



Ministero della Salute



Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie

Intesa Stato Regioni Province Autonome del 23 Marzo 2005

Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007: linee operative per la pianificazione regionale

Indice

1. Sorveglianza e prevenzione dell'obesità	pag. 2
2. Prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto incidenti cardiovascolari	pag. 4
3. Sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali	pag. 7
4. Sorveglianza e prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro	pag. 12
5. Sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici	pag. 19
Allegato:	
Strategia di intervento per la prevenzione dell'obesità	pag. 25



SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELL'OBESITÀ

Il “Rapporto 2002 sulla salute nel mondo” dell’OMS indica l’inattività fisica, la scorretta alimentazione, il sovrappeso e/o l’obesità, l’ipercolesterolemia ed il tabagismo come i principali fattori di rischio per lo sviluppo di malattie non trasmissibili, quali la malattia coronarica, gli accidenti cerebrovascolari, il diabete di tipo 2, alcune forme di cancro, l’osteoporosi e molte altre patologie.

La frequenza delle condizioni di sovrappeso ed obesità è andata aumentando negli ultimi decenni, al punto che, secondo l’OMS, l’obesità è diventata un problema di salute pubblica di proporzioni epidemiche in tutti i Paesi occidentali, e la sua prevenzione rappresenta un obiettivo prioritario.

Nel nostro Paese, 4-5 abitanti su 10 soffrono di sovrappeso o sono obesi, con tassi più elevati nelle regioni meridionali e con una tendenza all’aumento negli ultimi anni. Di contro, solo una piccola parte della popolazione adulta pratica attività fisica secondo i livelli minimi raccomandati (30 minuti di attività moderata almeno 5 giorni/settimana oppure 20 minuti di attività intensa 3 o più volte per settimana).

Il fenomeno non risparmia i bambini; con una prevalenza media tra le più alte in Europa, anche in questo caso con tassi più elevati al sud. Questi ultimi dati devono particolarmente preoccupare in quanto è dimostrato che un bambino obeso ha elevate probabilità di esserlo anche da adulto.

L’OMS ha recentemente sviluppato una Strategia Globale su Dieta, Attività Fisica e Salute, con una serie di raccomandazioni per i governi e per tutte le altre parti in causa. Nello specifico, si raccomanda un approccio multisettoriale per far sì che aumenti il consumo di frutta e vegetali, diminuisca l’apporto di grassi animali saturi in favore di quelli vegetali insaturi, si riduca la quantità e la proporzione di grassi, sale e zucchero, si faccia attività fisica giornaliera, si mantenga l’Indice di Massa Corporea (BMI) entro limiti accettabili.

Per l’Unione Europea, nutrizione attività fisica e obesità rientrano come “priorità chiave” nella politica di sanità pubblica e sono incluse nel programma di azioni 2003-2008.

In Italia, con l’Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 Marzo 2005, è stato deciso di attuare il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, che individua l’obesità, in particolare nelle donne in età fertile e nei bambini, come problema di salute prioritario. Il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha il compito di individuare le linee operative che consentano alle Regioni e Province autonome di redigere, in modo coordinato, i loro piani d’azione.

Il CCM, facendo seguito a questo mandato, ha messo a punto una Strategia generale di approccio al problema obesità (allegata) che prevede il coinvolgimento di vari soggetti (istituzionali e non) e mira, da un lato, a disporre di informazioni affidabili su obesità e sovrappeso, pattern nutrizionali e di attività fisica della popolazione italiana in età infantile ed adulta, dall’altro a permettere la pianificazione, a livello regionale e locale, di interventi volti a migliorare la nutrizione ed a promuovere l’attività fisica presso la popolazione.

Per la raccolta di informazioni il CCM intende costruire con le Regioni un sistema di sorveglianza su sovrappeso e obesità nella popolazione italiana. Per quanto riguarda gli interventi diretti le Regioni realizzeranno uno o più progetti secondo le linee di intervento considerate come maggiormente efficaci in termini di Salute Pubblica e raccomandate dall’Unione Europea o



dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, riportate all'interno dell'allegato documento strategico. I progetti presentati, come previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Per le linee operative per la pianificazione, si raccomanda di rifarsi al documento di strategia contro l'obesità, riportato a pagina 25. In questo documento sono elencati gli interventi attualmente ritenuti maggiormente efficaci: in particolare i primi quattro interventi (pagina 29), sono rivolti alla prevenzione dell'obesità infantile.

Schema per la stesura dei progetti

Titolo del progetto

Estremi e riferimenti dei referenti regionali del progetto

Introduzione:

- Dimensioni del problema a livello regionale.
- Finalità generali ed obiettivi specifici.

Piano Operativo

- Individuazione dei destinatari dell'intervento.
- Individuazione dell'ambito territoriale di effettuazione del progetto (Regione, Azienda Sanitaria Locale) ed indicazione della/e Aziende sanitarie in cui sarà realizzato.
- Individuazione delle eventuali collaborazioni che si ha intenzione di attivare.
- Descrizione della metodologia di intervento.

Monitoraggio del progetto

- Definizione degli indicatori per il monitoraggio, siano essi tappe intermedie, indicatori di processo e di esito.
- Definizione delle modalità di acquisizione dei dati per la costruzione degli indicatori e la valutazione del progetto.

Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione

Tempi per la realizzazione (cronoprogramma)

Stima dei costi previsti per la realizzazione



PREVENZIONE DELLE RECIDIVE NEI SOGGETTI CHE GIÀ HANNO AVUTO ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI

Nel 2000 il numero di eventi coronarici, per età compresa fra 25 e 84 anni, era di circa 300 mila fra gli uomini e 78 mila fra le donne. Nella storia naturale dell'infarto del miocardio il rischio di recidive è presente sia nella fase acuta che nella fase cronica. Una delle finalità del piano nazionale della prevenzione 2005-2007 è la riduzione del rischio di recidive nelle persone affette da una malattia coronarica cronica.

Tre sono le aree di maggiore interesse terapeutico, e allo stesso tempo preventivo, nel post-infarto:

- *Terapia interventistica o chirurgica coronarica.*
- *Interventi sullo stile di vita e riabilitazione fisica e psicologica.*
- *Prevenzione e terapia farmacologica.*

Nella fase acuta, i pazienti hanno bisogno di soccorso e cure tempestive in un contesto assistenziale ad alta densità tecnologica, tipicamente ospedaliero. Nella fase cronica la qualità delle cure e la prevenzione delle recidive si basano sulla stratificazione del rischio e chiare raccomandazioni alla dimissione, sulla competenza del paziente e del contesto familiare, la presa in carico da parte del medico di famiglia e la qualità della consulenza specialistica.

Le strategie preventive possono essere diversificate - in funzione del rischio cardiovascolare globale stratificato - in relazione a due serie di fattori:

- 1) *fattori di rischio convenzionali*: clinici, bio-umorali e comportamentali
- 2) *fattori di rischio cardiaci*, direttamente legati agli esiti dell'infarto e all'entità ed estensione della coronaropatia. In particolare:
 - *l'ischemia miocardica*, legata alla coronaropatia,
 - *la disfunzione ventricolare* prevalentemente legata alla dimensione dell'infarto e alle condizioni funzionali del ventricolo sinistro potenzialmente alterate da ipertensione arteriosa o altre cause,
 - *le aritmie* che possono porre il paziente a rischio di morte aritmica.

I dati in letteratura degli ultimi anni hanno messo in evidenza l'efficacia di numerosi interventi di prevenzione secondaria, ma è stato documentato che gli interventi efficaci sono sottoutilizzati nella prevenzione secondaria post-Infarto acuto del miocardio ¹.

¹ *La letteratura scientifica è ricca al riguardo:*

- Hasnain Dalal, Philip H Evans and John L Campbell. Recent developments in secondary prevention and cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *BMJ* 2004;328:693-697
- Mayer O Jr et al . Educational level and risk profile of cardiac patients in the EUROASPIRE II substudy. *J Epidemiol Community Health.* 2004;58(1):47-52;
- Ostor E et al, Secondary prevention of coronary disease--at the turn of the millennium in light of the Hungarian data of the EUROASPIRE I-II. *Studies Orv Hetil.* 2003 ;144(49):2399-40;

Le linee operative forniscono alle Regioni e Province autonome un indirizzo, in modo tale che possano essere messi a punto, nel lungo periodo sull'intero territorio nazionale, piani per lo sviluppo di interventi efficaci rivolti al controllo dei fattori di rischio, come il fumo, l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia, sovrappeso ed obesità, iperglicemia, inattività fisica. Questi interventi – attualmente sottoutilizzati - sono sia di tipo comportamentale e riabilitativo che farmacologico².

Inoltre, ogni paziente infartuato dovrebbe ricevere, alla dimissione, una valutazione del rischio di recidive, che consenta una valutazione individuale quantitativa del rischio cardiovascolare, facilmente trasmissibile al medico di medicina generale tale da costituire un sistema che può facilitare la continuità assistenziale sul territorio. Tale valutazione può essere effettuata in modo semplice, attraverso la carta del rischio cardiovascolare nel post-infarto messa a punto dal Gruppo Italiano per lo studio della Sopravvivenza nell'infarto miocardio (GISSI)³.

-
- De Bacquer D et al Predictive value of classical risk factors and their control in coronary patients: a follow-up of the EUROASPIRE I cohort *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2003;10(4):289-95;
 - Mayer O Jr et al, The pursuit of secondary prevention targets in Czech coronary patients. A comparison of EuroAspire I and II surveys *Cent Eur J Public Health.* 2002;10(3):107-11;
 - EUROASPIRE I and II Group; European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries.
 - EUROASPIRE I and II Group. European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. *Lancet* 2001; 357(9261):995-1001).

² Vedi:

- De Backer G, Evidence-based goals versus achievement in clinical practice in secondary prevention of coronary heart disease: findings in EUROASPIRE II. *Atheroscler Suppl.* 2002;2(4):13-6; discussion 16-7;
- Quinn TG et al. Development of new coronary atherosclerotic lesions during a 4-year multifactor risk reduction program: the Stanford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP) *J Am Coll Cardiol.* 1994;24(4):900-8;
- Mayer O Jr et al . Educational level and risk profile of cardiac patients in the EUROASPIRE II substudy *J Epidemiol Community Health.* 2004;58(1):47-52;
- De Bacquer D et al Predictive value of classical risk factors and their control in coronary patients: a follow-up of the EUROASPIRE I cohort *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2003 Aug;10(4):289-95;
- EUROASPIRE I and II Group; European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. EUROASPIRE I and II Group. European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. *Lancet* 2001; 357(9261):995-1001).

³ La carta del rischio cardiovascolare nel paziente infartuato è stata messa a punto dal GISSI (Gruppo Italiano per lo studio della Sopravvivenza nell'infarto miocardio), ed è stata recepita da Ministero della Salute.

- Marchioli R et al Assessment of absolute risk of death after myocardial infarction by use of multiple-risk-factor assessment equations: GISSI-Prevenzione mortality risk chart. *Eur Heart J.* 2001;22:2085-103
- Bollettino di Informazione sui Farmaci anno VII, n. 5-6 settembre –dicembre 2000 “Le carte del rischio cardiovascolare

Linee operative per la pianificazione regionale

1. Costituzione, attivazione o rafforzamento della competenza regionale nella prevenzione cardiovascolare (comitato, commissione, struttura regionale ecc.), anche grazie alla collaborazione delle società scientifiche dell'area cardiologica e della medicina generale.

2. Analisi e definizione del contesto

Ogni regione dovrebbe decidere su come dotarsi e su come utilizzare gli strumenti informativi necessari per pianificare e valutare gli interventi. Una possibilità in questo senso è la partecipazione al Registro degli Eventi Cardiovascolari, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

In tre Centri italiani, sono stati realizzati sistemi di registrazione degli eventi coronarici (EC) e degli accidenti cerebrovascolari (ACV) (www.cuore.iss.it)

Per la raccolta degli eventi correnti vengono utilizzate due fonti di informazioni: i registri della mortalità e i registri delle diagnosi di dimissione ospedaliera (*M. Ferrario et al Registro per gli eventi Coronarici e Cerebrovascolari-Protocollo dello Studio-Rapporti ISTISAN 01/08*).

Da queste due fonti di informazione viene generata la lista degli eventi sospetti

3. Indicazioni alle strutture ospedaliere presenti sul territorio relative alle modalità di dimissioni del paziente infartuato.

Ogni paziente al momento della dimissione dovrebbe essere fornito di un foglio di dimissione indirizzato al medico curante che, oltre ai recapiti e ai riferimenti utili per tenersi in contatto con la struttura specialistica, indichi:

- il rischio di recidive, comunemente espresso in percentuale (valutato attraverso la carta del rischio cardiovascolare nel post-infarto (GISSI)
- indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio;
- indicazioni sulla terapia;
- indicazioni sulla riabilitazione;
- indicazioni sui controlli periodici da eseguire.

4. Offerta servizi

Dovrebbe essere identificati e resi accessibili i servizi e le strutture che operano per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili (che operano anche nella prevenzione primaria).

5. Piano di formazione del personale sanitario nella prevenzione delle recidive.

6. Educazione dei pazienti, anche in collaborazione con le associazioni dei pazienti.

7. Individuazione degli indicatori di monitoraggio del piano.



SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI

Gli incidenti stradali rappresentano la nona causa di morte nel mondo e, in assenza di un'inversione di tendenza, si stima che entro il 2020 rappresenteranno la terza causa globale di morte e disabilità.

Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali costituiscono un serio problema di sanità pubblica anche nel nostro Paese.

Nel 2003, secondo la fonte ACI-ISTAT, nonostante l'interruzione del trend crescente degli anni 1991-2002, si sono verificati 225.141 incidenti stradali che hanno causato il decesso di 6.015 persone. Si stima inoltre che ogni anno circa un milione e mezzo di ricoveri al Pronto Soccorso e circa 20 mila casi di invalidità siano imputabili a incidenti stradali.

Anche dal punto di vista economico il fenomeno non è da sottovalutare considerando che, a causa degli incidenti stradali, viene perso circa il 2% del PIL. Una stima ISTAT sui costi sociali degli incidenti stradali ha quantificato per il 2002 un importo pari a 34.108 milioni di euro (nel 2001 erano ancora 33.288).

Sorveglianza

In Italia la rilevazione sull'incidentalità stradale a livello nazionale è esterna al Servizio Sanitario Nazionale, essendo frutto dell'azione congiunta dei seguenti enti: ACI, Ministero dell'Interno, Polizia Stradale, Carabinieri, Polizie Municipali, Uffici Statistici di Comuni capoluoghi di provincia e di alcune Province, che hanno sottoscritto una convenzione con l'ISTAT finalizzata alla raccolta, al controllo, alla registrazione su supporto informatico e al successivo invio dei dati all'ISTAT.

La rilevazione avviene tramite la compilazione del modello ISTAT Ctt/Inc da parte dell'autorità che è intervenuta sul luogo per ogni incidente stradale in cui è coinvolto un veicolo in circolazione e che comporti danni alle persone. Il modello di rilevazione contiene informazioni necessarie all'identificazione della localizzazione e della dinamica dell'incidente. Riguardo ai decessi, a partire dal 1999, vengono conteggiate le persone decedute entro le 24 ore o dal secondo al trentesimo giorno a partire da quello dell'incidente. La mancata comunicazione all'ISTAT della situazione sanitaria del ferito è tuttavia spesso causa di una sottostima dei decessi, come dimostra il confronto tra questi dati e quelli derivanti dall'indagine ISTAT sulle cause di morte (nel 2001 lo scostamento era pari al 10%).

I limiti del sistema di sorveglianza ACI-ISTAT sono numerosi: sottostima del numero di incidenti con feriti, forte ritardo nella disponibilità del dato (fino a due anni per un dato aggregato a risoluzione comunale) e mancanza di una sistematica localizzazione dell'evento, con conseguente indisponibilità di indicatori di rischio georiferito.

In alcune aree del paese si è sperimentata l'integrazione del sistema ACI-ISTAT con flussi informativi sanitari, quali quelli del 118, dei servizi di Pronto Soccorso e delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), come nel caso del sistema MITRIS della provincia di Trento. Questo sistema si basa sull'integrazione locale del database delle forze dell'ordine posto su web (contenente le informazioni ACI-ISTAT) e collegato con un sistema geografico, con il database sanitario, che comprende i dati del 118, dei servizi di Pronto Soccorso e delle SDO. In tal modo per ogni incidente si può disporre di dati relativi all'eventuale intervento del 118, accesso in Pronto Soccorso e ricovero ospedaliero. Il sistema MITRIS consente di dare con precisione le coordinate geografiche dell'incidente (georeferenziazione: il tale incrocio, la tal strada, ecc.) e, quindi, permette di implementare interventi di controllo più mirati nel territorio e utilizzabili anche dalla pubblica amministrazione (interventi sulla viabilità, la segnaletica, ecc.). La forte componente



tecnologica e la complessità organizzativa di questo sistema lo rendono però difficilmente trasferibile ad altre realtà.

Occorre inoltre segnalare le diverse iniziative sulla sorveglianza dei fattori di rischio dell'incidentalità stradale, in particolare, il progetto Ulisse dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), avviato nel 2000, per il monitoraggio dell'uso delle cinture di sicurezza e del casco, e la messa a punto, sempre da parte dell'ISS, di una metodica di rilevamento dei comportamenti a rischio dei giovani in tema di sicurezza stradale.

Prevenzione

Nell'intento di promuovere un'azione globale, nel 2002 l'OMS ha pubblicato una strategia quinquennale per la prevenzione della morte e invalidità da incidente stradale finalizzata al raggiungimento di una riduzione, entro l'anno 2020, di almeno il 50% della mortalità e disabilità. Sulla stessa linea la Commissione Europea ha promosso un programma europeo per la sicurezza stradale che prevede una riduzione delle vittime degli incidenti del 40% entro il 2010.

In Italia questo sforzo è stato tradotto nel Piano Nazionale per la Sicurezza Stradale, istituito con la legge 144 del 17/7/1999, finalizzato a creare le condizioni per una mobilità sicura e sostenibile, riducendo il numero delle vittime e i costi sostenuti dallo Stato.

Anche il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 fissa obiettivi specifici per ridurre gli incidenti e le invalidità ad essi conseguenti.

Gli incidenti stradali sono un fenomeno riconducibile a numerosi fattori causali: condizioni strutturali inerenti la circolazione sulle strade (volume del traffico, le condizioni del fondo stradale, l'idoneità della segnaletica); condizioni inerenti i mezzi di trasporto (adeguatezza del mezzo, dotazioni di strumenti di sicurezza passiva, condizioni di manutenzione); mancato rispetto delle norme del codice della strada; scorretti comportamenti personali, con particolare riferimento all'uso di sostanze che riducono la performance di guida e la percezione del rischio.

La combinazione dei diversi fattori risulta in una particolare configurazione del rapporto "conducente-veicolo-ambiente" che può essere considerato il vero target degli interventi di prevenzione degli incidenti stradali, che hanno necessariamente un carattere intersettoriale. Non a caso il Piano Nazionale per la Sicurezza Stradale ha individuato le seguenti linee di azione:

- adozione di misure di indirizzo, coordinamento e incentivazione;
- rafforzamento dell'azione sanitaria in termini di misure preventive, di controllo e assistenziali;
- costruzione di una cultura della sicurezza stradale (formazione scolastica, educazione permanente, formazione tecnico-amministrativa, settore produttivo);
- sviluppo dell'informazione agli utenti e delle campagne di sensibilizzazione;
- miglioramento delle regole e dei controlli su veicoli, conducenti e servizi di trasporto;
- miglioramento dell'organizzazione del traffico e della rete infrastrutturale;
- rafforzamento dell'azione di prevenzione, controllo e repressione a livello centrale e locale.



Linee operative per la pianificazione regionale

Nella formulazione dei piani regionali, il CCM raccomanda di attenersi allo schema di seguito riportato:

Introduzione

- Descrivere le dimensioni del problema a livello regionale (riportare tutti i dati disponibili riguardanti gli incidenti stradali)
- Descrivere la/e fonte/i informativa/e utilizzata/e, ad esempio:
 - ACI-ISTAT (CTT/INC)
 - SDO
 - Archivi di mortalità
 - Sistema informativo 118
 - Sistema informativo del Pronto Soccorso (PS)
 - Indagini ad hoc
- Descrivere le esperienze di prevenzione attivate, indicando il livello territoriale coinvolto.

Sorveglianza

I sistemi di sorveglianza creati o consolidati dovranno essere in grado di fornire informazioni di base sugli eventi in esame (incidenti e loro gravità, fattori di rischio, conoscenze e opinioni); le stesse informazioni dovranno essere utilizzate per la valutazione degli interventi di prevenzione realizzati.

1) Definizione degli obiettivi

Preso atto dell'esternalità del Servizio Sanitario Nazionale nel processo di acquisizione delle informazioni sugli incidenti stradali, sul fronte della sorveglianza la programmazione regionale dovrebbe indirizzarsi sulle seguenti tre linee di attività:

- a) istituire oppure, laddove già esistenti, consolidare sistemi di sorveglianza dell'outcome basati sui Servizi di PS; sarebbe auspicabile l'integrazione dei dati raccolti a livello di PS con quelli derivanti dalle SDO e dagli archivi di mortalità;
- b) rinforzare l'analisi epidemiologica sui fattori di rischio inerenti la traumatologia stradale, con particolare riferimento al non uso dei dispositivi di protezione individuale, mediante ad esempio:
 - rilevazione dell'uso del casco (vedere progetto Ulisse dell'Istituto Superiore di Sanità);
 - rilevazione delle cinture di sicurezza (vedere progetto Ulisse dell'Istituto Superiore di Sanità);
 - rilevazione dell'uso del seggiolino nel trasporto dei bambini;
- c) valutare conoscenze e opinioni sui comportamenti alla guida e sui fattori associati all'incidentalità stradale in strati di popolazione target, ad esempio:
 - studenti;
 - patentandi (presso le scuole guida);
 - patentati (ad esempio, utenti delle Aziende Sanitarie Locali in occasione del rilascio-rinnovo della patente di guida).

2) Piano operativo

- definizione dell'evento da sorvegliare (outcome, fattori di rischio, conoscenze e opinioni);



- definizione dell'ambito territoriale di conduzione della sorveglianza: indicazione della/e ASL in cui sarà realizzato il sistema;
- definizione delle fonti e dei flussi informativi;
- definizione dell'assetto organizzativo ("chi fa cosa");
- definizione di un piano di formazione per gli operatori coinvolti nella sorveglianza;
- definizione di indicatori di processo e di risultato ai fini del monitoraggio e della valutazione;
- tempi per la realizzazione (cronogramma).

Prevenzione

La prevenzione degli incidenti stradali si deve basare su un approccio integrato in cui è fondamentale un'opportuna sinergia tra mondi diversi: sanità, trasporti, scuola, forze dell'ordine, enti locali, lavoratori che usano la strada (autotrasportatori, addetti alla manutenzione, ecc.), organizzazioni di volontariato.

Gli interventi di prevenzione dovrebbero seguire le seguenti direttrici, secondo quanto risulta dalle prove di efficacia universalmente riconosciute:

1. sviluppo di alleanze con le forze dell'ordine per intensificare i controlli su strada, con particolare riferimento all'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale:
 - seggiolino di sicurezza per i bambini;
 - cinture di sicurezza;
 - casco;
2. informazione/educazione sull'uso dei dispositivi di protezione individuale, preferibilmente in associazione e sinergia con quanto previsto al punto numero 1;
3. sviluppo di alleanze con le forze dell'ordine per la verifica della guida in stato di ebbrezza;
4. campagne informative con il coinvolgimento dei mass media a diffusione regionale/locale per ridurre la guida in stato di ebbrezza;
5. miglioramento della qualità delle certificazioni di idoneità alla guida, ad esempio, mediante:
 - formazione dei medici addetti al rilascio dei certificati di idoneità alla guida;
 - adozione di questionari standardizzati per l'individuazione dell'uso/abuso di bevande alcoliche;
 - screening della capacità visiva negli anziani.

Bibliografia

1. Piano Nazionale della Sicurezza Stradale. Legge n.144 del 17 luglio 1999
2. Indirizzi generali e linee guida di attuazione del Piano Nazionale della Sicurezza Stradale. www.infrastrutturetrasporti.it
3. Klassen TP, MacKay JM, Moher D, Walker A, Jones AL. Community-based injury prevention interventions. *Future Child* 2000;10:83-110
4. WHO. A 5-year WHO strategy for road traffic injury prevention. 2002. www.who.int/violence_injury_prevention
5. ISTAT. Statistica degli incidenti stradali, anno 2002. Collana Informazioni, Settore Giustizia, 2003
6. ISTAT. Incidenti stradali, anno 2003. Collana Informazioni, Settore Giustizia, 2004
7. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp



8. Bunn F, Collier T, Frost C, Ker K, Roberts I, Wents R. Area-wide traffic calming for preventing traffic related injuries (Review). Cochrane Database Syst Rev 2003. www.thecochranelibrary.com
9. Elder RW, Shults RA, Sleet DA, Nichols JL, Thompson RS, Rajab W. Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes. Am J Prev Med 2004; 27: 57-65
10. Moghadam PF, Dallago G, Piffer S, et al. Epidemiologia degli incidenti stradali in Trentino. Primi risultati di un sistema di monitoraggio (MITRIS). Epidemiologia e Prevenzione 2005 (in stampa)
11. www.thecommunityguide.org/mvoi/default.htm (ultima consultazione 03.10.05)
12. www.preventioninfo.org/works_MotorVehicleInjury.htm (ultima consultazione 12.10.2005)



SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI NEI LUOGHI DI LAVORO

Premessa

La tutela e la promozione della salute nei luoghi di lavoro, rappresentano un punto importante nelle politiche per la prevenzione collettiva sviluppata dalle Regioni e Province Autonome, in quanto permangono ancora molto preoccupanti i dati relativi ai danni per la salute causati dalla attività lavorativa. La prevenzione degli infortuni rappresenta una delle priorità da affrontare visto che in Italia si verificano tuttora quasi un milione di infortuni lavorativi ogni anno, circa 1.300 dei quali sono mortali.

In accordo con le indicazioni definite nell'accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005, queste linee operative fanno riferimento principalmente al problema degli infortuni sui luoghi di lavoro, pur risultando evidente che non esaurisce le tematiche prioritarie di prevenzione e promozione della

Il sistema produttivo italiano è composto di circa 4 milioni di imprese, circa il 90% delle quali ha un numero di dipendenti inferiori a 10, le cosiddette microimprese. Questa caratteristica provoca, tra l'altro, molte difficoltà nel raggiungere i diretti interessati con interventi puntuali e mirati e rende indispensabile l'adozione di azioni di sistema, programmate sulla base della definizione di priorità.

Molto è noto sulle condizioni di lavoro e di sicurezza sul lavoro, vi è un'intensa produzione tecnico-scientifica ed istituzionale e i dati a disposizione, riferiti ai settori produttivi, consentono di avere un quadro dei settori più a rischio. A ciò si aggiunge un'intensa produzione istituzionale derivante dagli interventi attuati negli ultimi 30 anni da parte del Servizio Sanitario Nazionale, dalle Regioni e dal contributo degli Istituti centrali. Da segnalare, tra le documentazioni di particolare rilievo ai fini delle decisioni, le risultanze del monitoraggio effettuato, in un significativo campione di aziende, dalle Regioni sull'applicazione della normativa 626; il monitoraggio ha dato importanti indicazioni anche relativamente alla tipologia di azioni da intraprendere e ad esso si rimanda, come uno dei documenti base, per effettuare l'analisi dei bisogni.

Con queste informazioni e indicazioni, è possibile adottare iniziative prioritarie nazionali e regionali basate sull'individuazione dei settori di intervento più a rischio: comparti, aziende, problemi di sicurezza più diffusi e più gravi, categorie di imprese o di lavoratori particolarmente in difficoltà.

In tema di prevenzione occupazionale, occorre considerare con attenzione i ruoli di due diversi sistemi, quello delle imprese o aziende (il primo protagonista) e quello del sistema pubblico, che comprende ovviamente le strutture territoriali (in particolare le Regioni, i Servizi di prevenzione e vigilanza delle ASL, le Direzioni regionali e provinciali del lavoro, le Sedi INAIL, ecc.) e quelle nazionali, a partire dagli Istituti centrali con i rispettivi riferimenti istituzionali nazionali di governo ma anche territoriali.

Il primo è un sistema in crescita di conoscenze e professionalità, seppur con diffuse inadeguatezze e varie difficoltà (vedi il sottosistema RSP-RLS), il secondo deve rivestire un ruolo essenziale di promozione, regolazione, verifica e controllo.

Per questo secondo sistema, sia a livello locale che nazionale, si pongono con forza, oggi ancor più che in passato, due esigenze:

- lavorare per obiettivi, pianificare un'azione di governo dei processi relativi alla tutela della salute nel territorio, definendo interventi e priorità in funzione delle risorse disponibili, che



devono essere idonee ed adeguate, specie in termini di professionalità e di adeguamento formativo, in particolare per quanto riguarda le figure tecniche.

- evitare la duplicazione e sovrapposizione di competenze, ricercando il massimo delle sinergie e della collaborazione reciproca in una logica di sistema.

Così come per gli altri tipi di incidentalità maggiore (quella domestica e quella stradale), la prevenzione dei rischi e dei danni da lavoro necessita di una azione congiunta di tutti i soggetti istituzionali e sociali coinvolti, essendo plurifattoriali le cause che determinano ogni singolo evento.

Tale affermazione trova riscontro nei compiti che la normativa assegna, in modo articolato ma sufficientemente chiaro nelle linee essenziali, ad ognuno dei soggetti istituzionali e sociali (relativamente alle competenze istituzionali, alla organizzazione delle strutture, agli aspetti tecnici): Ministeri, Istituti Centrali, Regioni e sue strutture operative territoriali, parti sociali, datori di lavoro, lavoratori, professionisti della prevenzione. In questo contesto in cui le azioni efficaci derivano dalle sinergie tra diversi attori istituzionali e non istituzionali, si è consolidato il ruolo istituzionale e culturale delle Regioni e delle specifiche strutture territoriali dei relativi Servizi Sanitari (Servizi Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione).

Nell'ultimo decennio sono risultati particolarmente significativi come atti di indirizzo generali e/o specifici, le "prime linee di indirizzo per l'attuazione del D.Lgs 626/94" approvato dalla Conferenza dei Presidenti e delle Province Autonome nel gennaio 1995, l'accordo Stato-Regioni del 2000 per l'avvio di un piano straordinario per la salute e sicurezza dei lavoratori, l'accordo Stato Regioni "Linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL" del 25 luglio 2002 ed infine il protocollo d'intesa del 25 luglio 2002 tra INAIL, ISPESL e Regioni e Province Autonome che ha dato origine ad un primo assetto di flussi di dati con l'intendimento di concretizzare gradualmente un sistema informativo nazionale integrato per la prevenzione nei luoghi di lavoro.

I vigenti Livelli Essenziali di Assistenza, coprono qualitativamente le azioni che dovrebbero essere attivate in tutto il territorio nazionale dalle strutture dei SS.SS.RR, promuovendo la sinergia con gli altri soggetti interessati.

E' però ad oggi troppo elevato il divario tra i territori regionali in termini di risorse impegnate per il raggiungimento di tali obiettivi, definibili di "minimo etico".

La sorveglianza

La normativa vigente indica chiaramente le funzioni del Servizio Sanitario Nazionale in materia di prevenzione nei luoghi di lavoro. Sono in particolare definite/definibili alcune principali e fondamentali attività di informazione, formazione, assistenza, vigilanza, nell'ambito - come detto sopra - di un ruolo generale di promozione, regolazione, verifica e controllo dello stato di sicurezza e salute delle aziende.

L'attività di prevenzione deve basarsi, per chiunque vi sia coinvolto, su 2 principali cardini: il sistema informativo finalizzato all'individuazione dei bisogni anche sulla base di evidenze epidemiologiche, la successiva programmazione e pianificazione d'intervento per priorità. Deve inoltre essere il più possibile attivata una verifica dell'efficacia degli interventi e delle iniziative attuate attraverso l'utilizzo di indicatori non soltanto di attività, ma anche di processo e, nei limiti del consentito, di risultato.



Relativamente al sistema informativo è in funzione da 4 anni un sistema di Flussi informativi nell'ambito dell'intesa tra INAIL, ISPESL, Regioni, che rende utilizzabili da ogni Regione e Servizio di prevenzione nei luoghi di lavoro di ASL dati utili per la conoscenza del rispettivo territorio (anagrafe aziende e danni da lavoro) che sono fondamentali per definire iniziative, per scegliere i settori più a rischio, per definire priorità di rischio e d'intervento, per pianificare e programmare attività ed iniziative.

Alla disponibilità di tali dati si aggiungono altre possibilità, quali informazioni sui rischi e sulla loro valutazione, profili di rischio per settori lavorativi o per mestieri, buone pratiche, soluzioni, reperibili centralmente soprattutto presso l'ISPESL, così come presso una serie di siti internet regionali o di singole ASL, così come di associazioni scientifiche e professionali specificatamente dedicati alla tematica. Va dunque incrementata l'azione già in corso per definire un compiuto Sistema informativo nazionale integrato, che metta a disposizione di tutti i soggetti competenti le informazioni necessarie, progressivamente sempre più articolate, ed alla cui alimentazione contribuisca tutto il sistema, in una logica di integrazione e sinergie.

La tipologia di azioni adottabili deve prevedere,

- la promozione di tutte le iniziative idonee a migliorare le condizioni di organizzazione e prestazione del lavoro; ciò implica di puntare prioritariamente all'estensione di azioni tese al miglioramento delle consapevolezza e delle capacità/possibilità dei lavoratori di operare in condizioni tali da evitare rischi per la sicurezza. Si tratta quindi di sviluppare in particolare la crescita ed il consolidamento delle iniziative di tipo informativo ed assistenza (allegato 1) tese alla sempre maggiore diffusione della "cultura della sicurezza";
- le iniziative di vigilanza e controllo sugli adempimenti previsti dalle norme, che esplicano una loro intrinseca valido contributo alla prevenzione ed un indiretto aiuto nel far emergere situazioni di lavoro irregolare molto spesso collegate con livelli di evasione anche delle norme per la sicurezza e salute dei lavoratori.

Riguardo all'utilizzo di idonei indicatori, attualmente si dispone di vari indicatori sia di attività sia di risultato, diretti ed indiretti, tra i quali si segnalano indicatori quantitativi di attività (numero di sopralluoghi, di iniziative di informazione e formazione, ecc.) e indicatori che misurino nel tempo i risultati ottenuti sia in termini di miglioramento oggettivo delle condizioni di lavoro (ottemperanza a prescrizioni di legge, bonifiche realizzate, miglioramento di parametri ambientali, ecc.) sia in termini di miglioramento delle condizioni di sicurezza (in particolare: diminuzione degli infortuni).

La prevenzione: iniziative, azioni, interventi

Per quanto riguarda la prevenzione nei luoghi di lavoro, le esperienze consolidate nel corso degli anni indicano una verosimile maggior efficacia degli interventi che utilizzino un metodo teso a:

- analizzare in modo sistematico i bisogni attraverso **adeguati sistemi informativi**, valutarli nel rispetto dei ruoli con il "Sistema Sanità" da un lato, con le altre "Istituzioni" dall'altro, con gli "Utenti" dall'altro ancora, identificando le priorità di intervento, con modalità - per quanto possibile - condivise;

- definire le **azioni** da porre in essere **per aumentare i livelli di sicurezza nei luoghi di lavoro** in termini di vigilanza e controllo, informazione e assistenza, traguardando prioritariamente il perseguimento di soluzioni migliorative organizzative e tecnologiche;
- definire le risorse necessarie per l’attuazione delle azioni, tenendo conto anche dei vincoli economici di contesto generale e specifico, operando quindi per migliorare la efficacia degli interventi attraverso un “atteggiamento culturale” maggiormente rivolto alla **finalizzazione ed appropriatezza degli interventi, alla loro efficacia (Evidence Based Prevention)**;
- perseguire la strategia del **lavoro in rete** e la ricerca delle **sinergie**, sia tra le strutture delle Regioni e del Servizio Sanitario Nazionale sia con gli Istituti centrali competenti (ISPESL, INAIL, ISS), nella logica di un sempre più funzionale sistema nazionale di prevenzione;
- definire criteri e concrete iniziative di verifica dei risultati basata su idonei indicatori (come sopra richiamato);
- sviluppare un sistema di **comunicazione efficace** che, nel campo delle azioni svolte a tutela e promozione della salute della collettività, è “strumento indispensabile” per il raggiungimento degli obiettivi.

Tenendo presente tali indicazioni metodologiche è opportuno che le Regioni sviluppino piani di medio periodo basati sui sopra ricordati cardini:

1. la messa a regime di un efficace sistema informativo per la prevenzione nei luoghi di lavoro;
2. la programmazione degli interventi e delle iniziative prioritariamente necessarie sulla base delle conoscenze disponibili, ivi compresa la definizione delle iniziative di comunicazione ai soggetti interessati e coinvolti.



Allegato

Estratto dalla Circolare della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome per la prima applicazione del D. Lgs 626/94 (gennaio 2005) emanata alle strutture dei SSR

INFORMAZIONE: trasferimento a tutti i soggetti interessati, singoli od associati, pubblici o privati, di conoscenze, dati e notizie di carattere normativo, procedurale e tecnico-scientifico utili all'avvio e realizzazione del processo di prevenzione

ASSISTENZA: attività tesa a fornire indirizzi e procedure operative ed a coordinare l'attuazione di quanto previsto dalla normativa prevenzionale e più in generale delle misure di prevenzione nei luoghi di lavoro. Viene fornita ai soggetti interessati, singoli od associati, pubblici o privati ed in particolare ai datori di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori, RSPP, RLS e medico competente.

Possono rientrare nel termine assistenza:

- corsi di formazione e di aggiornamento per datori di lavoro, specie quelli che intendono assumere in proprio le funzioni di RSPP, per gli addetti a tale servizio, per RLS, per medici competenti;
- indirizzi generali e specifici per comparti lavorativi per la valutazione dei rischi, per la sorveglianza sanitaria, per l'adozione delle misure di prevenzione, anche attraverso la messa a disposizione di banche dati sulle soluzioni;
- esame di progetti di nuovi insediamenti lavorativi e/o delle ristrutturazioni



Linee operative per la pianificazione regionale

Nella formulazione dei progetti regionali, il CCM raccomanda di seguire lo schema riportato:

Introduzione

- Sintesi della situazione regionale relativa a rischi e danni da lavoro (riportando i dati statistici disponibili, il contesto produttivo del territorio e le dinamiche sociali, i livelli di applicazione della normativa nel territorio, le conoscenze sui rischi)
- Breve descrizione delle fonti informative utilizzate, come ad esempio:
 - Sistemi informativi regionali ad hoc
 - Risultati di Indagini ad hoc
 - Analisi regionali derivanti dal progetto di *Monitoraggio e controllo sulla applicazione del 626*
 - Banca dati *Nuovi Flussi Informativi per la Prevenzione*, INAIL- ISPESL-REGIONI
- Breve descrizione delle esperienze di prevenzione svolte e concluse, attivate, già programmate, indicando il livello di estensione territoriale coinvolto: regione, provincia, azienda sanitaria, altre aggregazioni, come la cosiddetta *area vasta*).

Creazione e/o miglioramento del Sistema Informativo:

1) Definizione dell'obiettivo

A seconda delle caratteristiche del sistema informativo disponibile nella regione, ai fini della sorveglianza, è necessario:

- creare un sistema dedicato, nel caso in cui le uniche fonti informative siano quelle correnti (es: dati INAIL standard dei report nazionale e regionale annuale), in particolare un sistema di sorveglianza sviluppato almeno sulla base dei progetti *Nuovi Flussi Informativi e Analisi delle cause degli infortuni mortali e gravi* ed un sistema informativo sui rischi derivanti dalle macchine ed impianti a partire dalle presunte non conformità alle direttive specifiche di prodotto;
- estendere territorialmente il sistema di sorveglianza, laddove già ne esista uno dedicato;
- consolidare e migliorare il sistema di sorveglianza dedicato, qualora offra già una rappresentatività regionale

2) Piano operativo

- definizione delle tipologie di eventi e rischi da sorvegliare;
- definizione dell'assetto organizzativo anche per quanto riguarda gli aspetti informatici;
- definizione dell'ambito territoriale di conduzione della sorveglianza: indicazione della/e ASL in cui sarà realizzato il sistema;
- definizione di indicatori di processo e di risultato ai fini del monitoraggio e della valutazione;



- definizione degli output informativi/comunicativi interni al sistema e nei confronti dell'utenza;
- definizione di un piano di formazione per gli operatori coinvolti;
- tempi per la realizzazione.

Interventi di prevenzione

- iniziative di vigilanza e controllo mirati per comparti prioritari, tenendo conto che, dal punto di vista degli indici infortunistici, ubiquitariamente in Italia, risultano a maggior rischio per la sicurezza l'edilizia e, a seguire, i trasporti, alcune lavorazioni metalmeccaniche, l'industria del legno, l'agricoltura, il tessile;
- piani specifici dedicati, oltreché al controllo, anche all'informazione e all'assistenza delle piccole, delle micro imprese e dell'artigianato, che - in base all'analisi dei dati infortunistici e dei risultati del "monitoraggio e controllo sull'applicazione del D.Lgs 626/94" - sono quelle dove si riscontrano le maggiori criticità, ed altresì di categorie di lavoratori le cui peculiarità implicino particolare osservazione ed azioni di supporto (lavoratori precari, lavoratori immigrati, minori, ecc.)
- azioni specifiche per il supporto in particolare ai Rappresentanti dei Lavoratori per la sicurezza che, sempre in base ai dati emersi dal "monitoraggio e controllo sulla applicazione del D.lgs 626/94", forniscono un positivo e concreto apporto al miglioramento della sicurezza in azienda, laddove posti nelle condizioni di esprimere il loro ruolo in modo qualificato e sinergico con le altre componenti aziendali;
- indicazioni alle aziende per la buona qualità formativa e adozione di metodologie di controllo, per quanto possibile condivise con le parti sociali, tese a valutare l'efficacia della formazione svolta dalle aziende stesse verso i propri lavoratori in ottemperanza alle richieste legislative.



SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI

Gli incidenti domestici rappresentano un problema di sanità pubblica di grande rilevanza. Diversi paesi europei e extra-europei hanno avviato già da alcuni anni politiche di prevenzione e sicurezza al fine di ridurre la portata di tale fenomeno. La Comunità europea ha avviato un programma per la sorveglianza e il monitoraggio di questi eventi, attraverso la sorveglianza degli incidenti che accedono alle strutture dell'emergenza (ELHASS), cui successivamente è seguita la costituzione di una base europea di dati, integrata nella rete telematica EUPHIN. La rete italiana della sorveglianza europea degli incidenti è stata integrata dall'Istituto Superiore di Sanità nel Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti Domestici (SINIACA).

Secondo i dati raccolti dal sistema di sorveglianza EHLASS, nel periodo 1998-2000 ci sono state in Europa quasi 20 milioni di persone vittime di incidente domestico (7% della popolazione residente), con oltre 5 milioni di ricoverati (0.4% della popolazione residente) e 56 mila decessi; inoltre è stata stimata in 24 giorni la durata media di assenza dal lavoro per malattia conseguente ad infortunio domestico.

In Italia, secondo i dati dell'indagine multiscopo ISTAT vi sono stati 2.848.000 milioni di persone vittima di incidente domestico nel 2001. Secondo i dati del SINIACA nel 2004 almeno 1.300.000 persone hanno richiesto assistenza in pronto soccorso ospedaliero a causa di incidente domestico (2% della popolazione residente) e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati (0,2% della popolazione residente) per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno. Infine dai dati ISTAT e SINIACA si possono stimare 4.500 morti per incidente domestico nel 2001 (7,8 morti per 100.000 abitanti).

Sorveglianza

La legge 493/99 indica le funzioni del Servizio Sanitario Nazionale in materia di sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici, dando particolare enfasi alla realizzazione di un sistema informativo dedicato e alle azioni di informazione ed educazione sanitaria. Il piano sanitario nazionale 2003-2005 ha tra gli obiettivi la riduzione della mortalità e della disabilità conseguenti agli infortuni domestici, e tali obiettivi sono in molti casi recepiti e contestualizzati nei piani sanitari regionali. Accanto al sistema di sorveglianza che fa capo, ai sensi della legge 493/99, all'Istituto Superiore di Sanità (SINIACA), in Italia esistono diverse iniziative a livello nazionale (ad esempio: ISTAT - Indagine multiscopo, ISPESL:- Indagine multicentrica su nove regioni italiane, Indagine CENSIS 2004) così come a livello locale, volte a raccogliere informazioni per la individuazione dei fattori che intervengono nella dinamica infortunistica al fine di mettere in atto politiche di prevenzione, educazione sanitaria e sicurezza. Tali esperienze sottolineano inoltre l'importanza di disporre di una chiara definizione dell'evento da sorvegliare. Se da un lato può essere chiaro l'ambito di accadimento (la legge 493/99 definisce ambito domestico: "l'insieme degli immobili di civile abitazione e delle relative pertinenze ove dimora il nucleo familiare..., qualora l'immobile faccia parte di un condominio, l'ambito domestico comprende anche le parti comuni condominiali" (art. 6, comma 2, lettera b)), dall'altro gli eventi da sorvegliare possono esprimere livelli diversi di

gravità. Si può decidere di sorvegliare gli incidenti⁴ a prescindere dalle loro conseguenze, ad esempio mediante indagini campionarie ad hoc, oppure utilizzando i risultati di indagini più ampie su condizioni di salute e comportamenti a rischio (ad esempio le indagini multiscopo dell'ISTAT). Oppure si può decidere di sorvegliare gli "infortuni" domestici, cioè quegli incidenti cui consegue il ricorso a cure mediche (ad esempio presso Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, altri Medici, Centri Antiveleni, Pronto Soccorso, ecc.). In tal caso occorrerà predisporre un sistema di sorveglianza che preveda il coinvolgimento di queste componenti del Servizio Sanitario ai fini della raccolta delle informazioni. Si può ulteriormente restringere l'ambito di osservazione e studio ai soli infortuni osservati presso il Pronto Soccorso, o limitarsi ulteriormente, concentrando l'attenzione solo su quelli che comportino il ricovero in Ospedale, attraverso l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Si tratta pertanto di stabilire i confini del sistema di registrazione e la qualità dell'informazione da raccogliere.

Molti studi svolti negli ultimi 20 anni in Italia hanno mostrato che l'informazione sulle modalità di svolgimento degli eventi è rilevabile in modo affidabile e completo solo al Pronto Soccorso: tentativi di conoscerla e registrarla in momenti successivi, per esempio in reparto, o dopo il ricovero, hanno portato costantemente a fallimenti (Taggi - ISS). Un sistema di rilevazione centrato sul Pronto Soccorso dovrebbe comunque prevedere l'avvio di un processo di informatizzazione dello stesso. Questo comporterebbe la valorizzazione di una grande quantità di informazioni riguardanti, ad esempio, cause esterne e modalità di accadimento degli infortuni, raccolte presso il Pronto Soccorso e che rimarrebbero altrimenti "mute". Le informazioni raccolte aumenterebbero notevolmente l'utilità di altre fonti di dati (SDO, archivi di mortalità, ecc.) che potrebbero venire collegate mediante *record linkage*. Infine, la conoscenza delle modalità di accadimento degli infortuni domestici, unitamente alle informazioni di natura medica, permetterebbero una valutazione corretta dei costi sanitari e, in parte, sociali, consentendo un indirizzo più specifico delle risorse da allocare per la prevenzione. In tal senso, l'informatizzazione del Pronto Soccorso appare come passo determinante nel processo di razionalizzazione e potenziamento di tutto il settore dell'Emergenza-Urgenza, anche in accordo con il progetto MATTONE "Pronto Soccorso e Sistema 118".

Prevenzione

Per quanto riguarda la prevenzione degli infortuni domestici i dati di letteratura internazionale evidenziano come gli interventi più efficaci siano quelli che si accompagnano ad iniziative di carattere legislativo, e quelli che mirano ad eliminare i rischi legati all'ambiente domestico (specie per la popolazione casalinga e anziana), mentre ci sono solo deboli evidenze a favore degli interventi di carattere unicamente educativo/informativo. In particolare per la prevenzione degli infortuni domestici nei bambini si sono dimostrati efficaci gli interventi che incentivano l'utilizzo di dispositivi di sicurezza (rilevatori per il fumo, termometri per il controllo della temperatura dell'acqua), e quelli in cui è previsto il sopralluogo nelle abitazioni, accompagnati da un breve intervento formativo. Per gli anziani invece oltre agli interventi per la modificazione dell'ambiente domestico (rimozione degli ostacoli, tappetini di sicurezza, miglioramento dell'illuminazione, installazione dei corrimano, maniglie da vasca da bagno e strisce adesive antiscivolo), si sono dimostrati particolarmente efficaci gli interventi basati sull'attività fisica volta ad incrementare la forza muscolare e il senso di equilibrio. L'approccio che risulta dotato di maggiore efficacia

⁴ Secondo la definizione dell'OMS, si definisce incidente ogni accadimento, non deliberatamente provocato (nel senso "diretto", "volontario"), caratterizzato da un subitaneo agire di una forza esterna, che può manifestarsi in una lesione dell'organismo



comprende sia attività di informazione ed educazione sanitaria, sia interventi su ambienti e strutture. Sono fortemente raccomandati gli approcci di tipo integrato, concentrati su gruppi ad alto rischio e ripetuti nel tempo.

Attualmente le ASL realizzano interventi di prevenzione strutturati attraverso attività di sensibilizzazione e di educazione con l'obiettivo di modificare conoscenze, atteggiamenti e comportamenti, agendo su genitori, insegnanti e personale sanitario. In una recente revisione, è emerso che su 22 progetti esaminati, 15 erano riferiti ai bambini, 5 agli anziani, 2 alle casalinghe. Alcuni prevedevano l'inserimento della cultura della sicurezza nelle attività scolastiche curricolari. Pochi erano gli interventi intersettoriali. La caratteristica comune di tali interventi è che, spesso, non rispondono in maniera adeguata (nella scelta degli obiettivi, nella definizione del target e nell'individuazione delle attività) a criteri omogenei nei metodi e negli strumenti. Ciò è in parte dovuto alla complessità degli ambiti oggetto degli interventi e, in parte, ad una "personalizzazione" delle scelte basata più sull'esperienza che non sul confronto con evidenze riconosciute. Tutto ciò genera l'esigenza di definire parametri di riferimento che riducano l'eterogeneità.



Linee operative per la pianificazione regionale

Nella formulazione dei progetti regionali, il CCM raccomanda di seguire lo schema riportato:

Introduzione

- Dimensioni del problema a livello regionale (riportando tutti i dati disponibili riguardanti gli incidenti domestici)
- Breve descrizione della/e fonte/i informativa/e utilizzata/e, ad esempio:
 - SDO
 - Archivi di mortalità
 - Sistema informativo del Pronto Soccorso
 - SINIACA
 - Indagini ad hoc
 - Indagine Multiscopo ISTAT
- Breve descrizione delle esperienze di prevenzione attivate, indicando il livello territoriale coinvolto, la tipologia degli interventi, la popolazione cui sono stati rivolti, i risultati ottenuti (*realisticamente, i risultati ottenuti potranno essere descritti solo attraverso indicatori di processo*)

Sorveglianza

I sistemi di sorveglianza creati o consolidati dovranno essere in grado di fornire informazioni di base sugli eventi in esame; le stesse informazioni dovranno essere utilizzate per la valutazione degli interventi di prevenzione realizzati.

1) Definizione degli obiettivi

A secondo delle caratteristiche del sistema informativo disponibile in regione, ai fini della sorveglianza, la programmazione regionale deve porsi l'obiettivo di creare un sistema dedicato agli infortuni domestici, a seconda del livello esistente di raccolta di informazioni le regioni potranno basarsi su sistemi di progressiva complessità.

- L'obiettivo a cui tendere è il monitoraggio del fenomeno attraverso i Servizi di PS ed i DEA della Regione. In una parte di essi, sufficientemente rappresentativa della realtà regionale, andrebbe aggiunto un supplemento di informazioni (non tradizionalmente raccolte dai PS) come da protocollo SINIACA dell'Istituto Superiore di Sanità. Occorrerà adottare tale protocollo dopo le revisioni susseguenti alla valutazione del flusso attualmente in corso. Inoltre l'integrazione di queste informazioni con altri sistemi informativi correnti (SDO, registri di mortalità) e la produzione di indagini campionarie anche limitate, renderebbe la sorveglianza ottimale.
- Tutti i progetti regionali dovranno prevedere l'attivazione di un sistema di sorveglianza basato sui Servizi di PS. Nel caso in cui le uniche fonti informative siano quelle correnti (SDO; mortalità – dati ISTAT), non ci si dovrà accontentare di queste uniche informazioni, ma si dovrà prevedere la progressiva costruzione di un tale sistema, eventualmente anche a partire da una sola realtà aziendale; infatti sia le SDO che le statistiche di mortalità forniscono una indicazione non completa né precisa del fenomeno. In una prima fase si potrà sperimentare il sistema e poi estenderlo territorialmente. Nel caso invece di esistenza nella regione di un sistema di sorveglianza basato sui Servizi di Pronto Soccorso già attivo, si potranno intraprendere iniziative di miglioramento del sistema, rendendolo ad esempio,

rappresentativo della realtà regionale o attuando programmi di valutazione della qualità dei dati raccolti, o curandone l'integrazione con i dati dei sistemi informativi correnti.

- Si raccomanda, qualunque sia il livello di informazione predisposto dalle singole regioni, di attivare periodicamente survey in grado di fornire informazioni complementari ed indicazioni di qualità sui dati raccolti routinariamente. Nel caso le realtà monitorate abbiano una scarsa rappresentatività rispetto all'intero territorio regionale questo tipo di indagini è particolarmente raccomandato.

2) Piano operativo

- definizione dell'evento da sorvegliare: incidente, infortunio; infortunio osservato presso il Pronto Soccorso; infortunio rilevato attraverso i ricoveri ospedalieri;
- definizione dell'ambito territoriale di conduzione della sorveglianza: indicazione della/e ASL in cui sarà realizzato il sistema;
- definizione delle fonti e dei flussi informativi;
- definizione dell'assetto organizzativo ("chi fa cosa");
- definizione di un piano di formazione per gli operatori coinvolti nella sorveglianza;
- definizione di indicatori di processo e di risultato ai fini del monitoraggio e della valutazione;
- tempi per la realizzazione (cronogramma).

Prevenzione

In base ai risultati della sorveglianza e alle evidenze scientifiche di efficacia dovranno essere individuate le popolazioni verso cui orientare gli interventi di prevenzione (tenuto conto che le principali fasce di rischio sono rappresentate, in ordine, da anziani, bambini, donne adulte). Purtroppo esiste un numero limitato di studi (fra cui quasi inesistenti i trials) e quasi tutti svolti in Nord Europa e negli Stati Uniti, con una limitata trasferibilità dei risultati alle situazioni in media presenti nel nostro Paese. Non possiamo quindi disporre di pacchetti di prevenzione ben supportati dall'evidenza. C'è comunque una convergenza della letteratura circa la maggiore efficacia di interventi caratterizzati da approcci integrati multidisciplinari a fronte di quelli singoli, e circa alcuni ambiti prioritari.

Sono formulabili, in base a tali evidenze, quattro direttrici fondamentali per i progetti di prevenzione regionali:

1. Realizzazione di interventi basati sulla promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana, con particolare riferimento a interventi di mobilitazione e di ginnastica dedicata;
2. Rilevazione degli aspetti strutturali/impiantistici delle abitazioni, attraverso l'effettuazione di visite domiciliari, associata a interventi informativo/educativi e fornitura di dispositivi a basso costo come spie di incendio, strisce antiscivolo, maniglioni, ecc.;
3. Realizzazione di interventi informativo/educativi strutturati per bambini 0-4 anni (con coinvolgimento dei genitori e delle istituzioni scolastiche) e anziani (quelli che vivono da soli dovrebbero essere considerati come soggetti prioritari);
4. Formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari (ad esempio, operatori dei dipartimenti di prevenzione e dei distretti sanitari, MMG, PLS), 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;



Per la realizzazione di tali interventi possono essere utilizzate metodologie diverse, tuttavia si raccomanda l'adozione di interventi integrati che si avvalgano 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.)

Bibliografia

1. Istituto Superiore di Sanità. La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambienti di civile abitazione: alcune riflessioni per l'attuazione dell'art.4 della Legge 493/1999, a cura di Franco Taggi. Rapporti ISTISAN 01/11
2. Towner E, Dowswell T, Jarvis S. Updating the evidence. A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: Part 1. *Inj Prev* 2001; 7: 161-64
3. Towner E, Dowswell T, Jarvis S. Updating the evidence. A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: Part 1. *Inj Prev* 2001; 7: 249-53
4. Towner E, Dowswell T. Community-based childhood injury prevention interventions: what works? *Health Promot Int* 2002; 17: 273-84
5. Close J. Does accident prevention education reduce the incidence of childhood accidents in the home? *Br J Community Nurs.* 2002;7: 639-44
6. Health Development Agency, NHS. Prevention and reduction of accidental injury in children and older people. Evidence briefing. 2003. www.hda.nhs.uk/evidence
7. Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, et al. Modification of the home environment for the reduction of injuries (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003. www.thecochranelibrary.com
8. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003. www.thecochranelibrary.com
9. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2004. www.thecochranelibrary.com
10. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2005. www.thecochranelibrary.com



ALLEGATO

STRATEGIA DI INTERVENTO PER LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ



STRATEGIA DI INTERVENTO PER LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ

Sviluppare interventi per migliorare la nutrizione e promuovere l'attività fisica nella popolazione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che gli stili di vita non salutari spieghino, nei Paesi europei più sviluppati, quasi il 50% delle malattie negli uomini e il 25% nelle donne. Il "Rapporto 2002 sulla salute nel mondo" dell'OMS indica l'inattività fisica, la scorretta alimentazione, il sovrappeso e/o l'obesità, l'ipercolesterolemia ed il tabagismo come i principali fattori di rischio per lo sviluppo di malattie non trasmissibili, quali la malattia coronarica, gli accidenti cerebrovascolari, il diabete di tipo 2, alcune forme di cancro, l'osteoporosi e molte altre patologie.

La frequenza delle condizioni di sovrappeso ed obesità è andata aumentando negli ultimi decenni, al punto che, secondo l'OMS, l'obesità è diventata un problema di salute pubblica di proporzioni epidemiche in tutti i Paesi occidentali, e la sua prevenzione rappresenta un obiettivo prioritario.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, nell'ambito del progetto "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute", ribadisce che le conoscenze scientifiche attuali dimostrano come l'incidenza di molte patologie sia legata agli stili di vita e sottolinea il ruolo fondamentale dell'attività fisica e di una corretta alimentazione per la protezione della salute.

La Campagna "2004: anno del cuore", sostenuta dal Ministero della salute per la prevenzione delle patologie cardiovascolari attraverso la promozione di uno stile di vita salutare, ha focalizzato l'attenzione su corretta alimentazione, dissuasione dal fumo e dall'alcol e promozione dell'attività fisica.

Anche l'OMS ha recentemente sviluppato una Strategia Globale⁵ su Dieta, Attività Fisica e Salute, con una serie di raccomandazioni per i governi e per tutte le altre parti in causa. Nello specifico, si raccomanda un approccio multisettoriale per far sì che aumenti il consumo di frutta e vegetali, diminuisca l'apporto di grassi animali saturi in favore di quelli vegetali insaturi, si riduca la quantità e la proporzione di grassi, sale e zucchero, si faccia attività fisica giornaliera, si mantenga l'Indice di Massa Corporea (BMI) entro limiti accettabili. Gli interventi raccomandati sono di tipo comportamentale (per modificare lo stile di vita individuale) e sociale (per creare condizioni atte a cambiare i comportamenti individuali).

Nella Unione Europea, nutrizione attività fisica e obesità rientrano come "priorità chiave" nella politica di sanità pubblica e sono incluse nel programma di azioni 2003-2008⁶.

In Italia, con l'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 Marzo 2005, è stato deciso di attuare il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, che individua l'obesità e, in particolare, l'obesità infantile tra i problemi di salute prioritari. Il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha il compito di individuare le linee operative che consentano alle Regioni e Province autonome di redigere, in modo coordinato, i loro piani d'azione.

⁵ La strategia è stata approvata unanimemente nel corso della 57^a Assemblea Mondiale della Salute (Ginevra, 22 maggio 2004).

⁶ (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/nutrition_en.htm)

Dati disponibili in Italia

A fronte della preoccupazione espressa dall'Unione Europea, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal mondo scientifico, le informazioni epidemiologiche sulla frequenza di obesità e sovrappeso, su nutrizione ed attività fisica in Italia sono attualmente lacunose. Non esiste infatti un sistema di sorveglianza nazionale sul fenomeno: la sola fonte di dati estesi all'intero territorio nazionale è l'Indagine sulla salute dell'ISTAT, anche se numerosi sono gli studi locali, incluso quello, ancora in corso, promosso dal Ministero della Salute (PASSI).

I dati disponibili, comunque, ci dicono che, nel nostro Paese, 4-5 abitanti su 10 soffrono di sovrappeso o sono obesi⁷, con tassi più elevati nelle regioni meridionali e con una tendenza all'aumento negli ultimi anni.

Il fenomeno non risparmia i bambini; con una prevalenza media tra le più alte in Europa, anche in questo caso con tassi più elevati al sud. Questi ultimi dati devono particolarmente preoccupare in quanto è dimostrato che un bambino obeso ha elevate probabilità di esserlo anche da adulto.

Le conseguenze per gli individui e la società sono serie, in termini di riduzione dell'aspettativa di vita, malattia ed invalidità per condizioni acute e croniche associate all'obesità (disturbi psicologici, problemi ortopedici, diabete, problemi epatici, malattie cardiovascolari). Vi sono anche pesanti conseguenze economiche (riduzione della produttività ed aumento delle spese per l'assistenza e la previdenza) e sociali (qualità della vita).

Il sovrappeso, l'obesità e le relative conseguenze, inoltre, non sono distribuite uniformemente nella popolazione. Come per altre condizioni di vita e di salute, si osserva una grande variabilità di carattere geografico, associata a disuguaglianze sociali.

Uno degli elementi che influenzano maggiormente l'evoluzione del sovrappeso è rappresentato dalla sedentarietà che caratterizza lo stile di vita di molti adulti e bambini.

Soprattutto in questi ultimi, tale disaffezione all'attività fisica è in parte correlabile all'uso eccessivo del mezzo televisivo, i cui messaggi pubblicitari, inoltre, come rilevato dall'indagine presentata a Pisa dalla Società Italiana di Pediatria, possono indurre ad errori dal punto di vista nutrizionale.

I dati relativi all'attività fisica in Italia sono scarsi e si riferiscono sostanzialmente all'attività sportiva, che rappresenta solo una parte dell'attività fisica.

Secondo i più recenti dati ISTAT, basate sulle dichiarazioni del capofamiglia, su un campione rappresentativo di famiglie italiane, nel 2002 solo il 20% della popolazione di 3 anni e più praticava con continuità uno o più sport, mentre il 10% lo praticava saltuariamente. Nel complesso la pratica sportiva ha interessato il 30% della popolazione di 3 anni e più, per un totale di oltre 16 milioni e 600 mila persone

Gli individui che, pur non praticando un'attività sportiva, hanno dichiarato di svolgere qualche attività fisica (come fare passeggiate per almeno 2km, nuotare, andare in bicicletta) sono circa 16 milioni, pari al 29% della popolazione di 3 anni e più. La quota di sedentari, cioè di coloro che non svolgono né uno sport né un'attività fisica è risultata pari al 41%, per un totale di oltre 22 milioni e 900 mila persone.

⁷ La valutazione del sovrappeso viene effettuata attraverso la rilevazione dell'Indice di Massa Corporea (BMI – Body Mass Index) ottenibile dividendo il peso in kg per il quadrato dell'altezza in metri. Va considerato sovrappeso un individuo con un BMI compreso tra 25 e 29,9 mentre è obeso chi presenta un BMI uguale o superiore a 30. Per i bambini esistono delle tabelle con livelli soglia in base all'età ed al sesso.



Le donne risultano più sedentarie degli uomini (47% contro 35%), gli anziani più dei giovani. In particolare, tra le donne di 65 anni e più, il 72% non praticava né sport né attività fisica, mentre fra gli uomini tale quota si attestava al 55%.

Si può quindi affermare che nel nostro Paese solo una piccola parte della popolazione adulta pratica attività fisica secondo i livelli minimi raccomandati (30 minuti di attività moderata almeno 5 giorni/settimana oppure 20 minuti di attività intensa 3 o più volte per settimana). Anche per la pratica sportiva e l'attività fisica, inoltre, sono ipotizzabili differenze geografiche e sociali.

Di contro, numerose evidenze scientifiche dimostrano gli effetti benefici prodotti sulla salute da un'attività fisica moderata, ma regolare.

Il semplice camminare ad andatura spedita per 30-60 minuti al giorno per più giorni alla settimana è associato ad una significativa riduzione dell'incidenza di mortalità per malattie cardiovascolari. L'attività fisica, inoltre, aiuta a controllare il peso e riduce lo stress, l'ansia e il senso di depressione. In età anziana i benefici dell'attività motoria non sono solo di natura sanitaria, ma anche sociali (mantenimento da parte degli anziani di un ruolo più attivo nella società) e della comunità (ridotti costi di assistenza sanitaria e sociale e promozione di una immagine dell'anziano positiva ed attiva).

Verso una strategia per la salute pubblica

Da quanto sopra esposto appare evidente che lo sviluppo di una strategia che porti all'adozione di corrette abitudini alimentari e ad un aumento del livello di attività fisica all'interno della popolazione, mediante l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia, è un obiettivo di sanità pubblica che può essere raggiunto solo attraverso specifiche politiche sanitarie interagenti anche con quelle di altri settori, condivisione di obiettivi e individuazione delle diverse responsabilità.

La creazione di una rete di Istituzioni ed Enti che condividano obiettivi comuni e definiscano ruoli, regole e modalità di azione e valutazione, rappresenta, quindi, un momento fondamentale per poter sviluppare interventi che abbiano carattere di sostenibilità e continuità. In questo ambito, infatti, non è sufficiente il consiglio dell'operatore sanitario al proprio assistito per ottenere una modifica di un comportamento non salutare. Interventi sulle scelte dietetiche a scuola o nelle mense aziendali, politiche del traffico e di sicurezza di pedoni e ciclisti, disponibilità e accessibilità di una vera offerta alla popolazione sono elementi che contribuiscono a favorire sani comportamenti in tema di alimentazione e di attività motoria.

Pertanto, la progettazione, la pianificazione e la valutazione di qualsiasi iniziativa devono passare attraverso il coinvolgimento di un ampio numero di attori, quali le Istituzioni nazionali, gli amministratori locali, la famiglia, la scuola, i servizi sanitari e sociali, i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, le associazioni non governative, i mass media, i centri riabilitativi e terapeutici, le strutture residenziali, i club sportivi e sociali, i produttori e le reti di distribuzione di prodotti alimentari, le strutture di ristorazione, ecc.

In conclusione, la presente strategia, investendo problematiche molto eterogenee tra loro, prevede un'alleanza che coinvolge vari soggetti, istituzionali e non, secondo un approccio simile a quello già seguito per il tabagismo, l'impiego delle cinture di sicurezza e l'uso del casco, e mira al raggiungimento di due obiettivi prioritari:



1. disporre di informazioni su obesità e sovrappeso, pattern nutrizionali e di attività fisica della popolazione italiana in età infantile ed adulta;
2. pianificare, a livello regionale e locale, interventi che mirino a migliorare la nutrizione ed a promuovere l'attività fisica presso la popolazione, particolarmente per le donne in età fertile ed i bambini.

Per il raggiungimento di tali obiettivi è necessario attivare un percorso che, coinvolgendo attivamente il CCM e le Amministrazioni regionali, preveda:

- A. la definizione da parte del CCM e delle Regioni e Province autonome di un **sistema di sorveglianza su sovrappeso ed obesità**, pattern nutrizionali e di attività fisica nella popolazione italiana nell'età infantile e tra 18 e 65 anni. La sorveglianza sarà effettuata in tutte le Regioni, con il coordinamento e il supporto del CCM, e sarà finalizzata ad ottenere dati sufficientemente affidabili per poter monitorare gli andamenti temporali e le differenze territoriali, stabilire obiettivi realistici degli interventi e verificarne l'impatto.
- B. La promozione e il sostegno di **interventi**, da svilupparsi a livello regionale e locale, individuati tra quelli di seguito riportati, in quanto da considerarsi come maggiormente efficaci in termini di Salute Pubblica e raccomandati dall'Unione Europea o dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.
 1. Promuovere, sostenere e proteggere, presso i genitori, l'allattamento esclusivo al seno almeno fino al sesto mese di vita (i bambini non allattati al seno hanno maggiore probabilità di diventare obesi) e le attività di educazione nutrizionale rivolte ai genitori dei bambini in età prescolare.
 2. Favorire, nelle scuole, la disponibilità di scelte alimentari nutrizionalmente corrette, con speciale riguardo all'eccessivo introito energetico da spuntini calorici e bevande dolcificate, attraverso interventi che prevedano una maggiore attenzione:
 - ai capitolati d'appalto dei servizi di ristorazione scolastica,
 - alla composizione dei menù delle mense scolastiche,
 - all'eliminazione di spuntini e bevande caloriche dai distributori automatici,
 - alla distribuzione di spuntini a base di frutta o verdura fresche.
 3. Sviluppare, per i bambini, attività educative su nutrizione, educazione al gusto ed attività fisica, come parti integranti di programmi di educazione alla salute, tendenti anche a migliorare la capacità dei giovani a individuare le pressioni sociali, incluse quelle pubblicitarie.
 4. Accrescere, per bambini ed adolescenti, il tempo dedicato all'attività motoria dentro e fuori la scuola ed incoraggiarli a svolgere almeno 30 minuti di attività fisica giornaliera, anche attraverso accordi che prevedano la facilitazione dell'accesso alle strutture ricreative e sportive sia scolastiche sia comunali sia di altro genere.
 5. Incoraggiare i datori di lavoro a:
 - offrire nelle mense aziendali scelte alimentari salutari, limitando, tra l'altro, l'offerta di bevande alcoliche, secondo quanto suggerito dalla letteratura scientifica;

- facilitare la pratica di un'attività fisica regolare (almeno 30 minuti al giorno) da parte dei dipendenti.
6. Sostenere, presso i soggetti in soprappeso e gli adulti in età critica, in particolare le donne dai 50 anni in su, lo svolgimento ed il mantenimento di un'adeguata attività motoria.
 7. Promuovere e sostenere, presso la comunità, lo svolgimento di attività motorie, attraverso:
 - lo sviluppo di ambienti urbani idonei, migliorando, ad esempio, la disponibilità di piste ciclabili e percorsi pedonali su itinerari anche di interesse paesaggistico e storico-artistico;
 - l'invito all'utilizzo delle scale, ad esempio con cartelli posti presso gli impianti automatici (ascensori, scale mobili ecc.);
 - l'organizzazione di manifestazioni o tornei che spingano alla pratica sportiva individuale o di gruppo.
 8. Sviluppare, per la comunità, campagne di informazione nutrizionale, utilizzando i media quali efficaci strumenti di informazione e comunicazione, attraverso campagne appositamente pianificate e tarate su specifici gruppi target.
 9. Garantire, per la comunità, che le opzioni alimentari più salutari siano disponibili, accessibili e riconoscibili, anche grazie ad accordi con i produttori e con le reti di distribuzione e di vendita degli alimenti, che prevedano, ad esempio, l'uso di sistemi di etichettatura che favoriscano il riconoscimento di tali alimenti e possano costituire uno strumento per educare il consumatore ad un loro corretto utilizzo nell'ambito di scelte alimentari protettive della salute.
 10. Stabilire, con le industrie produttive, rapporti di collaborazione, coinvolgendo anche le associazioni di consumatori, finalizzati a evitare che la pubblicità dei prodotti alimentari, soprattutto di quelli destinati ai bambini, contenga messaggi falsi o fuorvianti in termine di salute.

La seguente tabella riporta le singole linee di intervento con l'indicazione di alcune tra le collaborazioni che è possibile attivare al fine di realizzare i relativi progetti.

LINEE DI INTERVENTO		PARTNERSHIP				
		ISTITUZIONI PUBBLICHE	PRIVATI	SOCIETA' SCIENTIFICHE	ASSOCIAZIONI	ALTRO
1	Promuovere e sostenere, presso le donne in età fertile, l'allattamento esclusivo al seno almeno fino al sesto mese di vita	Ministero Salute, Regioni, ASL (Servizi Igiene Alimenti Nutrizione, Servizi Materno Infantili)		Pediatri di Libera Scelta (PLS), Ginecologi, Medici Generali (MMG), Ostetriche, Infermieri	Lega Leche	
2	Favorire nelle scuole la disponibilità di scelte alimentari nutrizionalmente corrette, con speciale riguardo all'eccessivo introito energetico da spuntini calorici e bevande dolcificate	Ministero Istruzione, Ministero Salute, ASL (SIAN, SMI), Comuni, Istituti scolastici, Regioni, Province (Assessorati alla Sanità e all'agricoltura Regionali e Provinciali)	Produttori e distributori di alimenti, gestori mense	PLS, MMG, Operatori di Sanità Pubblica (Igienisti, Pediatri, Nutrizionisti, Medici dello sport)	Genitori, consumatori, produttori e distributori	
3	Sviluppare per i bambini attività educative su nutrizione, educazione al gusto ed attività fisica	Ministero Istruzione, Ministero Salute, CONI, Enti di promozione sportiva Regioni, ASL (SMI), Comuni, Istituti scolastici		PLS, MMG Medici di Sanità Pubblica (Igienisti, Pediatri, Nutrizionisti, Medici dello sport)	Genitori, consumatori	
4	Accrescere per bambini ed adolescenti il tempo dedicato all'attività motoria dentro e fuori la scuola ed incoraggiarli a svolgere almeno 30 minuti di attività fisica giornaliera	Ministero Istruzione, Ministero Salute, CONI, Enti di promozione sportiva Regioni, ASL, Comuni, Istituti scolastici, Università (Facoltà di Scienze motorie)	Proprietari e gestori centri sportivi, società sportive	PLS, MMG, Operatori di di Sanità Pubblica (Igienisti, Pediatri, Nutrizionisti, Medici dello sport)	Genitori, consumatori, Enti di promozione sportiva	
5	Incoraggiare i datori di lavoro ad offrire scelte dietetiche sane nelle mense e a facilitare la pratica di un'attività fisica da parte dei dipendenti	Ministero Salute, Ministero Attività Produttive, ASL (SIAN)	Produttori e distributori di alimenti, gestori mense, proprietari e gestori centri sportivi	MMG, Operatori di di Sanità Pubblica (Igienisti, Medici del lavoro Nutrizionisti, Medici dello sport)	Sindacati, rappresentanze di sistema (Confindustria, Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici, Associazione Bancaria Italiana, ecc.)	

LINEE DI INTERVENTO		PARTNERSHIP				
		ISTITUZIONI PUBBLICHE	PRIVATI	SOCIETA' SCIENTIFICHE	ASSOCIAZIONI	ALTRO
6	Sostenere presso i soggetti in soprappeso e gli adulti in età critica lo svolgimento di un'adeguata attività motoria	Ministero Salute, CONI, Enti di promozione sportiva Regioni, ASL (SIAN), Province, Comuni	Proprietari e gestori centri sportivi	MMG, Operatori di di Sanità Pubblica (Igienisti, Medici del lavoro, Medici dello sport)	Cittadini	
7	Promuovere e sostenere presso la comunità lo svolgimento di attività motorie	Ministero Salute, CONI, Enti di promozione sportiva, Regioni, ASL (Dip,ti Prevenzione), Province, Comuni	Società sportive, Proprietari e gestori centri sportivi, Istituti Bancari	Operatori di di Sanità Pubblica (Igienisti, Medici del lavoro, Nutrizionisti, Medici dello sport, Geriatri, Pneumologi, Specialisti in Ostetricia e Ginecologia)	Consumatori, Cittadini	
8	Sviluppare per la comunità campagne di informazione nutrizionale	Ministero Salute, Istituto Nazionale Ricerca Alimenti Nutrizione (INRAN) Regioni, ASL (SIAN, SMI), Province, Comuni	Produttori e distributori di alimenti, gestori mense	PLS, MMG Operatori di Sanità Pubblica (Igienisti, Medici del lavoro Nutrizionisti, Medici dello sport, Geriatri, Specialisti in Ostetricia e Ginecologia)	Slow Food	
9	Garantire per la comunità che le opzioni alimentari più salutari siano disponibili, accessibili e riconoscibili	Ministero Salute, Ministero Attività Produttive, Ministero Politiche Agricole e Forestali, INRAN	Produttori e distributori di alimenti	Medici di Sanità Pubblica (Igienisti, Pediatri, Nutrizionisti)	Consumatori	
10	Stabilire con le industrie produttive rapporti di collaborazione finalizzati a evitare che la pubblicità dei prodotti alimentari contenga messaggi falsi o fuorvianti	Ministero Salute, Ministero Comunicazione, Autorità garante per le comunicazioni, Università (Discipline della comunicazione)	Produttori di alimenti, gestori pubblicità	Operatori di Sanità Pubblica	Genitori, consumatori	Osservatori pubblicità

Bibliografia

- Carta di Ottawa per la Promozione della Salute. In Punto Omega, 5/6, Trento 2001;
- Linee Guida di Heidelberg per la promozione dell'attività fisica nelle persone anziane. Quarto Congresso internazionale su attività fisica, invecchiamento e sport. Heidelberg (D), agosto 1996 (www.who.int/hpr/ageing/heidelberg_eng.pdf);
- C. R. Elley, N. Kerse, B. Arrol, E. Robinson. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised control trial. British Medical Journal – Vol. 326 12 april 2003: 1-6.
- E.B. Kahn, L.T. Ramsey, R.C. Brownson, et aa. and the Task Force on Community Preventive Services. The effectiveness of interventions to increase Physical Activity. Am. J. Prev. Med. 2002;22:73-108.
- WHO: The World Health Report 2002
- Increasing Physical Activity. Report and Recommendations of Morbidity and Mortality Weekly Report Ogilvie D, Egan M, Hamilton V and Petticrew M: Promoting walking and cycling as an alternative to using cars: systematic review. BMJ 2004; 329:763-6
- Ministero della Salute: DPR 23 maggio 2003 Piano sanitario nazionale 2003-2005
- ISTAT, Indagine Multiscopo sulle famiglie: “I cittadini ed il tempo libero”. 2000
- Ministero della Salute – ISS: Studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) <http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp>
- Rapporto OMS/FAO “Diet nutrition and the prevention of chronic diseases” Ginevra 2003.
- World Health Assembly. Global strategy on diet, physical activity and health. WHO, Geneva, 22 May 2004.