



REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE
DASOE



#SiciliaSiCura | costruiredalute.it
PRP 2014-2019

UN LUSTRO DI SALUTE

2014-2019:
5 anni di prevenzione in Sicilia



UN LUSTRO DI SALUTE

2014-2019:
5 anni di prevenzione in Sicilia



REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE
DASOE



#SiciliaSiCura | costruiredalute.it
PRP 2014-2019

Revisione editoriale a cura di:

M. Fardella, F. Contarino, S. Palmeri, G. Sciurba, E. Gerbino

Responsabile scientifico del progetto editoriale:

D. Segreto

Grafica e Stampa:

ArtiGrafiche Abbate - Cinisi/Terrasini

www.artigraficheabbate.com

Finito di stampare nel mese di Marzo 2020

SOMMARIO

Prefazione	13
Premessa	15
Introduzione	17
Evoluzione del Piano Regionale della Prevenzione dal 2005 ad oggi	19
1. Salute, Prevenzione, Contrasto alle disuguaglianze	23
1.1.1 <i>Lo stato delle disuguaglianze di salute in Italia</i>	24
1.1.2 <i>Le politiche di contrasto alle disuguaglianze</i>	26
1.1.3 <i>Il contrasto alle disuguaglianze di salute nel PRP della Sicilia 2014-2019</i>	28
1.1.4 <i>Le prospettive future: Il Piano della Prevenzione 2020-2025</i>	30
1.1.5 <i>Aspetti di equità nelle malattie emergenti: l'esperienza dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale durante l'epidemia Covid-19 in Sicilia</i>	32
2. Promozione della salute e dei corretti stili di vita	41
2.1 <i>Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili</i>	41
2.1.1 <i>Alimentazione</i>	43
2.1.2 <i>Attività Fisica</i>	46
2.1.3 <i>Fumo</i>	48
2.1.4 <i>Alcol</i>	50
2.2 <i>Il Programma regionale della prevenzione per il contrasto alle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)</i>	52
2.2.1 <i>Programma Regionale FED (Formazione, Educazione, Dieta)</i>	53
2.2.2 <i>Programma Regionale Promozione della Salute e lotta a Tabagismo, abuso di alcol, sedentarietà.</i>	55
2.2.3 <i>Alcune esperienze sul territorio siciliano</i>	56
2.3 <i>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale - PDTA</i>	70

2.4	L'allattamento al seno, base della vita	73
2.4.1	<i>Composizione del latte materno</i>	74
2.4.2	<i>I benefici dell'allattamento</i>	75
2.4.3	<i>Cosa si è fatto e cosa si sta facendo in Sicilia</i>	77
2.4.4	<i>Indagine Epidemiologica "In Primis"</i>	80
2.4.5	<i>Conferenza Regionale sulla Promozione dell'Allattamento in Sicilia</i>	84
2.4.6	<i>Banca del Latte Umano Donato (BLUD) L'esperienza dell'Ospedale Buccheri La Ferla</i>	86
3.	L'importanza degli Screening	96
3.1	La diagnosi precoce dei tumori per salvare la vita	96
3.1.1	<i>Programma Regionale di miglioramento degli screening oncologici</i>	97
3.2	Gli screening oncologici nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-18	98
3.2.1	<i>L'esperienza delle Asp siciliane</i>	99
3.3	L'importanza degli Screening neonatali	103
3.3.1	<i>Ipoacusia e sordità</i>	103
3.3.2	<i>Programma Regionale di screening audiologico neonatale</i>	104
3.3.3	<i>Ipovisione e cecità</i>	104
3.3.4	<i>Programma Regionale di screening oftalmologico neonatale</i>	105
4.	Il benessere psicofisico di giovani e adulti	107
4.1	Il benessere psicofisico di giovani e adulti: tra rischi e possibilità	107
4.2	Promuovere il benessere mentale in bambini, adolescenti e giovani: quale paradigma oggi? Alcune esperienze sul territorio siciliano.	109
4.2.1	<i>Alcune esperienze sul territorio siciliano</i>	112
4.3	Prevenire le dipendenze da sostanze: Droga? No, grazie.	115
4.3.1	<i>Alcune esperienze sul territorio siciliano.</i>	120
4.4	Prevenire la dipendenza da gioco: Ma è davvero solo un gioco?	122
4.4.1	<i>Alcune esperienze sul territorio siciliano</i>	126
5.	Prevenire gli incidenti stradali e domestici	131
5.1	Sulla buona strada per dare precedenza alla sicurezza	131
5.1.1	<i>Alcune esperienze sul territorio siciliano</i>	134
5.2	La casa come elemento protettivo, non sede di incidenti o violenza domestica	142
5.2.1	<i>Azioni sui minori</i>	146
5.2.2	<i>Azioni rivolte ad adulti ed anziani over 65</i>	151
6.	Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro: una priorità regionale	165
6.1	La Prevenzione in Edilizia	172
6.2	La Prevenzione in agricoltura e selvicoltura	176

6.3	La Sicurezza delle macchine e degli impianti	178
6.4	Una formazione efficiente ed efficace	180
6.5	Promozione della salute e sviluppo competenze in materia di sicurezza e salute sul lavoro nel contesto scolastico	184
6.6	Agenti cancerogeni e sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex-esposti	186
6.7	Dati inerenti le attività di vigilanza nei luoghi di lavoro	190
6.8	Lo Stress Lavoro Correlato	193
7.	Salute e ambiente, un binomio imprescindibile	196
7.1	Il programma straordinario di interventi sanitari e il potenziamento della sorveglianza epidemiologica	196
7.1.1	<i>Il Piano organico di interventi sanitari nelle aree a rischio ambientale</i>	197
7.2	Il Programma europeo REACH	206
7.2.1	<i>Attività di controllo REACH</i>	207
7.2.2	<i>Biocidi</i>	208
8.	Riduzione delle malattie infettive prevenibili con le vaccinazioni	213
8.1	Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019	214
8.2	Sistemi di sorveglianza e notifiche malattie infettive	221
9.	Ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza e combattere l'antimicrobico-resistenza	223
9.1	ICA e AMR in Italia	224
9.1.1	<i>Sorveglianza delle ICA orientata al paziente</i>	225
9.2	Campagna siciliana sulla consapevolezza e uso prudente degli antibiotici	227
10.	La sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	232
10.1	Piano integrato dei controlli e la gestione delle emergenze in sicurezza alimentare	232
10.1.1	<i>Controlli ufficiali in ambito alimentare</i>	238
10.1.2	<i>Tutela della salute dei soggetti celiaci</i>	239
10.2	Promozione del consumo di sale iodato e riduzione del consumo eccessivo di sale da cucina	240
10.3	Il controllo delle acque destinate al consumo umano	241
10.4	Il Piano della Regione Sicilia sul Controllo Ufficiale del ghiaccio alimentare	242
10.5	Costruire un corretto rapporto tra l'uomo, l'animale e l'ambiente	243
	Campagne di comunicazione	253
	Conclusioni Il Valore della Prevenzione	264



AUTORI

- **Abrignani Maurizio Giuseppe**

Dirigente Medico U.O. di Cardiologia – P.O. S. Antonio Abate di Trapani- Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani

- **Agodi Antonella**

Professore ordinario di Igiene generale e applicata - Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie Avanzate “G. F. Ingrassia”, Università degli Studi di Catania

- **Agosta Marisa**

Dirigente Medico - responsabile UOEPSA - Azienda Sanitaria Provinciale di Messina - Direzione Sanitaria

- **Alonzo Elena**

Direttore Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione - Azienda Sanitaria Provinciale di Catania

- **Barchitta Martina**

Ricercatore di Igiene generale e applicata - Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie Avanzate “G. F. Ingrassia”, Università degli Studi di Catania

- **Basile Mirella**

Dirigente Medico Veterinario Dipartimento Prevenzione Veterinaria - Azienda Sanitaria Provinciale di Catania

- **Bonomo Vincenzo**

Dirigente Servizio 7 Sicurezza Alimentare - Assessorato Regionale della Salute Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

- **Bonura Antonio**

Direttore Dipartimento Prevenzione Medico - Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta

• **Cacciola Salvatore**

Dirigente Responsabile Unità Operativa Educazione e Promozione della Salute- Azienda Sanitaria Provinciale di Catania

• **Caltabiano Pier Sergio**

Direttore della Formazione - CEFPAS

• **Cernigliaro Achille**

Istruttore Direttivo Servizio 9 Sorveglianza ed Epidemiologia Valutativa - Assessorato Regionale della Salute Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

• **Contarino Fabio**

Dirigente Medico Servizio Epidemiologia e Medicina Preventiva – Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa

• **Conte Paolo**

Istruttore Direttivo Servizio 1 - Prevenzione secondaria, malattie professionali e sicurezza nei luoghi di lavoro - Assessorato Regionale della Salute Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

• **Costa Antonietta**

Dirigente Medico malattie metaboliche e diabetologia responsabile UOS Educazione Salute PTA Biondo - Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo Distretto 42

• **Dardanoni Gabriella**

Dirigente Servizio 1 prevenzione secondaria, malattie professionali e sicurezza nei luoghi di lavoro - Assessorato Regionale della Salute Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico.

• **De Luca Giovanni**

Dirigente UOB 8.1 Appropriatelyzza e Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali - Assessorato Regionale della Salute Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

• **Faranda Francesco**

Dirigente Chimico - Dipartimento di Prevenzione SPRESAL – Azienda Sanitaria Provinciale di Messina

• **Fardella Maristella**

Dirigente Medico Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione - Azienda Sanitaria Provinciale di Catania

• **Ferro Maria Paola**

Dirigente U.O. 9.1 Sorveglianza dei Determinanti e delle Dipendenze - Comitato di Bioetica - Assessorato Regionale della Salute Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

• **Gallo Maurizio**

Responsabile UOEPSA - Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

• **Gargano B. Gabriella**

Responsabile UOEPS - Distretto 39 Bagheria- Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

• **Gerbino Elisa**

Ingegnere - Area Tutela della Salute e Sicurezza nei luoghi di Lavoro - Dipartimento di Prevenzione di ASP Catania

• **Giuliano Antonio**

Dirigente Medico Veterinario Responsabile U.O.S. Dipartimentale Audit e Controlli Ufficiali - Dipartimento Prevenzione Veterinaria - Azienda Sanitaria Provinciale di Catania

• **Giusti Angela**

Ricercatrice di Sanità Pubblica - Istituto Superiore di Sanità

• **Leonardi Antonio**

Direttore Dipartimento di Prevenzione - Azienda Sanitaria Provinciale di Catania

• **Li Puma Alessandra**

Tecnico della Prevenzione - Azienda Sanitaria Provinciale di Catania

• **Marras Antonello**

Servizio 9 Sorveglianza e Epidemiologia valutativa - Assessorato Regionale della Salute Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

• **Murolo Giuseppe**

Dirigente Servizio 8 Qualità, Governo clinico e Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente - Assessorato Regionale della Salute Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

• **Nicita Alfonso**

Dirigente Responsabile della Unità di Educazione alla Salute - Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa

• **Paino Edda**

Direttore UOC SPRESAL – Azienda Sanitaria Provinciale di Messina

• **Palermo Mario**

Dirigente Servizio 4 Igiene Pubblica e Rischi ambientali - Assessorato Regionale della Salute Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

• **Palmeri Sara**

Dirigente Medico U.O.C. Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva - Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani

• **Picone Francesca**

Responsabile U.O.S. SerT Montelepre - UOC Dipendenze Patologiche - Dip. Salute Mentale – Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

• **Requirez Salvatore**

Direttore Sanitario ARNAS Civico Palermo

• **Sannasardo Claudia Emilia**

Medico in formazione specialistica - Dipartimento Promise - Promozione della Salute, Materno-Infantile, di Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza “G. D’Alessandro”

• **Scarpitta Francesco**

Medico in formazione specialistica - Dipartimento Promise- Promozione della Salute, Materno-Infantile, di Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza “G. D’Alessandro”

• **Schembri Pietro**

*Dirigente Servizio 10 Sanità Veterinaria - Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico*

• **Sciurba Giuseppa**

*Funzionario Direttivo Servizio 5 Promozione della Salute e Comunicazione -
Assessorato Regionale della Salute Dipartimento per le Attività Sanitarie e
Osservatorio Epidemiologico*

• **Scondotto Salvatore**

*Dirigente Servizio 9 Sorveglianza ed Epidemiologia Valutativa- Assessorato Regionale
della Salute Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico*

• **Segreto Daniela**

*Dirigente Servizio 5 Promozione della Salute e Comunicazione - Assessorato Regionale
della Salute Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico*

• **Siciliano Salvatore**

Dirigente medico Responsabile U.O. E. P. S. aziendale - A.O. Villa Sofia - Cervello PA

Spila Alegiani Stefania

*Ricercatore Reparto di Farmacoepidemiologia e Farmacosorveglianza Centro
Nazionale per la Ricerca e la Valutazione pre-clinica e clinica dei Farmaci - Istituto
Superiore di Sanità, Roma*

• **Vella Carlotta**

*Medico in formazione specialistica - Dipartimento Promise- Promozione della Salute,
Materno-Infantile, di Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza “G.
D’Alessandro”*

• **Zumbo Luigi Emiliano M.**

Dirigente medico veterinario - Azienda Sanitaria Provinciale di Enna



Prefazione

Benjamin Franklin, famoso scienziato e Padre Fondatore degli Stati Uniti D'America, disse, quasi trecento anni fa: “*An ounce of prevention is worth a pound of cure*”.

Per usare un'analogia più vicina alla nostra realtà geografica e temporale, potremmo dire che “1 euro speso per la prevenzione equivale a 16 euro spesi per le cure”.

È in questo motto che può racchiudersi l'intero significato del volume “*Un lustro di salute*”, dal titolo immediatamente esplicativo, un progetto costantemente in divenire, una promessa mantenuta ma che, al contempo, non consente adagiamenti o distrazioni. Soprattutto, una sfida per il futuro, perché immense e sempre nuove sono le esigenze della collettività legate alla salute e al bisogno di strutture pubbliche ben organizzate che diano risposte immediate e adeguate in materia di prevenzione e cura.

Una sfida a volte ardua se guardiamo alla Sicilia, una regione estesa e popolosa con una complicata conformazione naturale del suo territorio, alle prese con il progressivo invecchiamento dei suoi residenti, con una insufficiente rete infrastrutturale dei trasporti e con l'oggettiva difficoltà di assicurare un omogeneo sistema di assistenza tra le città e le periferie, soprattutto se guardiamo ai comuni montani e alla loro distanza dai grandi nosocomi. Ecco il quadro di riferimento generale, valido per il passato e per il domani, dentro cui collocare la presente pubblicazione e attraverso il quale sviluppare una lettura che non sia meramente celebrativa di ciò che è stato fatto, quanto piuttosto foriera di ulteriori iniziative che segnino un progresso reale dello sforzo delle istituzioni pubbliche chiamate, per dovere istituzionale, al raggiungimento di importanti risultati.

Garantire, cioè, attraverso uno sforzo comune di tutte le componenti del mondo sanitario, ognuna secondo le rispettive competenze, la promozione della salute,

incentivando le attività dei servizi di prevenzione, di salute mentale, di educazione alla salute delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Siciliana.

Cultura indispensabile, negli anziani come nelle nuove generazioni, per ridurre progressivamente il carico delle varie patologie, carico spesso pesante, perché affrontate negli stadi intermedi e finali della malattia.

Auguro una istruttiva lettura del volume per meglio conoscere quanto realizzato nell'ultimo quinquennio nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione all'interno del più ampio Piano Nazionale, un "lustrò" di salute per il quale la Regione Siciliana si è adoperata a favore dei propri abitanti.

Ruggero Razza

Assessore Regionale alla Salute



Premessa

Oggi, più che mai, promuovere la cultura della prevenzione nel Cittadino, allo scopo di renderlo protagonista attivo di attività, che mirino a ridurre il carico delle malattie cronico-degenerative, risulta di fondamentale importanza, soprattutto in una popolazione con una quota di ultrasessantacinquenni che tenderà a raggiungere un terzo del totale entro il 2045 e che vedrà, di conseguenza, aumentare sempre più la propria vita-media.

Scopo prioritario della prevenzione è quello di migliorare la qualità di vita, cioè aumentare il numero di anni vissuti in assenza di disabilità.

In tal senso, il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, adottato con Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome del 13 novembre 2014, poi prorogato al 2019, ha rappresentato un'ulteriore evoluzione rispetto ai Piani precedenti.

Esso, infatti, ha avuto, per la prima volta, un respiro quinquennale e ha ricondotto le priorità nazionali per la prevenzione ad un numero ristretto di Macro obiettivi ed indicatori, calibrati a livello regionale, con la declinazione del PNP nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019, nel rispetto delle peculiarità geografiche, socio-economiche, culturali, proprie della nostra regione.

La Sicilia, infatti, rappresenta la quarta regione d'Italia per popolazione ospitante (più di 5 milioni di abitanti). Numerose sono, di conseguenza, le sfide che la Sanità Pubblica locale deve fronteggiare per garantire il più alto livello di salute globale a tutti i Cittadini, contrastando le disuguaglianze di salute insite nelle diverse realtà del territorio.

Una delle strategie più efficaci e meno costose per raggiungere il sopracitato obiettivo, è rappresentata dalla promozione della salute e dalle attività dei dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione

Siciliana, che verranno sinteticamente descritte all'interno di questo volume con una duplice finalità: innanzitutto quella di rendere i cittadini maggiormente consapevoli riguardo le proprie capacità di *“prendersi cura di se”* allo scopo di vivere meglio e più a lungo, e, secondariamente, di renderli edotti su tutte le iniziative poste in essere dal DASOE e dalle strutture sanitarie regionali allo scopo di raggiungere pienamente gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione, assicurando, in tal modo, un maggiore benessere della popolazione.

Maria Letizia Di Liberti
Dirigente Generale DASOE



Introduzione

Dalla dichiarazione dell'OMS del 1948 il concetto di salute è passato dalla semplice assenza di malattia ad un significato più ampio e olistico che include uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Tale scenario comporta la necessità del superamento dell'approccio specialistico tradizionale, a favore di un approccio globale, multidisciplinare e basato sulla persona, per promuoverne dignità, qualità di vita e salute.

In quest'ottica, la prevenzione ha un ruolo centrale nel rispondere ai mutati bisogni di salute, prevedendo una serie di attività, azioni ed interventi attuati con il fine prioritario di guadagnare e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie.

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2019 della Regione Siciliana, gestito dal Dipartimento delle attività sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico DASOE, che discende dal rispettivo Piano Nazionale della Prevenzione, è stato concepito con l'intenzione di fornire uno strutturato sistema di azioni per la promozione della salute e la prevenzione, che accompagni il cittadino nelle diverse fasi della vita, basandosi sul principio che tutti devono essere messi nelle condizioni migliori per poter raggiungere il proprio potenziale di salute. Secondo la Carta di Ottawa, infatti, la prevenzione viene definita come "il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla".

Il PRP ha come obiettivo prioritario l'equità dell'offerta di salute ai cittadini per la riduzione delle disuguaglianze sociali e sanitarie. Questo comprende, tra le altre cose, l'accesso alle corrette informazioni per avere la possibilità di compiere scelte per la propria salute.

Su queste basi è nata, tra tutti i colleghi del DASOE, l'idea della redazione di un volume rivolto alla popolazione siciliana che racchiudesse tutte le linee di azione e i

Macroobiettivi del nostro PRP e che potesse essere di facile fruizione e consultazione, riportando al contempo esempi concreti di attività, progetti e servizi implementati in Sicilia in questo “lustrò di prevenzione”.

Sviluppare un volume così concertato e ricco non sarebbe stato possibile senza la preziosa collaborazione dei tanti colleghi delle aziende sanitarie provinciali e ospedaliere del territorio regionale, nonchè dei medici specializzandi in igiene e medicina preventiva che con impegno e dedizione si sono adoperati per la realizzazione di questo ambizioso progetto.

In conclusione, questa iniziativa ha lo scopo di aprire un dialogo tra le istituzioni e i cittadini per favorire l'*empowerment* sia individuale che di popolazione, in un contesto di cambiamenti sociodemografici e sanitari, che vedono un aumento progressivo dell'età media della popolazione.

Daniela Segreto

Dirigente Servizio 5 DASOE

Evoluzione del Piano Regionale della Prevenzione dal 2005 ad oggi

(a cura di D. Segreto, S. Requirez)

A partire dal 2005, il Governo, d'intesa con i presidenti delle regioni, ha stabilito la necessità di strutturare le attività istituzionali, connesse alla prevenzione delle malattie ed alla promozione della salute, all'interno di un unico Piano nazionale, che definisse le priorità di intervento, allo scopo di migliorare l'offerta di salute alla popolazione tutta, secondo criteri di equità e contrasto alle diseguaglianze socio culturali ed economiche.

La sfida per il SSN era di affermare per la prima volta, a livello istituzionale, il ruolo della prevenzione quale arma fondamentale per affrontare, nel medio-lungo termine, i costosi problemi legati all'aumento delle patologie croniche, degli incidenti, alla scarsa adesione alle vaccinazioni, agli screening oncologici etc.

A partire dal 2005, pertanto, anche le regioni, tra cui la Sicilia, hanno sviluppato propri piani di prevenzione, inizialmente di respiro biennale, fino al PRP 2014-2018, nato come piano quadriennale e solo successivamente prorogato di un ulteriore anno, a conferma dell'esigenza di concedere alle complesse attività di promozione della salute e prevenzione il giusto margine di tempo per valutarne gli effetti sulla popolazione ed introdurre maggiori indicatori, eventualmente modificabili, alla luce degli esiti del monitoraggio periodico.

Il Piano Regionale della Prevenzione in Sicilia, approvato con decreto n°351/2016, abbracciava una nuova logica di prevenzione (intersectoriale e interistituzionale) strutturata secondo un insieme armonico di macro obiettivi che, pur essendo di interesse nazionale, risultavano flessibili e adattabili a seconda delle diverse esigenze e realtà locali.

Il tutto, senza tralasciare gli aspetti dell'equità, dell'integrazione e della reale partecipazione dei vari enti (istituzionali e *stakeholder*) coinvolti.

Il PRP siciliano ha una lunga articolata genesi. Innanzitutto si pone in linea con gli indirizzi della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano che, nella seduta del 13 novembre 2014

sanciva l'intesa sulla proposta del Ministero della Salute relativa al Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 che è stato, pertanto, approvato.

Si tratta, quindi, di una forte azione di riallineamento dei programmi regionali all'indirizzo nazionale, essendo stati pedissequamente mutuati nel contesto siciliano non solo i macro obiettivi previsti a valenza prioritaria, ma anche le azioni conseguenti, riferendosi agli stessi indicatori di individuazione ministeriale.

L'unica eccezione è costituita dal Programma Regionale FED - Formazione, Educazione, Dieta - nel rispetto del quale sono stati avviati programmi formativi di primo e secondo livello (per formatori ed educatori) in tutte le ASP siciliane, per diversi anni, proponendo alla ribalta, nazionale ed internazionale, la originale formula del modello a basso costo che ha riportato unanimi e favorevoli consensi, ad esempio, alla Conferenza Internazionale dell'OMS nel maggio 2015 a Copenaghen e nella II Conferenza Mondiale sulla Dieta Mediterranea di maggio 2019.

Ora, con l'approssimarsi della definizione del nuovo Piano Nazionale della prevenzione 2020-2025, che vede la collaborazione, nella scelta delle priorità di intervento, tra lo stato e le regioni, l'Assessorato alla Salute ha già individuato ipotesi di programmi regionali determinati dal più recente profilo di salute dei siciliani.

In tal senso, oltre alla conferma della presenza dei macro obiettivi inerenti alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, delle dipendenze da sostanze e comportamenti, degli incidenti stradali e domestici, degli infortuni sul lavoro e malattie professionali e delle malattie infettive prioritarie, si registra una ben più profonda attenzione ai margini di intervento da parte della comunità nell'intricato rapporto tra ambiente, clima e salute.

L'ambiente collegato agli stili di vita, nonché alle condizioni sociali ed economiche, è un determinante di salute dal valore sempre più affermato dalla letteratura internazionale e dalle evidenze scientifiche.

Sono oramai molte le patologie che riconoscono nei fattori ambientali la loro causa scatenante.

Si impone, dunque, lo sviluppo di una strategia condivisa tra ambiente e salute: il degrado ambientale, l'inquinamento, il cambiamento climatico, l'esposizione a prodotti chimici, la qualità delle acque potabili, i siti contaminati, i rifiuti e la instabilità degli ecosistemi che aggravano le disegualianze sociali sono target

elettivi di tale sinergia. Interventi sanitari di prevenzione coinvolgendo i cittadini e i portatori di interesse, con iniziative estese sul territorio, rappresentano lo strumento che deve ritrarre l'attenzione della Regione Siciliana sul tema inserendo nel nuovo PRP azioni mirate.

Inoltre, nella definizione del nuovo PRP, si rileva un più forte accento sulle azioni trasversali, rappresentate soprattutto da Formazione e Comunicazione. Per la prima, preciso risulta l'esplicito richiamo ministeriale: la formazione deve essere fortemente orientata all'azione e i percorsi formativi vanno contestualizzati rispetto all'intervento da realizzare nel territorio; in quest'ottica il coinvolgimento nei percorsi formativi delle figure strategiche del sistema dell'assistenza primaria (in primis MMG e PLS) resta prioritario.

La comunicazione, invece, andrebbe sviluppata sia come comunicazione sanitaria, sia come comunicazione per la salute, rispettivamente finalizzate alla "mappatura" e diffusione delle opportunità di salute presenti sul territorio e alla produzione e condivisione, all'interno della comunità, di conoscenza sui problemi di salute socialmente rilevanti, con l'obiettivo di orientamento, responsabilizzazione, consapevolezza e motivazione delle persone e di supporto alle decisioni e alle politiche. In un'epoca di facili allarmismi, il sempre disomogeneo livello culturale tra le fasce sociali con relative disarmonie di recepimento, deve trovare un'attenta camera di compensazione negli strumenti di informazione a matrice regionale.

Anche per questo, in fondo, si è configurato, proprio a metà di questo lustro di vigore del piano regionale, il fatto più saliente in materia di prevenzione e normativa collegata: Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 ha definito e aggiornato i LEA inserendo più ampiamente e ridefinendo il livello di coinvolgimento della Prevenzione.

In particolare la denominazione da "Assistenza sanitaria collettiva" diventa "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" della quale vengono esplicitati missione (salute della collettività) e obiettivo generale (evitare l'insorgenza delle malattie).

Vengono quindi declinate con maggiore chiarezza attività e prestazioni che caratterizzano i processi di prevenzione, rispetto all'ambito assistenziale.

Atteso che il sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione che impegnerà il nuovo PRP rappresenta uno degli strumenti per dare attuazione e concretezza ai

nuovi LEA nell'ambito di "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", risulta chiaro ancorché implicito che ad essi andranno uniformati Macro Obiettivi, programmi, relativi processi e azioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute. È questa la nuova sfida che, prima di tante altre, ci vincola affinché, senza interruzione alcuna, si registri anche per il prossimo futuro il confortevole trend di crescita osservato nell'ultimo quinquennio.

1. Salute, Prevenzione, Contrasto alle diseguaglianze

(a cura di S. Scondotto, M. Fardella, A. Marras, E. Alonzo)

Le disuguaglianze in salute, non solo tra Paesi diversi ma anche all'interno della stessa nazione, sono una delle principali sfide per la sanità pubblica. I dati disponibili dimostrano che le persone con basso livello di istruzione, occupazione e/o reddito tendono a manifestare sistematicamente tassi di morbosità e mortalità più elevati rispetto al resto della popolazione.

C'è un legame diretto fra reddito e salute, chiamato gradiente sociale, presente non solo nei Paesi in via di sviluppo, ma anche in quelli più ricchi. Negli ultimi anni diversi organismi internazionali, in primo luogo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, hanno rivolto un'attenzione crescente ai determinanti sociali della salute (*WHO, "Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health", 2008*).

Ci sono grandi potenzialità di miglioramento del livello di salute generale della popolazione, concentrando l'azione sulle condizioni di salute delle fasce "deboli" della società. Ciò richiede dei cambiamenti non soltanto nel sistema sanitario, ma in molti settori, dall'istruzione, alla sicurezza sociale, al lavoro, alla progettazione urbanistica, ecc.

Oltre che agendo direttamente sui determinanti sociali (distribuzione del reddito, istruzione), lo svantaggio di salute dei gruppi di basso *status* socio-economico può essere ridotto anche grazie ad interventi mirati ai determinanti intermedi di salute (stili di vita, comportamenti di salute, accesso ai servizi di prevenzione e assistenza). Rispetto al panorama europeo, le disuguaglianze sociali di salute osservate in Italia appaiono simili a quelle di altri Paesi ad alto reddito ma, fortunatamente, meno pronunciate.

Ad esempio, i Paesi con disuguaglianze più spiccate come la Lituania presentano una differenza nell'aspettativa di vita libera da disabilità tra i più e i meno istruiti che ammonta a 10 anni per gli uomini e a più di 7 anni per le donne.

L'Italia vanta il differenziale più basso d'Europa, con soli 4 anni di differenza per gli uomini e 2 per le donne. In posizione intermedia, ma peggiore rispetto all'Italia, si

collocano Paesi dell'Europa occidentale come la Francia (6,8 anni tra gli uomini e 4,4 anni tra le donne) e l'Austria (7,8 anni e 5,3 anni, rispettivamente)¹.

Si può ipotizzare che il vantaggio relativo dell'Italia rispetto alle disuguaglianze di mortalità nel panorama europeo sia attribuibile alla protezione garantita da alcune peculiarità del nostro Paese, i cui benefici sono distribuiti in modo uniforme nella società italiana: l'alimentazione basata sulla dieta mediterranea, il servizio sanitario nazionale universalistico, le reti familiari. In effetti, sul versante preventivo, la dieta mediterranea in Italia è stata a lungo patrimonio comune dei diversi strati sociali.

Sul versante sanitario, le cure sono offerte gratuitamente a tutti, tramite il Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre, la rete protettiva della famiglia rappresenta ancora un punto di forza della realtà sociale italiana, in quanto riesce a compensare eventuali carenze di servizi, soprattutto per l'assistenza agli anziani e alle persone disabili.

Va, però, messo in evidenza che sia la corretta alimentazione sia la rete familiare sono patrimoni che stanno subendo un netto deterioramento. Ad esempio, la rilevante quota di soggetti obesi e in sovrappeso (oltre il 45%) segnale di un cambiamento delle abitudini alimentari², e la gravosa situazione economica delle famiglie in cui sono presenti persone disabili ne sono la testimonianza.

1.1.1. Lo stato delle disuguaglianze di salute in Italia

Alcuni studi hanno provato a valutare quanto le differenze dello stato di salute dei cittadini in Italia corrispondessero alle differenze sociali. I principali fattori di rischio comportamentali per le malattie croniche - dipendenze, sedentarietà e sovrappeso, diabete, reticenza a intraprendere azioni preventive e a curarsi - presentano disuguaglianze geografiche a sfavore del Sud e delle persone meno istruite ed economicamente più svantaggiate, sia nelle donne sia negli uomini (ad eccezione della dipendenza dal fumo e dall'alcol delle donne, che affligge le appartenenti alle

¹ Mäki N, Martikainen P, Eikemo T, Menvielle G, Lundberg O, Ostergren O, Jasilionis D, Mackenbach JP; EURO GBD-SE consortium. *Educational differences in disability-free life expectancy: a comparative study of long-standing activity limitation in eight European countries*. Soc Sci Med 2013;94:1-8.

² Rapporto Osservasalute 2016. Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione: Milano 2017, Ed Prex: 25-82.

classi sociali più alte). Le condizioni socioeconomiche influenzano tutte le componenti della salute, sia quelle fisiche e psicologiche, sia quelle relative alle malattie croniche, in entrambi i sessi.

Le indagini multiscopo Istat sulla salute hanno mostrato come le persone in possesso di licenza elementare, i disoccupati e i ritirati dal lavoro, abbiano due punti in meno nell'indice di stato fisico rispetto agli individui con un'istruzione alta e ai lavoratori non manuali, soprattutto nel Mezzogiorno.

I meno istruiti, i disoccupati, coloro che vivono in abitazioni piccole o in affitto e che non godono dell'aiuto della famiglia, mostrano svantaggi anche nella salute psicologica e un rischio del 20% di presentare malattie croniche rispetto alle altre categorie; al contrario, i lavoratori manuali godono di una salute psichica migliore di quella dei lavoratori non manuali. I disoccupati e i ritirati dal lavoro presentano la maggiore probabilità di riportare malattie croniche gravi. Anche le donne mostrano un indice di stato fisico che peggiora al decrescere del livello d'istruzione e della condizione socio-occupazionale, della qualità dell'abitazione e del supporto della famiglia, con svantaggi per le donne mono-genitori o sole.

Gli ultimi dati Istat sulla salute confermano che le differenze di salute in Italia continuano a presentare un gradiente geografico Nord-Sud: all'origine del divario territoriale, la concentrazione di condizioni di povertà nel Mezzogiorno e la minore capacità delle regioni del Sud di moderare l'impatto di tali disuguaglianze di salute.

Uno studio recente³ ha analizzato la mortalità in base alla posizione sociale, prendendo in considerazione un campione di 130 mila individui. I risultati evidenziano tassi di mortalità più elevati al Sud e più bassi al Centro, mentre i rischi di mortalità crescono al decrescere dello *status* socioeconomico. I maschi che avevano al massimo la licenza media inferiore presentavano 1,5 anni di svantaggio rispetto a quelli con la maturità, i quali a loro volta si trovavano in svantaggio di 1,5 anni a confronto con i laureati. Tra le donne le disuguaglianze erano meno pronunciate (0,7 anni di svantaggio tra obbligo e maturità e 0,8 tra maturità e laurea).

³ Petrelli A; Frova L. "Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione"; Epidemiologia e prevenzione; ANNO 43 (1) Milano 2019.

È risultato quindi che, nel periodo 2012-2014, i maschi italiani laureati potevano sperare di vivere 3 anni in più rispetto a coloro che avevano conseguito al massimo il titolo della scuola dell'obbligo, mentre tra le donne laureate il vantaggio sulle meno istruite era di un anno e mezzo.

I meno istruiti sopravvivono di meno dei più istruiti sia al Nord sia al Sud, a dimostrazione che la povertà individuale di risorse e competenze - di cui il basso titolo di studio è un indicatore - compromette la salute, indipendentemente dalla ripartizione geografica. Il Sud e le Isole presentano tuttavia un'aspettativa di vita più sfavorevole in tutte le fasce di istruzione.

1.1.2. Le politiche di contrasto alle disuguaglianze

Nel tentativo di ridurre la portata e l'impatto delle disuguaglianze, sono stati predisposti nel corso degli anni alcuni importanti atti di programmazione sanitaria, in linea con le indicazioni dell'Unione Europea.

Tra questi, si ricorda il Quadro strategico nazionale 2007-2013 che, definendo gli indirizzi programmatici per l'utilizzo dei Fondi strutturali europei, ha sottolineato la necessità di orientare gli investimenti anche sugli aspetti di salute, in ragione della particolare vulnerabilità delle persone più povere, soprattutto nelle regioni del Mezzogiorno. Parallelamente, il programma nazionale "Guadagnare salute - Rendere facili le scelte salutari"⁴, coordinato dal Ministero della Salute, ha riconosciuto l'importanza delle politiche non sanitarie nel contrasto alle disuguaglianze di salute, chiamando in causa altri dicasteri e *partner* sociali, economici e istituzionali, nella realizzazione di interventi a tutela della salute in tutti i suoi aspetti.

Allo stesso modo, la strategia *Salute in tutte le politiche - Health in all policies* - sancita nella Conferenza inter-ministeriale di Roma, ha riconosciuto l'importanza di adottare in tutte le politiche non sanitarie procedure di valutazione d'impatto sanitario attente ai soggetti più vulnerabili.

Nel 2009, la Comunicazione della Commissione europea dal titolo "*Solidarietà in*

⁴http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1435_allegato.pdf

*materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Ue*⁵ constatava quanto fosse ancora carente nelle politiche europee e in quelle della maggior parte degli Stati membri la consapevolezza riguardo all'esistenza delle disuguaglianze di salute e alle loro conseguenze.

Il documento ha dimostrato un divario importante tra i Paesi europei, e al loro interno. La graduatoria mostra che alcuni Paesi hanno adottato un approccio integrato tra le diverse politiche di settore, per sviluppare una *governance* delle azioni volte a promuovere l'equità nella salute (Regno Unito, Irlanda, Paesi scandinavi e Paesi Bassi, più recentemente Austria e Germania).

Altri Paesi europei, tra cui l'Italia, mostrano di essere impegnati su diversi fronti, prevalentemente sanitari, ma tuttora poco integrati tra loro. Altri Paesi hanno difficoltà a misurare e riconoscere l'importanza del problema (prevalentemente i Paesi dell'Est europeo, la Grecia e il Portogallo). Il documento riassume le sue raccomandazioni con lo slogan "*Do some, do more, do better*", che assegna a ogni Paese obiettivi progressivamente più ambiziosi: il livello assegnato all'Italia è il "*Do more*". Di fronte a questo quadro, la capacità di risposta del Paese è ancora molto variabile tra le Regioni, e non sufficientemente coordinata a livello nazionale. Tuttavia, malgrado le difficoltà iniziali ed i ritardi la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano ha istituito un proprio gruppo di lavoro, con il compito di elaborare proposte di indirizzo per le politiche regionali che potessero moderare gli effetti sfavorevoli dei determinanti sociali sulla salute.

Nel 2014, tale gruppo di lavoro, a conclusione della propria attività, ha elaborato il rapporto "*L'equità nella salute in Italia*"⁶, in cui è stata presentata una panoramica dello stato delle disuguaglianze di salute nel nostro Paese e delle relative ricadute

⁵ *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU* {SEC(2009) 1396} {SEC(2009) 1397}.

[Http://eurlex.europa.eu/legalcontent/EN/TXT/?uri=CELEX:52009DC0567](http://eurlex.europa.eu/legalcontent/EN/TXT/?uri=CELEX:52009DC0567)

⁶ Costa G, Bassi M., Gensini GF, Marra M et al. (a cura di), *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, edito da Fondazione Smith Kline, Franco Angeli Editore, Milano, 2014.

sulle politiche sanitarie e non sanitarie. Dal suddetto rapporto è emersa la persistenza di disuguaglianze sociali a svantaggio dei soggetti più poveri, in termini di risorse materiali, aiuti e legami: disuguaglianze queste, che hanno numerose implicazioni per le politiche sanitarie e non sanitarie, e che suggeriscono ambiti prioritari di intervento, sollecitando correttivi anche in forma di raccomandazioni.

Contestualmente, sono stati avviati a livello nazionale progetti di studio sulle disuguaglianze nell'accesso alla salute e incontri multisettoriali, per intensificare la sensibilizzazione dei diversi *stakeholder* al problema delle disuguaglianze e condividere le buone pratiche già sperimentate.

L'attenzione si è concentrata, da un lato, su soggetti con una responsabilità diretta o strumentale sulle politiche (come i Ministeri, la Conferenza delle Regioni e le associazioni degli Enti locali, oltre agli Enti e alle Agenzie nazionali) e, dall'altro, su organizzazioni "ombrello" che hanno compiti di rappresentanza di diverse categorie dalle imprese ai sindacati, dal terzo settore alle associazioni professionali e scientifiche. La consultazione si è sviluppata tra il 2015 e 2016 e ha coinvolto più di 100 interlocutori (40% del mondo sanitario, 20% di quello non sanitario e 40% degli enti strumentali).

Le consultazioni hanno permesso di rendere questi interlocutori più informati e consapevoli riguardo alle disuguaglianze di salute e all'impatto che le politiche adottate nei propri settori di competenza potrebbero avere. Inoltre, tutti gli attori coinvolti hanno avuto la possibilità di condividere le proprie esperienze con particolare riferimento alle buone pratiche potenzialmente replicabili e proporre suggerimenti per la costruzione di un piano di azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute.

1.1.3. Il contrasto alle disuguaglianze di salute nel PRP della Sicilia 2014-2019

In Sicilia, il Piano regionale della prevenzione (PRP) 2014-2019 adotta un approccio di sanità pubblica che garantisce equità e contrasto alle disuguaglianze. È la prima volta che questo elemento è inserito nella *vision* del Piano: il precedente Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 non si era dotato di un approccio sistematico contro le disuguaglianze, rischiando in tal modo di crearle o aumentarle come effetto dei progetti dei PRP.

I macro-obiettivi di questo Piano sono stati individuati in base alle priorità d'intervento definite dal livello centrale: rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili è una di queste priorità. Questa scelta si implementa sia come lotta alle disuguaglianze sia come messa a sistema di interventi (magari già offerti in modo diseguale) per la prevenzione di disabilità.

Per ridurre le conseguenze delle disuguaglianze sociali sulla salute occorre intervenire con azioni e politiche, sanitarie e non, capaci di interrompere i vari meccanismi che le innescano, ovvero:

1. il contesto economico e sociale e le politiche di sviluppo e *welfare* sono i principali corresponsabili della posizione sociale a cui ogni persona approda nella sua vita: dalla posizione sociale dipende il grado di controllo che la persona ha sulla propria vita;
2. a sua volta la posizione sociale influenza la probabilità di essere esposto ai principali fattori di salute fisica e mentale, tra i quali: i fattori di rischio legati all'ambiente dove le persone risiedono e lavorano (chimici, biologici, fisici ed ergonomici); i fattori di rischio psicosociali, ovvero lo squilibrio tra quello che si esige da una persona e il grado di controllo che essa ha sul proprio lavoro, tra la remunerazione e le richieste, il grado di supporto e coesione di cui la persona fa esperienza nelle quotidiane condizioni di vita e di lavoro, gli stili di vita insalubri, come il fumo, l'alcool, l'obesità, l'inattività fisica, la cattiva alimentazione;
3. le limitazioni all'accesso alle cure appropriate;
4. inoltre la posizione sociale influenza anche la vulnerabilità agli effetti sfavorevoli sulla salute dei suddetti fattori di rischio; in molti casi le persone di bassa posizione sociale esposti allo stesso fattore di rischio manifestano effetti sfavorevoli sulla salute più severi di quanto non succeda alle persone di alta posizione sociale;
5. infine, i gruppi più svantaggiati hanno meno risorse per far fronte o prevenire le conseguenze sociali dell'esperienza di malattia. Si pensi al rischio di impoverimento per le spese sanitarie o di difficoltà di carriera lavorativa in presenza di una malattia propria o di un familiare.

1.1.4 Le prospettive future: Il Piano della Prevenzione 2020-2025

Le disuguaglianze sociali restano pertanto il principale determinante delle differenze geografiche nella salute e nella sanità del Paese e nella nostra regione in particolare. Tale relazione, ormai ampiamente testimoniata in numerosi contesti territoriali a livello nazionale ed internazionale, chiama in causa la necessità di un più ampio approccio economico e politico alla salute pubblica basato sulla conoscenza teorica ed empirica della interazione tra relazioni sociali, sviluppo economico, politiche pubbliche e salute.

Il 25 settembre 2015, le Nazioni Unite hanno approvato l'Agenda Globale per lo sviluppo sostenibile e i relativi 17 Obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals* SDGs), articolati in 169 *Target* da raggiungere entro il 2030.

È stato espresso un chiaro giudizio sull'insostenibilità dell'attuale modello di sviluppo, non solo sul piano ambientale, ma anche su quello economico e sociale. Tutti i Paesi sono chiamati a contribuire allo sforzo di portare il mondo su un sentiero sostenibile, senza più distinzione tra Paesi sviluppati, emergenti e in via di sviluppo, anche se evidentemente le problematiche possono essere diverse a seconda del livello di sviluppo conseguito. Ciò vuol dire che ogni Paese deve impegnarsi a definire una propria strategia di sviluppo sostenibile che consenta di raggiungere gli obiettivi prefissati, rendicontando sui risultati conseguiti all'interno di un processo coordinato dall'ONU.

A undici anni dalla scadenza del 2030, i Paesi più ricchi del pianeta, ossia gli Stati membri dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), risultano più avanti sui temi dello sviluppo sostenibile, ma restano comunque diverse le noti dolenti che rendono difficile il percorso che porta al 2030.

Un problema è dato dalle politiche che fino a ora sono state messe in campo per le disuguaglianze: c'è ancora tanto da fare per la parità nell'istruzione (in tutta l'OCSE, il 14% dei giovani non studia, non lavora e non si forma), per le "donne leadership" (i posti manageriali sono ancora occupati per la grossa maggioranza dagli uomini, le donne detengono in media meno di un terzo dei seggi nei parlamenti nazionali), e per la lotta alla povertà (circa il 14% della popolazione OCSE vive in povertà relativa, ha difficoltà nella fruizione di determinati beni e servizi necessari a vivere una vita dignitosa).

Se guardiamo all'Italia, il nostro Paese, pur ricevendo buone valutazioni su salute e benessere, risulta ancora indietro per quanto riguarda l'educazione, la lotta alla povertà, lavoro dignitoso e crescita economica equa e inclusiva. In generale, l'Italia ha ancora molto da lavorare per mettersi al passo con l'Agenda.

Il sistema sanitario dal canto suo può giocare un ruolo nel determinare il grado di disuguaglianza socioeconomica nella salute all'interno della società: esso non costituisce quindi soltanto un insieme di “servizi di cura e prevenzione delle malattie”, ma anche una base importante di redistribuzione della ricchezza e di lotta alla povertà.

Volendo provare a suggerire alcune possibili strategie future finalizzate ad una maggiore equità e giustizia sociale, le politiche di prevenzione dovrebbero focalizzarsi su gruppi di popolazione socialmente disagiati, così come l'organizzazione di *screening* per diverse patologie, con l'inserimento della popolazione bersaglio all'interno di percorsi diagnostici e terapeutici di qualità controllata, potendo così rappresentare un efficace strumento riequilibratore.

Naturalmente, la lotta al contrasto delle disuguaglianze nella salute deve prevedere strategie intersettoriali, attraverso la stretta cooperazione di tutte le istituzioni, le organizzazioni, i portatori di interesse e i cittadini competenti delle comunità interessate ai mutamenti.

1.1.5 Aspetti di equità nelle malattie emergenti: l'esperienza dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale durante l'epidemia Covid-19 in Sicilia

(a cura di Achille Cernigliaro, Antonello Marras, Salvatore Scondotto.)

Con l'adozione degli obiettivi internazionali di sviluppo sostenibile del 2015 sono stati stabiliti gli ambiti di intervento per la riduzione delle disuguaglianze all'interno dei Paesi a favore del conseguimento di servizi sostenuti da livelli sempre più elevati di equità. Pertanto anche nel nostro Paese sono stati avviati percorsi di identificazione e pianificazione di interventi, di comprovata efficacia che, ancora oggi, continuano a richiedere una comprensione sempre più approfondita e dettagliata dei meccanismi che generano aspetti di disuguaglianza negli specifici contesti territoriali a garanzia della tutela della salute dei cittadini in un'ottica di equità. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'equità come l'assenza di disuguaglianze evitabili o rimediabili tra gruppi di persone, che sono definiti in base a caratteristiche sociali, economiche, demografiche o geografiche.

La disuguaglianza nella salute riguarda tutte quelle differenze tra cui anche il genere e le classi d'età che insistono tra le persone o tra gruppi di popolazione che condizionano l'accesso alle risorse e ai servizi, a partire dalla prevenzione, fino alla diagnosi e alla cura, che possono compromettere il mantenimento di adeguati livelli di salute o il raggiungerne di determinati livelli di esiti. Oltre al genere e all'età, le caratteristiche delle singole persone, o dei gruppi di popolazione, che possono produrre disuguaglianze nell'accoglienza e nel trattamento da parte dei servizi sanitari sono molteplici e includono la provenienza geografica, il gruppo etnico, la cittadinanza, lo *status* giuridico, la condizione socioeconomica individuale e di contesto, le abilità fisiche e psichiche, l'orientamento sessuale, la fede e l'appartenenza religiosa, i comportamenti e le convinzioni personali e, non ultimo, la conoscenza della lingua. L'impatto che questi aspetti di un individuo o di un gruppo hanno sull'organizzazione dei servizi sanitari comporta la necessità di mettere a punto strategie e strumenti in grado di garantire che il principio di equità sia distribuito a tutti i livelli e a tutte le articolazioni aziendali già a partire dagli aspetti della prevenzione. Nell'ambito degli ultimi Piani della Prevenzione, già a livello

nazionale è stata evidenziata l'esigenza di porre l'attenzione sulla pianificazione e l'attuazione di interventi che potessero essere generalizzati alla popolazione ma che fossero al contempo dotati di una particolare attenzione al rafforzamento delle misure proprio in quegli ambiti dove maggiormente sono espresse condizioni di svantaggio sociale. Anche l'ultimo Piano Regionale della Prevenzione in Sicilia ha posto una certa attenzione a questi temi caratterizzandolo come uno degli aspetti innovativi rispetto alle precedenti programmazioni in tema di prevenzione. Il rafforzamento dei temi delle disuguaglianze è rivolto non soltanto alla valutazione della distribuzione delle differenze socioeconomiche individuali e di contesto legate prevalentemente alle risorse, ma anche a quegli ambiti che esplorano le disuguaglianze più prettamente sociali come gli aspetti della fragilità nelle persone avanti con le età e le disuguaglianze di genere. Nell'ambito delle differenze di genere con il recepimento del Documento Nazionale che pone l'attenzione ai diversi ambiti della settore medico proprio in riferimento agli approcci da tenere conto in funzione delle due diverse strutture della popolazione, il Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologo ha consolidato e sviluppato le esperienze a sostegno della programmazione e degli interventi vista con le lenti dell'equità tra gli uomini e le donne. L'esperienza maturata all'interno del trascorso Piano della Prevenzione nell'ambito delle differenze sociali ha permesso di consolidare percorsi che sono diventati oramai strutturati e che sono diventati parte integrante dei diversi approcci sulla salute. La sopraggiunta esplosione dell'epidemia da SARS COV2 nel nostro Paese, che ha successivamente coinvolto la nostra Regione, proprio in chiusura dell'ultimo Piano Regionale della Prevenzione, ha visto il realizzarsi di un approccio sistemico di tutti gli ambiti del settore sanitario, a partire da quello della prevenzione, mettendo in campo attività e risorse che sono risultate di pronto aiuto agli Operatori. Sono state poste quindi le basi per il consolidamento ulteriore delle esperienze pregresse per la migliore gestione dell'epidemia sul nostro territorio tenendo conto delle possibili differenze sociali nella popolazione. In un'ottica di attenzione per la salute dei gruppi di popolazione fragili il Dipartimento ha curato la traduzione e la diffusione di un documento prodotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità volto alla gestione clinica dei soggetti con infezione respiratorie acute di grado severo, qualora fosse sospetta un'infezione da virus SARS CoV2. Gli aspetti del

documento, del quale il Dipartimento attraverso l'opera di traduzione dei contenuti si è fatto carico, includevano non soltanto quelli relativi alla popolazione generale, ma anche di quei gruppi di popolazione a maggiore vulnerabilità per i quali possono esistere differenze sugli esiti di salute, qualora non adeguatamente posti all'attenzione. Il documento comprende le raccomandazioni per la popolazione generale ma scende anche nel particolare rispetto alle persone anziane e alle donne in gravidanza, parto e puerperio. Il documento è stato pensato e destinato alla classe medica coinvolta nella cura di pazienti adulti, di donne in gravidanza e di soggetti in età pediatrica con, o a rischio di, infezione respiratoria acuta di grado severo (SARI) quando si sospetta un'infezione virale che possa generare la malattia COVID-19 (Figura 1). Non ha avuto lo scopo di sostituire il giudizio clinico o la consultazione specialistica, ma piuttosto quello di consolidare e rafforzare la gestione clinica di questi pazienti ponendo gli accenti su alcuni gruppi di popolazione per i quali risulta necessario una differenziazione dell'approccio. L'aggiornamento della guida, diffusa sul territorio regionale, oltreché poi su quello nazionale, ha incluso tutte le migliori pratiche per la prevenzione e il controllo dell'infezione, il triage e le cure di supporto, ottimizzate, proprio in funzione delle diverse fasce della popolazione con le sue relative specificità e vulnerabilità.

Gestione clinica dell'infezione respiratoria acuta severa (SARI) quando si sospetta la malattia COVID-19

Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected

Linee Guida *ad Interim*
13 marzo 2020

Figura 1- Documento OMS sulla gestione clinica dei pazienti con sospetta malattia COVID-19 (linee guida)

Sempre nell'ambito della malattia Covid19 per infezione da Virus SARS COV2 è stato possibile evidenziare come anche in Sicilia la diffusione del virus così come in altre Regioni ha acquisito un carattere epidemico, sebbene le norme sul distanziamento sociale siano intervenute sul territorio in un momento in cui

l'epidemia non era particolarmente diffusa, determinandone un maggiore effetto di clusterizzazione rispetto a quanto non è stato registrato in altri contesti regionali. L'Osservatorio Epidemiologico Regionale, di concerto con i Servizi sanitari territoriali e le Istituzioni nazionali ha curato fin da subito il monitoraggio dell'epidemia nella popolazione Siciliana, valutandone al contempo gli effetti della diffusione e dell'occorrenza anche in termini di efficacia degli interventi costituiti dalle diverse norme di contenimento che frattanto si andavano applicavano alla popolazione.

Uno degli aspetti che sono stati curati nell'ambito della Sorveglianza epidemiologica è stata la mortalità per Covid19. L'indagine rappresenta una fotografia dell'occorrenza di questo esito di salute nella popolazione residente in Sicilia e rappresenta parte di una indagine che risulta ancora in itinere, presentando pertanto dei dati preliminari non ancora consolidati che nel tempo potrebbero portare sostanziali modifiche delle considerazioni e conclusioni che oggi sulla base della disponibilità delle evidenze possono essere avanzate. L'analisi ha evidenziato alcuni effetti dell'occorrenza della mortalità in funzione dei diversi gruppi della popolazione, aggiornando il dato al 6 maggio 2020. In Sicilia sono stati registrati 254 decessi positivi a COVID-19. La distribuzione della proporzione della mortalità per genere ha evidenziato una maggiore mortalità tra gli uomini (56%).

L'età media dei pazienti positivi e deceduti per la malattia COVID-19 è stata di 77,9 anni, più elevata di 23,2 anni rispetto a quella del totale dei soggetti che hanno contratto l'infezione. Anche la distribuzione della mortalità ha evidenziato un incremento della mortalità con l'avanzare dell'età in entrambi i generi. (figura 2) Questi dati hanno messo in evidenza ed hanno ulteriormente confermato quanto riportato in letteratura, e cioè che la fascia delle persone anziane rappresenta una fascia più vulnerabile per l'occorrenza della malattia e della relativa mortalità. Pertanto, nelle more della messa a sistema di ulteriori strumenti di prevenzione, deve essere posta attenzione a preservare questo gruppo di popolazione dal possibile contagio attraverso il potenziamento delle misure di prevenzione che sono state poste in essere e basate principalmente sul distanziamento sociale.

Si è osservato, inoltre, una differenza di genere nell'occorrenza dei decessi nella popolazione. Gli uomini presentavano una mortalità più anticipata rispetto alle donne, con una differenza tra le medie di 5,3 anni.

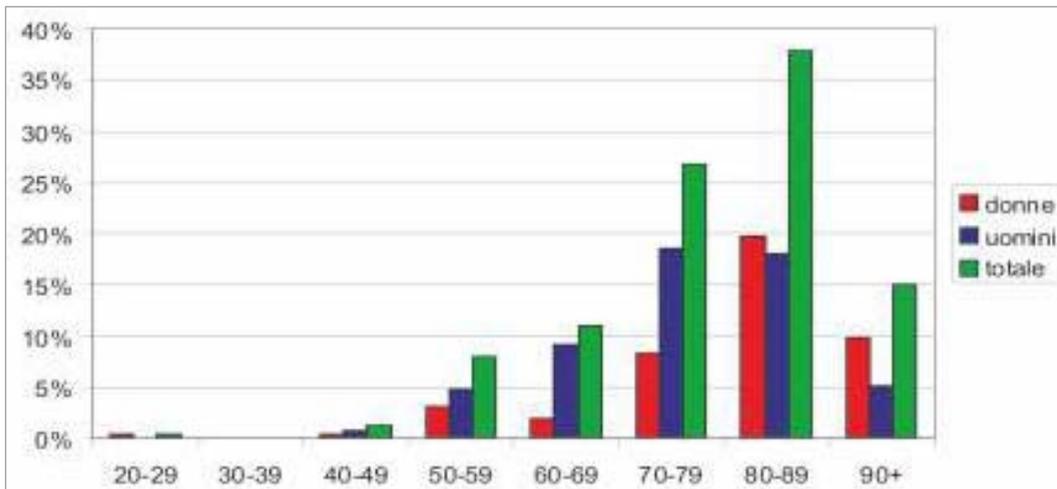


Figura 2- Documento OMS sulla gestione clinica dei pazienti con sospetta malattia COVID-19 (linee guida)

L'analisi dei dati di mortalità per Covid-19 ha permesso di evidenziare come le preesistenti comorbidità nella popolazione rappresentano, così per alti esiti di salute, un ulteriore fattore di rischio per la mortalità.

I dati regionali hanno confermato quanto riportato in altri contesti per questo aspetto evidenziando tuttavia una sfumata differenza di genere (rapporto cronici/non cronici: uomini 1,20; donne 1,22). (figura 3)

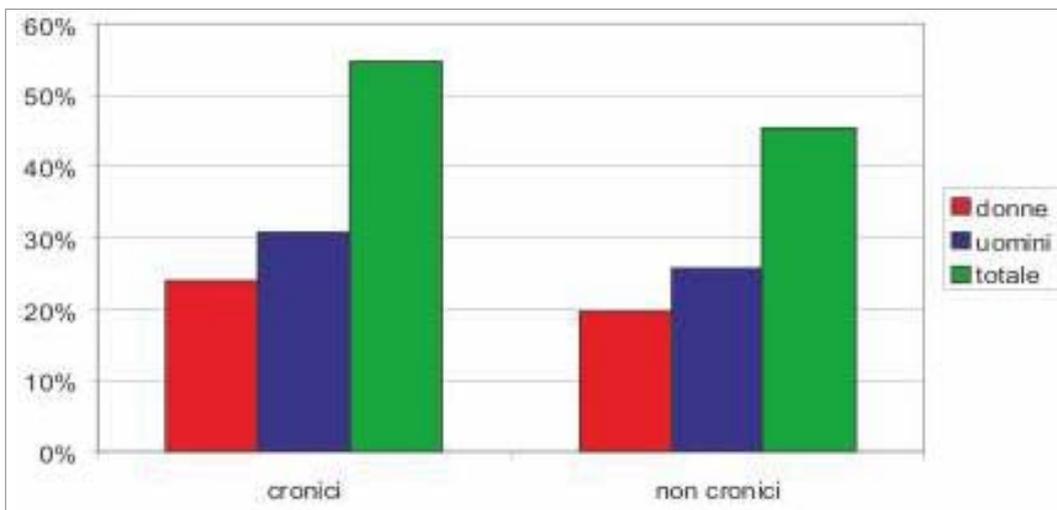


Figura 3. Distribuzione per genere della pregressa condizione di comorbidità nei residenti in Sicilia e deceduti per malattia Covid-19.

Dalle diverse condizioni di comorbidità pregressa nei deceduti in Sicilia non sono stati osservati sostanziali differenze di genere, fatta eccezione per le malattie renali e per quelle neurologiche che sembrano avere un peso maggiore tra le donne. (figura 4) In generale la distribuzione proporzionale delle comorbidità sembra disallinearsi rispetto alla proporzione delle comorbidità nella popolazione residente.

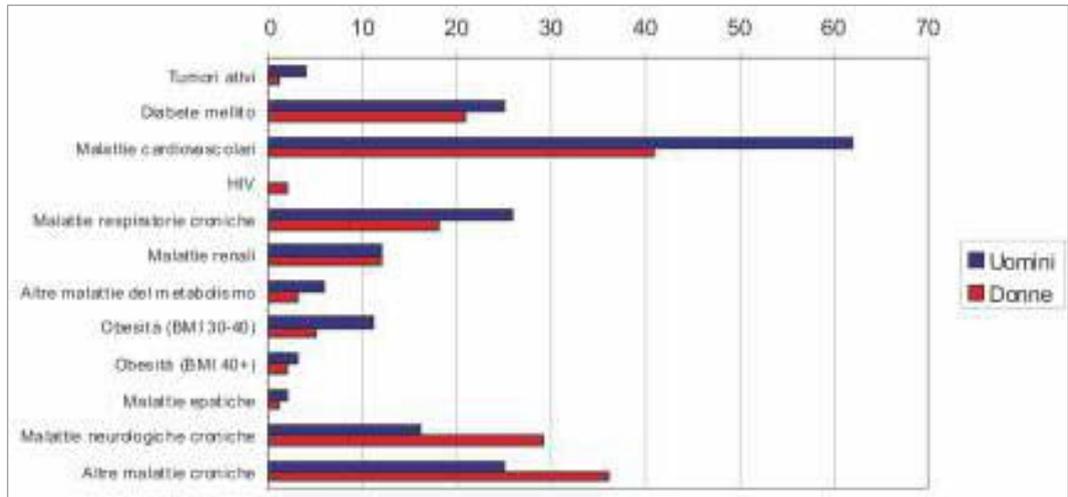


Tabella 4 – Distribuzione per genere della proporzione delle principali comorbidità preesistente alla diagnosi di malattia Covid-19 nei soggetti deceduti e residenti in Sicilia

Queste ulteriori evidenze hanno dimostrato come le Istituzioni pubbliche che operano nell'ambito della salute devono mantenere alta l'attenzione sugli aspetti dell'equità quando si pianificano e si mettono in campo interventi sulla popolazione. Anche la gestione delle disuguaglianze nelle nuove emergenze sanitarie deve essere tenuta in considerazione, perché richieste vuoi dalle caratteristiche intrinseche della malattia che può tendere a evidenziare diversi livelli di esiti di salute in funzione delle diverse caratteristiche della popolazione, vuoi perché gli accessi alla prevenzione, diagnosi e cura anche nelle malattie emergenti possono non essere ugualmente distribuite e rese disponibili. Conoscere e concentrarsi sui possibili meccanismi generativi che portano a differenziare l'utenza nell'accesso ai servizi e a diventare potenziali disuguaglianze di salute diventa quindi necessario. L'attenzione ai meccanismi generativi e alle sue possibili declinazioni si riflette sulla scelta degli

indicatori da considerare per la valutazione. Ragionare in termini di equità non deve quindi essere qualcosa di aggiuntivo rispetto a quanto non avviene già nella programmazione dei servizi ma deve rappresentare il corretto approccio nei confronti della popolazione.

L'equità è un'occasione sia per esplicitare un meccanismo di ragionamento e di scelta da applicare nella programmazione e nella organizzazione dei servizi sanitari, sia per superare il pregiudizio che l'offerta di servizi sia già universalistica. Approcciare la salute in un'ottica di equità non solo verso le malattie delle quali si conosce a fondo la loro storia clinica ma anche rispetto a quelle dove ancora le evidenze non sono del tutto consolidate, apre una prospettiva che, non appena generata e dichiarata, non può più essere ignorata.

Pertanto l'obiettivo di un processo di valutazione degli aspetti di salute e delle conseguenti priorità di scelta negli interventi in un'ottica di disuguaglianze, per l'inserimento nei documenti programmatici, è quello di modificare e adeguare l'offerta sanitaria in modo sostenibile ed efficiente per l'organizzazione, progettando quindi azioni che tengano conto delle risorse esistenti e degli effettivi margini di miglioramento per un'efficacia di breve, medio e lungo periodo.

Bibliografia

- 1) Di Martino, M., 2008, *Le condizioni di salute della popolazione: un'analisi multilivello delle disuguaglianze sociali*. In: Conoscenza, Sviluppo Umano e Territorio. Atti della XXIX Conferenza scientifica annuale dell'Associazione Italiana di Scienze Regionali. Bari, 24-26 settembre, 2008.
- 2) Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali AGENAS, 2008, *Approfondimenti sull'indagine multiscopo Istat salute 2005*, I quaderni di Monitor, 3° Supplemento al numero 22, Roma.
([Http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/5_ISTAT_salute_2005.pdf](http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/5_ISTAT_salute_2005.pdf)).
- 3) Mackenbach JP et al, *Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries*, N Engl J Med. 2008;358(23):2468-81.
- 4) Cernigliaro, A., Pollina Addario, S., Dardanoni, G., Scondotto, S. (2009) *L'esperienza della Sicilia nella costruzione e nell'uso di un indice sintetico di posizione socioeconomica per la stima della salute nella popolazione*, in Costa G., Cislighi C., Caranci N. (a cura di) *Le disuguaglianze sociali di Salute. Problemi di definizione e di misura*, Salute e Società, VIII(1), Franco Angeli, Milano.
- 5) Commissione europea. Comunicazione “*Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Ue*” (Commissione europea, 2009).
- 6) Perucci, C.A. (2010) *Disuguaglianze di salute e condizioni socio-economiche*. Enciclopedia Treccani, XXI secolo,
[Http://www.treccani.it/enciclopedia/diseguaglianze-di-salute-e-condizioni-socioeconomiche_%28XXI-Secolo%29/](http://www.treccani.it/enciclopedia/diseguaglianze-di-salute-e-condizioni-socioeconomiche_%28XXI-Secolo%29/).
- 7) Review of social determinants and the health divide in the WHO Europe Region: final report. WHO 2013.
- 8) Marinacci C, Maggini M. *Lo stato delle diseguaglianze di salute in Italia*. In: Costa G et al. *L'equità nella salute in Italia*. Edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014.
- 9) Di Monaco R., Pilutti S. *Le azioni di correzione nel senso dell'equità delle politiche non sanitarie*. In: Costa G, Bassi M., Gensini GF, Marra M et al. (a cura di). *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014: 137-165.

- 10) Spadea T, Agabiti N, Bargagli AM, Davoli M. *Il ruolo della sanità nella generazione o moderazione delle disuguaglianze di salute: il governo clinico*. In: Costa G, Bassi M., Gensini GF, Marra M et al. (a cura di), *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014: pp. 188-223.
- 11) Costa G, Crialesi R, Migliardi A, Gargiulo L, Sebastiani G, Ruggeri P, Menniti Ippolito F (a cura di). *Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini Istat sulla salute*. Roma 2016, Rapporti ISTISAN 16/26.
- 12) Istat Rapporto BES 2016 Il benessere equo e sostenibile in Italia, Roma 2016 Istituto Nazionale di Statistica.
- 13) Ministero della Salute, *L'Italia per l'Equità nella Salute*, Roma, 2017.
- 14) Regione Lombardia, *Contrastare le disuguaglianze e promuovere equità nei programmi di prevenzione: strumenti, pratiche e alleanze dell'esperienza lombarda*. Milano, 2018.
- 15) Costa G. (a cura di). *Cosa sappiamo della salute disuguale in Italia?*
[Http://www.disuguaglianzedisalute.it/?p=2616](http://www.disuguaglianzedisalute.it/?p=2616), ultimo accesso 16 maggio 2019.
- 16) <https://www.disuguaglianzedisalute.it/>.
- 17) www.ministerodellasalute.it.
- 18) <https://www.retepromozionesalute.it/>.
- 19) <https://www.istat.it/it/dati-analisi-e-prodotti/microdati>.
- 20) <http://chrodis.eu/>.
- 21) <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1246>.
- 22) <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/>.

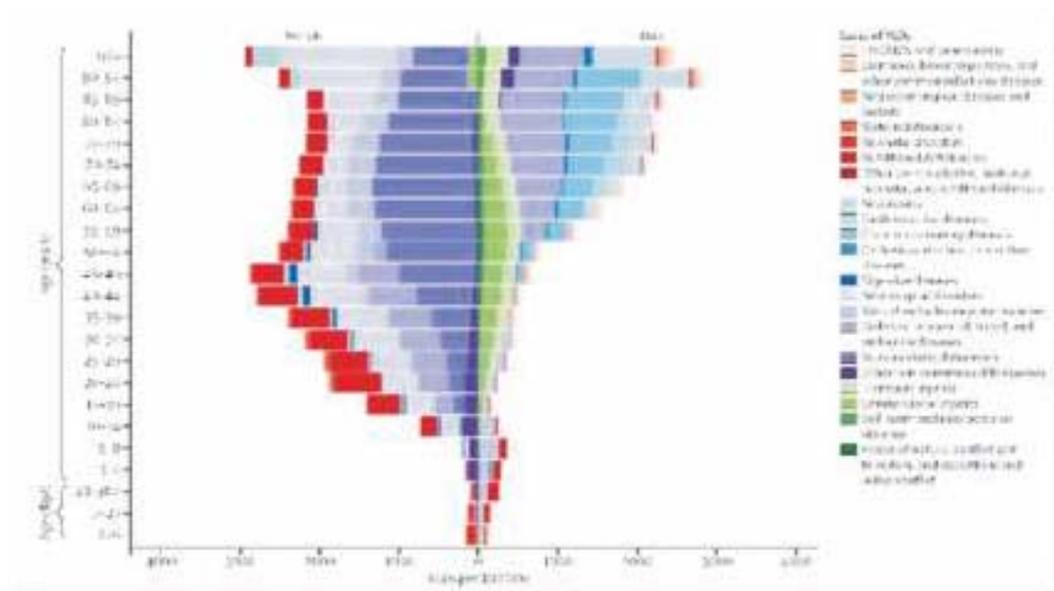
2. Promozione della salute e dei corretti stili di vita

(a cura di D. Segreto A. Costa, M. Fardella, M. Gallo, S. Palmeri, S. Siciliano, E. Alonzo)

2.1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili

Le Malattie croniche non trasmissibili (MCNT), rappresentate da malattie cardiovascolari, diabete, tumori e malattie respiratorie croniche, costituiscono la principale sfida di Sanità Pubblica (cfr. Global Burden Disease 2017¹), sia in termini di mortalità, invalidità e morbosità (DALY - anni di vita potenziali persi a causa di una morte prematura includendo gli anni di vita “sana” persi in virtù del cattivo stato di salute o di disabilità-Figura 1), che per la sostenibilità stessa dei sistemi sanitari .

FIGURA 1



La stessa definizione OMS di malattia cronica (“problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni”) fa chiaro riferimento all’impegno di risorse, umane, gestionali ed economiche, in termini sia di costi diretti (ospedalizzazione, farmaci, assistenza medica ecc.) che indiretti

(mortalità prematura, disabilità nel lungo termine, ridotta qualità di vita ecc.), necessarie per il loro controllo.

Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

In Europa si stima che le malattie croniche, nel complesso, siano responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa sanitaria valutabile intorno ai 700 miliardi di Euro per anno².

Si stima che i costi delle MCNT rappresentino il 70-80% del budget totale che i Paesi europei spendono per la salute, con aggravii difficilmente quantificabili, anche per le singole famiglie che impiegano importanti risorse per la cura e l'assistenza dei propri cari. In una simulazione (Atella, 2015)⁶ è stato valutato l'andamento della spesa complessiva per l'Italia in miliardi/anno, in confronto al tendenziale dell'andamento demografico, fino al 2050.

Nello studio si osserva come una riduzione della spesa sanitaria sia associata ad una riduzione delle prevalenze delle patologie cronico - degenerative. In particolare, si sottolinea come la presenza di un differenziale tra l'andamento osservato nel caso di ritardo di insorgenza delle patologie croniche di 20 anni rispetto l'andamento pure aging, è pari a 8 miliardi di euro circa.

Inoltre, adottare una politica di prevenzione che ritardi l'insorgenza di patologie di 10 anni, corrisponde al risparmio che si otterrebbe riducendole gradualmente del 40%.³ L'obesità, patologia ad andamento cronico e recidivante, definita dall'OMS come "condizioni di anormale o eccessivo accumulo di grasso corporeo che presenti un rischio per la salute"⁶, ha una eziologia multifattoriale particolarmente complessa, che annovera tra i suoi determinanti una dieta scorretta associata ad uno stile di vita sedentario. Il suo aumento epidemico associato alla sedentarietà, nonché l'aumento dell'aspettativa di vita (con la quale cresce parallelamente la probabilità di sviluppare tumori, malattie cardiovascolari e diabete) incrementa notevolmente la prevalenza di MCNT. Per tale motivo sovrappeso e l'obesità rappresentano una vera e propria emergenza sanitaria a livello mondiale, tanto che il contrasto all'obesità rientra tra i programmi prioritari Comunitari (*Ending Childhood Obesity*

*Implementation Plan*⁴) e Nazionali (Piano Nazionale Prevenzione 2014- 2019) ed il recente Global Burden of disease 2017¹ ribadisce l'importanza dell'alimentazione quale fattore di rischio prevenibile capace di contribuire al 40% dei Dalys (Figura 1). Pertanto nell'ultimo decennio sono stati approntati dall'OMS e dai Governi Nazionali differenti programmi per le strategie e politiche internazionali di contrasto alle MCNT basate, oltre che sul miglioramento dell'organizzazione e dell'efficacia delle cure, soprattutto sulla promozione dei corretti stili di vita e sul contrasto ai principali fattori di rischio delle MCNT: alimentazione scorretta, inattività fisica, fumo, consumo eccessivo di alcol¹.

2.1.1 Alimentazione

Gli studi scientifici dimostrano come una sana ed equilibrata alimentazione, caratterizzata dall'assunzione bilanciata dei vari nutrienti, costituisce elemento imprescindibile per ottenere e mantenere uno stato di salute ottimale, senza tralasciare la convivialità (mangiare è considerato uno dei piaceri della vita) che rappresenta un criterio base della Dieta Mediterranea, così come la frugalità (mangiare un po' di tutto ma in quantità adeguate), la stagionalità, sostenibilità, il giusto riposo e, ovviamente, il movimento.

Un Modello Alimentare equilibrato, basato sui principi della Dieta Mediterranea, prevede l'acquisizione di sane abitudini alimentari quotidiane, piuttosto che l'adesione alle attuali "mode" che propongono rigide diete prescrittive, spesso garantiste del "tutto e subito", che certo non aiutano la *self-efficacy* e l'empowerment del singolo consumatore, né tanto meno risultati stabili nel tempo.

Per tali motivazioni un corretto approccio deve fornire al consumatore le conoscenze base per poter diventare artefice delle proprie scelte alimentari, consapevolmente attuate; piuttosto che parlare di cibi "proibiti" o "miracolosi", bisogna privilegiare la rotazione delle differenti categorie di alimenti, comunque privilegiando gli alimenti posti alla base della Dieta Mediterranea (frutta, verdura, cereali integrali, pesce, l'olio extravergine di oliva, frutta secca)

La dieta di tipo mediterraneo, riconosciuta dall'UNESCO quale patrimonio immateriale dell'Umanità, sia per il suo valore culturale e sociale che per le sue caratteristiche di salubrità, rappresenta infatti un fattore protettivo per molte

patologie cronico degenerative, quali, ad esempio, le malattie cardiovascolari e tumorali. Un corretto stile alimentare contribuisce a costruire, rafforzare, mantenere in salute il corpo e a fornire l'energia quotidiana indispensabile al buon funzionamento dell'organismo. Una giusta alimentazione è dunque determinante per uno sviluppo fisico sano a partire dalla fase gestazionale, poi durante l'infanzia e nelle fasi successive della vita. Una nutrizione equilibrata è per esempio direttamente legata a una buona salute materno-infantile.

Una dieta bilanciata, combinata a uno stile di vita attivo, che preveda la pratica quotidiana di attività fisica, aiuta a mantenere un peso corporeo adeguato, permettendo una crescita sana e aiuta a prevenire il sovrappeso, l'obesità e molte malattie croniche degenerative (malattie dell'apparato cardiocircolatorio, metaboliche, tumori, etc).

Il rischio cardio e cerebrovascolare (ipertensione, scompenso cardiaco, aterosclerosi, etc) è infatti fortemente influenzato dal tipo di alimentazione; riduci pertanto i grassi di origine animale e il sale aggiunto agli alimenti sia durante la cottura che prima del consumo, sostituendolo magari con spezie ed erbe aromatiche e facendo attenzione al sale contenuto nei cibi confezionati. Ricordati comunque di utilizzare sale iodato piuttosto che sale comune da cucina. Riduci anche l'apporto di carni rosse processate perché esiste un'associazione diretta tra un loro consumo eccessivo e il rischio di tumori.

Prenditi cura di te, mangia sano

Mangiar sano in allegria ed essere consapevoli di ciò che si ha nel piatto è importante quanto il modo di mangiare.

Fare la spesa con consapevolezza, dedicare il giusto tempo alla preparazione ed al consumo dei pasti, e condividere il momento del pasto sono infatti tutti elementi che hanno un impatto diretto sulla nostra alimentazione.

Il modo più efficace per garantire un apporto adeguato di nutrienti è quello di variare il più possibile le proprie scelte alimentari, così come indicato dalle Nuove Linee Guida per la Sana Alimentazione⁵.

Le principali indicazioni in esse contenute riguardano:

Controlla il peso e mantieniti attivo;

Più è Meglio

- Più frutta e verdura;
- Più cereali integrali e Legumi;
- Bevi ogni giorno acqua in abbondanza;

Meno è Meglio

- Grassi: scegli quali e limita la quantità;
- Zuccheri, dolci e bevande zuccherate: meno è meglio;
- Il sale? Meno è meglio;
- Bevande alcoliche: meno è meglio;

Scegli la varietà, la Sicurezza e la Sostenibilità

1. Varia la tua alimentazione: come e perché;
2. Attenti alle diete e all'uso degli integratori senza basi scientifiche;
3. La sicurezza degli alimenti dipende anche da te;
4. Sostenibilità delle diete: tutti possiamo contribuire

Le linee Guide⁵ forniscono inoltre chiare indicazioni su frequenze di consumo e porzioni standard, indicando come variare la propria alimentazione:

9. VARIA LA TUA ALIMENTAZIONE - COME E PERCHÈ

COME COMPORTARSI

- Scegli quantità adeguate (porzioni) di alimenti appartenenti a tutti i diversi gruppi, alternandoli nei vari pasti della giornata.
- Alterna, all'interno dello stesso gruppo e/o sottogruppo, tutte le diverse tipologie di alimenti.
- Evita di stare a digiuno a lungo: anche un frutto può restituirti energia. Questo non perché un breve digiuno faccia male, ma perché se passa troppo tempo tra un pasto e l'altro, anche se non ce ne accorgiamo, si abbassa molto l'attenzione e la capacità di concentrazione. Spezziamo il digiuno anche mediante piccoli spuntini non impegnativi.
- Evita la fretta, ad esempio mangiando davanti al computer. Approfitta per fare una pausa vera. Mangiare alla scrivania induce a consumare di più nel corso della giornata, aumentando il rischio di eccesso di peso. Invece chi mangia a tavola o in un posto dedicato diverso dalla scrivania ha più coscienza degli alimenti che ha mangiato.
- Aumenta la varietà e la quantità degli alimenti di origine vegetale. Abituati a consumare anche più tipi di verdura e frutta nello stesso pasto.
- Riduci il consumo di carne.
- Fai attenzione alle quantità consumate anche nei consumi fuori casa.
- Fai tutti i giorni un'adeguata prima colazione.
- Diversifica le scelte alimentari anche per ragioni di sicurezza. La monotonia nella selezione di cibi può comportare anche il rischio di ingerire ripetutamente sostanze indesiderate.

Nuove Linee Guida per una Sana Alimentazione Crea 2018

2.1.2 Attività Fisica

In tutto il mondo, 1 adulto su 4 e 3 adolescenti su 4 (di età compresa tra 11 e 17 anni), non svolgono attività fisica secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)³. In alcuni paesi, i livelli di inattività possono arrivare fino al 70%, a causa del cambiamento dei modelli di trasporto, dell'aumento dell'uso della tecnologia e dell'urbanizzazione. Nella maggior parte dei paesi, ragazze, donne, anziani, gruppi svantaggiati, persone con disabilità e malattie croniche hanno minori opportunità di essere fisicamente attivi⁴.

Secondo l'OMS, per "attività fisica" s'intende "qualunque movimento determinato dal sistema muscolo-scheletrico, che si traduce in un dispendio energetico superiore a quello delle condizioni di riposo".

Il concetto di attività fisica è, quindi, molto ampio: esso comprende tutte le forme di movimento che vengono realizzate nei vari ambiti di vita: attività fisica lavorativa, non lavorativa (es. cura del giardino, lavori domestici, ecc.), di trasporto (es. spostamenti casa-lavoro), di tipo ricreazionale (svolta per divertimento, per socializzare, per allenarsi)⁵.

In età adulta i benefici per la salute derivanti dall'attività fisica comprendono un minor rischio di contrarre malattie croniche - quali malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione arteriosa, alcune forme di tumore come quello al seno, alla prostata e al colon - e il miglioramento della mineralizzazione ossea in età giovanile, che contribuisce alla prevenzione di osteoporosi⁶.

L'attività fisica migliora la funzione digestiva e la regolazione del ritmo intestinale, è un fattore determinante per il dispendio energetico ed è quindi essenziale ai fini del controllo del peso corporeo⁶. Riduce lo stress e l'ansia, migliora la qualità del sonno e l'autostima. Le persone fisicamente attive usano meno farmaci, hanno ricoveri più brevi in ospedale e vanno meno spesso dal medico. L'attività e l'esercizio fisico costante apportano benefici anche nel trattamento delle dipendenze da nicotina, alcol o droghe, sia nell'allungamento dei tempi di astinenza sia nella riduzione dei sintomi e degli stati ansioso/depressivi⁶.

L'attività fisica ha ampiamente dimostrato di avere effetti positivi anche sul benessere psicologico delle persone. L'esercizio aerobico riduce l'ansia e il senso di affaticamento e migliora il tono dell'umore. Può rallentare il declino cognitivo, soprattutto perché modifica il rischio cerebrovascolare, e ha un effetto neuro-

protettivo, diminuendo quindi il rischio di demenza in tarda età. Cosa succede a un gruppo di giovani adulti sani se sono costretti a condurre una vita sedentaria anche solo per una settimana? Il loro umore ne risente e in qualche caso mostrano sintomi di depressione. Tutto però torna nella norma quando si permette loro di fare nuovamente attività fisica⁷.

Quindi l'attività fisica e la riduzione del comportamento sedentario hanno un effetto sinergico in grado di migliorare la salute sia fisica sia psicosociale.

- 1) *Migliora l'umore*
- 2) *Riduce il rischio di Cancro*
- 3) *Riduce il rischio di Malattie cardiache*
- 4) *Aiuta a Perdere peso più velocemente*
- 5) *Previene il Diabete e aumenta la sensibilità all'insulina*
- 6) *Stimola la Creatività*
- 7) *Aumenta le difese immunitarie*
- 8) *Migliora la performance cardiaca*

Interagire con il proprio ambiente attraverso le varie forme di movimento, a tutte le età, contribuisce in modo significativo a preservare lo stato di salute inteso, nell'accezione dell'OMS, come stato di benessere fisico, psichico e sociale.

Esiste un legame diretto tra la quantità di attività fisica e la speranza di vita, ragione per cui le popolazioni fisicamente più attive tendono a essere più longeve di quelle inattive³.

Per le persone vulnerabili o con situazioni di disagio sociale o mentale, l'attività e l'esercizio fisico possono rappresentare uno strumento attraverso cui veicolare messaggi inerenti i temi di salute, in un'ottica integrata di promozione della salute fisica, psichica e sociale, e facilitare il superamento di problematiche socio-comportamentali ai fini del reinserimento sociale.

Attività sportive di squadra e attività di espressione corporea permettono non solo un maggior benessere psicofisico e l'acquisizione di abilità motorie, ma costituiscono una occasione di socializzazione e di responsabilizzazione⁶.

L'acquisizione di comportamenti sportivi (*fairplay*), può facilitare e migliorare il reinserimento sociale dell'individuo, che diviene in grado di acquisire un modello di vita basato su regole e ruoli condivisi dalla società.

2.1.3 Fumo

Tra i fattori di rischio che concorrono maggiormente alla perdita di anni vita in buona salute, un posto di primo piano spetta sicuramente al fumo di tabacco, riconosciuto dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) come uno dei più gravi problemi di salute pubblica al mondo⁸. Dei quattro fattori individuati dal programma Guadagnare Salute, il fumo è sicuramente quello che viene percepito maggiormente come un rischio anche dagli stessi fumatori. La dipendenza dovuta alla nicotina contenuta nelle sigarette costituisce l'ostacolo principale per chi intende smettere di fumare, ma giocano un ruolo importante anche fattori di natura psicologica e sociale.

Oltre al sesso e all'età, altri fattori che influenzano in maniera significativa la tendenza a fumare o meno sono la classe sociale e il livello di istruzione⁸.

All'interno della popolazione dei fumatori si possono individuare alcune categorie di soggetti che richiedono un'attenzione particolare come gli adolescenti, le donne in età fertile e i soggetti esposti al fumo passivo.

Le azioni normative degli ultimi anni, come il divieto di fumo nei locali pubblici, dimostrano che si può intervenire su fattori sociali, culturali ed economici per mettere il singolo nelle condizioni di rinunciare al fumo e di scegliere la salute.

Anche se smettere di fumare può non sembrare semplice è la scelta migliore per recuperare anni di vita in salute. Chi non fuma, infatti, ha un'aspettativa di vita di ben 10 anni superiore rispetto ai fumatori⁸. È quindi fondamentale provare a modificare un'abitudine dannosa per riabbracciare il benessere e vivere in salute.

Quando si fuma una sigaretta, nei polmoni si sprigionano più di 4000 sostanze chimiche. Tra le più pericolose c'è il catrame, le cui sostanze cancerogene si depositano nel polmone e nelle vie respiratorie, oltre a sostanze irritanti che favoriscono infezioni, bronchite cronica ed enfisemi.

Tra le sostanze tossiche e cancerogene c'è poi la nicotina, principio attivo responsabile del quadro di dipendenza. Il fumo da tabacco è causa di cancro, malattie cardiovascolari e respiratorie e ha un effetto negativo sul sistema riproduttivo sia dell'uomo che della donna, riducendo la fertilità⁸.

Non fumare rappresenta una scelta fondamentale per uno stile di vita salutare. Per chi fuma, smettere permette di migliorare il proprio stile di vita e di recuperare anni in buona salute. I benefici che si ricavano dalla cessazione sono di diversa natura: da quelli legati al miglioramento della forma fisica generale o alla diminuzione del

rischio di sviluppare patologie (come il cancro, le malattie cardiovascolari e quelle respiratorie) a benefici di natura estetica (come un alito più fresco, colorito più roseo e riduzione di borse ed occhiaie). Smettere di fumare consente anche un importante risparmio economico.

Gli ostacoli per chi vuole smettere di fumare sono spesso di natura psicologica e generalmente si tende a sopravvalutarli. Chi vuole provare ad abbandonare l'abitudine al fumo deve tenere conto di alcune informazioni:

- Il desiderio impellente della sigaretta dura solo pochi minuti e si può cercare di distrarsi con piccoli accorgimenti come masticare una gomma o una caramella, bere un bicchiere d'acqua, chiacchierare con qualcuno, fare una passeggiata;
- I sintomi dell'astinenza si attenuano già nella prima settimana;
- Già dopo 20 minuti dalla cessazione del fumo si ottengono i primi effetti benefici per l'organismo;
- Non è detto che smettere di fumare faccia per forza ingrassare. Un aumento di peso di circa 2-3 chilogrammi è possibile ma per limitare il problema è sufficiente cambiare gradualmente le proprie abitudini, riducendo per esempio la quantità di cibo per pasto. È importante anche bere molti liquidi, ridurre il consumo di alcolici, aumentare il consumo di frutta e verdura e il tempo dedicato all'attività fisica;
- Anche se fumare è considerato da molti un "piacere", chi smette recupera piaceri perduti come assaporare il vero gusto degli alimenti, sentire gli odori e respirare meglio;
- La sensazione di rilassamento che provoca il fumare, aspetto fondamentale per i fumatori nel decidere di continuare, è solamente dovuta all'effetto della nicotina sul cervello. Smettendo, già dopo una settimana dalla cessazione, si ha una "reale" sensazione di calma non accompagnata da un senso di mancanza e frustrazione;
- Anche dopo la cessazione può capitare di ricominciare a fumare. La ricaduta non deve scoraggiare ma può essere vista come un momento utile per conoscere e affrontare meglio i momenti critici.

2.1.4 Alcol

Il corpo umano è per lo più in grado di sopportare l'alcol senza evidenti danni, a patto che si rimanga entro i limiti di quello che si intende oggi come consumo moderato, vale a dire non più di 2-3 Unità Alcoliche (U.A.) al giorno per l'uomo e non più di 1-2 per la donna⁹.

Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico. L'equivalente calorico di un grammo di alcool è pari a 7 Kcal⁹.

L'abuso cronico di alcol è in grado di provocare una serie di danni a vari sistemi del nostro organismo, nonché gravi squilibri nutritivi e seri rischi di malnutrizione. Le carenze nutrizionali che ne derivano amplificano la tossicità dell'etanolo sui vari sistemi¹⁰.

A carico del sistema nervoso centrale e periferico l'alcol provoca varie manifestazioni cliniche, che vanno dalla neuropatia periferica al tremore, fino a stati più gravi di allucinazioni, psicosi, demenza. A carico del sistema digerente l'alcol può provocare gastriti acute e croniche, emorragie, ulcere, cirrosi epatica e danni al pancreas.

L'alcol agisce anche sul sistema cardiovascolare, contribuendo all'innalzamento della pressione arteriosa e facilitando la comparsa di vari tipi di cardiopatie¹¹.

L'alcol è, inoltre, coinvolto nell'aumento del rischio di insorgenza di vari tipi di tumore in diversi organi (soprattutto mammella, cavo orale, faringe e prime vie aeree, stomaco)¹¹.

È giusto però anche ricordare che, a quanto risulta da numerose ricerche, sembra che le persone abituate ad un regolare e moderato consumo di bevande a bassa gradazione alcolica (vino e birra) tendano a vivere più a lungo e a presentare una minore incidenza di alcune malattie croniche rispetto a chi non beve o a chi lo fa in maniera eccessiva¹².

False credenze sull'alcol¹⁰:

- Non è vero che l'alcol aiuti la digestione; al contrario la rallenta e produce ipersecrezione gastrica con alterato svuotamento dello stomaco;

- Non è vero che il vino faccia buon sangue; è vero invece che un abuso di alcol può essere responsabile di varie forme di anemia e di un aumento dei grassi presenti nel sangue;
- Non è vero che le bevande alcoliche dissetino ma, al contrario, disidratano: l'alcol richiede una maggior quantità di acqua per il suo metabolismo, e in più aumenta le perdite di acqua attraverso le urine, in quanto provoca un blocco dell'ormone antidiuretico;
- Non è del tutto vero che l'alcol ci riscaldi. In realtà la vasodilatazione di cui è responsabile produce soltanto una momentanea e ingannevole sensazione di calore che in breve, però, comporta un ulteriore raffreddamento del corpo e che, in un ambiente non riscaldato, aumenta il rischio di assideramento;
- Non è vero che l'alcol aiuti a riprendersi da uno *shock*: al contrario, provocando vasodilatazione periferica, determina un diminuito afflusso di sangue agli organi interni e soprattutto al cervello;
- Non è vero che l'alcol dia forza. Essendo un sedativo produce soltanto una diminuzione del senso di affaticamento e di dolore. Inoltre solo una parte delle calorie da alcol possono essere utilizzate per il lavoro muscolare;
- Non è vero che l'alcol rende sicuri. L'alcol disinibisce, eccita e aumenta il senso di socializzazione anche nelle persone timide salvo poi, superata tale fase di euforia iniziale, agire come un potente depressivo del sistema nervoso centrale;
- L'alcol non è una sostanza che protegge. Anche se alcune evidenze mostrano che minime quantità di alcol possono contribuire nei soggetti adulti e di sesso maschile a ridurre il rischio di mortalità cardiovascolare, è bene ricordare che alle stesse quantità consumate corrisponde un aumento del rischio di cirrosi epatica, alcuni tumori, patologie cerebrovascolari, incidenti sul lavoro, stradali e domestici. Le recenti Linee Guida Sulla Sana Alimentazione (CREA 2019), hanno inserito l'alcool tra gli alimenti "voluttuari", specificando che "SE non si beve, meglio continuare a non farlo; limitarsi alle quantità indicate, occasionalmente e durante i pasti; Mai alcol per bambini, adolescenti, allattamento e gravidanza"

2.2 Il Programma regionale della prevenzione per il contrasto alle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)

Il Programma Regionale di Promozione della salute a favore di soggetti a rischio di MCNT ha come scopo l'identificazione precoce e valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali (*empowerment* individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari.

L'obiettivo generale a cui guarda il programma regionale di Promozione della Salute in soggetti a rischio di MCNT è evitare o ritardare più possibile l'insorgenza di patologie cronico degenerative (diabete, cardiopatie, broncopneumopatie, neoplasie), puntando sulla efficacia degli interventi di Prevenzione Primaria.

Principi e priorità

La strategia per affrontare in termini di prevenzione e promozione della salute un nodo di problematiche così complesso e prioritario, si basa, sia a livello nazionale che regionale, sui seguenti punti:

- Affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società;
- Recepire gli obiettivi sottoscritti a livello internazionale;
- Mirare a ridurre il carico di malattia, garantire equità e contrasto alle disegualianze e rafforzare l'attenzione ai gruppi fragili;
- Promuovere una sistematica attenzione alla intersectorialità e alla trasversalità degli interventi;
- Investire sul benessere dei giovani in un approccio dal forte contenuto formativo e di empowerment e prevenzione primaria;

Dal punto di vista operativo si tratta di :

- Conoscere, monitorare, valutare fenomeni e processi;
- Promuovere stili di vita salutari a partire dai primi anni di vita e ancor prima della gravidanza;
- Promuovere ambienti più salutari di vita e lavoro (a partire dalla scuola);
- Facilitare comportamenti e scelte salutari;
- “*Empowerment*” dei cittadini e degli stakeholder;

- Migliorare l'organizzazione dei servizi sanitari.

La Regione Sicilia ha sviluppato il Macro Obiettivo 1 denominato “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili” all'interno del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019 articolandolo in 4 Programmi specifici:

- Programma Regionale FED (Formazione, Educazione, Dieta);
- Programma Regionale Promozione della Salute e lotta a Tabagismo, abuso di alcol, sedentarietà;
- Programma Regionale di Promozione della salute a favore di soggetti a rischio di MCNT;
- Programma di miglioramento degli *screening* oncologici.

Tutti i programmi, realizzati in differenti *setting* (scuola, lavoro *etc...*), sono stati portati avanti con la logica dell'intersettorialità.

2.2.1 Programma Regionale FED (Formazione, Educazione, Dieta)

L'Educazione Alimentare ha come finalità generale il miglioramento dello stato *di salute attraverso: la promozione di adeguate abitudini alimenti, l'eliminazione di comportamenti erranei, l'utilizzo di norme igieniche che garantiscono la sicurezza dell'alimento, l'efficace utilizzo delle risorse alimentari.*

Per contribuire alla riduzione dell'obesità e sovrappeso l'educazione alimentare necessita di messaggi univoci e condivisi; per far ciò la Regione Sicilia ha avviato il Progetto FED “*Formazione Educazione e Dieta*” (approvato con D.A. n° 02517/13), finalizzato ad uniformare le attività di promozione della Salute in materia di Educazione Alimentare coniugandole con la riscoperta della Dieta Tradizionale Siciliana. Gli obiettivi del Progetto FED sono principalmente costituiti da:

a) incentivazione della consapevolezza del rapporto tra alimento e salute; b) sviluppo di una coscienza alimentare personale e collettiva; c) diffusione di sane abitudini alimentari; d) promozione della conoscenza del sistema agroalimentare in rapporto alle risorse, all'ambiente ed alla società; e) radicazione dei principi etici e di quelli legati alla tradizione ed alla cultura del territorio; f) condivisione della trasversalità del concetto di Educazione Alimentare relativamente agli aspetti scientifici, storici,

geografici, etici, culturali, antropologici, ecologici, sociali, psicologici legati al corretto rapporto, individuale e collettivo, con il cibo; g) incremento della qualità degli alimenti legata a fattori di sicurezza, sostenibilità, stagionalità, intercultura e territorialità; h) conduzione coordinata e condivisa delle varie iniziative di settore secondo requisiti univoci di impostazione tecnica e/o scientifica.

Il Programma è articolato su due livelli di formazione, finalizzato alla attivazione di Reti territoriali di promozione della sana alimentazione, coordinate dalle strutture delle Aziende Sanitarie Locali (AASSPP) dedicate a tale “*Mission*” (SIAN e UOEPSA).

Nel primo livello l’azione formativa, curata ed organizzata dal Cefpas, la formazione viene rivolta ai soggetti che istituzionalmente si occupano della promozione di corretti stili nutrizionali (SIAN e UOEPSA delle AASSPP) e ad altri soggetti pubblici, che a vario titolo sono coinvolti nella promozione della Dieta Mediterranea (medici, veterinari, farmacisti, biologi, nutrizionisti, dietisti, dirigenti dell’Assessorato Regionale della Salute e di quello delle Risorse Agricole e Alimentari, operatori progetto MeDiet, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, ecc.), in linea con le più accreditate evidenze scientifiche e salutistiche; a tali soggetti alla fine della fase formativa, superato con profitto l’esame finale, verrà attribuita la qualifica di “Formatore di Primo Livello FED”.

La formazione di secondo livello è effettuata a livello di singola ASP, attenendosi al programma predisposto dal Tavolo Tecnico Regionale e pubblicato su Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana, attraverso l’ufficio formazione, con la collaborazione del SIAN e dell’UOEPSA, con il supporto dei formatori di primo livello e con la supervisione del Tavolo Tecnico Regionale.

Si realizza così una formazione a cascata che riporta a livello territoriale, nelle nove ASP, obiettivi, contenuti e linguaggio della metodologia FED e che conduce alla formazione degli “educatori FED”.

In ogni ASP viene quindi attivata la Rete Integrata Territoriale, che opererà sotto il coordinamento dei SIAN e degli UOEPSA, in armonia con gli indirizzi del Tavolo Tecnico, con il compito di sviluppare la fase operativa del Progetto FED, realizzando le specifiche linee di attività su sana alimentazione e movimento previste dal Macro obiettivo 1 del PRP. Per tali attività la Rete si avvarrà della collaborazione dei formatori di I° Livello e degli Educatori FED. Il Programma FED mira a costituire ed

implementare una rete di rapporti, interazioni funzionali e collaborazioni tra Strutture delle AASSPP che istituzionalmente si occupano di promozione della sana alimentazione e del movimento e altre strutture pubbliche e/o private direttamente interessate, al fine di produrre quel cambiamento culturale necessario per indurre un miglioramento stabile nei comportamenti alimentari della popolazione siciliana.

Per tale ragione il Programma FED è stato inserito nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2019, quale azione trasversale a tutte le linee di azione finalizzate alla promozione della sana alimentazione e del movimento ed alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili.

Il Programma è stato altresì presentato il 29 giugno 2015 presso la sede Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (UN City) a Copenhagen, in presenza del *Programme Manager* per “*Nutrition, Physical Activity and Obesity*” della “*Division of Noncommunicable Diseases and Life-Course*”.

2.2.2 Programma Regionale Promozione della Salute e lotta a Tabagismo, abuso di alcol, sedentarietà.

Questo Programma all'interno del PRP si propone di investire nella prevenzione per migliorare la qualità di vita e del benessere dei cittadini, promuovendo gli stili di vita sani così come previsto dal programma ministeriale “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari”, agendo sui quattro fattori di rischio: Fumo, consumo dannoso di alcol, inattività fisica, alimentazione non corretta.

Il programma prevede attività finalizzate a:

- Favorire la mobilità e l'attività fisica delle persone (trasporti e verde urbano);
- Aumentare il consumo di frutta e verdura;
- Ridurre il consumo eccessivo di sale da cucina, di zuccheri e di grassi saturi;
- Ridurre la quota di alimenti calorici nella dieta;
- Scoraggiare il più possibile il fumo di sigarette;
- Ridurre l'abuso di alcol e di *energy drink*.

Le azioni di questo programma riguardano differenti *setting*: scuola, ambiente di lavoro, comunità, etc. attraverso 4 azioni: Definizione di accordi intersettoriali; Promozione dell'allattamento al seno; Promozione della salute in ambiente scolastico; Promozione della salute in ambiente di lavoro e comunità.

2.2.3 Alcune esperienze sul territorio siciliano

Tra le tante importanti progettualità realizzate dalle AASSPP si citano, quale esempio, quelle dell'ASP di Enna e di Messina. L'ASP di Enna ha effettuato, per il tramite del SIAN, dell'Ambulatorio per i Disturbi dell'Alimentazione e del Servizio materno infantile il progetto: "A scuola di Salute", programma di promozione di stili di vita salutari e di una corretta alimentazione e di prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Gli incontri previsti sono stati organizzati all'interno del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione di una Cucina Didattica, che ha permesso agli alunni di mettere in pratica quanto discusso nel corso degli incontri.



SIAN - ASP ENNA- Cucina Didattica

Mentre l'ASP di Messina ha realizzato, in tre Istituti di Istruzione Superiore di Messina e Provincia, per il tramite della l'UOS "Igiene e Prevenzione Nutrizionale" il progetto "COSTRUIAMO SALUTE", incentrato sulla promozione della Dieta Mediterranea (stagionalità, territorialità, convivialità, metodi di cottura, *etc.*) e del Movimento, utilizzando la metodica della "Peer education".

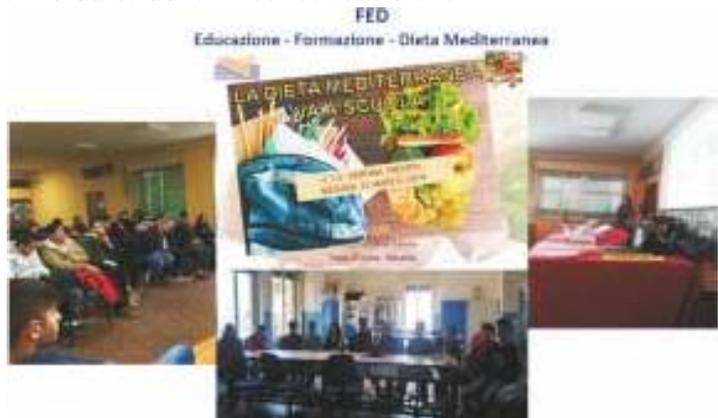


Figura:

S.I.A.N - ASP MESSINA

Figura: S.I.A.N - ASP MESSINA

Materiale prodotto dai ragazzi Peer educator : Web-app



Materiale prodotto dai ragazzi Peer-educator: **video intervista**



Per quanto attiene a “Controllo del fumo e lotta al tabagismo” le iniziative attuate nella ASP di Palermo sono state sviluppate :

- Nel *setting* Scuola per interventi di prevenzione primaria volte a scoraggiare l’iniziazione al fumo. Alcune scuole hanno prodotto a loro volta interventi di peer education e realizzato a scuola eventi in occasione della Giornata Mondiale senza tabacco (31 maggio);
- Nel *setting* comunità, ove sono stati attivati “gruppi per smettere di fumare” condotti da *equipe* multi professionali;
- Nel *setting* ambienti di lavoro per realizzare interventi per la tutela dei dipendenti e degli utenti dal fumo passivo negli ambienti di lavoro e di offerta attiva di servizi per la disassuefazione al fumo.

Attualmente si calcola che in Italia ca. il 25% della popolazione consumi sigarette con una media di 14 sigarette al giorno. Nella nostra regione si tratta quindi di circa 1.250.000 fumatori. Nelle ultime inchieste PASSI risulta che ca. il 50% dei fumatori è da considerarsi “grande fumatore” in quanto consuma più di 15 sigarette al giorno e che, di questi, un ulteriore 50% vorrebbe smettere di fumare, ma non riesce per mancanza di aiuto tecnico. Nella Regione Sicilia si tratta quindi di una domanda implicita di ca. 300.000 fumatori che vorrebbero avere un aiuto tecnico per smettere di fumare. Nella sola provincia di Palermo si stima che ogni giorno si fumino ca. tre milioni e mezzo di sigarette (250.000 x 14) e che siano ca 60.000 i “grandi fumatori” (oltre 15 sigarette al giorno). Negli ultimi 4 anni la ASP ha attivato a Palermo periodicamente “gruppi per smettere di fumare” condotti da *equipe* multiprofessionali. L’ASP Palermo nel 2018 si è dotata del Documento di *Policy* per il controllo e la prevenzione del fumo in ambiente di lavoro con cui si prevede di attivare iniziative di comunicazione e sensibilizzazione e l’incremento delle attività dei gruppi per smettere di fumare. Attualmente nella città di Palermo sono accreditati solo tre centri per smettere di fumare organizzati presso strutture private e nessuna struttura pubblica. Con il progetto sopraccennato la ASP di Palermo prevede di attivare almeno 4 nuovi centri in provincia e città. Presso le AASSPP di Catania, Messina, Siracusa, Ragusa e Trapani sono stati attivati gruppi per smettere di fumare. In quasi tutte le ASP le UOEPS organizzano incontri nelle scuole per prevenire l’iniziazione al fumo (prevenzione primaria).

L'U.O. Educazione e Promozione alla Salute (UOEPSA) di Enna ha promosso il progetto **“Promozione dell’attività Motoria negli over 64”**, nei Comuni della Provincia, per aumentare l’efficacia della pratica di una regolare attività fisica e della salute psicologica e del benessere complessivo degli anziani, e il possibile coinvolgimento dei MMG. L’obiettivo generale consisteva nel valutare i benefici dell’Attività Fisica, Adattata (AFA) secondo il modello bio-psico-sociale, che tiene in considerazione, non solo gli aspetti fisici ma anche quelli cognitivi emotivi e relazionali.

L’obiettivo specifico era aumentare l’Attività Fisica Adattata nelle persone *over 64* attraverso un lavoro di rete, che vede protagonisti figure professionali nell’ambito medico, sportivo e psicologico. Per portare avanti il progetto è stato stipulato un protocollo di intesa tra ASP e CONI Regionale per individuare in modo chiaro e specifico i compiti e i ruoli di ciascun Ente.

È stato istituito, presso l’ASP di Enna, il Nucleo Strategico e il Nucleo Operativo con la presenza di laureati in Scienze Motorie, Psicologi ed Informatici, coordinati e monitorati dal Responsabile UOEPSA, in collaborazione con la Medicina Sportiva e il Delegato CONI Provinciale.

Inoltre, le attività sono state monitorate dal Responsabile dell’UO di Educazione alla Salute insieme all’esperto in Scienze Motorie (delegato dal CONI) per rilevare, in ciascun gruppo sportivo, eventuali criticità e/o incongruità nel programma. I fruitori del progetto, sono stati tesserati per Enti di Promozione Sportiva e, preventivamente, sottoposti gratuitamente a visita di idoneità dal Responsabile di Medicina Sportiva nei Poliambulatori periferici della ASP.

Al fine di aver delle informazioni generali sulle condizioni psicofisiche dei partecipanti coinvolti al progetto sono stati somministrati test iniziali per valutare le capacità funzionali e, dagli psicologi *test* reattivi psicometrici (*pre-post*) atti a valutare la qualità di vita e la condizione di salute, la capacità di pianificazione spaziale in un compito di tipo visuo-motorio e la memoria uditivo-verbale a breve termine. Fondamentale è stata la fattiva collaborazione degli istruttori di ciascuna palestra e il sostegno della “Rete delle Palestre” creato nel corso degli anni.

Sono stati previsti 2 incontri settimanali per 6 mesi presso palestre attrezzate e sotto la supervisione e guida di tecnici sportivi qualificati.

Tale durata è stata programmata al fine di ridurre al minimo il rischio di abbandono da parte dei partecipanti garantendo allo stesso tempo la pratica di attività motoria in quantità e intensità sufficiente a stimolare le capacità fisiche e psichiche.

I risultati hanno confermato i benefici, che il programma AFA unitamente a specifici interventi socio-emotivi e cognitivi, possono avere sulla salute psicofisica e su alcune principali funzioni cognitive (memoria e attenzione) negli anziani.

Del Progetto è stato fatto uno studio scientifico accettato da *“Lifespan and disability”* rivista Internazionale indicizzata su *scopus*.



Figura: UOEPSA - ASP ENNA

Il Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico (PPDTA) dedicato all'obesità in età evolutiva, promosso e realizzato dalla ASP di Catania, dedicato all'obesità in età evolutiva è in linea con quanto richiesto dall'Accordo Stato-Regione del 24 novembre 2016; è rivolto ai Bambini di età compresa fra 8 e 14 anni.

Il PPDTA, coordinato dal Direttore del SIAN, mette a disposizione degli utenti e delle famiglie, per il tramite ed in collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Famiglia, sia un percorso clinico che un percorso preventivo, con l'obiettivo di integrare prevenzione e "care" del piccolo utente e della famiglia.

L'*équipe* clinica specialistica, coordinata da un medico specialista in Scienza dell'Alimentazione, con comprovata esperienza clinico-nutrizionale, composta da medici, dietisti e psicologi, mira alla valutazione dello stato di nutrizione e delle condizioni clinico-nutrizionali e metaboliche del piccolo utente al quale, peraltro, vengono somministrati una serie di *test* psicometrici atti ad escludere l'eventuale concomitanza di altri e ben diversi disturbi del comportamento alimentare.

Il percorso preventivo, in modo sinergico, realizza attività di supporto al cambiamento delle abitudini alimentari, volte all'adozione di uno stile di vita in linea con il modello "mediterraneo"; tali attività sono condotte da medici e dietisti del SIAN con il supporto di un'esperto in scienze motorie.

I percorsi integrati di presa in carico clinica e i contestuali interventi di promozione della sana alimentazione, sono anche finalizzati al diretto coinvolgimento di tutto il nucleo familiare, per favorire l'acquisizione di stili di vita più salutari.

Ai bambini ed agli adolescenti vengono offerte attività ludico-esperienziali didattiche volte a implementare l'*empowerment* e aumentare i livelli di attività fisica giornaliera; parallelamente si lavora con i genitori, sperimentandosi insieme attorno ai fornelli, al fine di far riscoprire gli alimenti ed i piatti tipici della cucina Regionale Siciliana, basata sui principi e sul modello della Dieta Mediterranea, quale modello di alimentazione sano e salutare per tutta la famiglia.

Si è infatti fermamente convinti che per ottenere cambiamenti efficaci e duraturi delle proprie abitudini alimentari è necessario un percorso, articolato nel tempo, che



coinvolga l'intero nucleo familiare, valorizzando il patrimonio culturale e le tradizioni alimentari del territorio.

Sotto la guida dell'esperto in scienze motorie, genitori e figli, riscoprono, il piacere di camminare insieme nei parchi della città e i bambini si riavvicinano ai giochi di movimento di un tempo.

Tale modello innovativo oltre ad integrare prevenzione e cura ha consentito di sviluppare una Rete sia con i Pediatri di Libera Scelta che con differenti strutture dell'ASP di Catania (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione - SIAN, Neuropsichiatria Infantile - NPI Territoriale, Centro Disturbi del Comportamento Alimentare - DCA-P.O. Acireale, Centro di riferimento regionale per la diabetologia pediatrica e Centro Diabetologico dell'AOU "Policlinico-Vittorio Emanuele").

Figura: Genitori in cucina Percorso PPDTA - Cucina Didattica - SIAN ASP di Catania



Figura: Gruppi di Cammino Percorso PPDTA - SIAN ASP di Catania



**Figura: Laboratori Gusto: lavori effettuati dai Bambini Percorso PPDTA
Cucina Didattica - SIAN ASP di Catania**



Figura: PPDTA in Festa - SIAN ASP di Catania



Figura: S.I.A.N ASP CATANIA: Materiale Informativo



Il Servizio di Epidemiologia dell' ASP di Messina ha avviato un programma per lo **screening delle MCNT** (diabete, neoplasie, patologie cardiovascolari).

Il programma di *screening* gratuito prevede che la ASP invii una lettera di invito a tutta la popolazione che rientra nella fascia di età compresa tra i 45 e i 60 anni.

La visita è gratuita e non occorre la richiesta del medico.

La visita medica ed il colloquio sono finalizzati a identificare abitudini non corrette e misurare parametri pressori, glicemici e ponderali. Attraverso modifiche dello stile di vita o interventi farmacologici sarà possibile evitare l'insorgenza di una o più malattie croniche.

L'ASP di Ragusa ha realizzato lo Studio **"Cardio Ragusa 50"**, finalizzato alla identificazione precoce e alla valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT. Si è attivato un programma di prevenzione cardiovascolare con chiamata attiva su popolazione sana utilizzando il modello organizzativo degli *screening* oncologici, con l'obiettivo di valutare gli stili di vita della popolazione asintomatica dei 50enni, residenti nel comune di Ragusa ed effettuare indagini per identificare i soggetti iperglicemici e/o ipertesi da inviare al proprio MMG; i soggetti con stili di vita non corretti vengono inoltre indirizzati a partecipare a programmi di prevenzione.

L'ASP di Siracusa ha avviato una campagna di prevenzione degli ictus ischemici a partenza cardiaca **"No-Ictus Screening Program-Scoprire per guarire: lo screening porta alla cura"** con l'obiettivo di andare ad individuare nei soggetti

ultracinquantenni, l'eventuale presenza di aritmia silente (fibrillazione atriale- FA), mediante una diagnosi precoce al fine di indirizzare per tempo alla terapia il paziente scongiurando un nefasto *ictus* cerebrale.

Lo *screening*, che prevede il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, viene effettuato in tutta la Provincia mediante una innovativa metodica che ricerca la FA mediante un dispositivo.

Ciò consente di inviare al centro Hub di Cardiologia Territoriale dell'ASP di Siracusa solo il paziente con riconosciuta aritmia.

L'ASP Caltanissetta, tramite l'UOEPSA, ha realizzato l'intervento "Alimentazione e *mass media* - cosa mangi l'*homo videns*?" avente come obiettivo lo sviluppo del pensiero critico e delle capacità di *empowerment* degli individui, coinvolgendo 7 scuole secondarie di I e II grado per un totale di 40 incontri.

L'intervento ha preso spunto dal saggio di G. Sartori "*Homo videns*" che illustra il ruolo della TV (che è stata capace di mutare il modo in cui l'uomo interpreta e comprende la realtà) e più in generale dei *mass media*, nella società postmoderna. Nello specifico ha evidenziato la relazione che intercorre tra i messaggi dei *media*, (in particolare quelli che riguardano le scelte alimentari), i consumi/stili di vita e la salute della collettività attraverso la *media Education*.

Il *focus* dell'attività ha infatti riguardato il cibo della TV, ovvero, quei messaggi pubblicitari "persuasivi" che invitano ad acquistare i "cibi spazzatura" (*junk food* degli anglosassoni).

L'ASP di Trapani per il tramite dell'UOEPSA ha realizzato, in collaborazione con il SIAN, con una Associazione di Cultura Gastronomica ed il MIUR di Trapani, l'evento "Ciboli: Festival sul cibo dedicato ai bambini", finalizzato a far conoscere ai bambini delle scuole primarie la cucina Mediterranea (materie prime, tecniche tradizioni gastronomiche, etc.) in modo semplice, ludico e divertente, stimolando la curiosità dei bambini e fornendo un'ottima base di partenza per insegnanti e genitori che desiderano indirizzare i più piccoli in modo ludico verso il tema dell'alimentazione. Inoltre ha partecipato, con il progetto "Dieta Mediterranea e Tipicità Agroalimentari", alla manifestazione internazionale "Cous Cous Fest", svolta a San Vito Lo Capo, al fine di divulgare gli effetti salutari dell'alimentazione mediterranea ed in particolare dei prodotti agroalimentari tipici del territorio locale.

Il Progetto Pilota FA.RI: La Regione Sicilia ha inserito nel PRP uno studio di fattibilità di Prevenzione nelle Malattie Croniche Non Trasmissibili che è stato effettuato presso l'ASP di Palermo come progetto pilota.

Il progetto denominato FA.RI. (FAttori di Rischio), avviato in via sperimentale in 4 Distretti e 2 PTA, ha come obiettivi:

- Identificare, nella popolazione sana di età compresa tra i 45 e i 60 anni, i soggetti a rischio per malattie cardiovascolari, respiratorie e diabete;
- Offrire il consiglio breve sui temi del sano stile di vita ai soggetti positivi ai fattori di rischio modificabili (non adesione alla dieta mediterranea, vita sedentaria, uso non adeguato di alcool, fumo);

Attivare il percorso di prevenzione primaria integrato (PDTA prevenzione primaria) con i Medici di Medicina Generale e il secondo livello assistenziale (specialisti cardiologi, pneumologi, diabetologi) per i soggetti positivi ai fattori di rischio intermedi (sovrappeso/obesità, glicemie a digiuno non a *target*, riscontro occasionale di valori pressori non a *target*, riscontro occasionale di valori di colesterolo e trigliceridi non a *target*). Effettuare esami di laboratorio in esenzione.

Le attività sono state realizzate da un TEAM dedicato, opportunamente formato alla rilevazione dei fattori di rischio, all'offerta del consiglio breve e all'utilizzo del sistema informatizzato aziendale di raccolta dati, con un corso di formazione accreditato. È stato individuato un TEAM per ogni Distretto/PTA.

Le attività di screening fino ad ora realizzate hanno coinvolto 10 Comuni dell'ASP.

In dettaglio: su un campione di **436 soggetti screenati 95 (22%)** sono risultati normali; **96 (22%)** affetti da Fattori di Rischio Modificabili; **38 (8,8 %)** affetti da Fattori di Rischio Intermedi, **204 (48%)** affetti da Fattori di Rischio Modificabili + Fattori di Rischio Intermedi. A tutti i soggetti risultati positivi ai Fattori di Rischio Modificabili e/o Intermedi è stato offerto il “ Consiglio Breve “ ed è stato consegnato il referto da esibire al MMG. I dati sono stati raccolti su piattaforma informatica predisposta appositamente per il progetto FA.RI.

Progetto: Life Skills e Resilienza: strategie efficaci per promuovere salute a scuola

La scuola è un luogo di elezione in cui progettare ed attuare programmi di



prevenzione così come indicato nel Piano Nazionale Prevenzione, dal Piano Regionale Prevenzione e dal Piano Aziendale della Prevenzione dell'ASP di Palermo. Intervenire nei contesti scolastici potenziando la metodologia della *Life Skills Education* (LSE) consente ai docenti di acquisire competenze di tipo educativo e relazionale non soltanto utili nella gestione delle classi e nella didattica, ma anche a garantire la “formazione della persona-bambino” nel suo complesso, elemento indispensabile per sostenere comportamenti ed abitudini secondo i corretti stili di vita.

Poichè la Promozione della Salute investe trasversalmente sia la Sanità che la Scuola, così come evidenziato nel documento “*Indirizzi di “policy” integrate “Verso la Scuola che Promuove Salute”*”, (approvato il 17 gennaio 2019), per essere sostenuta necessita di azioni sinergiche e intersettoriali, ed il progetto, attraverso la formazione dei docenti e gli interventi di ricaduta (“formazione orizzontale” rivolta ai docenti ed attività dirette sugli allievi), intende **creare i presupposti per prevenire le malattie croniche non trasmissibili** (MCNT), lavorando sui determinanti di salute: sana alimentazione, lotta al tabagismo e all'abuso di alcool, contrasto alla sedentarietà.

Il progetto *Life Skills e Resilienza: strategie efficaci per promuovere salute a scuola*, rivolto alle Scuole dell'Infanzia e della Primaria, si articola e si integra con il progetto *Life Skills e Resilienza per prevenire le dipendenze patologiche*, relativo al M.O. 4-Azione 4.1.1, rivolto alle Scuole Medie di Primo e Secondo grado; l'obiettivo dell'integrazione progettuale rafforza ed ottimizza le risorse, ma soprattutto sostiene il messaggio che la promozione della salute in generale inizia dai bambini sino ai giovani adulti, consentendo una particolare attenzione al benessere mentale dei giovani.

La scelta dell'ambito territoriale, in cui realizzare il *Progetto Life Skillse Resilienza: strategie efficaci per promuovere salute a scuola*, è stata effettuata tenendo conto dei criteri di equità e di contrasto delle disuguaglianze suggeriti dal PRP, sostenendo soprattutto gli Istituti Scolastici presenti in Provincia e nelle zone disagiate della città. In particolare su Palermo e Provincia risiedono 132 Istituti Comprensivi e Direzioni Didattiche.

Le attività previste dal Progetto coinvolgono **31 Istituti Comprensivi/Direzioni Didattiche** dislocati sui territori del Distretto 34 Carini, Distretto 35 di Petralia,

Distretto 37 di Termini Imerese, Distretto 40 di Corleone e, nel Distretto 42 di Palermo, presso le scuole afferenti ai PTAE Albanese e PTA Guadagna.

Il Progetto si articola in:

1° FASE di Co-progettazione:

Condotta dai Referenti Scientifici dell'ASP di Palermo dei PSN 2014-2015 Azione 1.1.3 e Azione 4.1.1, con la collaborazione del CEFPAS, a cui hanno partecipato gli *stakeholders* del territorio (scuole, Terzo settore, operatori sociali e sanitari, *etc.*).

2° FASE del percorso formativo:

In corso di realizzazione coordinato dai Referenti Scientifici dell'ASP di Palermo con la collaborazione del CEFPAS e rivolto a 200 persone, tra docenti dall'infanzia alle scuole superiori ed operatori dell'ASP.

3° FASE azioni di ricaduta:

A cura degli operatori ASP e dell'Associazione, che prevede la formazione orizzontale da parte dei docenti e operatori formati nella fase 2° agli altri docenti degli Istituti coinvolti e a cascata agli alunni e ai genitori. Si prevede, inoltre, un'ulteriore modulo che si realizzerà nell'anno scolastico 2020/2021 e che vedrà il coinvolgimento di altri 200 docenti del territorio di Palermo e Provincia dalla scuola dell'Infanzia alla Scuola Media di secondo grado.

Conclusioni

Le malattie non trasmissibili sono responsabili del maggior numero di decessi, la loro prevalenza ha raggiunto proporzioni epidemiche e anche l'incidenza è in aumento.

I quattro Programmi del Macro Obiettivo 1 sono finalizzati a contrastare l'insorgere di tal patologie in tutta popolazione e in particolare nei soggetti target a rischio, ponendo particolare attenzione ai soggetti disagiati.

L'ampliamento e la prosecuzione delle attività e degli interventi mirati sopra descritti potrebbe incidere significativamente non solo sulla prevenzione delle MCNT ma anche sui Dalys, e sulla riduzione della mortalità, in linea con la *policy* comunitaria che richiede a tutti gli Stati Membri e agli altri *stakeholder* una serie di azioni coordinate e coerenti, a ogni livello, per il raggiungimento dei nove obiettivi globali volontari, incluso quello della riduzione relativa del 25% della mortalità precoce dovuta a malattie cardiovascolari, tumori, diabete o malattie respiratorie croniche entro il 2025.

Figura 1: UOCSPEM- ASP MESSINA

Gruppi di 8-10 Persone

Impiegare strategie comportamentali sane (2 mesi e mezzo)

VITA SANA
 Programma Regionale
 di Prevenzione
 Cardiovascolare

3 incontri in totale, in
 prima, 2 settimana 2
 incontri (collettivi),
 A settimana 2, un
 incontro individuale
 e l'ultima lezione
 dopo 22 giorni.

Contatta per via il 33 posto telefono 090 491111

LILT
 Linea Italiana di
 Assistenza Psicologica

ASP
 MESSINA

ASP MESSINA

Collezioni Mediterranee | Il Censo Sano
 Pagine 120 - € 10,00

Il Censo Sano
 Formulario - Modulo Questionario

Descrizione del libro
 Questo è un volume che fa parte di una collana di
 saggi di medicina preventiva, di cui questo è il primo.
 Il libro è diviso in due parti: la prima è dedicata
 al censimento della popolazione e la seconda
 è dedicata al censimento della salute.

ASP MESSINA

ASP MESSINA
 Azienda Sanitaria Provinciale di Messina
 Divisione di Prevenzione
UOC SPER
 Unità Operativa di Prevenzione

**PRENDITI
 CURA DI TE**

Per una corretta prevenzione delle
 malattie cardiovascolari non dimenticarti di
 scattare l'invito della tua ASP

Se hai tra i 45 e i 55 anni
 l'ASP ti invita ad un screening gratuito.

È un'occasione preziosa per scoprire il tuo stato di salute e prevenire
 le malattie cardiovascolari che ti possono colpire.

Per informazioni chiama il **800 286100**
 oppure vai sul sito www.aspmessina.it

2.3 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale - PDTA

(a cura di G. De Luca e M. G. Abrignani)

Da diversi anni il DASOE collabora con numerose società scientifiche per la elaborazione di raccomandazioni e criteri di appropriatezza diagnostico-terapeutici nel campo della prevenzione delle malattie non trasmissibili, in particolare in ambito cardiovascolare, che sono stati oggetto di diversi provvedimenti regionali.

Due tra i più importanti fattori di rischio per infarto miocardico acuto ed *ictus* cerebrale sono l'ipertensione arteriosa e l'ipercolesterolemia. Nel 2011 sono state adottate le "Linee guida per la prescrizione di antiipertensivi e statine", con le quali sono state fornite ai sanitari della regione indicazioni circa l'appropriatezza del trattamento farmacologico di questi due fattori di rischio, molto diffusi tra la popolazione e spesso non trattati adeguatamente nonostante la disponibilità di validi presidi farmacologici. Successivamente, nel 2017 è stato emanato il documento di indirizzo "Raccomandazioni regionali per l'uso appropriato delle statine", che ha aggiornato tali indicazioni relativamente al trattamento con statine, l'arma principale per la riduzione dei livelli di colesterolemia.

La fibrillazione atriale è una aritmia cardiaca molto frequente tra la popolazione, specie anziana, che rappresenta, per il suo rischio tromboembolico, un fattore di rischio maggiore per *ictus* cerebrale. Purtroppo, essa spesso non è diagnosticata in tempo e, nonostante la disponibilità di terapie farmacologiche efficaci, frequentemente i pazienti non sono trattati in modo adeguato. Nel 2017 è stato elaborato il Documento di indirizzo regionale "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di *ictus* nel paziente con fibrillazione atriale", che ha identificato un PDTA (strumento che consente di strutturare e integrare attività e interventi in un contesto in cui diverse specialità sono implicate nella presa in cura attiva e globale del paziente) per il riconoscimento e la gestione ottimale della fibrillazione atriale.

Un'altra categoria di pazienti a rischio di eventi cardiovascolari sono quelli affetti da neoplasia, in quanto i trattamenti chemio - e radioterapeutici possono causare scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, aritmie ed ipertensione arteriosa. Con l'obiettivo di consentire una migliore gestione del paziente oncologico ed oncoematologico, attraverso la prevenzione, la diagnosi precoce ed il trattamento delle complicanze cardiovascolari secondarie alla terapia antineoplastica, è stato adottato, nel 2018, il Documento di indirizzo regionale "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale in ambito Cardio-Oncologico" che affronta il tema del corretto

inquadramento diagnostico e del *follow-up* di eventuali patologie cardiovascolari nei soggetti in trattamento oncologico.

I soggetti a maggior rischio di malattie cardiovascolari sono però quelli che hanno già avuto un evento.

Purtroppo, dopo un infarto miocardico la carente comunicazione con il paziente (la conoscenza da parte dello stesso della diagnosi e del piano di cura è da considerarsi componente integrante dell'intervento sanitario e fa parte dei diritti del malato che deve "ricevere completa ed esauriente informazione su diagnosi, trattamento e prognosi") e la mancata continuità delle cure contribuiscono a favorire nuovi eventi cardiovascolari potenzialmente evitabili, con gravi conseguenze in termini di vite umane, sofferenze personali e costi sociali ed economici.

Per tale motivo sono state adottate nel 2014 le "Raccomandazioni regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per un evento cardiologico", che hanno fornito agli operatori sanitari della regione:

- Un modello strutturato di lettera di dimissione contenente tutte le informazioni considerate necessarie per assicurare correttamente una continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- Una *check-list* di azioni da intraprendere per un adeguato intervento informativo-educativo al paziente e ai caregiver all'atto della dimissione, avente lo scopo di ricordare quali siano le attività informative indispensabili;
- Un *kit* di materiali educazionali (schede informative) per la prevenzione secondaria cardiovascolare, redatte con linguaggio semplice e stile conciso (informazioni generali sulle malattie cardiache, sui fattori di rischio, sul riconoscimento dei sintomi, su quando rivolgersi al curante o al DEA, sul calendario dei controlli di *follow-up*, sui farmaci prescritti, sulla loro importanza, sugli eventuali effetti collaterali, sulla necessità di non interrompere il trattamento, su dieta, esercizio fisico, fumo, stress, attività lavorativa, guida autoveicoli ed altro).

Il DASOE ha successivamente promosso un Progetto Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale, al fine di consentire che le predette raccomandazioni siano correttamente applicate su tutto il territorio regionale. Il progetto ha previsto tra l'altro:

- Il collocamento nelle sale di attesa dei reparti cardiologici di videomonitor, che trasmettono in sequenza continua informazioni divulgative (sotto forma di *file ppt*) sui fattori di rischio, sulle patologie cardiovascolari, sulle terapie e sugli stili di vita, redatte in modo semplice e chiaro;

- La realizzazione di opuscoli informativi/schede riguardanti le principali indicazioni di comportamento e modifiche allo stile di vita da adottare da parte di chi torna a casa dopo un ricovero per patologia cardiovascolare, con lo scopo di mettere in campo materiali e mezzi di diffusione della cultura della prevenzione secondaria;
- L'attivazione di un sito *web* dedicato (www.vicinialtuocuore.it), attivo per tutta la durata del progetto, dal quale sarà possibile scaricare in qualsiasi momento il materiale informativo.

2.4 L'allattamento al seno, base della vita

(a cura di D. Segreto, S. Palmeri)

Le evidenze scientifiche recenti dimostrano che gli interventi precoci di promozione della salute che riguardano il periodo preconcezionale, la gravidanza e i primi anni di vita (i cosiddetti primi 1.000 giorni di vita, che vanno dai 9 mesi della gravidanza fino ai 2 anni del bambino) hanno una grande rilevanza poiché pongono le basi per il sano sviluppo psicofisico degli adulti del futuro¹. In questo contesto, l'allattamento al seno rappresenta uno degli elementi più importanti di promozione della salute nelle primissime fasi della vita e la prima misura di prevenzione per le malattie croniche non trasmissibili. Grazie agli studi di biologia ed epidemiologia emerge in maniera sempre più chiara l'evidenza che gli eventi imprinting cruciali per il neonato possano essere modulati con l'allattamento, con potenziali effetti per tutta la vita del bambino². L'allattamento al seno è quindi un'opportunità per l'*imprinting* di salute che non dovrebbe essere persa.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'Unicef, il Ministero della Salute e svariate società scientifiche internazionali raccomandano fortemente l'allattamento al seno **esclusivo** (senza, cioè, l'integrazione con latte artificiale, succo, acqua e alimenti) per i primi 6 mesi di vita e l'allattamento **complementare** (latte materno e altri alimenti come verdure, cereali, frutta e proteine) fino a 2 anni e oltre, finché la mamma e il bambino lo desiderano, per avere le migliori possibilità di crescere e svilupparsi³.



2.4.1 Composizione del latte materno

Il latte umano è un tessuto “vivo” complesso costituito da elementi fondamentali per lo sviluppo e la salute del bambino. È composto per l’88% da acqua; il resto è rappresentato da zuccheri (principalmente lattosio), grassi, proteine, azoto non proteico, vitamine, sostanze minerali, oligoelementi, ormoni, anticorpi, cellule immunitarie, cellule staminali e batteri protettivi⁴.

Il latte materno è un tessuto dinamico: la sua composizione si modifica, infatti, durante la poppata, nel corso della giornata e man mano che il bambino cresce per rispondere alle sue esigenze nutrizionali.

Il latte materno è, infatti, prodotto in funzione all’età gestazionale ed ai bisogni nutrizionali contingenti. Per questa sua caratteristica, il latte materno, oltre a essere specie-specifico, è anche individuo-specifico⁴.Risulta chiaro come nessuna imitazione artificiale può eguagliare il latte materno.



Latte umano al microscopio



Formula al microscopio

La ricerca ha dimostrato che nei cuccioli allattati le cellule staminali del latte vengono trasferite a diversi tessuti della prole allattata al seno, rimanendo vitali e integrandosi nel tessuto ospite, suggerendo che le cellule staminali del latte umano forniscano benefici evolutivi ai neonati allattati⁵. Il latte materno ha un ruolo fondamentale nella determinazione del pattern batterico (microbiota) intestinale del neonato, con effetti benefici sulla regolazione immunitaria e metabolica dell’individuo⁵.

Il latte materno da solo offre tutti i liquidi e le sostanze nutritive di cui un bambino ha bisogno nei primi sei mesi. Dopo, di norma, i bambini cominciano a mangiare altri alimenti che li porteranno ad assumere altre sostanze nutritive indispensabili per

integrare il latte materno, che, tuttavia, **rimane l'alimento principale per tutto il primo anno di vita.**

L'allattamento fino al secondo anno di vita ha un'importante valenza di protezione immunologica e nutrizionale per i paesi in via di sviluppo, dal momento che il latte materno continua a fornire nel secondo anno di vita una percentuale significativa dell'apporto in particolare proteico e vitaminico nella dieta di un bambino⁷.



2.4.2 I benefici dell'allattamento

I benefici dell'allattamento sono ampiamente riconosciuti e riguardano benefici per i bambini, per le mamme e per la società.

Benefici dell'allattamento

...per il bambino

- ↓ della mortalità infantile
- ↓ ricoveri ospedalieri
- ↓ 50% diarree e NEC
- ↓ 1/3 inf. respiratorie e otiti
- ↓ intussuscezione intestinale
- ↓ SIDS
- ↓ obesità e diabete
- ↑ QI (3-7 punti)
- Corretto sviluppo oro-faringeo

...per la madre

- ↓ Ca. mammario
- ↓ Ca. ovarico
- ↓ sovrappeso
- ↓ diabete
- ↓ osteoporosi
- ↓ depressione post-partum

-Benefici per i bambini

Si stima che l'allattamento potrebbe, in potenza, prevenire ogni anno nel mondo più di 800.000 decessi infantili. Ciò corrisponde al 13,8% delle morti di bambini sotto i 2 anni di età^{8,9}. Per i decessi prevenibili, l'87% si sarebbe verificato nei bambini di età inferiore ai 6 mesi.

I bambini nutriti con latte materno si ammalano meno di quelli alimentati con latte artificiale (formula). Questa protezione, inoltre, non si limita al solo periodo dell'allattamento, ma si prolunga nel tempo e i suoi effetti benefici arrivano a condizionare la salute nell'età adulta. Molti di questi effetti sono proporzionali al periodo dell'allattamento, e sono più elevati quanto più a lungo le mamme allattano i propri bambini⁷.

I bambini allattati hanno meno probabilità di sviluppare otiti, malattie respiratorie e gastroenteriti^{7,10}. L'allattamento al seno, inoltre, riduce il rischio nel bambino di avere l'asma, le allergie e di andare incontro a visite mediche e/o a ricoveri ospedalieri^{7,10,11}.

L'allattamento ha un ruolo protettivo anche nei confronti della cosiddetta "morte in culla" (SIDS, sindrome della morte improvvisa infantile) che ha portato all'inclusione da parte delle società scientifiche dell'allattamento fra i sei interventi preventivi contro la SIDS.

L'allattamento favorisce il modellamento fisiologico delle strutture oro-faringee e, a differenza di *biberon* e succhiotti, contrasta la tendenza alla deformazione del palato e delle arcate dentali.

Prove crescenti suggeriscono che l'allattamento protegge i bambini da sovrappeso, diabete e da alcuni tipi di tumori in età adulta e che periodi più lunghi di allattamento si correlano a una maggiore protezione nei confronti di tali patologie.

Nei bambini allattati in maniera prolungata si rileva una maggiore capacità di apprendimento rispetto a quelli che sono allattati per periodi più brevi o non allattati al seno. Questo vantaggio persiste fino a tarda età.

L'allattamento è, infatti, associato a prestazioni più elevate nei test di intelligenza nei bambini e negli adolescenti, con un aumento del quoziente intellettivo (QI) di 3-7 punti.

L'allattamento al seno porta, dunque, con sé un *bonus* di salute non solo nei confronti delle malattie ma anche per l'armonico sviluppo neurointellettivo.

- Benefici per le madri

L'allattamento è parte integrante del processo riproduttivo, con notevoli implicazioni per la salute delle donne.

Allattare fa, infatti, bene anche alla mamma, in primo luogo perché, dopo il parto, favorisce la contrazione dell'utero, riducendo le perdite di sangue dopo il parto e inducendo l'utero a ritornare più velocemente alla sua dimensione pre-gravidanza.

Allattare al seno, inoltre, aumenta il consumo di calorie e aiuta la neomamma a smaltire più facilmente i depositi di grasso acquisiti durante la gravidanza.

L'allattamento al seno riduce anche il rischio di cancro al seno e alle ovaie e, inoltre, di diabete, obesità e osteoporosi.

Dal momento che non è necessario acquistare e preparare la formula, sterilizzare biberon e tettarelle, l'allattamento permette un risparmio di tempo e denaro.

Allattare al seno è compatibile con un moderno stile di vita, che preveda l'attività fisica e sportiva (che aumenta la produzione di latte, senza impoverirne la composizione), le uscite sociali fuori di casa (il latte è sempre pronto e alla giusta temperatura), l'attività sessuale senza rischio di nuova indesiderata gravidanza (è compatibile con l'assunzione della pillola), l'assunzione di farmaci quali antibiotici o antidolorifici per curarsi (dato che molto raramente sono controindicati).

- Benefici per la società

I benefici per la salute materno-infantile dell'allattamento riducono i costi assistenziali di una popolazione più sana in quanto allattata.

In Italia si stima per ogni singolo bambino non allattato un costo annuale per cure ambulatoriali ed ospedaliere di circa 140 € (per 458.151 nati del 2017: circa 64 milioni di euro).

Inoltre, l'allattamento contribuisce allo sviluppo di un pianeta più sano perché, rispetto alla formula, riduce l'uso di acqua, energia, carta e metallo.

Proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento sono dunque delle priorità di salute pubblica nell'ambito del sistema materno infantile.

2.4.3 Cosa si è fatto e cosa si sta facendo in Sicilia

La Promozione dell'allattamento al seno va vista in un contesto integrato di miglioramento qualitativo dell'alimentazione nei primi anni di vita.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019 della Regione Sicilia inserisce il “Programma Regionale di Promozione dell’allattamento al seno”, con lo scopo di promuovere, proteggere e sostenere l’allattamento materno.

L’Assessorato alla Salute della Regione Siciliana ha approvato, con D.A. n.597 del 28 marzo 2017, l’azione “Promozione dell’allattamento seno” e, successivamente, è stato nominato il “Tavolo Tecnico Permanente sul Programma Regionale di Promozione dell’allattamento al seno”.



Il Tavolo ha il compito di monitorare le attività di promozione e sostegno messe in atto dalle aziende sanitarie rispetto ai programmi regionali ed è aperto alla partecipazione rappresentativa delle associazioni di mutuo aiuto di mamme che, sul territorio della Regione, operano per la promozione, la protezione ed il sostegno dell’allattamento, per offrire un contributo nei seguenti ambiti:

1. Analisi dei bisogni di sostegno e di informazione delle mamme,
2. Sensibilizzazione delle mamme affinché l’adesione alle iniziative del programma regionale registri livelli sempre più ampi,
3. Verifica e proposte in merito all’applicazione del codice etico per la commercializzazione dei sostituti del latte materno.

Tra il 2017 e il 2018 è stata realizzata la **prima indagine ad hoc** sull’allattamento in Sicilia dal gruppo di lavoro “*In Primis*”, all’interno del *Master PROSPECT-*

“Promozione della Salute della Popolazione ed Epidemiologia Applicata alla Prevenzione” sostenuto dal progetto “Rafforzamento della Rete di supporto delle attività di monitoraggio e valutazione del PRP”, con *partner* l’Assessorato della Salute, l’Istituto Superiore di Sanità e l’Università di Palermo.

2.4.4 Indagine Epidemiologica “In Primis”

(a cura di M. P. Ferro, A. Cernigliaro, A. Giusti, S. Spila Alegiani)

La promozione, la protezione e il sostegno dell’allattamento vanno viste in un contesto integrato di miglioramento qualitativo dell’alimentazione nei primi anni di vita, per l’indiscutibile effetto salutistico che può prolungarsi fino all’età adulta, e come tale, quale generale contributo alla prevenzione.

A tale proposito, già il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019 della Regione Sicilia inserisce il “Programma Regionale di Promozione dell’allattamento al seno”, incentrato prioritariamente sull’autodeterminazione delle madri e, più in generale, sull’*empowerment* dell’intera comunità finalizzato alla protezione, promozione e sostegno dell’allattamento materno.

In Sicilia i dati sulla prevalenza dell’allattamento sono al di sotto della media nazionale, come è stato evidenziato da diverse indagini, che, a vario modo, hanno esplorato l’ambito materno-infantile e, conseguentemente, l’allattamento.

Da ciò, l’esigenza di implementare un sistema di monitoraggio permanente e standardizzato al fine di avere un dato di prevalenza confrontabile nel tempo e, quindi, attuare azioni e politiche efficaci sul territorio. Pertanto, la sperimentazione di un’indagine mirata, basata su campioni rappresentativi della popolazione *target*, è da considerarsi un passaggio preliminare obbligato, soprattutto per comprendere i determinanti che condizionano le mamme, e realizzare così azioni che coinvolgano sia i Servizi Sanitari ma anche i diversi stakeholder nelle comunità.

Nel biennio 2017-2018, nell’ambito del Master PROSPECT, coordinato dall’Assessorato della Salute della Regione Sicilia, dall’Istituto Superiore di Sanità e dall’Università di Palermo, è stata realizzata la prima indagine epidemiologica *ad hoc* sull’allattamento in Sicilia.

L’esperienza della gravidanza e dell’allattamento rappresentano per la donna un periodo di maggiore disponibilità a migliorare aspetti del suo stile di vita (fumo, alcool, alimentazione), ma nel contempo, un periodo di particolare vulnerabilità che può influenzare negativamente la propensione all’allattamento.

L’obiettivo dello studio era volto a misurare la prevalenza dell’avvio dell’allattamento fino ai sei mesi di vita del bambino, secondo i diversi indicatori stabiliti dall’OMS (esclusivo, predominante, completo, complementare,

alimentazione con formula) e i determinanti socio-culturali e assistenziali che lo caratterizzano e lo influenzano, con particolare attenzione all'assistenza in gravidanza, parto e puerperio.



Il gruppo di lavoro, “InPrimis” Sabrina Scelfo, Barbara Ottaviani, Providenza Ficano, Sara Palmeri, Maria Paola Ferro

Sono state intervistate 1.055 neomamme, con una numerosità campionaria individuata dall’ISS, distribuita sulla base della proporzione dei nati sulle singole province, ed ha permesso di acquisire informazioni sia sulla prevalenza dell’allattamento ed i fattori ad esso associati, ma anche sul sistema organizzativo dei percorsi nascita, con attenzione alle attività svolte non solo dei Punti Nascita, ma anche sul Territorio.



L’indagine ha previsto una prima rilevazione entro 30 giorni dalla nascita, durante la quale sono state raccolte informazioni relative alla gravidanza, al parto e al post-partum, ed un follow-up entro il 180 giorno di vita del bambino durante il quale, sono

state raccolte informazioni aggiuntive sull'alimentazione del bambino, sulle vaccinazioni, sul ritorno della mamma a lavoro, e su corretti stili di vita quali abitudine al fumo, il trasporto sicuro dei bambini in auto e alimentazione materna.

Si è avuta ulteriore conferma che la prevalenza di **allattamento esclusivo** in Sicilia è **al di sotto della media nazionale**: infatti circa solo il 34% delle mamme allatta esclusivamente al seno durante la degenza ospedaliera fino a 30 giorni di vita del bambino, per ridursi progressivamente fino all'11,5% a 6 mesi.

RISULTATI

<u>ALLATTAMENTO</u>	Degenza (n. 1055)	1 mese (n. 1055)	6 mesi (n. 724)
Esclusivo <i>(solo latte materno, anche donato da banca)</i>	33,7%	37,9%	11,5%
Predominante <i>(latte materno + altri liquidi non nutritivi)</i>	2,8%	3,0%	1,0%
Complementare			
<i>(materno + formula)</i>	49,6%	28,0%	3,7%
<i>(materno + altri alimenti e formula)</i>	--	--	10,9%
<i>(materno + altri alimenti)</i>	--	--	15,0%
No <i>(solo formula)</i>	13,9%	31,1%	57,9%

Ma, soprattutto, lo studio ha permesso di acquisire informazioni sui principali determinanti che, in diverso modo possono influenzare l'allattamento, confermando, nella popolazione siciliana, quanto già documentato dalla letteratura scientifica nazionale e internazionale. Infatti è stato rilevato che l'aver frequentato un corso preparato, un parto spontaneo, aver praticato contatto pelle a pelle immediato e ininterrotto alla nascita per almeno 10 minuti, avere il neonato accanto nella stessa stanza e avere ricevuto una prescrizione di formula dal punto nascita, sono tutte condizioni, strettamente correlate all'organizzazione dei Punti Nascita, che possono condizionare l'allattamento materno esclusivo.

La formula artificiale è utilizzata diffusamente durante la degenza in ospedale, e alla

dimissione il 40,3% delle mamme riceve la prescrizione della formula con un effetto significativo sulla prevalenza dell'allattamento esclusivo a 1 e a 6 mesi, mentre non aver ricevuto una prescrizione di formula artificiale alla dimissione, è uno dei determinanti più rilevanti per il successo dell'allattamento, con un 21,3% di probabilità in più rispetto alle donne che l'hanno ricevuta.

Da ciò la necessità di sviluppare delle strategie mirate al miglioramento ed al potenziamento dell'organizzazione dei Punti Nascita, e, con questa finalità, nel settembre 2018 l'Assessorato Regionale alla Salute ha prodotto un modello organizzativo semplice e flessibile che risulti applicabile nelle diverse realtà sanitarie del territorio regionale. Sono infatti state approvate con D.A. n. 1539 del 5 settembre 2018 le "Linee di indirizzo per l'adozione della *Policy* aziendale delle strutture pubbliche e private della regione Siciliana per la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno".

Ai sensi di tale provvedimento, le Aziende Sanitarie hanno adottato la *Policy* potenziando le attività, le conoscenze e le competenze degli Operatori Sanitari che, secondo le diverse professionalità, sono a contatto con le donne in gravidanza, durante il parto e alla degenza, attraverso percorsi formativi *ad hoc*, con il fine ultimo di aumentare l'adesione delle mamme all'allattamento per i periodi consigliati dall'OMS ed, eventualmente, anche oltre.

Presupposto fondamentale per la realizzazione di tali iniziative è che tra gli obiettivi delle Direzioni Generali Aziendali vi sia l'attuazione di modelli organizzativi atti ad uniformare e migliorare gli standard assistenziali delle Strutture Sanitarie.

In conclusione, i risultati ottenuti hanno offerto preziosi spunti per il potenziamento delle buone pratiche già esistenti e permettere l'implementazione di azioni di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento secondo le raccomandazioni OMS/UNICEF, nonché di contrasto alle disuguaglianze di salute. Sono stati pertanto avviati in Sicilia programmi finalizzati alla promozione della salute materno-infantile, nell'ambito delle attività del Piano Regionale della Prevenzione.

I dati conseguiti sono una importante prima rilevazione epidemiologica, sulla base della quale misurare il successo delle azioni che sono state intraprese.

2.4.5 Conferenza Regionale sulla Promozione dell'Allattamento in Sicilia

Per sottoporre all'attenzione pubblica tutte le attività messe in atto dalla Regione sui temi dell'allattamento, l'Assessorato alla Salute con il DASOE - Servizio 5, Promozione della Salute - ha organizzato la 1^a Conferenza Regionale sulla Promozione dell'Allattamento tenutasi a Siracusa il 20 settembre 2019, segnando l'inizio di un nuovo percorso culturale di promozione della salute nelle primissime fasi della vita, in attuazione del Piano regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2019 e in vista del futuro PRP 2020-2025.



Il programma regionale di promozione della salute indica, infatti, tra le azioni previste, la promozione dell'allattamento al seno, puntando all'*empowerment* della madre e più in generale a quello comunitario per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno, anche nei luoghi pubblici e negli esercizi commerciali, sperimentando strategie comunicative innovative ed efficaci che mirino ad aumentare il numero delle donne che allattano esclusivamente sino al sesto mese di vita del bambino.

La Conferenza, che ha seguito la 2^a Conferenza Nazionale sulla "Protezione promozione e sostegno dell'allattamento", si è svolta a Palazzo Vermexio, sede del Municipio di Siracusa, dove esperti, medici, operatori sanitari che lavorano nel territorio e anche tante mamme, si sono incontrati per un confronto che vede la Sicilia nuovamente in prima linea per lo sviluppo di programmi e attività per la prevenzione della salute infantile e per il contrasto alle malattie croniche non trasmissibili (MCNT).

Nel corso della conferenza sono state illustrate le attività già in corso relative allo sviluppo delle *policy* aziendali da parte di tutte le aziende del SSR e alla formazione di tutti gli operatori sanitari che a qualunque titolo vengono coinvolti nel percorso di accompagnamento delle mamme. In particolare nei punti nascita della Sicilia dovrà essere assicurato il supporto alle puerpere per favorire l'allattamento al seno.

“Da tempo siamo al lavoro per sollecitare ciascuno ad aderire alle campagne di prevenzione per gli screening e quelle di sensibilizzazione per ogni corretto stile di vita. Per invertire il trend, abbiamo voluto investire sul tema dell'allattamento al seno: ci siamo rivolti direttamente alle mamme e a tutto il personale che quotidianamente lavora nell'ambito della neonatologia, con l'obiettivo di proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento come priorità di salute pubblica. Vogliamo incrementare il numero dei bambini allattati al seno in modo esclusivo fino al sesto mese di vita. Devo ammettere che la strada che all'inizio appariva ripidissima, oggi appare un po' più facile, ma sappiamo che è ancora lunga” ha detto l'Assessore alla Salute Ruggero Razza, che ha seguito i lavori assieme al Dirigente Generale del DASOE Maria Letizia Di Liberti e alla Dirigente Responsabile Scientifico della conferenza, Daniela Segreto.



L'evento è stato aperto dal Sindaco di Siracusa, Francesco Italia, con i saluti del Direttore Generale dell'ASP di Siracusa Salvatore Lucio Ficarra. Vi hanno preso parte Gaetana Ferri, Direttore Generale del Dipartimento per l'Igiene e la Sicurezza degli alimenti e la nutrizione del Ministero della Salute e Riccardo Davanzo,

Presidente del Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per l'allattamento al seno del Ministero della Salute.

Nel corso della Conferenza è stato ribadito che la mancata pratica dell'allattamento esclusivo al seno è più frequente tra le mamme che presentano una condizione di svantaggio socio economico in quanto, in generale, le disuguaglianze nella popolazione determinano una diversa propensione all'adesione ai comportamenti salutari e questo implica che i futuri programmi di promozione della salute e dell'allattamento debbano, con maggiore enfasi rispetto a quanto fatto finora, essere strategicamente orientati per raggiungere le fasce svantaggiate della popolazione.

Consigliare l'allattamento, promuovendo la consapevolezza della scelta, è una priorità per il benessere della madre e del bambino. Per raggiungere questo obiettivo è fondamentale **creare consapevolezza nella popolazione generale e negli operatori sanitari** e acquisire le opportune conoscenze attraverso programmi di formazione che coinvolgano tutti quei servizi sanitari, dai consultori familiari ai punti nascita, ai reparti di neonatologia, ai medici di base, ai pediatri di libera scelta.

2.4.6 Banca del Latte Umano Donato (BLUD)

L'esperienza dell'Ospedale Buccheri La Ferla

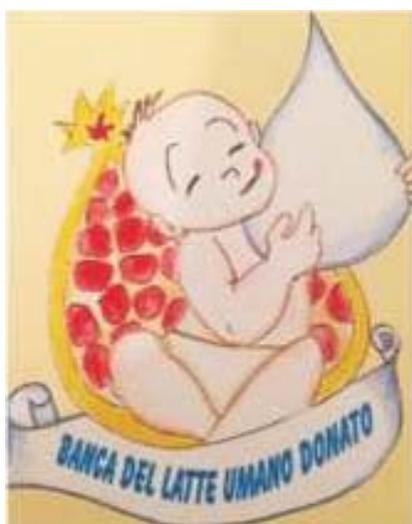
La Banca del Latte umano donato è una struttura, all'interno dell'ospedale, di raccolta, selezione, trattamento, conservazione e distribuzione di latte donato da madri che stanno allattando. La Banca del Latte ha una duplice funzione: da un lato, promuove la donazione del latte materno e il suo utilizzo nei centri di neonatologia e nelle Utin, dall'altro promuovere e diffondere in generale l'allattamento materno.

La Banca del Latte ottimizza l'assistenza nutrizionale fornita ai neonati ricoverati in ospedale e, in particolare, ai neonati prematuri ricoverati nella Terapia Intensiva Neonatale. Per i bambini ricoverati in ospedale il latte materno fresco costituisce sempre l'alimento di prima scelta ma, qualora questo non sia disponibile, il latte umano di Banca rappresenta l'alternativa più valida.

Il principale vantaggio del latte umano nell'alimentazione del neonato pretermine è la riduzione del rischio di enterocolite necrotizzante, delle sepsi, della displasia broncopolmonare e della retinopatia del pretermine, inoltre il latte umano riduce l'incidenza di intolleranza alimentare e permette un precoce raggiungimento

dell'alimentazione enterale esclusiva con riduzione di giorni di degenza. Oltre all'alimentazione dei neonati pretermine, sono descritte altre situazioni cliniche in cui è stato utilizzato latte di Banca, quali ri-alimentazione dopo interventi chirurgici, gravi allergie alimentari, malattie metaboliche, immunodeficienze, insufficienze renale cronica, cardiopatie con difetto di crescita per intolleranza alimentare; in molti di questi casi il latte umano rappresenta a tutti gli effetti il "farmaco-salvavita".

La Banca del Latte Umano Donato dell'Unità di *Terapia Intensiva Neonatale* dell'**Ospedale Buccheri la Ferla** di Palermo rappresenta attualmente l'unica Banca del Latte della regione Sicilia. È stata costituita nell'ottobre 2005 secondo le Linee Guida della Società Italiana di Neonatologia e ha come responsabile la Dott.ssa Iwona Kazmierska, pediatra/neonatologa e IBCLC.



Tale banca fornisce principalmente latte ai pazienti prematuri ricoverati all'interno del proprio ospedale e, su richiesta, anche ai pazienti ricoverati nelle altre strutture di Palermo. È possibile mettersi in contatto con la Banca del Latte donato del Buccheri La Ferla, per ricevere informazioni e diventare eventualmente donatrici di latte materno, telefonando allo 091.479522.

La qualità del prodotto offerto dalla Banca del Latte è garantita dall'accurata esecuzione delle procedure consolidate relative allo screening delle donatrici, alle modalità di raccolta e conservazione del latte, ai controlli fisici e batteriologici, alla pastorizzazione, alla documentazione degli atti medico - amministrativi.

Sito web aziendale “Allattamenti Riuniti” per il sostegno dell’allattamento L’esperienza degli Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello

I *database* elettronici internazionali (CINAHL, Medline, CurrentContents, *etc.*) annoverano ampia letteratura relativi ad interventi via *web* di sostegno e di informazione scientifica sull’allattamento. Lo spazio dedicato all’allattamento al seno all’interno del sito istituzionale degli Ospedali Riuniti Villa Sofia-V.Cervello di Palermo (<https://sites.google.com/a/villasofia.it/allattamento/home>) è in linea con la *mission* di promozione e tutela della salute di una grande azienda ospedaliera pubblica ed offre un contributo al supporto, alla formazione ed alla informazione scientifica dei neo-genitori e degli stessi operatori sanitari coinvolti nel percorso nascita con l’obiettivo prospettico della diffusione della cultura dell’allattamento al seno.

Il Dott. Giuseppe Giordano, neonatologo presso la UOC Neonatologia UTIN e referente per la formazione aziendale sull’allattamento, è il responsabile, coordinatore scientifico e curatore dell’attività di e-consulenza del portale “Allattamenti Riuniti” degli Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello.

Il portale raccoglie in apposite sezioni protocolli clinici, linee guida, raccomandazioni, segnalazioni e commenti relativi ai più recenti e significativi articoli scientifici dalla letteratura internazionale, spunti della normativa italiana in tema di tutela della maternità, links con siti nazionali ed internazionali specializzati.



Agli argomenti sopra elencati si aggiungono le sezioni riguardanti le prime vaccinazioni, l’alimentazione complementare del lattante, l’allattamento dopo i primi sei mesi.

Il punto focale e qualificante del portale rimane tuttavia **la rubrica della linea diretta** e-mail: latte.farmaci@villasofia.it, a cui le mamme e i papà possono rivolgersi per consigli e parere specialistico sull'allattamento, con particolare riferimento alle tematiche inerenti a compatibilità di **Farmaci in Allattamento**.

La rubrica raccoglie e filtra le mail inviate in privato e le ripropone in anonimo in vetrina, condividendo pubblicamente le risposte ai dubbi ed ai quesiti in esse contenute.

I numeri registrati dall'istituzione del portale (2013) ad oggi sono importanti: 30.000 contatti da ogni parte d'Italia e dall'estero (Francia, Ucraina, etc.), con oltre 1200 consulenze "personalizzate" prestate.

La prestigiosa rivista internazionale Journal of Pediatric and Neonatological Individualized Medicine ha pubblicato nel 2017 il report dei primi 4 anni di attività di tale portale ospedaliero con un articolo dal titolo "*Promotion and support of breastfeeding: which role for a hospital portal?*"

Altre rubriche e sezione aumenteranno nel tempo la quantità e la qualità dell'offerta informativa e l'interesse e l'efficacia del portale *web*.

Bibliografia

- 1) Global Burden Disease 2018
<https://globalnutritionreport.org/reports/global-nutrition-report-2018/>.
- 2) Piano Nazionale Cronicità
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf.
- 3) Rapporto preparato nell'ambito della convenzione scientifica tra la fondazione economia "Tor Vergata" e l'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con la SIMG - ottobre 2012 - I Costi dell'Obesità in Italia – V.Atella e J.Kopinska.
- 4) Ending Childhood Obesity Implementation Plan - 2016
<https://web.era-edta.org/uploads/who-ending-childhood-obesity-implementation-plan-summary1.pdf>.
- 5) Nuove Linee Guida per una Sana Alimentazione CREA 2019 – Revisione 2018
<https://www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/crea-presenta-le-nuove-linee-guida-per-una-sana-alimentazione-1>.
- 6) Ministero della Salute – CCM – EBP e Obesità
http://www.ccm-network.it/ebp_e_obesita/paginaObesita.jsp?id=node/118.
- 7) Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., & Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The lancet*, 380 (9838), 219-229.
- 8) ISTAT. (2018). Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà.
Claas, S. A., & Arnett, D. K. (2016). The role of healthy lifestyle in the primordial prevention of cardiovascular disease. *Current cardiology reports*, 18(6), 56.
- 9) Schuler, G., Adams, V., & Goto, Y. (2013). Role of exercise in the prevention of cardiovascular disease: results, mechanisms, and new perspectives. *European heart journal*, 34(24), 1790-1799.
- 10) Dalleck, L. C., Van Guilder, G. P., Quinn, E. M., & Bredle, D. L. (2013). Primary prevention of metabolic syndrome in the community using an evidence-based exercise program. *Preventive medicine*, 57(4), 392-395.

- 11) Stensvold, D., Nauman, J., Nilsen, T. I., Wisløff, U., Slørdahl, S. A., & Vatten, L. (2011). Even low level of physical activity is associated with reduced mortality among people with metabolic syndrome, a population based study (the HUNT 2 study, Norway). *BMC medicine*, 9(1), 109.
- 12) Ministero della Salute (2014). Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.
- 13) World Health Organization. (2012). Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. *Proceedings of Regional Committee for Europe*, 10-13.
- 14) Arija, V., Villalobos, F., Pedret, R., Vinuesa, A., Timón, M., Basora, T., ... & Basora, J. (2017). Effectiveness of a physical activity program on cardiovascular disease risk in adult primary health-care users: the “Pas-a-Pas” community intervention trial. *BMC Public Health*, 17(1), 576.
- 15) Myers, J., McAuley, P., Lavie, C. J., Despres, J. P., Arena, R., & Kokkinos, P. (2015). Physical activity and cardiorespiratory fitness as major markers of cardiovascular risk: their independent and interwoven importance to health status. *Progress in cardiovascular diseases*, 57(4), 306-314.
- 16) Epicentro Ist. Superiore di Sanità. Fumo, documentazione in Italia. 2018.
- 17) Nuove Linee guida OMS, World conference on Tobacco or Health, Citta del Capo, 2017.
- 18) Verso un’azienda libera da fumo, Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro. Ministero della Salute, CCM, Guadagnare Salute, Regione Veneto. 2007.
- 19) Istat. Indagine multiscopo Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari, 2018.
- 20) D. Marinoni, L’abitudine al fumo nei luoghi di lavoro con particolare attenzione agli ambienti sanitari: strategie di prevenzione. 2014.
- 21) Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio fumo, alcol e droga, Smettere di fumare, una questione che mi sta a cuore. Guida pratica.
- 22) Fumo in Italia 2017, Doxa.
- 23) M.Goodchild, N.Nargis, E. Tursan d’Espaignet (2017), “Global economic cost of smoking attributable diseases”, *Tobacco Control*, Volume 27, Issue 1, 2017.

- 24) Trattamento di gruppo per smettere di fumare – Manuale operativo per i fumatori. Regione Veneto, 2010.
- 25) Socioeconomic status and smoking: a review, *Annals of New York Academy of Sciences*, Rosemary Hiscock, Linda Bauld, Amanda Amos, Jennifer A. Fidler, Marcus Munafò, 2011.
- 26) Raccomandazione del Consiglio dell'Unione europea del 30 novembre 2009 : invita gli Stati membri ad assicurare un'efficace protezione dall'esposizione al fumo di tabacco rafforzando le misure atte a ridurre l'esposizione al fumo passivo dei bambini e degli adolescenti.
- 27) Protection from exposure to second-hand tobacco smoke : documento Oms del 2007 focalizzato sugli effetti dell'esposizione al fumo passivo e l'analisi di alcune best practices in grado di intervenire efficacemente nel contrasto del fenomeno.
- 28) The tobacco atlas – 2002: pubblicazione dell'Oms sulle implicazioni sociali, politiche, economiche, mediche connesse all'uso del tabacco nel mondo.
- 29) Politiche di genere nel contrasto all'uso del fumo: negli anni, l'Oms ha proposto numerosi studi e rapporti che indagano sulla diversa incidenza del fenomeno tra la popolazione maschile e femminile : “Gender, women, and the tobacco epidemic” : rapporto del 2010 focalizzato sulle strategie necessarie alla riduzione dell'uso del tabacco tra le donne, gli studi di genere sui determinanti sociali responsabili dell'insorgenza di questa dipendenza e le politiche pubbliche rivolte alla popolazione femminile.
- 30) “Empower women – Combating tobacco industry marketing in the Who European Region” rapporto, realizzato dall'Ufficio europeo dell'Oms nel 2010, sull'uso del tabacco tra donne e ragazze con un focus particolare sulle azioni intraprese per contrastare il fenomeno.
- 31) Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome: position paper of the Italian Society on Alcohol”, pubblicato su *Internal and Emergency Medicine* 2018.
- 32) “Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016” pubblicato su *The Lancet*, 2018.

- 33) Relazione del ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 - Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati” 2018.
- 34) Epicentro (<http://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/>) “Opinioni e atteggiamenti degli italiani nei confronti delle politiche adottate sul consumo di bevande alcoliche”, 2018.
- 35) European Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016).
- 36) F. Guarino, Alcol e stile giovane. Un’interpretazione sociologica. Franco Angeli ed., 2010.
- 37) Educare alla responsabilità, Cultura e pratica delle abilità personali per la salute in ambito scolastico, Giunti Ed. 2009.
- 38) Caplan M, Weissberg RP, Grober JS, et al. Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: effects on social adjustment and alcohol use. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:56-63.
- 39) Riboldi F., Enrico Magni, Droghe ricreative. Le life skills per crescere indipendenti. Franco Angeli ed. 2016.
- 40) Caplan RD, Vinokur AD, Price RH, et al. Job seeking, reemployment, and mental health: a randomized field experiment in coping with loss. *J Appl Psychol* 1989;74:759-69.
- 41) Bertini M, Braibanti P, Gagliardi MP. Il modello “Skills for Life” 11-14 anni. La promozione dello sviluppo personale e sociale nella scuola. Franco Angeli, Milano, 2006.
- 42) Marmocchi P, Dall’Aglio C, Zannini M. Educare le life skills. Come promuovere le abilità psicosociali e affettive secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità. Erickson, Trento, 2004.
- 43) Regione Emilia Romagna, Regione Marche, Luoghi di Prevenzione/LILT Reggio Emilia, Istituto Oncologico Romagnolo/Luoghi di Prevenzione. Guida “Scegli la salute per un’infanzia a colori”, 2016.
- 44) Regione Toscana, Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà. Taccuino per insegnanti. Cose da sapere su salute, stili di vita e life-skills, 2008.

- 45) WT Grant Consortium on the school-based promotion of social competence. Drug and alcohol prevention curricula. In: Hawkins JD, Catalano RF & Associates (eds). *Communities that care*. Jossey-Bass, San Francisco, 1992; pp. 129-48.
- 46) Allattare al seno, un investimento per la vita - Ministero della salute http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_303_allegato.pdf
Gura T. Nature's first functional food. *Science*. 2014; 345: 747-749.
- 47) World Health Organization / UNICEF
https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/.
- 48) Organizzazione mondiale della sanità, Unicef, Wellstart International. Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata e ampliata per un approccio integrato alle cure. Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento al seno in un Ospedale amico dei bambini - Un Corso di 20 ore per il personale della maternità. Ginevra: Oms e Unicef, 2009.
http://www.unicef.it/Allegati/Corso_20_Ore_7ott10.pdf.
- 49) Bode L, McGuire M, Rodriguez JM et al. It's alive: microbes and cells in human milk and their potential benefits to mother and infant. *Adv Nutr*. 2014 Sep; 5(5):571-3.
- 50) <https://www.uppa.it/nascere/allattamento/il-mio-latte-non-e-acqua/>
- 51) SIP, SIN, SICuPP, SIGENP, SIMMP. Allattamento al seno e uso del latte materno/umano. Position Statement 2015
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2415_allegato.pdf.
- 52) Black RE, Victora CG, Walker SP et al. the Maternal and Child Nutrition Study Group. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013; 382: 427-451.
- 53) Lim SS, Vos T, Flaxman AD et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380: 2224-2260.
- 54) Victora CG, Bahl R, Barros AJ. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016 Jan 30; 387(10017):475-90.
- 55) Horta BL, Victora CG. Short-term effects of breastfeeding: a systematic

- review of the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. World Health Organization, Geneva; 2013.
- 56) American Academy of Pediatrics, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2011;128:e1341-67.
 - 57) Young J, Watson K, Ellis L et al. Responding to evidence: breastfeed baby if you can--the sixth public health recommendation to reduce the risk of sudden and unexpected death in infancy. *Breastfeed Rev* 2012;20:7-15.
 - 58) Dođramaci EJ, Rossi-Fedele G, Dreyer CW. Effect of breastfeeding on different features of malocclusions in the primary dentition: a systematic review protocol. *JBIC Database System Rev Implement Rep*. 2017 Jul; 15(7):1856-1866.
 - 59) Horta BL, De Mola CL, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl*. 2015; 104: 14-19.
 - 60) Kramer MS, Aboud F, Mironova E et al. The Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65: 578-584.
<https://www.uppa.it/nascere/allattamento/benefici-per-mamma-e-bambino/>
 - 61) Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T et al. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. *Acta Paediatr*. 2006 May; 95(5):540-6.

3. L'importanza degli Screening

(a cura di G. Dardanoni, S. Palmeri)

3.1 La diagnosi precoce dei tumori per salvare la vita

Ogni anno in Sicilia vengono diagnosticati oltre 20.000 nuovi tumori (53,7% casi fra i maschi e il 46,3% casi fra le femmine). Essi rappresentano la seconda causa di morte nella nostra regione.

Tra gli uomini le sedi tumorali più frequenti sono la prostata (16,8% di tutti i tumori), il polmone (15,7%), la vescica (13,5%) e il colon-retto (13,0%). Per le donne, invece, la mammella (28,7%), il colon-retto (13,3%), la tiroide (6,6%) e il corpo dell'utero (5,4%).

Circa il 3% della popolazione convive con una pregressa diagnosi di tumore (circa 165.000 soggetti).

I tassi di incidenza della Sicilia, in linea con quelli del Sud, si mantengono regolarmente più bassi rispetto al Centro e al Nord. Questo gradiente Nord-Centro-Sud è probabilmente ascrivibile ad una minore esposizione ai fattori di rischio e all'azione di elementi protettivi come dieta, abitudini alimentari, fattori inquinanti, abitudine al fumo e all'alcool.

Un indicatore fondamentale è la **sopravvivenza** osservata dopo una diagnosi di neoplasia, che valuta, fra le altre, la qualità e la tempestività dei servizi offerti per l'individuazione e la cura dei pazienti. Complessivamente la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è il 52% nei maschi (media nazionale del 54%), mentre è il 60% per le femmine (media nazionale del 63%).

Strategia

Per quanto riguarda il tumore della mammella, dell'utero e del colon-retto, esistono degli *screening* organizzati di popolazione. Per questi tumori ogni anno in Sicilia si ammalano circa: 3700 donne di tumore della mammella, 200 donne di tumore della cervice uterina, 3900 uomini e donne di tumore del colon-retto.

Lo *screening* organizzato di popolazione permette la diagnosi precoce e quindi una

terapia più efficace ed una maggiore probabilità di sopravvivenza. Gli screening oncologici pertanto sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza in quanto efficaci nel ridurre la mortalità e sono quindi garantiti a tutta la popolazione.

Lo screening organizzato di popolazione si basa sull'invito regolare da parte dell'ASP nei confronti dei cittadini ad eseguire alcuni esami specifici. In particolare, i test di screening comprendono:

- La mammografia ogni 2 anni nelle donne fra 50 e 69 anni;
- Il *Pap test* ogni 3 anni nelle donne fra 25 e 33 anni e il test HPV-DNA ogni 5 anni nelle donne fra 34 e 64 anni;
- Il *test* del sangue occulto nelle feci ogni 2 anni in donne e uomini fra 50 e 69 anni.

3.1.1 Programma Regionale di miglioramento degli *screening* oncologici

Per garantire in tutto il territorio regionale l'accessibilità agli *screening* da parte della popolazione bersaglio è stato predisposto il “**Progetto per il miglioramento degli screening oncologici nella Regione Sicilia**”, per la realizzazione del quale sono state messe in campo numerose azioni:

- Costituzione del Gruppo di coordinamento regionale e di un *network* strutturato dei referenti delle Aziende Sanitarie Provinciali;
- Organizzazione del percorso di formazione specifica per gli operatori sanitari;
- Elaborazione delle “Direttive per l'esecuzione degli *screening* oncologici nella Regione Siciliana” (D.A. 1845/2012), con l'istituzione delle UOS di *Screening*;
- Emanazione delle Circolari Assessoriale n. 1308/2013, n. 5/2016 e n. 18/2018 contenenti le buone pratiche per il potenziamento dell'attività di *screening*;
- Elaborazione delle “Direttive regionali per il passaggio dal *Pap test* all'HPV-DNA come *test* primario per lo *screening* del cervicocarcinoma” (D.A. 8/2017);
- Assegnazione alle ASP di fondi di PSN dedicati per il potenziamento delle attività di *screening*;
- Sensibilizzazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e inserimento degli *screening* fra i loro obiettivi prioritari;
- Emanazione di direttive per l'adeguamento dei CUP affinché tutti gli esami richiesti per motivo di *screening* in età *target* (*Pap test*, mammografia, *test* del

sangue occulto nelle feci) siano eseguiti esclusivamente in strutture appartenenti al circuito dello *screening* organizzato;

- Inserimento degli *screening* oncologici fra i settori strategici da sottoporre al Piano Annuale dei Controlli 2019;
- Stipula di protocolli d'intesa con *stakeholders* e volontariato attivo del territorio;
- Accordo di collaborazione con l'Osservatorio Nazionale Screening;
- Campagna regionale di comunicazione ai cittadini;
- Monitoraggio periodico dell'attività.

Grazie agli sforzi profusi si è assistito ad un notevole miglioramento rispetto alla situazione di partenza (l'estensione è passata per lo *screening* della mammella dal 62% al 100%; stabile per lo *screening* cervicale, attorno all'80%; dal 71% all'80% per quello del colon) ma non sono ancora stati raggiunti gli *standard* nazionali richiesti, pertanto è necessario un ulteriore impegno per aumentare l'estensione reale dei programmi di *screening* e l'adesione della popolazione.

3.2 Gli *screening* oncologici nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2019

Oltre all'obiettivo principale di incrementare la diffusione degli *screening* nella popolazione, il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2019 individuava la necessità di riorientare i programmi di *screening* per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA al posto del *Pap test*, come previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione, poiché più efficace nel prevenire i tumori invasivi della cervice.

Mediante il D.A. n. 8 del 3.1.2017 contenente le Direttive regionali per il passaggio dal *Pap test* all'HPV-DNA come *test* primario per lo *screening* del cervicocarcinoma, frutto del lavoro di un Tavolo Tecnico appositamente istituito, sono stati identificati 4 centri dove provvedere ad eseguire il *test* per tutta la popolazione: Palermo, Catania, Messina e Trapani.

In considerazione dell'alto rischio di sviluppare una neoplasia, soprattutto in età giovanile, un altro obiettivo previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione era quello di identificare precocemente i soggetti a rischio familiare per tumore della mammella in donne ad alto rischio per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2, in modo da definire opportuni percorsi diagnostico-terapeutici, integrati con i

programmi di *screening*. Infatti in questi soggetti il rischio di sviluppare il carcinoma dell'utero può raggiungere l'80%, contro il 10-12% della popolazione femminile generale.

Pertanto il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2019 si è posto l'obiettivo di identificare precocemente le donne a rischio mediante un apposito programma strutturato nei percorsi. L'accesso al programma può avvenire in occasione dello screening mammografico o cervicale, o ancora attraverso il MMG o lo specialista. Ciò definisce una diversa modalità di accesso al test genetico, che attualmente è previsto solo per le donne già affette da tumore ed eventualmente i loro familiari, perché il programma è rivolto a donne sane, anche molto giovani, per identificare il rischio di insorgenza di un tumore di tipo ereditario (mammella o ovaio) ed adottare le conseguenti misure preventive.

Dall'inizio del periodo di vigenza del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2019 la popolazione *target* sottoposta a *screening* cervicale è aumentata del 20%, mentre è raddoppiata quella sottoposta a *screening* mammografico e colon-rettale.

Le persone con un basso livello socio-economico hanno generalmente un ridotto accesso ai servizi di cura e prevenzione. Uno *screening* universale organizzato e funzionante concorre anche a ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari legate all'istruzione e allo stato socioeconomico e di conseguenza anche le disuguaglianze nello stato di salute.

3.2.1 L'esperienza delle AASSPP siciliane

In alcune ASP sono state condotte specifiche azioni volte all'incentivazione della partecipazione agli *screening* da parte della popolazione.

Per promuovere gli *screening* oncologici e incoraggiarne le adesioni, **l'ASP di Palermo** ha puntato sulla sensibilizzazione dell'utenza e sul miglioramento della qualità percepita. In quest'ottica sono state sviluppate una serie di idee innovative e "tecnologiche" che hanno permesso il raggiungimento più diretto della fascia di popolazione *target*.

E' stato introdotto l'uso della messaggistica SMS e della posta elettronica da affiancare a metodiche "classiche" di uso comune come la lettera inviata per posta. In particolare da circa 3 anni gli utenti sono raggiunti da un SMS di *remind* che, con 4

giorni di anticipo, ricorda l'appuntamento già comunicato per lettera. Ciò ha consentito di recuperare numerosissimi inviti non recapitati in tempo, guadagnando il gradimento sui servizi resi dal servizio sanitario regionale. Inoltre è risultata molto gradita l'anticipazione per SMS e recapito via *e-mail* dell'esito negativo, in grado di ridurre notevolmente i tempi di attesa degli esiti e l'ansia indotta dai *test*.

Nelle more del potenziamento del numero verde è stato attivato un servizio di messaggistica tramite *Whatsapp* per l'immediata accoglienza dell'utenza nelle richieste di spostamento degli appuntamenti non esitate telefonicamente.

Negli ultimi anni ha riscosso notevole successo l'iniziativa "ASP in piazza", che ha previsto l'organizzazione di tappe itineranti in buona parte dei Comuni della provincia di Palermo a bordo dei mezzi mobili (*camper ambulatorio*) per promuovere gli *screening* oncologici e ridurre il disagio territoriale dei Comuni più distanti.

Infine si è dato ampio spazio ai *social media* attivando 3 pagine pubbliche su *Facebook*: la presenza in rete, come ulteriore porta d'accesso per l'utenza, è valsa una migliore visibilità e ha contribuito a favorire l'approccio agli *screening* aiutando nel processo di crescita partecipata della cultura della prevenzione. Inoltre il mezzo consente di comunicare e pubblicizzare tempestivamente e a costo zero eventi e notizie inerenti le attività di screening sul territorio.

Nell'ambito delle campagne di *screening* oncologico organizzate **dall'ASP di Catania** sono state promosse numerose azioni per favorire la partecipazione della popolazione *target* e aumentare le percentuali di adesione ed estensione dei programmi.

Essendo stato rilevato che su un territorio vasto come quella della provincia etnea molte lettere non venivano recapitate, si è agito con un aggiornamento profondo e sistematico dell'anagrafica della popolazione eleggibile, attraverso l'acquisizione dei dati dai Comuni, dalla Nuova Anagrafica Regionale (NAR) e dal Registro di mortalità, con il triplice obiettivo di individuare in modo puntuale la popolazione eleggibile, ridurre il numero di inviti inesitati e raggiungere i valori desiderabili di estensione definiti a livello regionale.

L'anagrafe così aggiornata, denominata "Demetra", ha consentito una notevole riduzione del numero di inviti inesitati per ciascuno *screening* e un aumento dei

livelli dell'estensione dei programmi, che si attestano su valori in linea con gli obiettivi definiti a livello regionale.

Il Centro Gestionale *Screening dell'ASP di Ragusa* ha avviato azioni volte al maggior coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG) riguardo ai programmi di *screening* oncologici, attivando il programma “*Door to Door*” presso i loro ambulatori che prevede *site-visit* di due assistenti sanitari. Durante gli incontri programmati previ accordi telefonici è stato distribuito materiale informativo (locandine e *brochure*) ed è stata somministrata ai medici una formazione specifica sul programma di *screening*. Inoltre è stata consegnata ad ogni medico la lista dei suoi assistiti *non responders*, in maniera da facilitare loro il compito di reclutamento attivo della popolazione. Sono state distribuite in ogni ambulatorio le provette per eseguire il *test di screening* colon-rettale (FOBT).

Successivamente è stato implementato il *software* gestionale dello *screening* con il modulo MMG, al fine di coinvolgere maggiormente i medici di famiglia nei percorsi clinico-diagnostico-terapeutici degli assistiti.

È stata anche condotta una campagna pubblicitaria, “*Tu al Centro*”, con *testimonial* famosi, pannelli mobili e fissi stradali, convegni, programmi tv locali, distribuzione di materiale pubblicitario ed eventi formativi diretti a particolari gruppi di popolazione (scuole, centri anziani, sedi comunali, Ente Nazionale Sordi, associazioni di volontariato, centri commerciali).

L'ASP di Caltanissetta ha intrapreso diverse azioni per potenziare i tre programmi di *screening* oncologico, soprattutto per aumentare la partecipazione di quelle fasce di popolazione che, per specifiche condizioni di fragilità sociale o di salute, hanno una scarsa percezione dell'importanza della prevenzione e quindi un accesso significativamente più ridotto agli *screening*.

L'U.O. di Educazione alla Salute dell'ASP di Caltanissetta ha organizzato incontri rivolti alla popolazione target. Anche i Medici di Medicina Generale sono stati coinvolti e sensibilizzati.

E' stato stipulato un protocollo d'intesa con la rete delle farmacie aderenti a Federfarma Caltanissetta per favorire la diffusione degli *screening*, attraverso la pubblicizzazione e la promozione della cultura della prevenzione (vetrine, social *network*, *monitor*, etc.), la possibilità di prenotare tramite CUP le mammografie e i

pap test da screening, la distribuzione e il ritiro del *kit* per il sangue occulto nelle feci. Per potenziare lo *screening* della cervice uterina sono stati attivati ulteriori Centri Prelievo, soprattutto nei Comuni più popolosi dell'ASP. Negli ospedali di Caltanissetta e Gela lo *screening* viene effettuato da personale ostetrico ospedaliero, che garantisce l'accesso alle utenti anche nelle ore pomeridiane; presso il Poliambulatorio di Caltanissetta è stato attivato un Centro prelievo in cui opera un medico convenzionato specializzato in ginecologia.

Vista la geografia del territorio, per favorire l'adesione allo *screening* mammografico anche nei Comuni più periferici della provincia è stato facilitato l'accesso a tutte le donne residenti mediante l'utilizzo di una unità mobile per l'esecuzione e la doppia lettura del *test* di I livello. La presenza del mezzo mobile nei Comuni è pubblicizzata dai media locali, social media, all'interno dei presidi sanitari dell'ASP e negli studi dei MMG.

Pur mantenendo il modello organizzativo previsto per i programmi di *screening*, si sono approntate nuove procedure con il coinvolgimento delle associazioni di volontariato, per ottenere una migliore e più ampia risposta: diverse associazioni hanno attivato sportelli informativi sugli *screening* oncologici e hanno provveduto alla consegna dei *kit* per la ricerca del sangue occulto nelle feci.

L'associazione di volontariato è essenziale anche per aumentare l'adesione sul mezzo mobile di mammografia, in quanto attraverso delegazioni locali attivano un sistema di telefonate per il recupero delle *non responders*.

Inoltre lo *screening* viene pubblicizzato attraverso alcuni eventi che vengono organizzati ormai da diversi anni nella provincia: il primo evento è il “*Salus Festival*”, all'interno del quale sono previsti degli incontri dedicati, e uno sportello informativo, gestito dal personale del Centro Gestionale *Screening*; il secondo evento è la “Settimana Oncologica” organizzata da un'associazione locale, in cui particolare rilievo è dato agli *screening* oncologici attraverso *info point* e incontri informativi con la popolazione.

3.3 L'importanza degli Screening neonatali

3.3.1 Ipoacusia e sordità

L'incidenza dell'ipoacusia neurosensoriale (ridotta o assente capacità uditiva) è di circa 1,0-1,5 per mille nati ed è una condizione rilevante per la salute dell'individuo e per i costi economici e sociali cui è associata.

Negli ultimi 10 anni vi è stata la volontà di privilegiare programmi di screening neonatale universale (cioè estesa a tutti i nuovi nati) dei disturbi permanenti dell'udito piuttosto che programmi rivolti esclusivamente a soggetti a rischio, in quanto circa il 50% dei bambini sordi non presentano nessuno dei fattori di rischio audiologico individuati dal “*Joint Committee on infant hearing screening assessment*” (JCIH). Lo *screening* uditivo neonatale permette di identificare la maggioranza dei bambini con disturbi bilaterali permanenti dell'udito in un'epoca della vita molto precoce, generalmente entro il 3°- 4° mese dalla nascita, e di cominciare un intervento riabilitativo entro il 6° mese di vita, durante cioè il “periodo di plasticità cerebrale”, nel quale si sviluppano complessi circuiti interneurali ed in cui lo stimolo acustico è essenziale per una corretta maturazione del sistema uditivo.

Strategia

Per poter garantire la possibilità di recupero delle abilità uditive è necessario identificare le ipoacusie entro il terzo mese di vita attraverso lo screening uditivo e avviare un adeguato intervento riabilitativo non oltre il sesto mese di vita. Si è dimostrato, infatti, che, quanto più precocemente viene ripristinata una normale stimolazione acustica, tanto minore risulta il gap tra un bambino ipoacusico e un bambino normo-udente in termini di *performance* comunicative, linguistiche, relazionali e cognitive.

I bambini ipoacusici senza altre patologie associate che ricevono un adeguato intervento riabilitativo prima dei sei mesi di vita, sviluppano un migliore quoziente linguistico e raggiungono in età prescolare abilità linguistiche adeguate alla loro età. Lo *screening* uditivo neonatale costituisce pertanto uno degli interventi sanitari con un più favorevole rapporto costi/benefici. Lo *screening* uditivo neonatale deve,

pertanto, rappresentare soltanto la prima tappa di un percorso riabilitativo del bambino ipoacusico che coinvolge un *team* multiprofessionale.

3.3.2 Programma Regionale di *screening* audiologico neonatale

Nella nostra Regione la percentuale dei nati sordi è superiore a quella nazionale e si aggira intorno al 3-3,5 per mille, per cui sono attesi ogni anno circa 140-160 casi di sordità neonatale. Ciò è riconducibile alla maggiore frequenza di matrimoni fra consanguinei rispetto ad altre aree del Paese, almeno nel passato anche recente.

Il problema principale è rappresentato dal ritardo con il quale il problema viene rilevato e affrontato: infatti, la diagnosi viene in genere posta nel corso del secondo anno di vita e tale ritardo può comportare una ridotta efficacia della terapia riabilitativa.

Pertanto a partire dal 2012 è stato attivato uno *screening* neonatale universale che permetta l'individuazione e la protesizzazione precoce dei bambini affetti da sordità neonatale.

Il *test di screening* utilizzato è rappresentato dalle otoemissioni acustiche evocate, mentre il *test* di conferma della diagnosi è effettuato con lo studio dei potenziali evocati uditivi del tronco (ABR) ed eventualmente con indagini più sofisticate. Il *test di screening* può essere effettuato dallo stesso personale del punto nascita dopo opportuna formazione. All'inizio del periodo di vigenza del PRP 2014-2019 solo un terzo dei neonati veniva esaminato, ma successivamente, grazie anche all'attività d'impulso della Regione, si è progressivamente incrementato il numero di punti nascita che hanno acquisito le attrezzature e formato il personale.

Attualmente tutti i punti nascita pubblici e privati della Sicilia hanno attivato lo *screening*, riuscendo a sottoporre al *test* circa il 95% dei neonati.

3.3.3 Ipo visione e cecità

In Italia le indagini Istat affermano che 4,5 persone ogni 1.000 abitanti sono ipovedenti. L'impatto psicosociale della cecità e dell'ipo visione è dunque rilevante. L'identificazione delle cause di danno funzionale o di ostacolo alla maturazione della visione quanto più è precoce, tanto più garantisce possibilità di trattamento o di efficaci provvedimenti riabilitativi.

La cataratta congenita è la più frequente delle anomalie congenite oculari: si stima che sia presente ogni 1.600-2.000 nati in vari gradi di opacità ed è responsabile di circa il 15% dei casi di cecità nell'infanzia, colpendo entrambi gli occhi nei 2/3 dei casi.

Altre patologie che possono essere presenti sono il glaucoma congenito, il retinoblastoma, la retinopatia del prematuro (ROP).

Strategia

La strategia si basa sullo *screening* oftalmologico alla nascita, che può esser fatto sia dal pediatra che dall'oculista. Naturalmente tutti i bambini nati pretermine devono essere esaminati, secondo i protocolli già esistenti in letteratura, da oftalmologi esperti sia durante la loro degenza ospedaliera che dopo la dimissione per diagnosticare, monitorare ed eventualmente trattare la retinopatia del pretermine.

3.3.4 Programma Regionale di *screening* oftalmologico neonatale

In Sicilia è stato attivato uno *screening* neonatale universale che permetta l'individuazione e il trattamento precoce dei bambini affetti da patologie oculari congenite.

Il *test di screening* da utilizzare è rappresentato dal test del riflesso rosso.

Il *test di screening* può essere effettuato dallo stesso personale del punto nascita dopo opportuna formazione.

All'inizio del periodo di vigenza del PRP 2014-2019 nessun neonato veniva esaminato, ma successivamente, grazie anche all'attività d'impulso della Regione, si è progressivamente incrementato il numero di punti nascita che hanno acquisito le attrezzature e formato il personale, e attualmente tutti i punti nascita pubblici e privati hanno attivato lo *screening*, riuscendo a sottoporre al test circa il 95% dei neonati.

Bibliografia

1. Usticano A, Dardanoni G, Marras A, Pollina Addario S, Scondotto S. Atlante sanitario della Sicilia. Epidemiologia dei tumori. Base dati regionale Registri Tumori (2003-2011), analisi della mortalità (2007-2015) e dei ricoveri ospedalieri (2011-2013). Supplemento monografico Notiziario Osservatorio Epidemiologico. Roma, 2016.
2. AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, PASSI, SIAPEC. I numeri del cancro in Italia 2019. Brescia, Intermedia Editore, 2019.
3. AIRTUM Working Group. I tumori in Italia - Rapporto 2016. Sopravvivenza. *EpidemiolPrev* 2018; 41(2): Suppl. 1.
4. D.A. n. 1845 del 18 settembre 2012. Direttive per l'esecuzione degli screening oncologici in Sicilia
5. D.A. n. 8 del 3 gennaio 2017. Direttive regionali per il passaggio dal Pap test all'HPV-DNA come test primario per lo screening del cervicocarcinoma.
6. Ching TY et al. "Age at Intervention for Permanent Hearing Loss and 5-Year Language Outcomes". *Pediatrics*, agosto 2017.
7. EXECUTIVE SUMMARY OF JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING YEAR 2007 POSITION STATEMENT. Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs
8. *Ministero della Salute*. Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali. 5 marzo 2015
9. DM 13 ottobre 2016. Disposizioni per l'avvio dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie.
10. *Ministero della Salute*. Relazione al Parlamento sullo stato d'attuazione delle politiche inerenti la prevenzione della cecità, educazione e riabilitazione visiva (L. 284/97 art. 2 c. 7)
11. Salvatore Sottosanti, Dante Ferrara. Screening oftalmologico pediatrico. *Area Pediatrica* Vol. 15 Gennaio-marzo 2014

4. Il benessere psicofisico di giovani e adulti

(a cura di D. Segreto, G. Scirba, F. Picone,)

4.1 Il benessere psicofisico di giovani e adulti: tra rischi e possibilità

Dalla carta della salute di Alma Ata del 1978, alla dichiarazione di Ottawa del 1986, alla carta della salute di Bangkok del 2005, fino alla quella più recente di Shangai del 2016, è evidente come il termine prevenzione sia stato integrato, o praticamente quasi del tutto sostituito dal concetto di promozione della salute e come quest'ultimo concetto mostri un'evoluzione da modelli centrati intorno a fattori e comportamenti individuali a rischio verso una visione orientata ad una dimensione sociale e di comunità. Inoltre, una vasta evidenza scientifica dimostra, in una prospettiva allargata oggi alle più recenti acquisizioni in tema di connessioni corpo-mente-ambiente di vita, che il sistema immunitario e il sistema nervoso sono i regolatori della cosiddetta "*low-inflammation*", ritenuta una matrice generale di vulnerabilità ad una serie ampia di patologie tipiche della nostra epoca e che entrambi questi sistemi vengono a loro volta modulati dal genoma e, epigeneticamente, dall'ambiente biologico, relazionale, nutrizionale, comportamentale (La Barbera D., 2019).

La regolazione epigenetica è, pertanto, da considerarsi a tutti gli effetti un rilevante fattore di modulazione dello stato di salute e di benessere e il mediatore tra questo stato e molteplici fattori ambientali: la dieta, le modificazioni stagionali e circadiane, il consumo di farmaci, alcol e sostanze di abuso, l'esercizio fisico, le variazioni del microbioma intestinale, ma anche lo stato economico e la disponibilità finanziaria, lo stato psichico e le interazioni sociali.

L'importanza di stili di vita sani e benessere relazionale e sociale, oggi, assume maggior significato, non solo perchè entrambi appaiono sottilmente interconnessi e finemente modulati persino al livello genetico e biomolecolare, ma anche perchè la promozione della salute e in particolare, il benessere mentale nell'infanzia, negli adolescenti e negli adulti, significa certamente prevenzione dei disturbi mentali e delle malattie organiche, ma anche promozione di quei modi di vivere che

“proteggono” la vita, ne migliorano la qualità, producendo benessere ed equilibrio nel corpo e nella mente, sempre calati nella dimensione sociale e di comunità cui l’individuo appartiene.

Se “promozione della salute” è associata a concetti quali “strategia”, “azione”, “determinanti della salute”, “responsabilità”, “sociale” e “rete”, “Comunità”, invece, appare associata a “famiglia”, “individuo”, “servizi sanitari”, “governo”, “organizzazione” e “locale”, con importanti risvolti sul piano pratico e reale.

Nel processo di promozione della salute, entrano in gioco, pertanto, l’organizzazione sanitaria, le organizzazioni formali, ma soprattutto la comunità, l’ambiente inteso come rete di persone e di famiglie (Croce M., 2011).

L’azione per lo sviluppo ed il supporto verso stili di vita sani viene integrata da prospettive che indicano interventi su larga scala, rivolti al singolo e alla comunità più in generale, con un’attenzione allo sviluppo delle specifiche esigenze legate ai singoli contesti culturali e politici.

In questa prospettiva, pertanto, oggi più che mai, risulta fondamentale prendere in considerazione, il ruolo della famiglia e della scuola, per quanto riguarda il benessere psicofisico nell’infanzia e nell’adolescenza, e della comunità intera: la famiglia come prima cellula che opera attivamente nell’ambito del sistema socio-istituzionale, la scuola come luogo di educazione integrale, ma anche luogo d’incontro, di ascolto, di comunicazione, ed infine, la comunità come insieme di valori, credenze, e costumi, che nei giovani adolescenti con il gruppo dei pari riveste una grande importanza per il processo di crescita.

Il gruppo, infatti, è un luogo in cui coltivare la crescita, l’innovazione e la critica alle gerarchie e alla rigidità del mondo degli adulti, dove però non sempre la trasgressione e la contestazione si orientano in modo creativo, prendendo talvolta strade distruttive e sconfinando in violenza o nell’uso e abuso di sostanze (fumo, alcool, droghe).

Accanto alle agenzie sociali ed educative per eccellenza, che da sempre hanno presieduto l’educazione dei giovani individui, di fatto, oggi esistono le agenzie “virtuali”, i cui messaggi giungono in modo estremamente veloce e generalmente incontrollabile. Nella promozione di azioni e misure di prevenzione risulta, pertanto, essenziale il coinvolgimento delle agenzie educative tradizionali e di quelle nuove, che hanno grande appeal sugli adolescenti.

4.2 Promuovere il benessere mentale in bambini, adolescenti e giovani: quale paradigma oggi? Alcune esperienze sul territorio

Se appare evidente che oggi sono necessari modelli e azioni di carattere preventivo nuovi, soprattutto per gli interventi in ambito giovanile, è altrettanto evidente la mole di problemi metodologici e applicativi che sorgono, spesso di non facile soluzione. L'impegno della Regione Siciliana, con il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2019 dell'Assessorato della Salute (D.A. 351 dell'8 Marzo 2016), recependo i principi del Piano Nazionale, è stato profuso in questa direzione e ha inteso porre in essere le necessarie attività, collaborando con tutti gli attori a vario titolo coinvolti, ben consapevole del fatto che chi opera oggi in questo campo deve fare i conti con una serie di punti problematici: tempi che sono contingentati; professionisti che si riferiscono a modelli teorici, a servizi e istituzioni diversi; vari limiti istituzionali, richieste e pressioni spesso difficilmente conciliabili con le risorse a disposizione e con esigenze di purezza e di senso metodologico.

Agli operatori, inoltre, oggi è molto chiaro che fare prevenzione in salute mentale è molto complesso, perché non si tratta di un puro passaggio di informazioni, ma di un intreccio tra "relazioni" di riconoscimento di persone all'interno di un contesto, "azioni" in cui sperimentarsi a livello grupppale in situazioni che invitano ad attuare delle proprie scelte, e, infine, "rappresentazioni" fra quanti partecipano all'azione in modo da generare nuove ulteriori rappresentazioni.

Fare prevenzione, in questa logica, significa creare situazioni di cambiamento in cui una parte rilevante è data dalla conoscenza che si costruisce nella dinamica fra le rappresentazioni delle diverse culture che si confrontano.

Pertanto, non richiede solo agli adolescenti di entrare in gioco con le loro rappresentazioni, ma anche agli adulti, soprattutto agli insegnanti, di partecipare alla costruzione e alla de-costruzione delle loro rappresentazioni, in modo da rendere possibili, per loro, come per i loro allievi, nuovi "intrecci" generatori di cambiamento e di evoluzione (Croce M., et al., 2006).

La salute mentale, come altri aspetti della salute in generale, può essere influenzata da un'ampia gamma di fattori (*status* economico e lavorativo, livello di scolarità, *standard* di vita, salute fisica, coesione familiare, discriminazione, violazione dei diritti umani ed esposizione a eventi avversi come violenza sessuale, abuso e

trascuratezza). I determinanti della salute mentale dei bambini e degli adolescenti possono essere classificati come fattori di rischio e fattori di protezione, dove i primi sono tratti o situazioni che si correlano negativamente alla salute mentale (ad esempio, l'abbandono o i maltrattamenti subiti durante l'infanzia, le rotture familiari, la disoccupazione); i secondi, invece, sono tutti quei fattori che aiutano a sviluppare resilienza di fronte ad eventi stressanti e/o traumatici.

Solitamente sia i fattori di rischio che quelli protettivi si distinguono in: fattori biologici, fattori psicologici e fattori sociali (Rapporto sulla Salute Mentale dell'OMS 2001). I problemi e i disturbi mentali deprivano i bambini e i giovani di una buona qualità di vita, influenzano negativamente il loro sviluppo e possono essere ricorrenti o cronicizzarsi rappresentando un importante precursore dei disturbi mentali stessi dell'adulto.

In un approccio di promozione della salute e prevenzione del disagio mentale risulta fondamentale prevedere strategie multisettoriali integrate che combinino interventi universali rivolti a tutti i gruppi presenti in ambito scolastico con un approccio globale, allo scopo di rafforzare le capacità di resilienza, e interventi mirati su popolazioni specifiche dentro o fuori la scuola, rivolti ai gruppi a rischio, ad esempio, per particolari condizioni sociali o economiche.

La letteratura scientifica di riferimento dimostra però che, nei confronti delle patologie psichiatriche in età evolutiva, accanto agli interventi di promozione della salute mentale, è altrettanto importante instaurare azioni di diagnosi e di presa in carico precoce.

Tali interventi assumono un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica dell'età adulta.

Anche il Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale, approvato dalla Conferenza Unificata in data 24 gennaio 2013, nell'ambito delle azioni programmatiche per la tutela della Salute Mentale in infanzia e adolescenza, individua, tra le aree di bisogni prioritari, l'area degli esordi e raccomanda interventi precoci e tempestivi nei confronti dei disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia di età 15-21 anni), anche attraverso l'elaborazione di progetti sperimentali che prevedano la creazione di équipe integrate e dedicate alla prevenzione e alla presa in carico precoce.

Il Programma Regionale di prevenzione del disagio psichico infantile, adolescenziale e giovanile e delle dipendenze da sostanza, in armonia con le indicazioni ministeriali prevede le seguenti azioni:

- Promozione e potenziamento dei fattori di protezione (*life skill, empowerment*) e adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta;
- Definizione di percorsi per la presa in carico precoce dei soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile a rischio di disagio mentale.

La prima azione, fortemente incentrata sulla sinergica collaborazione tra ASP e Scuola, è volta alla realizzazione di strategie integrate e interistituzionali per valorizzare/promuovere (in ambito scolastico ed extrascolastico) le capacità personali dei giovani, in termini di autostima, autoefficacia, resilienza.

Mira, nello specifico, ad aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui in età scolare attraverso adeguati strumenti formativi che coinvolgono anche il personale docente e le famiglie e si giova, inoltre, di strategie intersettoriali per prevenire e ridurre, quando necessario, il disagio (sociale, familiare) riducendo i fattori di disegualianza che inibiscono il processo di recepimento ed elaborazione degli interventi di prevenzione; questa azione ha tra i suoi obiettivi un importante lavoro di prevenzione sul fenomeno "bullismo e *cyberbullismo*" a scuola, che è oggi uno dei problemi più diffuso a scuola in Sicilia, come in tutta Europa.

Vivere questa esperienza ha un diretto effetto negativo sulla salute e sul benessere mentale degli studenti e influenza negativamente anche i processi di apprendimento e i risultati scolastici.

La seconda azione riserva una particolare attenzione alla prevenzione del suicidio in età scolare e giovanile, per cui è previsto che le UOEPSA delle AASSPP in collaborazione con i servizi di Salute Mentale attivino tutte le possibili dinamiche di controllo del rischio individuabili nel setting scolastico, dotandosi anche di un sistema informativo centralizzato per ogni ASP, all'interno del quale gestire la registrazione sistematica di tutti i casi di tentato suicidio e di fenomeni di autolesionismo, che si presentano ai Pronto Soccorso ospedalieri o ai Presidi Territoriali di Emergenza.

4.2.1 Alcune esperienze sul territorio siciliano.

Tutte le AASSPP siciliane hanno attivato specifici progetti in tal senso, cercando di calarli in ogni singola realtà territoriale e riportando sempre risultati positivi in termini di efficacia.

In particolare, la ASP di Palermo si è mossa in questa direzione con il Progetto Obiettivo di PSN 2014/2015 Azione 1.1.3 “*Life Skills* e Resilienza: strategie efficaci per promuovere salute a scuola”, promosso dal Distretto Sanitario 34 e con il Progetto Obiettivo di PSN 2014/2015 Azione 4.4.1 “*Life Skills* e Resilienza per prevenire le dipendenze patologiche” promosso dall’UOC Dipendenze Patologiche. Di fronte all’imponente emergenza educativa dei nostri tempi, si è concordato di stabilire obiettivi comuni, volti a contrastare il disimpegno morale con una decisa assunzione di responsabilità, per dare visibilità, rafforzare l’importanza del ruolo dei docenti della scuola dell’infanzia e sviluppare un percorso informativo e formativo rivolto agli adulti con ruolo educativo sui temi dell’empowerment e delle life skills e della relazione educativa empatica con i giovani. Da qui la condivisione di sinergie e strategie, evitando azioni sovrapposte, ottimizzando le risorse economiche e proponendo un percorso efficace, coinvolgendo formatori sul tema di levatura nazionale (Istituto Superiore di Sanità e altri).

Il Progetto riguarda, pertanto, sia il M.O. 4 “Programma 4.1 - Programma regionale prevenzione delle dipendenze da sostanza e senza sostanza”, che prevede strategie integrate (Scuola e Sanità) per valorizzare/promuovere in ambito scolastico ed extrascolastico, le capacità personali dei giovani in termini di autostima, autoefficacia e resilienza, sia il M.O. 1- “Programma 1.1 - Programma Regionale Promozione della Salute e lotta al Tabagismo, Abuso di alcol, sedentarietà. Promozione della Salute in Ambiente Scolastico” e intende promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (*life skills, empowerment*) e l’adozione di comportamenti sani nella popolazione.

Nell’ottica sempre dell’Obiettivo “Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani”, l’UOEPSA dell’ASP di Caltanissetta, in collaborazione con l’U.O. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (U.O.I.A.P.Z.) e con un’operatrice cinofila formata dall’Ass. ThinkDog e una veterinaria volontaria messe a disposizione dalla scuola, ha realizzato il Progetto “*Empathydog* - Noi e gli

animali per conoscere le emozioni”, rivolto alle quarte e quinte classi della scuola primaria e ad insegnanti, con l’obiettivo di incrementare il senso di responsabilità e rispetto per tutte le forme di vita: l’animale è, in questo senso, facilitatore del processo di sviluppo dell’empatia e del confronto con la diversità.



Ancora nell’ambito dello stesso Obiettivo, la stessa UOEPSA dell’ASP di Caltanissetta ha condotto il Progetto “Educare al rispetto tra i generi e prevenire la violenza contro le donne”, rivolto alle terze classi delle scuole medie superiori delle città di Caltanissetta e San Cataldo, in collaborazione con il Coordinamento contro la violenza sulle donne, cui appartengono diverse Associazioni del territorio.

Il progetto, realizzato adottando una metodologia “*learner-oriented*” ha previsto l’attivazione in gruppi di lavoro centrati sul compito, ed è stato finalizzato a prevenire la violenza di genere attraverso l’attivazione di processi educativi che valorizzino le differenze fra uomo-donna e promuovano la costruzione di relazioni affettive, amicali e interpersonali basate su reciprocità, rispetto e consensualità.

L’U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile dell’ASP di Siracusa ha elaborato il Progetto “Crescere sani. Percorsi di prevenzione per l’età evolutiva”, per il conseguimento dei due M.O. 3.1 e 3.2. Il progetto, che ha coinvolto le Scuole dell’intera provincia di Siracusa, ha previsto la collaborazione dei Pediatri di base - a cui è stata illustrata una griglia di osservazione, preparata dagli specialisti della NPPIA - per la segnalazione di situazioni a rischio, nonché la sensibilizzazione dei medici di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri del territorio, a cui è stata distribuita una scheda per la rilevazione dei tentativi di suicidio o autolesionismo messi in atto da soggetti in età evolutiva.

Per consolidare sul territorio una cultura della prevenzione e dei comportamenti sani, il progetto ha organizzato e realizzato una serie di incontri tra gli operatori e i rappresentanti del corpo docente di ogni ordine e grado scolastico del territorio e incontri con finalità informativa/formativa, a cui hanno partecipato gli insegnanti interessati ai contenuti del progetto che hanno avuto così modo di aggiornarsi su tematiche di grande impatto socioeducativo in ottica preventiva, quali: Le trappole di Internet e le nuove tecnologie; Come valorizzare la creatività dei giovani: il ruolo degli educatori; Come migliorare le competenze emotive e relazionali.

Nell’ambito del progetto, per la prevenzione secondaria, sono state realizzate due giornate formative sulle tematiche del disagio giovanile, dei disturbi del comportamento alimentare, organizzate con la F.I.M.P., presso l’Ordine dei Medici di Siracusa, nonché un’attività formativa per gli operatori coinvolti nel Progetto, sul tema: “I disturbi di personalità nell’adolescente: valutazione per interventi mirati”, da cui si è avviata una collaborazione con lo *staff* del prof. Ammaniti (Università “La Sapienza” di Roma) sull’utilizzo e la sperimentazione del *test* di personalità M.A.C.I. per la validazione del questionario per adolescenti “I.POP”.

Per quanto riguarda la prevenzione del bullismo, l’Ufficio Scolastico Regionale - Sicilia è stato tra i primi in Italia che dopo aver costituito un Osservatorio Regionale, ha elaborato le Linee Guida per la prevenzione del bullismo a scuola, ed ha attivato il

Progetto “*Bullying in siciliAn School*” (BIAS), con lo scopo di valutare la prevalenza baseline dei fenomeni di bullismo nelle scuole siciliane e proponendo un intervento preventivo *evidence-based* adatto al contesto locale per valutarne l’efficacia e ridurre gli episodi. In particolare, dopo aver portato a termine uno studio “pilota” per lo studio della prevalenza del fenomeno in un campione di scuole primarie di secondo grado della città di Palermo, la ASP di Palermo e l’URS, grazie al protocollo d’intesa con l’Assessorato alla Salute, nell’ottica del M.O. 3 “Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani”, hanno programmato specifici interventi di prevenzione del fenomeno e di promozione della salute, in linea con quanto rilevato in fase di ricerca, con il coinvolgimento attivo di *stakeholders* e di tutti gli attori necessari, dirigenti scolastici, docenti, operatori scolastici e sanitari, studenti e genitori.

4.3 Prevenire le dipendenze da sostanze: Droga? No, grazie.

Dalla recente Relazione annuale al Parlamento 2018 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, curata dal Dipartimento Politiche Antidroga, emerge che la *cannabis* è ancora la sostanza illegale più utilizzata nella vita dagli studenti tra i 15 e i 19 anni, seguita, nell’ordine, dalle nuove sostanze psicoattive (NPS), *spice*, cocaina, stimolanti, allucinogeni ed eroina. Le informazioni, fornite dallo studio ESPAD Italia, che analizza i consumi di alcol, tabacco e sostanze illegali e altri comportamenti a rischio degli studenti italiani di età compresa tra i 15 e i 19 anni, riportano dati relativi al 2017 e contengono alcuni paragrafi dedicati all’analisi dei consumi di sostanze illegali tra gli studenti.

Nel 2017 il 34,2% degli studenti ha riferito di aver utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita, mentre il 26% ha riferito di averlo fatto nel corso dell’ultimo anno (circa 670.000 ragazzi). Tra questi ultimi, l’89,5% ha assunto una sola sostanza illegale e il restante 10,5% è definibile “poliutilizzatore”, avendo assunto due o più sostanze. Il 16,7% degli studenti ha utilizzato sostanze psicoattive illegali nel mese in cui è stato condotto lo studio e il 3,9% ne ha fatto un uso frequente, ha cioè utilizzato 20 o più volte *cannabis* e/o 10 o più volte le altre sostanze illegali (cocaina, stimolanti, allucinogeni, eroina) negli ultimi 30 giorni. Il

confronto con i risultati delle precedenti rilevazioni evidenzia come negli ultimi cinque anni il consumo nel corso della vita sia leggermente aumentato, mentre per le altre forme di consumo si è assistito ad una sostanziale stabilizzazione. I dati rivelano, inoltre, che il 33,6% degli studenti (circa 870.000) ha utilizzato *cannabis* almeno una volta nella vita, il 25,8% (circa 670.000) ne ha fatto uso nel corso del 2017, il 16,4%, (circa 420.000) ha riferito di averla consumata nel corso del mese di svolgimento dello studio e il 3,4% ha dichiarato di averla consumata frequentemente (20 o più volte nell'ultimo mese). Sono circa 360.000 (13,9%) gli studenti che hanno utilizzato almeno una volta nella vita una o più delle cosiddette nuove sostanze psicoattive (cannabinoidi sintetici, oppioidi sintetici, *etc.*). Gli studenti che riferiscono di avere sperimentato la cocaina almeno una volta nella vita sono poco più di 88.000 (3,4%), 49.000 quelli che ne hanno fatto uso nel corso del 2017 (1,9%) e quasi 33.000 quelli che l'hanno usata nel mese antecedente la compilazione del questionario (1,3%). L'1,1% degli studenti (circa 28.000) riferisce di aver fatto uso di eroina almeno una volta nella vita; lo 0,8% (oltre 20.000) l'ha assunta almeno una volta nel 2017 e lo 0,6% (15.500) nel mese precedente la compilazione del questionario. Questi dati fanno, a nostro avviso, riflettere molto su quanto ancora ci sia da fare, a fronte di tanti anni di campagne informative e di interventi di prevenzione disseminati in tutto il territorio nazionale...!

Sempre dalla stessa Relazione al Parlamento, si evince, inoltre, avvicinandoci alla nostra realtà regionale, che nel territorio siciliano sono presenti 52 Ser.D e 14 strutture residenziali del Privato sociale accreditato e che nel 2017 nei Ser.D sono stati presi in carico 1.182 nuovi utenti, mentre sono rimasti in carico 4.303 vecchi utenti, con un dato percentuale di 21,50% nuovi utenti sul totale, a fronte degli 8.334 utenti complessivi nel 2016.

Appare fin troppo evidente da questi dati la necessità di intervenire con strategie di informazione e di prevenzione ancor più mirate ed efficaci, che possono oggi più che in passato fruire delle esperienze accumulate in questi anni, capaci di avere un maggiore impatto sulla popolazione giovanile, tenendo presente anche il cambiamento più recente dello scenario dei consumi, in particolare dell'aumento di droghe sintetiche e dell'alcol.

Come è noto, dalle indicazioni del Dipartimento Politiche Antidroga, la prevenzione

dell'uso di sostanze stupefacenti necessita di una serie di strategie ed azioni, alcune delle quali dirette all'ambiente e alla popolazione generale (prevenzione ambientale e universale), altre dirette ai gruppi particolarmente vulnerabili (prevenzione indicata e selettiva).

La prevenzione universale si rivolge alla totalità della popolazione; è orientata principalmente verso aspetti preventivi generali attraverso raccomandazioni di base, tese a comunicare i rischi e i pericoli legati all'uso di droghe, alcol e tabacco e al possibile sviluppo della dipendenza. Appoggia, favorisce e struttura interventi orientati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute, rivolti a tutta la popolazione.

La prevenzione selettiva è rivolta, invece, a gruppi considerati “vulnerabili” o in contesti a rischio, cioè ha come *target* gruppi o fasce della popolazione in cui sono prevalenti dei fattori di rischio connessi al consumo di sostanze (ad es. persone con disturbi comportamentali, figli di genitori tossicodipendenti, giovani che presentano particolare aggressività, iperattività, disattenzione, *deficit* cognitivi, eventi stressanti).

Queste persone presentano un rischio specifico di malattia superiore alla media, legato alla presenza di fattori individuali e/o ambientali quali, per esempio, la presenza di un temperamento “*noveltyseeking*”, o il fatto di vivere o frequentare ambienti dove l'offerta di droga è alta o dove si faccia uso di sostanze. L'identificazione di questi soggetti consente di elaborare in anticipo degli interventi educativi e terapeutici adeguati. La prevenzione selettiva, quindi, sviluppa interventi che aiutano a superare lo stato di crisi, integrando, però, in modo mirato, essenziale ed efficace, le attività di prevenzione universale.

L'identificazione del target group è molto importante nel caso delle strategie di “prevenzione selettiva”, dove l'intervento si focalizza prioritariamente su specifici target in cui si concentrano i fattori di rischio o i gruppi a rischio. Pertanto, occorre focalizzare specificatamente l'attenzione sui seguenti fattori:

- Fattori contestuali: selezionare i luoghi in cui vi è alto consumo di sostanze illegali e alcol (luoghi del divertimento notturno, bar, discoteche, ma anche aree di edilizia residenziale ad alta marginalità o palestre note per utilizzo di sostanze dopanti e “integratori”), i contesti in cui vi è facilità di accesso e

disponibilità di sostanze illegali (alcune piazze o quartieri), scarso senso di attaccamento alla comunità, i quartieri o le aree di edilizia residenziale ad alta densità di devianza e spaccio di sostanze, presenza di minori segnalati all'autorità giudiziaria, presenza di norme a livello di comunità propense a forme di violenza, i quartieri caratterizzati da forte mobilità e flussi migratori/immigratori;

- Fattori di rischio familiare: la scarsa presenza di una figura adulta di riferimento, la mancanza di supervisione e autorevolezza degli adulti o inconsistenza delle regole, la tolleranza nei confronti del consumo di droghe lecite e illecite;
- Fattori di rischio in contesti scolastici: gli istituti scolastici in cui si concentrano ragazzi con precedenti o attuali problemi di fallimento scolastico o scarse *performances*;
- Fattori di rischio individuali tra cui: il genere maschile (in particolare per il consumo di sostanze considerate socialmente meno accettabili), la frequenza di pari con problemi di consumo, la forte propensione al rischio, la pratica di sport agonistici, l'iniziazione precoce al consumo, l'atteggiamento favorevole all'assunzione di sostanze, il *drop out* scolastico o l'insuccesso.

La prevenzione indicata, infine, si rivolge e sviluppa il suo intervento a favore di persone ad alto rischio di malattia, che hanno già sperimentato sostanze psicotrope e stupefacenti e che evidenziano, quindi, problemi connessi all'adozione di tale comportamento. Essa può articolarsi su vari livelli con interventi di profilassi, di contenimento dei danni, di prevenzione delle ricadute e di aiuto all'integrazione e al reinserimento sociale per coloro che hanno vissuto l'esperienza della tossicodipendenza.

In sintesi, si può affermare che i determinanti dell'uso di sostanze sono numerosi, e possono essere classificati in:

- Determinanti ambientali sociali: livello di istruzione, reddito, lavoro, situazione familiare *etc.* Tali determinanti innescano condizioni di disagio predisponenti al passaggio dall'uso alla dipendenza da sostanze;
- Determinanti individuali: conoscenze sul rischio associato alle sostanze e alla sua percezione, capacità di gestione dello stress e delle emozioni.

È, pertanto, essenziale definire strategie integrate focalizzate sia sul potenziamento delle capacità personali (ad esempio, le competenze socio-emotive e relazionali) sia su azioni di conferma e di rinforzo dell'ambiente di vita attraverso i metodi "*life skills education*" e "*peer education*".

Inoltre, come indicato ancora dal Dipartimento Politiche Antidroga, che fa riferimento al concetto di educazione permanente, è importante intervenire sulle tre principali agenzie educative, che realizzano il processo di educazione e formazione, la famiglia, la scuola e la comunità, che pur non costituendo la totalità dei canali attraverso cui agire in termini preventivi (molto importante è anche il ruolo degli operatori sanitari, delle Forze dell'Ordine, delle Amministrazioni locali, ecc.), rappresentano, insieme ai canali virtuali, le vie preferenziali per influenzare l'assunzione di atteggiamenti positivi e di diniego all'uso di sostanze da parte degli adolescenti. Pertanto, la strategia generale integra i due fronti: da un lato, attira e sostiene interventi a favore delle agenzie tradizionali (programmi specifici per la famiglia, programmi per educatori e studenti, interventi "*community based*", etc.), e dall'altro, predispone interventi regolamentatori e di controllo dei canali delle agenzie "virtuali" per veicolare attraverso di esse contro-messaggi positivi relativamente al consumo di sostanze.

Il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2019 della Regione Siciliana D.A. n. 351 dell'8 Marzo 2016, per quanto attiene al Macroobiettivo 4.1 "Programma regionale di prevenzione delle dipendenze da sostanza", in armonia con le indicazioni ministeriali, prevede la seguente azione fortemente incentrata sulla sinergica collaborazione tra ASP e Scuola e orientata sul pieno raggiungimento dell'obiettivo centrale, cioè aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui. In particolare, il 4.1.A "Applicazione e sviluppo di accordi di collaborazione ASP/Scuola" è un'azione, che mira alla realizzazione di strategie integrate e interistituzionali per valorizzare/promuovere (in ambito scolastico ed extrascolastico) le capacità personali dei giovani, in termini di autostima, auto efficacia, resilienza. Si pone come obiettivo quello di aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui in età scolare attraverso adeguati strumenti formativi che coinvolgano anche il personale docente e le famiglie e si giova di strategie intersettoriali per prevenire e ridurre, quando necessario, il disagio (sociale,

familiare) riducendo i fattori di disegualianza inibenti il processo di recepimento ed elaborazione degli interventi di prevenzione.

4.3.1 Alcune esperienze sul territorio siciliano.

Tutte le AASSPP della Regione Siciliana hanno stipulato Protocolli d'Intesa con gli Uffici Scolastici Territoriali e hanno realizzato attività di formazione/informazione nelle Scuole di I e II grado, rivolte agli studenti, agli insegnanti e ai genitori, allo scopo di potenziare i fattori individuali di protezione e la percezione dei rischi derivanti dall'uso/abuso di sostanze, alcuni di questi costantemente monitorati per verificarne l'efficacia, l'efficienza e l'impatto.

Come messo in evidenza dal SerT di Catania 2, le attività dedicate alle scuole medie superiori sono istituzionali e non rinunciabili, e l'ascolto, l'informazione, le attività preventive impegnano a rotazione quasi tutta l'*équipe*. In modo aggiornato ai tempi e alle esigenze locali, tutti i SerT siciliani hanno creato, infatti, una Rete di collaborazione con le realtà scolastiche, o attraverso gli sportelli d'ascolto, all'interno del tradizionale e ormai forse un pò datato organo del C.I.C. (Centro Informazione e Consulenza, secondo la legge 309/90) o attraverso la realizzazione su progetti tematici concordati con la Dirigenza scolastica o con i Referenti dell'Educazione alla Salute, di interventi di prevenzione sui temi legati ai rischi dell'uso/abuso di sostanze in modo mirato e capillare, o ancora, come nel caso dell'attento e puntuale lavoro svolto dall'ASP di Trapani, che ha coinvolto un elevatissimo numero di studenti della provincia attraverso l'attuazione di *workshop* specifici, anche con la somministrazione di appositi questionari esplorativi diretti ad alunni, docenti e famiglie, realizzando alla fine prodotti multimediali con le modalità della ricerca-azione.

La stessa ASP di Trapani ha istituito un gruppo di lavoro intra-aziendale, denominato "Salute Mediale", coinvolgendo NPI, SerT, Osservatorio Infanzia Adolescenza, Servizio Sociale Aziendale, e agendo in piena sintonia e sinergia a livello distrettuale. Merita di essere citato in questa sede, tra i tanti progetti, nell'ambito del Progetto Obiettivo 2012 Piano Sanitario Nazionale, l'Unità mobile di Strada "*In & Out - Prenditi di cura di te*" della ASP di Palermo, operante dal febbraio 2018, che mira a raggiungere la fascia di popolazione giovanile che non raggiunge i servizi e che non

si rivolge alle strutture territoriali, rappresentando, pertanto, questa la fascia di popolazione più a rischio.



L'Unità mobile che svolge attività di prevenzione selettiva per l'abuso di sostanze, e di *screening* delle malattie a trasmissione sessuale, si muove la sera e la notte presso le piazze elette a movida e presso le discoteche del territorio cittadino, creando un forte e intenso lavoro di rete e di *network* con i gestori dei locali notturni e coniugando così il divertimento serale con attività che sono atte al prendersi cura di sé, da qui il nome dell'Unità mobile. Al suo interno opera un'*equipe* multidisciplinare: medico, infermiere, operatori di strada, pedagogisti, assistenti sociali ed effettua numerosi interventi: accoglienza, ascolto, orientamento ai servizi, consulenze psichiatriche, psicologiche, infettivologiche, *screening* ematico per le principali infezioni a trasmissione sessuale. Inoltre, grazie al lavoro dell'Unità mobile sul territorio è stata avviata una ricerca-azione sperimentale, per cui dei circa 2000 soggetti intercettati, ne sono stati intervistati attraverso un questionario circa 1050: il 12% sono ragazzi tra i 14 e i 18 anni e di questi il 24% ha dichiarato di sentirsi a rischio di dipendenza, ma soltanto il 10% di essi accede ai servizi; il 48%, invece, è rappresentato da persone di età compresa tra i 18 e i 25 anni. *Cannabis*, alcool, ma anche il policonsumo



caratterizzano massimamente la popolazione intervistata, a cui vengono date informazioni e a cui vengono trasmesse delle conoscenze attraverso l'ausilio di materiale informativo, cosa che consente di aprire un confronto tra questi giovani e gli operatori, nell'ottica della riduzione dei rischi e degli eventuali danni.

4.4 Prevenire la dipendenza da gioco: Ma è davvero solo un gioco?

Il gioco fa parte della storia dell'uomo. Dal gioco individuale a quelli collettivi, dai giochi tramandati per millenni e giunti sino a noi, come ad esempio i dadi, a quelli tecnologici dei nostri tempi, il giocare ha da sempre accompagnato le relazioni tra le persone, avendo quindi anche un ruolo culturale e sociale. I giochi d'azzardo, quelli il cui esito è dettato dalla sorte, sono propri della specie *sapiens*, o come dice lo storico Huizinga, della specie *ludens*. Nel mondo antico, in particolare, la pratica del gioco poteva anche coprirsi di significato magico e spirituale: giochi legati alla fortuna, al caso, al destino, che si intrecciavano con le pratiche divinatorie dell'antichità, attraverso cui l'uomo affrontava l'imprevedibilità della vita, interrogando il destino e sfidando la sorte per domare gli eventi. Giocare non solo per divertimento, quindi, ma anche per predire il futuro, anticiparne le mosse, offrendo l'illusione, la speranza, il conforto di poter cambiare il corso degli eventi. La storia sul gioco è, pertanto, molto lunga e attraversa i secoli con alterne fasi di approvazione e di disapprovazione (Croce M., Rascazzo F., 2013).

Chi non ha mai acquistato un biglietto della lotteria o un gratta e vinci? Chi non ha mai avuto voglia di scommettere sulla squadra del cuore o di giocare alle *slot machine*? Per non parlare poi della tombola, del *baccarà*, o ancora dello *chemin de fer*, a Natale? Questo perché il gioco d'azzardo per la maggior parte delle persone è un passatempo, quindi un comportamento sano e privo di rischi, che offre il piacere momentaneo di provare l'emozione di una vincita.

Ma è sempre davvero per tutti solo un gioco da considerare ameno e innocuo?

Diversamente dalle dipendenze da sostanze, il cui elemento minaccioso appare identificabile nella sostanza stessa, può esistere un rischio per la salute nel gioco, visto che non c'è la tossicità della droga? Attingendo alla letteratura, sembra rispondere a tale quesito il protagonista del romanzo "Il giocatore" di Dostoevskij che dice: *"Vinsi e nuovamente puntai tutto: quel che avevo con me e quel che avevo vinto... Ero come divorato dalla febbre...E solo quella volta, in tutta la sera, per tutta la durata del gioco... Con terrore mi resi conto... Con quella posta mi ero giocato la vita intera!"*.

Ma questo allora, in un altro tempo! E oggi cosa sta accadendo? Cosa è cambiato?

Fino all'inizio degli anni Duemila, il giocatore, nell'opinione comune, appariva confinato nei "mondi" del vizio, della depravazione, abbastanza distanti dal resto della realtà. Ma da lì a breve, l'apertura del mercato del gioco d'azzardo in Italia comportò però la diffusione dei *videopoker* nei luoghi pubblici, l'introduzione del superenalotto, dei gratta e vinci, e di altri giochi ancora.

Un fenomeno che già da subito apparve preoccupante, privo di politiche di controllo, senza studi sull'impatto sociale e di comprensione dei fenomeni alla base del ricorso al gioco e della sua possibile deriva in termini di dipendenza patologica. Eppure l'OMS ne aveva già segnalato i rischi e la comunità scientifica, in *primis* il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), già nella versione del 1980, lo aveva inserito tra i Disturbi del Controllo degli Impulsi, denominandolo "Gioco d'Azzardo Patologico" (GAP). Bisognerà aspettare comunque il DSM 5 nel 2013 perché venga riconosciuto e inquadrato tra i Disturbi Correlati alle Sostanze e Dipendenze - SubstanceRelated and Addictive Disorders - e denominato "Disturbo da Gioco d'Azzardo".

Oggi, purtroppo, la gravità del problema è sotto gli occhi di tutti. I dati riguardo la spesa in Italia per i giochi pubblici d'azzardo sono in continua crescita anno dopo anno; in Sicilia, il volume di denaro giocato nel 2017 ammonta a 4.482 miliardi di euro; questo dato allarmante, comune a tutto il territorio nazionale, è l'espressione dell'aumento dell'offerta dei giochi d'azzardo, ma anche dell'incremento delle modalità e della facilità di accesso, e mostra chiaramente il gradimento che il gioco "a soldi" ottiene nella scala di priorità agite nel quotidiano, in una molteplicità di gruppi

sociali, in varie fasce generazionali, e nei differenti generi. Infatti, prima, praticamente tutti compravano il biglietto della Lotteria di Capodanno, ma solo quello. Si giocava in luoghi e tempi prefissati e gli scommettitori erano quasi per la totalità uomini (come anche gli esperti e i sistemisti del Totocalcio), mentre le donne e gli anziani giocavano al Lotto (Fiasco M., 2009). Oggi, invece, la posta “gioco d’azzardo” fa parte molto più spesso delle spese quotidiane, verrebbe da dire, quasi inscritta in molte realtà, nel bilancio familiare. E mentre molti esercizi commerciali chiudono per la crisi economica, di pari passo, compaiono sempre più luoghi dove poter giocare, punti scommesse e sale Bingo. L’offerta di gioco, altamente differenziata, ha scelto nuove modalità, si consuma in un istante, ancor più *online*, e poi, grazie alla spinta decisa della pubblicità, ha trovato nuovi *target* nelle donne e negli adolescenti, questi ultimi maggiormente a rischio anche per le loro maggiori capacità e abilità nell’utilizzo delle moderne tecnologie digitali, con il rischio anche di un uso problematico di *Internet* (da cui, l’*Internet Gaming Disorder*). E, quando il gioco sociale, il passatempo scivola verso la patologia, verso la dipendenza, si è di fronte, secondo il Dipartimento Politiche Antidroga (2012), ad una vera e propria “malattia neuro-psico-biologica del cervello, spesso cronica e recidivante, che si esplicita con comportamenti patologici compulsivi e specifica sintomatologia neurovegetativa, associata a gravi conseguenze fisiche, psichiche e sociali per l’individuo e la sua famiglia”. È immediato, pertanto, cogliere la gravità e le implicazioni di una simile definizione: il Disturbo da Gioco d’Azzardo è un grave problema di salute pubblica, crea problemi psico-sociali al soggetto coinvolto, ai suoi familiari, è causa di problemi finanziari e può condurre anche a disturbi di natura antisociale.

Che interventi mettere in campo di fronte al dilagare di tutto questo? Le richieste di aiuto ai Servizi per le Dipendenze, i SerT, per dipendenza da gioco, sono in crescita esponenziale in Sicilia: i dati parlano di un incremento progressivo di utenti in carico pari a circa il 25% rispetto all’anno precedente di anno in anno.

Gli interventi sono stati urgenti e mirati, al fine di garantire innanzitutto adeguata assistenza alle persone con DGA e ai familiari, offrendo loro Programmi Terapeutici individualizzati, ma nello stesso tempo, al fine di attivare adeguate strategie di prevenzione e contrasto al Gioco d’Azzardo Patologico.

Il Ministero della Salute è intervenuto incisivamente sulla materia con il Decreto Legge 13 settembre 2012, recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute” (convertito con Legge 8 novembre 2012, n. 189), il cosiddetto Decreto Balduzzi, che prevede, in particolare all’articolo 5, l’aggiornamento dei LEA per la prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da GAP e successivamente, con la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”, che ha previsto all’art. 1, comma 946, l’istituzione di un Fondo presso il Ministero della Salute per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da Gioco d’Azzardo Patologico (GAP), la cui quota parte è stata assegnata alla Regione Sicilia con Decreto Ministeriale del 10 novembre 2016.

Il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2019 della Regione Siciliana (D.A. n. 351 dell’8 Marzo 2016), in armonia con i disposti del D.A. Salute n. 2198/2014 differenzia in due diversi e complementari programmi il contrasto alle dipendenze da sostanze e da comportamenti. Questa scelta è motivata da alcune considerazioni: - le matrici neurobiologiche e fisiopatologiche dei due tipi di dipendenza sono largamente sovrapponibili, ma le teorie più accreditate differenziano nel momento dell’incontro con l’oggetto (fattore di dipendenza) lo specifico approccio preventivo che deve essere condotto con appropriatezza di intervento, che risulta sostanzialmente differente; - l’attuale livello di offerta del fenomeno gioco è di elevato impatto sociale e preordina interventi a spettro diversificato e azioni di contrasto mirate; inoltre, nel marzo del 2015 la Regione Siciliana si è dotata di un provvedimento (D.A. Salute n. 495/15) che ha individuato le Linee guida di contrasto e di prevenzione del GAP. Tale provvedimento avvia percorsi nuovi e omogenei nella Regione e sono state messe a regime in tempi brevi, strategie separatamente coordinate e controllate. Pertanto, il Programma regionale di prevenzione delle dipendenze senza sostanze ha previsto una progressiva applicazione del D.A. sulle Linee guida n. 495/15, al fine di garantire coerenti interventi da parte delle AASSPP. Tale Programma di prevenzione delle dipendenze senza sostanze converge sulla identica azione 4.1.A “Applicazione e sviluppo di accordi di collaborazione ASP/Scuola” fortemente incentrata sulla sinergica collaborazione tra ASP e Scuola e

orientata sul pieno raggiungimento dell'obiettivo centrale, cioè, come detto in precedenza, aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui, e si integra con un'altra azione, "4.2.A Monitoraggio dell'applicazione delle Linee guida sulla prevenzione del GAP", che, mirando all'applicazione dello specifico D.A. n. 495/15, ha una matrice di programma inserita nella pianificazione aziendale ai sensi del D.A. n. 300/2012.

4.4.1 Alcune esperienze sul territorio siciliano

In questi anni, le varie AASSPP hanno stipulato Protocolli d'Intesa con gli Uffici Scolastici Territoriali e hanno realizzato attività di formazione/informazione nelle Scuole di I e II grado, rivolte agli studenti, agli insegnanti e ai genitori, allo scopo di potenziare i fattori individuali di protezione e la percezione dei rischi derivanti dal gioco d'azzardo.

L'ASP di Trapani, insieme alla Prefettura, ha attivato un Tavolo Tecnico permanente per la prevenzione del GAP.

L'ASP di Agrigento ha programmato di incontrare nei vari distretti i medici di Medicina Generale e, nelle chiese le famiglie, nonché anche i commercialisti, per affrontare il tema del sovraindebitamento a causa del Gioco Patologico.

L'ASP di Messina ha attivato un progetto che prevede una prima fase di formazione per i docenti ed una seconda consistente in attività di laboratorio rivolta agli studenti, avente con risultato finale, la realizzazione di un prodotto finito.

L'ASP di Siracusa ha realizzato nell'anno scolastico 2017/18 il Progetto "Scommetto su di me", rivolto alle terze classi di quattro Istituti del territorio con la modalità dell'alternanza scuola/lavoro, utilizzando come metodologia la *Peer Education* articolandolo attraverso una formazione rivolta a tutti i docenti, ai docenti tutor e a tutti gli alunni delle classi terze; successivamente, ha previsto gruppi di lavoro con i peer educators, e infine un evento conclusivo con la premiazione del migliore video-spot sul gioco d'azzardo, prodotto dai ragazzi e la consegna a ciascun alunno della classe vincitrice di un buono simbolico di euro 100 da spendere in un negozio di informatica, e a ciascuna scuola partecipante è il regalo di una video camera GO-PRO da mettere a disposizione dei ragazzi per la realizzazione di eventuali altri video.

L'ASP di Ragusa ha realizzato un'indagine conoscitiva (ricerca intervento) nelle Scuole del territorio e nei luoghi di lavoro, allo scopo di esplorare gli stili di vita degli adolescenti (14-19 anni) e di una popolazione di fascia di età compresa tra i 20 e i 60 anni e valutare in essi il rischio di *gambling*. È stato realizzato uno *spot* televisivo con l'ausilio di una ditta specializzata e con il coinvolgimento di personalità e attori di rilievo per la divulgazione sui social *network*.

Sono stati realizzati Corsi di Formazione/Conferenze in vari contesti di tutto il territorio siciliano, oltre le Scuole, i Comuni, le parrocchie, centri ricreativi per anziani in collaborazione con l'AUSER, e associazioni di volontariato.

In particolare, le AASSPP di Ragusa e Siracusa hanno effettuato Corsi di Formazione/Conferenze "Fate il nostro gioco" con la collaborazione dell'Associazione Fate il Nostro Gioco TAXI 1729, rivolto a studenti, referenti delle materie scientifiche degli Istituti superiori delle province, operatori dell'ASP, associazioni e istituzioni che operano nell'ambito della prevenzione del GAP, professionisti dei servizi, operatori dei servizi sociali comunali, privato sociale accreditato, operatori del volontariato, gruppi di mutuo aiuto, operatori del settore gioco, titolari di punti di gioco, bar, tabacchi, *etc.*, allo scopo di rivelare le regole che stanno dietro l'immenso fenomeno del gioco d'azzardo in Italia.

Infine, l'attivazione di un'Unità mobile di Strada ha consentito un'ancor più capillare modalità di diffusione delle informazioni di prevenzione, nonché la creazione di punti di ascolto e aggancio sul territorio delle AASSPP di Ragusa e Siracusa, per le situazioni a rischio di evoluzione in DGA. Inoltre, la ASP di Ragusa ha realizzato anche una pagina *Facebook* "Scommetti sulla tua vita – *Bet on your life*" e un profilo *Instagram* "*Betonyourlife*", importante per permettere di raggiungere i più giovani e informarli sulla programmazione degli interventi sul territorio.



Inoltre, l'ASP di Palermo, insieme al DASOE – Assessorato alla Salute ha realizzato un importante Convegno Internazionale, sul rapporto tra gioco d'azzardo e donne, proprio l'8 marzo 2019, allo scopo di approfondire l'invisibilità di un fenomeno consistente e drammatico in Sicilia, ma altresì sottostimato e poco indagato dal punto di vista scientifico, per trovare risposte su cosa si saoggi del gioco problematico femminile, quali le specificità e la sua reale diffusione, visto che risulta in gran parte sommerso. Tale fenomeno ha, infatti, delle peculiarità nel Sud e in Sicilia, dove da sempre la tradizione femminile del giocare al Lotto e alle Lotterie, è legata strettamente all'interpretazione della cabala, dei sogni e dei numeri.



Appare significativo infine in quest'ambito, in quanto correlato al tema delle dipendenze senza sostanze, il Progetto “*Stop-phone: per un corretto, consapevole e intelligente uso del Telefonino*”.

Progetto Obiettivo 2014 di Piano Sanitario Nazionale – Azione 4.8.11. L'iniziativa è condotta dall'ASP di Palermo e prevede il coinvolgimento di diverse comunità professionali attraverso una rete inter-istituzionale coordinata dall'Associazione Vivi Sano Onlus. Il progetto si sviluppa in due anni di attività e oltre 50.000 ore di intervento nelle Scuole del distretto cittadino comprendendo Palermo e numerosi Comuni della provincia.

Si tratta di un progetto pilota su questo tema che prevede il coinvolgimento di studenti, docenti, famiglie, pediatri ed operatori della sanità, allo scopo di intercettare nuovi bisogni di salute da non sottovalutare, che possono sorgere quando *smarthphone* e *tablet* soppiantano l'attività fisica, l'esplorazione manuale, l'interazione sociale *face to face* ed interferiscono con la qualità del sonno, attraverso specifiche e mirate attività di informazione/formazione per i docenti e i genitori delle Scuole dell'Infanzia e Primaria, e percorsi informativi/formativi e di prevenzione selettiva per gli studenti e i docenti delle Scuole secondarie di primo grado.

Bibliografia:

- 1) Croce M., Martinetti M., Vassura., “Il gioco delle rappresentazioni”. Animazione Sociale, Gennaio 2006, pp.71-82.
- 2) Croce M., “Verso una clinica della prevenzione”. In Croce M., Lavanco G., Vassura M. (a cura di), Prevenzione tra pari. Modelli, pratiche e processi di valutazione. Franco Angeli, Milano, 2011.
- 3) Croce M., Rascazzo F., “Gioco d’azzardo, giovani e famiglie”. Giunti Editore, Firenze, 2013.
- 4) Dipartimento Politiche Antidroga, “la prevenzione dell’uso di sostanze stupefacenti. Materiali, siti informatici e piani di comunicazione per la campagne antidroga”, a cura di Serpellari G., Presidenza del consiglio dei Misistri. Dipartimento delle Politiche Antidroga. “Gioco d’Azzardo Patologico (G.A.P).
- 5) Piano di Azione Nazionale 2013- 2015”, a cura di Sepellari G., Presidenza del consiglio dei Ministri Dipartimento Politiche Antidroga “Relazione annuale al Parlamento fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia 2019”.
- 6) Fiasco M., “I giochi d’azzardo pubblico in Italia”. Il gioco d’azzardo in Italia. I dati e la ricerca. Supplemento al n. 8-9/2009 di Animazione Sociale, Ass. Centro Gruppo Abele, Torino.
- 7) La Barbera D., “Stili di vita per la pace: neuroscienze della salute ed epigenetica sistemica”. Enkelados, Eirene, anno VII, num. 9/2019.

5. Prevenire gli incidenti stradali e domestici

(a cura di D. Segreto, A. Nicita, M. Agosta, M. Gallo, S. Cacciola, B. G. Gargano, S. Siciliano)

5.1 Sulla buona strada per dare precedenza alla sicurezza

Gli incidenti stradali hanno provocato in Italia, nel 2017, circa 3.380 decessi, circa 170.000 ricoveri ospedalieri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero (ISTAT); rappresentano inoltre la **prima causa di morte tra i maschi sotto i 40 anni**. Il gran numero di persone che subiscono lesioni, più o meno gravi, in seguito ad incidenti stradali indica che, anche in termini di costi sociali legati all'assistenza e alla riabilitazione, e nella molteplicità dei fattori implicati e degli organismi ed enti interessati ad azioni preventive e correttive, si tratta di una criticità di primaria importanza della Sanità pubblica. È diventato prioritario, pertanto, individuare nuove strategie di prevenzione che consentano, a breve, medio e lungo termine, di porre un argine a questo allarmante fenomeno dei nostri tempi. Pur con aree di maggiore criticità, il fenomeno ha una diffusione su tutto il territorio regionale, con meccanismi generatori che possono sensibilmente variare nelle specifiche realtà locali. È importante riconoscere questa condizione perché è alla base della necessità di sviluppare politiche sulla sicurezza stradale calibrate sui reali bisogni locali.

Epidemiologia

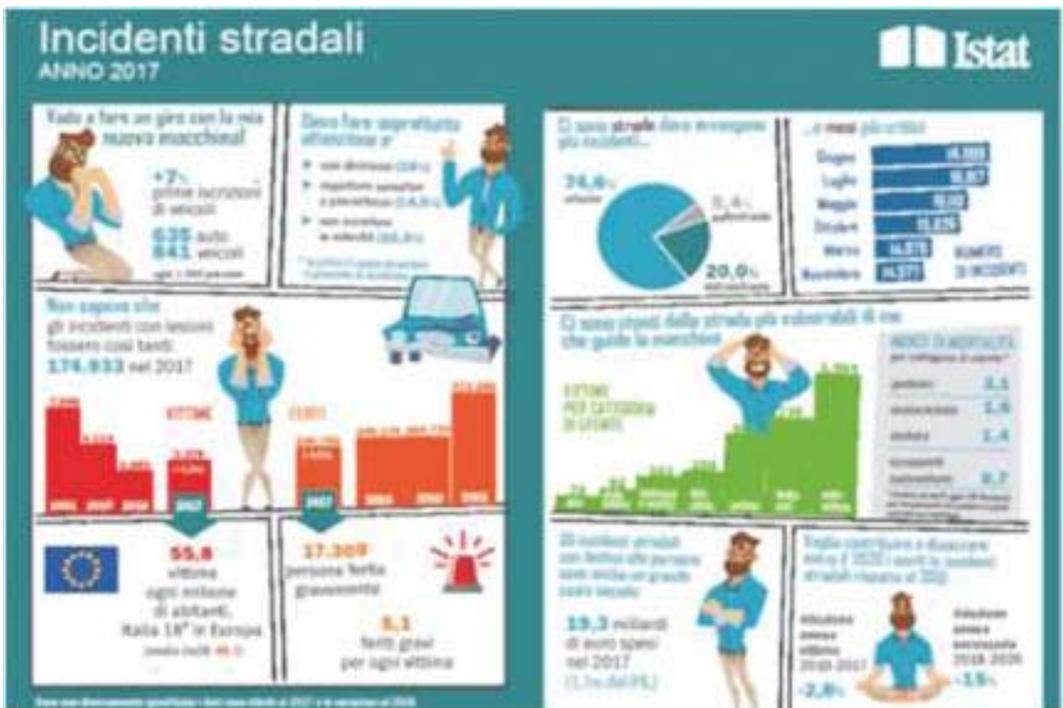
In Sicilia nel 2017 si sono verificati 11.056 incidenti stradali che hanno causato la morte di 208 persone e il ferimento di altre 16.457 (fonte ISTAT). Rispetto al 2016, il numero di incidenti mostra un segnale di riduzione (-0,1%), e anche i feriti diminuiscono (-0,9%). Il numero delle vittime della strada, invece, aumenta dell'8,3%, in misura superiore al dato nazionale (2,9%). Tuttavia, negli ultimi otto anni (2010-2017) l'incidenza di pedoni deceduti è diminuita in Sicilia rispetto all'aumento registrato nel resto del Paese.

Nel 2016 il maggior numero di incidenti (8.850, l'80,0% del totale) si è verificato sulle strade urbane, provocando 108 morti (56,3% del totale) e 12.673 feriti (76,3%). Rispetto all'anno precedente i sinistri aumentano leggermente sulle strade

urbane (+0,6%) e in maniera più significativa sia sulle strade extraurbane (+8,9%) che sulle autostrade (+3,6%). Gli incidenti più gravi continuano ad avvenire sulle strade extraurbane e sulle autostrade.

Nel periodo primaverile ed estivo la concentrazione degli incidenti è più elevata, in coincidenza con la maggiore mobilità legata al periodo di vacanza.

Nell’ambito dei comportamenti errati di guida, le prime tre cause sono il mancato rispetto delle regole, la velocità elevata, la guida distratta. Il tasso di mortalità è più alto negli >64 anni e per i 15 - 29 anni.



Obiettivi del Piano regionale

Il Piano regionale sugli interventi di prevenzione per gli incidenti stradali in Sicilia è stato approvato già dal 2006, attraverso un Comitato di coordinamento tra organo centrale e aziende sanitarie, individuando per ciascuna dei referenti locali. I Progetti di Prevenzione avviati in quest’ambito, sviluppano l’obiettivo di promuovere e diffondere “La cultura della Sicurezza Stradale” tra gli studenti e i docenti delle scuole, con particolare riguardo alla fascia adolescenziale (*sensationseeking* comportamenti trasgressivi anche a livello stradale). Inoltre, l’obiettivo mira ad

identificare l'incidenza degli orientamenti comportamentali più diffusi, tra cui uso e abuso di alcol, sostanze stupefacenti e farmaci, eccesso di velocità, mancato o non corretto utilizzo di dispositivi di protezione individuale (uso di casco, cinture); implementando strategie comunicative adeguate atte a favorire la consapevolezza individuale sui fattori protettivi della salute e le competenze in quest'ambito (life skills). **L'indirizzo generale del PNP 2014-2019 è quello di legare la prevenzione degli incidenti stradali alla promozione della mobilità sostenibile e sicura** e allo sviluppo di una cultura sociale orientata a stili di vita sani e alla sicurezza. Anche la Commissione Europea ha espresso gli orientamenti programmatici in materia, definiti sulla base dei risultati ottenuti con il Terzo Programma di Azione sulla Sicurezza Stradale 2001-2010. La Commissione Europea considera prioritari i seguenti sette obiettivi:

- Migliorare la formazione e l'educazione degli utenti della strada;
- Rafforzare l'applicazione delle regole della strada;
- Migliorare la sicurezza delle infrastrutture stradali;
- Migliorare la sicurezza dei veicoli e promuovere l'uso degli equipaggiamenti di sicurezza (cinture, indumenti protettivi);
- Armonizzare e applicare tecnologie per la sicurezza stradale, quali sistemi di assistenza alla guida, limitatori (intelligenti) di velocità, dispositivi che invitano ad allacciare le cinture di sicurezza, servizio *e-Call*, sistemi veicolo infrastruttura;
- Migliorare i servizi di emergenza e assistenza post-incidente, proponendo una strategia d'azione organica per gli interventi in caso di gravi incidenti stradali e per i servizi di emergenza, nonché definizioni comuni e una classificazione standardizzata delle lesioni e dei decessi causati da incidenti stradali al fine di fissare obiettivi di riduzione degli stessi;
- Tenere in particolare considerazione gli utenti vulnerabili quali pedoni, ciclisti e gli utenti di veicoli due ruote a motore, anche grazie a infrastrutture più sicure e adeguate tecnologie dei veicoli.

Altra peculiarità degli interventi è la intersettorialità: è fondamentale infatti la sinergia tra Sanità, Scuole, Prefetture, Forze dell'Ordine, Scuole Guida, Trasporti, *etc.* proprio per la molteplicità dei fattori che influiscono sulla incidentalità stradale,

specialmente riguardo i comportamenti a rischio: fare formazione integrata, strutturata e non episodica assicura la validità delle iniziative.

Anche se hanno avuto applicazione variegata e disomogenea tutte le UOEPSA delle ASP hanno sviluppato progetti di educazione e promozione della salute in tale ambito, seguendo gli obiettivi del PRP.

Azioni individuate nel PRP:

1. Percorsi formativi/informativi su popolazione e sul *setting* scuola (allievi-insegnanti);
2. Campagne informative attraverso mass-media a livello Regione-ASP;
3. Attivazione di tavoli tecnici aziendali e interistituzionali;
4. Attivazione di protocolli di intesa tra ASP e Istituzioni.

5.1.1 Alcune esperienze sul territorio siciliano

Nelle ASP della regione Sicilia, attraverso le UOO di Educazione e Promozione della Salute, in attuazione del PRP 2014-2019, sono stati ideati e coordinati diversi progetti formativi-informativi di prevenzione degli incidenti stradali. Le attività hanno avuto come obiettivo quello di diffondere nella popolazione scolastica e in altri contesti della collettività, comportamenti consapevoli, stimolando il senso di responsabilità, incrementando l'attenzione e la capacità di percezione del rischio e promuovendo l'adozione di stili di guida adeguati sia quando si guida da soli che quando si esce in gruppo. La metodologia si è basata sulla partecipazione attiva e la valorizzazione delle conoscenze e delle esperienze delle persone coinvolte, con tecniche atte a stimolare la capacità di analisi critica dei contenuti proposti attraverso un percorso di riflessione sui fattori umani, personali e sociali legati ai comportamenti a rischio.

La ASP di Catania ha realizzato alcuni percorsi formativi in cui sono stati coinvolti studenti delle scuole secondarie di 1° grado e di 2° grado. Nel caso delle scuole secondarie di 1° grado (progetto "Scegliere la strada della sicurezza") i percorsi hanno previsto l'uso di un simulatore di guida per una significativa crescita della "consapevolezza del rischio" promuovendo la necessità dell'uso degli elementi di protezione e tenendo un comportamento sulla strada corretto e vigile (guida

difensiva) tra ragazzi che hanno l'opportunità di partecipare all'esperienza di guida simulata. Sono stati organizzati 2 incontri di 2 ore ciascuno per un totale di 4 ore per classe di studenti con una iniziale presentazione e proiezione di video e immagini e successivamente un dibattito come base per la realizzazione, in seconda giornata, di un cartellone e opuscolo informativo sugli incidenti stradali. Il progetto ha previsto una valutazione degli apprendimenti sui diversi aspetti della sicurezza stradale attraverso la somministrazione di un questionario di gradimento sull'evento formativo. Uno dei due progetti ideati per la scuola secondaria di 2° grado (progetto "Sicurezza Stradale") invece, ha previsto un totale di 13 percorsi formativi e 22 incontri, coinvolgendo 327 studenti delle classi seconde di un Istituto di scuola secondaria di secondo grado con una durata complessiva delle attività di 4 ore, distribuite in due giornate formative, all'interno di ciascuna delle 14 classi seconde dell'Istituto. I contenuti del primo incontro sono stati incentrati sul miglioramento delle **conoscenze del fenomeno, le cause degli incidenti, gli elementi "dell'ambiente strada", il ruolo del fattore umano negli incidenti stradali, la percezione del rischio**, cosa può influenzare il comportamento del guidatore e il comportamento aggressivo al volante. È stata utilizzata la tecnica del *brainstorming*, la visione di materiale informativo con il supporto di una presentazione *power point* e la proiezione di un video sugli incidenti stradali. Gli studenti hanno così avuto modo di partecipare attivamente e raccontare le loro esperienze, porre domande e commentare le informazioni fornite. I contenuti del secondo incontro riguardavano invece il **consumo di alcol, droghe e farmaci, gli effetti e i limiti di legge alla guida**; le tematiche sono state affrontate attraverso lo studio di un caso e la proiezione di materiale informativo. Durante ogni incontro è stato somministrato un questionario strutturato in ingresso e in uscita per la rilevazione delle conoscenze sulla sicurezza stradale; in particolare sono stati intervistati 327 studenti di cui 228 con doppia intervista, ovvero prima e dopo l'intervento. Sempre per gli studenti della scuola secondaria di secondo grado sono stati svolti 2 incontri della durata di 4 ore coinvolgendo in totale 45 studenti usando come strumento finalizzato al coinvolgimento attivo degli studenti l'attività laboratoriale in particolare **assegnando ai ragazzi il compito di progettare un cortometraggio** (decidendo il titolo, scrivendo il soggetto, la sceneggiatura, predisponendo la regia, la scenografia e i costumi) della durata massima di 5 minuti incentrato sulla sicurezza stradale.

Sempre in linea con le indicazioni del PRP 2014-2019 sul tema della sicurezza stradale l'UOEPSA dell'ASP di Catania nel 2018 ha coordinato il tavolo tecnico costituito su questo tema convocando e differenziando tre diversi gruppi di lavoro in considerazione della complessità e multidimensionalità del fenomeno della sicurezza stradale e dei conseguenti possibili interventi da promuovere. In un primo gruppo **“istituzioni a confronto”** il tema cardine da sviluppare è stato quello della **problematica della guida in stato di ebbrezza** e sotto l'effetto degli stupefacenti centrando anche l'aspetto sanzionatorio, nonché il rilascio delle patenti, nel rispetto delle normative esistenti. Un'attenzione particolare è stata dedicata all'importanza dello scambio dei dati sugli incidenti stradali che ciascuna istituzione possiede con l'obiettivo di mettere a sistema le informazioni a disposizioni così come l'importanza della circolarità delle informazioni anche sui progetti di prevenzione sulla sicurezza stradale. Il secondo gruppo **“associazionismo attivo”** (associazioni vittime della strada, associazioni di promozione della mobilità ciclistica e di volontari) centrando l'attenzione sull'importanza della promozione sulla sicurezza stradale propone di organizzare una giornata informativa a Catania su questi temi. Infine il terzo gruppo **“a scuola di formazione”** propone la **formalizzazione di un percorso di formazione per gli istruttori di scuola guida sul tema della sicurezza stradale** con l'obiettivo di sviluppare un percorso virtuoso **“a cascata”** in particolare sui neopatentati (con attenzione particolare ai patentini) e i recidivanti cioè coloro i quali sono stati trovati più volte trovati positivi alle sostanze.

La ASP Palermo nell'ambito dei programmi di promozione della salute per la prevenzione degli incidenti stradali ha adottato un approccio multicomponente per *target* di riferimento (studenti, insegnanti referenti, operatori delle polizie municipali) e per *setting* (scuole, circuito penale, comunità) e con il coinvolgimento di diverse istituzioni, professionisti e *stakeholders*, anche attraverso la stipula di specifici protocolli d'intesa interistituzionali.

Nel setting scolastico: sono state realizzate, in co-progettazione con Associazioni *onlus* del territorio, iniziative di **prevenzione primaria** rivolte sia agli studenti che ai docenti. Le iniziative rivolte agli studenti hanno interessato diverse fasce d'età:

- Con le **scuole primarie** sono state svolte iniziative di sensibilizzazione per incoraggiare la **“mobilità dolce”** e in particolare per l'attivazione dei **“Pedibus”**. (3 protocolli d'intesa con scuole e polizia municipale in diversi

Comuni della Provincia);

- Con gli alunni delle **scuole secondarie** sono stati svolti programmi di informazione/formazione con particolare riferimento al tema “alcol e guida”; (nel periodo 2016-18 sono stati raggiunti ca. 1.000 studenti di secondaria superiore). Gli incontri sono stati tenuti con due classi alla volta per consentire il migliore coinvolgimento possibile dei partecipanti, ai quali, infine, è stato distribuito un questionario per raccogliere e quindi discutere in plenaria, su conoscenze e informazioni, atteggiamenti e opinioni relativi agli argomenti trattati;
- Con i **docenti di ca. 30 scuole** della provincia sono realizzati a Palermo, nel periodo 2016-2018, 3 corsi di formazione sul tema della prevenzione incidentalità e promozione mobilità sostenibile con il coinvolgimento complessivo di ca. 180 docenti.

Nel setting comunità:

- È stato costituito un **tavolo tecnico interistituzionale**, promosso dall’Ufficio Scolastico Provinciale, con la partecipazione di ASP, Prefettura, Polizie municipali, Polizia Stradale, Guardia di Finanza, Ass. Scuole Guida, e altri soggetti del privato sociale;
- È stata costituita un’*equipe* di operatori afferenti a diversi servizi dell’ASP e all’Ufficio interdistrettuale Esecuzione Penale Esterna (UIEPE), alla Polizia Municipale di Palermo e alcune associazioni private di “vittime della strada”, per **attività di “riabilitazione” con le persone imputate del reato di “guida in stato d’ebbrezza” (art. 186 c.d.s)** e incluse nel circuito della “messa alla prova” da parte dell’autorità giudiziaria. Negli ultimi 3 anni sono stati realizzati 10 incontri con un totale di ca. 200 persone partecipanti;
- Infine un protocollo d’intesa tra ASP Palermo e UIEPE.

La ASP Caltanissetta ha realizzato il progetto “Safety on the road” Percorso formativo/informativo realizzato nel setting scuola. *Target:* il progetto ha coinvolto, nell’anno 2018, gli alunni delle quarte classi di n. 4 Istituti Superiori di Caltanissetta e San Cataldo. L’attività realizzata nei singoli gruppi classe ha la finalità di prevenire gli incidenti stradali, con particolare attenzione a quelli causati

dall'abuso di sostanze alcoliche e si avvale di una metodologia attiva e "learneroriented". Il focus dell'intervento è rappresentato dall'apprendimento, da parte degli adolescenti, di abilità utili (*life skill*) per effettuare scelte consapevoli relativamente alla guida. Per conseguire gli obiettivi del progetto si è ritenuto strategico potenziare nei ragazzi le abilità (*life skill*) di *decision making* (capacità di prendere decisioni) e *problem solving* (capacità di risolvere i problemi).

Il progetto affronta temi quali la percezione del rischio e i comportamenti a rischio in adolescenza, gli effetti dell'alcol sulla guida e l'influenza del gruppo dei pari sui comportamenti individuali. Gli incontri sono stati integrati con la sperimentazione del "percorso ebrezza".

Quest'ultimo è un modulo costituito da una serie di semplici esercizi da compiere lungo un percorso stradale ad ostacoli raffigurato su un tappeto in pvc, indossando gli occhiali "alcolvista", occhiali con lenti speciali che deformano e limitano la percezione visiva, simulando gli effetti dell'alcol sulle capacità percettive. I ragazzi hanno così la possibilità di sperimentare lo stato alterato della percezione indotta dal consumo di alcol.

La valutazione dei risultati del progetto è stata attuata attraverso la somministrazione di un questionario anonimo che valuta due aree:

- 1) Gli atteggiamenti riguardo ai comportamenti a rischio;
- 2) L'incremento delle conoscenze relativamente ad alcolemia e fattori che influenzano il tasso alcolemico; norme e sanzioni nel caso di guida sotto l'effetto di alcol. Gli esiti della valutazione sono stati largamente positivi.

Gli argomenti e la metodologia utilizzata hanno suscitato interesse e partecipazione degli studenti coinvolti, pertanto, il progetto si è rilevato affidabile e replicabile. L'UOEPSA è componente dell'Osservatorio Provinciale per il monitoraggio degli incidenti stradali, attivato dalla Prefettura di Caltanissetta.

L'ASP di Trapani ha realizzato le seguenti attività:

- Nel Distretto di Trapani è stato realizzato un **protocollo d'intesa con il Comando della Polizia Municipale del Comune di Trapani che vede coinvolti oltre a questa UOEPSA il SERT di Trapani** per realizzare degli incontri negli Istituti Superiori utilizzando anche il *Kit* didattico appositamente acquistato. Sono stati realizzati i seguenti incontri con

di **40 classi di Istituti Superiori**;

- Nel Distretto di Alcamo, nel primo semestre sono state svolte attività nell'ambito dei problemi alcol-correlati con specifico riferimento agli incidenti stradali, coinvolgendo 32 classi degli Istituti superiori;
- L'Ufficio di Educazione e Promozione della Salute di Mazara del Vallo ha realizzato il Progetto sulla sicurezza stradale e la prevenzione sulle dipendenze da sostanze psicotrope "Sulla buona strada ...", rivolto agli studenti di **27 classi** di Istituto Comprensivi.

Complessivamente sono state coinvolte n. 95 classi

- Sono stati realizzati incontri con i soggetti iscritti in **n. 2 autoscuole** del Comune di Mazara del Vallo.
- Si è svolta inoltre una Conferenza stampa sugli Incidenti Stradali in occasione della manifestazione "*Rescue day*".

La ASP Enna ha pianificato, elaborato e coordinato il progetto "Cultura della Prevenzione e Sicurezza Stradale". Il progetto prevede un percorso educativo per la prevenzione degli incidenti stradali con l'obiettivo di evidenziare i rischi connessi alle condotte errate alla guida in seguito alla scarsa conoscenza del codice della strada, all'uso di comportamenti non adeguati (mancato utilizzo dei DPI, uso improprio del cellulare), all'assunzione di alcool, droghe e farmaci, utilizzando diversi approcci. Si è tenuta presso la sede della UOEPSA di Enna, una riunione del Tavolo Tecnico per la Linea Progettuale "Prevenzione Incidenti stradali", con la presenza del Dirigente Sezione Polizia Stradale, del Vice Ispettore Sezione Polstrada Enna, del Medico Capo Polizia di Stato, del Vice Comandante Polizia Municipale, del Responsabile Ser.T., coordinato dalla Responsabile UOEPSA. L'obiettivo dell'incontro è sviluppare la pianificazione di un programma rivolto alle prime classi degli Istituti Superiori del Comune di Enna e di Nicosia. Da parte dell'UOEPSA è stata predisposta una scheda progettuale inviata ai componenti del gruppo di lavoro per la condivisione dei contenuti da affrontare all'interno delle classi.

Gli incontri nelle scuole sono stati i seguenti e hanno visto complessivamente il coinvolgimento di ca. 140 studenti:

- Presso l'I.S.S. di Piazza Armerina un incontro con 2 classi del Liceo Ginnasio;
- Presso l'I.I.S. di Nicosia, un incontro con 2 classi;

- Presso l'I.C. di Barrafranca si tenuto un incontro che ha coinvolto 3 classi.

Gli argomenti sono stati esposti tramite presentazione *power point*, intercalata da momenti di riflessione e discussione **sull'uso corretto del cellulare e delle novità introdotte nel nuovo Codice della strada.**

La ASP Agrigento, in Collaborazione con la Polstrada, Coni e Questura ha avviato il **Progetto "Scuole Sicure" ha avuto come target circa 800 alunni** di Agrigento, Canicattì e Ribera

La ASP Messina per favorire un approccio integrato tra enti ha previsto accordi intersettoriali con Polizia Municipale, Aci Club Messina, Polizia stradale, Lions, Operatori del Servizio Civile Nazionale, Università Cattolica di Milano Unità di Ricerca di psicologia del Traffico.

Le Attività coinvolgono soprattutto il *setting* scolastico e i contesti di aggregazione giovanile. In dettaglio si è realizzato negli anni 2014/2018:

- **Modulo info-educativo "Vediamoci Chiaro"** rivolto agli studenti delle terze classi della scuola primaria di secondo grado e agli studenti delle quarte classi degli istituti superiori, sulla prevenzione degli Incidenti stradali da comportamenti a rischio (abuso di alcool, Dispositivi di Protezione individuali); acquisto e distribuzione dei Monotest per la rilevazione del tasso alcolemico ai giovani durante le attività didattiche;
- **Utilizzo del Percorso didattico alcol - vista;**
- **Promozione alla Salute in contesti Informali sui corretti stili di vita durante le manifestazioni estive.** Nel corso del 2018, durante la manifestazione giovanile denominata "*Olimparty*"svoltasi dal 4 al 6 agosto a Messina, la ASP ha partecipato con un *corner* informativo. I giovani hanno partecipato alle attività, effettuato il percorso alcol-vista, munendosi di occhiali che mimavano lo stato di ebbrezza e hanno risposto al questionario di opinione sull'utilizzo delle bevande alcoliche, le motivazioni all'uso e sulla percezione del rischio. Sono stati raggiunti 182 ragazzi;



- **Indagine conoscitiva sulla Percezione del rischio in strada e sul Web in collaborazione con l'Università Cattolica di Milano**, che ha visto la partecipazione di 1000 studenti. Gli esiti della ricerca sono stati presentati all'evento ECM “La percezione del rischio sulla strada e in rete: l'esperienza dei ragazzi tra reale e virtuale” in data 26-10-2018, a cui hanno preso parte operatori sanitari, delle scuole, degli Enti locali, della Polizia municipale;
- **Campagna di Sensibilizzazione per Pedoni e ciclisti “Rendiamoci visibili”**
Negli Anni scolastici 2015/2016/2017/2018 sono stati raggiunti circa 4.000 studenti. L'Azienda ha inoltre partecipato con La Polizia Municipale alla realizzazione di tre **Corsi di Formazione per Insegnanti che si occupano di Educazione Stradale**.

La collaborazione con la Polizia Municipale di Messina dà occasione di confronto e studio dei dati statistici: infatti le rilevazioni ci consentono di affermare che nell'area urbana di Messina gli incidenti mortali sono diminuiti, rispetto al 2010, addirittura del 68,8%. Questo dato ha posizionato **Messina subito dopo Verona, come il secondo grande Comune italiano con la migliore variazione percentuale, raggiungendo già nel 2017 il benchmark fissato dalla commissione europea di diminuzione del 50% dei morti per incidenti stradali.**

La ASP Ragusa ha realizzato campagna di informazione per prevenire gli incidenti stradali dal titolo **“PRIMADITTUTTOLAVITA. Pensa solo a guidare”**, secondo le direttive dell'Assessorato alla Salute Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico Servizio 5, che comprende la realizzazione

di un video (scaricabile su: [#primadittuttolavita](https://www.primadittuttolavita.it) consultabile sul sito aziendale: <http://www.asp.rg.it>) rivolto soprattutto ai giovani, manifesti informativi e consegna di *kit* alcoltest. Il gruppo di lavoro, che ha portato avanti le attività del progetto, ha analizzato quelli che sono i principali fattori di rischio che favoriscono l'evento incidente stradale: le condizioni di salute, l'età, l'assunzione di farmaci compromettenti l'attenzione, l'equilibrio e i riflessi.

Altri fattori di rischio sono invece riconducibili a stili di vita che comportano consumo dannoso di alcol e sostanze psicotrope e a scorretti comportamenti alla guida - utilizzo dei telefoni cellulari -, eccessiva velocità, mancato utilizzo dei sistemi di protezione, inosservanza delle norme del codice della strada).

Concorrono al verificarsi dell'incidente altri fattori di diversa natura attribuibili alla sicurezza e alla tipologia delle strade (urbane ed extra-urbane), alla sicurezza dei veicoli, ma anche ad una scarsa acquisizione della sicurezza stradale.

Sono stati allestiti degli *stands* nelle località turistiche della provincia di Ragusa: Marina di Ragusa, Pozzallo e Vittoria.

Il percorso **informativo educativo prevede anche l'articolazione nel territorio**, e per questo attuati in sinergia tra strutture sanitarie, strutture scolastiche, enti locali, forze dell'ordine, strutture di volontariato, **specifici protocolli d'intesa e la costituzione di un Tavolo Tecnico** che avrà come obiettivo quello di fornire proposte concrete, orientate a ridurre il numero di decessi per incidente stradale, il numero di ricoveri per incidente stradale e aumentare il numero di soggetti con comportamenti corretti alla guida, nell'ottica di una puntuale definizione di idonee strategie di intervento.

5.2 La casa come elemento protettivo, non sede di incidenti o violenza domestica

La casa è considerata da tutti come luogo sicuro per eccellenza. Nella realtà in Italia si verificano ogni anno circa 4 milioni di incidenti domestici, molti dei quali con conseguenze rilevanti per la salute. Le conseguenze più gravi si manifestano soprattutto nei soggetti più deboli, casalinghe, anziani e bambini. L'incidente domestico è definito infortunio quando comporta la compromissione, temporanea o definitiva, delle condizioni di salute di una persona, a causa di lesioni di vario tipo, dovuto a cause indipendenti dalla volontà umana, verificatosi all'interno di

un'abitazione, comprese le eventuali pertinenze esterne (cortili, garage, giardini).

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di grande rilevanza per la sanità pubblica. La legge 28 dicembre 1999, n. 493 “Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici”, affronta il tema della prevenzione in ambito domestico riconoscendo le attività svolte in casa come attività lavorative a tutti gli effetti.

Spetta alle Aziende Sanitarie assicurare le strategie di prevenzione, l'individuazione e valutazione dei rischi, la promozione e l'organizzazione di iniziative di educazione e promozione di salute.

Con tale norma viene istituito anche il Sistema informativo nazionale sugli infortuni in ambiente di civile abitazione (Siniaca) che raccoglie informazioni sull'attività svolta al momento dell'incidente, l'ambiente in cui si è verificato, la natura della lesione principale, il distretto corporeo colpito e il trattamento sanitario.

Il report Istat 2014 segnala 783.000 incidenti domestici, il 70,4% dei quali ha per vittima una donna, il 36% persone anziane *over* 65 ed il 4,5% bambini in età prescolare.

Le donne subiscono incidenti più che doppi rispetto agli uomini (551.000 le donne, 232.000 gli uomini).

All'origine degli incidenti domestici possiamo identificare quattro tipologie di cause: caratteristiche dell'abitazione (scale, gradini, pavimenti scivolosi o sconnessi, spigoli vivi e sporgenze, scarsa illuminazione); cattivo utilizzo di apparecchiature (*phon* e rasoi usati in ambienti umidi o con le mani bagnate, impianti elettrici non a norma, uso di prolunghe e prese multiple non conformi, fornelli accesi); condizioni di salute ed età (osteoporosi, disabilità, patologie croniche, problemi alla vista); altri fattori legati a stili di vita o abitudini (uso di farmaci che abbassano la soglia di attenzione, uso di alcool, detersivi contenenti sostanze tossiche e/o allergizzanti).

Il PRP individua gli interventi volti a promuovere il progressivo allineamento della Regione Sicilia ai livelli di risultato conseguiti da altre regioni in materia di programmi regionali per la prevenzione.

L'Assessorato alla Salute, con questo nuovo Piano va oltre il semplice allineamento alle direttive ministeriali e costruisce programmi autonomi e innovativi in un'ottica di sistema che coinvolge gli attori essenziali e crea integrazione partecipativa con altre istituzioni. In base a quanto emerge dal profilo di salute della regione, dal

contesto, dal *trend* dei fenomeni legati agli infortuni domestici, il programma offre ampi margini di intervento, non più in una logica autolimitante e ristretta, ma che mira all'acquisizione di corretti stili di vita, richiamando la collettività a recuperare valori condivisi e duraturi e in un'ottica di promozione della salute a diventare artefici essenziali e attivi.

Il decreto contiene le indicazioni e gli obblighi cui ogni soggetto è chiamato a rispondere.

Le Fonti dei dati

In relazione ai dati di mortalità, la fonte ufficiale è costituita dalle Schede di morte dell'ISTAT. In Sicilia da fonte ISTAT risulta un quoziente di 9/1000 persone che hanno subito un incidente domestico, tra i più bassi del Paese, ma è verosimile che l'incidenza del problema sia molto più rilevante e che lo stesso possa essere effettivamente sottostimato. Le statistiche descrivono profili a più alto rischio per alcuni gruppi di età-sesso specifici che risultano maggiormente esposti:

- i bambini sotto ai 5 anni d'età (più i maschi che le femmine);
- gli anziani a partire dai 65 anni (più le donne che gli uomini), con tassi progressivamente maggiori al crescere dell'età;
- le donne in età lavorativa (18-64 anni) impegnate in attività di lavoro domestico;
- gli adulti (più uomini che donne) tra i 15 e i 49 anni.

Gli ambienti domestici con maggior frequenza di accadimento

Sul totale dei casi d'infortunio domestico analizzati (37.450) i luoghi con le maggiori frequenze d'infortunio della casa sono rappresentati dal soggiorno/camera da letto (18,6%), seguiti da varie pertinenze come garage, parcheggio (17,9%) e dalla cucina (17,2%). Sia per i maschi, sia per le femmine, nella fascia d'età compresa tra 0 e 14 anni, i luoghi in cui più frequentemente si verificano incidenti sono il soggiorno o la camera da letto. All'aumentare dell'età (15-69) i luoghi in cui più spesso si osservano infortuni sono alcune specifiche pertinenze della casa (strada privata, parcheggio, garage, posto auto coperto, sentiero, area pedonale).

La dinamica e le attività al momento dell'infortunio

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

Gli oggetti e le sostanze coinvolti nell'infortunio

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

Strategie di Prevenzione

L'approccio della sanità pubblica alla prevenzione è basato essenzialmente sulla valutazione del rischio per la popolazione, cioè sull'individuazione di fasce di soggetti a maggior rischio di sviluppare una malattia in relazione a caratteristiche individuali come sesso o età oppure in quanto maggiormente esposti ad una serie di fattori negativi derivanti dall'attività lavorativa, dal livello socio economico, dal livello culturale, da ambienti residenziali inadatti o perché appartenenti a settori della popolazione meno assistiti dai servizi sanitari e non.

Nell'ambito della strategia preventiva possiamo distinguere tra prevenzione primaria (avente lo scopo di evitare l'accadimento dannoso) e prevenzione secondaria (avente lo scopo di minimizzare le conseguenze dell'infortunio), ma l'elemento innovativo include il versante della Promozione della Salute.

Orientamento degli interventi di prevenzione

Secondo le direttive del Piano della prevenzione si distinguono alcune aree di intervento che incidono sui comportamenti e sulla consapevolezza del rischio di incidentalità:

1. Formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari, mirata all'acquisizione di competenze di base per la realizzazione e per la valutazione di interventi di rilevazione della sicurezza dell'ambiente domestico e degli aspetti socio-assistenziali;
2. Realizzazione di interventi informativo/educativi strutturati per i gruppi a rischio, ad esempio bambini 0-4 anni (con coinvolgimento dei genitori e delle istituzioni scolastiche); anziani (quelli che vivono da soli dovrebbero essere considerati come soggetti prioritari), casalinghe;
3. Realizzazione di interventi basati sulla promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana.

5.2.1 Azioni sui minori

La principale causa degli incidenti domestici è considerare la casa come un posto sicuro, ma spesso non è predisposta a misura di bambino. La casa essendo un luogo privato non ha bisogno di confronti con esperti della sicurezza come nel caso dei luoghi pubblici, pertanto è l'attenzione del genitore e la sua accortezza ad attuare tutti gli accorgimenti necessari a renderla sicura per I bambini.

Ciò che si può fare, dunque, è invitare ognuno a osservare con occhio attento la propria casa mettendo in relazione le possibilità, le abilità e le abitudini degli abitanti con i possibili rischi presenti. Un utile strumento è rappresentato dalle campagne di informazione e di sensibilizzazione alla sicurezza, ed interventi mirati destinati agli adulti, il cui obiettivo è di promuovere l'acquisizione di comportamenti cosiddetti "sicuri".

Ci riferiamo, in questo caso, all'acquisizione di competenze concrete, ovvero quello che il bambino, e ancora di più il genitore, deve fare per prevenire l'incidente.

Attualmente in Italia, nell'ambito della prevenzione degli incidenti domestici, sono stati realizzati dalle Aziende Sanitarie numerosi interventi destinati a *target* diversi (bambini, insegnanti, genitori).

I progetti individuati sono realizzati dalle ASP e sono rivolti per lo più ad insegnanti e

bambini (scuola materna) o ragazzi (scuola primaria), solo alcuni prevedono il coinvolgimento dei genitori. Obiettivo generale e comune a tutti gli interventi svolti è la sensibilizzazione al fenomeno ed all'importanza della prevenzione, nell'intento di diffonderne la cultura.

Progetto AFFY FIUTAPERICOLI - Buona Pratica per l'infanzia

Sul tema della prevenzione degli incidenti domestici tutte le Unità Operative di Educazione e Promozione alla Salute Aziendali (UOEPSA) e Distrettuali (UOEPSD) nelle nove province siciliane hanno utilizzato il metodo del gioco didattico denominato "AFFY il fiutapericolo", destinato alla scuola dell'infanzia, ognuno con modalità integrate differenti, ma sempre volto all'educazione della consapevolezza del rischio. Obiettivo del progetto è quello di aumentare la consapevolezza dei bambini sulle conseguenze spiacevoli che possono verificarsi in determinate situazioni e favorire la riflessione sulle azioni che si possono attivare per prevenire gli incidenti domestici (in particolare traumi e cadute; tagli e ferite; ustioni; folgorazioni). La presentazione del progetto, avviene in ogni scuola coinvolgendo gli insegnanti che lavoreranno con i bambini.

È prevista la consulenza e l'accompagnamento costante dell'equipé UOEPSA.

In particolare, nella prima fase gli operatori organizzano con gli insegnanti un primo incontro sui contenuti, la metodologia e i materiali utilizzati del progetto che sarà svolto con i bambini.

In questa occasione viene fornita gratuitamente "La valigia di AffyFiutapericolo" contenente: una guida per gli insegnanti con la descrizione delle attività e dei giochi da proporre ai bambini; un libro di fiabe, un supporto bifacciale da appendere con tasche trasparenti, 3 mazzi di carte colorate, 7 poster di grandi dimensioni che raffigurano gli spazi della casa, un *set di stickers* colorati e un opuscolo per i genitori. Successivamente viene organizzato un incontro informativo con i genitori.

Le attività del Progetto "Affy" prevedono l'uso, da parte degli insegnanti, di un *kit* composto da un libro di storie e una serie di giochi collegati e collegabili alle storie stesse. Le proposte ludiche contenute nel *kit* includono attività di tipo cognitivo, motorio, linguistiche, espressive e un insieme di giochi di ruolo dove sperimentare situazioni differenti (anche con il supporto dei genitori).

"AffyFiutapericolo" il cane-mascotte è il personaggio guida delle fiabe e dei giochi

proposti dalle attività che hanno l'obiettivo di rendere più consapevoli i bimbi dei rischi dei loro ambienti domestici.



di festa con la partecipazione dei bambini, dei genitori e degli insegnanti coinvolti nel progetto, nel corso della quale vengono esposti gli elaborati realizzati dai bambini.

Al termine dell'incontro viene rilasciato, dagli operatori delle unità operative, un attestato di partecipazione a tutti gli insegnanti che hanno accompagnato i destinatari del progetto durante tutto il percorso.

È stata prevista una scheda di avvio e monitoraggio delle attività e una di valutazione finale di processo per gli insegnanti che utilizzano il *kit* didattico. Successivamente è stata elaborato un *report* finale presentato in occasione della giornata conclusiva.

Tab. 1 Dati del progetto “Affyfutapericolo” nelle ASP delle province siciliane 2015-2018

Bambini	12.000
Insegnanti/Genitori	1301
Classi	326

L'ASP di Agrigento ha anche sviluppato il Progetto di formazione “Guadagnare Salute” in collaborazione con il Servizio Infermieristico Territoriale per Medici e personale infermieristico per consiglio breve totale 120 partecipanti, inoltre ha organizzato il Progetto PIEDIBUS a Sciacca in collaborazione con l'Amministrazione comunale, l'Ass. Agricoltura e PLS e il Progetto “La vita mi sta a cuore” prevenzione incidenti domestici e primo soccorso negli Istituti Classico, Scientifico, Linguistico, ITCG ed EGOA di Bivona per 18 classi ed un totale di 305 alunni.

L'ASP Catania: ha anche ideato e svolto un corso di 3 ore sugli incidenti domestici

(progetto “Stai sicuro! Vivere la scuola in sicurezza”) diretto agli assistenti alla comunicazione e assistenti igienico sanitari degli istituti scolastici con l’obiettivo di aumentare l’attenzione degli educatori scolastici sul problema degli incidenti domestici, così da promuovere l’attivazione nelle scuole dei programmi di prevenzione diretti a bambini e genitori.

L’ASP Palermo: ha promosso la partecipazione dei Distretti a seguire il progetto per l’implementazione di percorsi formativo-informativi rivolti ai diversi interlocutori dei target 0/4 (genitori dei nati e dei nuovi nati nei Consultori Familiari e Centri di vaccinazioni, e operatori asili nido). Per il target 4/7 anni sono stati coinvolti insegnanti e genitori delle scuole materne e insegnanti e personale ATA delle scuole elementari.

All’ASP Messina: sono state svolte attività informative nella scuola dell’infanzia. Le richiamate attività vengono proposte ai genitori con il “*first responders*” avvalendosi della collaborazione dei medici del 118 che, attraverso l’utilizzo del manichino “*baby Anne*” simulano eventi di soffocamento e mostrano le manovre per la disostruzione delle vie aeree. I genitori seguono con grande interesse l’iniziativa e partecipano attivamente alle simulazioni, provandole a loro volta.

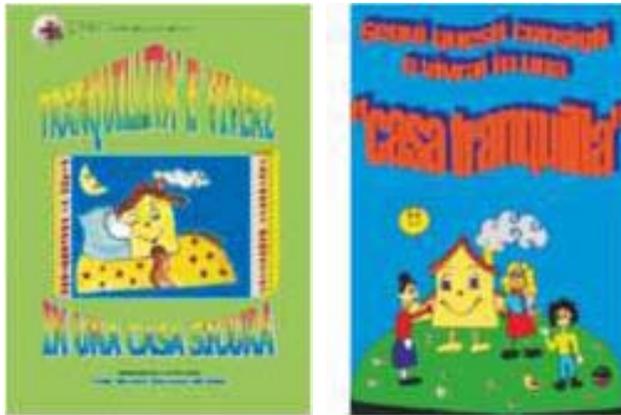


Altrettanto interessante è stata la formazione agli operatori sanitari (PLS, Dipartimento di prevenzione, Distretti sanitari); il corso, effettuato con docenti di comprovata competenza ed esperienza (DOrS di Torino), ha fornito l’occasione di confronto per i professionisti e di collaborazione anche con la redazione di riviste specializzate, da cui è scaturita una monografia sulla prevenzione degli incidenti (UPPA-Speciale incidenti-ANNO XVIII, n. 1-2018).

Per quanto riguarda la misurazione dei dati di prevalenza, non essendo dotati di flusso SINIACA, si fa riferimento ai dati forniti annualmente dal flusso EMUR dei

Pronto Soccorso dell'ASP.

L'ASP Siracusa ha realizzato interventi di sensibilizzazione della Prevenzione degli Incidenti Domestici utilizzando la pubblicazione del volume “Tranquillità è vivere in una casa sicura”, aggiornato dopo la prima edizione e successivamente ristampato.



(copertina dell'opuscolo realizzato a cura dell'UOEPSA di Siracusa)

L'ASP Enna ha affrontato oltre ai temi specifici della prevenzione degli incidenti domestici anche tematiche relative all'uso corretto degli antibiotici, all'importanza dei vaccini, alla sicurezza domestica e ai relativi fattori di rischio, alla corretta esposizione ai raggi UV e al corretto utilizzo dei cellulari ed esposizione a schermi quali televisione, *computer*, telefonini, *tablet*.

Gli insegnanti coinvolti realizzano poi l'evento finale su tre diverse giornate, alla presenza di tutti genitori, docenti, familiari e personale ATA, quale manifestazione diretta del loro lavoro didattico sulla sicurezza, rispettando l'età e le capacità d'apprendimento dei bambini.

L'ASP Caltanissetta ha utilizzato il *kit* “Affyfiutapericoli” negli Istituti Comprensivi e Circoli Didattici di Caltanissetta.

L'ASP Ragusa ha realizzato incontri in 30 sezioni della scuola dell'infanzia con la collaborazione dei docenti.

Utilizzato il *Kit* educativo dell'ISS “Affyfiutapericoli”.

Realizzato n. 8 incontri per genitori ed insegnanti presso due Circoli Didattici di Ragusa finalizzati alla prevenzione degli incidenti domestici ed alla pratica di norme base di primo soccorso.

Realizzato n. 4 incontri organizzativi con il Dipartimento Prevenzione Veterinaria.

Realizzato n. 2 incontri (con i B/i delle scuole campionate) di *Pet therapy* con l'aiuto di un dirigente veterinario dell'ASP.

Programmato n. 2 corsi di BLSA indirizzati al personale docente e non docente ed ai genitori delle scuole campionate.

5.2.2 Azioni rivolte ad adulti ed anziani over 65

Le persone *over 65* anni costituiscono una popolazione in continua espansione. Sono permanentemente esposti a un insieme di fattori di rischio presenti nella casa, che interagiscono con quelli di tipo personale (malattie presenti, trattamenti farmacologici in corso, abuso di bevande alcoliche), che rendono altamente probabile un evento accidentale. L'età rappresenta un fattore di rischio cardiovascolare indipendente, non modificabile.

Una delle iniziative che rappresenta opportunità di salute e di socializzazione è quella dei "Gruppi di cammino", che grazie alle sue caratteristiche di spontaneità, semplicità, adattabilità ed economicità risulta infatti una forma di esercizio fruibile dalla maggior parte delle persone. I gruppi di cammino sono costituiti da persone sane, con fattori di rischio o con patologie a "Basso e Medio rischio cardiovascolare". L'obiettivo è cercare di rendere il gruppo di cammino uno strumento che stimoli la pratica dell'attività fisica, riduca i fattori di rischio, migliori le abilità residue e contribuisca alla socializzazione, fattore di estrema importanza per il miglioramento della qualità della vita.

Secondo le previsioni demografiche dell'ISTAT, del PRP 2014-2019, nella popolazione della Sicilia la quota di anziani continuerà a crescere nei prossimi decenni a causa dell'allungamento della speranza di vita. Pertanto, la struttura della popolazione sarà sempre più sbilanciata verso l'età avanzata e ciò comporterà sfide sempre più complesse per il sistema socio-sanitario regionale.

ASP Catania: L'Unità Operativa di Educazione e Promozione della Salute Aziendale, in adesione ad uno specifico Progetto Obiettivo del Piano Regionale di prevenzione 2014-2019, ha avviato un progetto finalizzato all'incremento dell'attività motoria per la prevenzione delle patologie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano (>65) dal titolo "Muoviti Ancora".

Il progetto, gratuito, intende sensibilizzare la popolazione anziana sull'importanza dell'attività fisica e sugli effetti che questa ha da un punto di vista fisiologico,

psicologico, preventivo e sociale.

Il Programma fornisce l'opportunità di sperimentare e mantenere comportamenti salutari, ma richiede una vera e propria alleanza con il mondo dell'informazione ed una proficua collaborazione con il sistema della medicina generale.

Le patologie prevenibili negli anziani grazie al semplice mantenimento di una discreta attività fisica sono innumerevoli e spaziano da quelle riguardanti il sistema muscolo scheletrico a quello neurologico, da quelle dell'apparato respiratorio a quelle di interesse gastroenterico.

L'Unità Operativa di Educazione e Promozione della Salute ha avviato una campagna informativa utilizzando gli strumenti più idonei al coinvolgimento della popolazione sensibile (opuscoli, manifesti, comunicati stampa, radio-televisivi).

L'attività, guidata da un esperto, prevede l'esecuzione di semplici esercizi di ginnastica dolce orientati alla prevenzione di varie patologie.

È un'attività che viene svolta in gruppo e all'aria aperta, della durata di 60 minuti.

L'UOEPSA ha, inoltre, svolto un'attività educativa e formativa destinata all'acquisizione di corretti stili di vita e avviato a regolare attività fisica quanti coinvolti nel progetto. Durante il corso del progetto, infatti, sono state individuate delle giornate in cui affrontare e discutere diverse tematiche inerenti sia alla Prevenzione degli Incidenti Domestici che sull'Alimentazione. Questo perché la conoscenza e il controllo dei principali rischi presenti nell'ambiente domestico, la sicurezza e l'adozione di comportamenti adeguati, rappresentano per l'anziano le strategie migliori per evitarli. A questi incontri, sono stati coinvolti circa 200 utenti, che hanno mostrato interesse per gli argomenti trattati, hanno raccontato le loro esperienze in un clima cordiale e partecipato. Il progetto, ad oggi, ha avviato a regolare attività fisica più di **400 persone**, e creato rapporti convenzionali con le strutture ricadenti nel territorio di riferimento.

Muoversi, quindi, è una delle chiavi per prendersi cura di sé, un modo per migliorare, sin da subito, la qualità della propria vita. La sedentarietà, può contribuire insieme ad altri fattori di rischio, allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle che gravano sull'apparato cardiovascolare, nonché all'alterazione della pressione arteriosa. Tutti questi fattori non solo accrescono il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e diabete, ma peggiorano nettamente la prognosi dei pazienti già affetti da tali patologie. L'attività fisica, inoltre, riduce le *cadute* e diviene occasione

per conoscere gente, parlare con loro, e confrontarsi. Il progetto in questo senso assume un valore importantissimo anche da un punto di vista *sociale*, perché gli utenti oltre a fare attività e migliorare il proprio stato di salute, creano importanti relazioni di fiducia e di amicizia tra loro che rappresentano una fondamentale risorsa per il benessere e la qualità della vita.

Effetti Positivi dell'attività fisica:

FISIOLOGICI	PREVENTIVI
Stimola le funzioni cardiocircolatorie e respiratorie; Aumento della forza muscolare e mantenimento della mobilità articolare; Migliora la qualità e la durata del sonno; Migliora le capacità coordinative.	Riduce il rischio di cadute; Rischio di sviluppare malattie non trasmissibili: - diabete; ipertensione; osteoporosi; obesità; cardiopatie; decadimento cognitivo (perdita di memoria, attenzione e orientamento).
PSICOLOGICI	SOCIALI
Allenta le tensioni muscolari ed emotive; Migliora il tono dell'umore, combatte l'ansia e la depressione Rafforza l'autostima e Aumenta lo stato generale di benessere.	Aiuta a conservare l'autosufficienza; Stimola l'integrazione, promuovendo nuove amicizie; Riduce i costi dell'assistenza sanitaria.

Dall'inizio del progetto, Aprile 2017 ad oggi, si sono formati 11 gruppi, tra il Comune di Catania e Provincia, che partecipano attivamente al progetto. Si ritrovano regolarmente, in un luogo preciso, fanno esercizi o camminano semplicemente lungo un percorso predefinito, sotto la guida di un istruttore che accoglie ed orienta ciascun componente indicando l'attività motoria da svolgere. Oltre ai benefici per la salute, il cammino è una pratica a disposizione di tutti, non richiede particolari abilità né un equipaggiamento specifico, ha poche controindicazioni, presenta un basso rischio di incidenti e di traumi muscolo scheletrici, è economico e promuove relazioni sociali.

GRUPPI	Utenti Iscritti over 65	Utenti con frequenza regolare	Utenti sotto i 65 anni
Villa Bellini	37	32	2
Librino	37	33	8
S.A. Li Battiati	25	23	2
Belsito	22	22	3
Paternò	14	14	1
Acireale	40	34	6
Viagrande	40	35	10
Tremestieri	25	25	3
Acibonaccorsi	58	57	5
Ficarazzi	27	27	1
Mascalucia	39	35	3
Totale	364	337	44

Sempre in tema di sicurezza domestica per gli *over 65* anni, con il progetto “Avere cura di chi si prende cura” l’Azienda si è concentrata sul *target* delle badanti, dei *caregivers* e collaboratori familiari. Sono stati organizzati corsi informativi sul territorio provinciale allo scopo di responsabilizzare coloro che devono prendersi cura di familiari, anziani e disabili sui rischi connessi agli incidenti domestici, specificatamente nell’ambito dell’assistenza domiciliare. In questo progetto sono stati previsti tre moduli (il ruolo e le problematiche del *caregivers* e delle badanti; conoscere i servizi ed erogare il lavoro di cura; dare assistenza alle funzioni di vita quotidiana) per un totale di 2 incontri di 3 ore ciascuno.

La strategia di prevenzione degli incidenti domestici ha posto l’attenzione anche sul tema della prevenzione delle cadute degli anziani. A tal riguardo sono stati realizzati

4 incontri informativi con 55 soggetti *over 65* anni specificatamente sull'importanza dell'adozione di misure di sicurezza e di adeguati comportamenti al fine di evitare infortuni domestici. In tutti questi corsi è stata prevista una valutazione degli apprendimenti e del gradimento sull'evento formativo.

ASP Palermo: ha realizzato vari interventi in anni diversi a partire da 2012 per il target >65 anni: gruppi di “benessere per la terza età” e a seguire “gruppi di cammino” nonché utilizzo del programma informativo “Fila liscio”.

I Gruppi di Benessere propedeutici ai Gruppi di cammino includono attività rivolte alla persona nella sua interezza, con indubbi vantaggi, quali:

- Scoperta di una attività motoria che coinvolge tutti i piani del Se (cognitivo, emotivo, morfologico-posturale, fisiologico), con effetti misurati secondo una scheda di rilevazione standardizzata;
- Condivisione delle esperienze e consolidamento dei legami formati;
- Riscoperta del territorio e delle sue ricchezze.

Ci si avvale della collaborazione di operatori specializzati la cui presenza è indispensabile nei primi periodi. Per la realizzazione dei Gruppi di Cammino la presenza dell'istruttore specializzato in Esercizio Fisico Adattato garantisce la formazione dei *walking leader*.

Ciò che si ottiene è il mantenimento dei benefici guadagnati durante i Gruppi Benessere, attraverso specifici momenti di lavoro esperienziale in gruppo.



L'ASP Palermo ha partecipato al progetto CCM 2015 “Argento Attivo: vivere bene oltre i Sessanta” per promuovere la salute e il benessere psico-sociale degli anziani che vivono presso il proprio domicilio in condizione di totale o parziale

autosufficienza, e di quelli più “fragili” assistiti il più delle volte da familiari, volontari e badanti, persone che si prendono cura di loro con affetto e dedizione, importanti figure alle quali ci si riferisce con il termine “*caregiver*”.

Il programma si è articolato in diverse attività per migliorare la qualità dell’assistenza degli anziani a domicilio, attraverso percorsi di formazione e sensibilizzazione rivolti ai *caregiver*, e favorire la partecipazione degli anziani cosiddetti “attivi”, attraverso percorsi di cittadinanza attiva finalizzati all’avvio di iniziative di promozione della salute e della socialità. In un’ottica di inclusione e di partecipazione, gli anziani attivi e i *caregiver* sono identificati come attori strategici di un sistema virtuoso di integrazione e coesione sociale e sono i principali destinatari delle azioni finalizzate alla valorizzazione delle competenze e all’acquisizione di consapevolezza. Gli anziani diventano così promotori di salute e benessere nei confronti dei loro coetanei, residenti in aree urbane di piccole o grandi dimensioni, nei quartieri, nei cortili, contesti privilegiati per stabilire legami sociali significativi, con lo scopo di contrastare la frequente condizione di isolamento e marginalità.

Per i *caregivers*, a seguito di una formazione per 32 formatori aziendali, sono stati organizzati dei percorsi formativi di 8 incontri su 7 Distretti.

Per la realizzazione degli interventi sono stati privilegiati interventi integrati che si sono avvalsi anche di istituzioni sanitarie, non sanitarie e di gruppi della società civile. (es. servizi di assistenza domiciliare sia sanitaria che sociale, RSA, Hospice, Case alloggio, centri per anziani, associazioni di casalinghe *etc.*) È stato prodotto un manuale didattico e un *depliant* informativo.



Azioni/Interventi Aziendali	Distretti e PTE coinvolti	Numero partecipanti	Numero incontri	Setting
Promozione di incontri sul tema gestiti a livello di ASP dalle U.O. Educazione e Promozione della Salute in favore dei vari setting (Scuola, Anziani etc.) come da PRP.	D 33 Cefalù D 39 Bagheria D 42 Palermo PTE Biondo PTE Casa Sole	41 44 20 21 Tot 136	32 incontri per ciascun gruppo Tot 128	Ass. Anziani Auser Parrocchia Palestra aziendale Palestra scuola Locali comune
Promozione dell'attività fisica negli ultra 64enni (Gruppi di Benessere e Gruppi di Cammino)	D 33 Cefalù D 39 Bagheria D 42 Palermo PTE Biondo PTE Casa Sole Presidio Pizzol	32 28 35 21 48 Tot. 164		Centro diurno anziani
Realizzazione di corsi specifici operatori sanitari, collaboratori familiari per migliorare la qualità dell'assistenza degli anziani assistiti a domicilio da un caregiver.	34 Castri 36 Termini Ima. 37 Milinucci 40 Corleone 41 Partinico D 42 Palermo PTE Guadagna Presidio Pizzol			
- Gruppi di benessere e gruppi di cammino - Attività fisica - Attività sensoriale	D 33 Cefalù D 29 Bagheria D 42 Palermo PTE Biondo PTE Casa Sole PTE Albanese	34 30 21 28 27 Tot. 141	2round per 16 incontri per Distretto Tot.160	

ASP Messina: ha attivato una convenzione con società sportive dilettantistiche a Sant'Agata di Militello, dove si svolge attività fisica adattata per gli *over 65*, avvalendosi della competenza di esperti in scienze motorie. Nell'anno 2018 si sono seguite 200 persone.

Altra convenzione è stata avviata con il CUS-UNIME di Messina: all'interno della struttura il Conduttore cura gli aspetti tecnici relativi all'attività del cammino, con particolare riferimento agli esercizi che permettono di rendere sicura l'attività fisica nell'anziano (es. esercizi di equilibrio).

Il luogo è sicuro, ha un percorso lungo e recintato, ben segnalato, con illuminazione adeguata e consente almeno 30' di camminata all'aperto. E' in corso il reclutamento dei partecipanti.

ASP Agrigento: ha avviato una Formazione ai Conduttori di comunità parrocchiali per anziani della Caritas Diocesana di Agrigento e Fondazione Mondoaltri per prevenzione incidenti domestici e invecchiamento attivo e successiva stipula di Protocollo d'Intesa.

ASP Siracusa: ha realizzato il progetto "*ATTIVINSIEME*", attività rivolta agli anziani, progressivamente estesa ai vari Comuni della provincia. Si tratta della creazione di un "contenitore" di attività di sensibilizzazione alla prevenzione della salute con epicentro la promozione dell'attività fisica, in considerazione del fatto che il miglioramento dello stato fisico generale e dell'attitudine al movimento è fattore di prevenzione degli incidenti domestici dell'anziano.

In linea generale il programma si svolge con le seguenti fasi:

1. Contatto e collaborazione con il Servizio Sociale del Comune;
2. A seguito dell'intesa con il Servizio Sociale del Comune, il Sindaco e l'Assessore al ramo, ci si incontra con i responsabili e fruitori del Centro Sociale Anziani;
3. Unitamente al contributo di questi ultimi si stabilisce un programma di incontri di informazione/formazione di prevenzione sulla salute concordato con gli anziani fruitori dove parecchi incontri sono dedicati (sotto varie forme) al miglioramento dell'attività fisica ed all'implemento dell'attività motoria quale fattore di prevenzione;
4. Programmazione delle date a cadenza quindicinale (da 8 a 12).

I contenuti dello stesso prevedono incontri dedicati all'attività motoria; alle problematiche cardiovascolari con riguardo all'attività motoria come sua prevenzione; alla nutrizione (con i correlati di attività motoria e consumo energetico); agli *screening*; alla prevenzione degli incidenti domestici; alle tecniche di "primo soccorso" ("5 colpi per la vita"): rianimazione cardiopolmonare e disostruzione vie aeree, *etc.*

L'attività si conclude con una riscoperta di elementi del patrimonio storico o paesaggistico del Comune, rigidamente "a piedi" ed un pranzo o una cena, spesso preparata dalle utenti, per la valorizzazione delle tradizioni locali.

Tale attività ha coperto tutti i Comuni della provincia, tranne 2 che si spera possano essere coinvolti a breve.

In alcuni Comuni, particolarmente ricettivi, l'attività è stata svolta per più anni. Per ogni Comune viene redatta brochure informativa e locandina.

Esempi di 4 delle 18 brochure



La partecipazione degli utenti è stata variabile da 30 a 70 persone, non sempre proporzionale al numero di abitanti del Comune, quanto invece dipendente dalla capacità di attrazione del Centro Sociale anziani coinvolto.



Dal 2016 la UO di Educazione e Promozione alla Salute dell'ASP di Siracusa ha inserito, tra le sue iniziative, il programma "5 colpi per la vita" sulla rianimazione cardiopolmonare e disostruzione vie aeree (svolta di prassi nell'ambito di "ATTIVINSIEME", come descritto precedentemente) che è stata svolta anche nelle scuole che ne fanno richiesta ed indirizzata agli alunni, gruppi di giovani, associazioni parrocchiali.

L'iniziativa "5 colpi per la vita" non rilascia una certificazione valida a fini normativi, essendo attività generica di prevenzione ma viene consegnato ai partecipanti, gratuitamente, un piccolo kit (il "Mini Anne Kit").

ASP Trapani: ha realizzato l'opuscolo informativo "In-Forma per invecchiare bene" per gli adulti e gli *over 65*enni sui benefici sulla salute nel fare attività fisica. E' stato stipulato un Protocollo d'intesa con il Comune di Trapani che prevede la realizzazione di incontri presso i Centri Sociali per anziani.

Il programma prevede n. 2 incontri di 2 ore ciascuno per ogni gruppo, di circa 20 persone. Nel corso di questi incontri si alternano attività di informazione, sulle cause delle MCNT e sui corretti stili di vita, a momenti esperienziali mediante tecniche di rilassamento e di respirazione. L'attività è stata realizzata in n. 3 Centri Sociali cui hanno partecipato complessivamente n. 83 anziani.

ASP Ragusa: ha realizzato n. 6 incontri informativi educativi rivolti agli anziani di due Parrocchie di Ragusa. *In itinere* accordi con il Sindaco di Scicli per intervento sul Centro per anziani di Jungi. Tematiche trattate:

- Prevenzione incidenti domestici;
- Autovalutazione dei rischi ambientali /domestici;
- Benefici attività fisica / coordinazione motoria;
- Motivazione della cura del sé e potenzialità di vita nella III età;
- Gestione del diabete;
- Attività fisica preventiva ed adattata (con esecuzione di esercizi fisici mirati all'aumento delle abilità personali);
- Importanza dei gruppi di cammino;

Sono stati realizzati n. 2 gruppi di cammino.

Progetto “A spasso con ”

La letteratura scientifica è concorde nell’affermare che nelle persone anziane l’inattività fisica rappresenta indubbiamente uno dei maggiori fattori che contribuisce alla diffusione di quelle patologie cronico-degenerative che sono in grado di condizionarne la salute: le malattie cardiovascolari, l’osteoporosi, il diabete, alcuni tipi di tumore e altre patologie.

Con il progetto “A spasso con...” si intende promuovere l’attività fisica mediante una serie di azioni combinate in grado di valorizzare la partecipazione e la socializzazione dei partecipanti.

Le attività che riguardano il movimento sono state proposte nella stagione primaverile, attraverso “visite guidate” e nella modalità piacevole ed attraente della passeggiata di gruppo (es. visite a chiese, monumenti e palazzi storici, guidate da ragazzi del Liceo Classico “R. Settimo”) mentre, nella stagione autunnale e invernale sono stati realizzati “incontri tematici” che riguardano la promozione della salute e la prevenzione.

Gli incontri, curati dall’UOEPSA, sono stati condotti da medici specialisti e da altre figure professionali che si occupano di salute.

In particolare, l’attività “A spasso con...” nell’anno 2018 è stata realizzata nei Comuni di Caltanissetta, Serradifalco, gli anziani sono stati coinvolti tramite le associazioni che aderiscono al progetto (AUSER, Croce Rossa, No-Serradifalco, ADA, ProLoco, Ass. Serradifalco), due parrocchie (San Pietro a Caltanissetta e Chiesa Madre di Serradifalco), il Comune di Serradifalco e la Scuola secondaria di II grado “R. Settimo di Caltanissetta”.

Al 30 settembre 2018 sono stati realizzati 10 incontri a tema e n. 6 attività “*outdoor*” (camminate) guidate, con gli anziani.

L’intervento a Serradifalco è stato preceduto da numerosi incontri finalizzati all’analisi dei bisogni della comunità, attività per la quale sono stati utilizzati questionari, *focus group* e rilevazioni demografiche.



A spasso con ...

... la salute, tra storia e tradizione

14 Maggio 2019 ore 10.00

Da Sant'Agata al Collegio all'ex Palazzo delle Poste

"Una salutare passeggiata nella memoria"

Appuntamento davanti alla scultura della Chiesa di "Sant'Agata al Collegio" per poi proseguire in passeggiata verso piazza Marconi per visitare l'ex "Palazzo delle Poste Centrali" di Cattolica.



Municipalità
di Cattolica
Assessorato alla Cultura



Ufficio Regionale
dei Beni Culturali
e del Paesaggio
della Regione Marche



Municipalità
di Cattolica



Municipalità
di Cattolica

Il Comune di Cattolica aderisce all'attività di promozione culturale del Progetto "Una salutare passeggiata nella memoria".

Il Comune di Cattolica aderisce all'attività di promozione culturale del Progetto "Una salutare passeggiata nella memoria".

Il Comune di Cattolica aderisce all'attività di promozione culturale del Progetto "Una salutare passeggiata nella memoria".

Bibliografia

- 1) Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., & Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The lancet*, 380(9838), 219-229.
- 2) Claas, S. A., & Arnett, D. K. (2016). The role of healthy lifestyle in the primordial prevention of cardiovascular disease. *Current cardiology reports*, 18(6), 56.
- 3) Schuler, G., Adams, V., & Goto, Y. (2013). Role of exercise in the prevention of cardiovascular disease: results, mechanisms, and new perspectives. *European heart journal*, 34(24), 1790-1799.
- 4) Dalleck, L. C., Van Guilder, G. P., Quinn, E. M., & Bredle, D. L. (2013). Primary prevention of metabolic syndrome in the community using an evidence-based exercise program. *Preventive medicine*, 57(4), 392-395.
- 5) Stensvold, D., Nauman, J., Nilsen, T. I., Wisløff, U., Slørdahl, S. A., & Vatten, L. (2011). Even low level of physical activity is associated with reduced mortality among people with metabolic syndrome, a population based study (the HUNT 2 study, Norway). *BMC medicine*, 9(1), 109.
- 6) Kodama, S., Saito, K., Tanaka, S., Maki, M., Yachi, Y., Asumi, M., ... & Yamada, N. (2009). Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women: a meta-analysis. *Jama*, 301(19), 2024-2035.
- 7) Ministero della Salute (2014). Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018
- 8) World Health Organization. (2012). Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. *Proceedings of Regional Committee for Europe*, 10-13.
- 9) Regione Siciliana. (2014). Assessorato della Salute. Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018.
- 10) Arija, V., Villalobos, F., Pedret, R., Vinuesa, A., Timón, M., Basora, T., ... & Basora, J. (2017). Effectiveness of a physical activity program on cardiovascular disease risk in adult primary health-care users: the “Pas-a-Pas” community intervention trial. *BMC Public Health*, 17(1), 576.
- 11) Myers, J., McAuley, P., Lavie, C. J., Despres, J. P., Arena, R., & Kokkinos, P. (2015). Physical activity and cardiorespiratory fitness as major markers of cardiovascular risk: their independent and interwoven importance to health status. *Progress in cardiovascular diseases*, 57(4), 306-314.

- 12) World Health Organization. (2007). Steps to health: A European framework to promote physical activity for health.
- 13) ISTAT. (2016). Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà.
- 14) World Health Organization. (2010). Global recommendations on physical activity for health.
- 15) RAPPORTO OSSERVA SALUTE 2006
- 16) Fonte ISTAT 2017-Pubblicato 23/7/2018
- 17) CCM- Scegliere la strada della sicurezza- Ministero della salute.
- 18) F. Sarto, S. Roberti, G. Renzulli, D. Masiero, M. Veronese, I. Simoncello, P. Erba, A. R. Bianchi: Infortuni domestici: uno studio sui bambini presentatisi nel pronto soccorso di Padova- e&p anno 31 (5) settembre-ottobre 2007
- 19) BALDUCCI G., FONDI G., PITIDIS A., Gruppo lavoro SINIACA-IDB (a cura di), (2013) - Sorveglianza di Pronto Soccorso degli incidenti e della violenza Rapporto tecnico finale progetto SINIACA-IDB, http://www.iss.it/binary/casa/cont/Rapporto_TecnicoFinale_IncidentiAll_SINIACA_IDB.pdf
- 20) ISTAT (2016) - Report statistiche. Gli incidenti domestici Anno 2014 https://www.istat.it/it/files/2016/04/Incidenti_domestici_anno2014.pdf?title=Incidenti+domestici++01%2Fapr%2F2016++Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf
- 21) Ministero della Salute- CCM- Interventi di prevenzione incidenti domestici- Obiettivo casa sicura
- 22) A. De Santi, P. Zuccaro, F. Filipponi, A. Minutillo, R. Guerra: La promozione della salute nelle scuole. Prevenzione degli incidenti stradali e domestici - Rapporti ISTISAN 10/3
- 23) Bambini sicuri in casa, Ministero della salute, 2015. http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_opuscoliposter_236_allegato.pdf Guida pratica a cura del Ministero della salute indicante le tappe di crescita e i rischi di incidenti che possono coinvolgere il bambino.
- 24) Regione Piemonte-CCM-ASL TO 1-2010
- 25) MINISTERO DELLA SALUTE (2007) - Linea guida: Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani (aggiornamento 2009) http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_975_allegato.pdf
- 26) Regione Lombardia-Manuale gruppi di cammino- www.asl.pavia.it
- 27) ISTAT (2017) Il futuro demografico del paese <https://www.istat.it/it/files/2017/04/previsioni-demografiche.pdf>

6. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro: una priorità regionale

(a cura di D. Segreto, A. Leonardi, E. Paino, E. Gerbino A., Li Puma,)

La tematica della salute e della sicurezza sul lavoro e degli infortuni mortali è, come noto, di grande attualità sociale e politica soprattutto a seguito del recente e inaspettato incremento degli infortuni mortali sul territorio nazionale.

Dalla relazione INAIL aggiornata al 31 ottobre 2019 emerge che le denunce di infortunio registrate nel 2018 sono state poco più di 645 mila, in calo dello 0,3% rispetto al 2017 e del 2,7% rispetto al 2014. Gli infortuni riconosciuti sul lavoro sono stati poco più di 542 mila (erano poco più di 544 mila nel 2017, 566 mila nel 2014), di cui circa il 16% avvenuti “fuori dell’azienda” (cioè “con mezzo di trasporto” o “*in itinere*”).

La Regione Siciliana segue lo stesso *trend* nazionale. Le denunce di infortunio registrate nel 2018 sono state 28.306, in calo dell’1,6% rispetto al 2017 e del 5,8 % rispetto al 2014. Gli infortuni riconosciuti sul lavoro sono stati poco più di 24 mila (erano circa 24500 nel 2017, circa 25900 nel 2014), di cui circa il 15% avvenuti “fuori dell’azienda” (cioè “con mezzo di trasporto” o “*in itinere*”). Nelle figure 1 e 2 sono graficizzati i dati degli infortuni, totali e mortali, nazionali e regionali, registrati nell’ultimo quadriennio (fonte dati Inail).

Diverso purtroppo è il *trend* dei dati degli **infortuni con esito mortale**.

Sempre dalla relazione INAIL aggiornata al 31 ottobre 2019 emerge che le denunce di infortuni mortali registrate nel 2018 a livello nazionale sono state 1.247 (+ 7,9% del 2017 che ha registrato 1.155 infortuni mortali), i casi accertati “sul lavoro” sono stati 885 (erano 844 nel 2017), di cui 362, pari a circa il 29% del totale, avvenuti “fuori dell’azienda” (cioè “con mezzo di trasporto” o “*in itinere*”).

Mentre per nella Regione Sicilia si registra una diminuzione degli infortuni mortali, pari a -14,29 %, rispetto alle denunce del 2017 (72 infortuni mortali nel 2018, erano 84 nel 2017).

Nella figura 3 è riportato un grafico di confronto per provincia nel periodo interessato.

Fig. 1: DATI INFORTUNI TOTALI ACCADUTI NEL QUADRIENNIO 2014-2018

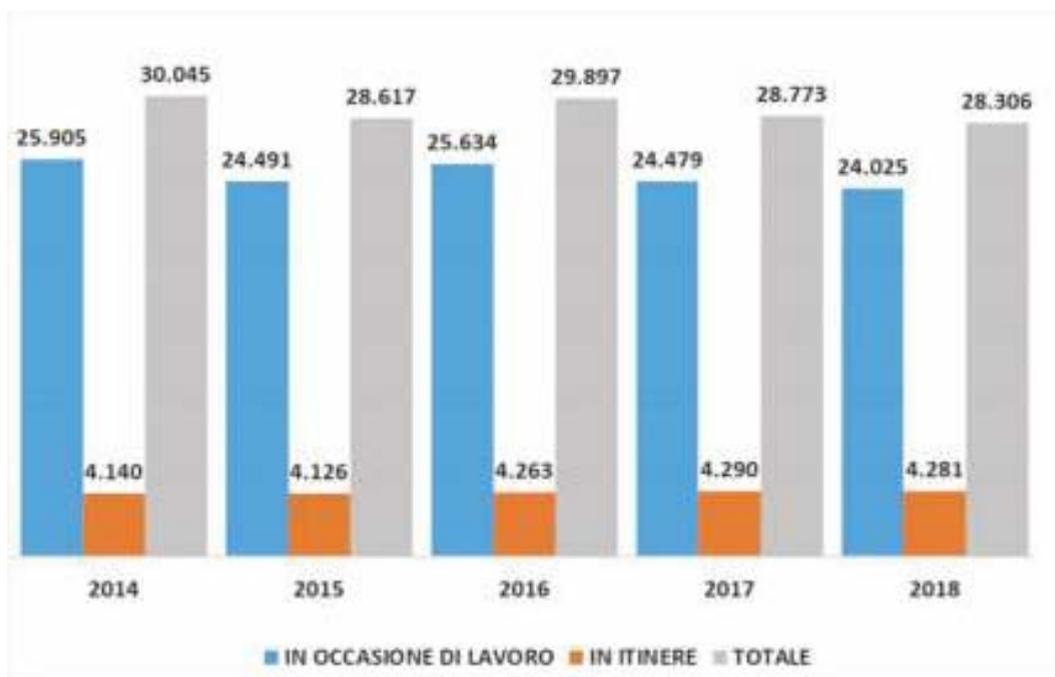
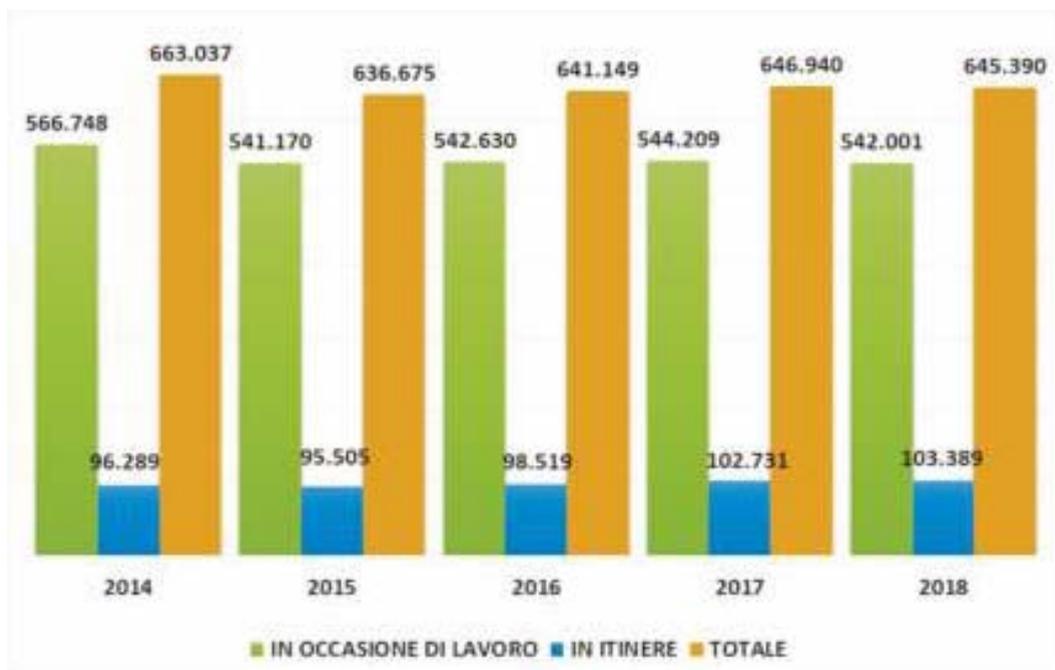


Fig. 2: DATI INFORTUNI CON ESITO MORTALE ACCADUTI NEL QUADRIENNIO 2014-2018

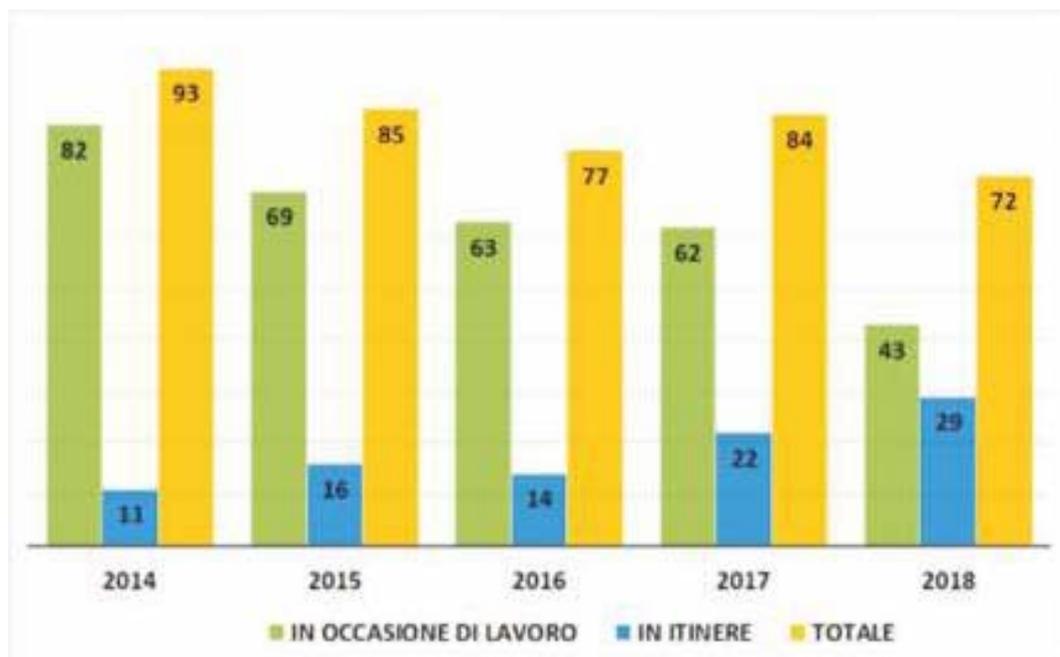
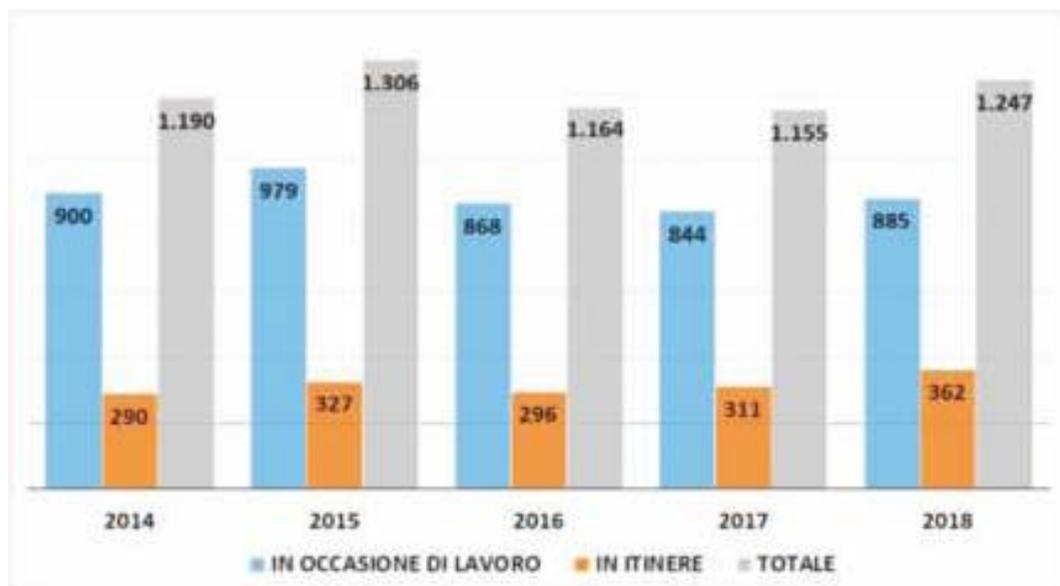
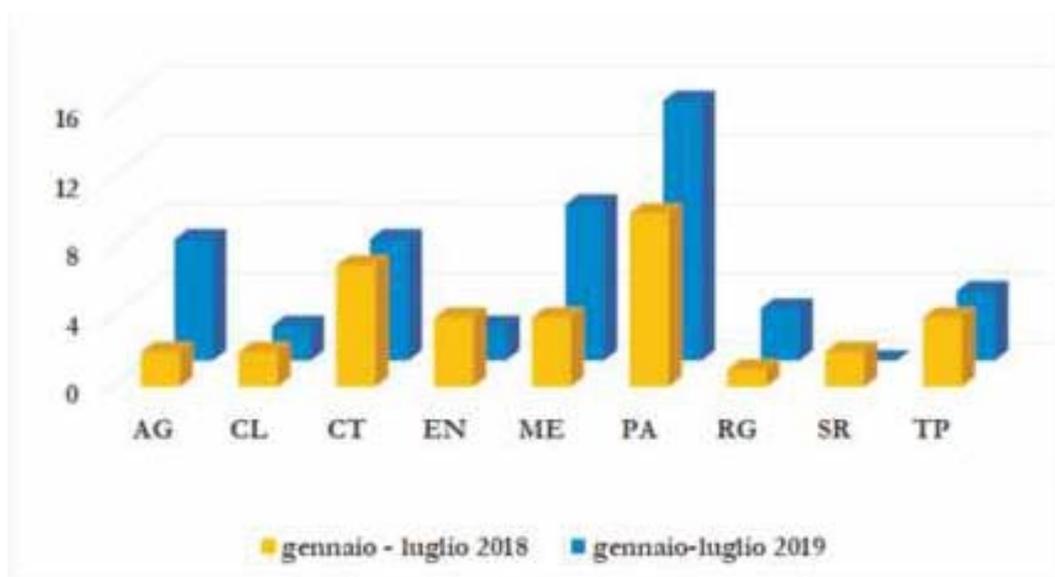


Fig. 3: DATI INFORTUNI CON ESITO MORTALE PER PROVINCIA



Questi dati dimostrano che la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro deve essere una priorità dell'agenda politica del nostro Paese e di tutte le Regioni ed i Piani della Prevenzione confermano la volontà e l'impegno delle Istituzioni centrali e regionali ad investire nella promozione e nella prevenzione quali elementi fondamentali che favoriscano lo sviluppo sostenibile delle imprese sviluppando, in particolare, azioni tese al contrasto all'illegalità e a forme irregolari e meno tutelate di lavoro, fenomeni che rischiano di espandersi anche in relazione all'attuale crisi economica.

Attraverso il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2019¹ della Regione Sicilia, mutuato dal Piano Nazionale di Prevenzione (PNP)², ci si è proposti l'obiettivo di "costruire cultura", di condividere la responsabilità del "bene salute e sicurezza" attraverso una pianificazione regionale attenta e oculata.

Gli obiettivi hanno riguardato il perfezionamento dei sistemi e degli strumenti di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro, il rafforzamento del coordinamento tra

¹ Assessorato della salute Regione Siciliana "Piano Regionale di Prevenzione"

² Ministero della salute "Piano Nazionale della Prevenzione"

Istituzioni e partenariato economico-sociale e tecnico-scientifico e il miglioramento dell'efficacia delle attività di controllo e della compliance da parte dei destinatari delle norme.

Il Macro obiettivo di riferimento del PRP 2014-2019 dal titolo “Prevenire gli infortuni e le malattie professionali” (macro obiettivo 7) individua la strategia cui affidare, a seguito delle esperienze realizzate negli anni precedenti in ordine alla programmazione coordinata nazionale e regionale, il conseguimento dell'obiettivo di riduzione degli infortuni, con priorità per quelli mortali ed invalidanti, e di prevenzione delle malattie correlate al lavoro, con priorità per le neoplasie e le patologie muscolo scheletriche, entrambi rientranti nei livelli essenziali di assistenza (LEA). La figura 4 illustra i Piani d'azione previsti dal macro obiettivo 7 del PRP.

Fig. 4: LE AZIONI DEL MACRO-OBIETTIVO 7 DEL PRP 2014-2019



Di seguito si riporta un quadro riepilogativo delle principali attività, che saranno approfondite nei paragrafi successivi:

- Implementazione del grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex articolo 5 D.lgs. 81/2008 (monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati);

- Incremento della collaborazione tra operatori sanitari al fine di favorire l'emersione e il riconoscimento delle malattie professionali, con particolare riferimento ai settori agricolo-forestale e delle costruzioni, al rischio cancerogeno, chimico e dell'apparato muscolo scheletrico;
- Coinvolgimento dell'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori attraverso la partecipazione dell'Ufficio Scolastico Regionale e degli Istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute;
- Promozione dei programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende;
- Promozione del coordinamento dell'attività di vigilanza e dell'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni, con particolare riguardo agli infortuni gravi e ortali del settore edile ed agricolo;
- Avvio della sorveglianza sanitaria degli ex-esposti ad amianto.

Un'ulteriore ed importante attività svolta ha riguardato la promozione di iniziative d'informazione, formazione e sensibilizzazione nei confronti dei soggetti della prevenzione. A tal proposito sono stati stipulati Protocolli d'intesa tra Assessorato della Salute e Ufficio Scolastico Regionale, nonché accordi di collaborazione tra le Aziende Sanitarie, gli Uffici scolastici provinciali, gli Istituti Scolastici, le amministrazioni comunali, altre istituzioni ed enti pubblici al fine di realizzare sul territorio regionale azioni di prevenzione coordinate ed efficaci per la collettività.

Importanza strategica e programmatica rivestono altresì i **Flussi Informativi per la prevenzione** che hanno fornito e forniscono elementi utili alle decisioni sulla programmazione degli interventi per la prevenzione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e consentono un costante monitoraggio finalizzato ad orientare gli interventi e le azioni di prevenzione e vigilanza sul territorio.

Le fonti informative utilizzate a questo scopo sono rappresentate essenzialmente da dati di sorveglianza sulla salute occupazionale (indicatori di mortalità, morbosità, invalidità lavorativa, malattie professionali e infortuni, altre patologie associate al lavoro, assenze per malattia, sintomi) e sull'esposizione a rischi professionali

(prevalenza e intensità di esposizione a fattori fisici, chimici, ergonomici, psicologici, psicosociali), oltre che da studi epidemiologici analitici.

Quasi a concludere il quadriennio si è svolto il convegno nazionale dal titolo **“Bilanci, criticità, sviluppi e prospettive a dieci anni dalla emanazione del D.lgs. 81/08”** tenutosi a Catania in data 06 dicembre 2018. L’evento è stato un’occasione di incontro fra tutti gli attori istituzionali e sociali della prevenzione, nazionali e locali, durante il quale si è tracciato un bilancio sul tema della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro a dieci anni dall’emanazione del D.lgs. 81/08, e si sono altresì presentati gli obiettivi centrali, le strategie e le azioni prioritarie del futuro Piano Nazionale della Prevenzione 2020 -2025.

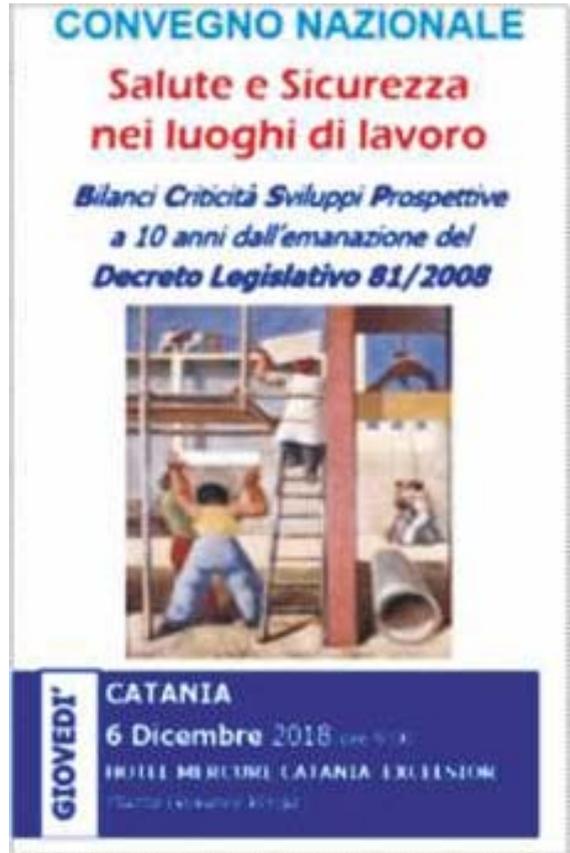


Fig. 5: Locandina Convegno

6.1 La Prevenzione In Edilizia

La prevenzione in edilizia da sempre costituisce una priorità per i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie provinciali.

Il comparto delle costruzioni costituisce, infatti, la prima attività economica nella quale si registrano il maggior numero di infortuni mortali nei luoghi di lavoro. In tale contesto opera il *Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia*, PNE, coordinato dalle Regioni Sicilia e Toscana, con un articolato programma di attività ed azioni.

Numerose sono state le attività realizzate attraverso azioni di vigilanza basate sul controllo del territorio che hanno consentito di intervenire anche con criteri di intelligence per la selezione dei cantieri notificati, con controlli a “vista” su tutte le situazioni a rischio grave, principalmente all’interno dei cantieri “sotto il minimo etico di sicurezza”.

Le attività sono state rivolte a garantire il rispetto delle norme e delle disposizioni in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, con iniziative di prevenzione, assistenza, controllo e vigilanza, con indagini di polizia giudiziaria, per infortuni sul lavoro, malattie professionali e conformità di macchine e impianti.

L’avvio del progetto di informatizzazione delle notifiche preliminari “**Notifiche On-line**”, già attivo nelle **ASP di Agrigento, Catania e Messina**, consente agli organi di vigilanza di disporre di uno strumento in grado di favorire la programmazione dei controlli e di classificare ed individuare i cantieri considerati più significativi per l’attività di vigilanza, garantendo una migliore ricaduta in termini di prevenzione.

Tale innovazione consente ai cittadini di adempiere ad un obbligo di legge espressamente previsto dal D.lgs. 81/08 in maniera semplice, dinamica ed a costo zero e allo stesso tempo, consente agli Organi di Vigilanza la programmazione dei controlli ispettivi nei cantieri.

Al fine di raccogliere e diffondere informazioni e materiali utili a risolvere correttamente i problemi di sicurezza e salute nei lavori edili è stato attivato il portale web nazionale afferente al Coordinamento Tecnico delle Regioni dedicato alla prevenzione dei cantieri **www.prevenzionecantieri.it**.

Il portale nasce in attuazione di quanto espressamente previsto dal PNE e la sua gestione è stata affidata all’ASP di Catania, per conto della Regione Siciliana.

Nell’ambito delle attività finalizzate a promuovere e favorire l’adozione da parte

Fig. 6: Home page sitowww.prevenzionecantieri.it



delle imprese di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale, nonché la promozione di soluzioni tecnologiche innovative e preventive, efficaci e condivise è stato istituito un **Concorso Nazionale** "Archivio delle Buone pratiche per la salute e sicurezza sul lavoro nei cantieri temporanei o mobili" a cura del Gruppo di Lavoro Edilizia, coordinato dalle Regioni Sicilia e Toscana, del Gruppo Tecnico Interregionale Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro, INAIL, Consiglio Nazionale Ingegneri e Rete delle Professioni Tecniche. Il concorso, al fine di migliorare la sicurezza nei cantieri edili temporanei o mobili, ha come obiettivo la valorizzazione delle buone pratiche tecniche, organizzative e procedurali che si distinguono per originalità, replicabilità, efficacia prevenzionale e fattibilità economica; tali buone pratiche saranno rese accessibili agli operatori del settore tramite la realizzazione di un "archivio" di immediata e semplice consultazione che ne favorisca l'attuazione e la condivisione per prevenire gli infortuni nei cantieri e garantire la sicurezza dei lavoratori. Il Gruppo di Lavoro ha altresì redatto una specifica "**Linea d'indirizzo per la vigilanza nei cantieri temporanei o mobili**", scaricabile dal sito www.prevenzionecantieri.it, indirizzata agli Operatori dei Servizi di Prevenzione delle

Aziende Sanitarie e degli Ispettori del Lavoro. La linea d'indirizzo costituisce uno strumento semplice e completo che prende in esame l'intera attività di vigilanza e controllo nei cantieri temporanei o mobili. Con la finalità di favorire azioni sinergiche con gli organismi paritetici che operano nell'ambito della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali in edilizia, il 30 settembre del 2016 è stato sottoscritto un apposito **Protocollo di Intesa** tra Gruppo Tecnico Interregionale Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro, CNCPT (Commissione Nazionale Paritetica per la prevenzione infortuni nei luoghi di lavoro) e Formedil (Ente Nazionale per la formazione e l'addestramento in edilizia), che prevede la promozione di un reciproco scambio di informazioni, la collaborazione per iniziative comuni e l'attivazione di analoghe intese ed iniziative da realizzare in ambito regionale/territoriale. Gli ambiti di attività riguardano attività di comunicazione, condivisione di *check list* per la gestione in sicurezza del cantiere, l'attivazione di percorsi formativi specialistici per i vari soggetti, pubblici e privati, operanti a vario titolo all'interno dei cantieri, la promozione e diffusione del Registro dell'Impresa Formativa, la realizzazione di attività di sensibilizzazione e formazione nei confronti di studenti degli Istituti Tecnici.

Sempre nell'ambito delle iniziative finalizzate alla prevenzione e considerato che circa il 30% degli infortuni mortali avviene per caduta dall'alto, è stato istituito il **“Centro Regionale per la Sicurezza dei Lavori in Quota” (CerSiQUO)**, rientrante tra gli obiettivi del progetto regionale di PSN “Sicurezza nei lavori sulle coperture”, approvato dal DASOE e sviluppato dall'**ASP di Catania**, che è stata individuata come soggetto attuatore.

Tra le attività più significative si vuol citare il decreto dell'Assessorato della Salute n.1754 del 5 settembre 2012 *“Norme sulle misure di prevenzione e protezione dai rischi di caduta dall'alto da predisporre negli edifici per l'esecuzione dei lavori di manutenzione sulle coperture in condizioni di sicurezza”*, che ha introdotto nell'ordinamento regionale una speciale disciplina sulla prevenzione delle cadute dall'alto nei lavori che riguardano gli interventi sulle coperture di edifici di nuova costruzione o sulla modifica delle stesse negli edifici esistenti. CerSiQUO ha l'obiettivo di essere centro di riferimento regionale per la sicurezza dei lavori in quota non solo per tutte le AA.SS.PP. del territorio regionale, ma anche per le altre amministrazioni pubbliche, nonché per tutte le figure professionali e tecniche

coinvolte nella gestione della sicurezza dei lavori in quota e in copertura (progettisti, installatori, utilizzatori, datori di lavoro, lavoratori, etc.).

Il sitoweb **ww.cersiquo.aspet.it**, in continuo aggiornamento, contiene diverse sezioni di navigazione che consentono agli utenti di essere sempre aggiornati sul tema della sicurezza nei lavori in quota.

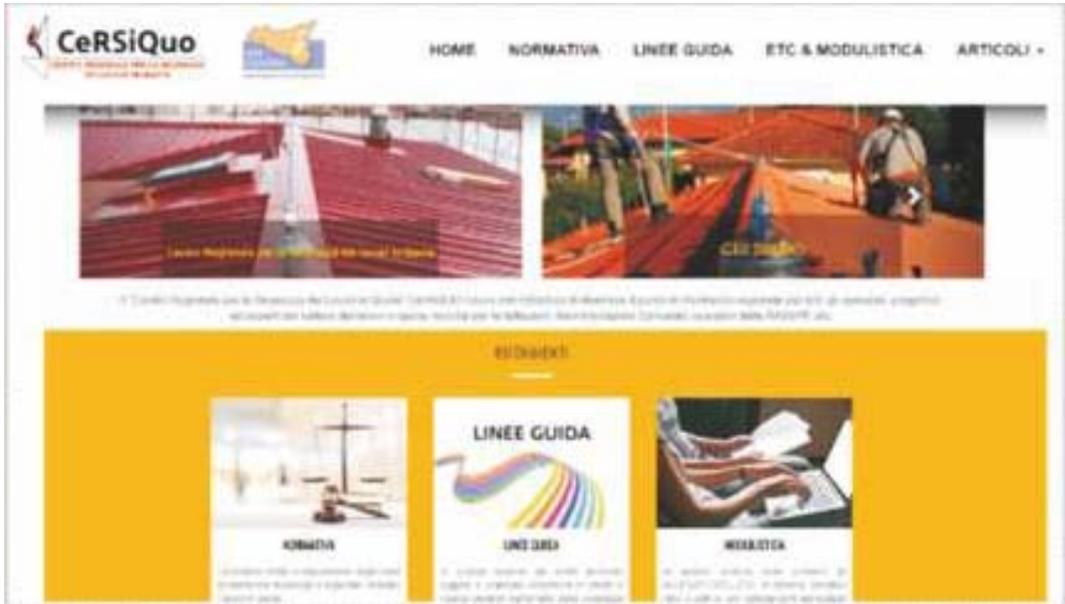


Fig. 7: Home page sitoww.cersiquo.aspet.it

Nel dicembre 2017 è stato pubblicato un documento che contiene una proposta di modelli regionali per l’elaborazione dell’Elaborato Tecnico delle coperture da presentare alle Amministrazioni comunali per le istanze di richiesta dei titoli abilitativi per i lavori che interessano gli interventi sulle coperture.

A dicembre 2018 è prodotta l’**infografica** di CerSiQUO dal titolo **“4 regole vitali nei lavori in quota”** (fig. 8).

Relativamente alle attività di assistenza, formazione e informazione di cui al punto 7.1.6. del PRP tutte le AASSPP hanno effettuato corsi di formazione rivolti alle figure della prevenzione del comparto edile (datori di lavoro, lavoratori, preposti, coordinatori, direttori dei lavori, RUP, etc.). In tale ambito l’**ASP di Trapani** ha inoltre effettuato un’attività di assistenza nei confronti dei coordinatori e tecnici con metodo *front-office* e somministrando un questionario e un **manuale** dal titolo **“Sicurezza in edilizia”** (fig. 9).



Fig. 8: Infografica CerSiQUO
“4 regole vitali nei lavori in quota”



Fig. 9: Manuale
“Sicurezza in edilizia”

6.2 La Prevenzione in agricoltura e selvicoltura

Il Piano Regionale di Prevenzione in Agricoltura ha l’obiettivo di perseguire il contrasto agli infortuni e delle malattie professionali nel settore agricolo. Il piano prevede la messa in campo di azioni di prevenzione e vigilanza nelle aziende agricole nel rispetto delle misure di tutela previste dal D.Lgs. 81/08 inerenti principalmente i rischi per la sicurezza derivanti dall’utilizzo di macchine ed attrezzature da lavoro e i rischi per la salute derivanti dall’esposizione a prodotti fitosanitari.

Il territorio regionale e provinciale, per quanto concerne il settore dell’agricoltura, è caratterizzato da un’accentuata disomogeneità nelle condizioni di lavoro, con un quadro di forza lavoro impiegata ancora caratterizzato in larghissima prevalenza da manodopera familiare, lavoratori autonomi, coltivatori e allevatori diretti, datori di lavoro con dipendenti prevalentemente stagionali e con largo utilizzo di manodopera straniera (si stima che i lavoratori stranieri costituiscono circa un quarto del totale della manodopera in agricoltura).

Il settore dell’agricoltura è caratterizzato da fasi di lavoro che comportano l’esposizione a numerosi rischi per la salute e per la sicurezza. Tra questi, come rilevato dai dati statistici INAIL, il rischio infortunistico legato all’utilizzo di macchine agricole ha sempre avuto un’incidenza primaria tra gli infortuni gravi e mortali: incidenti connessi al ribaltamento del trattore o per uso improprio

dell'albero cardanico rappresentano la principale causa di morte in tale settore. Tutte le Aziende sanitarie provinciali, in linea con le previsioni del Piano nazionale e regionale della prevenzione, hanno condotto nel quinquennio di riferimento le attività di controllo e vigilanza nei confronti delle aziende agricole del territorio regionale, anche attraverso azioni congiunte tra i Servizi di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro (SPRESAL) e i Servizi di igiene alimenti e nutrizione (SIAN) delle AA.SS.PP.

L'ASP di Trapani ha utilizzato le informazioni presenti sul portale del Sistema Informativo Agricolo Nazionale messo a disposizione dal Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali e dall'AGEA (Agenzia per le Erogazioni in Agricoltura). Ad Aprile 2014 ha organizzato un Convegno per medici competenti e tecnici della prevenzione dal titolo *“Rischi e patologie emergenti: protocolli operativi, risultati attesi e raggiunti in tre realtà territoriali nazionali”* e pubblicato l'indagine sanitaria *“Esposizione a fitosanitari ed alterazioni spirometriche: indagine preliminare in un gruppo di lavoratori del settore agricolo nel periodo febbraio luglio 2013”*. A supporto della formazione rivolta ai lavoratori ha prodotto un manuale sui nuovi adempimenti normativi dal titolo **“Sicurezza in Agri-cultura”**, che è stato tradotto anche in lingua araba, rumena, italiano e spagnolo. Nel dicembre 2018 ha organizzato un incontro informativo presso la Cantina Ermes di Gibellina. È stato altresì attivato lo **“Sportello informativo in agricoltura”** per l'assistenza e l'informazione sugli obblighi riguardanti la sicurezza e la salute nei



Fig. 10: Sicurezza in Agri-Cultura

L'ASP di Agrigento ha condotto le attività di controllo e vigilanza anche in collaborazione con il SIAN, come previsto dal PRP. Tale collaborazione ha registrato un leggero incremento nell'ultimo biennio 2017-2018 (da 7 a 11). In qualità di docente formatore il personale dello SPRESAL, in accordo con l'Ispettorato della Agricoltura, ha partecipato ai corsi di formazione sull'utilizzo dei fitosanitari, e in collaborazione con Confagricoltura ha organizzato corsi di formazione rivolti ai datori di lavoro, lavoratori e rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

L'ASP di Caltanissetta ha eseguito interventi di controllo su macchine agricole presso i punti vendita, organizzato corsi di formazione per le figure coinvolte in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (datori di lavoro, RSPP, lavoratori autonomi - coltivatori diretti e lavoratori dipendenti) ed organizzato attività di informazione rivolta a consulenti, utilizzatori ed addetti al commercio di prodotti fitosanitari.

Anche le **AASSPP di Messina ed Enna** hanno organizzato corsi di formazione ed aggiornamento per Datori di lavoro/RSPP e lavoratori nel settore agricolo-forestale.

6.3 La Sicurezza delle macchine e degli impianti

La regione Sicilia, tramite i Servizi di Impiantistica ed Antinfortunistica, SIA, svolge le attività di controllo sull'applicazione della legislazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro con riguardo a macchine ed impianti installati ed in uso nelle industrie, in aziende produttive e nei cantieri di lavoro.

Il D.lgs. 81/08, sebbene individua nel datore di lavoro il "responsabile" della gestione della sicurezza delle attrezzature di lavoro, coinvolge i Soggetti Istituzionali quali INAIL e le Aziende Sanitarie, nonché i Soggetti Abilitati quali "operatori essenziali" nella gestione della sicurezza delle attrezzature elencate nell'allegato VII del citato decreto (impianti elettrici, attrezzature di sollevamento, attrezzature in pressione, ascensori e montacarichi, etc.) in quanto attrezzature ritenute di particolare valenza e gravate da un grado elevato di rischio. La norma obbliga il datore di lavoro a sottoporre a verifiche periodiche tali attrezzature di lavoro con lo scopo di valutarne l'effettivo stato di conservazione, manutenzione ed efficienza

necessaria a garantirne nel tempo i requisiti essenziali di sicurezza.

I destinatari dell'attività di verifica sono in genere imprese, imprenditori, industrie, enti pubblici/privati ed in generale tutte le attività produttive presenti nel territorio di competenza di ciascuna ASP.

Le attività di verifica periodica o straordinaria, richieste su libera scelta dell'utente, sono rivolte alle AASSPP o in alternativa agli organismi di certificazioni /soggetti abilitati competenti per territorio. Si tratta di verifiche periodiche regolamentate dal D.lgs n. 81/08 e s.m.i, unitamente al DPR 462/01 per quanto riguarda gli impianti elettrici, al DM 11/04/2011 per quanto riguarda le attrezzature di sollevamento e attrezzature in pressione ed al DPR 162/99 per gli ascensori e montacarichi.

Oltre alle attività di verifica e controllo i SIA svolgono attività di informazione, formazione e promozione in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro attraverso le varie iniziative poste in essere dai Dipartimenti di Prevenzione come convegni, giornate di studio/approfondimento etc., fornendo indicazioni concernenti gli aspetti connessi all'uso in sicurezza di impianti (elettrici, ascensori, termici) e attrezzature di lavoro (recipienti in pressione e attrezzature destinate al sollevamento cose e persone).

Nell'ambito delle informazioni rivolte all'utenza ed alle aziende, sul sito *web* aziendale dei Dipartimenti di Prevenzione di ciascuna ASP è presente una apposita sezione informativa dedicata alle prestazioni erogate dal Servizio ed alle modalità di accesso alle stesse. In questa sezione, aggiornata periodicamente, è presente una apposita sezione con tutta la modulistica scaricabile da utilizzare per le varie richieste di verifica. Al fine di garantire una uniformità di applicazione delle norme da parte dei Soggetti Abilitati, che operano su territorio regionale, è stata attivata un'azione di controllo a campione sull'operato svolto da tali operatori attingendo alla data-base INAIL delle attività di verifiche periodiche effettuate ai sensi del D.M.11/04/11.

Infine presso la Regione Sicilia è stato istituito un Gruppo di Lavoro "Verifiche Macchine ed Impianti", costituito dai vari rappresentanti dei Servizi di Impiantistica delle Aziende sanitarie provinciali, per uniformare le modalità operative del personale amministrativo e tecnico dei vari servizi relativamente alle attività correlate alle verifiche periodiche di attrezzature di lavoro, macchine ed impianti mediante l'adozione di apposite linee guida, modulistica ed istruzione.

6.4 Una formazione efficiente ed efficace

L'Assessorato della Salute ha da sempre dimostrato una grande sensibilità nel promuovere sul territorio regionale una formazione efficiente ed efficace.

L'attività di formazione rappresenta sicuramente uno degli strumenti più efficaci per la prevenzione in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Elementi fondanti per la corretta gestione di tale attività, puntualmente normata sia legislativamente che metodologicamente, sono la chiarezza interpretativa e applicativa delle norme, la progettazione, realizzazione e valutazione delle iniziative formative adeguate al contesto di riferimento, la qualificazione dei formatori, la necessaria documentazione da produrre in sede di controllo da parte dell'organo di vigilanza.

La Regione Sicilia negli ultimi anni è intervenuta più volte su questo tema, emanando provvedimenti atti a garantire una formazione di qualità, efficiente ed efficace a tutti i "soggetti della prevenzione", in considerazione del ruolo strategico che la stessa riveste per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. In particolare in data 8 luglio 2019, con **Decreto dell'Assessore regionale per la salute n. 1432**, pubblicato nella GURS del 19 luglio 2019, n 34 - parte I, la Regione Siciliana ha recepito l'Accordo Stato Regioni n. 128 del 7 luglio 2016 sulla durata e contenuti minimi dei percorsi formativi per responsabili e addetti dei servizi di prevenzione e protezione. Il Decreto ha altresì l'obiettivo di disciplinare le modalità di svolgimento dei corsi di formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro in tutto il territorio regionale, rendendo più armonica e semplice per tutti gli attori della sicurezza, a partire dagli stessi lavoratori, la conformità alla normativa in materia di formazione, semplificando le procedure per l'inserimento nell'Elenco regionale dei soggetti formatori, e fornendo indicazioni operative agli organi di vigilanza per lo svolgimento delle attività di verifica e controllo sugli adempimenti formativi stabiliti dalle normative vigenti.

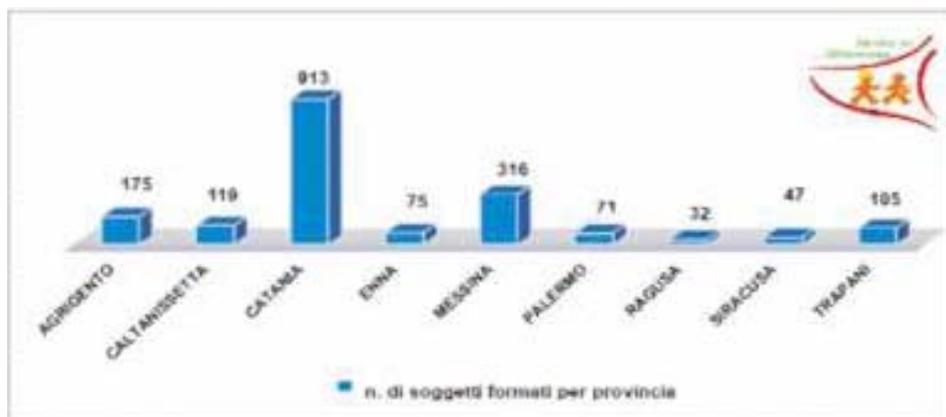
Con il progetto regionale "**Sicilia In... Sicurezza**", approvato dal Comitato Regionale di coordinamento, il DASOE nel biennio 2014-2016, ha permesso la formazione di oltre 12.000 soggetti. Suddiviso in tre macro-obiettivi, il progetto ha interessato il settore edile agricolo e scolastico per un totale di quasi 14000 soggetti formati.

Fig. 11: Progetto regionale “Sicilia In... Sicurezza”



Più precisamente circa 6000 soggetti formati nel settore scolastico fra docenti, dirigenti e studenti delle nove province siciliane (fra essi oltre 2000 studenti). In tal senso il progetto è stato antesignano del Piano nazionale e regionale della prevenzione che ha inserito, per la prima volta, l’obiettivo del coinvolgimento dell’istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori. Negli altri due settori sono stati formati 1815 soggetti strategici del settore costruzioni (Progettisti, Coordinatori, Rup, Tecnici Comunali, *etc.*); 2865 nel settore edile (datori di lavoro, lavoratori, preposti, addetti ai lavori in quota, *etc.*) e

Fig. 12: Dati della formazione rivolta ai soggetti strategici del settore delle costruzioni



3102 nel settore agricolo (datori di lavoro, lavoratori, preposti, etc.).

Le figure seguenti illustrano i dati di tutte le AASSPP.

Per quanto riguarda la vigilanza nel settore della formazione, nella fattispecie il contrasto ai cosiddetti “falsi attestati”, lo SPRESAL dell’ASP di Messina ha analizzato nel corso delle attività ispettive la correttezza formale e sostanziale dei percorsi formativi, irrogando la prescrizione al datore di lavoro e contestualmente la disposizione al soggetto formatore di non effettuare corsi di formazione non conformi alla normativa nazionale e regionale di riferimento, di comunicare ai corsisti la non validità dei corsi e di darne riscontro al Servizio.

Fig. 13: Dati della formazione rivolta ai soggetti del settore edile

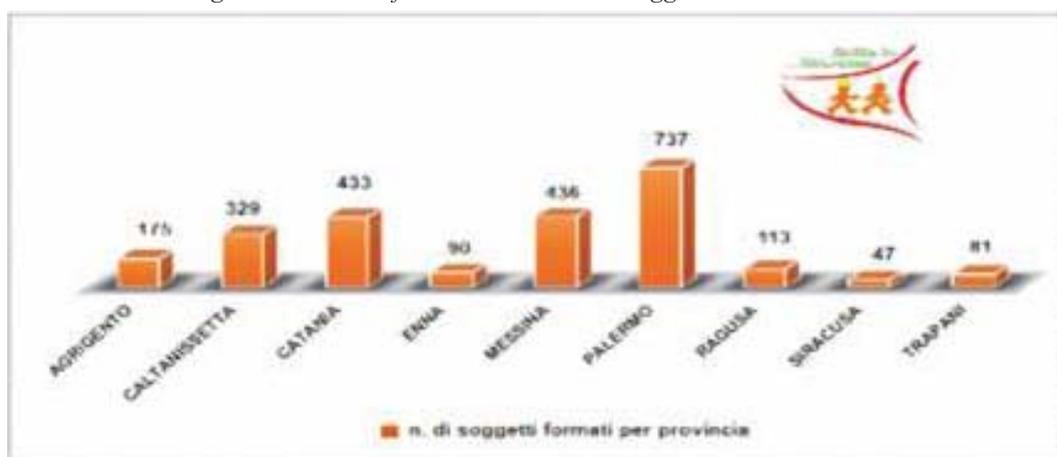


Fig. 14: Formazione rivolta ai soggetti del settore agricolo



La mancata ottemperanza alle disposizioni viene comunicata alla Procura della Repubblica insieme alla notizia di reato per falso e truffa.

Durante l'attività di vigilanza, diciotto soggetti formatori hanno presentato alcune irregolarità.

Nel contempo, per promuovere attivamente una formazione corretta, tutte le Aziende Sanitarie hanno provveduto ad organizzare corsi di formazione su tutto il territorio provinciale in tema con le linee progettuali del PRP utilizzando come docenti quasi tutto il personale interno.

Oltre il progetto "Sicilia in.. Sicurezza" le AASSPP hanno organizzato altri corsi di formazione, ed in particolare:

Nel periodo 2016-2018 l'**ASP Messina** ha realizzato:

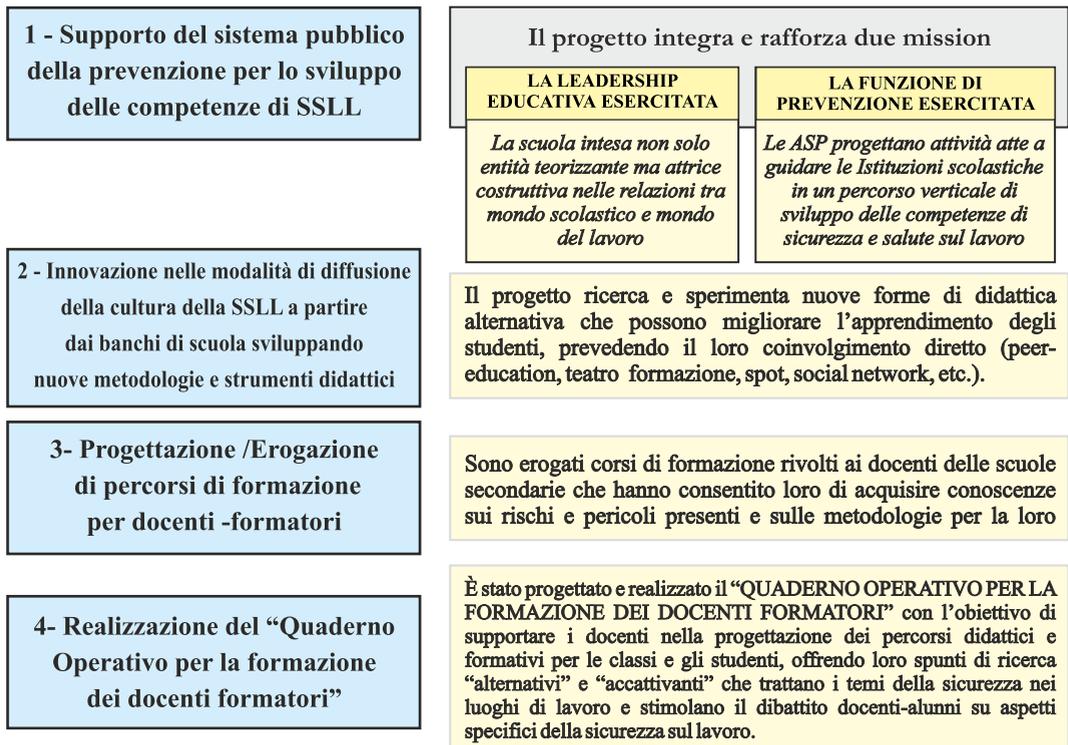
- Nell'ambito del programma regionale per la prevenzione degli infortuni e le malattie professionali in agricoltura e selvicoltura n. 21 corsi di formazione in prevalenza per datore di lavoro con compiti di RSPP e per preposto (numero di persone formate 323);
- Nell'ambito del programma regionale di prevenzione sui cancerogeni occupazionali e i tumori professionali n. 27 corsi di formazione in prevalenza per datore di lavoro con compiti di RSPP e per lavoratori (numero di persone formate 622). Nel 2017 è stato organizzato un evento formativo per medici competenti e tecnici della prevenzione sulle problematiche connesse all'utilizzo delle sostanze cancerogene (numero di persone formate 50);
- Nell'ambito del programma regionale di prevenzione degli infortuni derivanti dall'utilizzo di macchine e impianti sono stati organizzati 2 eventi formativi, sempre diretti ai medici competenti, ai tecnici della prevenzione ed alte figure tecniche operanti nell'ambito della sicurezza sul lavoro che affrontava la problematica sia dal punto di vista tecnico (requisite macchine, verifiche periodiche) come anche gli aspetti connessi agli obblighi formativi ed il punto di vista dell'organo di vigilanza (numero di persone formate 100).

L'**Asp di Trapani** ha effettuato attività di assistenza nei confronti dei coordinatori e tecnici con metodo *front-office*, somministrando un questionario ed il manuale "sicurezza in edilizia" (v. Fig. 10).

6.5 Promozione della salute e sviluppo competenze in materia di sicurezza e salute sul lavoro nel contesto scolastico

La cultura della sicurezza e della salute negli ambienti di vita e lavoro può essere appresa già fra i banchi di scuola se vogliamo che diventi prassi efficace della società che verrà e dei lavoratori di domani. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014 - 2019, nonché il Piano Regionale della Prevenzione della Regione Siciliana prevedono infatti tra gli obiettivi centrali la **“Promozione della salute e sviluppo competenze in materia SSL nel contesto scolastico”**. Gli studenti devono acquisire oggi conoscenze e competenze specifiche in materia di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, che potranno utilizzare quando saranno inseriti nel mondo del lavoro. In tale contesto rientra il progetto sviluppato dal Dipartimento di Prevenzione dell’**ASP di Catania**, tramite l’Area Tutela della Salute e Sicurezza nei luoghi di Lavoro dal titolo *“Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro: il contesto scolastico e l’alternanza scuola lavoro”*.

Il progetto è indirizzato ai docenti e agli studenti delle scuole secondarie ed individua



Il Quaderno è una proposta interessante in termini di contenuti didattici interattivi e rappresenta una innovazione nelle modalità di diffusione della cultura della sicurezza in quanto oltre ai contenuti tecnici contiene aspetti innovativi di comunicazione e formazione. Il Quaderno, realizzato in formato digitale, contiene collegamenti ipertestuali che facilitano la navigazione in maniera agevole e veloce e permettono di scegliere diverse soluzioni. Il *docente-lettore* deve intendere il Quaderno come un percorso formativo guidato, all'interno del quale può trovare *Materiali didattici e Materiali operativi* e contiene collegamenti ipertestuali che facilitano la navigazione in maniera agevole e veloce e permettono di scegliere le diverse soluzioni proposte. Specifiche icone grafiche indicano altresì le modalità di utilizzo dei materiali presenti: *leggi, guarda, ascolta, scrivi*.

L'invito ai docenti-formatori è quello di ricercare spunti analoghi in tutti gli insegnamenti (fisica, biologia, storia, *etc.*) al fine di sollevare domande e stimolare il dibattito in classe: in tal modo, i docenti-formatori, ciascuno attraverso la propria disciplina di insegnamento, contribuiscono allo sviluppo delle competenze in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro degli studenti.

Il Quaderno è stato presentato al Concorso Nazionale Inform@zione 2018, indetto dall'Inail e dall'Assessorato per la Salute della Regione Emilia-Romagna, e si è aggiudicato il **Premio Assoluto** con la motivazione *rilevanza e originalità del tema, qualità tecnica, efficacia della comunicazione e dell'azione formativa, validità del progetto, con particolare riferimento alla fase di valutazione dell'efficacia*.

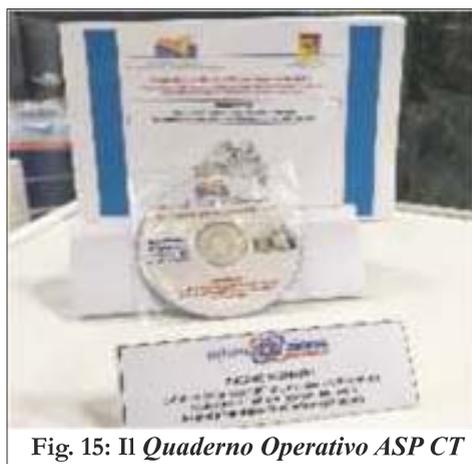


Fig. 15: Il *Quaderno Operativo ASP CT*

Il Quaderno Operativo, pubblicato sulla home page del sito www.aspct.it.

Nell'ambito del progetto "Promozione della salute e sviluppo competenze in materia SSL nel contesto scolastico" e a sostegno della formazione rivolta agli studenti degli ultimi anni degli istituti superiori coinvolti nell'alternanza scuola-lavoro l'**ASP di Messina**, nel periodo 2016-2018, ha realizzato 63 corsi di formazione (formazione generale, formazione specifica e corsi completi) coinvolgendo 1587 studenti e

modulando l'offerta in base alle esigenze delle scuole.

L'ASP di Agrigento, nel periodo 2017-2018, ha sottoscritto e realizzato accordi di programma con vari Istituti delle scuole secondarie e realizzato 14 corsi di formazione coinvolgendo 520 studenti.

Nello stesso periodo, 2017-2018, l'ASP di Catania ha sottoscritto e realizzato accordi di programma con vari Istituti delle scuole secondarie di secondo grado, organizzati in reti di scuole, e realizzato una serie di attività di informazione e formazione rivolti dirigenti scolastici, insegnanti e alunni per un totale di 430 discenti e 61 istituti secondari coinvolti.

L'ASP di Trapani ha organizzato e realizzato corsi di informazione e formazione rivolti a studenti, docenti e personale ATA degli istituti scolastici coinvolti, per un totale di 6 incontri, ed ha altresì realizzato diversi strumenti di comunicazione come il *Vademecum del perfetto lavoratore* e un cruciverba dal titolo **Cruci-Sicurezza** dedicati alla tematica della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

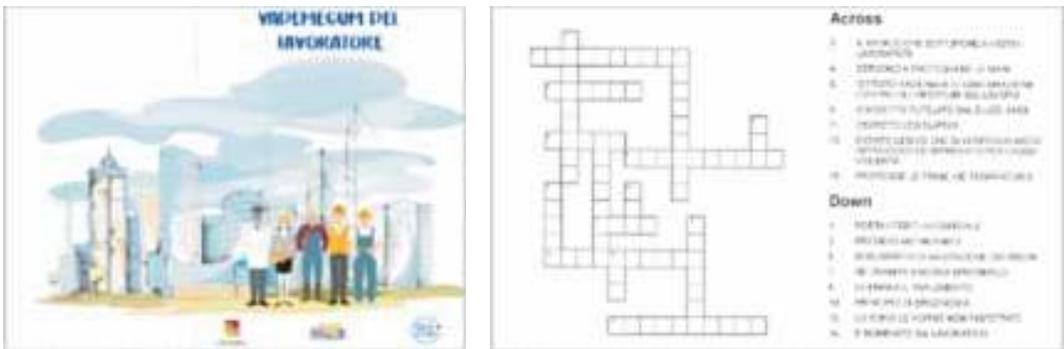


Fig. 16: Vademecum del perfetto lavoratore e Cruci-Sicurezza

6.6 Agenti cancerogeni e sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex-esposti

Il protocollo di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto è finalizzato a garantire l'assistenza sanitaria ad una categoria di cittadini che, impropriamente esposta a cancerogeni occupazionali, richiede un'adeguata attenzione da parte del SSN. L'azione prospettata deve poter permettere anche il giusto riconoscimento medico legale ed indennizzo a cittadini la cui patologia professionale, con buona certezza, resterebbe occulta.

Gli obiettivi della sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex-esposti ad amianto possono essere così riassunti:

- **Etico-sociali:** l'ex-esposto deve essere consapevole del rischio di accadimento di patologie asbesto correlate ed alla possibilità di ridurre il rischio di contrarre quelle stesse patologie riducendo altri fattori di rischio concomitanti (fumo);
- **Medico-assicurativi e medico-legali:** consistenti nella certificazione di malattia professionale, nella denuncia/segnalazione ai sensi dell'art. 139 del D.P.R. 1124/65 e referto all'Autorità Giudiziaria ai sensi dell'art. 365 c.p. e 334 del c.p.p.;
- **Epidemiologici:** le informazioni raccolte possono produrre una migliore conoscenza dell'estensione e del livello di esposizione ad amianto nel mondo del lavoro;
- **Sanitari:** allo stato attuale delle conoscenze la sorveglianza sanitaria degli ex-esposti ad amianto non può essere utilizzata ai fini di prevenzione primaria (in quanto trattasi di soggetti già esposti e per i quali non è possibile modificare la storia di esposizione ad amianto), né ai fini di una vera e propria prevenzione secondaria perché spesso non si è in grado di modificare la storia naturale delle singole malattie asbesto-correlate. Per le patologie non neoplastiche correlate all'amianto è possibile effettuare una diagnosi precoce, e in particolare per l'asbestosi è possibile l'adozione di provvedimenti di prevenzione terziaria utili a limitare un aggravamento della funzionalità respiratoria dovuto ad altre cause sia professionali che extra-professionali (es. fumo di tabacco). La diagnosi precoce delle patologie neoplastiche ha attualmente una valenza principalmente di ricerca per il mesotelioma, mentre per il tumore del polmone un numero crescente di organizzazioni ha fatto propria la raccomandazione di sottoporre a *screening* con TAC a bassa dose fumatori o ex fumatori da meno di 15 anni, o fumatori di almeno 20 pacchetti anno con presenza di un ulteriore fattore di rischio come l'esposizione ad amianto. Infatti, la Conferenza Internazionale di Helsinki del 10-13 febbraio 2014, dichiara che "Nuova evidenza scientifica convalida il giudizio che emergano benefici per la salute se si sottopongono a *screening* soggetti che sono ad alto rischio di tumore del polmone in relazione al fumo (trial condotto negli USA che ha evidenziato nei fumatori correnti ed ex fumatori una riduzione di mortalità per tumore del polmone e di mortalità complessiva grazie a *screening* effettuato con TAC a

bassa dose). Gli stessi programmi di screening pertanto vanno raccomandati per i lavoratori ex-esposti ad amianto:

- a) 50-70 anni con esposizione ad amianto ed una storia di fumo analoga a quella sopra descritta;
- b) 50-70 anni con esposizione ad amianto, con o senza una storia di fumo, che sono ad alto rischio di tumore del polmone.

La costruzione degli archivi degli ex-esposti prevede: iscrizione su richiesta, registri degli esposti (ove presenti), archivi INAIL dei soggetti che hanno visti riconosciuti i benefici previdenziali ai sensi del D.lgs. 257/92, registro casi mesoteliomi per individuare i colleghi di lavoro, banche date delle associazioni ex-esposti, elenchi INPS.

Al momento i Servizi stanno attingendo agli Archivi INAIL dei soggetti che hanno visti riconosciuti i benefici previdenziali ai sensi del D.lgs. 257/92 che come abbiamo visto, specie in alcune provincie, risulta essere particolarmente corposo.

Ma naturalmente, nel contempo, vengono prese in considerazione tutte le iscrizioni su richiesta che pervengono dai singoli lavoratori. Si è quindi provveduto ad invitare i soggetti ed a sottoporli a sorveglianza sanitaria secondo il protocollo previsto dal CCM *“Sperimentazione e validazione di un protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex-esposti ad amianto, ai sensi dell’art. 259, D.lgs. 81/08”*.

Tale protocollo è stato formalmente recepito dalla Regione Siciliana e l’Assessorato regionale della salute ha provveduto ad organizzare, presso il CEFPAS, eventi formativi diretti agli operatori SPRESAL al fine di uniformare l’attività di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex-esposti ad amianto in tutta la Regione. Il protocollo di sorveglianza sanitaria prevede i seguenti step:

- **Anamnesi** fisiologica, familiare, patologica prossima e remota, per raccogliere informazioni su altri possibili fattori di rischio, occupazionali e non, e valutare lo stato di salute dell’ex-esposto;
- **Visita medica** (con un medico del lavoro) ed esame clinico con particolare riguardo all’apparato respiratorio e addominale. La visita medica è in grado di modulare gli eventuali step diagnostici successivi;
- **Spirometria** di base per il rilievo di alterazioni delle curve volume-tempo e flusso-volume in relazione ai principali quadri patologici amianto-correlati;

- **Counselling** per la riduzione dei rischi da esposizioni occupazionali e voluttuarie (fumo) fornendo strumenti per motivare il soggetto e sostenerlo nel cambiamento di stili di vita qualora necessario e richiesto. Il counseling consente inoltre di fornire informazioni sulle patologie legate alla esposizione ad asbesto e sull'opportunità di sospendere l'esposizione a polveri, dare indicazioni sulle pratiche medico-legali, informare il soggetto sulla necessità di tornare, in caso di comparsa di sintomi respiratori, comunicando la pregressa esposizione, per reinquadrare la situazione e procedere agli eventuali accertamenti del caso, consigliare eventuali vaccinazioni per patologie polmonarie, sensibilizzare il soggetto su altre concorrenti patologie respiratorie, inviare il soggetto, su sua richiesta, ad un corso di disassuefazione dal fumo;
- **Vaccinazione** contro l'influenza e lo pneumococco per i soggetti che risultano affetti da asbestosi per ridurre il rischio di mortalità da polmonite in soggetti con già alterazioni patologiche a livello polmonare;
- **Accertamento radiologico** (Rx torace) in base a quanto emerge dalla stima dell'esposizione, al tempo trascorso dall'ultima esposizione, alla presenza o meno di accertamenti radiologici del torace negli ultimi 3 anni;
- **La TAC del torace** è in grado di identificare meglio le patologie interstiziali in caso di Rxtorace dubbio (cioè quando lettori esperti non sono d'accordo sulla presenza o meno di alterazioni Rx Torace, i riscontri Rx torace non sono chiari o sono presenti alterazioni pleuriche estese che possono rendere difficile l'individuazione di alterazioni parenchimali);
- **Le modalità del follow-up**, nonché il tipo e la frequenza degli esami strumentali da effettuare, variano in base alla durata dell'esposizione e al tempo trascorso dalla sua eventuale cessazione.

Alla data del 31 marzo 2019 i lavoratori censiti in Sicilia sono stati 5323. Di questi sono stati invitati ad aderire al programma di sorveglianza sanitaria 4014 (75%) e di questi il 40% ha aderito. In provincia di Messina nel corso del periodo in esame hanno aderito 407 lavoratori: sono stati registrati 6 casi di asbestosi, 3 di mesotelioma e 78 soggetti che presentavano placche e/o ispessimenti pleurici.

6.7 Dati inerenti le attività di vigilanza nei luoghi di lavoro

Di seguito si riportano i dati delle attività di prevenzione erogate dai Servizi di Prevenzione e Sicurezza (SPRESAL e SIA) dei dipartimenti di prevenzione delle AA.SS.PP. della Regione Siciliana riferiti all'anno 2018.

La tabella 1 riporta le informazioni dettagliate in relazione al comparto Edilizia e Agricoltura, mentre i dati degli altri comparti sono sommati nella colonna "altri comparti".

Tabella 1: Dati attività di prevenzione Anno 2018

ATTIVITA'	EDILIZIA	AGRICOLTURA	ALTRI COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
N° cantieri notificati ai sensi dell'art. 99 del D.lgs. 81/2008 relativi ad opere realizzate nel territorio di competenza di ogni singola ASP.	7959			7959
N° complessivo di cantieri ispezionati a cui ha avuto accesso il Servizio, indipendentemente dall'esito (verbale o meno) e dal motivo della visita (iniziativa, inchiesta infortunio, bonifica amianto etc.).	1618			1618
N° aziende con dipendenti e lavoratori autonomi oggetto di ispezione nel corso dell'anno.	1662	638	1057	3357
N° sopralluoghi complessivamente effettuati (prima visita, rivisita, sopralluogo per dissequestro, inchiesta infortunio, inchiesta malattia professionale, etc.)	2347	901	1739	4987
N° totale verbali contenenti prescrizioni, disposizioni, sanzioni, sequestri, sospensioni.	525	196	474	1195

Il personale dei servizi SPRESAL delle AASSPP, cui è riconosciuta la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria, in occasione di eventi infortunistici e di denuncia di malattie professionali, avvia inchieste al fine di accertare cause e responsabilità all'origine dell'evento, secondo quanto previsto dal codice di procedura penale, e per richiedere misure di tutela del lavoratore, nell'ottica della funzione preventiva dell'intervento ispettivo.

La tabella 2 riporta i dati delle inchieste infortuni riferiti all'anno di osservazione.

Tabella 2: Dati inchieste infortuni Anno 2018

INCHIESTE INFORTUNI	TUTTI I COMPARTI	NOTE
N° inchieste infortuni concluse	467	Si riferisce a tutte le inchieste per infortunio eseguite sia di iniziativa che su delega della magistratura sia in edilizia che negli altri comparti.
N° inchieste infortuni concluse con riscontro di violazione correlata all'evento	124	Si riferisce alle inchieste infortuni che si concludono con l'individuazione di violazioni.

Le attività descritte nella tabella 3 sono afferenti alle attività svolte dal medico del lavoro.

Tabella 3: Dati attività sanitaria Anno 2018

ATTIVITA' SANITARIA	TUTTI I COMPARTI
N° visite effettuate dal Servizio PSAL per apprendisti e minori ove effettuate	4
N° di altre visite effettuate dal Servizio PSAL di propria iniziativa o su richiesta	650
N° aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie	1488
N° ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente (art. 41 comma 9 D.lgs. 81/2008)	353

La tabella 4 indica i dati di informazione e formazione rivolti principalmente a lavoratori ed alle figure aziendali per la prevenzione delle aziende interessate.

Tabella 4: Dati attività di assistenza e formazione Anno 2018

ATTIVITA' DI ASSISTENZA	TUTTI I COMPARTI
N° interventi di informazione/ comunicazione per gruppi di lavoratori esposti a specifici rischi	142
Sono stati attivati sportelli informativi dedicati? (SI/NO)	SI
N° iniziative di confronto (Incontri, seminari, ecc.) con le figure aziendali per la prevenzione (RSPP, Medici Competenti, Coordinatori per la sicurezza, ecc.)	21
ATTIVITA' DI FORMAZIONE	TUTTI I COMPARTI
N° ore di formazione	1636
N° persone formate	5674

La tabella 5 indica i dati delle verifiche periodiche di impianti ed apparecchiature effettuate dai servizi impiantistica.

Tabella 5: Dati verifiche periodiche Anno 2018

VERIFICHE PERIODICHE	TUTTI I COMPARTI
N° Aziende	2299
N° cantieri con verifiche periodiche su impianti di sollevamento	810
N° verbali	9743

6.8 Lo *Stress* Lavoro Correlato

(A cura di Paolo Conte)

Lo *Stress* Lavoro Correlato (S.L.C.) risulta al secondo posto in Europa tra i problemi di salute collegati al lavoro, dopo i disturbi muscolo-scheletrici, con evidenti ripercussioni anche sul livello di produttività. Tutto ciò ha portato alla sottoscrizione in sede europea di un accordo tra le parti sociali per contrastare il fenomeno.

L'accordo è stato recepito in Italia nel 2008 ed è espressamente richiamato dal D.lgs. 81/2008 in relazione all'obbligo del datore di lavoro di valutare tutti i rischi per la salute e sicurezza sul lavoro compresi quelli connessi allo *Stress* Lavoro Correlato. A tale scopo la Commissione Consultiva Permanente per la Salute e Sicurezza del Lavoro ha elaborato - Lettera Circolare del Ministero del Lavoro del 18 novembre 2010 - le indicazioni procedurali minime utili a condurre la valutazione di tale rischio.

Alla luce della sopracitata lettera circolare, nel gennaio 2012 il Coordinamento Interregionale ha approvato il documento “***Stress* Lavoro Correlato. Indicazioni per la corretta gestione del rischio e per l'attività di vigilanza**” in quanto ha ravvisato la necessità di formulare indirizzi interpretativi al fine di avere comportamenti univoci in fase di vigilanza.

D'altra parte, le attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro delle Aziende Sanitarie Provinciali sulla tematica dello *Stress* Lavoro Correlato sono molteplici ed in parte del tutto nuove: vigilanza e controllo, promozione e assistenza. Ciò pone inevitabilmente l'esigenza di adeguate competenze e conoscenze. Per questo motivo, è stato messo a punto un progetto di formazione per gli operatori dei Servizi, nell'ambito del quale sono stati definiti il programma formativo, gli strumenti didattici e le modalità organizzative.

Per il biennio 2015-2016 l'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro ha lanciato la campagna “**Insieme per la prevenzione e la gestione dello *Stress* Lavoro Correlato**” al fine di sensibilizzare circa il crescente problema dello *Stress* Lavoro Correlato e rischi psicosociali, fornire e promuovere l'uso di semplici strumenti pratici e linee guida per la gestione dei rischi sul posto di lavoro ed evidenziare gli effetti positivi della gestione dei rischi psicosociali e dello *stress* sul posto di lavoro.

In tale ambito il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2019 ha messo a punto azioni verificabili atte ad aumentare i livelli di sicurezza nei luoghi di lavoro in tema di S.L.C. e a rafforzare le competenze delle figure della prevenzione afferenti al Sistema Sanitario Nazionale, con particolare riferimento agli Organi di Vigilanza.

L'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, ed in particolare il Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico, ha ritenuto necessario indicare il percorso metodologico che consente di identificare correttamente i fattori di rischio *stress* lavoro correlato in modo tale che, se necessario, venga attuata la pianificazione e la realizzazione di misure correttive per la riduzione/eliminazione dei fattori di rischio.

A tale scopo il “Gruppo di Coordinamento Regionale per lo *Stress* Lavoro Correlato e Benessere Organizzativo” ha prodotto le “*Linee guida del sistema di valutazione e gestione e dello Stress Lavoro Correlato nelle strutture sanitarie della Regione Siciliana*” per uniformare il percorso metodologico sul territorio regionale, che ad oggi sono le uniche prodotte a livello nazionale.

Il percorso è proseguito con la verifica dell'efficacia dell'applicazione dell'obbligo di valutazione S.L.C. a livello regionale attraverso il **monitoraggio** delle attività di vigilanza.

Altri obiettivi raggiunti dal DASOE sono stati: la **formazione** attraverso corsi dedicati agli operatori delle AASSPP coinvolgendo nella docenza figure di alto livello accademico e professionale, tra le quali il Sostituto Procuratore di Torino *pro tempore* - Dott. Raffaele Guariniello - uno dei più alti esperti in campo nazionale ed europeo nell'ambito della sicurezza sul lavoro; e l'**informazione** con l'organizzazione di 18 seminari, nelle strutture sanitarie della Regione Siciliana, aventi come tema “Valutazione e gestione del rischio correlato allo *stress* da lavoro: promozione delle Linee Guida della Regione Siciliana” e la diffusione di materiale informativo/divulgativo.

Bibliografia

1. Ministero della salute: *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*
2. Assessorato della salute Regione Sicilia: *Piano regionale della prevenzione 2014-2018*
3. INAIL: *Relazione annuale 2018*
4. Agenzia Europea per la sicurezza e la salute e sicurezza sul lavoro - EU-OSHA: *Relazione annuale 2018*
5. L. Montuschi “Diritto alla salute e organizzazione del lavoro” - Milano 1986
6. C. Smuraglia “Quadro normativo ed esperienze attuative in tema di sicurezza e igiene del lavoro: nuove prospettive di coordinamento e di interventi urgenti”, in Riv. giur. lav., 2007.
7. M. Tiraboschi “Il testo unico sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro” Milano 2008, Ed. Giuffrè
8. A. Leonardi “Il responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale” ASP Catania 2008
9. A. Leonardi “La sicurezza nei cantieri. Guida pratica all’applicazione del Titolo IV del D.lgs. 81/08 nei lavori pubblici e nei Lavori privati” - Assessorato della salute, Ordine ingegneri Catania e ASP Catania II - Edizione 2011
10. E. Paino “Sperimentazione e validazione di un protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto, ai sensi dell’art. 259 D.lgs. 81/08” Progetto CCM 2014 - Regione Veneto
11. P. Conte “Piano di monitoraggio e di intervento per l’ottimizzazione della valutazione e gestione dello Stress Lavoro Correlato” Progetto CCM 2013 - INAIL
12. E. Paino “L’approfondimento dei fattori di rischio lavorativi e l’individuazione delle soluzioni per le aziende attraverso le attività di vigilanza e assistenza da parte delle Istituzioni” Progetto CCM 2016 - INAIL
13. www.salute.gov.it
14. www.pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute
15. www.inail.it
16. www.osha.europa.eu/it
17. www.olympus.uniurb.it

7. Salute e ambiente, un binomio imprescindibile

(A cura di S. Scondotto, A. Marras)

7.1 Il programma straordinario di interventi sanitari e il potenziamento della sorveglianza epidemiologica

La valutazione dello stato di salute delle popolazioni residenti nei Siti di Interesse Nazionale per le bonifiche (SIN) è stata oggetto di numerosi studi nazionali e/o internazionali che hanno generato una mole ormai consistente di evidenze in materia (1). Nel passato, è stato privilegiato, prevalentemente, un approccio meramente conoscitivo in cui era necessario delineare attraverso studi di epidemiologia in gran parte di tipo descrittiva il profilo di salute delle popolazioni residenti nei SIN e l'impatto dei problemi di salute più rilevanti.

Nel tempo le aziende sanitarie locali, si sono trovate a dovere corrispondere alle legittime esigenze di tutela della salute pubblica rappresentate dai cittadini dato il ritardo in molte aree degli interventi di bonifica o di riduzione della esposizione.

I dati relativi al profilo di salute delle popolazioni residenti nelle aree contaminate, oggi una crescente richiesta da parte delle comunità locali di interventi di sanità pubblica mirati al contrasto dei problemi di salute descritti da numerose indagini.

Sono divenute pertanto sempre più pressanti le esigenze di privilegiare un approccio pragmatico di sostegno agli interventi di sanità pubblica per gli studi epidemiologici.

Gli interventi per il controllo dei problemi di salute rilevanti emersi a seguito delle suddette indagini necessariamente investono diversi livelli istituzionali, esulando spesso dalle sole attribuzioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Tali interventi dovrebbero articolarsi su due principali direttrici: da un lato il controllo e riduzione dell'esposizione della popolazione generale o di gruppi più vulnerabili di essa (ad esempio bonifiche e interventi di contenimento delle emissioni da parte delle fonti inquinanti), dall'altro alcuni interventi sanitari, quali la sorveglianza epidemiologica e la prevenzione primaria e secondaria, riferiti agli esiti di salute maggiormente critici, da definirsi sulla base delle caratteristiche della relazione ambiente-salute tipica dei luoghi.

Ferma restando l'attribuzione della titolarità delle azioni che afferiscono alle autorità

ambientali in materia di riduzione delle esposizioni, le istituzioni sanitarie, alla luce delle evidenze epidemiologiche e avvalendosi gli strumenti della valutazione integrata di impatto ambiente e salute, possono suggerire interventi di prevenzione primaria e contestualmente promuovere programmi di sanità pubblica per mitigarne le conseguenze in comunità, o la presa in carico delle stesse dal parte del sistema sanitario.

7.1.1 Il Piano organico di interventi sanitari nelle aree a rischio ambientale

La Regione ha avviato un “Piano organico di interventi sanitari nelle aree a rischio ambientale” (11) che si ispira ad interventi settoriali di comprovata efficacia, che richiamano, nei metodi, programmi già attivi a livello nazionale e regionale. Successivamente è stato avviato un ulteriore intervento nel SIN di Biancavilla finalizzato al controllo dei problemi di salute pubblica derivanti dalla esposizione a fibre di fluoroedenite (12). Gli interventi previsti dal Programma vanno dal potenziamento della prevenzione primaria e secondaria, alla sorveglianza sanitaria nei lavoratori ex esposti all’amianto, alla razionalizzazione dell’assistenza attraverso l’implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali integrati per patologie croniche (ad esempio BPCO) o l’offerta attiva di consulenza genetica, al controllo della percezione del rischio ed al miglioramento della comunicazione, alla formazione dei medici di medicina generale, ai controlli sulla catena alimentare (Figura 1).



Figura 1. Le linee di intervento del programma straordinario di interventi nelle aree a rischio ambientale /SIN in Sicilia (DA 549/2013).

Successivamente il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (13) ha introdotto per la prima volta (macro-obiettivo 8) la tematica della relazione ambiente e salute e propone alcuni interventi sotto forma di linee di azione. I principi ispiratori di tali linee possono essere riassunti come segue:

Sorveglianza

Una delle lacune principali da colmare in molte aree del paese caratterizzate da contaminazioni ambientali è stata, nel tempo, la carenza informativa e la mancanza di dati e di strumenti di osservazione epidemiologica sistematica sul territorio.

Pertanto, proprio per venire incontro alle legittime aspettative delle popolazioni residenti, e per assicurare evidenze scientifiche per supportare il processo decisionale da parte delle Istituzioni, il principale requisito per l'avvio di programmi di risposta alle situazioni di crisi ambientale da parte del Servizio Sanitario Nazionale deve essere la disponibilità di un set completo di strumenti per la sorveglianza epidemiologica, idoneo a garantire un monitoraggio dello stato di salute ed una valutazione dell'efficacia degli interventi intrapresi.

E' necessario che il disegno degli interventi di sorveglianza venga realizzato in maniera condivisa, sulla base delle evidenze epidemiologiche e dei dati ambientali di riferimento. Un elemento cruciale è infatti rappresentato dalla corretta valutazione dell'esposizione ai fattori di rischio ambientali, che richiede una stretta integrazione di competenze ambientali e sanitarie.

Advocacy del SSN e delle ASL (Aziende Sanitarie Locali)

E' necessario rafforzare il ruolo e la responsabilità previste per le istituzioni sanitarie locali e mantenere un forte raccordo con gli organi di sanità pubblica locali (ASL, Distretto, Dipartimento di prevenzione, Unità Educazione alla salute, Registro Tumori) per sviluppare forme partecipate di politica della prevenzione e offrire canali di discussione e orientamento per affrontare precocemente e correttamente situazioni sociali complesse.

Si ritiene inoltre necessario ribadire le prerogative proprie di sanità pubblica delle ASL riguardo alla tutela della salute collettiva in ambienti di vita e di lavoro anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali ai sensi dell'art. 7 del

D.lgs 229/99⁵, in primo luogo attraverso i Dipartimenti di Prevenzione e le altre strutture preposte.

Tali prerogative possono esplicarsi anche attraverso l'utilizzo delle procedure e degli strumenti di valutazione preventiva di impatto integrata ambiente e salute, che possono supportare la partecipazione ai processi delle autorizzazioni ambientali.

Logica intersettoriale

Gli interventi per il controllo dei problemi di salute rilevanti emersi dalle indagini di epidemiologia ambientale in molti casi richiedono il coinvolgimento anche di settori istituzionali e produttivi della comunità secondo una logica di intersettorialità già più volte riaffermata nel programma nazionale “Guadagnare Salute”⁶.

L'integrazione delle competenze deve riguardare in prima battuta gli operatori dedicati alla tutela della salute e dell'ambiente, al fine di affrontare le *specifiche e complesse criticità ambientali delle aree contaminate*, attraverso la creazione di percorsi interistituzionali di condivisione di metodi e dati con le istituzioni ambientali, come indicato dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, che richiama anche il modello della “Salute in tutte le politiche”.

Approccio multifattoriale per la promozione della salute

Per quanto attiene agli aspetti di prevenzione, specie in contesti di rischio ambientale, fermo restando che il primo obiettivo delle istituzioni deve riguardare la prevenzione primaria, appare opportuno che venga garantito un approccio globale di promozione della salute e che quindi l'attenzione non si restringa ad uno solo dei possibili determinanti ma si considerino, in maniera complessiva, tutti i fattori di rischio che incidono sul territorio, verso i quali possano essere messi in atto efficaci i programmi di prevenzione, di educazione sanitaria, di sorveglianza degli stili di vita e di diagnosi precoce.

Trasparenza e informazione

Il tema della corretta informazione verso la popolazione e della comunicazione tra amministrazioni e comunità locali rimane tutt'oggi critico per diversi motivi.

In particolare in corrispondenza di situazioni di elevata percezione del rischio, a volte

infondata e causata da strumentalizzazioni, da carenze di informazione sulla effettiva disponibilità di dati, nonché sulla loro corretta interpretazione, da sfiducia nei confronti delle istituzioni pubbliche, la costruzione di un piano di comunicazione, accompagnato da una valutazione di efficacia, necessita di un lavoro *ad hoc* che non può essere considerato come corollario facoltativo.

Dati di attività

Le 10 linee di intervento inserite nel programma riguardano il rafforzamento e la prosecuzione della sorveglianza epidemiologica, l'identificazione di un "*focal point*", quale interfaccia locale di riferimento tra la popolazione e le istituzioni locali e centrali, la costituzione di una funzione di coordinamento degli interventi locali; il potenziamento degli interventi di prevenzione primaria dei fattori di rischio modificabili e degli *screening* oncologici; la sorveglianza sanitaria in determinate categorie a rischio; la razionalizzazione dell'offerta assistenziale da realizzare attraverso la rete ospedaliera, la consulenza genetica e i percorsi assistenziali di continuità ospedale-territorio per malattie croniche respiratorie, renali e oncologiche. Altre linee di intervento previste riguardano gli aspetti della comunicazione alla popolazione e i controlli sulla catena alimentare.

Per ciascuna delle linee di attività sono stati identificati degli specifici indicatori di processo e di risultato che costituiranno elemento finale di valutazione del programma.

La linea di intervento "***Rafforzamento della Sorveglianza Epidemiologica***" prevede il rafforzamento delle attività di sorveglianza epidemiologica a livello locale tramite l'adozione di un modello di monitoraggio sanitario continuo attraverso un set di strumenti di sorveglianza consolidati, l'aggiornamento periodico dello stato di salute dei residenti e il supporto alla valutazione dell'efficacia degli interventi adottati.

In particolare, è stata rafforzata la funzione epidemiologica locale a supporto del gruppo di coordinamento del piano tramite individuazione con atto deliberativo di un Dirigente Medico Responsabile del *Focal Point*.

È stato valorizzato il ruolo dei Registri Tumori locali programmando adeguate strategie per conferire tempestività di restituzione dei dati epidemiologici alla

popolazione e alle istituzioni locali procedendo contestualmente a definire l'aggiornamento della base dati in termini di incidenza oncologica e di mortalità.

È stata inoltre potenziata la sorveglianza locale sui fattori di rischio legati agli stili di vita sia mediante un aumento del numero delle interviste telefoniche del sistema di sorveglianza "PASSI", sia mediante un maggior coinvolgimento di tutte le scuole all'interno del sistema di sorveglianza "OKKIO alla salute", il quale ha come obiettivo principale quello di descrivere nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini delle scuole primarie e del loro ambiente scolastico, in relazione alle sue caratteristiche favorevoli a una corretta nutrizione e l'attività fisica.

La linea di intervento "**Biomonitoraggio**" prevede la presa in carico dei soggetti biomonitorati, attraverso la predisposizione di una apposita procedura operativa che possa consentire, anche con la collaborazione dei MMG, la gestione dei soggetti per i quali a seguito delle determinazioni analitiche sono stati riscontrati dei valori anomali di arsenico nel sangue, rispetto a quelli di riferimento. Inoltre è stata effettuata una campagna informativa nei confronti dei soggetti interessati su comportamenti e/o misure nutrizionali da seguire.

La linea di intervento "**Rafforzamento interventi di prevenzione primaria e promozione della salute**" prevede il rafforzamento di campagne di promozione della salute nel campo del contrasto a fumo, specie a quello passivo in età evolutiva, alcol, cattiva alimentazione, sedentarietà, prevenzione del rischio cardiovascolare e altri fattori di rischio modificabili.

Le attività volte a favorire la promozione della salute nel campo del contrasto a fumo e all'abuso di alcol sono state programmate ed effettuate negli Istituti Scolastici. In particolare, sono state effettuate attività di "*peer education*" di durata pluriennale, coinvolgendo gli alunni delle classi primarie e secondarie.

Per quanto riguarda invece il contrasto alla cattiva alimentazione e alla sedentarietà in età evolutiva, sono stati effettuati interventi di educazione alla salute mediante incontri con gli insegnanti referenti di educazione alla salute delle scuole interessate e con incontri con gli alunni su temi dell'educazione alimentare.

L'attività ha coinvolto la popolazione scolastica *target*. È stato inoltre realizzato materiale informativo (locandine, opuscoli, questionari).

Per quanto riguarda il contrasto alla sedentarietà tra la popolazione anziana, sono

stati svolti incontri con la popolazione anziana sulla promozione dell'attività fisica. Sono stati presi contatti con associazioni per la programmazione di tale attività che prevede la realizzazione di incontri didattici relativi a tematiche di prevenzione con i Soci delle Associazioni (soprattutto quelli della terza età) con i Centri Ricreativi e con le Case di Riposo per Anziani.

Per quanto concerne la linea “Valutazione e riduzione del rischio cardio vascolare” sono state programmate attività di promozione della “carta sul rischio vascolare” tra i medici di medicina generale. Tale attività, ancora in fase di realizzazione, prevede dapprima la formale adesione da parte dei MMG e successivamente la realizzazione di corsi di aggiornamento per i MMG partecipanti al progetto.

Il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale è finalizzato all'individuazione dei soggetti a rischio tramite la somministrazione della apposita carta realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità e l'intervento individuale sul paziente o su popolazione finalizzato alla promozione di “Stili di vita salvacuore”.

Relativamente agli interventi sul corretto uso dei cellulari e alla prevenzione dei danni derivanti dall'eccessiva esposizione ai raggi UV si è proceduto alla costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari per la esecuzione operativa delle attività e alla programmazione di interventi di formazione nelle classi di scuola media inferiore utilizzando metodologie partecipative quali la peer education, utilizzando i percorsi formativi già avviati per la lotta al tabagismo e all'alcoolismo.

È stato predisposto materiale informativo ed educativo destinato alla popolazione *target (dépliant)* di facile leggibilità che esplicita l'impatto sulla salute derivante dall'uso di cellulari. Sono state avviate le procedure di costituzione di un tavolo tecnico provinciale per la co-progettazione degli interventi territoriali.

La linea di intervento **“Rafforzamento interventi di prevenzione secondaria e diagnosi precoce”** è rivolta in particolare a recuperare la partecipazione di quelle fasce di popolazione che, per specifiche condizioni di fragilità sociale o di salute, hanno una scarsa percezione dell'importanza della prevenzione e per le quali studi recenti indicano un ricorso significativamente più basso agli *screening*.

Gli interventi di educazione alla salute e le raccomandazioni degli operatori sanitari hanno un ruolo importante nel promuovere l'adesione ai programmi di *screening*.

In particolare, il supporto telefonico, l'invio di lettere personalizzate di invito agli

screening e le visite domiciliari di personale appositamente formato, sono mezzi di comprovata efficacia per favorire l'adesione agli *screening* soprattutto tra i soggetti con più basso livello socio-economico.

Le azioni principali poste in essere comprendono l'individuazione e la formazione degli operatori, l'informazione alla popolazione, il coinvolgimento e la sensibilizzazione dei Medici di Medicina Generale, l'organizzazione di incontri con gruppi specifici di popolazione, la collaborazione con gli *stakeholders* e con il volontariato attivo presente sul territorio, la riduzione degli inviti inesitati tramite la pulizia delle liste anagrafiche e la correzione degli indirizzi, il recupero dei non responders facendo ricorso ad un 2° sollecito, telefonata e/o visita domiciliare.

La linea di intervento **“Sorveglianza sanitaria ex esposti all'amianto”** contiene le strategie aziendali che concorrono alla attivazione di un sistema provinciale di sorveglianza sanitaria per ex esposti all'amianto finalizzato alla diagnosi precoce delle malattie asbesto correlate, che si manifestano anche a distanza di molti anni dalla cessazione della esposizione, al fine di assicurare agli interessati le misure terapeutiche atte a modificare o rallentare il decorso della malattia.

Si è dapprima proceduto alla definizione degli elenchi dei soggetti e, successivamente, è stata attivata la sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti all'amianto.

La linea di intervento **“Miglioramento della qualità dell'offerta diagnostico-assistenziale”** individua le strategie e gli interventi per promuovere il potenziamento dell'offerta diagnostico-assistenziale delle cure che richiedono una stretta condivisione e sinergia tra gli attori coinvolti nelle diverse fasi della malattia.

Le strategie individuate si riferiscono principalmente all'attivazione di un servizio di consulenza genetica preconcezionale e prenatale, mediante il quale una persona o una famiglia a rischio di malattie genetiche, sono informati delle probabilità di svilupparla e di trasmetterla, delle caratteristiche cliniche delle modalità di cura e prevenzione.

Altra strategia individuata è quella relativa all'implementazione sul territorio di percorsi di gestione integrata per i soggetti affetti da BPCO e insufficienza respiratoria. L'ultimo intervento individuato riguarda quello dell'offerta di un servizio ambulatoriale di nefrologia medica per i soggetti con insufficienza renale,

prevedendo la successiva presa in carico e *follow-up* dei soggetti con insufficienza renale da tossici ambientali.

La complessità delle problematiche ambientali connesse sia allo svolgimento di attività di tipo industriale, civile ed urbanistico che alla gestione e tutela di aree di elevato pregio ed interesse naturalistico, richiedono forme di cooperazione fra soggetti che, sia pure con ruoli distinti, sono chiamati ad operare in tale settore.

La linea di intervento ***“Responsabilizzazione delle ASP nei confronti della tutela della salute in aree a rischio ambientale”*** prevede la costituzione di una funzione di coordinamento aziendale degli interventi di sanità pubblica locali, posta alle dirette dipendenze dell’area della Direzione Strategica Aziendale, con competenze multidisciplinari sanitarie, a supporto delle autorità locali, con l’impegno di avviare azioni e strategie volte al raggiungimento di una serie di obiettivi economici, sociali, culturali e di protezione ambientale.

A tale azione occorre associare una forte responsabilizzazione formale dei Dipartimenti di prevenzione medico e veterinario (art. 7 del D.lgs 229/99) che rappresentano le strutture tecnico funzionali dell’Azienda Sanitaria Provinciale preposte alla promozione della tutela della salute collettiva con l’obiettivo della promozione della salute, della prevenzione delle malattie, del miglioramento della qualità della vita e del benessere animale e della sicurezza alimentare.

Sono state pertanto organizzate alcune riunioni di contatto con le istituzioni locali per la presentazione delle attività svolte. Inoltre, è stato previsto ed attuato un percorso formativo specifico accreditato nell’ambito del Sistema regionale ECM, rivolto ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta operanti nell’ambito delle Aree a rischio/SIN della Sicilia.

Finalizzata a definire il curriculum formativo degli operatori di sanità pubblica sui temi della interazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio alla comunità e ai portatori di interesse, tale attività ha visto dapprima un primo momento di formazione organizzato a livello centrale che ha coinvolto complessivamente MMG e PLS.

La seconda fase del percorso formativo sarà realizzata a cascata nelle AASSPP provinciali a cura dei formatori formati a livello centrale ed è stata programmata d’intesa con gli Uffici Formazione aziendali competenti per territorio.

Nell'ultimo decennio si è assistito ad una aumentata sensibilità delle comunità locali rispetto alle tematiche ambientali. Tale sensibilità non sempre si accompagna ad una chiara comprensione del rischio, né ad una strategia coerente con l'interesse collettivo.

Pertanto la linea di intervento **“Comunicazione, coinvolgimento e partecipazione attiva della popolazione interessata”** tiene in debito conto l'esigenza che le comunità esprimono di essere più partecipi delle scelte relative al proprio territorio e la chiara richiesta che l'impatto sulla salute sia posto al centro delle scelte sull'ambiente.

Sono stati pertanto potenziati i rapporti istituzionali finalizzati alla comunicazione delle attività effettuate con i rappresentanti delle istituzioni locali.

Sono stati inoltre organizzati alcuni incontri informativi- formativi che hanno avuto modo di informare la popolazione locale sugli interventi sanitari svolti.

Infine, la linea di intervento **“Sorveglianza della catena alimentare”** evidenzia degli interventi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici individuati nel Piano della Salute, con particolare riferimento al potenziamento delle attività di controllo mirate alla valutazione della contaminazione degli alimenti per uso umano e degli alimenti per animali relativamente ai contaminanti.

Tale attività di controllo consente di avere una copertura totale nei confronti dell'intera catena alimentare considerato che le ricerche effettuate negli alimenti per animali consentono di monitorare anche in via preventiva la contaminazione degli alimenti per l'uomo.

Sono stati effettuati campionamenti su alimenti di origine animale provenienti da allevamenti, campionamenti su alimenti di origine vegetale, campionamenti ed analisi delle acque destinate al consumo umano e campionamenti su alimenti destinati ad animali produttori di alimenti per l'uomo, prodotti in allevamenti presenti nell'area.

7.2 Il Programma europeo REACH

(a cura di F. Faranda)

Il Regolamento (CE) N. 1907/2006 (REACH) è un regolamento dell'Unione europea adottato per meglio proteggere la salute degli esseri umani e l'ambiente contro i rischi connessi con le sostanze chimiche, favorendo nel contempo la competitività dell'industria chimica dell'UE.

Successivamente al REACH è stato introdotto il Regolamento (UE) n.528/2012 (BPR) per i prodotti biocidi a cui è seguito il decreto pubblicato in GU del 10 ottobre 2017 recante la *“Disciplina delle modalità di effettuazione dei controlli sui Biocidi immessi sul mercato”*.

La sigla REACH è l'acronimo di *“Registration, Evaluation, Authorisation (Restriction) of Chemicals”* (registrazione, valutazione, autorizzazione e restrizione delle sostanze chimiche). Il regolamento è entrato in vigore il 1° giugno 2009.

In linea di principio, il regolamento REACH si applica a tutte le sostanze chimiche, quelle che sono impiegate nei processi industriali, ma anche quelle che lo sono nella nostra vita quotidiana, per esempio nei prodotti di pulizia, nelle vernici e in articoli come giocattoli, capi di abbigliamento, bigiotteria, apparecchi elettrici, etc.

Il regolamento REACH, a differenza che in passato, attribuisce l'onere della prova alle imprese; sono queste ultime che devono identificare e gestire i rischi connessi alle sostanze che immettono sul territorio dell'UE.

È loro compito dimostrare all'ECHA (**European Chemicals Agency**), con la Registrazione, i rischi che una sostanza presenta, come può essere utilizzata in totale sicurezza, con l'obbligo finale di comunicare le misure di gestione dei rischi agli utilizzatori finali attraverso le **“schede di sicurezza”**.

Spetta pertanto alle imprese che producono, importano o distribuiscono articoli/sostanze/miscele in ambito UE, in quantità superiori a una tonnellata all'anno, raccogliere informazioni sulle loro proprietà chimico fisiche e valutarne i pericoli e i rischi connessi, indicando il modo corretto per gestirli.

L'ECHA riceve i dossier di registrazione e ne valuta la conformità; successivamente gli stati membri dell'UE attraverso i propri organismi tecnici li valuta, iniziando dalle sostanze più preoccupanti per l'uomo e l'ambiente, le così dette SVHC

(SubstanceVeryHight Concerne) per rispondere in maniera efficace alle preoccupazioni che interessano la salute umana o l'ambiente. Le Autorità e i Comitati scientifici dell'ECHA con l'ausilio degli SM verificano se le misure di gestione dei rischi di queste sostanze particolarmente preoccupanti sono accettabili, nonché l'impatto socio-economico, per poi decidere sull'eventuale immissione della sostanza dal mercato, attraverso i processi di **Autorizzazione e/o Restrizione**.

7.2.1 Attività di controllo REACH

Nel PNP 2014-2018 (2019) sono individuati Macro obiettivi aventi aree di interesse che possono impattare favorevolmente e trasversalmente all'accrescimento della garanzia di uso sicuro dei prodotti chimici e quindi all'implementazione dei reg. REACH e CLP al fine di ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute attraverso la implementazione di strumenti che facilitino l'integrazione tra Istituzioni ed Enti che si occupano di ambiente e salute al fine di supportare le Amministrazioni nella valutazione degli impatti sulla salute.

La strategia è declinata in diversi obiettivi centrali, tra cui il MO8:

- 8.7: Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi;
- 8.8: Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche.

In atto sono in fase di elaborazione da parte del Ministero gli indicatori REACH e CLP finalizzati ai LEA (ispezione *in situ*, controllo di prodotto, formazione, informazione).

Ciò premesso, a partire già dal 2011 ogni anno il Ministero della Salute, in collaborazione del Gruppo tecnico interregionale REACH-CLP, con il Centro nazionale delle sostanze chimiche, prodotti cosmetici e protezione del consumatore

dell'Istituto Superiore di Sanità e la Rete dei laboratori di controllo, elabora il **Piano Nazionale dei Controlli (PNC) sulla applicazione del regolamento REACH e CLP**, a cui aderiscono tutte le regioni. Il Piano prevede anche alcune attività di controllo mediante metodologie *reach-en-force* (REF) e progetti pilota adottati dal *Forum* (ECHA), nonché le attività di formazione degli ispettori regionali, quale ricaduta nazionale della formazione somministrata ogni anno a livello europeo dalla Agenzia, e i piani di informazione alle imprese.

Al fine di rendere più efficace l'azione dei controlli, è stata istituita la rete nazionale di laboratori (Accordo 88/CSR del 7.5.2015) col compito di effettuare i richiesti esami chimici sui campioni prelevati in fase controllo. Per la Sicilia hanno aderito alla Rete i Laboratori di sanità pubblica di Palermo e di Enna.

In Sicilia per rendere attuativo il Regolamento, nel 2011 con decreto assessoriale è stata designata l'ACN (autorità competente regionale REACH) con sede presso il DASOE, costituito il Gruppo di Coordinamento col compito di definire le strategie e le azioni sul territorio e nominati gli ispettori regionali dopo adeguata formazione.

7.2.2 Biocidi

Parallelamente al regolamento REACH, Nel quadro della disciplina dettata in materia di Biocidi, il **Regolamento (UE) n.528/2012 (BPR)** mira a garantire un uso sicuro e sostenibile dei prodotti ad azione biocida, così da consentire la salvaguardia della salute degli utilizzatori finali nei previsti scenari di rischio e garantire un elevato livello di tutela per l'uomo e l'ambiente. Le disposizioni adottate in tale regolamento tengono conto dei principi fondamentali del "regolamento REACH" e del "regolamento CLP". In particolare nel regolamento sui biocidi i criteri di esclusione dei principi attivi, definiti all'art. 5, riguardano:

- Le sostanze cancerogene, mutagene e tossiche per la riproduzione (cat. 1A e 1B) così come definite dal "regolamento CLP";
- Le sostanze individuate come "interferenti endocrini" in base al "regolamento REACH";
- Le sostanze persistenti, bioaccumulabili e tossiche (PBT), o molto persistenti e molto bioaccumulabili (vPvB) come definite dal "regolamento REACH".

Le imprese che intendono continuare a commercializzare all'interno del territorio

UE devono richiedere l'approvazione di una sostanza attiva presentando un *dossier* all'ECHA. Le sostanze attive (SA) e i prodotti biocidi (PB) sono classificati in ventidue "tipi di prodotti" (TP). Un aspetto fondamentale/nuovo del regolamento sui prodotti biocidi è l'obbligo comune tra le imprese di condividere le informazioni sulle sostanze attive e i prodotti approvati e autorizzati all'interno dell'UE al fine di evitare la sperimentazione sui vertebrati.

Dopo l'approvazione di una sostanza attiva, le imprese che auspichino introdurre sul mercato di uno Stato membro dei prodotti biocidi contenente la sostanza attiva, devono sollecitarne l'autorizzazione.

A partire dal 1° settembre 2015, i prodotti biocidi non sono più vendibili se il fornitore della SA o del PB non è iscritto all'elenco delle sostanze attive ritenute "pertinenti" per il Tipo di Prodotto (TP).

Per raggiungere tale obiettivo è fondamentale un efficace sistema di controllo del rispetto delle condizioni di **autorizzazione dei biocidi** e sulla corretta etichettatura e commercializzazione degli "**articoli trattati**" con sostanze biocide, al fine di ridurre i casi di avvelenamento e di possibili malattie professionali legate all'uso di tali prodotti.

Per assicurare il rispetto della disciplina dettata dal Regolamento UE e delle condizioni di autorizzazione all'utilizzo dei Biocidi, si è inteso promuovere a livello nazionale un sistema di controlli ufficiali, armonizzandolo con gli Stati Membri Europei.

In Italia l'attività di controllo in materia di biocidi si realizzerà nel rispetto **dell'Accordo Stato-Regioni n.213/CSR del 6 dicembre 2017** (accordo recepito dalla regione Sicilia) e il personale preposto al controllo è il medesimo che afferisce al controllo sul rispetto dei Regolamenti delle sostanze chimiche (REACH e CLP).

A tale scopo si è svolto a Palermo, dal 9 al 10 maggio 2019, il primo Corso Nazionale di Formazione per Ispettori REACH e CLP in materia di biocidi e di articoli trattati.

L'iniziativa è stata promossa dall'Autorità Competente REACH e CLP della Regione Siciliana, in collaborazione con il Ministero della Salute che esercita le funzioni di Autorità Competente Nazionale in materia di Biocidi, in sinergia al Gruppo Tecnico Interregionale REACH e CLP e al FORUM European Chemical Agency (ECHA).

La parte organizzativa dell'evento è stata curata dal Centro di formazione CEFPAS di Caltanissetta.

Obiettivo generale dell'evento formativo è stato quello di effettuare il primo *Training Nazionale* in materia di biocidi per consentire lo svolgimento delle prime indagini/controlli su tutto il territorio nazionale, attraverso una formazione teorica ma soprattutto attraverso l'analisi e studio di alcuni casi proposti dal FORUM ECHA.

All'evento di Palermo hanno partecipato gli ispettori REACH provenienti dalla Campania, Puglia, Molise, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna, nonché alcuni rappresentanti di altre Regioni d'Italia. L'evento è stato replicato a ottobre e novembre in Trentino Alto Adige (Trento) e in Emilia Romagna (Bologna). Quale conseguenza del corso di formazione nel 2019 verranno effettuati i primi controlli sui cosiddetti "articoli trattati".

Bibliografia

1. Basile R, Mollica Nardo G. Indagine epidemiologica sulla mortalità del distretto di Milazzo negli anni 1996-99. Notiziario dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale 2003. O.E. Notiziario
2. Centro Servizi e Ricerche per l'Utilizzo delle Risorse e la Conservazione Ambientale (Consorzio CE.RI.CA.). Studio dei potenziali effetti dell'inquinamento atmosferico sulla funzionalità respiratoria nella popolazione del comune di Melilli (2000).
3. Ramistella EM, Bellia M, Di Mare S, Rotioti G, Ducio D. Inquinamento ambientale di origine industriale e mortalità per tumore. Revisione della situazione di Augusta e Priolo. *BollAccGioenia sci nat* 1990;23 (336): 437-462.
4. Mira A., Cernigliaro A., Dardanoni G., Nano M., Scondotto S.. Analisi sui ricoveri in residenti nei principali comuni delle aree ad alto rischio di inquinamento ambientale o con presenza di insediamenti industriali in Sicilia. Atti del 1° Congresso Interregionale SITI, San Vito Lo Capo. 2003.
5. Enea, Ministero dell'Ambiente, Regione Sicilia (2003). Artemisia 2. Uno strumento per valutare gli effetti ambientali e sanitari degli inquinanti aeriformi emessi da insediamenti produttivi e per indirizzare la scelta di nuovi siti. Applicazione all'area di Milazzo.
6. Martuzzi M., Mitis F., Biggeri A., Terracini B., Bertollini R., Ambiente e Stato di Salute nella popolazione delle aree ad alto rischio di crisi ambientale in Italia. *Epidemiologia e Prevenzione* 2002; 26(6) suppl:1-53.
7. Fano V., Cernigliaro A., Scondotto S., Pollina Addario S., Caruso S., Mira A., Forastiere F., Perucci C.A.. Stato di salute della popolazione residente nelle aree ad elevato rischio ambientale e nei siti di interesse nazionale della Sicilia analisi della mortalità (aa 1995-2000) e dei ricoveri ospedalieri (aa 2001-2003). Notiziario dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale Regione Siciliana, numero monografico luglio 2005; pagg. 118.
8. Fano V, Cernigliaro A, Scondotto S, Pollina Addario S, Caruso S, Mira A, Forastiere F e Perucci CA. Analisi della mortalità (1995-2000) e dei ricoveri ospedalieri (2001-2003) nell'area industriale di Gela. *EpidemiolPrev* 2006;30(1):27-32.
9. Cernigliaro A., Pollina Addario S., Cesaroni G., Fano V., Fantaci G., Tavormina E., Marras A., Dardanoni G., Forastiere F., Perucci C.A., Scondotto S.. Stato di salute nelle aree a rischio ambientale della Sicilia aggiornamento dell'analisi di mortalità

(anni 1995-2002) e dei ricoveri ospedalieri (anni 2001-2006). Notiziario dell'Osservatorio Epidemiologico - Regionale Regione Siciliana, numero monografico luglio 2008, pagg. 88.

10. Cernigliaro A., Marras A., Pollina Addario S., Scondotto S., D'Ippoliti D., Santelli E., Michelozzi P., Forastiere F.. Stato di salute della popolazione residente nelle aree a rischio ambientale e nei siti di interesse nazionale per le bonifiche della Sicilia analisi dei dati ReNCaM (anni 2004-2011) e dei ricoveri ospedalieri (anni 2007-2011). Notiziario dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale Regione Siciliana, numero monografico gennaio 2013, pagg. 75.
11. Piano straordinario di interventi sanitari nelle aree a rischio ambientale della Sicilia. D.A. n.549 19 marzo 2013.
12. Piano straordinario di interventi sanitari nel SIN di Biancavilla. D.A. n. 830 del 18 maggio 2015.
13. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, consultabile all'indirizzo web:
[Http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf)

8. Riduzione delle malattie infettive prevenibili con le vaccinazioni

(A cura M. Palermo, C.E. Sannasardo, F. Scarpitta, C. Vella, F. Contarino).

I vaccini sono lo strumento più efficace per la prevenzione di molte malattie, e non vi è dubbio che essi siano uno dei più grandi successi della storia della medicina.

Dopo la potabilizzazione delle acque, i vaccini rappresentano, infatti, la più importante innovazione in Sanità Pubblica (SA Plotkin).

Grazie ad essi alcune malattie infettive sono state completamente eradiccate, altre sono state poste sotto controllo tanto da non rappresentare più un rischio per la salute pubblica, almeno nelle aree del pianeta più sviluppate.

Nonostante la loro fondamentale importanza nella storia umana, i vaccini, oggi, sembrano paradossalmente essere vittime del loro stesso successo.

Il loro impatto sulla morbosità di molte patologie ha infatti modificato radicalmente la percezione delle stesse da parte della popolazione. Le malattie che in epoca pre-vaccinale venivano percepite come un pericolo in quanto correlavano con casi non solo numerosi ma spesso complicati da sequele gravi o permanenti, talvolta mortali, in epoca *post*-vaccinale sono praticamente scomparse o drammaticamente ridotte.

Alla scomparsa di molte malattie è corrisposta una sempre maggiore attenzione agli eventuali eventi collaterali o avversi con l'immunizzazione.

Lo scetticismo nei confronti delle vaccinazioni è un fenomeno che esiste da sempre; tuttavia ai nostri giorni è certamente in preoccupante aumento, sostenuto e amplificato dalla facilità con cui chiunque può reperire informazioni contrastanti, prive di qualsiasi fondamento scientifico.

Il fenomeno definito in inglese come *vaccine hesitancy* e in italiano come “esitazione vaccinale”, termine che comprende i concetti di indecisione, incertezza, ritardo, riluttanza, è complesso e strettamente legato a differenti contesti: periodo storico, aree geografiche, situazione politica, istruzione. A contribuire all'esitazione potrebbero esserci anche altri fattori, per esempio barriere organizzative o strutturali, come orari di apertura degli ambulatori o difficoltà nel prenotare gli appuntamenti.

La comunicazione con il pubblico è certamente elemento importante ed è fondamentale ristabilire quella fiducia, spesso in messa in discussione, verso le

istituzioni. Accanto agli aspetti strettamente sanitari, la sfida che coinvolge ora tutti gli operatori della Salute Pubblica è quindi quella della **comunicazione efficace**: occorre saper informare in maniera corretta, trasparente e credibile, basandosi sull’ascolto e sull’empatia per costruire un rapporto di fiducia con la propria comunità di riferimento. Il modo in cui le notizie vengono diffuse da media tradizionali, dai social e dai canali istituzionali può, infatti, influenzare le decisioni sulla scelta vaccinale.

8.1 Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019

L’Art. 32 della Costituzione sancisce che *“la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*. Lo Stato ha, quindi, il dovere di garantire la tutela della salute di tutti i cittadini, sia salvaguardando l’individuo malato, sia tutelando l’individuo sano. L’obiettivo dei programmi di prevenzione vaccinale è quello di conferire uno stato di protezione a quei soggetti sani, che per alcune condizioni epidemiologiche, di salute, occupazionali o comportamentali, sono esposti al pericolo di contrarre determinate infezioni, nonché quello di ottenere la riduzione e, quando possibile, l’eradicazione di alcune malattie infettive per le quali non esiste una terapia o che possano essere causa di gravi complicazioni.

Il **“Calendario Vaccinale per la Vita”** adottato dalla Regione Siciliana (Decreto Assessoriale n. 1965 del 10 ottobre 2017), prevede la somministrazione delle vaccinazioni riportati in figura 1:

Figura 1: Calendario vaccinale Regione Siciliana.



Tutte le vaccinazioni inserite nel “Calendario Vaccinale per la Vita”, sono inoltre offerte attivamente ad alcune categorie di persone che, per le specificità dell’occupazione professionale, delle patologie e/o dei comportamenti, possono presentare particolari rischi di salute, come ad esempio:

- **Soggetti a rischio per patologia**, che presentano un aumentato rischio di contrarre malattie infettive invasive e sviluppare in tal caso complicanze gravi (malattie cronico-degenerative, tumori, diabete);
- **Soggetti a rischio per comportamenti o condizioni** (fumatori, tossicodipendenti, omosessuali);
- **Soggetti a rischio per esposizione professionale** (operatori sanitari, forestali, operatori ecologici, forze armate);
- **Viaggiatori internazionali** (persone che si recano all’estero per vacanza/studio/lavoro, missionari);
- **Soggetti migranti.**

E’ stato inoltre previsto, che attraverso la prescrizione medica, alcuni soggetti particolarmente esposti, ma non compresi nelle categorie a rischio sopracitate, possano ricevere gratuitamente i vaccini previsti dal calendario vaccinale (articolo 3 del Decreto Assessoriale n. 1965 del 10 ottobre 2017).

Accanto alle vaccinazioni previste dal “Calendario Vaccinale per la Vita”, esistono altri vaccini, specifici per alcune malattie importanti, da destinare in particolare per chi si reca in zone dove sono presenti malattie potenzialmente contraibili (colera, encefalite giapponese, meningoencefalite da morso di zecca, epatite A, febbre gialla, febbre tifoide, rabbia).

Nonostante l’ampia offerta vaccinale che la Regione siciliana ha messo in atto, negli ultimi anni sono state registrate percentuali di copertura inferiori a quelle previste dal Ministero della Salute. Analoga riduzione delle coperture vaccinali si è registrata in ambito nazionale, con un andamento più marcato negli ultimi anni. Per tale ragione il Ministero della Salute, al fine di invertire questa tendenza, ha ritenuto necessario adottare alcuni provvedimenti.

Con la Legge “**Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci**” del 31 luglio 2017, n. 119, è stato imposto l’obbligo vaccinale per i soggetti da zero a

sedici anni per le seguenti 10 vaccinazioni:

Dieci vaccinazioni obbligatorie da zero a 16 anni

Anti-poliomielitica	Anti-Haemophilus influenzae tipo b
Anti-difterica	Anti-morbillo
Anti-tetanica	Anti-rosolia
Anti-epatite B	Anti-parotite
Anti-pertosse	Anti-varicella

L'obbligatorietà per le vaccinazioni anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite e anti-varicella è soggetta a revisione triennale in base ai dati epidemiologici e delle coperture vaccinali raggiunte.

Il rispetto degli obblighi vaccinali diventa un requisito per l'ammissione all'asilo nido e alle scuole dell'infanzia (per i bambini da 0 a 6 anni), mentre dalla scuola primaria in poi gli studenti possono accedere comunque a scuola, ma, in caso non siano stati rispettati gli obblighi, viene attivato dalla ASP territorialmente competente un percorso di recupero della vaccinazione ed è possibile incorrere in sanzioni amministrative. Sono naturalmente esonerati dall'obbligo i bambini e i ragazzi già immunizzati a seguito di malattia naturale, e i bambini che presentano specifiche condizioni cliniche che rappresentano una controindicazione permanente e/o temporanea alle vaccinazioni.

Al fine di migliorare ulteriormente le coperture vaccinali in ambito regionale, in particolare per il morbillo, causa di importanti focolai in diverse zone dell'isola, l'Assessore alla Salute ha predisposto ulteriori due direttive: "Disposizioni operative – Emergenza Morbillo – Direttiva" del 12 aprile 2018; "Disposizioni Operative Vaccini – Anno scolastico 2018-2019" del 5 Settembre 2018.

L'obbligo vaccinale e le direttive assessoriali hanno consentito un significativo recupero delle percentuali di copertura vaccinale, soprattutto per i 10 vaccini obbligatori, tale da raggiungere, in alcune coorti, coperture del 95% degli aventi diritto, valore limite previsto dai Livelli essenziali di Assistenza (LEA) ministeriali.

Si riportano di seguito le tabelle riepilogative delle coperture vaccinali, al 31 dicembre 2018, distinte per coorte di nascita, vaccino e ASP di appartenenza.

Regione Sicilia - Coperture Vaccinali al 31 Dicembre 2018

COORTE 2016: COPERTURA VACCINALE A 24 MESI

Vaccino	ASP AG	ASP CL	ASP CT	ASP EN	ASP ME	ASP PA	ASP RG	ASP SR	ASP TP
Esavalente*	95,4%	94,9%	83,8%	99%	90,4%	94,2%	95%	93,9%	95,9%
MPRV**	87,9%	96,1%	91,4%	99%	85%	92,9%	89,1%	88,7%	92,1%
Pneumococco 13 V	95%	93,7%	79,1%	98,9%	87%	89,8%	90,1%	87%	94,3%
Rotavirus	70,8%	56,8%	38,4%	29%	31%	72,2%	51,9%	37,6%	79,1%
Meningococco C	48,2%	55,6%	49,7%	79,9%	67,7%	45,1%	77,6%	64,2%	77,8%
Meningococco B	63,1%	58,6%	41,9%	60,5%	78,4%	63,8%	35,7%	69,9%	85,7%

**Anti Difterite, Anti tetano, Anti pertosse acellulare; antipolio Salk; anti-epatite B; anti-emofilo*

** *MPRV= Morbillo, parotite, rosolia, varicella*

Regione Sicilia - Coperture Vaccinali al 31 Dicembre 2018

COORTE 2015: COPERTURA VACCINALE A 36 MESI

Vaccino	ASP AG	ASP CL	ASP CT	ASP EN	ASP ME	ASP PA	ASP RG	ASP SR	ASP TP
Esavalente*	98,5 %	96,2 %	92,9 %	99,8 %	93,8 %	95,3 %	95,4 %	94,9 %	96,2 %
MPR**	92,4 %	96,9 %	95,4 %	99,7 %	90,1 %	94,1 %	94 %	94,1 %	95 %
Varicella	91,7 %	95 %	86,9 %	99,6 %	82,2 %	91,9 %	92 %	92 %	94 %
Pneumococco 13 V	98,1 %	93,8 %	85,9 %	99,5 %	88,6 %	90,9 %	92,6 %	93,8 %	94,6 %
Rotavirus	63,2 %	53,1 %	34,1 %	44,6 %	27,7 %	72,2 %	40,8 %	38,8 %	80,8 %
Meningococco C	86,2 %	79,3 %	61 %	93,6 %	76,5 %	76,2 %	86,4 %	72,7 %	81,3 %
Meningococco B	60,3 %	42,4 %	32 %	72,4 %	69 %	57,5 %	17,2 %	62,3 %	80,4 %

* *Anti Difterite, Anti tetano, Anti pertosse acellulare; antipolio Salk; anti-epatite B; anti-emofilo*

** *MPR= Morbillo, parotite, rosolia*

Regione Sicilia - Coperture Vaccinali al 31 Dicembre 2018									
<u>COORTE 2014: COPERTURA VACCINALE A 48 MESI</u>									
Vaccino	ASP AG	ASP CL	ASP CT	ASP EN	ASP ME	ASP PA	ASP RG	ASP SR	ASP TP
Esavalente*	95,9 %	97,9 %	95,8 %	99,8 %	95,9 %	94,5 %	97,2 %	97,3 %	96,8 %
MPRV**	94,6 %	96,6 %	96,8 %	99,8 %	93,4 %	95,2 %	96,4 %	94,1 %	96,1 %

**Anti Difterite, Anti tetano, Anti pertosse acellulare; antipolio Salk; anti-epatite B; anti-emofilo*

*** MPR= Morbillo, parotite, rosolia*

Le coperture vaccinali al 31 dicembre 2018, per gli effetti della già citata legge 119/2017 e per i percorsi di comunicazione intrapresi, sia in ambito regionale che provinciale, volti ad incrementare l'adesione consapevole della popolazione suscettibile ai programmi vaccinali, hanno evidenziato un significativo incremento, in particolare per le coorti 2015 e 2014, con il superamento del 95% delle coperture per le vaccinazioni di riferimento.

Di seguito, in tabella sono riportati i dati relativi alle coperture vaccinali totali in Regione Sicilia distinte per coorte di nascita.

Regione Sicilia - Coperture Vaccinali al 31 Dicembre 2018			
Vaccino	Coorte 2014	Coorte 2015	Coorte 2016
Esavalente*	96,0%	95,0%	92,0%
Morbillo	95,6%	94,2%	90,9%
Vaticella	91,0%	90,2%	86,1%
Meningococco C	76,4%	74,8%	56,9%
Pneumococco 13 V	90,6%	91,0%	88,0%

**anti Difterite, anti tetano, anti pertosse acellulare; antipolio Salk; anti-epatite B; anti-emofilo*

Tale soddisfacente copertura vaccinale è stata raggiunta soprattutto per le coorti interessate dall'obbligo vaccinale, mentre per la coorte a 24 mesi di vita, nati nel

2016, le coperture vaccinali sono rimaste al di sotto dei valori previsti, atteso che nella Regione Sicilia i nuovi nati, abitualmente, nel corso dei primi due anni di vita non accedono agli asili nido e alle scuole per l'infanzia con la stessa frequenza di quanto accade nelle altre regioni italiane.

Per sopperire al notevole incremento del carico di lavoro delle strutture delle AASSPP deputate all'offerta vaccinale, correlato anche con l'inizio dell'anno scolastico e con l'avvio della campagna di vaccinazione antinfluenzale e al fine di limitare i disagi per le famiglie, nei termini di attesa per l'effettuazione delle vaccinazione e del rilascio delle certificazioni vaccinali nei casi previsti, sono state adottate diverse misure straordinarie: l'ampliamento degli orari di apertura dei centri vaccinali, l'impiego di personale sanitario assegnato alla continuità assistenziale in regime di plus orario, di medici specializzandi in Igiene e Pediatria, di Medici di Medicina Generale che frequentano i corsi di Formazione (CFSMG), di assistenti sanitari.

Con il sopracitato Decreto Assessoriale n. 1965 del 10 ottobre 2017, è stato chiesto, altresì, alle AASSPP di adottare piani di comunicazione capillari nei confronti di MMG e PLS ai fini di fugare dubbi e/o perplessità sulle vaccinazioni e garantire la piena collaborazione degli stessi nell'offerta vaccinale.

Sono stati previsti, inoltre, piani di comunicazione nei confronti della popolazione, ivi compresa quella scolastica, mediante incontri formativi presso le scuole, associazioni di volontariato ed istituzioni locali.

Il fine è quello di formare ed informare il singolo individuo sui vantaggi di salute correlati con una corretta profilassi vaccinale e garantire, inoltre, una buona qualità di vita di tutti quei soggetti, che per motivi di salute non possono essere sottoposti a vaccinazione, garantendo in tal modo una “*immunità di gregge*” mediante un alto numero di soggetti vaccinati.

Il DASOE, oltre a farsi carico di incontri periodici con il personale sanitario e rappresentanti della popolazione, finalizzati alla conoscenza ed al corretto uso dei vaccini, ha predisposto un piano di comunicazione nel contesto del quale è stato inserito un'area destinata alle vaccinazioni, che ha strutturato incontri pubblici televisivi, *spot*, *flyers*, calendari e testate *online* (Figura 1).

Figura 1: Campagna di comunicazione destinata alle vaccinazioni.



Per fugare, ulteriormente, ogni paura o perplessità, si riporta di seguito un *poster* riepilogativo dei principali falsi miti utilizzati per denigrare le vaccinazioni, redatto dalla Società Italiana di Pediatria.



Figura 2: "Vaccini, ecco i falsi miti", edito dalla Società Italiana di Pediatria

8.2 Sistemi di sorveglianza e notifiche malattie infettive

La diagnosi delle malattie infettive e la sorveglianza delle forme diffuse, rappresentano aspetti indispensabili nella prevenzione delle malattie trasmissibili: conoscere la situazione reale e la sua evoluzione spaziale e temporale è fondamentale ai fini di una strategia efficace di prevenzione e controllo.

Ogni sanitario che nell'esercizio della propria professione viene a conoscenza di un caso (anche sospetto) di malattia infettiva, è tenuto per legge alla notifica ai servizi di competenza. La notifica è lo strumento per garantire la limitazione della diffusione della malattia infettiva, in quanto l'ASP territorialmente competente, attraverso il Servizio di Igiene ed Epidemiologia, interviene effettuando l'indagine epidemiologica, isolando il caso ed i contatti stretti ed effettuando, quando prevista, anche la profilassi dei contatti.

Il DPR 15/12/1990 ha delineato i percorsi per le notifiche delle malattie infettive e le ha suddivise in cinque classi, in base alla gravità, alla frequenza, all'interesse nazionale ed internazionale, alla possibilità di intervento e la facilità della diffusione. La notifica delle malattie infettive è largamente sottostimata, sia in ambito regionale che nazionale, pertanto, il Ministero della Salute, al fine di garantire una più efficace azione di prevenzione, ha predisposto l'attivazione di sistemi di sorveglianze speciali, in particolare per quelle patologie per le quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha previsto l'eradicazione nei prossimi anni:

- **Per il Morbillo e la Rosolia congenita:** all'interno del piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEUMoRc), è previsto uno stretto monitoraggio dei singoli casi, con la ricerca e la genotipizzazione del *virus*; inoltre, viene effettuata una particolare indagine sui focolai e sui casi determinati da possibili importazioni del virus dall'estero;
- **Per le malattie batteriche invasive:** in particolare per quelle prevenibili con le vaccinazioni (pneumococco, meningococco, emofilo), il Ministero della Salute, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, ha istituito una sorveglianza che prevede la trasmissione di una specifica scheda per singola patologia, atta a definire l'agente eziologico, le modalità di trasmissione e gli specifici focolai;

- **Per le Legionellosi:** tra le patologie correlate all'inquinamento ambientale, rientrano quelle determinate da *Legionella*, microrganismo ubiquitario che colonizza in genere tutte le risorse idriche e le reti di distribuzione idriche interne. In particolar modo, nelle strutture ricettive e negli studi odontoiatrici, può essere facilmente nebulizzata e quindi localizzarsi nelle vie aeree, determinando polmoniti gravi. Poiché è stato registrato un notevole incremento dei casi di legionellosi tra i turisti, l'Istituto Superiore di Sanità ha avviato una sorveglianza speciale, mediante un'attività di prelievo delle acque nei luoghi di individuazione di contagio, con la ricerca del microrganismo e la sua relativa genotipizzazione;
- **Per la patologia Influenzale:** il sistema di sorveglianza, istituito dal Ministero della Salute con le organizzazioni sindacali dei MMG e PLS, prevede l'individuazione dei Medici Sentinella che, nell'ambito della loro utenza, individuano precocemente i segni di un possibile caso di Influence Like Illness (ILI). I casi di influenza con isolamento virale hanno l'obbligo di essere notificati. La scheda predisposta per la notifica prevede una serie di indicazioni che riportano le condizioni patologiche preesistenti, la genotipizzazione virale, la terapia antivirale, la relativa eventuale vaccinazione, il luogo di contagio, l'eventuale ricorso a ventilazione meccanica invasiva esterna (ECMO);
- **Per le Arbovirosi:** malattie trasmesse da vettori (quali la *west-nile*, *dengue*), nonostante l'esiguità dei casi registrati negli anni, è stata predisposta una specifica sorveglianza. In atto vengono monitorati i soggetti esposti (quali allevatori, loro famiglie) e casi animali (in Sicilia si sono verificati episodi di *west-nile* in equidi e volatili);
- **Per le patologie correlate ai batteri produttori di carbapenemasi:** l'evidenza scientifica ha documentato che l'uso sconsiderato di antibiotici, negli ultimi decenni, ha determinato la comparsa di germi resistenti ai farmaci. Per tale ragione, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, la Regione Siciliana ha individuato un laboratorio di riferimento regionale per l'individuazione di germi produttori di carbapenemasi, richiedendo inoltre, a tutte le strutture con ricovero, di segnalare i casi in cui un processo febbrile non regredisca dopo la terapia di 5 giorni con antibiotici convenzionali, ipotizzando la comparsa di forme di resistenza al germe interessato.

9. Ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza e combattere l'antimicrobico-resistenza

(A cura di A. Agodi, M. Barchitta, G. Murolo)

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono infezioni acquisite in ospedale o in altri ambiti assistenziali (quali ad esempio, strutture residenziali di lungodegenza, ambulatori, centri di dialisi, *day-surgery*, assistenza domiciliare).

Esse rappresentano la complicanza più frequente e grave legata all'assistenza sanitaria e sono associate ad un aumento della morbosità e della mortalità.

Le ICA determinano un aumento dei costi sanitari diretti a causa del prolungamento della degenza, del maggiore utilizzo di procedure diagnostiche e invasive e di antibiotici di seconda scelta, che quando disponibili, sono generalmente più costosi. Sono causa, inoltre, dell'aumento dei costi sociali indiretti legati alla perdita di vite e di giornate lavorative.

I siti di infezione più frequentemente coinvolti sono: le vie respiratorie, le vie urinarie (specialmente in presenza di catetere vescicale), il sito chirurgico e il torrente ematico.

Molti dei microrganismi responsabili di ICA risultano resistenti agli antibiotici utilizzati per il loro trattamento, rendendo così più difficile la cura di queste infezioni. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il fenomeno dell'antimicrobico-resistenza (AMR) rappresenta una delle maggiori minacce globali per la salute pubblica dei prossimi decenni (1, 2).

La principale causa dell'emergenza e della diffusione dell'AMR è l'utilizzo eccessivo e inappropriato degli antibiotici (3).

La trasformazione dei ceppi batterici in organismi resistenti agli antibiotici è un meccanismo evolutivo naturale in grado di proteggere il batterio dall'azione del farmaco. L'introduzione degli antibiotici in ambito clinico (sia umano che veterinario) ha favorito la selezione di microrganismi resistenti e la sua conseguente diffusione nell'ambiente. I batteri, infatti, non riconoscono confini geografici né barriere di specie ed è per questo che il fenomeno dell'AMR rappresenta una minaccia globale. Inoltre, l'uso degli antibiotici comporta un rischio anche per il possibile rilascio nell'ambiente di residui ancora attivi, che possono così

contaminare acqua, suolo e vegetazione, continuando a svolgere la loro azione nei confronti dei batteri che comunemente popolano l'ambiente, contribuendo ulteriormente alla selezione di forme resistenti (3).

L'uso in ambito veterinario, settore nel quale viene consumato circa il 50% degli antibiotici utilizzati globalmente, rappresenta un importante fattore di rischio per la selezione e diffusione di batteri resistenti.

Il trasferimento di batteri resistenti dall'animale all'uomo può avvenire sia per contatto diretto o mediante alimenti di origine animale, che indirettamente, attraverso più complessi cicli di contaminazione ambientale.

Pertanto, in questo scenario è emersa la consapevolezza che per contrastare il fenomeno dell'AMR è necessario un approccio definito “*One Health*”, che promuova gli interventi coordinati nei diversi ambiti, umano, veterinario e ambientale (3).

9.1 ICA e AMR in Italia

Il problema delle ICA e dell'AMR è particolarmente rilevante in Italia. Secondo recenti stime, il nostro Paese è al primo posto in Europa per anni di vita persi a causa di disabilità, morbosità o mortalità in pazienti con ICA. Condividiamo il poco invidiabile primato con alcuni altri Paesi dell'Europa per quanto riguarda la proporzione delle infezioni sostenute da ceppi resistenti.

In Italia, inoltre, si verificano circa un terzo delle morti di tutta l'Europa in pazienti con ICA sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici (4, 5).

Per combattere l'AMR, il Ministero della Salute ha pubblicato nel 2017 il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR 2017-2020, disponibile al link:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2660_allegato.pdf)

che indica le principali azioni di contrasto al crescente fenomeno dell'AMR (3).

Iniziative della Regione Sicilia

La Regione Sicilia (che ha recepito il PNCAR con il D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018), è in prima linea nella sorveglianza e controllo delle ICA e nel contrasto dell'AMR (6). In particolare, la Regione ha approvato due progetti (anni 2014 e 2016) dal titolo: “Approccio integrato di sorveglianza del consumo di antibiotici, dei

profili di resistenza agli antibiotici e della clonalità dei microrganismi *alert* in ambito ospedaliero e territoriale” e “Sorveglianza attiva delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA)” che consentono la realizzazione delle attività di seguito riassunte e dettagliate nei documenti disponibili al link:

<https://www.qualitasiciliassr.it/?q=infezioni-correlate-assistenza>.

9.1.1 Sorveglianza delle ICA orientata al paziente

La sorveglianza delle ICA è definita come “la raccolta continua e sistematica, l’analisi, l’interpretazione e la diffusione dei dati relativi alle ICA, per pianificare, implementare e valutare le strategie per la prevenzione e il controllo delle infezioni” (<https://wiki.ecdc.europa.eu/fem/Pages/Surveillance%20-%20Principles.aspx>).

La sorveglianza rappresenta, dunque, lo strumento essenziale per descrivere la situazione epidemiologica e monitorare l’andamento nel tempo della frequenza di ICA e indirizzare gli interventi utili alla loro prevenzione. Nella Regione Sicilia vengono condotte diverse attività di sorveglianza delle ICA “orientata al paziente”, con un *focus* sui pazienti a maggior rischio di ICA.

Sorveglianza delle infezioni nelle Terapie Intensive: progetto SPIN-UTI

La sorveglianza delle ICA nelle Unità di Terapia Intensiva (UTI) costituisce uno dei principali obiettivi per il miglioramento della qualità dell’assistenza sanitaria, perché i pazienti ricoverati nelle terapie intensive presentano un rischio maggiore di acquisire un’ICA (gravità della malattia, immuno-compromissione, procedure invasive). In Italia, nel 2006 è stata condotta la prima delle sette edizioni del Progetto multicentrico nazionale “Sorveglianza Prospettica delle Infezioni Nosocomiali nelle Unità di Terapia Intensiva, SPIN-UTI” del Gruppo Italiano Studio Igiene Ospedaliera (GISIO) della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI).

Il protocollo della sorveglianza è basato su quello europeo dell’*European Center for Disease Control and Prevention* (ECDC) che rappresenta l’istituzione comunitaria che raccoglie annualmente i dati sulle infezioni nei reparti a maggior rischio dai diversi paesi europei. Sin dal 2006 hanno partecipato al progetto SPIN-UTI 22 Strutture Sanitarie e 41 UTI siciliane, per un totale 6651 pazienti sorvegliati (7-10).

Programma Regionale per l'azzeramento delle Infezioni CVC correlate "Targeting Zero"

L'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, con il D.A. n. 1004/2016, ha approvato la realizzazione di un programma di interventi volti alla riduzione delle batteriemie (infezioni del torrente ematico) correlate all'utilizzo di cateteri venosi centrali (CVC) fino al raggiungimento del valore più basso possibile o del suo azzeramento (*targeting zero*). Tale programma prevede la sorveglianza e la promozione delle pratiche corrette per l'inserimento e la gestione dei CVC e la realizzazione di studi regionali di prevalenza delle ICA (11).

Sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza e dell'uso di antibiotici negli ospedali per acuti: studi di prevalenza

Per identificare problematiche comuni a tutti gli ospedali e stimare le dimensioni globali in termini di prevalenza (frequenza) delle ICA e dell'uso di antibiotici, dopo gli studi condotti nel 2011 e nel 2012, la Regione Sicilia ha realizzato tre edizioni dello "Studio di prevalenza sulle Infezioni Correlate all'Assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti": nel 2016 (85 strutture sanitarie siciliane partecipanti), nel 2017-2018 (70 strutture) e nel 2018-19 (69 strutture sanitarie siciliane partecipanti). La prevalenza di pazienti con almeno un'ICA è risultata nel 2016 del 5,1%, nel 2017 del 4,7% e nel 2018-19 del 5,1% (12).

Studio di prevalenza italiano sulle Infezioni Correlate all'Assistenza e sull'uso degli antibiotici nelle strutture socio-sanitarie

La Regione Sicilia ha anche aderito alle due edizioni del progetto *Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial use in European Long-Term Care Facilities* (HALT-2 e HALT-3): uno studio nazionale ed europeo, condotto nel 2013 e ripetuto nel 2017, che ha avuto l'obiettivo di determinare la frequenza (prevalenza) delle ICA e dell'uso di antibiotici nelle strutture di assistenza socio-sanitaria extraospedaliera.

Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC) in interventi ortopedici e non ortopedici

Le Infezioni del Sito Chirurgico (ISC) possono svilupparsi a seguito di un intervento chirurgico, e costituiscono delle gravi complicanze, spesso associate ad un'elevata

mortalità. Dal 2010 il GISIO-SItI, per la sorveglianza delle ISC in interventi di impianto di protesi articolari (anca e ginocchio) o in interventi ad elevato rischio di infezione (ad esempio quelli del tratto digerente), ha condotto due edizioni del Progetto ISChIA (Infezioni del Sito Chirurgico in Interventi di Artroprotesi) e nel periodo 2013-2015 ha condotto il Progetto ISC-GISIO 2013 e dal 2018 il Progetto ISC-GISIO 2018 (13).

Le strutture sanitarie della Regione hanno attivamente partecipato alle diverse edizioni dei progetti di sorveglianza delle ISC: nel 2018, 56 strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

Progetto “Choosingwisely - Igiene ospedaliera” del GISIO-SItI in collaborazione con ANMDO

Nel 2017, nell’ambito del Progetto “Fare di più non significa fare meglio - *ChoosingWiselyItaly*”, è stata avviata la fase operativa relativa al progetto “*Choosingwisely - Igiene Ospedaliera*” del GISIO-SItI in collaborazione con l’Associazione Nazionale Medici di Direzioni Ospedaliere, ANMDO. In particolare, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, sono state selezionate cinque pratiche, spesso realizzate in maniere inappropriata, da monitorare con opportuni indicatori: I) igiene delle mani con soluzione idroalcolica e utilizzo dei guanti monouso; II) e III) profilassi antibiotica perioperatoria (PAP) - momento della somministrazione dell’antibiotico e durata della profilassi; IV) apertura delle porte in sala operatoria; V) comunicazione della positività a microrganismi *alert* alla dimissione del paziente. Al progetto, tuttora in corso, hanno aderito circa 50 strutture sanitarie siciliane (70% delle strutture partecipanti a livello nazionale).

9.2 Campagna siciliana sulla consapevolezza e uso prudente degli antibiotici

Sorveglianza delle resistenze antibiotiche e dei consumi di antibiotici

Negli ultimi anni sono stati attuati programmi di contrasto all’AMR a livello internazionale, nazionale e locale basati su interventi multipli, tra i quali il monitoraggio dei consumi di antibiotici, la definizione di linee guida, la realizzazione di programmi per l’attuazione di interventi che assicurino l’appropriata prescrizione di antibiotici (*stewardship*), informazione ai cittadini e formazione

degli operatori. Sulla base di tali evidenze la Regione Sicilia ha attivato nel 2017 un sistema di sorveglianza regionale dei consumi di antibiotici, sia in ambito territoriale che ospedaliero, e delle resistenze antibiotiche. Pertanto, a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private sono stati richiesti i dati relativi ai consumi di antibiotici in ambito ospedaliero e alle resistenze antibiotiche (anni 2015, 2016 e 2017). Durante il periodo di riferimento, è stato evidenziato un significativo *trend* in aumento della frequenza di alcuni microrganismi multiresistenti agli antibiotici (14).

Nell'ambito del piano d'azione di lotta ai crescenti rischi posti dall'AMR è stata lanciata la Campagna siciliana di informazione e comunicazione sulla consapevolezza e uso prudente degli antibiotici "Obiettivo Antibiotico", rivolta al pubblico (adulti, genitori, studenti), ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, ai farmacisti e agli operatori in ospedale e in altre strutture sanitarie, con l'obiettivo di generare e aumentare la consapevolezza riguardo l'uso corretto degli antibiotici ai fini di preservarne l'efficacia.

Punto di forza della Campagna "Obiettivo Antibiotico" è la creazione di un sito web interattivo (Figura 1), <https://www.obiettivoantibiotico.it/>, all'interno del quale poter facilmente consultare e condividere il *toolkit* sviluppato e fornito dall'ECDC, tradotto e adattato con i dati regionali, che comprende poster, messaggi chiave, locandine, video e altri contenuti multimediali (Figura 2).

Attraverso il sito è possibile, inoltre, in base allo specifico profilo della persona che accede - cittadino, medico, professionista ospedaliero, farmacista - scegliere di impegnarsi attraverso alcune semplici azioni che aiutano a preservare l'efficacia degli antibiotici e diventare *testimonial* per il comune obiettivo del contrasto antimicrobico-resistenza.



Figura 1. Home page del sito web "Obiettivo Antibiotico"



Figura 2. *Infografiche rivolte al pubblico consultabili sul sito web “Obiettivo Antibiotico” (tradotte e adattate dal toolkit dell’ECDC)*

Concluioni

La Regione Siciliana con l’Assessorato della Salute ha promosso la partecipazione delle strutture sanitarie pubbliche e private alle diverse attività sopra descritte nell’ambito della sorveglianza e prevenzione delle ICA e nel contrasto dell’AMR, ritenendole iniziative rilevanti e indispensabili per garantire la sicurezza del paziente e la qualità delle cure. L’ampia partecipazione a tali attività ha contribuito ad offrire alla Regione, e quindi a ciascuna struttura sanitaria, l’opportunità di creare ulteriori competenze per il consolidamento della cultura della sorveglianza delle ICA per monitorare ed indirizzare le politiche regionali per il controllo delle ICA e dell’AMR. Inoltre, con la promozione della Campagna siciliana di informazione e comunicazione sulla consapevolezza e uso prudente degli antibiotici “Obiettivo Antibiotico”, ha inteso coinvolgere attivamente anche la comunità e i cittadini con l’obiettivo di generare e aumentare la consapevolezza riguardo l’uso corretto degli antibiotici.

Bibliografia

1. World Health Organization. Antimicrobial Resistance Global Report on Surveillance 2014.
<https://www.who.int/drugresistance/documents/surveillancereport/en>.
2. World Health Organization. Ten threats to global health in 2019. WHO; 2019. <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
3. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza 2017-2020. PNCAR; 2017.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2660_allegato.pdf
4. Cassini, A.; Högberg, L.D.; Plachouras, D.; Quattrocchi, A.; Hoxha, A.; Simonsen, G.S.; Colomb-Cotinat, M.; Kretzschmar, M.E.; Devleeschauwer, B.; Cecchini, M., et al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis* 2019, 19, 56-66.
5. Tacconelli, E.; Pezzani, M.D. Public health burden of antimicrobial resistance in Europe. *Lancet Infect Dis* 2019, 19, 4-6.
6. Regione Siciliana. Assessorato della Salute. DASOE. Programma Regionale di sorveglianza e controllo delle ICA.
<https://www.qualitasiciliassr.it/?q=infezioni-correlate-assistenza>
7. Agodi A, Auxilia F, Barchitta M, Brusaferrò S, D'Alessandro D, Montagna MT, Orsi GB, Pasquarella C, Torregrossa V, Suetens C, Mura I; GISIO. Building a benchmark through active surveillance of intensive care unit-acquired infections: the Italian network SPIN-UTI. *J Hosp Infect.* 2010 Mar;74(3):258-65.
8. Agodi A, Auxilia F, Barchitta M, Brusaferrò S, D'Alessandro D, Grillo OC, Montagna MT, Pasquarella C, Righi E, Tardivo S, Torregrossa V, Mura I; GISIO-SITI. Trends, risk factors and outcomes of healthcare-associated infections within the Italian network SPIN-UTI. *J Hosp Infect.* 2013 May;84(1):52-8.

9. Agodi A, Barchitta M, Auxilia F, Brusaferrò S, D'Errico MM, Montagna MT, Pasquarella C, Tardivo S, Arrigoni C, Fabiani L, Laurenti P, Mattaliano AR, Orsi GB, Squeri R, Torregrossa MV, Mura I; Collaborators. Epidemiology of intensive care unit-acquired sepsis in Italy: results of the SPIN-UTI network. *Ann Ig.* 2018 Sep-Oct;30(5 Suppl 2):15-21.
10. Agodi A, Barchitta M, Quattrocchi A, Spera E, Gallo G, Auxilia F, Brusaferrò S, D'Errico MM, Montagna MT, Pasquarella C, Tardivo S, Mura I; GISIO-SITl working group. Preventable proportion of intubation-associated pneumonia: Role of adherence to a care bundle. *PLoS One.* 2017 Sep 6;12(9): e0181170.
11. Regione Siciliana, Assessorato della Salute, DASOE. D.A. n. 1004/2016. Programma Regionale per l'azzeramento delle Infezioni CVC correlate "Targeting Zero".
[https://www.qualitasiciliassr.it/sites/doc/ica/D.A. n. 1004 del 01.06.2016.pdf](https://www.qualitasiciliassr.it/sites/doc/ica/D.A._n._1004_del_01.06.2016.pdf)
12. Agodi A, Barchitta M, Mura I, Pasquarella C, Torregrossa MV, SITl G. The commitment of the GISIO-SITl to contrast Healthcare-Associated Infections and the experience of prevalence studies in Sicily. *Ann Ig.* 2018 Jul-Aug;30 (4 Suppl 1):38-47.
13. Agodi A, Auxilia F, Barchitta M, Cristina ML, D'Alessandro D, Mura I, Nobile M, Pasquarella C, Gisio-SITl G; GISIO - Italian Study Group of Hospital Hygiene. Risk of surgical site infections following hip and knee arthroplasty: results of the ISChIA-GISIO study. *Ann Ig.* 2017 Sep-Oct;29(5):422-430.
14. Barchitta M, Quattrocchi A, Maugeri A, La Rosa MC, La Mastra C, Sessa L, Cananzi P, Murolo G, Oteri A, Basile G, Agodi A. Antibiotic Consumption and Resistance during a 3-Year Period in Sicily, Southern Italy. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Jun 26;16(13).

10. La sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

(a cura di P. Schembri, M. Basile, V. Bonomo, A. Bonura, A. Giuliano, L. Zumbo, E. Alonzo)

10.1 Piano integrato dei controlli e la gestione delle emergenze in sicurezza alimentare

Garantire un livello elevato di tutela della vita e della salute umana è un obiettivo fondamentale delle politiche comunitarie.

La libera circolazione di alimenti sani e sicuri è un aspetto basilare del mercato interno e contribuisce in maniera significativa alla salute ed al benessere dei cittadini nonché ai loro interessi sociali ed economici.

La sicurezza degli alimenti e la tutela degli interessi dei consumatori possono essere fonte di crescente preoccupazione per i cittadini, le associazioni professionali, le organizzazioni commerciali.

Per garantire che sul mercato non siano presenti alimenti a rischio (dannosi o inadatti al consumo umano), gli Operatori del Settore Alimentare devono mettere in atto tutte quelle misure per far sì che gli alimenti soddisfino tutte le disposizioni della legislazione alimentare in tutte le fasi della produzione, della trasformazione e della distribuzione; gli Stati Membri organizzano un sistema ufficiale di controllo tramite le proprie autorità competenti finalizzato alla verifica del rispetto delle disposizioni della legislazione alimentare da parte degli Operatori del Settore Alimentare.

Nel 1978, in seguito al ritrovamento a Maastricht (nei Paesi Bassi) e in Germania Ovest di mercurio in arance provenienti da Israele gli Stati membri, fra cui l'Italia, stipularono un “*gentlemen's agreement*” ossia un accordo internazionale non vincolante, primo passo per un cambiamento giuridico vero e proprio come poi è avvenuto. Questo accordo in sostanza permetteva lo scambio di informazioni sui rischi collegati al consumo di prodotti alimentari potenzialmente dannosi.

Fu questo uno dei primi casi che sconvolgendo l'opinione pubblica ha poi portato all'istituzionalizzazione del sistema di allarme rapido con il Regolamento CE 178/2002 (art. 50 - Sistema di allarme rapido): “*È istituito, sotto forma di rete, un sistema di allarme rapido per la notificazione di un rischio diretto o indiretto per la salute umana dovuto ad alimenti o mangimi. Ad esso partecipano gli Stati membri, la*

Commissione e l’Autorità. Gli Stati membri, la Commissione e l’Autorità designano ciascuno un punto di contatto, che è membro della rete”.

Per cercare di fornire una chiave di lettura agli organi di controllo e agli operatori del settore, nel luglio del 2005 furono emanate le Linee Guida (Intesa Stato-Regioni n. 2395) nelle quali venivano evidenziate anche alcune criticità: *è impossibile stabilire criteri specifici per definire a priori, con precisione, che **cosa costituisca un grave rischio per la salute pubblica**. Ogni caso dovrà pertanto essere analizzato con scienza e coscienza, avvalendosi, eventualmente, del supporto tecnico-specialistico ritenuto più opportuno, tenendo conto di numerosi elementi quali ad esempio: tipo e quantità di microrganismi, distribuzione dell’alimento, destinazione d’uso, trattamenti ai quali verrà sottoposto, etc.*

Alla luce dei cambiamenti e delle problematiche emerse in sede operativa, nel 2008 si sancì una nuova Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome recante le Linee Guida per la gestione operativa del sistema di allerta per alimenti destinati al consumo umano che *“si applicano ogniqualvolta esista un grave rischio, diretto o indiretto, per la salute umana, animale e per la salubrità dell’ambiente, dovuto ad alimenti o mangimi già immessi sul mercato ...omissis... “Nel caso in cui si sospetti la presenza di un **rischio grave**, ma non siano disponibili sufficienti informazioni o dati scientifici al riguardo, sulla base del principio di precauzione, di cui all’art. 7 del Regolamento (CE) 178/2002, si procede all’immediata attivazione del sistema di allerta”.* Nell’allegato D sono indicati i **criteri per la notifica del rischio** sia in caso di **grave rischio** che quando si rende necessaria la **valutazione scientifica per accertare la presenza di un grave rischio sanitario** come ad esempio in caso di *“superamento del limite massimo fissato dalla legislazione comunitaria, o, in sua assenza, da quella nazionale”.*

Risulta evidente come la **valutazione del rischio** sia principio base su cui si fonda l’Allerta che viene definita dal Regolamento (CE) 178/2002 (art.3) come il *“processo su base scientifica costituito da quattro fasi: individuazione del pericolo, carat-terizzazione del pericolo, valutazione dell’esposizione al pericolo e carat-terizzazione del rischio”.* Naturalmente qualora sussista una situazione di incertezza sul piano scientifico si applicherà il **principio di precauzione** e quindi si adotteranno tutte quelle *“misure provvisorie di gestione del rischio necessarie per garantire il livello elevato di tutela della salute che la Comunità persegue, in attesa di ulteriori*

informazioni scientifiche per una valutazione più esauriente del rischio.” (art. 7 Reg. 178/2002).

Il sistema di allarme rapido pertanto prevede che lo scambio di informazioni sia rapido, efficiente e tempestivo qualora un evento possa rappresentare un rischio diretto o indiretto per la salute umana, animale o per l’ambiente e, come stabilito dal Regolamento (UE) 16/2011 (*recante disposizioni di applicazione relative al sistema di allarme rapido per gli alimenti ed i mangimi*), che ciò avvenga grazie ad una “rete” i cui “membri” (Paesi) attraverso i “punti di contatto” notificano le informazioni. Queste possono essere:

- **Notifica di allarme**, una notifica di un rischio che richiede o potrebbe richiedere un’azione rapida in un altro paese membro;
- **Notifica di informazione**, una notifica di un rischio che non richiede un’azione rapida in un altro paese membro;
- **Notifica di respingimento alla frontiera**, una notifica di respingimento di una partita, di un container o di un carico di alimenti o di mangimi come descritta all’articolo 50, paragrafo 3, lettera c), del regolamento (CE) n. 178/2002;
- **Notifica originale**, una notifica di allarme, una notifica di informazione o una notifica di respingimento alla frontiera;
- «**Notifica di follow-up**», una notifica contenente informazioni supplementari rispetto ad una notifica originale.

Le comunicazioni operano quindi su quattro differenti livelli:

- **Comunicazioni di allerta** per alimenti e mangimi già immessi in commercio per i quali viene richiesta un’immediata azione;
- **Comunicazioni informative**, riguardano alimenti e mangimi a rischio ma che non ancora raggiunto il mercato;
- **Comunicazioni di respingimento ai confini dell’UE**, relative ad alimenti e mangimi non idonei e respinti come tali;
- **Notizie**, informazioni giudicate di interesse per le autorità di controllo.

Ovviamente devono sussistere delle misure che consentano di procedere al richiamo e/o al ritiro di una merce non conforme e la base normativa di tale procedura è individuata nel Regolamento (CE) 178/2002, in particolare l’articolo 19 stabilisce gli obblighi dell’OSA, soggetto individuato dal legislatore e responsabile della

sicurezza dei prodotti immessi sul mercato, il quale in caso di prodotto non conforme deve **“avviare immediatamente procedure per ritirarlo e informarne le autorità competenti.”**, mentre l’articolo 14 stabilisce i requisiti di sicurezza disponendo, da parte delle autorità, **“il ritiro dal mercato qualora vi siano motivi di sospettare che, nonostante detta conformità, l’alimento è a rischio”**.

RICHIAMO

Misura volta a recuperare il prodotto che ha raggiunto anche il consumatore finale

RITIRO

Misura volta ad impedire la diffusione di un prodotto non conforme

Come stabilito dalle procedure di richiamo di prodotti non conformi (0047556-15/12/2016-DGISAN-MDS-P), al fine di rendere agevole per il consumatore l’individuazione del prodotto oggetto di richiamo, queste devono contenere almeno le seguenti indicazioni:

- *Denominazione di vendita;*
- *Marchio del prodotto;*
- *Nome o ragione sociale dell’OSA a nome del quale il prodotto è commercializzato;*
- *Lotto di produzione;*
- *Marchio di identificazione dello stabilimento, ove applicabile;*
- *Nome del produttore e sede dello stabilimento;*
- *Data di scadenza o termine minimo di conservazione;*
- *Descrizione peso/volume unità di vendita;*
- *Motivo del richiamo: descrizione precisa del pericolo che ha determinato il richiamo del prodotto. Si ritiene infatti che un’indicazione generica, del tipo “prodotto non conforme”, non sia sufficiente a soddisfare il requisito di accuratezza dell’informazione dettato dall’articolo 19 del Regolamento (CE) 178/2002;*

- *Le istruzioni al consumatore per la gestione del prodotto acquistato, nonché ulteriori eventuali avvertenze, incluse le modalità per contattare l'assistenza clienti (numero verde, indirizzo e-mail, etc.)*
- *Fotografia del prodotto, così come si presenta al consumatore all'atto dell'acquisto.*

La comunicazione di richiamo deve avvenire mediante apposizione di cartellonistica presso i punti vendita interessati e, nel caso di tossicità acuta, si devono informare i consumatori tramite radio, TV, stampa cartacea e *on-line*.

Dal 1° gennaio 2017 il Ministero della Salute ha predisposto una specifica area del portale per la pubblicazione dei richiami da parte degli OSA. Con le Regioni sono stati concordati il Modello *standard* per i richiami e la procedura da adottare. Quest'ultima prevede che, nei casi di un alimento a rischio, l'OSA debba compilare il Modello e trasmetterlo alle Autorità sanitarie competenti (ASL e Regioni) che, dopo le opportune verifiche, provvederanno alla pubblicazione sul portale del Ministero.

Il sistema di allerta RASFF

Un ulteriore strumento per garantire la sicurezza degli alimenti in distribuzione nell'Unione è l'istituzione, sotto forma di Rete, del sistema di allarme rapido RASFF, che coinvolge tutti i paesi membri, per la notificazione di un rischio diretto o indiretto per la salute umana dovuto ad alimenti.

I membri del RASFF, denominati Punti di Contatto, sono:

- La Commissione Europea;
- Gli stati membri dell'Unione Europea;
- L'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA);
- L'Associazione Europea di libero scambio (EFTA);
- La Svizzera in modo parziale;
- I tre paesi dell'European Economic Area (Norvegia, Islanda e Liechtenstein).

Le informazioni vengono comunicate e condivise tra gli Stati Membri in tempo reale tramite la Piattaforma i-RASFF alla quale accedono tutti i Punti di Contatto che possono sia effettuare che leggere le notifiche caricate nel sistema di altri Paesi.

Nel nostro Paese è presente presso la sede del ministero della Salute il DAV Allerta,

presso la sede dell'Assessorato della Salute DASOE - Servizio 7 *Sicurezza Alimentare* il Nodo regionale dell'Allerta o Punto di Contatto Regionale, e presso i Dipartimenti di Prevenzione Medico e Veterinario delle singole ASP i punti di contatto territoriali.

L'elenco dei punti di contatto territoriali sono periodicamente comunicati all'Assessorato della Salute che provvede a pubblicarli aggiornandoli.

Grazie alla piattaforma i-RASFF, sono state inviate e gestite ben 67 segnalazioni di allerta alimentare in tutto il territorio della Regione Siciliana nel triennio 2015-2018.

Oltre al RASFF è prevista, dalla Decisione 2004/478/CE della Commissione del 29 aprile 2004 *relativa all'adozione di un Piano generale di gestione delle crisi nel settore degli alimenti e dei mangimi*, l'istituzione di una apposita Unità di Crisi Regionale e delle Unità di Crisi Locali in ciascuna ASP.

La prima è istituita presso l'Assessorato della Salute DASOE Servizio 7 *Sicurezza Alimentare* ed è composta dal Dirigente Generale del DASOE, dal Dirigente del Servizio 7 *Sicurezza Alimentare*, dagli altri Dirigenti e personale amministrativo in Servizio presso il Servizio 7 *Sicurezza Alimentare*, nonché dal Direttore Sanitario dell'IZS di Palermo e dai Direttori Sanitari delle ASP territoriali.

Le Unità di Crisi Locali sono istituite presso ciascuna ASP e sono composte: dal Direttore Sanitario, dai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione Medico e Veterinario, dal Direttore del Servizio Igiene degli alimenti di Origine Animale, dal Direttore del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, dal Direttore del laboratorio di Sanità Pubblica, dal Dirigente delegato dell'IZS.

Tali Unità di Crisi vengono attivate allorchè il RASFF, con i suoi punti di contatto territoriali e regionale, non sono in grado di eliminare o ridurre ad un livello accettabile pericoli per la salute umana derivanti da alimenti.

L'esperienza fino ad oggi maturata dimostra che di norma le situazioni implicantanti dei rischi per i cittadini tramite gli alimenti possono essere adeguatamente gestite tramite le procedure esistenti (Autorità Competenti Locali e sistema RASFF). Tuttavia la presenza delle Unità di Crisi è sicuramente uno strumento che, in occasioni eccezionali di gravità di rischio, può essere utilizzato.

Anche i componenti delle Unità di Crisi Regionale e Locali devono periodicamente essere comunicati all'Assessorato della Salute che provvede a pubblicarli aggiornandoli.

Recentemente la Decisione 2004/478/CE della Commissione del 29 aprile 2004 è stata abrogata e sostituita dalla Decisione di Esecuzione UE 2019/300 della Commissione del 19 febbraio 2019 *che istituisce un piano generale per la gestione delle crisi riguardanti la sicurezza degli alimenti e dei mangimi*.

Tale aggiornamento della normativa deriva dall'esperienza acquisita in questi anni a seguito dei vari incidenti che hanno interessato alimenti e mangimi.

Tra le principali novità introdotte vi è la maggiore collaborazione tra le varie agenzie scientifiche dell'Unione con l'EFSA; tra queste il Centro Europeo per la prevenzione ed il controllo delle malattie (ECDC), l'Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA), l'Agenzia europea per il farmaco (EMA) etc.

10.1.1 Controlli ufficiali in ambito alimentare

Il controllo ufficiale (C.U) degli alimenti e delle bevande, effettuato lungo tutta la filiera produttiva (dalla produzione primaria alla trasformazione, magazzinaggio, trasporto, commercio e/o somministrazione), riguarda tutti i prodotti e gli additivi alimentari, nonché i materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti (MOCA), commercializzati nel territorio nazionale o destinati all'esportazione.

Infatti, ai sensi dell'art 2 del Reg CE 178/2002, si intende per alimento “qualsiasi sostanza o prodotto trasformato, parzialmente trasformato o non trasformato, destinato ad essere ingerito, o di cui si prevede ragionevolmente che possa essere ingerito, da esseri umani (comprese le bevande, le gomme da masticare e qualsiasi sostanza, compresa l'acqua, intenzionalmente incorporata negli alimenti nel corso della loro produzione, preparazione o trattamento).

Il Controllo Ufficiale è espletato dal Ministero della Salute attraverso le Regioni e le ASP. Nello specifico a livello di ASP operano, con la finalità di verificare e garantire la conformità e la salubrità dei prodotti alimentari e tutelare la salute della collettività e del consumatore finale, i Servizi Igiene degli Alimenti e Nutrizione SIAN (all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione) e Servizi Igiene Alimenti di Origine Animale SIAOA (all'interno dei Dipartimenti Veterinari).

Le attività di controllo delle produzioni alimentari vengono svolte in modalità integrata attraverso il Piano Nazionale Integrato (PNI) dei controlli ufficiali per la sicurezza alimentare e per la lotta alle frodi lungo l'intera filiera produttiva, in funzione dei rischi.

Il PNI 2015-2019 redatto dal Ministero della Salute in coordinamento con le altre amministrazioni competenti per i diversi settori, in conformità al Regolamento (CE) n.882/2004 e alla Decisione 2007/363/CE, è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni con Intesa del 18 dicembre 2014 e prorogato al 2019 con l'intesa del 6 settembre 2018.

Le Regioni recepiscono, predispongono e coordinano il Piano Regionale Integrato dei Controlli (PRIC) in coerenza con il PNI attraverso il Piano Regionale Integrato dei Controlli - PRIC, che costituisce la fase di pianificazione complessiva, da cui scaturiscono le specifiche programmazioni di settore. Gli Obiettivi di alto livello strategico per il PRIC 2015-2018, prorogato al 2019, sono: la tutela della sicurezza alimentare e della leale concorrenza nella commercializzazione di alimenti e mangimi mediante il mantenimento di un elevato livello di protezione della salute umana, della salute degli animali, e della sanità delle piante.

La Regione Sicilia ha inserito il PRIC nel Piano Regione della *Prevenzione all'interno del Macro Obiettivo 10- Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Integrato dei Controlli*, declinato in 22 azioni.

A seguire si citano i principali risultati conseguiti in tema di celiachia (2.10.1.o: adozione e attuazione di un programma regionale integrato celiachia) e sale iodato (2.10.1.p: adozione e attuazione di un piano regionale sale iodato).

10.1.2 Tutela della salute dei soggetti celiaci

A tutela della salute dei soggetti celiaci i SIAN delle ASP realizzano annualmente, in collaborazione con l'Associazione Italiana Celiachia Onlus Sicilia e con gli Istituti Alberghieri corsi di formazione teorico-pratici, svolti presso le cucine didattiche dei SIAN e/o le cucine degli istituti alberghieri, per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) che intendano produrre pasti per soggetti celiaci.

Inoltre per agevolare l'accesso delle persone affette da celiachia nelle mense delle strutture scolastiche ed ospedaliere e nelle mense pubbliche, il tavolo tecnico Regionale "celiachia" ha portato alla emanazione del bando regionale per incentivare la sicurezza nella produzione dei pasti per celiaci da parte dei centri cottura.

Per una migliore conoscenza della realtà Siciliana e l'alimentazione dei dati

Nazionali Celiachia, pubblicati del Ministero della Salute sotto forma di relazione Annuale, si provvede annualmente, per il tramite dei SIAN, ad aggiornare il censimento riportante: le mense che somministrano pasti senza glutine ed il numero dei soggetti celiaci distinti per sesso e per età.

Infine in più ASP vengono realizzati corsi formativi sulla celiachia per gli alunni frequentanti l'ultimo anno degli Istituti Alberghieri.

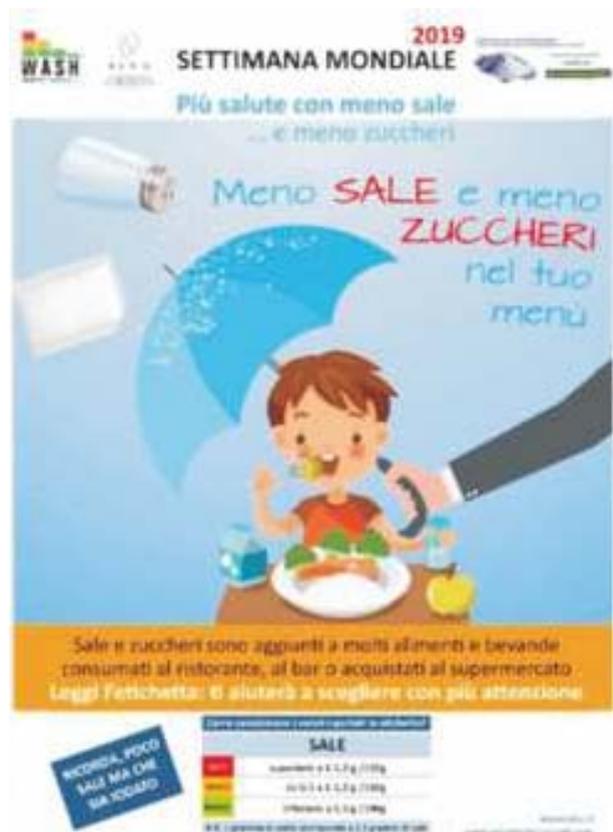
10.2 Promozione del consumo di sale iodato e riduzione del consumo eccessivo di sale da cucina

La carenza nutrizionale di iodio rappresenta un problema di salute pubblica rilevante, poiché gli effetti negativi, che possono interessare tutte le fasi della vita, risultano più gravi durante la gravidanza, allattamento e infanzia.

Al fine di **ridurre** sia la frequenza di patologie correlate alla carenza iodica che i relativi costi socio-sanitari il Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità - OSNAMI, con la Legge 55/2005, ha avviato una importante Campagna Nazionale per la “Promozione uso sale iodato”, che si integra con quella relativa alla “Riduzione del consumo eccessivo di sale da cucina”.

A tal proposito, le ASL della Regione Siciliana, per il tramite dei rispettivi SIAN, hanno portato avanti la rilevazione annuale del progetto OKkio alla Salute, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, e aderito alla campagna WASH (World Action on Salt & Health), in collaborazione con SINU (Società Italiana di Nutrizione Umana).

Per quanto sopra la Regione



procede, per il tramite dei SIAN a verificare, in occasione dei controlli ufficiali presso i punti vendita, le ristorazioni collettive e le mense scolastiche la presenza del sale iodato in luogo del comune sale da cucina. Inoltre il Piano Regionale dei Controlli prevede un piano mirato di campionamento del sale Iodato da cucina, finalizzato ad accertare che il contenuto in iodio sia rispondente a quanto dichiarato sulla confezione.

10.3 Il controllo delle acque destinate al consumo umano

L'acqua è parte essenziale della dieta quotidiana di ogni essere umano.

Tra i compiti del SIAN vi è anche quello di verificare ed assicurare che le acque erogate, destinate al consumo umano, posseggano i requisiti di salubrità e qualità previsti dalle apposite vigenti normative. (D. lgs 31/01 e s.m.i).

Per garantire tale adempimento i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) di tutte le Aziende Sanitarie della Regione, ogni giorno, seguendo una programmazione annuale, prelevano dei campioni di acqua nei comuni delle ASP di rispettiva competenza. Tali campioni vengono consegnati ai Laboratori di Sanità Pubblica di riferimento e sottoposti alle analisi di legge.

L'attività di monitoraggio in sintesi viene assicurata tramite i seguenti controlli:

- Campionamenti dalle reti idriche di acqua posta in distribuzione, destinate al consumo umano;
- Verifica serbatoi di accumulo;
- Controlli e campionamenti di acqua presso gli operatori del settore alimentare.

Le analisi sono effettuate per la ricerca, sia di eventuali germi patogeni (E. Coli, enterococchi) che di sostanze chimiche indesiderate che possono nuocere alla salute dei consumatori (arsenico, cadmio, idrocarburi, trialometani, cloriti, cromo, residui antiparassitari, ecc).

Occorre evidenziare che le acque erogate per il consumo umano sono sottoposte contestualmente ad analoghi controlli da parte degli ENTI Gestori, realizzando in questo modo un sistema sinergico di controlli, a garanzia di una costante verifica della qualità delle acque distribuite alla popolazione.

L'acqua che entra nelle case dei cittadini di ogni Comune della Regione viene

pertanto sottoposta regolarmente a numerosi controlli analitici e, salvo sporadici casi di contaminazione, sui quali vengono subito adottati adempimenti di profilassi da parte del SIAN, tali acque presentano i requisiti di potabilità e possono essere utilizzate per scopi alimentari. Dal 2019, con la collaborazione dell'ARPA, i controlli sono stati estesi anche alla ricerca di eventuale anomala presenza di **radioattività** nelle acque erogate, allargando ancora di più l'attività di verifica della qualità e della sicurezza delle stesse.

10.4 Il Piano della Regione Sicilia sul Controllo Ufficiale del ghiaccio alimentare

Il Piano di controllo Ufficiale sul ***Ghiaccio alimentare***, effettuato da più di due anni nelle attività di ristorazione e somministrazione pubbliche, può essere considerato un fiore all'occhiello della Regione Sicilia nelle attività di controllo delle acque destinate al consumo umano.

Il Piano Regionale in questione, infatti, nasce a seguito di una serie di analisi effettuate nell'anno 2016 presso il territorio dell'ASP di Palermo sul ghiaccio alimentare, che evidenziarono la presenza di numerose irregolarità e contaminazioni di tale alimento, soprattutto batteriche.

Tale esperienza fece sì che con Decreto Assessoriale del 03.08.2017, la Sicilia, in autonomia, promulgasse il primo ***Piano di controllo Ufficiale sul Ghiaccio alimentare*** allargato a tutto il territorio regionale.

La realizzazione di tale Piano di controllo, non espressamente richiesta dal Ministero della Salute alle Regioni, è proseguita nell'anno 2018 ed è stata reiterata anche per il 2019. Il Piano prevede un minimo di 248 controlli annui, da espletare sugli esercizi alimentari, soprattutto delle zone costiere, che effettuano somministrazione di bevande. Tale Piano, oltre alla ispezione dei locali e delle procedure di utilizzo ed eventuale produzione del ghiaccio, prevede anche il prelievo di campioni di ghiaccio in uso nell'esercizio.

Occorre rilevare che, al di là dei primi risultati che hanno confermato la presenza di irregolarità, l'adozione di tale piano di controllo ha consentito di avviare un confronto con gli Operatori del Settore Alimentare (OSA), che in molti casi mostravano una non sufficiente conoscenza dei rischi alimentari connessi all'utilizzo del ghiaccio alimentare. Tale percorso di verifica e sensibilizzazione sta già

determinando degli effetti positivi per la salute pubblica e per tali motivazioni la Regione Sicilia intende proseguire nelle attività di controllo sul ghiaccio alimentare, con l'auspicio che analoghi controlli vengano finalmente inserite da parte del Ministero della Salute in un piano di controllo nazionale.

10.5 Costruire un corretto rapporto tra l'uomo, l'animale e l'ambiente.

La relazione uomo-animale inizia circa 10.000 anni fa con l'addomesticamento del lupo, la prima specie verso la quale l'uomo ha rivolto il proprio interesse per ottenere dei benefici con un animale vivente.

In questo caso entrambe le specie, umana e animale, traevano vantaggio. Si instaurò infatti, una relazione simbiotica in cui l'uomo aveva un animale che era in grado di proteggere la sua abitazione ed il lupo, ormai cane, poteva ottenere del cibo per il proprio sostentamento senza dover ricorrere sempre ad azioni di caccia.

Circa 4000 anni fa, con caratteristiche differenti, incominciò anche la relazione uomo-gatto, sembra per la nota capacità dei gatti di cacciare i piccoli roditori, dannosi per le provviste umane.

Attraverso i secoli tali relazioni hanno subito dei cambiamenti e sono presenti praticamente in tutte le società, in evoluzione con lo sviluppo socioeconomico. Indubbiamente l'incremento della popolazione canina mondiale è avvenuto tenendo il passo con l'esplosione demografica umana: escludendo l'Antartide e alcune isole oceaniche, i cani sono infatti presenti in qualsiasi area abitata del mondo. Per quanto riguarda l'ultimo secolo, ciò è riconducibile sia ad una sempre maggiore efficienza delle cure veterinarie, e quindi al conseguente aumento della durata media della vita di questi animali, sia ad un incremento nel numero di cani di proprietà, reso possibile dal generale miglioramento delle condizioni economiche e sociali della popolazione umana.

Nel nostro Paese si stima che il rapporto tra uomo/animale è di 1:8 (fonte: Ministero della Salute). Il crescente interesse verso gli animali da compagnia trova un'ulteriore motivazione nella fisionomia dell'attuale organizzazione sociale, caratterizzata da nuclei familiari sempre più ridotti, col conseguente aumento delle persone sole e quindi bisognose di affetto e compagnia.

La relazione con l'animale infatti influisce positivamente sui rapporti tra le persone, i pets certamente favoriscono l'attività fisica, i contatti tra la gente durante le consuete

passeggiate, costituiscono spesso motivo di confronto e scambio di esperienze favorendo la comunicazione. Ma non solo, sono oramai accreditate le potenzialità espresse dalla relazione uomo-animale nei diversi contesti ludici, educativi e terapeutici e la comunità scientifica concorda sul fatto che i nostri animali da compagnia, riconosciuti esseri sensienti, esercitano un effetto calmante sull'uomo con conseguenti ricadute positive sui meccanismi capaci di far fronte ad ansia e stress, aspetto questo particolarmente importante per le ricadute positive sullo stato di salute di anziani, bambini ospedalizzati, ragazzi in situazioni di disagio psichico e sociale che ha portato al riconoscimento di forme terapeutiche nuove, già denominate *pet-therapy*, oggi chiamate più correttamente Interventi Assistiti con gli Animali (IAA).

In questa nuova dimensione relazionale, gli animali da compagnia possono essere parte attiva per il miglioramento dello stato di salute delle persone e, nello stesso tempo, possono diventare parte negativa se non gestiti e approcciati correttamente per gli aspetti igienici e di sicurezza. Invero, a questo aumento demografico ha fatto seguito un minor controllo delle popolazioni canine stesse in ambito urbano, con un incremento del dannoso fenomeno del randagismo, che attualmente coinvolge soprattutto la fascia meridionale dell'Europa (Spagna, Italia, Grecia e Turchia).

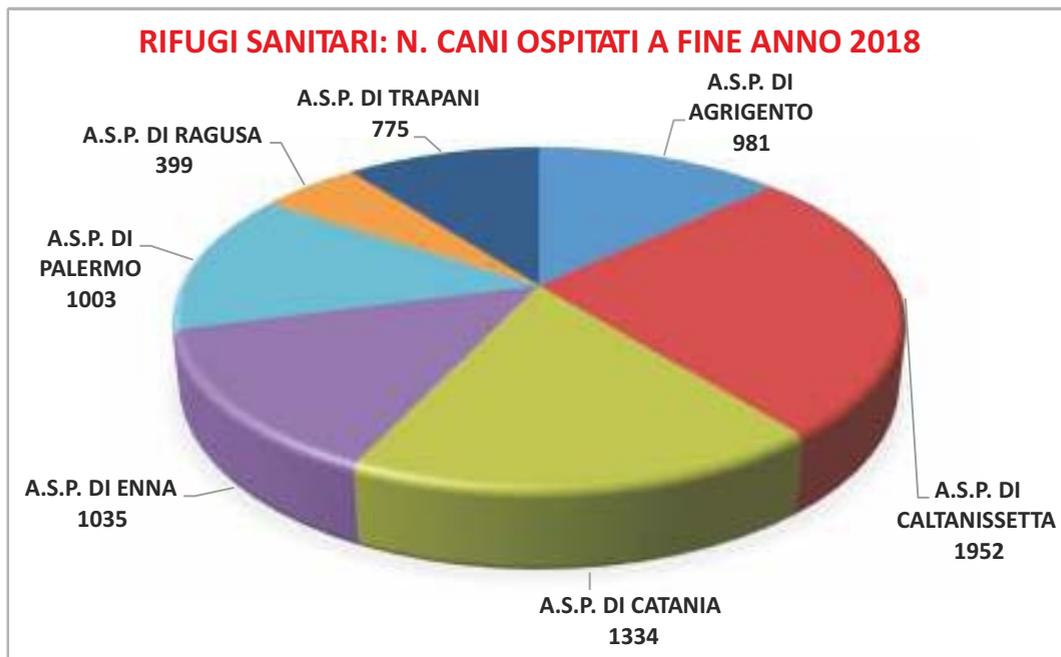
Il crescente numero di cani vaganti, liberi sul territorio e privi di proprietario, pone gravi problemi legati sia alla salute pubblica, in quanto potenziali vettori di malattie, quali rabbia, echinococco, leishmaniosi, toxoplasmosi, che all'aspetto socio-economico, perché causa di possibili danni agli allevamenti, di incidenti stradali, di costi elevati per il mantenimento dei cani in canile dopo cattura, di scarsa sicurezza di alcune aree e con gravi ripercussioni, quindi, sull'incolumità pubblica, a tutto ciò bisogna anche aggiungere il mancato rispetto del benessere animale.

Pertanto, affinché gli animali non diventino un problema negli ambienti di vita, ma rappresentino una risorsa, è necessario adeguare la cultura della popolazione umana.

In tale prospettiva, all'interno del Piano Regionale della Prevenzione è stato assegnato alla Sanità Pubblica Veterinaria, l'obiettivo di orientare le scelte della prevenzione e della promozione della salute verso un incremento della conoscenza e della consapevolezza delle persone sul corretto rapporto uomo-animale-ambiente, certamente con un approccio interdisciplinare, cercando di favorire le sinergie d'azione con le discipline del settore istituzionale, sociale e sanitario.



Infografica "Statistiche sugli animali censiti". BDR Animali d'Affezione Regione Sicilia



Numero cani ospitati a fine anno 2018 presso i Rifugi Sanitari accreditati.

Fonte "Banca Dati Regionale Animali d'Affezione Regione Sicilia".

Il randagismo è un fenomeno estremamente complesso e altrettanto complessa deve pertanto essere l'impostazione di un'opportuna e adeguata strategia per il suo contenimento che, non può fermarsi all'applicazione di una linea di azione generale uguale in qualsiasi situazione, ma che deve essere necessariamente frutto di una approfondita conoscenza delle problematiche legate al territorio nel quale venga attuata e con il coinvolgimento attivo di un elevato numero di attori, per migliorare la sinergia e le risposte operative di Enti pubblici, Aziende Sanitarie e Volontariato.

In coerenza, d'altronde, con la nuova visione di "salute ottimale", dove è necessario riequilibrare le linee strategiche d'intervento della prevenzione primaria e della promozione della salute ispirandosi al paradigma "*one world-one health-one medicine*".

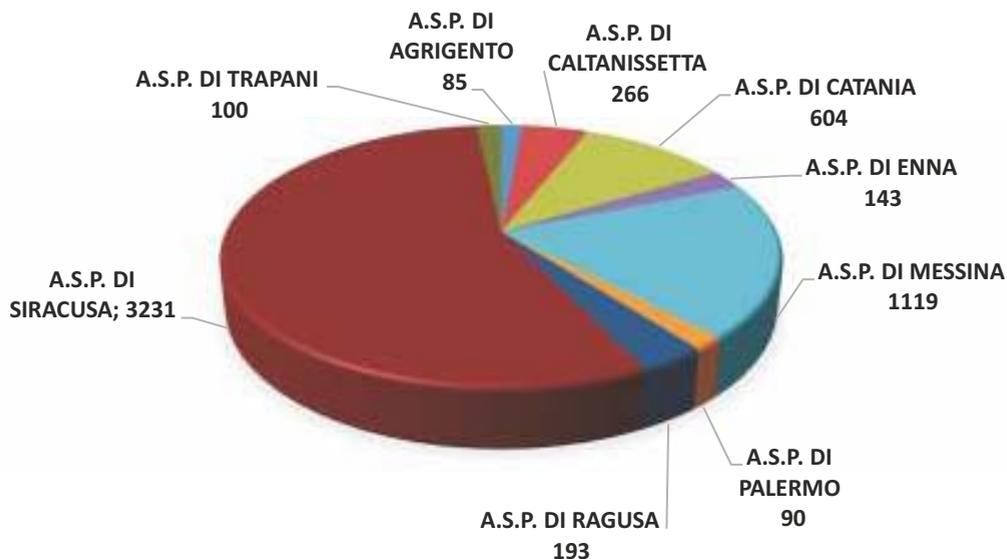
Ispirandosi a tale principio l'Assessorato alla Salute ha identificato le azioni prioritarie da mettere in campo per raggiungere l'obiettivo assegnato che vede l'individuo nella sua centralità in rapporto con l'animale e l'ambiente.

Il programma prevede l'attuazione di una campagna pluriennale di istruzione dei detentori, per promuovere il possesso responsabile, la riproduzione controllata per il contenimento delle nascite, di formazione del personale dei Servizi Veterinari e degli Enti pubblici deputati, con competenze diverse, alla gestione del fenomeno e di addestramento delle associazioni di volontariato, partners indispensabili perché sentinelle attive del fenomeno.

Inoltre, con la consapevolezza che l'anagrafe canina, l'unica obbligatoria ad oggi per gli animali in città, è uno strumento fondamentale ed imprescindibile per conoscere il numero di cani presenti sul territorio e di quelli con padrone, sono state programmate delle specifiche azioni con l'obiettivo di armonizzazione in ambito Regionale i diversi programmi informatizzati di cui si sono dotate le provincie siciliane per la gestione dei dati dell'anagrafe canina, adottando un unico standard di gestione, il sistema SIRAAF che, aggiornato ed implementato, consente in qualsiasi momento il rintraccio di un cane smarrito e ritrovato così da poter essere restituito al suo proprietario.

Permette inoltre la mappatura di tutte le strutture, pubbliche e private, adibite alla cura ed al ricovero dei cani catturati presenti in Regione e la relativa recettività.

RIFUGI RICOVERO: N. CANI OSPITATI A FINE ANNO 2018



Numero cani ospitati a fine anno 2018 presso i Rifugi Ricovero accreditati.

Fonte "Banca Dati Regionale Animali d'Affezione Regione Sicilia".

Si declinano di seguito gli obiettivi assegnati dal Piano Regionale di Prevenzione alla Sanità Pubblica Veterinaria e le azioni intraprese per prevenire il randagismo e migliorare la salute dell'uomo sia in termini di benefici apportati dal rapporto uomo-animale che di contrasto del rischio biologico e di sicurezza.

Obiettivo:

prevenire il randagismo, attraverso misure che possano incentivare le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, perché la microchippatura è sicuramente lo strumento più efficace ed utile a contenere tale fenomeno. Intensificare inoltre i controlli sui canili e sui rifugi perché ciò ha il duplice obiettivo di garantire le necessarie condizioni di benessere degli animali confinati in tali strutture e verificarne la corretta gestione sanitaria ed amministrativa.

Azioni

Al fine di costruire un corretto rapporto uomo/animali/ambiente e raggiungere l'obiettivo di prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni

in anagrafe degli animali da affezione e i relativi controlli sui canili/rifugi vengono adottate le seguenti azioni:

1. **Azione 2.10.2.a:** attuazione di una campagna pluriennale di informazione nei riguardi della popolazione/utenza *target*;
2. **Azione 2.10.2.b:** attuazione di una campagna pluriennale di formazione nei riguardi del personale dei Servizi Veterinari e degli Enti locali;
3. **Azione 2.10.2.c:** riorganizzazione del sistema anagrafico regionale per la gestione dell'anagrafe canina (ACRES);
4. **Azione 2.10.2.d:** aggiornamento e implementazione dell'anagrafe delle strutture di ricovero presenti in Sicilia;
5. **Azione 2.10.2.e:** approccio verso l'etologia canina.

Analisi dei Problemi

Il fenomeno del randagismo, ha un grande impatto sia sociale che sulla salute e la tutela pubblica oltre che economico sulle amministrazioni pubbliche. Deve essere gestito garantendo però il rispetto e la tutela del benessere animale. Tra i fattori che alimentano il problema la mancanza di educazione al possesso responsabile costituisce un grave punto critico. Inoltre il controllo del fenomeno del randagismo, spesso è vanificato dall'impiego di risorse umane ed economiche non ben coordinate per cattiva sinergia tra i diversi attori coinvolti che agiscono spesso con azioni frammentate e senza continuità. L'identificazione dei cani attraverso il microchip e la conseguente iscrizione nell'anagrafe degli animali da affezione costituiscono uno dei principali strumenti di prevenzione del randagismo. Costituisce un punto critico rilevante il mancato allineamento di tutte le provincie in ambito regionale al funzionamento ed implementazione del sistema anagrafico ACReS. È obiettivo della Regione, mettere a regime un sistema di aggiornamento, anche mediante geolocalizzazione, sulla rete e sul funzionamento delle strutture di ricovero (canili/rifugi) presenti in Sicilia. Ciò al fine anche di monitorare i controlli da parte dei servizi veterinari competenti che, ai sensi dell'articolo 24 del regolamento di polizia veterinaria, controllano tali strutture con una frequenza appropriata (almeno un controllo annuo) relativamente all'anagrafe degli animali ricoverati ed al mantenimento dei requisiti di benessere. I cani vaganti costituiscono un grave rischio

per l'incolumità pubblica perché possono essere causa di morsicature. Inoltre sono potenzialmente causa di diffusione di malattie trasmissibili all'uomo (zoonosi), tra queste la rabbia, che si trasmette appunto attraverso il morso di un animale infetto. Nonostante attualmente la rabbia a ciclo urbano in Italia risulti debellata, il cane che viaggia a seguito del proprietario costituisce un serio rischio di introduzione. Pertanto la guardia sulla malattia non deve essere abbassata.

Analisi degli Obiettivi

L'obiettivo della riduzione del numero di cani vaganti sul territorio si attua innanzitutto privilegiando gli interventi preventivi quali l'opera di educazione civica ed informazione del cittadino rispetto al corretto rapporto uomo/animale/ambiente. Per il controllo del fenomeno randagismo è indispensabile un'azione sinergica tra i diversi attori.

Creare momenti di formazione e confronto tra medici veterinari della ASP impegnati nei Servizi di Igiene Urbana Veterinaria e Enti Locali risulta indispensabile per garantire l'efficacia degli interventi. È importante però mantenere alta l'attenzione della popolazione sul rispetto dell'obbligo normativo.

La percentuale di cani vaganti catturati già microchippati, pertanto restituibili ai proprietari, sul totale dei catturati è un indicatore che misura il grado di diffusione dello strumento "anagrafe" sul territorio regionale.

Non appena la Regione predisporrà un sistema di aggiornamento, anche mediante geolocalizzazione, sulla rete e sul funzionamento delle strutture di ricovero (canili/rifugi) presenti in Sicilia, si sarà già in grado di far migrare i dati in suo possesso relativi all'aggiornamento delle strutture di ricovero (canili/rifugi) presenti sul territorio della provincia di Catania che risultano già geolocalizzate ed al numero di animali anagrafati ricoverati.

È obiettivo della Regione dare l'avvio ad uno studio pilota sulla etologia dei cani morsicatori che permetterebbe di trovare delle soluzioni al loro reinserimento sul territorio con adeguate garanzie sul rispetto della incolumità pubblica oltre che sulla assenza di rischio sanitario.

Dall'inizio del programma (2016) ad oggi (ultimo monitoraggio al 31/12/2018), sono state messe in atto tutte le azioni richieste attraverso gli strumenti individuati e raggiunti gli obiettivi assegnati come meglio specificato in tabella:

Azione	Obiettivo specifico	Indicatore	Valore atteso al 31/12/2016	Valore raggiunto al 31/12/2016	Valore atteso al 31/12/2017	Valore raggiunto al 31/12/2017	Valore atteso al 31/12/2018	Valore raggiunto al 31/12/2018
Azione 2.10.2.a: attuazione di una campagna pluriennale di informazione nei riguardi della popolazione/utenza target.	accrescere la sensibilità della popolazione generale sui temi del rapporto Uomo/Animali/Ambiente	realizzazione di campagne di informazione e sensibilizzazione	Predisporre Piano di informazione e sensibilizzazione (incontri nelle scuole, comuni, associazioni animaliste e protezioniste	100% N. 10 incontri informativi effettuati/n. 10 incontri informativi programmati	Predisporre Piano di informazione e sensibilizzazione (incontri nelle scuole, comuni, associazioni animaliste e protezioniste	100% n. 06 incontri realizzati l/n. 06 incontri programmati	n. 1 incontro	100% n. 1 evento realizzato/ n. 1 evento programmato + *n. 1 evento, Comune di Trecastagni - n. 10 operatori formati
Azione 2.10.2.b: attuazione di una campagna pluriennale e di formazioni e nei riguardi del personale dei Servizi Veterinari e degli Enti locali.	migliorare le conoscenze e le competenze del personale.	corsi di formazione e/aggiornamento in numero di almeno due per anno di riferimento del piano.	Predisporre numero due percorsi formativi per il personale dei servizi veterinari e degli Enti Locali	100% N. 2 percorsi formativi effettuati/N. 2 percorsi formativi programmati	Attuazione di numero uno percorso formativo per il personale dei servizi veterinari e degli Enti Locali	100% n. 01 incontri realizzati l/n. 01 incontri programmati	due per anno di riferimento del piano	100% n. 2 eventi realizzati/ n. 2 eventi programmati + *N. 1 evento in data 13/01/2018, circa n. 30 VV.LL.PP. istruiti su ACRES; - N. 1 Corso formazione "cane monitoratore" n. 20 Medici Veterinari formati (100%)

<p>Azione 2.18.2.e: riorganizzazione del sistema anagrafico regionale per la gestione dell'anagrafe canina (ACRES).</p>	<p>allineare tutte le province dell'isola verso un unico standard di gestione e funzionamento del sistema anagrafico (ACRES).</p>	<p>proporzione di cani identificati ed iscritti all'anagrafe regionale e restituiti al proprietario o rispetto al numero di cani catturati</p>	<p>Rilevazione dato</p>	<p>Dato rilevato : 2,96% N. 105 cani identificati ed iscritti all'anagrafe regionale e restituiti al proprietario/ N. 311 di cani catturati</p>	<p>Incremento della percentuale del cani anagrafici e restituiti al proprietario rispetto al dato rilevato al 2016</p>	<p>+ 26% N. 129 cani restituiti (n. 224 cani ritrovati anno 2017) / N. 105 cani restituiti (n. 331 cani ritrovati anno 2016)</p>	<p>Incremento della percentuale del cani anagrafici e restituiti al proprietario rispetto al dato rilevato al 2017</p>	<p>n. 49 restituiti/ n. 266 emandi nessun incremento la percentuale rispetto al dato rilevato al 2017 perché in alcuni casi, cani anziani, non si è riusciti a risalire ai proprietari per mancata comunicazione variazione dati anagrafici.</p>
<p>Azione 2.18.2.d: aggiornamento e implementazione dell'anagrafe delle strutture di ricovero presenti in Sicilia.</p>	<p>regimentare e un sistema di aggiornamento, anche mediante geolocalizzazione, sulla rete e sul funzionamento delle strutture di ricovero presenti nella regione.</p>	<p>proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di cani/rifiugi censiti sul territorio della Provincia di Catania.</p>	<p>Migrazione dati sul sistema di aggiornamento sul funzionamento delle strutture di ricovero se predisposto dalla Regione 100% controlli effettuati /previsti</p>	<p>100% N. 08 controlli effettuati/ N. 08 cani/rifiugi censiti sul territorio della Provincia di Catania</p>	<p>Migrazione dati sul sistema di aggiornamento sul funzionamento delle strutture e di ricovero se predisposto dalla Regione 100% controlli effettuati/previsti</p>	<p>100% N. 08 controlli effettuati/ N. 08 cani/rifiugi censiti sul territorio della Provincia di Catania</p>	<p>100% controlli effettuati/previsti</p>	<p>n. 8 controlli effettuati / n. 8 cani/rifiugi censiti in provincia di CT (100%)</p>
<p>Azione 2.18.2.e: approccio verso Fotologia canina.</p>	<p>avvio di un sistema istituzionalizzato di studio etologico del cane moicatore e mediante avvio di uno studio pilota.</p>	<p>Rapporti annuali a partire dal 2017.</p>	<p>A partire dal 2017</p>	<p>A partire dal 2017</p>	<p>Rapporto annuale su studio pilota Regionale</p>	<p>in attesa di direttive regionali</p>	<p>Regionale</p>	<p>Regionale</p>

Fonte: ASP Catania

Gli equilibri uomo-animale-ambiente sono parte integrante dei determinanti della salute ed il processo di urbanizzazione degli animali è da considerare un punto nevralgico per la stessa salute dell'uomo sia in termini di benefici apportati dal rapporto uomo-animale che di contrasto del rischio biologico e di sicurezza. Solamente l'attivazione di sinergie tra le diverse istituzioni e professionalità potrà dare una efficace risposta sanitaria ai nuovi bisogni erogando servizi omogenei su tutto il territorio della Regione Sicilia.

*"La grandezza di una nazione
e il suo progresso morale si possono giudicare
dal modo in cui tratta gli animali."*

M. K. "Mahatma" Gandhi

Campagne di comunicazione

(a cura di D. Segreto)

Nell'ambito della Promozione della salute e della Prevenzione, la Comunicazione assume un ruolo fondamentale ad ogni livello di una comunità: individuo, gruppo, organizzazione (scolastica, lavorativa, ricreativa), società. Alla base del messaggio comunicativo, deve sempre porsi, non è superfluo sottolinearlo, l'enfasi sulla salute. In tal senso, al di là degli aspetti tecnici relativi alla scienza della comunicazione - ovviamente essenziali nel momento tipico della scelta di obiettivi, strumenti e modalità operative di ogni campagna di informazione - va evidenziata la ragione profonda, soprattutto nel settore sanitario, per la quale è giusto investire risorse nella comunicazione, umane e materiali, allo scopo di ottenere risultati in termini di prevenzione e, pertanto, anche di risparmio finanziario.

Un risparmio che potrà essere reinvestito per migliorare l'intero sistema dell'assistenza sanitaria in ambito regionale.

Sembrerà una contraddizione logica, eppure il fatto di vivere ormai immersi nell'era dei social, di Internet e di altre forme di interazione tra soggetti, pubblici e privati, impone ancora di più, per evitare un ammassarsi confuso e fuorviante di "saperi" sparsi, l'elaborazione di strategie comunicative ben mirate nei contenuti e nelle forme espressive. Ciò, particolarmente da parte degli enti pubblici che si occupano della salute delle persone.

Un diritto, quello alla salute, a cui tutti, indipendentemente dalle condizioni personali, possono e devono accedere.

Obiettivo precipuo della comunicazione è, infatti, il potenziamento della conoscenza e dell'*empowerment*, cioè quel processo che unisce il miglioramento dell'autostima e dell'autodeterminazione di ognuno di noi, finalizzato a promuovere atteggiamenti favorevoli nei confronti della salvaguardia della salute - propria e della comunità - come ad esempio l'adesione ai programmi di prevenzione (*screening* oncologici, vaccini) o il coinvolgimento attivo del cittadino alla donazione del sangue e degli organi.

La facilità dell'approccio alla conoscenza, in senso generale, non vuol dire acquisire automaticamente quella conoscenza, anzi, accade sovente il contrario. Ecco allora la sinergica azione comunicativa - che mette insieme in maniera ordinata le necessarie informazioni con l'illustrazione dei servizi sul territorio correlati - finalizzata sia, come or ora accennato, alla crescita della consapevolezza individuale e collettiva su corretti stili di vita che, se non perseguiti, possono condurre a una condizione di malattia, sia all'uso corretto dei servizi - non necessariamente sempre ospedalieri - che la struttura sanitaria pone nella disponibilità del cittadino, spesso ignaro della sua esistenza.

Ed è proprio per la tematica trattata (salute), che le istituzioni hanno una specifica responsabilità, inerente alla continua ricerca di appropriatezza dei canali di comunicazione che possano far giungere in maniera efficace un dato messaggio al corretto target di popolazione.

I canali usati variano notevolmente, al variare del target e del tema di salute proposto: TV, Cinema, radio, Internet, convegni, seminari, moduli formativi, cartellonistica, riviste, quotidiani etc.

La recente iper evoluzione telematica fa sì che anche i potenziali mezzi di comunicazione siano particolarmente dinamici, così come ampiamente variabile è il contesto socio culturale in cui può avvenire la comunicazione in tema di prevenzione.

Nessun ambiente può e deve essere escluso dalla "promozione della salute", sia essa una abitazione familiare, la scuola, lo studio del medico di famiglia o del pediatra, fino all'ambiente di lavoro, mentre il messaggio comunicativo deve necessariamente tener conto dell'alfabetizzazione sanitaria della popolazione di riferimento.

Per tale ragione, risulta particolarmente efficace, seppur non facile né immediato, riuscire a coniugare completezza di informazione ed evidenza scientifica con capacità di sintesi ed immediatezza del messaggio.

Basta scorrere le diverse campagne realizzate dall'Assessorato regionale alla Salute per rendersi conto che quella sopra descritta è e rimane una filosofia che va ben oltre la fredda informazione in senso stretto per allargarsi al cuore della prevenzione costituito da informazione, sensibilizzazione, consapevolezza e conoscenza dei servizi sanitari attivi.

Se riusciremo nell'intento, cioè la creazione di una nuova responsabilità sulla cura del proprio corpo e della propria psiche, avremo enormi ricadute sulla diminuzione del tasso di mortalità riguardanti diverse patologie e minori spese legate all'assistenza quando quest'ultima si rivela oggettivamente tardiva, negli stadi terminali o comunque di già grave compromissione delle speranze di vita.



ALZATI E CAMMINA

LA VITA È UN MIRACOLO, PROTEGGILA

IN SICILIA IL 55% DELLA POPOLAZIONE CONDUCE UNA VITA SEDENTARIA

UNA MODERATA ATTIVITÀ FISICA QUOTIDIANA RIDUCE IL RISCHIO DI SVILUPPARE PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI, TUMORI E DIABETE.

AVVOLGITI AL TUO MEDICO DI FAMIGLIA



REGIONE SICILIANA
DIPARTIMENTO REGIONALE DELLA SALUTE



#SicilyCare | comunicazione.it



REGIONE SICILIANA
DIPARTIMENTO REGIONALE DELLA SALUTE



#SicilyCare | comunicazione.it



OBESICILY

un siciliano su due è obeso e in sovrappeso

Seguire una sana alimentazione secondo i canoni delle diete mediterranee
riduce il rischio di diabete, infarto, ictus e tumori.

L'OBESITÀ È UN PROBLEMA SOCIALE, AVVOLGITI AL TUO MEDICO DI FAMIGLIA



MINISTERO DELLA SALUTE

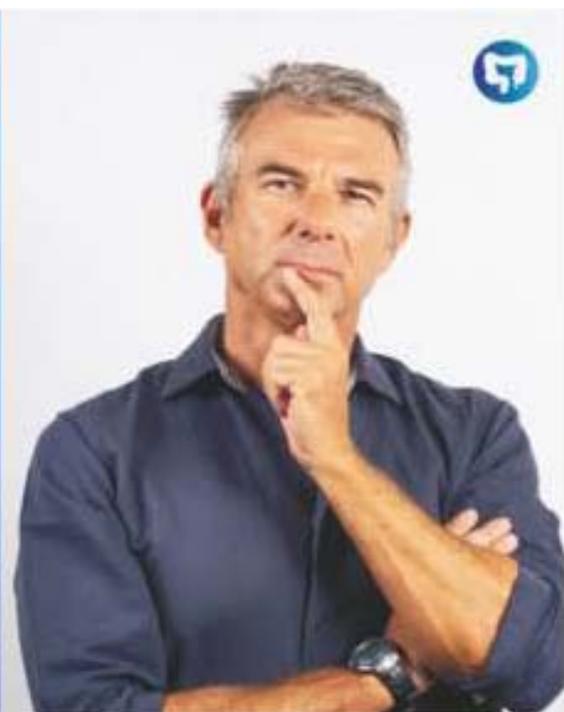


#StilistiCare | centroinformato.it

IO LO FACCI OGNI 2 ANNI

LO SCREENING PUÒ SALVARTI LA VITA

Il SOF test (ricerca del sangue occulto nelle feci) è un esame gratuito per la prevenzione del tumore del colon, offerto dall'ASP a uomini e donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni.
Rispondi all'invito o contatta la tua ASP.
 Parlane con il tuo medico di famiglia.




MINISTERO DELLA SALUTE



#StilistiCare | centroinformato.it

IO LO FACCI OGNI 2 ANNI

LO SCREENING PUÒ SALVARTI LA VITA

La mammografia è un esame gratuito per la prevenzione del tumore della mammella, offerto dall'ASP alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni.
Rispondi all'invito o contatta la tua ASP.
 Parlane con il tuo medico di famiglia.







**IO LO FACCI OGGI
OGNI 3 ANNI**
LO SCREENING PUÒ SALVARVI LA VITA

Il Pap test è un esame gratuito per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, offerto dall'ASP alla donna di età compresa tra i 25 e i 33 anni. Riprendi all'invito o contatta la tua ASP. Parlane con il tuo medico di famiglia.






**IO LO FACCI OGGI
OGNI 5 ANNI**
LO SCREENING PUÒ SALVARVI LA VITA

Il test per il Papilloma virus è un esame gratuito per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, offerto dall'ASP alle donne di età compresa tra i 34 e i 64 anni. Riprendi all'invito o contatta la tua ASP. Parlane con il tuo medico di famiglia.





REGIONE SICILIANA
MINISTERO DELLA SALUTE
www.asl.it
Piano Regionale di Prevenzione 2016-2018



NON SBAGLIARE MEZZO
non dipendere dipende solo da te



REGIONE SICILIANA
MINISTERO DELLA SALUTE
www.asl.it
Piano Regionale di Prevenzione 2016-2018



NON SBAGLIARE TIRO
non dipendere dipende solo da te


REGIONE SICILIANA
 ASSOCIATO DELLA SALUTE
 L. 10/01/2012 n. 2
 Piano Regionale Promozionale 2014-2019


SICILIA
 SI CURA

NON SBAGLIARE PISTA
 non dipendere dipende solo da te


REGIONE SICILIANA
 ASSOCIATO DELLA SALUTE
 L. 10/01/2012 n. 2
 Piano Regionale Promozionale 2014-2019


SICILIA
 SI CURA

FEGATO
SPAPPOLATO?

MEGLIO
VIVERE



REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE
A cura del R.A. S.O.E. - Piana Regionale Professionale 2018-2019



NON ESSER PREVENUTO; PREVIENI.

ASCOLTA IL TUO MEDICO;
VACCINATI.

#SiciliaSiCura | vaccinarsisicilia.org | costruirsalute.it



REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE
A cura del R.A. S.O.E. -
Piana Regionale Professionale 2018-2019



la strada non è una pista

Hai bevuto? Hai assunto droghe? **NON GUIDARE**



#SiciliaSiCura | costruiredsalute.it



goditi la vita



PROTEGGITI DALLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI



DOVE FARE I TEST

- > Divisione ospedaliera malattie infettive
- > Centri trasfusionali
- > Aziende Sanitarie Provinciali (ASP)



800 861 061

Numero Verde AIDS e IST
(Infezioni Sessualmente Trasmesse)



#SiciliaSiCura | costruiredsalute.it



goditi la vita



PROTEGGITI DALLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI



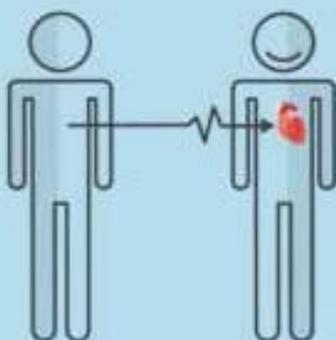
DOVE FARE I TEST

- > Divisione ospedaliera malattie infettive
- > Centri trasfusionali
- > Aziende Sanitarie Provinciali (ASP)



800 861 061

Numero Verde AIDS e IST
(Infezioni Sessualmente Trasmesse)



CHI DONA RIACCENDE LA VITA

DAI IL TUO CONSENSO.
DONANDO SALVI PIÙ VITE.



il tuo latte è il primo vaccino

il latte materno è
nutriente, gratuito,
naturale e a km 0.

Conclusioni Il Valore della Prevenzione

(A cura di P. S. Caltabiano)

Sviluppare nuovi comportamenti è un processo che vede diversificate declinazioni, ma che comunque trova nella motivazione soggettiva il suo motore determinante.

La motivazione è un concetto dinamico, plurale, affascinante e mistico al tempo stesso, che trova la propria ragion d'essere in tre dimensioni storiche: nei *bisogni* dove la scarsità costituisce un naturale propulsore al cambiamento e al raggiungimento degli obiettivi minimi vitali; nei *desideri*, dove l'essere umano, in una diffusa ricerca del benessere soggettivo e sociale, crede non solo nel miglioramento continuo e nella progressiva valorizzazione di ciò che si è e di ciò che si ha, ma anche nella consapevolezza della vitalità intima che possiedono i concetti di sfida e di evoluzione soggettiva; e infine nei *valori*, dove ciò che vale spesso è caratterizzato da una coniugazione individuale distintiva divenendo, in presenza di attribuzioni interpretative condivise da altri, un riferimento sociale e plurimo, alto e diffuso.

E' proprio in un'ottica motivazionale che il dare valore alla prevenzione, configurarla come un appuntamento periodico e qualificante della propria esistenza per definire, costruire e articolare i propri progetti di vita, rappresenta il presupposto fondamentale per far diventare la Salute non tanto lo scopo dell'esistenza stessa quanto una risorsa ineludibile per soddisfare i propri bisogni e desideri.

D'altronde vi è una forte correlazione tra i concetti di Prevenzione e di Promozione della Salute, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come: "il dare alle persone i mezzi per diventare più padroni della propria salute e per migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, la persona o il gruppo deve essere in grado di definire e concretizzare le aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni e di modificare l'ambiente, così da adattarvi.

La salute, quindi, è considerata come una risorsa della vita quotidiana e non come lo scopo dell'esistenza. La salute è un concetto positivo che mette l'accento sulle risorse sociali e personali, così come sulle capacità fisiche.

La promozione della salute non si risolve solo nel settore della sanità; essa va oltre gli stili di vita sani per includere la nozione di benessere”.

Se da una parte il desiderio di conoscere e di sapere è coesistente alla natura umana, dall'altra può divenire ansiogeno quando, come nella Prevenzione nel contesto della Salute, il contenuto della nuova conoscenza ha la potenzialità di influenzare in modo inequivocabile il proprio stile di vita o addirittura la propria prospettiva del futuro.

Sapere, in quanto amore per la sapienza, rappresenta un'azione psicologica per il proprio esistere distintivo e per la propria evoluzione. Ma la ricerca della vera conoscenza, per Platone, come per i Socratici e per Nietzsche, è stata anticamente ricollegata a ciò che si sapeva già, alla propria esperienza esistenziale, in quanto l'amore per la sapienza non significava infatti un'aspirazione a qualcosa di mai raggiunto bensì la tendenza a recuperare quello che già era stato realizzato e vissuto. Questo orientamento biografico nella ricerca della conoscenza era comune anche ad altre culture.

Narra un'antica leggenda ebraica che la ragione per la quale l'uomo prima di nascere, deve passare nove mesi nel ventre materno è che lì l'Arcangelo Gabriele gli insegna tutta la Torà, quella scritta e quella orale. Per nove mesi, con una candela accesa sulla testa, l'uomo impara tutta la Legge e, solo quando è pronto, può nascere alla luce del mondo. Un istante prima della nascita l'angelo gli spegne con un soffio la fiammella e il bambino dimentica ogni cosa: tutta la sua vita dovrà essere dedicata allo studio della Torà, a cercare di ricordarsi quello che aveva già imparato.

Gli viene spenta la fiammella che porta sulla testa e questa viene sostituita dalla luce del mondo esterno. Nei meandri oscuri del ventre materno aveva una luce interna, questa si spegne e al suo posto appare la luce del sole, che abbaglia anziché illuminare.

Per questo motivo, continua la leggenda ebraica, il neonato piange al momento della nascita poiché ha dimenticato tutto e dovrà dedicare la sua intera vita a cercare di ricollegarsi faticosamente al sapere perduto. Il neonato piange perché non sa più.

Per gli Ebrei, come per gli antichi Greci, la vera sapienza era dunque non quella inventata, bensì quella recuperata.

Sapienza, filosofia ed esperienza esistenziale erano un'unica cosa. Al di là di questi approcci suggestivi che continuano ad avere una loro valenza, seppur solo parziale,

in alcune discipline di lontana derivazione psicologica, colui che si occupa di formazione alla Prevenzione, soprattutto in ambito sanitario, è sì chiamato, in diversi casi, a far elicitar l'esperienza esistenziale e a farla proiettare verso l'esterno, ma è altresì coinvolto nel far crescere nuovi apprendimenti e nuove connessioni cognitive, e quindi nuovi comportamenti, in grado di disegnare anche scenari e soluzioni inedite alla propria esperienza.

Il *Formatore in Prevenzione* è quindi un agente di responsabilità, ovvero un generatore di competenze spesso orientate a determinare nuove possibilità che devono essere commisurate, anche eticamente, al sentimento del potere percepito.

Gli stessi esperti di apprendimento e i divulgatori di corretti stili di vita devono quindi rispondere al concetto di metaresponsabilità, ovvero devono farsi carico responsabilmente, come afferma Manuel Cruz, delle responsabilità che generano, sviluppano e diffondono, ponendo particolare attenzione anche agli effetti determinati con il proprio agire personale e professionale, rispettando quindi un'etica della responsabilità di weberiana memoria e una congruenza comportamentale fra ciò che dicono di fare e ciò che effettivamente fanno.

Tale presupposto è, infatti, fondamentale nell'affrontare il grande tema della Prevenzione.

Medici, operatori sanitari e formatori sulle tematiche della Salute hanno quindi fra i propri compiti, anche quello di sviluppare l'intenzionalità, nella sua accezione filosofica, ovvero la capacità della mente di trascendere verso un oggetto o un contenuto, facilitando il riconoscimento di una direzione o di un orientamento che connoti qualitativamente la propria vita. Nella consapevolezza che gli esseri umani possono assumere differenziati criteri di comportamento. Da una parte, alcuni, nel dare una direzione precisa alla propria esistenza, tendendo verso nuovi obiettivi, anche valoriali e comportamentali, definiti, riconoscibili, descrivibili, mentre, dall'altra, altri allontanandosi da ciò che temono o che non vogliono sapere o sperimentare, attivando, quindi, un atteggiamento di fuga.

Avere una direzione nell'acquisire conoscenze vede solitamente la prefigurazione di un'analisi degli obiettivi, di una valutazione delle alternative, di una considerazione delle modalità e dei percorsi da intraprendere per raggiungere i traguardi ipotizzati, sempre nella consapevolezza che una direzione più è ponderata maggiore sarà la

forza del cambiamento con cui verrà perseguita, avendo superato differenziati esami e verifiche. Ma ci sono persone che non desiderano vivere una vita caratterizzata da direzioni specifiche, focalizzando la propria esperienza nell'allontanarsi da ciò che non desiderano.

Schopenhauer, che rappresenta uno dei massimi filosofi appartenenti a questo orientamento, ha più volte sottolineato che la vera felicità è data dallo stare lontani da ciò che non si vuole (anche sapere).

Prevenire è, quindi, un valore complesso, perché implica altri valori quali quelli del Potere, della Conoscenza, della Responsabilità, verso se stessi e verso gli altri. Anche perché il Non Prevenire comporta e determina conseguenze potenziali non solo verso se stessi ma anche verso la comunità sociale cui si appartiene, basti pensare agli effetti e ai costi generati dalla mancata prevenzione in ambito socio-sanitario.

Formare alla Prevenzione è quindi un'azione di sviluppo di atteggiamenti individuali che insistono fortemente sia sulle singole Persone sia sui contesti intersoggettivi di appartenenza, dove, appunto, il valore della Prevenzione è dato dal generare potere prospettico e dal favorire la generatività e la creazione di futuro.

Per Prevenire adeguatamente occorre, quindi, sviluppare una cultura sociale che viva la Conoscenza come un valore olistico in grado di generare benéfici effetti a livello individuale e plurale.

Lo sviluppo della cultura della Prevenzione deve quindi attivarsi, come difatti parzialmente si verifica, nei mondi dell'evoluzione soggettiva come quelli della famiglia, della scuola, dello sport, del volontariato, dell'associazionismo, anche tramite un controllo sociale dato dall'attenzione al principio dell'etica della Responsabilità verso se stessi e verso gli altri.

Prevenire, quindi, in una società futuribile in cui i costi della cura non potranno più continuare a essere molto superiori rispetto a quelli sostenibili per la prevenzione, dovrà divenire, in via secondaria, un processo obbligatorio, che, come per tutti i percorsi determinati dagli operatori modali del doverismo, avrà un minore fascino generando timori e resistenze, ma anche minori costi sociali. Sempre, comunque, dopo avere sviluppato il valore del Voler Prevenire quale modalità primaria per porre attenzione al Sé e agli Altri.

Per far vivere la Prevenzione come un valore essenziale per l'evoluzione soggettiva e

della collettività si dovrà quindi operare sulla Conoscenza, sul Sapere, su senso di Responsabilità verso se stessi e la società civile, sulla gestione delle emozioni negative, quali la Paura e l'Ansia da *distress*, ma anche e soprattutto sull'Esempio comportamentale in particolar modo da parte di chi, operando ai diversi livelli e ruoli nel mondo della Salute e della Sanità, rappresenta agli occhi della pubblica opinione, il punto di riferimento più immediato, autorevole e, quindi, potenzialmente esemplare e da modellare.

AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI

	DIREZIONI: Direttore Generale Direttore Sanitario Direttore Amministrativo	COORDINATORE /REFERENTE PRP	CONTATTI
AG	Alessandro Mazzara Gaetano Mancuso Alessandro Mazzara	Salvatore Cuffaro	protocollo@pec.aspag.it
CL	Alessandro Caltagirone Paola Marcella Santino Pietro Genovese	Antonio Bonura	protocollo.asp.cl@pec.asp.cl.it
CT	Maurizio Lanza Antonino Rapisarda Giuseppe Di Bella	Antonio Leonardi	protocollo@pec.aspct.it
		Elena Alonzo	
EN	Francesco Iudica Emanuele Cassarà Sabrina Cillia	Eleonora Caramanna	protocollo.generale@pec.asp.enna.it
ME	Paolo La Paglia Domenico Sindoni Catena Di Blasi	Marisa Agosta	protocollogenerale@pec.asp.messina.it
PA	Daniela Faraoni Maurizio Montalbano Nora Virga	Concetta Anzalone	gestionegiuridica@pec.asppalermo.org
		Maurizio Gallo	
RG	Angelo Aliquò Raffaele Elia Rosario Fresta	Francesco Blangiardi	protocollo@pec.asp.rg.it
SR	Salvatore Lucio Ficarra Anselmo Madeddù Salvatore Iacolino	Maria Lia Contrino	direzione.generale@pec.asp.sr.it
TP	Fabio Damiani Gioacchino Oddo Sergio Consagra	Francesco Di Gregorio	direzione.generale@pec.asptrapani.it

AZIENDE OSPEDALIERE		
	DIREZIONI: Direttore Generale Direttore Sanitario Direttore Amministrativo	CONTATTI
A.O. Papardo (ME)	Mario Paino Salvatore Munafò Giuseppe Ranieri Trimarchi	protocollo@pec-aopapardo.it
A.O.U.P. P.Giaccone (PA)	Fabrizio Di Bella Fabrizio Di Bella Giovanna Volo	protocollo.aoup@pec.policlinicogiaccone.it
A.O. Villa Sofia Cervello PA	Walter Messina Rosanna Oliva Aroldo Gabriele Rizzo	protocollo@pec.ospedaliriunitipalermo.it
A.R.N.A.S. CIVICO G. di Cristina (PA)	Roberto Colletti Francesco Paolo Tronca Salvatore Requirez	ospedalecivicopa@pec.it
ARNAS Garibaldi CT	Fabrizio De Nicola Giovanni Annino Giuseppe Giammanco	protocollo.generale@pec.ao-garibaldi.ct.it
A.O.U.P. V. Emanuele (CT)	Salvatore P. Cantaro Giampiero Bonaccorsi Antonio Lazzara	protocollo@pec.policlinico.unict.it
A.O. Cannizzaro (CT)	Salvatore Giuffrida Giuseppe Modica de Moach Diana Cina'	a.o.cannizzaro@pec.it
A.O.U.P. G. Martino ME	Laganga Senzio E. Amata P. Reitano	protocollo@pec.polime.it
IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo (ME)	Vincenzo Barone Maria Felicita Crupi Giuseppe Rao	protocollo@pec.irccsneurolesiboninopulejo.it



REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE
DASOE



#SiciliasìCura | costruiredalute.it