenza e delle molestie sul luogo di lavoro, adottata a Ginevra il 21 giugno 2019 nel corso della 108ª sessione della Conferenza generale della medesima Organizzazione. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 20, 26 gennaio 2021.
6. Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (https://www.inail.it/portale/it/inail-comunica/news/notizia.2025.03.molestie-e-violenze-sul-lavoro-analisi-di-un-fenomeno-in-crescita.html?all=true).
7. BRAVE-WOW officially kicks off in Coimbra with vision for a safer workplace across Europe 2024 (https://shine2.eu/brave-wow-officially-kicks-off-in-coimbra-with-vision-for-a-safer-workplace-across-europe/).
8. Ferraro T, Moreira JM, Dos Santos NR, *et al*. Decent work, work motivation and psychological capital: An empirical research. *Work* 2018;60(2):339-54 (doi: 10.3233/WOR-182732).
9. Thompson Lee LM, Moore A, Crossland C. Harnessing the Power of Machine Learning to Prevent Gender-Based Violence: Using Big Data Techniques to Enhance Research on Violence Against Women. *Violence Against Women* 2025;10778012251319701 (doi: 10.1177/10778012251319701).
10. Gaudi S, Somma R. Violenze e molestie nei luoghi di lavoro: dalla ricerca scientifica indicazioni per la gestione del rischio. *Igiene e Sicurezza del Lavoro* 2025;3:117-25.

TAKE HOME MESSAGES

- Violenza di genere sul lavoro è un problema di salute pubblica con conseguenze per le vittime non solo fisiche (traumi, complicazioni mediche), ma anche psicologiche (depressione, disturbo da stress post-traumatico (post-traumatic stress disorder), ansia. L'impatto si estende anche alla sfera sociale e familiare.
- Il fenomeno della violenza di genere nei luoghi di lavoro sanitari è diffuso, sottostimato e spesso normalizzato. Questa normalizzazione contribuisce a mantenere ambienti ostili, dove le vittime sono prive di strumenti per difendersi o denunciare.
- Approccio scientifico alla violenza di genere: raccolta di dati omogenei, armonizzati e centralizzati per superare la narrazione aneddotica e realizzare uno studio multidisciplinare e transdisciplinare con strumenti innovativi.
- L'utilizzo di questionari specifici in associazione all'IA potranno consentire di valutare la violenza nei contesti sanitari e mettere in atto misure di prevenzione di precisione in Portogallo, Italia, Spagna e Slovenia.

GENERAZIONE Z, TUTTE LE ATTIVITÀ DEL PROGETTO DEL CENTRO NAZIONALE DIPENDENZE E DOPING

Gerolama Maria Ciancio, Graziella Lanzillotta, Luisa Mastrobattista, Adele Minutillo, Chiara Fraioli, Guido Mortali e Claudia Mortali
Centro Nazionale Dipendenze e Doping, ISS

RIASSUNTO - Il Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), su incarico del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha avviato nel 2022 il primo studio in Italia per stimare la prevalenza di alcuni comportamenti a rischio di addiction (social media addiction, food addiction e internet gaming disorder) nei ragazzi tra gli 11 e i 17 anni. L'indagine, condotta nell'autunno del 2022, ha coinvolto oltre 8.700 studenti provenienti da tutto il territorio nazionale, suddivisi tra scuole secondarie di primo grado e scuole secondarie di secondo grado. I dati sono stati presentati nel marzo del 2023 e hanno rilevato che circa 2 milioni di ragazzi sono a rischio dipendenze comportamentali. Inoltre, durante il Progetto sono stati realizzati materiali informativi per promuovere il benessere psicofisico della generazione Z.
Parole chiave: adolescenti; dipendenze; Internet

SUMMARY (*Generation Z, epidemiological data, prevention efforts, and the development of informational materials: these are the key initiatives of the project led by the National Center for Addictions and Doping*) - The National Center for Addictions and Doping (CNDD) of the Istituto Superiore di Sanità (Italian National Institute of Health in Italy), commissioned by the Department for Anti-Drug Policies of the Presidency of the Council of Ministers, launched in 2022 the first study in Italy aimed at estimating the prevalence of certain risky behaviors associated with addiction (such as social media addiction, food addiction, and internet gaming disorder) among adolescents aged 11 to 17. The survey, conducted in the fall of 2022, involved over 8,700 students from across the country, divided between lower secondary schools and upper secondary schools. The data, presented in March 2023, revealed that about 2 million young people are at risk of behavioral addictions. The project also included the creation of informational materials aimed at promoting the physical and psychological well-being of Generation Z.
Key words: adolescents; addictions; Internet

gerolmina.ciancio@iss.it

Dipendenza da social network, da cibo, da video giochi, pratica di *social challenges*, *sexting, morphing* e tendenza al ritiro sociale, sono queste alcune delle dipendenze comportamentali e dei comportamenti a rischio finiti sotto la lente dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) relativamente alla popolazione scolastica dagli 11 ai 17 anni. Si tratta dello studio epidemiologico condotto nell'ambito del Progetto "Dipendenze comportamentali nella Generazione Z. Studi di prevalenza nella popolazione scolastica (11-17 anni) e correlazione con percezioni e competenze genitoriali, anche alla luce dell'emergenza pandemica da COVID-19" (1). Il Progetto è stato realizzato tra il 2022 e il 2024 dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'ISS, grazie al supporto del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. La prima parte del Progetto è stata dedicata alla ricerca epidemiologica, attraverso la diffusione di questionari nelle scuole secondarie di primo e secondo grado, la raccolta delle risposte da parte di studenti e genitori e l'elaborazione dei dati. Lo studio non si è limitato a raccogliere dati epidemiologici sulle nuove dipendenze comportamentali, ma ha anche esaminato il profilo dei ragazzi a rischio, la qualità delle loro relazioni familiari ponendo l'accento su diversi aspetti cruciali in ▶

grado di esplorare i fattori associati ai comportamenti a rischio emergenti. Tra questi, i tratti di personalità, la dimensione relazionale, il contesto familiare, scolastico e sociale, la qualità del sonno e i comportamenti legati all'utilizzo di Internet. I risultati della ricerca sono stati resi noti nell'ambito del Convegno che si è svolto il 23 marzo 2023 in Istituto a conclusione della prima fase del Progetto. La seconda parte del Progetto è stata dedicata all'attività informativa, di sensibilizzazione e divulgazione, attraverso la diffusione di materiali cartacei e digitali. I materiali sono stati realizzati con l'obiettivo di essere un sostegno al target di riferimento, quindi ai ragazzi, attraverso un linguaggio semplice e da loro conosciuto (veicolato attraverso i social) ma anche ai genitori, agli insegnati, ai pediatri e ai medici di medicina generale (MMG).

Dati

Secondo la fotografia scattata dall'ISS in Italia, circa 2 milioni di adolescenti sono a rischio di sviluppare una dipendenza da cibo, quasi 500.000 potrebbero avere una dipendenza da videogiochi e circa 100.000 mostrano segni di dipendenza da social media. Inoltre il fenomeno dell'isolamento sociale - noto nella sua forma più grave come Hikikomori2 - interessa l'1,8% degli studenti delle scuole medie e l'1,6% delle superiori, per un totale di oltre 65.000 studenti. Lo studio ha coinvolto più di 8.700 studenti tra gli 11 e i 17 anni e 145 scuole in tutta Italia (64 scuole medie e 81 superiori). In totale sono stati raccolti 10.181 questionari: 4.140 nelle scuole secondarie di I grado e 6.041 nelle scuole secondarie di II grado. Il questionario per la popolazione studentesca 11-13 anni comprendeva 130 domande, quello per la popolazione studentesca 14-17 anni includeva, invece, 165 domande poiché, oltre alle domande inserite nel questionario per la fascia di età 11-13 anni, conteneva anche domande sulla pratica del sexting, del morphing e sul consumo di cannabis, di altre sostanze psicoattive e di ansiolitici.

Il campione 11-13 anni è costituito dal 49% di maschi e dal 48,2% di femmine mentre il 2,8% ha preferito non indicare il genere. Allo stesso modo, il campione 14-17 anni è composto dal 49% di maschi, il 47,6% di femmine e il 3,4% ha preferito non rispondere. Si è osservata l'equidistribuzione nelle fasce di età. Lo studio ha indagato anche diversi fattori, tra cui la qualità del sonno, i tratti di personalità, il contesto sociale e familiare, oltre a comportamenti online come il *doxing*, il *sexting* e le sfide social. Inoltre, sono stati raccolti i pareri di oltre 1.044 genitori, offrendo un confronto tra la percezione degli adolescenti e quella degli adulti su questi fenomeni. I dati mostrano che i ragazzi a rischio spesso hanno difficoltà a parlare delle loro preoccupazioni con i genitori, evidenziando una mancanza di dialogo familiare su questioni delicate. Il 75,9% degli studenti di 11-13 anni con un rischio di social media addiction (SMA) dichiarano infatti una difficoltà comunicativa con i genitori, rispetto al 40,5% dei coetanei che non risultano a rischio SMA. Questa problematica è dichiarata anche dal 72,1% dei ragazzi delle scuole medie che presentano una tendenza al ritiro sociale, rispetto al 40,8%

di coloro che non risultano a rischio (2). I genitori intervistati non sempre sono consapevoli del rischio di dipendenza dei figli: l'8,6%, ad esempio, di coloro che hanno un figlio con rischio di *gaming addiction*, dichiara di "non osservare problematiche nei figli legate all'uso rischioso dei videogiochi". Di contro, tra i genitori che dichiarano di "osservare problemi di *gaming addiction* nel figlio" c'è una sovrastima del problema in quanto seppure lo screening non abbia riportato presenza di rischio, il 75,9% dei genitori indica una preoccupazione per la dipendenza del proprio figlio; tale timore è presente anche tra quei genitori che dichiarano (indicando una errata valutazione) "l'assunzione incontrollata di cibi non salutari" da parte dei figli, ma il 55,8% dei ragazzi non presenta nessun rischio di *food addiction*.

Comportamenti a rischio

Le dipendenze indagate nel Progetto "Generazione Z" sono fenomeni che al momento non hanno ancora un corpus di evidenze scientifiche robuste ma che sono oggetto di attenzione da parte della comunità scientifica. I principali comportamenti a rischio sono legati soprattutto all'uso problematico di Internet e dei dispositivi digitali che hanno mostrato correlazioni significative con le dipendenze indagate: *challenge* - sfide tra ragazzi che in taluni casi possono sfociare in azioni molto pericolose per l'incolumità dei ragazzi stessi; *morphing* - fenomeno che si sta diffondendo tra i ragazzi di trasformazione digitale di immagini relative a volti e a persone, che possono indurre gli adolescenti a rifiutare la propria immagine fisica a fronte di figure di riferimento idealizzate; *doxing* - diffondere pubblicamente online informazioni come ad esempio, foto, video o altri dati personali riguardanti una persona, di solito con intenzioni spiacevoli; *sexting* - invio o ricezione di messaggi, video e foto personali a sfondo erotico (per le scuole superiori).

Informazione e comunicazione

L'attività di informazione è stata sia di tipo scientifico, attraverso l'organizzazione di un Convegno e pubblicazioni dal taglio tecnico, sia di tipo divulgativo attraverso la diffusione di materiali informativi multimediali destinati a diversi target: studenti, personale scolastico, genitori, pediatri ed MMG. La collaborazione con il brand #telospiego3 ha portato allo sviluppo di due ▶

Figura - Opuscoli cartacei e digitali prodotti nell'ambito del Progetto "Dipendenze comportamentali nella Generazione Z"

video, uno sulla dipendenza dai giochi (https://www.youtube.com/watch?v=UcUZE8BJ4Ic) e uno sull'importanza di una corretta igiene del sonno (https://www.youtube.com/watch?v=gdOZHPGpSWs). Inoltre, sono state prodotte locandine, brochure ed ebook destinati sia al personale medico e docente, sia agli studenti. L'ebook, per questi ultimi, dal titolo "(IN) DIPENDENZA. Che cosa sono e come funzionano le dipendenze comportamentali, come prevenirle e soprattutto come liberarsene", è stato inviato a tutte le scuole partecipanti per la condivisione con studenti e famiglie. Tutti i materiali prodotti saranno inseriti nella piattaforma ISS dedicata alle scuole (Figura).

Conclusioni

I risultati del Progetto confermano la grande fragilità della generazione Z e la necessità di coinvolgere tutta la comunità educante, le istituzioni sociosanitarie, la scuola e la famiglia affinché si operi in sinergia. La comunità scientifica, invece, deve riconoscere e definire nuovi costrutti e strumenti che siano utili al monitoraggio, alla clinica e a orientare la presa in carico e il trattamento da parte del sistema sanitario. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

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

Riferimenti bibliografici

1. Mortali C, Mastrobattista L, Palmi I, *et al. Dipendenze comportamentali nella Generazione Z: uno studio di prevalenza nella popolazione scolastica (11-17 anni) e focus sulle competenze genitoriali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023 (Rapporti ISTISAN 23/25).
2. Yong R, Nomura K. Hikikomori. Is most associated with interpersonal relationships, followed by suicide risks: a secondary analysis of a national cross-sectional study. *Front Psychiatry* 2019;10:247 (doi: 10.3389/fpsyt.2019.00247).

TAKE HOME MESSAGES

Perché questa ricerca è utile?
Per la prima volta vengono indagate le dipendenze comportamentali nella popolazione scolastica dagli 11 ai 17 anni. I dati hanno permesso di tracciare un profilo dei ragazzi a rischio: dipendenza da cibo, da videogiochi, da social media, ma anche isolamento sociale e difficoltà a parlare con i genitori.

Qual è l'obiettivo dell'articolo?
L'obiettivo è quello di far conoscere i nuovi fenomeni relativi alle dipendenze comportamentali, informare sulle attività di prevenzione e offrire strumenti efficaci destinati a professionisti target che operano a contatto con i ragazzi.

EDUISS NEWS: un focus sulla Formazione e per la Formazione

Editoriale

La FAD per la formazione e l'aggiornamento professionale in materia di Salute e Ambiente

Il nuovo numero di EDUISS NEWS si concentra sulla formazione e l'aggiornamento professionale disponibile nel 2025 in materia di Salute e Ambiente. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha infatti il compito di realizzare il "Programma nazionale di formazione continua in salute-ambiente- biodiversità-clima" (SABiC), nell'ambito dell'Investimento 1.3 (PRACSI, 2021) che mira a rafforzare le conoscenze e le competenze del personale operante nei settori salute e ambiente, sui rischi sanitari associati a determinanti ambientali e cambiamenti climatici. Il programma affronta aree tematiche specifiche e adotta approcci multidisciplinari coerenti con obiettivi di sviluppo sostenibile previsti dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite.

Il Programma SABiC si colloca nel contesto di rinnovamento introdotto dall'investimento su "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima" del Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari (PNC), collegato all'azione di riforma oggetto della Missione 6-Salute del PNRR. Di rilievo, l'istituzione nel 2022 del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) che opera con i Sistemi Regionali Prevenzione Salute (SRPS), in sinergia con il Sistema Nazionale per la Protezione Ambientale (SNPA).

Per le attività di formazione, nell'ambito dell'Investimento 1.3, è stato istituito presso il Servizio Formazione dell'ISS il "Centro di formazione SABiC" ed è stato avviato un percorso condiviso con Regioni e Province Autonome e con i principali stakeholder del settore in relazione alla formazione. È, infatti, necessario garantire che la formazione risponda a bisogni formativi connessi a priorità di salute pubblica e alle funzioni di prevenzione, sorveglianza, promozione, protezione e tutela della salute, in particolare di SNPS, SRPS-SPPS e di SNPS/SNPA. Si tratta di un processo che coinvolge molteplici attori provenienti da settori diversi, sia di tipo sanitario che ambientale, con diversi background e ruoli professionali. È stato, inoltre, elaborato il Piano Formativo SABiC (2024-2026), un piano formativo triennale sviluppato dal Servizio Formazione e dal Dipartimento Ambiente e Salute dell'ISS, con l'ampia partecipazione di Regioni e Province Autonome (PA), Ministero della Salute e altri stakeholder ed esperti del settore. Il Piano formativo SABiC tiene conto dei risultati delle indagini e delle attività svolte con la rete, e comprende un curriculum formativo che si sviluppa intorno a dieci aree tematiche, trasversali e interrelate, identificate come prioritarie.

In attuazione del Piano, per il 2025 sono stati programmati 14 Corsi di formazione a distanza (FAD-SABiC), organizzati dall'ISS con il coinvolgimento di esperti del settore. I Corsi FAD-SABiC rappresentano una preziosa occasione per integrare nuovi sviluppi metodologici e tecnologici per la formazione, nell'ambito delle esperienze consolidate di formazione dell'ISS.

La piattaforma EDUISS svolge un ruolo centrale nella formazione a distanza SABiC. I Corsi FAD-SABIC sono aperti al personale sia del settore salute che del settore ambiente e sono fruibili in autoapprendimento per favorire l'accesso in autonomia dei/delle partecipanti in base alle proprie disponibilità. Attraverso un approccio che combina elementi propri del Problem-Based Learning (PBL) e del Competency-Based Education (CBE), i partecipanti sono attivamente coinvolti nei percorsi formativi, che prendono avvio da scenari vicini ai loro ambiti di interesse e contesti professionali, per la soluzione di problemi complessi. Nell'attuazione del Piano l'impegno è per una formazione multidisciplinare, multisettoriale e integrata per affrontare le sfide sanitarie e ambientali in modo coordinato e sostenibile.

Per facilitare la conoscenza dell'offerta formativa e quindi garantire l'accessibilità di un'ampia platea di partecipanti/destinatari, è stato predisposto un Piano di comunicazione e attivati diversi canali di comunicazione per facilitare la conoscenza dell'offerta formativa (piattaforme social ISS, sezione formazione del sito ISS). Oltre alla piattaforma EDUISS attraverso la quale iscriversi ai Corsi che via via saranno attivi, è disponibile il sito tematico www.iss.it/sabic, dedicato alle attività del Centro di Formazione SABiC.

Ringraziamenti

Si ringraziamo colleghi/e, esperti/e, referenti dei Corsi FAD-SABiC, referenti della formazione di Regioni e PA che contribuiscono a rendere questo programma di formazione una risorsa preziosa per le attività del personale di area Salute e Ambiente. Insieme, si potrà costruire una comunità di professionisti pronti a fare la differenza nel campo della salute e dell'ambiente.

Alessandra Di Pucchio
Centro di Formazione SABiC, Servizio Formazione, ISS

Focus con l'esperto/a

La FAD per la prevenzione e l'aggiornamento professionale in materia di Salute e Ambiente
EDUISS NEWS incontra Laura Mancini

Per la rubrica *Focus con l'esperto/a* abbiamo avuto il piacere di incontrare la dottoressa Laura Mancini, Direttrice del reparto "Ecosistemi e Salute" del Dipartimento Ambiente e Salute (DAMSA) dell'ISS, che, insieme al dottor Ivano Iavarone e al dottor Davide Petri, contribuisce alle attività di formazione SABiC per il DAMSA.

EDUISS NEWS: Dottoressa Mancini, sulla piattaforma EDUISS sono stati avviati i Corsi di Formazione a Distanza (FAD) su Salute Ambiente Biodiversità e Clima (SABiC) promossi e organizzati dall'ISS nell'ambito dell'Investimento 1.3. Quanti Corsi avete in programma di realizzare e su quali tematiche saranno articolati?

Laura Mancini: *i Corsi FAD del programma formativo SABiC già pianificati sono 14. Sono articolati su 10 aree tematiche che sono state individuate attraverso un percorso condiviso con i referenti regionali della formazione del sistema SNPS-SRPS e del sistema SNPA attraverso un questionario e numerosi incontri. La formazione, che stiamo realizzando insieme ai colleghi Ivano Iavarone e Davide Petri, con il supporto del Servizio Formazione, è molto ricca e articolata. I 14 Corsi affronteranno diversi aspetti: a) environmental health literacy; b) crisi climatica e salute: valutazione di impatto sanitario; c) applicazione delle Linee Guida ISS nell'ambito della procedura VIA secondo la normativa di settore; d) sostenibilità dei sistemi sanitari; e) aree verdi e blu per la promozione della salute e del benessere; f) ambiente e salute nei siti contaminati; g) approccio basato sul rischio per garantire la sicurezza delle acque destinate al consumo umano e l'accesso universale ed*

Corsi disponibili sulla piattaforma EDUISS per professionisti di area sanitaria

Trattamenti dello spettro dei disturbi fetoalcolici. Periodo di erogazione 30 ottobre 2024-3 settembre 2025. Per informazioni sui destinatari consultare www.eduiss.it. Crediti ECM: 16 (termine iscrizioni 27 agosto 2025).

Introduzione all'Intelligenza Artificiale per gli Operatori Sanitari. Periodo di erogazione: 21 novembre 2024-20 novembre 2025. Per informazioni sui destinatari consultare www.eduiss.it. Crediti ECM: 16 (termine iscrizioni 13 novembre 2025).

La gestione delle malattie infiammatorie croniche intestinali. Periodo di erogazione: 14 aprile 2025-15 ottobre 2025. Per informazioni sui destinatari consultare www.eduiss.it. Crediti ECM: 16 (termine iscrizioni 9 ottobre 2025).

L'igiene delle mani per la prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale (II Edizione). Periodo di erogazione: 05 maggio 2025-22 dicembre 2025. Per informazioni sui destinatari consultare www.eduiss.it. Crediti ECM: 16 (termine iscrizioni 15 dicembre 2025).

SIMEX in sanità pubblica nella preparazione al contrasto delle malattie infettive. Periodo di erogazione: 27 giugno 2025-19 dicembre 2025. Per informazioni sui destinatari consultare www.eduiss.it. Crediti ECM: 16 (termine iscrizioni 12 dicembre 2025).

Biomonitoraggio umano. Periodo di erogazione: 30 giugno 2025-10 dicembre 2025. Per informazioni sui destinatari consultare www.eduiss.it. Crediti ECM: 16 (termine iscrizioni 3 dicembre 2025).

Environmental Health Literacy. Periodo di erogazione: 15 aprile 2025-10 dicembre 2025. Per informazioni sui destinatari consultare www.eduiss.it. Crediti ECM: 16 (termine iscrizioni 3 dicembre 2025).

Valutazione di Impatto Sanitario: Applicazione delle Linee Guida ISS nell'ambito della procedura VIA secondo la normativa di settore. Periodo di erogazione: 15 aprile 2025-10 dicembre 2025. Per informazioni sui destinatari consultare www.eduiss.it. Crediti ECM: 26 (termine iscrizioni 3 dicembre 2025).

Per tutti i corsi disponibili visita il sito www.eduiss.it

equo all'acqua; h) comunicazione del rischio; i) approcci integrati per la valutazione del rischio tossicologico; j) biomonitoraggio umano; k) One Health e Planetary Health; l) l'impatto dei prodotti fitosanitari sull'ambiente e sulla salute umana; m) salute e città - gestione dei rischi sanitari emergenti in ecosistemi urbani e transizione verso città resilienti e sostenibili; n) equità in ambiente e salute, giustizia ambientale e citizen science. Le informazioni aggiornate sui Corsi e sul loro avvio saranno sempre rese tempestivamente disponibili sulla pagina del sito ISS dedicata al programma formativo e su EDUISS.

EDUISS NEWS: può dirci a chi sono rivolti i Corsi e quali pensa possano essere i principali risvolti del programma di formazione a distanza che state realizzando e promuovendo?

Laura Mancini: *la formazione dei Corsi del programma SABiC è rivolta a personale del sistema SNPS e del sistema SNPA per consentire una integrazione Salute-Ambiente. Potrà quindi accedere alla formazione sia il personale del sistema sanitario sia il personale del sistema ambientale. I Corsi FAD-SABiC su EDUISS sono aperti a professioni sanitarie e a professioni prima non previste, come ingegneri, architetti, economisti, geologi, naturalisti, forestali ecc. Ci auguriamo che l'acquisizione di una formazione condivisa e continua possa facilitare lo sviluppo di un linguaggio comune, favorendo il dialogo tra le due componenti sanitaria e ambientale, al fine di sviluppare un sistema nazionale rivolto alla prevenzione. Certo l'obiettivo è grande e ambizioso, finora la disponibilità è stata massima ma per raggiungerlo bisogna vedere quante persone accederanno alla formazione e stimolare le possibili ricadute.*

EDUISS NEWS: pensando al futuro prossimo, quale potrà essere il ruolo del Centro di Formazione in Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima (Centro Formazione SABiC) nel panorama della formazione continua del personale di Salute e Ambiente?

Laura Mancini: *il PNC è un grande investimento su Salute Ambiente Biodiversità e Clima e la formazione insieme alla ricerca e all'ammodernamento strutturale e strumentale sono i pilastri. Il Centro di formazione SABiC si porrà, quindi, in continua evoluzione da un punto di vista di metodiche e tecnologie, svincolato da regole rigide ma che possano rispondere alla rapidità della nuova era tecnologica, con il supporto dell'Intelligenza Arificiale e nel rispetto del rigore scientifico. Il suo sviluppo sarà costantemente alimentato dal legame con la ricerca, integrando i progetti finanziati dal PNC e rispondendo alle esigenze formative che potranno arrivare dal territorio. Crediamo che la disponibilità e la fruizione dei 14 Corsi FAD sia solo l'inizio di un piano continuo di formazione e aggiornamento che dovrà necessariamente continuare nel tempo e indirizzare le tematiche anche rispetto allo sviluppo delle conoscenze.*

EDUISS Ricerca

Il programma formativo in Salute-Ambiente-Biodiversità-Clima (SABiC): analisi SWOT e strategie a supporto della formazione

Il Piano Formativo SABiC 2024-2026 (https://www.iss.it/formazione) (Investimento 1.3) elaborato dall'ISS si è avvalso dei risultati della survey condotta nel 2023 tra i referenti della formazione di Regioni e PA, per identificare i bisogni formativi specifici e le priorità territoriali su SABiC. All'indagine hanno partecipato 20 dei 21 referenti.

Una matrice SWOT sintetizza alcune delle informazioni raccolte nella survey: tra i punti di forza del programma formativo SABiC c'è la creazione di un linguaggio comune, la valorizzazione delle competenze presenti e l'intersettorialità e multidisciplinarietà; tra le principali criticità/debolezze per l'implementazione della formazione sono state segnalate la carenza di personale dedicato o adeguatamente formato, la mancata integrazione tra componente sanitaria e ambientale e la disomogeneità dei curricula formativi.

A partire dall'analisi SWOT, sono state esaminate le possibili strategie a supporto della formazione SABiC in grado di far leva sui punti di forza individuati e di sfruttare le opportunità presenti, minimizzando le debolezze del sistema e superando i possibili ostacoli. Esempi di tali strategie sono: creare Corsi base di literacy per tutto il personale e per i nuovi assunti; rilevare i fabbisogni formativi favorendo la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze sul tema e uniformando i curricula; far leva su azioni di coordinamento regionali e nazio- ▶

nali per favorire integrazione, multidisciplinarietà e intersettorialità; reclutare risorse umane attraverso investimenti mirati, integrare la componente sanitaria e ambientale attraverso un centro unico di coordinamento. La partecipazione attiva all'Investimento 1.3 è stata complessivamente ritenuta dai rispondenti una strategia utile per massimizzare le potenzialità del coordinamento nazionale della formazione e per l'implementazione del programma formativo SABiC.

International

WHO Academy: inaugurato a Lione il nuovo polo di formazione per i professionisti della salute

Il 17 dicembre 2024, la World Health Organization (WHO) ha inaugurato ufficialmente la WHO Academy a Lione, in Francia, un centro di eccellenza per la formazione dei professionisti della salute. L'Accademia offre Corsi di alta qualità, sia online che in presenza, rivolti a operatori sanitari, decisori politici e al personale della WHO. Il suo obiettivo è quello di contrastare la crescente carenza globale di professionisti sanitari, stimata in 10 milioni entro il 2030, formando ogni anno migliaia di esperti del settore. Parallelamente, la WHO, in collaborazione con l'ISS, l'European Centre for Disease Prevention and Control e i Centers for Disease Control and Prevention, ha sviluppato il Corso di formazione a distanza "Use of Epidemic Intelligence Systems with a Particular Focus on Event-Based Surveillance for Pandemic Preparedness". Dopo una fase pilota sulla piattaforma EDUISS e un successivo perfezionamento basato sui feedback dei partecipanti, il Corso è stato lanciato ufficialmente a luglio 2024 sulla piattaforma OpenWHO, registrando oltre 5.000 iscrizioni nei primi cinque mesi. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

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

Riferimenti bibliografici, approfondimenti,link utili

Barbina D, Riccardo F, Di Pucchio A, *et al.* Public Health Workforce training Laboratorium: Pilot e- Learning course on CBE and PBL models. *Eur J Public Health* 2022;32(Suppl 3):ckac131.091 (doi: 10.1093/eurpub/ckac131.091).

Barbina D, Breda J, Mazzaccara A, *et al*. Competency-based and Problem-Based Learning methodologies: the WHO and ISS European Public Health Leadership Course. *Eur J Public Health* 2025;35(Supplement_2):218 (https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae178).

Piano Formativo per lo sviluppo delle competenze in materia di salute, ambiente, biodiversità, e clima (Piano formativo SABiC) 2024-2026, Obiettivo Intermedio MEF; Istituto Superiore di Sanità, Centro Formazione SABiC (Ed.). 2024 (https://www.iss.it/formazione).

Piano operativo Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima (PRACSI), Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2021.

World Health Organization (WHO). *Global competency and outcomes framework for the essential public health functions*. Geneva: WHO; 2024.

Di Pucchio A, Rossi R, Urakcheeva I, *et al.* Il Piano Formativo per lo sviluppo delle competenze in materia di salute, ambiente, biodiversità, e clima (Piano Formativo SABiC). Principali caratteristiche e piano di implementazione. *Not Ist Super Sanità* 2025;38(4):11-6.

World Health Organization (WHO). *The WHO Academy Strategy 2024-2026. Leading lifelong learning for a healthier world*. 2024 (https://www.who.int/publications/m/item/the-who-academy-strategy-2024--2026).

Comitato editoriale: Alfonso Mazzaccara (*coordinatore*), Ughetta Maria Favazzi, Debora Guerrera, Alessandra Di Pucchio, Pietro Carbone

Coordinamento redazionale: Ughetta Maria Favazzi

Segreteria di redazione: Stefania Bocci, Silvia Stacchini, Andrea Vittozzi, Federica Maria Regini, Francesca Molinaro

Supervisione editoriale: Antonio Mistretta, Anna Maria Giammarioli, Giovanna Morini

Impaginazione e grafica: Giovanna Morini

Logo EDUISS: Andrea Vittozzi

Gruppo di lavoro Servizio Formazione: Presidente ISS: R. Bellantone; Coordinamento del Servizio Formazione: A. Mazzaccara; Responsabile Coordinamento Didattico: U.M. Favazzi; Responsabile Coordinamento della Piattaforma FAD: P. Carbone; Responsabile Coordinamento della Formazione a Distanza (FAD): D. Guerrera; Responsabile per l'accreditamento della Formazione Continua: F.M. Regini; Responsabile Coordinamento del Sistema Gestione per la Qualità: S. Arecchi; Gruppo FAD: P. Carbone, L.L. Cellai, G. Cerqueti, E. Desogus, U.M. Favazzi, D Ferrucci, D. Guerrera, F. Molinaro, F.M. Regini; A. Vittozzi; Gruppo SF: C. Accattatis, S. Arecchi, S. Bocci, F. Cacioni, P. Carbone, L.L. Cellai, G. Cerqueti, G. D'Antoni, M. D'Ambrosio, E. Desogus, A. Di Pucchio, U.M. Favazzi, D. Ferrucci, D. Guerrera, A. Mazzaccara, F. Molinaro, F. Ramacci, F.M. Regini, R. Rossi, L. Sellan, S. Stacchini, P. Tacchi Venturi, P. Toscano, I. Urakcheeva, S. Venturini, A. Vittozzi.

IL BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE: DA INSERTO DEL *NOTIZIARIO DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ* A RIVISTA PEER REVIEWED

Carla Faralli[1], Paola Luzi[1], Ilaria Luzi[1], Giovanna Morini[2], Pierfrancesco Barbariol[1], Lorenzo Fantozzi[3], Arianna Dittami[1], Sabrina Sipone[1], Simone Fiaccavento[1], Gabriella Martelli[1], Monica Bolli[1], Luana Penna[4], Eva C. Appelgren[1], Patrizia Carbonari[1], Barbara De Mei[1] e Antonino Bella[5]

[1]*Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, ISS*

[2]*Servizio Comunicazione Scientifica, ISS*

[3]*già Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, ISS*

[4]*Ufficio Stampa, ISS*

[5]*Dipartimento di Malattie Infettive, ISS*

RIASSUNTO - Il *Bollettino epidemiologico nazionale* è nato nel 1980 per diffondere i risultati della sorveglianza sindromica delle popolazioni colpite dal terremoto dell'Irpinia, per poi diventare uno strumento di comunicazione epidemiologica e di salute pubblica per i professionisti sanitari del territorio, prima come inserto del *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* (ISS) e, dal 2020, come rivista dell'ISS. Da allora ha visto la pubblicazione di 16 fascicoli per 80 articoli. Gratuita, trimestrale, open access, sottoposta a *peer review* in doppio cieco, la rivista punta a facilitare la "costruzione di salute" anche attraverso la disseminazione a livello nazionale di esperienze territoriali - studi epidemiologici, sorveglianze, strategie di prevenzione e promozione della salute - che spesso restano retaggio locale. Il *Ben* è disponibile solo online sui siti web www.iss.it/publ e www.epicentro.iss.it/ben ed è indicizzata su Google Scholar, Ebsco e DOAJ.
Parole chiave: epidemiologia; promozione della salute; editoria scientifica

SUMMARY (*The Bollettino epidemiologico nazionale: an ISS peer reviewed journal*) - The *Bollettino epidemiologico nazionale* (*Ben*) was created in 1980 to disseminate the results of the syndromic surveillance of the populations affected by the Irpinia earthquake and then became an epidemiological and public health communication tool for local health professionals, first as a supplement to the *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* (ISS) and, from 2020, as an ISS journal. Since then, 16 issues with 80 articles have been published. Free, quarterly, open access and subject to double-blind peer review, the journal aims to facilitate the "construction of health" also through the national dissemination of local experiences - epidemiological studies, surveillance, prevention and health promotion strategies - which often remain a local heritage. *Ben* is only available online at www.iss.it/publ and www.epicentro.iss.it/ben and is indexed by Google Scholar, Ebsco and DOAJ.
Key words: epidemiology; health promotion; scientific publishing

carla.faralli@iss.it

Il *Bollettino epidemiologico nazionale* (*Ben*) viene pubblicato per la prima volta nel novembre 1980 per diffondere i risultati della sorveglianza sindromica istituita dall'allora Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica (LEB) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in occasione del terremoto dell'Irpinia nel 1980. Il *Bollettino*, ciclostilato e con frequenza settimanale, nasce per informare, con dati sicuri, gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza alle popolazioni colpite dal sisma.

Una volta terminata l'emergenza, il *Ben* diventa un bollettino epidemiologico a più ampio spettro e settimanalmente raggiunge lettori in tutte le Regioni, con oltre 5.000 copie ciclostilate, divenendo così uno strumento di comunicazione in ambito di salute pubblica, restituendo ai professionisti che se ne occupano, dati, informazioni, buone pratiche provenienti dal territorio (Figura 1). Alla fine del 1987, dopo oltre 350 fascicoli, il *Ben* interrompe la pubblicazione. ▶

Bollettino Epidemiologico Nazionale
N° 1
dell'Osservatorio Epidemiologico per le zone terremotate
ISTITUTO SUPERIORE di SANITA' | MINISTERO della SANITA'
LAB. EPIDEMIOLOGIA e BIOSTATISTICA | DIREZIONE di IGIENE PUBBLICA
ANNO 1980 PERIODICO SETTIMALE

Figura 1 - Frontespizio ciclostilato del primo numero del *Ben* (1980)

Nel 2001, nell'ambito di un più ampio progetto di valorizzazione dell'epidemiologia da parte del LEB che ha visto l'organizzazione di master formativi in ambito epidemiologico e la realizzazione di un portale web informativo sempre incentrato sull'epidemiologia, il *Ben* rinasce come inserto mensile (pubblicando due articoli) del *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* (1).

Nel 2012 viene introdotto il processo di *peer review* e nel giugno 2018, con una nuova veste grafica, il *Ben* passa alla sola versione online.

Da ottobre 2020 diventa rivista istituzionale autonoma, andando ad arricchire l'offerta editoriale dell'ISS (2).

La rivista

Da cosa è nata l'esigenza di realizzare una rivista istituzionale che si occupa specificatamente di epidemiologia? Dalla consapevolezza che l'epidemiologia, in tutte le sue declinazioni, rappresenta le fondamenta su cui costruire soluzioni solide e concrete per rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

L'*Editoriale* pubblicato nel primo fascicolo del 2020 rappresenta appieno la mission della rivista: "se scopo fondamentale dell'epidemiologia è quello di costruire salute, ne consegue che un rapporto solido e proficuo tra le varie comunità, che operano nelle istituzioni centrali e nei servizi territoriali, è essenziale per il perseguimento dell'obiettivo. Il *Ben* vuole rappresentare uno strumento che a livello nazionale dia voce a tutte quelle esperienze territoriali che sono di qualità, ma spesso restano retaggio locale e far sì che diventino patrimonio collettivo" (3).

Il logo della rivista ne rappresenta graficamente obiettivi e scopi: la "e" dell'acronimo *Ben* è messa in evidenza per l'ovvio motivo che è l'iniziale del termine epidemiologia, ma l'inserimento all'interno di una chiocciola vuole rappresentare la stretta connessione tra ISS e territorio: dal territorio arrivano dati, informazioni, buone pratiche che l'Istituto, attraverso la rivista, dissemina e condivide a livello nazionale.

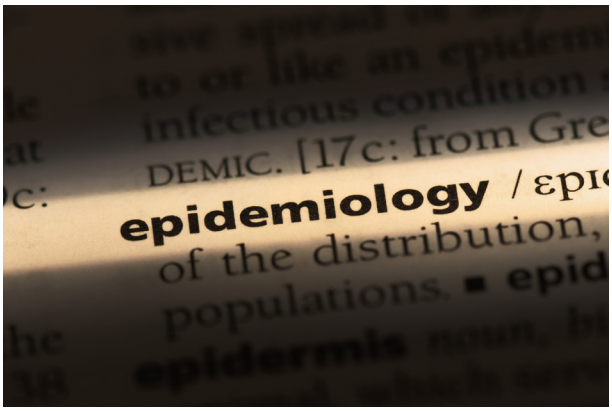
Per quanto riguarda le caratteristiche della rivista, il *Ben* pubblica articoli originali in lingua italiana, i cui principali ambiti di interesse sono: studi epidemiologici; sorveglianze; strategie di prevenzione e promozione della salute; esperienze e buone pratiche; coinvolgimento dei cittadini nelle scelte di salute. Dal 2022, ospita anche "L'Intervento", uno spazio di approfondimento su tematiche di vario genere, sempre riconducibili all'ambito della salute pubblica.

La rivista, in open access, ha periodicità trimestrale e sottopone gli articoli a processo di *peer review* in doppio cieco.

Il Progetto e la linea editoriale

Nell'ambito dell'editoria scientifica si assiste a una proliferazione di riviste scientifiche e di conseguenza a un aumento esponenziale degli articoli pubblicati. Il numero di articoli indicizzati nel 2022 su *Web of Science* ha superato i due milioni e mezzo, a fronte degli ottocentomila del 2000 (4).

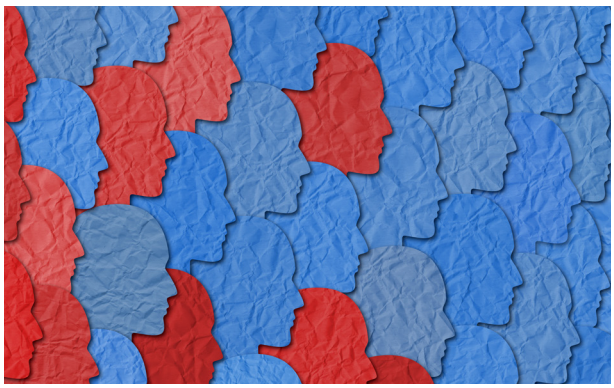
L'editoria in open access ha reso facilmente accessibile una quantità di informazioni senza precedenti, contribuendo non solo ad aumentare la conoscenza, ma mettendo a disposizione gratuitamente contenuti prima a pagamento. Parallelamente, ha portato importanti profitti all'editoria scientifica, un'industria che a livello globale fattura 30 miliardi



di euro all'anno (5). In tale panorama, il progetto, volto a realizzare una seconda rivista istituzionale accanto agli *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, doveva necessariamente essere costruito con grande rigore e nel pieno rispetto di quelli che sono gli standard internazionali previsti per l'editoria scientifica di ambito biomedico, tra cui quelli formalizzati dall'International Committee of Medical Journal Editors (https://www.icmje.org/recommendations/) e dal Committe on Publication Ethics (COPE, https://publicationethics.org/).

Il progetto editoriale, dopo aver ottenuto l'avallo dell'allora Presidente dell'ISS Silvio Brusaferro, è stato realizzato grazie al contributo di un gruppo di lavoro con competenze eterogenee (innanzitutto scientifiche, ma anche editoriali, redazionali, informatiche) composto da: membri del Comitato editoriale e del Comitato scientifico del "vecchio" *Ben*, cioè quando era ancora un inserto del *Notiziario*, e membri di un advisory board creato *ad hoc*(*).

Grande attenzione è stata data alla definizione della già citata mission della rivista, in buona parte esplicitata dalla sua lunga storia. Un focus specifico della rivista è rivolto al territorio: il *Ben* vuole rappresentare uno strumento, in ambito epidemiologico, con cui l'ISS rinforza il suo rapporto con gli operatori e i professionisti sanitari che sul territorio si occupano di salute pubblica, mettendo a disposizione della comunità nazionale esperienze, report, dati, buone pratiche locali. È il mezzo per stimolare e rafforzare lo scambio tra dimensioni locale, territoriale e centrale. Ne consegue che il *Ben* rappresenta uno strumento per il Servizio Sanitario Nazionale, uno spazio di condivisione e di confronto tra pari. Il *Ben* dà quindi spazio all'epidemiologia "applicata al nostro territorio, l'epidemiologia quale sorgente di cruciali informazioni sui bisogni di salute della popolazione, l'epidemiologia guida della programmazione sanitaria, l'epidemiologia strumento di valutazione dell'efficacia reale delle politiche sulla salute" (2). Altra peculiarità della mission è rappresentata dall'aspetto formativo: attraverso una revisione didattico/formativa che affianca il processo di *peer review* vero e proprio, il *Ben* supporta gruppi di lavoro giovani o non avvezzi a pubblicare su



riviste scientifiche (magari perché la propria attività di disseminazione dati si esplicita prevalentemente nella reportistica).

Particolare impegno ha richiesto la costruzione dell'apparato delle policy, che contribuisce a identificare e definire la rivista. Dalle ovvie policy sul processo di *peer review*, a quelle per i revisori, da quella relativa all'authorship a quella sul plagio (www.epicentro.iss.it/ben/). La costruzione delle policy è andata di pari passo con la messa a punto della politica editoriale: un processo di revisione tra pari rigoroso, totale trasparenza del processo editoriale e adesione al codice dell'integrità della ricerca, dichiarazioni etiche (conflitto di interessi, authorship), definizioni di compiti e ruoli di tutta la struttura editoriale, dalla Redazione, ai direttori responsabili, alla scelta del Comitato scientifico (che nel *Ben* svolge i compiti dell'Editorial Board).

Obiettivo chiaro fin dall'inizio dell'elaborazione del progetto editoriale è stato quello di arrivare all'indicizzazione della rivista. Attualmente indicizzata su Google Scholar, Ebsco e DOAJ, è in fase di valutazione per l'indicizzazione su Medline-PubMed.

Il sito web della rivista

Una rivista online necessita di un sito web dedicato che supporti l'intero processo editoriale, dalla sottomissione alla pubblicazione. Un progetto editoriale è innanzitutto un progetto comunicativo. Tutti i prodotti editoriali, qualunque sia il supporto attraverso il quale vengono veicolati, diffondono informazioni, dati, conoscenza e quindi cultura. ▶

(*) Membri dell'Advisory Board: Nancy Binkin, Giuseppe Costa, Paolo D'Argenio, Paola De Castro, Barbara De Mei, Serena Donati, Donato Greco, Giulia Scaravelli, Stefania Salmaso, Angela Spinelli.

La grafica va di pari passo con la comunicazione, perché traduce visivamente ciò che il progetto comunicativo-editoriale vuole trasmettere. Nel caso del logo, come visto nell'Introduzione, ne è stato realizzato uno coerente con la mission della rivista.

Dal momento che il *Ben* è una rivista istituzionale e l'ISS ne è l'ente editore, gli elementi fondanti del progetto grafico hanno fatto riferimento ai criteri che identificano la comunicazione istituzionale: chiarezza, leggibilità e coerenza.

Il progetto grafico ha viaggiato su due piani paralleli: realizzazione delle pagine web per il sito (www.epicentro.iss.it/ben) e definizione delle pagine che sono andate a comporre la rivista vera e propria, creando un coordinato grafico. Nella fase di elaborazione del progetto grafico per il sito del *Ben* si è fatto riferimento a quelli che sono gli standard internazionali di usabilità e accessibilità dei siti web, in primis quelli del World Wide Web Consortium (W3C) (https://www.w3.org/) con una particolare attenzione alla dimensionalità del testo. Una rivista online in cui testo, tabelle e figure si adattano ai diversi supporti con cui viene consultata (PC, tablet, smartphone) diventa accessibile da parte di tutti gli utenti, offrendo una leggibilità adeguata.

Risultati

Il *Ben* è disponibile in due formati - .html e .PDF - ed è accessibile dai due siti istituzionali www.epicentro.iss.it/ben/ e www.iss.it/publ

In quattro anni di attività, la rivista ha pubblicato 16 fascicoli, con un numero complessivo di 80 articoli sottoposti a processo di *peer review*. Due fascicoli sono stati monografici: uno dedicato all'impatto che il programma ministeriale "Guadagnare Salute" ha avuto sulla salute pubblica italiana (6) e il più recente dedicato ai bisogni di salute delle popolazioni che vivono in situazioni di grave marginalità sociosanitaria (7) a cui è stato correlato, nel mese di giugno 2024, l'omonimo Convegno (8) (Tabella).

Per quanto riguarda gli accessi, valutabili esclusivamente per la versione .html sul sito www.epicentro.iss.it, nel periodo compreso tra il 1° marzo 2022 e il 12 dicembre 2024, Google Analytics riporta circa 2 milioni di visualizzazioni, circa 900.000 utenti, con una media giornaliera di 1.300 visualizzazioni, a conferma di quanto il *Ben* sia consultato (Figura 2). Si tratta di dati sottostimati, dal momento che per lo stesso periodo non sono disponibili quelli relativi al sito www.iss.it/publ

Analizzando il genere del primo autore, si trova una interessante prevalenza di donne rispetto agli uomini, rispettivamente 55 *vs* 33.

Per quanto riguarda i revisori, il gruppo iniziale si è ampliato e include soggetti sia interni che esterni all'ISS.

A fronte dei risultati ottenuti, nel 2023 l'allora Presidente Silvio Brusaferro ha ritenuto opportuno formalizzare l'incarico non solo per i due direttori responsabili, ma per l'intero gruppo editoriale: Redazione, Comitato scientifico e webmaster.

Tabella - Numero di contributi pubblicati sul *Ben* tra ottobre 2020 e dicembre 2024

Tipologia	2020	2021	2022	2023	2024	Totale
Articoli	12	22	19	19	8	80
L'Intervento			1	2	2	5
Editoriali	1	1		1		3

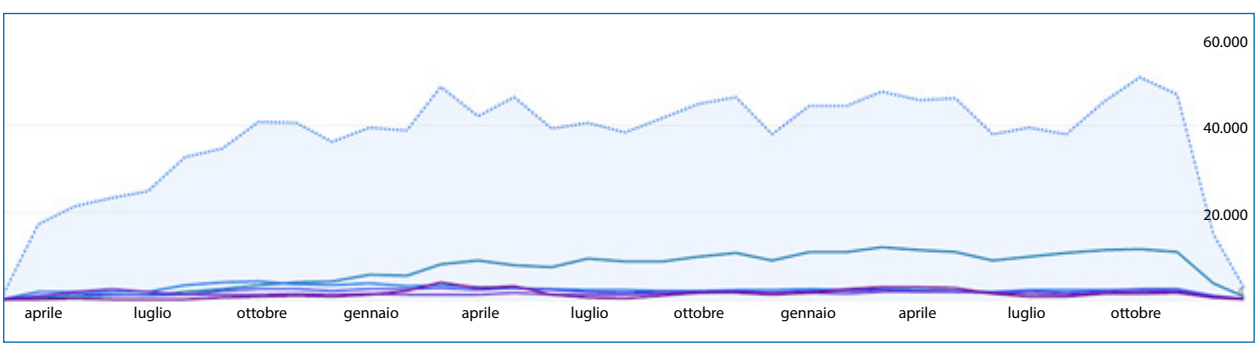


Figura 2 - Numero di visualizzazioni degli articoli pubblicati sul *Ben* dal 1° marzo 2022 al 12 dicembre 2024

Conclusioni e prospettive future

In un'editoria scientifica che non ha più risorse umane ed economiche per fare revisione redazionale e impaginazione dei testi sulla base di uno specifico progetto grafico, un valore aggiunto è rappresentato dall'attività di editing svolta dalla Redazione, a conclusione del processo di *peer review*, e da un'impaginazione della rivista per la versione in PDF. Una forma accurata, sia della parte testuale che iconografica, consente la valorizzazione dei dati senza lasciare spazio a fraintendimenti e ambiguità.

Non è da trascurare il fatto che la rivista abbia un impatto economico bassissimo: non solo è esclusivamente online, ma l'intero processo editoriale, tranne parte dell'attività di *peer review*, dall'impaginazione alla revisione editoriale, dalla pubblicazione alla gestione del sito web, viene svolto da personale dell'ISS.

In linea con la mission della rivista, l'esperienza di questi primi quattro anni ha portato all'idea di quanto sia importante realizzare corsi di formazione per la scrittura scientifica in ambito epidemiologico. Se la pubblicazione scientifica è un passaggio obbligato per chi si occupa di ricerca, il *Ben* vorrebbe continuare a supportare giovani ricercatori e operatori sanitari che si occupano di salute pubblica nel disseminare in modo adeguato le loro ricerche e le loro attività.

Nell'ambito dell'Accordo di collaborazione tra ISS e Scuole di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, il *Ben* ha proposto un percorso formativo volto a favorire la conoscenza di meccanismi, processi e standard che portano alla realizzazione di una rivista scientifica di ambito epidemiologico, inserendo i medici in formazione specialistica nel gruppo editoriale, anche in considerazione del fatto che alcuni ambiti della formazione accademica degli specializzandi sono in linea con le aree di interesse della rivista, come promozione della salute, stili di vita, epidemiologia, malattie croniche non trasmissibili. ■

Ringraziamenti

Si ringraziano i membri del Comitato scientifico (https://www.epicentro.iss.it/ben/comitato-scientifico) e dell'Advisory Board (Nicola Vanacore, Paola Scardetta, Maria Masocco, Valentina Minardi, Benedetta Contoli e Chiara Cattaneo) del CNaPPS per aver dato il loro contributo, con suggerimenti e indicazioni, alla realizzazione del progetto editoriale.

Un ringraziamento particolare a Giovanni Capelli, Direttore del CNaPPS, e ad Antonio Mistretta, Responsabile del Servizio Comunicazione Scientifica, per il costante supporto.

Dichiarazione sui conflitti di interesse

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

Riferimenti bibliografici

1. Greco D. Ben…tornato Ben. Perché rinasce il Bollettino epidemiologico nazionale. *Not Ist Super Sanità* (Inserto Ben) 2001;14(1):i.
2. Greco D. Il Bollettino epidemiologico nazionale (Ben): una storia lunga oltre trent'anni. *Boll Epidemiol Naz* 2020;1(1):1-5 (doi: 10.53225/BEN_024).
3. Bella A, faralli C. Editoriale. Boll Epidemiol Naz 2020;1(1) (doi: 10.53225/BEN_023).
4. Boccia S, Pezzullo AM. Crescita e sfide dell'editoria scientifica biomedica: il fenomeno delle mega-riviste. *Quotidiano Sanità* (https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=112433).
5. Ioannidis JPA, Pezzullo AM, Boccia S. The Rapid Growth of Mega-Journals: Threats and Opportunities. *JAMA* 2023;329(15):1253-4 (doi:10.1001/jama.2023.3212).
6. Salmaso S, Greco D. (Ed.). Guadagnare Salute: l'impatto sulla salute pubblica in Italia. *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(4):1-56.
7. Da Cas R, Morciano C. (Ed). La salute delle popolazioni in condizione di grave marginalità sociosanitaria. *Boll Epidemiol Naz* 2023; 4(4):1-55.
8. Luzi P, Morini G (Ed.). Il Convegno "La salute delle popolazioni in condizione di grave marginalità sociosanitaria". *Not Ist Super Sanità* 2024;37(12):18-21.

TAKE HOME MESSAGES

- Il *Bollettino epidemiologico nazionale* (*Ben*) è una rivista *peer reviewed* in open access con frequenza trimestrale.
- Obiettivo del *Ben* è quello di facilitare la "costruzione di salute", anche attraverso la disseminazione a livello nazionale di tutte quelle esperienze territoriali (studi epidemiologici, sorveglianze, strategie di prevenzione e promozione della salute) che spesso restano retaggio locale.

Webinar

MIGLIORARE I RISULTATI DELLO SCREENING NAZIONALE GRATUITO PER INFEZIONE DA HCV: ESPERIENZE REGIONALI A CONFRONTO

Maria Giovanna Quaranta[1], Giovanna Mattei[2], Lara Tavoschi[3], Barbara Rita Porchia[4], Raffaela Errico[5], Vito di Marco[6], Lucia Craxì[7], Lucia Lisacchi[8], Benedetta Mattioli[1], Anna Caraglia[9] e Loreta Kondili[1]

[1]*Centro Nazionale per la Salute Globale, ISS*

[2]*Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna*

[3]*Dipartimento di Ricerca Traslazionale e Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Pisa*

[4]*Prevenzione, Salute e Sicurezza Alimentare e Veterinaria, Regione Toscana*

[5]*Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, Regione Campania*

[6]*Dipartimento di Promozione della Salute, Materno-Infantile, di Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza "G. D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo*

[7]*Dipartimento di Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica Avanzata, Università degli Studi di Palermo*

[8]*Servizio 1 - Prevenzione Secondaria, Malattie Professionali e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro, Regione Siciliana*

[9]*Ufficio I - Affari Generali - Ministero della Salute - Ex Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria*

RIASSUNTO - L'Italia ha adottato politiche avanzate per l'eliminazione dell'HCV, che prevedono l'accesso universale alle cure e lo stanziamento di un fondo dedicato per lo screening gratuito per popolazioni chiave e popolazione generale (coorte di nascita 1969-1989) su scala nazionale. Tuttavia, l'efficacia del programma di screening risulta compromessa da un'attuazione disomogenea tra le Regioni e da criticità nel collegamento tra diagnosi e trattamento, soprattutto nelle popolazioni vulnerabili. Il Webinar "Migliorare i risultati dello screening nazionale gratuito per infezione da HCV", promosso dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del Progetto CCM 2023, ha offerto un'occasione di confronto tra le Regioni, evidenziando risultati, ostacoli e strategie condivise da rafforzare per garantire un approccio uniforme e coordinato a livello nazionale.
Parole chiave: screening; virus epatite C; Regioni italiane

SUMMARY (*Webinar "Improving the Outcomes of the National Free HCV Screening Program"*) - Italy has adopted advanced policies for the elimination of HCV, ensuring universal access to care and allocating dedicated funding for a free nationwide screening program of key populations and general population birth cohorts (1969-1989). However, the effectiveness of the screening initiative is hindered by uneven implementation across Regions and by critical gaps in the linkage between diagnosis and treatment, particularly among vulnerable populations. The Webinar "Improving the Outcomes of the National Free HCV Screening Program", organized by the Istituto Superiore di Sanità (National Institute of Health in Italy) as part of the CCM 2023 Project, provided an opportunity for exchange among Regions, highlighting results, challenges, and shared strategies to be strengthened in order to ensure a coordinated and equitable national approach.
Key words: screening; hepatitis C virus; italian Regions
loreta.kondili@iss.it

Nel maggio 2016, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha approvato la strategia per il settore sanitario globale (GHSS) sull'epatite virale 2016-2021, che suggerisce l'eliminazione dell'epatite virale, considerata una minaccia per la salute pubblica, entro il 2030. Si auspica che questo target possa essere realizzabile in Italia portando a una netta riduzione dei portatori di virus dell'epatite C (HCV), con un elevatissimo impatto sulla mortalità e morbilità per malattie del fegato e sulla richiesta di trapianto di fegato.

Sin dai primi anni dall'arrivo dei farmaci ad azione antivirale diretta, è stato previsto l'accesso universale e gratuito al trattamento per tutti i pazienti con HCV, senza restrizioni legate al genotipo, allo stadio di fibrosi, alla presenza di co-morbidità, al consumo di sostanze o alla condizione sociale, eliminando così le principali barriere cliniche e sociali presenti nella fase iniziale dell'attuazione della terapia. Inoltre, l'Italia ha stanziato un fondo dedicato di 71,5 milioni di euro previsti dal Decreto Milleproroghe (2020-2021) per screening gratuito rivolto non solo alle popolazioni chiave, come detenuti negli istituti penitenziari e utenti dei Servizi per le Dipendenze (SerD), ma anche alle coorti della popolazione generale (nati tra il 1969 e il 1989).

Il successo di questa strategia richiede un'organizzazione regionale efficiente e una governance solida, capace di gestire la complessità del percorso. Per inter-

cettare il sommerso dell'HCV, è necessaria una stretta collaborazione tra mondo scientifico e istituzioni, per assicurare equità nei percorsi di screening e trattamento. Un approccio interdisciplinare, che integri medicina territoriale e specialistica, è fondamentale per garantire continuità e accesso alle cure alle persone identificate con infezione attiva da HCV attraverso lo screening. Nonostante l'Italia abbia adottato politiche avanzate per l'eliminazione dell'epatite C (1, 2), il Paese risulta ancora indietro rispetto ai risultati attesi. L'Italia si colloca solo al sesto posto tra 11 Paesi ad alto reddito valutati dalla "Coalition for Global Hepatitis Elimination (CGHE)". Questa discrepanza è attribuibile alla limitata implementazione pratica delle politiche sanitarie messe in atto dal governo. L'Italia non ha ancora raggiunto l'obiettivo dell'OMS che prevede di diagnosticare almeno il 60% dei soggetti infetti entro il 2025, inoltre il collegamento tra diagnosi e trattamento (*linkage to care*) rimane insufficiente (3). In tutte le Regioni si osserva una scarsa adesione ai programmi di screening, verosimilmente attribuibile a una percezione ridotta del rischio tra le fasce più giovani della popolazione, anche a causa dell'assenza di campagne di comunicazione adeguate ed efficaci.

Le popolazioni vulnerabili, quali i migranti, i senza fissa dimora ecc., presentano una prevalenza di anti-HCV decisamente superiore rispetto alla popolazione generale (4, 5). Se l'aderenza allo screening non viene affrontata adeguatamente, l'Italia non potrà raggiungere gli obiettivi dell'OMS.

Nell'ambito del programma nazionale di screening gratuito per l'infezione da HCV, le Regioni italiane hanno attivato, con modalità e tempistiche differenti, percorsi di screening rivolti alle tre popolazioni target (detenuti negli istituti penitenziari, utenti dei SerD, coorti nati tra il 1969 e il 1989 nella popolazione generale). La varietà di modelli applicati da ciascuna Regione, fa emergere criticità e punti di forza differenti su scala nazionale. È quanto è emerso in occasione del Webinar "Migliorare i risultati dello screening nazionale gratuito per infezione da HCV", promosso dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nell'ambito del Programma CCM 2023.

Il Progetto CCM 2023, coordinato dall'ISS, si propone come un'azione centrale a supporto delle Regioni, offrendo uno strumento efficace e operativo per proseguire la campagna di screening oltre la fase "sperimentale" del programma dello screening

gratuito dell'infezione da HCV attualmente in corso. Attraverso un lavoro condiviso tra ISS, Ministero della Salute e referenti regionali, il Progetto prevede di analizzare nel dettaglio, i diversi passaggi del percorso di screening nelle diverse realtà regionali: dall'organizzazione e modalità di reclutamento, agli attori coinvolti, ai test utilizzati, fino alle strategie di sensibilizzazione e chiamata attiva, concludendo con il trattamento delle infezioni attive individuate.

Per effettuare valutazioni più approfondite, identificare le criticità e condividere strategie vincenti, sono state selezionate quattro Regioni, rappresentative delle macroaree Nord, Centro, Sud e Isole, che nella prima fase di rendicontazione hanno mostrato strategie diverse soprattutto per lo screening e il *linkage to care* nella popolazione generale.

Screening HCV: modelli organizzativi e azioni nell'ambito del Programma CCM 2023

In occasione del Webinar, le Regioni Emilia-Romagna, Toscana, Campania e Sicilia hanno condiviso le rispettive azioni regionali previste nell'ambito del Progetto CCM 2023.

In Emilia-Romagna, il programma di screening è stato avviato nel 2021 adottando una combinazione di strategie innovative ed efficaci. Tra queste: l'uso del *test reflex* (screening e conferma con un unico prelievo), inviti attivi tramite SMS e Fascicolo Sanitario Elettronico, l'offerta del test senza prescrizione in occasione di prelievi ematici, campagne di comunicazione mirate, SMS di promemoria integrati a esami programmati e un precoce assetto di centri di presa in carico. A partire dal 2024, per incentivare l'adesione, è stato introdotto un indicatore specifico nei contratti dei direttori generali delle aziende sanitarie. Un'iniziativa rilevante è stata, inoltre, il Progetto "Recall HCV", che ha permesso, in collaborazione ▶

con le AUSL e i medici di medicina generale (MMG), di rintracciare e trattare 127 soggetti positivi tra il 2014 e il 2020.

Nell'ambito del CCM 2023, la Regione ha avviato un percorso di approfondimento volto a chiarire le cause della bassa prevalenza di infezioni attive riscontrate, a fronte di una positività più elevata nei test di primo livello. Sono in corso analisi sulle modalità operative del test di conferma e sul potenziale impatto di tali modalità sulla prevalenza dell'infezione attiva. Parallelamente, si sta mappando l'intero percorso assistenziale, dalla diagnosi alla terapia, per identificare le criticità nel *linkage to care*.

La Regione Toscana ha avviato il programma di screening nel 2022. Nel 2024 il programma è stato rafforzato attraverso nuove delibere che hanno coinvolto gli MMG e le farmacie, oltre a istituire un Gruppo regionale per il *linkage to care*. Il modello toscano si articola su tre canali principali: il terzo settore (Misericordie, Croce Rossa, Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze), i medici di base e le farmacie aderenti. Lo screening utilizza test rapidi su pungidito con registrazione su una piattaforma regionale, mentre il medico curante gestisce la conferma e l'avvio alla terapia. L'adesione è stata sostenuta anche da eventi pubblici e iniziative nei luoghi di lavoro, come gli Open Day.

Nel quadro del CCM 2023, la Toscana è focalizzata sulle seguenti azioni: rafforzare l'adesione mediante l'analisi comparativa dei diversi canali attivi; individuare criticità lungo l'intero percorso dalla diagnosi alla terapia; semplificare la transizione tra test di screening e test di conferma; sviluppare un protocollo regionale integrato per la presa in carico.

La Campania ha avviato lo screening nel 2021, adottando un percorso standardizzato condiviso tra tutte le aziende sanitarie. Per promuovere la partecipazione, si è puntato sul ruolo attivo degli MMG, sull'organizzazione di eventi pubblici e su campagne informative destinate alla popolazione generale e ai gruppi vulnerabili. Il modello regionale ha integrato il contributo dei SerD, delle strutture penitenziarie e degli ambulatori pubblici, puntando su una rete strutturata e multidisciplinare.

Nell'ambito del CCM 2023, la Campania ha focalizzato le proprie attività sull'analisi delle cause della bassa adesione ai test di conferma e sugli altri indicatori di performance, in particolare nella popolazione

generale. Attraverso una serie di incontri con referenti aziendali, SerD e istituti penitenziari, sono state mappate le criticità del percorso dalla diagnosi all'inizio del trattamento. L'obiettivo è identificare i principali ostacoli organizzativi, procedurali o informativi, per proporre azioni di miglioramento mirate, rafforzando il percorso diagnostico-terapeutico regionale.

La Sicilia ha avviato il programma di screening nel 2024, articolandolo su cinque assi: campagna informativa multicanale, screening opportunistico accessibile senza prescrizione, comunicazione efficace dei risultati, *linkage to care* e monitoraggio tramite piattaforma regionale. Ha adottato un approccio analitico avanzato, con stratificazione dei dati per sesso ed età, utile per valutare le tendenze demografiche e l'adeguatezza del target. Un elemento chiave è l'integrazione con il registro terapeutico regionale, che consente di individuare i nuovi casi effettivi attraverso l'incrocio con i dati dei pazienti già trattati. Inoltre, la "Rete-HCV Sicilia" garantisce un efficace raccordo tra diagnosi e cura. La componente comunicativa è stata particolarmente curata, accompagnando l'utente lungo tutto il percorso. Tuttavia, è emerso che la sola sensibilizzazione non è sufficiente senza una solida rete territoriale e il coinvolgimento diretto degli operatori.

All'interno del CCM 2023, la Sicilia ha orientato le sue azioni all'analisi del grado di coinvolgimento dei laboratori, della tracciabilità anagrafica dei pazienti e dell'efficacia complessiva del percorso diagnostico. L'obiettivo prioritario è ottimizzare il processo di screening in tutte le sue fasi, migliorando la capacità del sistema di intercettare tempestivamente i soggetti positivi e avviarli alla presa in carico e al trattamento.

Risultati dello screening nazionale gratuito per l'infezione da HCV in Italia al 31 dicembre 2024

Nella seconda parte del Webinar, un ampio dibattito ha permesso ai referenti regionali di presentare i risultati dello screening relativi al periodo giugno-dicembre 2024, evidenziando sia i successi ottenuti che le priorità per rafforzare screening e *linkage to care*. Dalla valutazione *in itinere* degli indicatori di screening per l'HCV, aggiornata al 31 dicembre 2024 secondo i dati forniti dalle Regioni (https://www.progettopiter.it/wp-content/uploads/2025/06/REPORT-webinar-14-Aprile-Final.pdf), emerge che lo screening risulta attivo in 18 Regioni per la popolazione generale (coorte 1969-1989), così come per quella detenuta. Lo screening rivolto agli utenti dei SerD risulta invece attivo in 19 Regioni. I dati forniti dalle Regioni, aggiornati periodicamente per ogni periodo di rendicontazione, sono stati elaborati dall'ISS. I risultati *in itinere* relativi al quadro complessivo a livello nazionale sono mostrati nel box sottostante.

Risultati *in itinere* dei dati regionali

Popolazione generale (nati tra il 1969 e il 1989)
- *Estensione*: 65,5% delle persone target ha ricevuto l'invito o è stata informata
- *Copertura* (persone testate rispetto alla popolazione target): 15%
- *Adesione* (persone testate rispetto a quelle invitate): 23%
- *Prevalenza anticorpale*: 0,8%
- *Test di conferma (HCV RNA)*: adesione 73%; positività 23%
- *Linkage to care* (persone con infezione attiva collegate ai centri cura): 64%
- *Screening*: coinvolte circa 2.380.787 persone, con 3.299 infezioni attive rilevate

Utenti afferenti ai SerD
- *Estensione*: 72%
- *Copertura*: 46%
- *Adesione*: 64%
- *Prevalenza anticorpale*: 19%
- *Test di conferma*: adesione 90%; positività 44%
- *Linkage to care*: 50%
- *Screening*: coinvolti 135.469 utenti SerD, con 9.862 infezioni attive rilevate

Popolazione carceraria
- *Estensione*: 93%
- *Copertura*: 78%
- *Adesione*: 85%
- *Prevalenza anticorpale*: 9,6%
- *Test di conferma*: adesione 86%, positività 41%
- *Linkage to care*: 64%
- *Screening*: coinvolti 85.561 detenuti, con 2.925 infezioni attive rilevate

Conclusioni

Le evidenze emerse dalle esperienze regionali confermano con chiarezza che, per colmare il divario tra le avanzate politiche nazionali e i risultati concreti nella lotta all'HCV, è indispensabile un rafforzamento degli interventi su più livelli.

In primis, va garantita un'estensione omogenea, capillare ed efficace del programma di screening gratuito su tutto il territorio nazionale, assicurando l'inclusione sistematica di tutte le popolazioni target e un approccio integrato tra diverse figure sanitarie, personale paramedico e la famiglia (6, 7). Per aumentarne l'adesione, è fondamentale attivare campagne di informazione e comunicazione coordinate a livello centrale, capaci di accrescere la consapevolezza, migliorare la percezione del rischio e valorizzare il ruolo del test diagnostico (Figura).

Il vero obiettivo dello screening è identificare precocemente l'infezione attiva, al fine di avviare tempestivamente la terapia e contribuire all'eliminazione del virus. In questo contesto, il *linkage to care* rappresenta una fase cruciale ma ancora non attuata in maniera efficace, per la popolazione generale e soprattutto per le popolazioni più vulnerabili. È, quindi, essenziale armonizzare e potenziare l'intero percorso di cura, definire strategie più incisive per garantire la presa in carico e il trattamento dei soggetti positivi, valorizzando le buone pratiche regionali esistenti e promuovendone l'adozione su scala nazionale. Particolare attenzione deve essere rivolta alle popolazioni a maggior rischio, dove permangono criticità sia in termini di accesso allo screening che di tempestività terapeutica. ▶

Figura - Modello *patient centered* e approccio integrato

Le politiche regionali devono includere programmi mirati rivolti alle persone marginalizzate e vulnerabili (5). Lo screening ospedaliero *una tantum* per l'epatite C, rivolto ai soggetti mai testati, potrebbe diventare uno standard di cura altamente costo-efficace. Promuovere il razionale clinico di questo approccio tra i medici di diverse specialità è prioritario, considerando l'elevata prevalenza di HCV tra i pazienti ricoverati e il rischio concreto di trasmissione in ambito ospedaliero (8, 9).

Solo attraverso l'estensione e un potenziamento strutturale e strategico dei programmi di screening e trattamento, l'Italia potrà centrare l'obiettivo dell'OMS: eliminare l'epatite C come minaccia per la salute pubblica entro il 2030.

Ringraziamenti

Si ringraziano i Referenti regionali intervenuti, per aver condiviso i risultati locali, i successi raggiunti e le priorità per potenziare lo screening e il linkage to care*: Adriano Murgano (Regione Abruzzo); Cristina Zappetti (Regione Friuli Venezia Giulia); Paola Scognamiglio (Regione Lazio); Giovanni Cenderello (Regione Liguria); Lucia Crottogini (Regione Lombardia); Fabio Filippetti (Regione Marche); Massimiliano Lanzafame (Provincia Autonoma di Trento); Federica Mathis e Lorenza Ferrara (Regione Piemonte); Salvatore Marcrì (Regione Umbria); Gisella Pitter (Regione Veneto); Onofrio Mongelli (Regione Puglia).*

Dichiarazione sui conflitti di interesse

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

Riferimenti bibliografici

1. Kondili LA, Aghemo A, Andreoni M, *et al*. Milestones to reach Hepatitis C Virus (HCV) elimination in Italy: From free-of-charge screening to regional roadmaps for an HCV-free nation. *Dig Liver Dis* 2022;54(2):237-42 (doi: 10.1016/j.dld.2021.03.026).
2. Kondili LA, Craxì L, Nava F, *et al*. From Prioritization to Universal Treatment: Successes and Challenges of Hepatitis C Virus Elimination in Italy. *J Infect Dis* 2023;228(Suppl 3):S211-S220 (doi: 10.1093/infdis/jiad038).
3. Hiebert-Suwondo L, Manning J, Tohme RA, *et al*. A 2024 global report on national policies, programmes, and progress towards hepatitis C elimination: findings from 33 hepatitis elimination profiles. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2025;10(7):685-700 (doi: 10.1016/S2468-1253(25)00068-8).
4. Monti M, Caruso T, Castellaccio A, *et al*. HBV and HCV testing outcomes among marginalized communities in Italy, 2019-2024: a prospective study. *Lancet Reg Health Eur* 2024;49:101172 (doi: 10.1016/j.lanepe.2024.101172).
5. Kondili LA, Quaranta MG, Andreoni M. Bridging the gap: advancing health equity and eliminating HBV and HCV among marginalized populations. *Lancet Reg Health Eur* 2025:49:101222 (doi: 10.1016/j.lanepe.2025.101222).
6. Kondili LA. How could Italy reach the HCV elimination by 2030? *Infez Med* 2021;29(2):297-8. PMID: 34061800.
7. Kondili LA, Aghemo A, Andreoni M. Challenges on the achievement of World Health Organization goals for HCV elimination in Italy: need for a Regional programmatic approach on screening and linkage to care. *Ann Ist Super Sanita* 2021;57(3):201-4 (doi: 10.4415/ANN_21_03_02).
8. Caminada S, Mele A, Ferrigno L, *et al.* Risk of parenterally transmitted hepatitis following exposure to invasive procedures in Italy: SEIEVA surveillance 2000-2021. *J Hepatol* 2023;79(1):61-8 (doi: 10.1016/j.jhep.2023.03.002).
9. Kondili LA, Rumi MG, Craxi A. Hospital HCV elimination in addition to universal precautions could reduce incidence and infection burden in Italy. *J Hepatol* 2023;79(5):e187-8 (doi: 10.1016/j.jhep.2023.04.024).

Progetto realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute-CCM 2023

TAKE HOME MESSAGES

- L'Italia ha adottato politiche avanzate per l'eliminazione dell'epatite C, con accesso universale e gratuito al trattamento e fondi dedicati allo screening. Tuttavia, la scarsa implementazione pratica e le disomogeneità territoriali compromettono l'efficacia complessiva del programma.
- Nonostante le iniziative regionali, l'adesione allo screening e il collegamento tra diagnosi e trattamento risultano inferiori alle aspettative. Questi limiti ostacolano il raggiungimento degli obiettivi di eliminazione dell'HCV, come minaccia per la salute pubblica.
- L'eliminazione dell'HCV in Italia è un obiettivo realistico solo se verranno attuate azioni continue per il potenziamento dei programmi di screening, la semplificazione dell'accesso alle cure e la gestione mirata delle popolazioni a rischio.

NEWS

Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse 800 861061: 38 anni di attività

20 giugno 1987-20 giugno 2025

Il Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse - 800 861 061 (TV AIDS e IST) dell'Istituto Superiore di Sanità, anonimo e gratuito, istituito nel 1987, si colloca all'interno dell'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione del Dipartimento Malattie Infettive. Il TV AIDS e IST, attivo dal lunedì al venerdì, dalle 13.00 alle 18.00, fornisce, in modo personalizzato informazioni, supportate da solide basi scientifiche per la prevenzione dell'HIV, dell'AIDS e delle altre IST. Nei 38 anni di attività gli esperti hanno risposto a 846.767 telefonate, per il 76,3% pervenute da persone di sesso maschile. L'età mediana di chi accede al TV AIDS e IST è di 30 anni (IQR: 25-36 anni). Nel corso del tempo è stato osservato un decremento progressivo delle telefonate pervenute; nello specifico, dalle donne e dai giovani di età inferiore a 25 anni (Figura 1 e Figura 2). All'opposto è stato registrato un incremento delle telefonate di persone che dichiarano di avere un'età superiore ai 49 anni (Figura 2). Il 46,1% delle telefonate sono state effettuate da persone che hanno dichiarato di risiedere nelle Regioni del Nord Italia. Nel 57,4% delle telefonate le persone-utenti hanno affermato di aver avuto rapporti eterosessuali. Nel 44,9% delle telefonate emerge che il test HIV non è mai stato eseguito (Figura 3). L'intervento telefonico strutturato in un percorso comunicativo-relazionale in fasi, secondo alcune competenze di base del counselling, ha consentito di rispondere a 2.374.496 quesiti. L'analisi delle telefonate effettuate da utenti di sesso maschile e di sesso femminile rileva che per il target donne vi sia una maggiore attenzione ai centri diagnostico-clinici, in particolare come accedervi e come usufruire dei test. Per il target maschile l'area prevalente di interesse riguarda le modalità di trasmissione dell'HIV e delle altre IST (Figura 4). L'HIV, l'AIDS e le IST costituiscono, ancora oggi, una priorità di salute pubblica che richiedono interventi continui, capillari, attraverso Servizi di facile e immediato accesso in grado di personalizzare gli interventi. Le infezioni a trasmissione sessuale, malgrado i progressi diagnostici e le opportunità di cure, rimangono poco conosciute nelle modalità di trasmissione e nelle opportunità di prevenzione. Pertanto, risulta necessario mantenere elevata la consapevolezza di quali siano i comportamenti associati al rischio infettivo e, al contempo, assicurare interventi preventivi, scientificamente fondati, appropriati, rispondenti alle richieste formulate da parte degli utenti del TV AIDS e IST.

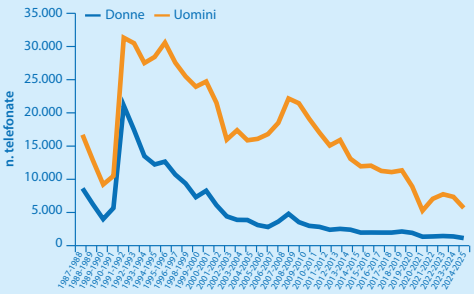


Figura 1 - Andamento delle telefonate pervenute da giugno 1987 a giugno 2025

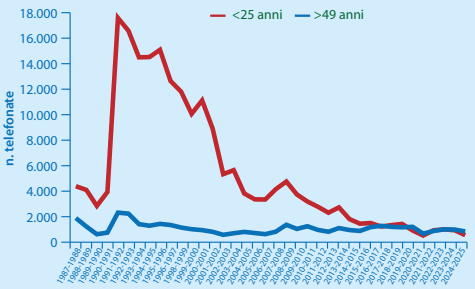


Figura 2 - Andamento delle telefonate, per classi di età <25 anni e >49 anni, pervenute da giugno 1987 a giugno 2025

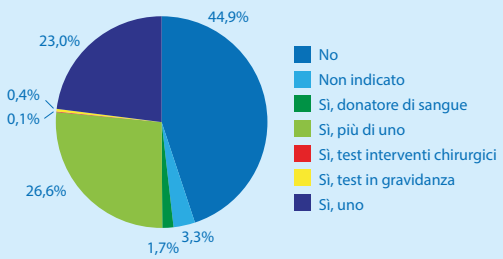


Figura 3 - Distribuzione Telefonate per Test HIV effettuato. Informazione rilevata a partire dall'anno 2011

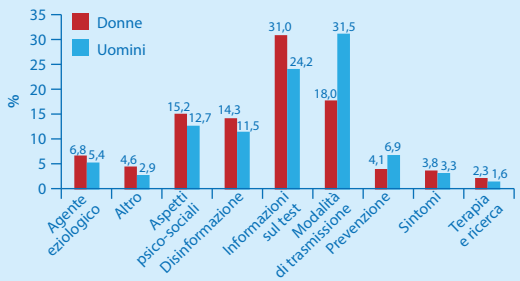


Figura 4 - Distribuzione dei quesiti pervenuti al TV AIDS e IST per sesso

Servizi specialistici del TV AIDS e IST - Consulenza in materia legale (lunedì e giovedì 14.00-18.00). Contatto Skype "uniticontrolaids" per quanti vivano fuori dai confini nazionali. Servizio per persone sorde **https://www.iss.it/form-telefoni-verdi** di informazione scientifica sulle IST, dedicato esclusivamente alle persone sorde. Banca dati nazionale dei Centri Diagnostico-clinici, dei Centri per le IST e dei Check point community based. ReTE AIDS Network di 12 Servizi telefonici presenti in differenti Regioni italiane. Inoltre, l'attività del Telefono Verde AIDS e IST è integrata da una comunicazione online, attraverso il Sito **www.uniticontrolaids.it**

a cura di P. Gallo, A. Colucci, E. Fanales Belasio, R. Valli, M. Schwarz, R. Dalla Torre, A. D'Agostini
Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione, Dipartimento Malattie Infettive, ISS

Nello specchio della stampa

Una bussola per le perizie medico legali e CTU, un Gruppo di lavoro coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità produrrà le prime linee guida e buone pratiche per i professionisti del settore

Per rendere omogenei i contenuti di perizie medico legali e consulenze tecniche d'ufficio (CTU), riducendo il rischio che siano incomplete, contraddittorie o impugnabili, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) coordinerà i lavori per la produzione di linea guida e buone pratiche specifiche dedicate ai professionisti. A redigerle sarà il Gruppo di lavoro per lo sviluppo di linee guida e buone pratiche per lo svolgimento delle perizie medico-legali e CTU (ufficialmente insediato l'11 giugno 2025) e formato da rappresentanti del mondo accademico, della medicina legale, della magistratura, delle istituzioni, delle Regioni e delle professioni sanitarie.

Il Gruppo di lavoro è stato attivato con l'obiettivo di: i) definire criteri metodologici e procedurali per lo svolgimento di perizie e CTU, favorendo l'uniformità di approccio; ii) garantire che le attività peritali siano fondate su aggiornate evidenze scientifiche e su una corretta metodologia medico-legale; iii) elaborare strumenti condivisi che possano fungere da riferimento tecnico e supporto per la formazione continua dei professionisti, colmando eventuali disomogeneità nei percorsi formativi.

"*Con questo Gruppo di lavoro, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) intende fornire un contributo concreto e qualificato a un ambito* - quello delle consulenze medico-legali e CTU - *che incide profondamente sui diritti delle persone e sul buon funzionamento della giustizia in ambito sanitario. È nostro compito è favorire l'integrazione tra sapere scientifico e responsabilità professionale*", ha dichiarato il Presidente dell'ISS, Professore Rocco Bellantone.

Il Gruppo potrà inoltre avvalersi, per la trattazione di specifiche tematiche, del contributo di esperti provenienti da istituzioni, enti, società scientifiche e altri stakeholder rappresentativi del settore.

"Il nostro obiettivo è costruire strumenti condivisi e scientificamente fondati, che possano orientare i professionisti e garantire coerenza, qualità e trasparenza nelle consulenze legali e nei procedimenti peritali. Il lavoro del Gruppo contribuirà a valorizzare queste attività come componente fondamentale di tutela del diritto alla salute e del corretto funzionamento del sistema giustizia", ha spiegato Velia Bruno, Direttrice del Centro Nazionale Clinical Governance ed Eccellenza delle Cure dell'ISS e Coordinatrice del Gruppo di lavoro.

Con la costituzione di questo Gruppo di lavoro, l'ISS rinnova il proprio impegno a supporto delle istituzioni, mettendo a disposizione strumenti di indirizzo fondati sulle evidenze scientifiche e metodologiche più avanzate. Si tratta di un'azione concreta per definire riferimenti tecnici condivisi in un ambito di elevata complessità e forte impatto sociale. ■

Comunicato stampa n. 5/2025 pubblicato l'11 giugno 2025, ripreso da:
Ansa, Agi, ansa.it, angeparl.eu, quotidianosanita.it, ilsole24ore.com

Pier David Malloni[1], Cinzia Bisegna[2], Asia Cione[1], Patrizia Di Zeo[1], Antonio Granatiero[1], Luana Penna[1], Paola Prestinaci[1], Anna Mirella Taranto[1]
[1]Ufficio Stampa, ISS
[2]Presidenza, ISS

TweetISSimi del mese

Documentiamo i tweetISS (@istsupsan) perché rimanga traccia di questa attività fondamentale per la diffusione di informazioni corrette e il contrasto alle fake news.

https://x.com/istsupsan/status/1929802733520912796

https://x.com/istsupsan/status/1930882348112875815

https://x.com/istsupsan/status/1935640338179444854

https://x.com/istsupsan/status/1935993713471230266

Pier David Malloni[1], Cinzia Bisegna[2], Asia Cione[1], Patrizia Di Zeo[1], Antonio Granatiero[1], Luana Penna[1], Paola Prestinaci[1], Anna Mirella Taranto[1]
[1]Ufficio Stampa, ISS
[2]Presidenza, ISS

Nei prossimi numeri:

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse:
aggiornamento dei dati dei due Sistemi di sorveglianza sentinella
attivi in Italia al 31 dicembre 2023

Istituto Superiore di Sanità

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

a cura del Servizio Comunicazione Scientifica