



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Corso educazione a corretti stili di vita

Professoressa Alejandra Aranburu Imatz

Indice

Codice Deontologico Infermieristico	3
Definizione salute 1947	4
Seconda Guerra Mondiale (1939-1945)	5
Diritti Universali ONU 1948	6
Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) / World Health Organization (WHO) 1948	6
Costituzione Italiana	7
Rapporto Beveridge 1942	9
Modello Bismarck	9
La Dichiarazione di Alma Ata URSS 6-12 settembre 1978	11
Servizio Sanitario Italiano. LEGGE 23 dicembre 1978	14
Ordinamento del sistema sanitario Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502	15
1° Conferenza sulla salute Carta di Ottawa per la promozione della salute	19
2° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute OMS	23
3° Conferenza internazionale sulla promozione della salute OMS	25
4° Conferenza internazionale sulla promozione della salute OMS	28
5° conferenza globale sulla promozione della salute OMS	28
6° Conferenza globale sulla promozione della salute	30
7° Conferenza globale sulla promozione della salute	30
8° Conferenza globale sulla promozione della salute OMS	32
9° Conferenza globale sulla promozione della salute OMS	33
10° Conferenza globale sulla promozione della salute OMS	34
Health21	37
Definizioni	44
Modelli e teorie per generare salute	49
Advocacy	59
Health literacy	60
Empowerment	60
Cosa è Guadagnare Salute	66
I sistemi di sorveglianza	68
Olkio alla salute	69
Sistema di sorveglianza Passi	70
Sistema Passi d'Argento	72
HBSC - Health behaviour in school-aged children	72
Le Piattaforme per il programma Guadagnare salute	74
Protocolli d'intesa	75
l'Associazione Rete Italiana Città Sane	76
Gli approcci della prevenzione	81
Approccio per setting	82
Approccio alla salute nel corso della vita, Life Course approach	85
Ministero della Salute	92
Alimentazione sana	106
Fumo	111
Le droghe	115
La violenza di genere	120

Codice Deontologico Infermieristico 2025¹

Il Codice deve poter aiutare i professionisti a non smarrirsi e tenere in equilibrio valori, deontologia e scienza.

Capo II

Responsabilità assistenziale

Art. 7 – Cultura della salute

L’Infermiere promuove stili di vita ecosostenibili e rispettosi dell’ambiente, riconoscendo l’interazione tra la salute umana, quella animale e l’ambiente, per una salute integrale a livello globale.

Capo IV

Rapporti con le persone assistite

Art. 17 – Informazioni sullo stato di salute

L’infermiere, in accordo con l’équipe di cura, si assicura che la persona assistita, o la persona indicata come riferimento, riceva, in tempi e modalità appropriate, informazioni sul suo stato di salute precise e complete, nel rispetto delle sue esigenze e dei suoi valori.

Definizione salute 1947

Secondo la OMS (Organizzazione Mondiale della Salute) o WHO (World Health Organization) la salute fu definita nel 1947 come:

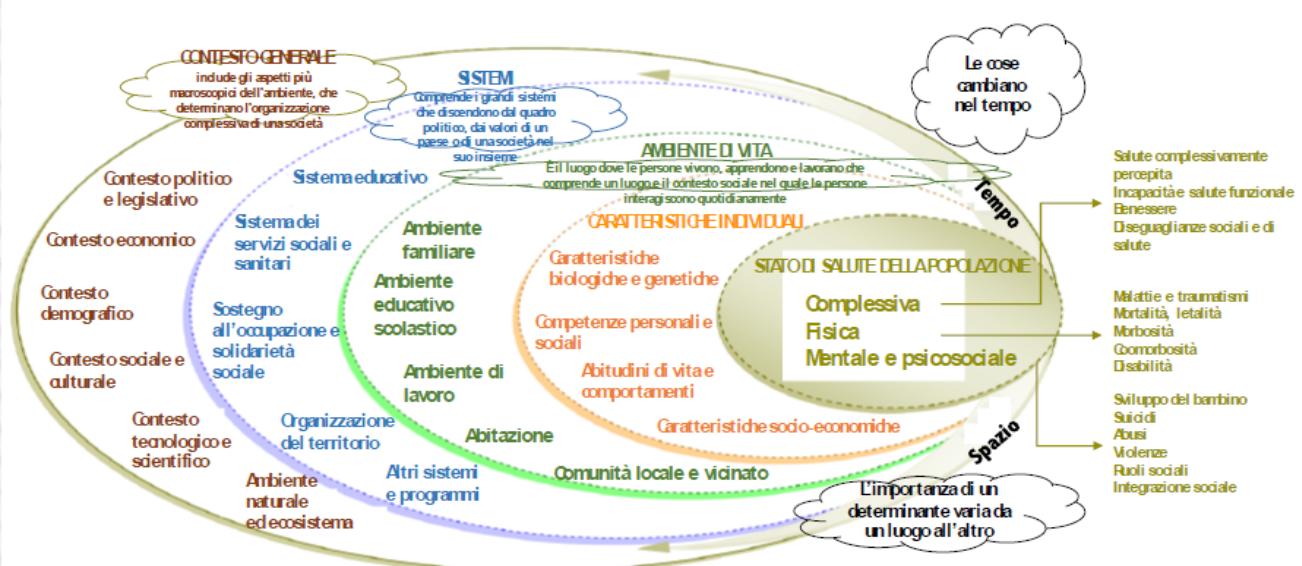
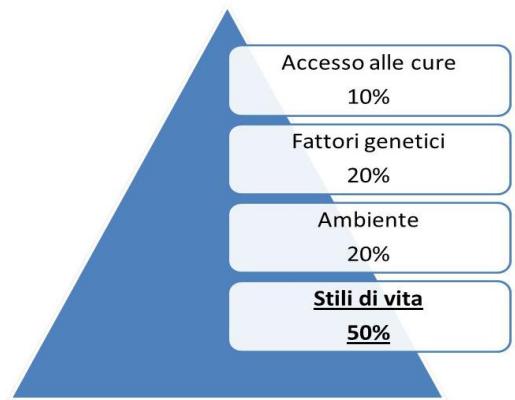
"il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute", definita come "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "assenza di malattie o infermità".

2

La salute è uno stato, una variabile dipendente, prodotto dell'azione di insieme di variabili individuali, sociali, economiche e ambientali (determinanti della salute).

I determinanti influenzano la salute sia direttamente (determinanti prossimali) sia per l'effetto che hanno su un comportamento o una decisione che avrà impatto sulla salute delle persone o della popolazione (determinanti distali), e possono anche interagire tra loro.

I DETERMINANTI della SALUTE



Il loro numero varia al variare del grado di conoscenza della loro relazione con la salute.

Salute e benessere sono il risultato di un'interazione costante tra individuo e fattori dell'ambiente fisico e sociale in cui egli vive e si relaziona.

Seconda Guerra Mondiale (1939-1945)³

Guerra mondiale, Seconda Conflitto nel quale furono coinvolti quasi tutti i paesi del mondo, combattuto dal 1939 al 1945. I principali contendenti furono Gran Bretagna, Francia, Stati Uniti d'America e Unione Sovietica da una parte, Germania, Italia e Giappone dall'altra. Fu una **guerra totale** sotto **diversi aspetti**: **geografico**, perché interessò tutti i continenti; **economico**, perché costrinse i paesi coinvolti a uno sforzo produttivo senza precedenti; **ideologico**, perché combattuta per ideali radicalmente contrapposti; **demografico**, perché coinvolse la popolazione civile in pari misura delle forze militari.

Carattere e conseguenze della guerra:

Gli elementi essenziali che contraddistinguono la Seconda g. sono connessi innanzitutto al carattere ideologico e totale del conflitto. Nel conflitto le alleanze nazionali acquistarono un carattere di scelta politica, civile, etica; inoltre, non solo si estese ai 5 continenti ma penetrò profondamente nella popolazione civile, coinvolgendola sia attraverso le deportazioni, i bombardamenti delle città, gli stermini, sia attraverso le formazioni combattenti volontarie civili.



La pratica dell'annientamento del nemico appare centrale nel complesso del conflitto. Il regime nazionalsocialista tedesco l'applicò innanzitutto all'interno ancora in periodo di pace, avviando il pianificato sterminio delle minoranze razziali e politiche. Non meno cruenta fu la risposta alleata (per es., con il bombardamento di Dresda e quelli di Hiroshima e Nagasaki), anche se priva delle motivazioni ideologiche che caratterizzavano l'aggressività dei primi. **Alla fine del conflitto furono calcolati oltre 50 milioni di morti (30 nella sola Europa), oltre 2/3 dei quali civili.**



La risposta internazionale al disegno nazionalsocialista divenne efficace quando una larga alleanza contrappose all'espansionismo dell'Asse una coordinata forza di contenimento e contrattacco; a questa forza diede un apporto la Resistenza, cioè i movimenti di liberazione delle nazioni occupate dall'Asse o dell'Asse stesso, e ciò contribuì a delineare il carattere sovranazionale ed etico, oltre che ideologico, della guerra.



Diritti Universali ONU 1948⁴

Il 10 dicembre **1948** l'**Assemblea Generale delle Nazioni Unite** approvò e proclamò la *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*, composta da un preambolo e da 30 articoli. Pur non essendo formalmente vincolante per gli Stati membri, in quanto dichiarazione di principi, questo documento riveste un'importanza storica fondamentale in quanto rappresenta la prima testimonianza della volontà della comunità internazionale di riconoscere universalmente i diritti che spettano a ciascun essere umano. Inoltre le norme che compongono la Dichiarazione sono ormai considerate, dal punto di vista sostanziale, come principi generali del diritto internazionale e come tali vincolanti per tutti i soggetti di tale ordinamento.



Articolo 25

Ogni **individuo** ha **diritto** ad un tenore di vita sufficiente a **garantire la salute e il benessere proprio** e della sua **famiglia**, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà. La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale.

Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) / World Health Organization (WHO) 1948⁵

L'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), istituita nel **1948** con sede a **Ginevra** è l'**Agenzia delle Nazioni Unite** specializzata per le **questioni sanitarie** e vi aderiscono 194 Stati Membri di tutto il mondo divisi in 6 regioni:

(Europa, Americhe, Africa, Mediterraneo Orientale, Pacifico Occidentale e Sud-Est Asiatico). L'Italia ha aderito ufficialmente all'OMS in data 11 aprile 1947. Secondo la Costituzione dell'OMS, l'obiettivo dell'Organizzazione è “**il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute**”, definita come “**uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale**” e non semplicemente “**assenza di malattie o infermità**”.

Per raggiungere questo fondamentale obiettivo, l'OMS si avvale dei suoi Organi di Governo (“Governing Bodies”):

il Segretariato, l'Assemblea Mondiale ed il Consiglio Esecutivo, nonché dei 6 uffici regionali in cui è articolata, dei propri uffici dislocati negli Stati Membri e dei centri collaboratori che supportano le sue attività L'OMS è l'organismo di indirizzo e coordinamento in materia di salute all'interno del sistema delle Nazioni Unite.

Tra le altre **funzioni**, è impegnata a **fornire una guida sulle questioni sanitarie globali**, indirizzare la ricerca sanitaria, **stabilire norme e standard e formulare scelte di politica sanitaria basate sull'evidenza scientifica**; inoltre, garantisce assistenza tecnica agli Stati Membri, monitora e valuta le tendenze in ambito sanitario, finanzia la ricerca medica e fornisce aiuti di emergenza in caso di calamità. Attraverso i propri programmi, l'OMS lavora anche per migliorare in tutto il mondo la nutrizione, le condizioni abitative, l'igiene e le condizioni di lavoro.

L'OMS si trova oggi a operare in un contesto sempre più complesso e in rapido cambiamento, in cui i confini d'azione della sanità pubblica sono diventati più fluidi, estendendosi ad altri settori, che hanno un impatto sulle prospettive e sui risultati in ambito sanitario. La risposta dell'OMS a queste sfide si articola in un'agenda di sei punti:

1. **due obiettivi di salute**: promuovere lo sviluppo e incrementare la sicurezza sanitaria;
2. **due necessità strategiche**: potenziare i sistemi sanitari e mettere a frutto la ricerca, le informazioni e le evidenze scientifiche;
3. **due approcci operativi**: intensificare i partenariati e migliorare la performance.



Costituzione Italiana⁶

L'**Assemblea Costituente**, che approvò la Costituzione entrata in vigore il **1º gennaio 1948**, era stata eletta il 2 giugno 1946. Tale Assemblea era stata prevista dal decreto-legge luogotenenziale 25 giugno 1944, n. 151, convertito in legge per effetto della XV disposizione transitoria della Costituzione.

Col decreto legislativo luogotenenziale 10 marzo 1946, n. 74, venivano emanate le norme per la elezione dei deputati all'Assemblea Costituente. Successivamente il decreto legislativo luogotenenziale

16 marzo 1946, n. 98, **stabiliva il referendum popolare per la scelta della forma istituzionale dello Stato**, da tenersi contemporaneamente alle elezioni per l'Assemblea Costituente (2 giugno 1946).

Nel citato decreto n. 151 del 1944 fu stabilito che l'Assemblea fosse sciolta di diritto il giorno dell'entrata in vigore della nuova Costituzione e comunque non oltre l'ottavo mese dalla sua prima riunione. Detto termine fu prorogato prima al 24 giugno 1947 (L. cost. 21 febbraio 1947, n. 1) e successivamente non oltre il 31 dicembre 1947 (L. cost. 17 giugno 1947, n. 2).

PRINCIPI FONDAMENTALI:

Art. 2.

La Repubblica riconosce e garantisce i **diritti inviolabili dell'uomo**, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede **l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale**.



PARTE I

DIRITTI E DOVERI DEI CITTADINI:

TITOLO I

RAPPORTI CIVILI

Art.13.

Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né' qualsiasi altra restrizione della libertà` personale, se non per atto motivato dell'autorità` giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge [253].

In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'autorità` di pubblica sicurezza può` adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'autorità` giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto. **È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà` [273]. La legge stabilisce i limiti massimi della carcerazione preventiva.**

TITOLO II

RAPPORTI ETICO SOCIALI

Art.32.

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può` essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può` in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

PARTE II

ORDINAMENTO DELLA REPUBBLICA

TITOLO V

LE REGIONI, LE PROVINCIE, I COMUNI

Art. 118.

Le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza.

Rapporto Beveridge 1942⁷

Il Rapporto Beveridge, formalmente intitolato **Report on Social Insurance and Allied Services** (Rapporto sulle assicurazioni sociali e sui servizi alleati), è un rapporto parlamentare britannico pubblicato nel novembre 1942. Scritto sotto la direzione dell'economista liberale William Beveridge (Rangpur, Bengala, 1879 - Oxford 1963), ebbe un'influenza nel determinare l'istituzione dello stato sociale nel Regno Unito dopo la Seconda guerra mondiale, il rapporto prometteva **ricompense per i sacrifici di tutti**. Incredibilmente popolare tra il pubblico, ha costituito la base per le riforme del dopoguerra che includono l'espansione della National Insurance e la creazione del **National Health Service (NHS)**.

Il complesso piano di assicurazione sanitaria obbligatoria e gratuita per tutti (indipendentemente dal loro reddito) e di previdenza per il caso di disoccupazione, vedovanza, vecchiaia e morte che è detto appunto from the cradle to the grave (dalla culla alla tomba) ed entrò in vigore nel 1948 col nome di piano B.

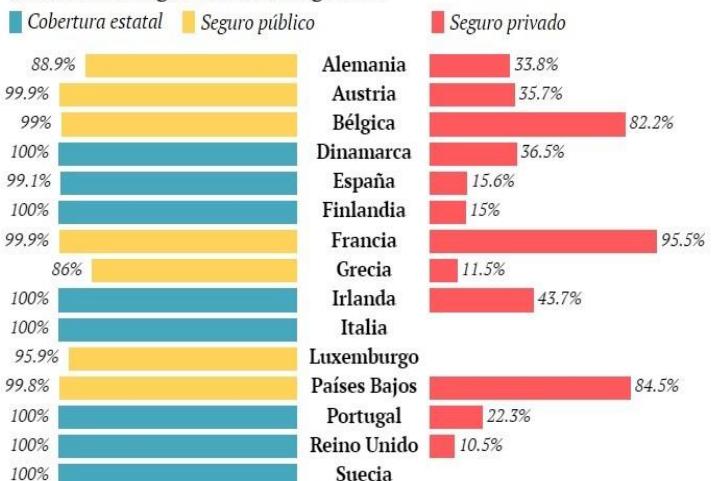
Caratteristiche generali:

- il bene salute è considerato come un diritto del cittadino
- lo Stato è responsabile per la politica sanitaria nazionale
- lo Stato raccoglie i fondi attraverso la tassazione generale
- alloca le risorse alle strutture in base alla programmazione sanitaria
- lo Stato possiede la maggioranza delle strutture

Sistemas sanitarios en UE-15



% cobertura según sistema de gestión



Fuente: OMS, International Labour Organization, OCDE 2016

Modello Bismarck

In Italia, prima dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (1978), il modello sanitario era di tipo Bismarck, basato su numerosi enti mutualistici (o casse mutue). Ciascun ente era competente per una determinata categoria di lavoratori che, con i familiari a carico, erano obbligatoriamente iscritti allo stesso ente e, in questo modo, fruivano dell'assicurazione sanitaria per provvedere alle cure mediche e ospedaliere, finanziata con i contributi versati dagli stessi lavoratori e dai loro datori di lavoro. Il diritto alla tutela della salute era correlato allo status di lavoratore con conseguenti casi di mancata copertura e sperequazioni tra gli stessi assistiti, vista la disomogeneità delle prestazioni assicurate dalle varie casse mutue.

Gli enti mutualistici, finanziati principalmente da contributi sociali, trasferimenti pubblici, e in parte da imposte e indebitamento pubblico, finanziavano le attività di diagnosi e cura, esercitate da medici, ospedali, farmacie e ambulatori. Gli ospedali – pubblici religiosi e privati - venivano remunerati attraverso contratti basati sulle rette di degenza giornaliera. Province e comuni traevano le proprie risorse dalle imposte e dall'indebitamento pubblico. Alle province spettavano i servizi preventivi, tramite la gestione degli Istituti di igiene e profilassi, oltre che la gestione degli ospedali psichiatrici, mentre i comuni si occupavano dell'assistenza di base degli indigenti non coperti dall'assicurazione sociale e della loro ospedalizzazione.

Sistema Bismack	Sistema Beveridge
Countries with SSH system <hr/> <ul style="list-style-type: none">■ Austria■ Belgium■ France■ Germany■ Greece (<i>until 1982</i>)■ Italy (<i>until 1977</i>)■ Luxembourg■ Netherlands■ Portugal (<i>until 1978</i>)■ Spain (<i>until 1985</i>)■ Switzerland <hr/>	Countries with NHS system <hr/> <ul style="list-style-type: none">■ Denmark■ Finland■ Greece (<i>from 1983</i>)■ Ireland■ Italy (<i>from 1978</i>)■ Norway■ Portugal (<i>from 1979</i>)■ Spain (<i>from 1986</i>)■ Sweden■ United Kingdom <hr/>

La Dichiarazione di Alma Ata URSS 6-12 settembre 1978 ⁸

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF)

Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria

La Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, riunita ad Alma Ata il 12 settembre 1978, espressa la necessità di un'azione urgente dei governi, della comunità internazionale e di tutti coloro che lavorano per la salute e lo sviluppo per **proteggere e promuovere la salute di ogni uomo**, formula la seguente Dichiarazione.

La Conferenza ribadisce con forza che **la salute, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale** e riafferma che **il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo**, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario.



II

L'enorme **disparità** esistente nello **stato di salute** delle persone, in modo particolare **tra i paesi** sviluppati e quelli in via di sviluppo ma anche all'interno delle nazioni, è **inaccettabile** dal punto di vista **politico, economico, sociale** e rappresenta una **preoccupazione comune a tutti i paesi**.

Unione Repubbliche Sovietiche Socialista (URSS)



- | | | |
|----|---|----------------|
| 1. |  | RSS Armena |
| 2. |  | RSS Azera |
| 3. |  | RSS Bielorussa |
| 4. |  | RSS Estone |
| 5. |  | RSS Georgiana |

- | | | |
|-----|---|--------------|
| 6. |  | RSS Kazaka |
| 7. |  | RSS Kirghiza |
| 8. |  | RSS Lettone |
| 9. |  | RSS Lituana |
| 10. |  | RSS Moldava |

- | | | |
|-----|---|--------------|
| 11. |  | RSFS Russa |
| 12. |  | RSS Tagika |
| 13. |  | RSS Turkmena |
| 14. |  | RSS Ucraina |
| 15. |  | RSS Uzbekia |

III

Lo **sviluppo economico e sociale**, basato su un Nuovo Ordine Economico Internazionale, è di importanza fondamentale per raggiungere appieno la **salute per tutti** e per **ridurre il divario** tra lo stato di salute dei paesi in via di sviluppo e quello dei paesi sviluppati. La **promozione** e la tutela della **salute delle persone** è **indispensabile** per un intenso **sviluppo economico e sociale** e contribuisce a una miglior **qualità della vita** e alla **pace mondiale**.

IV

Le persone hanno il **diritto e il dovere** di partecipare individualmente e collettivamente alla **progettazione e alla realizzazione** dell'**assistenza sanitaria** di cui hanno **bisogno**.

V

I Governi sono responsabili della salute dei propri cittadini: essa può essere raggiunta solo mettendo a disposizione adeguate **misure sanitarie e sociali**. Nei prossimi decenni un obiettivo sociale essenziale dei governi, delle organizzazioni internazionali e dell'intera comunità mondiale dovrebbe essere il raggiungimento, entro l'anno 2000, di un livello di salute che permetta a tutti i popoli del mondo di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva. **L'assistenza sanitaria primaria è la chiave per conseguire questo risultato dentro la cornice dello sviluppo in uno spirito di giustizia sociale.**



VI

L'assistenza sanitaria primaria è costituita da quelle forme **essenziali di assistenza** sono basate su tecnologie e **metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili**, che sono rese **accessibili a tutti** gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro **piena partecipazione**. Sono realizzate a **un costo che la comunità e la nazione possono sostenere in ogni fase del proprio sviluppo in uno spirito di autonomia e di autodeterminazione** L'assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità **Essa rappresenta la prima occasione di contatto** degli individui, della famiglia e della **comunità con il sistema sanitario nazionale**, portando l'assistenza sanitaria il **più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro**, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria.

VII

L'assistenza sanitaria primaria:

1. **riflette e si sviluppa dalle condizioni economiche e dalle caratteristiche socioculturali e politiche di un paese e delle sue comunità** essa si fonda sul l'applicazione dei risultati significativi ottenuti dalla ricerca sociale, biomedica e nei servizi sanitari e sull'esperienza maturata in sanità pubblica;

- 2. affronta i principali problemi di salute nella comunità**, fornendo i necessari servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione;
- 3. comprende almeno l'educazione sui principali problemi di salute e sui metodi per prevenirli e controllarli**; la promozione di un sistema di approvvigionamento alimentare e di una corretta alimentazione un'adeguata disponibilità di acqua sicura e il miglioramento delle condizioni igieniche fondamentali; l'assistenza sanitaria materna e infantile, compresa la pianificazione familiare; l'immunizzazione contro le principali malattie infettive; la prevenzione e il controllo delle malattie endemiche locali; un appropriato trattamento delle malattie e delle lesioni più comuni; la fornitura dei farmaci essenziali;
- 4. coinvolge, oltre al settore sanitario, tutti gli altri settori** e aspetti dello sviluppo nazionale e della comunità che sono collegati, in particolare l'agricoltura, la zootechnia, la produzione alimentare, l'industria, l'istruzione, l'edilizia, i lavori pubblici, le comunicazioni e altri settori inoltre necessita del coordinamento delle attività tra tutti questi settori ;
- 5. richiede e promuove al massimo l'autonomia dell'individuo e della comunità e la partecipazione alla progettazione, organizzazione, funzionamento e controllo dell'assistenza sanitaria primaria** stessa, usando appieno le risorse locali, nazionali e le altre disponibili; per questo fine sviluppa, attraverso un'adeguata educazione, la capacità delle comunità a partecipare;
- 6. dovrebbe essere sostenuta da sistemi di riferimento integrati**, funzionali e di supporto reciproco che portano a un progressivo miglioramento dell'assistenza sanitaria globale per tutti e danno priorità a coloro che sono maggiormente nel bisogno;
- 7. a livello locale e ai livelli di riferimento l'assistenza sanitaria primaria dipende dagli operatori sanitari, comprendendo di volta in volta i medici, gli infermieri, le ostetriche, il personale ausiliario e gli operatori di comunità**, come pure dalle figure professionali tradizionali quando necessario essi devono essere adeguatamente preparati, dal punto di vista sociale e tecnico, a lavorare come una squadra per la salute e a rispondere ai bisogni di salute espressi della comunità.

VIII

Tutti i governi dovrebbero formulare a livello nazionale politiche, strategie e piani d'azione per diffondere e sostenere l'assistenza sanitaria primaria come parte dell'intero sistema sanitario nazionale e in modo coordinato con gli altri settori. A questo scopo, sarà necessario esercitare una volontà politica, mobilitare le risorse del paese e usare razionalmente le risorse esterne disponibili.

IX

Tutte le nazioni dovrebbero agire in uno spirito di stretta cooperazione e di servizio per garantire a ciascuno l'assistenza sanitaria primaria, dal momento che il raggiungimento della salute da parte delle persone di un qualsiasi paese interessa direttamente e rappresenta un beneficio per tutti le altre nazioni. In questo contesto il rapporto congiunto sull'assistenza sanitaria primaria curato

dall'OMS e dall'UNICEF costituisce una solida base per lo sviluppo e le attività ulteriori dell'assistenza sanitaria primaria in ogni parte del mondo.

X

Un accettabile livello di salute per tutte le persone del mondo può essere raggiunto entro l'anno 2000 grazie a un migliore e più completo uso delle risorse mondiali, una parte considerevole delle quali è oggi destinata agli armamenti e ai conflitti militari. Un'autentica politica di indipendenza, di pace, di distensione e di disarmo potrebbe e dovrebbe liberare risorse aggiuntive che potrebbero essere ben destinate a scopi pacifici e in particolare all'accelerazione dello sviluppo sociale ed economico all'assistenza sanitaria primaria, come parte essenziale di tale sviluppo, dovrebbe essere assegnata una quota adeguata delle risorse rese disponibili.

La Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria richiede un'urgente ed efficace azione nazionale e internazionale per sviluppare e implementare l'assistenza sanitaria primaria in ogni parte del mondo e in particolare nei paesi in via di sviluppo, secondo uno spirito di cooperazione tecnica e in accordo con un Nuovo Ordine Economico Internazionale.

La Conferenza esorta i governi, l'OMS, l'UNICEF e le altre organizzazioni internazionali, le agenzie multilaterali o bilaterali, le organizzazioni non governative, le agenzie di finanziamento, tutti gli operatori sanitari e l'intera comunità mondiale a supportare l'impegno nazionale e internazionale a favore dell'assistenza sanitaria primaria e a dedicarle un crescente supporto tecnico e finanziario, particolarmente nei paesi in via di sviluppo. La Conferenza si appella a tutti gli organismi appena citati perché collaborino a introdurre, sviluppare e mantenere l'assistenza sanitaria primaria in maniera coerente con lo spirito e il contenuto di questa Dichiarazione.

Servizio Sanitario Italiano. LEGGE 23 dicembre 1978⁹

Nel 1978 nasce il SSN e l'Italia passa da un sistema mutualistico (modello Bismarck) ad un Servizio Sanitario Nazionale tax-founded e a copertura universale (modello Beveridge). Ispirato al National Health Service (NHS) britannico, fu la legge 23 dicembre 1978, n. 833 che introdusse la cosiddetta "Riforma Sanitaria".

Art. 1.

(I principi)

La Repubblica **tutela** la **salute** come fondamentale **diritto dell'individuo** e interesse della **collettività** mediante il servizio sanitario nazionale.

La tutela della **salute fisica e psichica** deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale e' costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle **attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica** di tutta la **popolazione senza distinzione** di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'egualanza dei cittadini nei confronti del servizio. *L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.* Nel servizio sanitario nazionale e' assicurato

il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività. Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

Ordinamento del sistema sanitario Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 ¹⁰

"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

TITOLO I

Ordinamento

1. Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza.

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità

6. I livelli essenziali di assistenza (**LEA**) comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998-2000:

- a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) l'assistenza distrettuale;
- c) l'assistenza ospedaliera.

9. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio con la procedura di cui al comma 5. 10. Il Piano sanitario nazionale indica:

- a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;

- b) i **livelli essenziali di assistenza** (LEA) sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
- c) la **quota capitaria di finanziamento** per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
 - d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il **miglioramento continuo della qualità dell'assistenza**, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra regionale;
 - e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante **l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali**;
 - f) le finalità generali e i settori principali della **ricerca biomedica e sanitaria**, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;
 - g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla **formazione continua** del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;
 - h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di **assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)**;

13. Il **piano sanitario regionale** rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del **Piano sanitario nazionale**, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-bis, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale. Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. Il Ministro della sanità esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

2. Competenze regionali.

1. Spettano alle regioni e alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di **assistenza sanitaria ed ospedaliera**.
2. Spettano in particolare alle regioni la determinazione dei principi **sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere**, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.

3. Organizzazione delle unità sanitarie locali.

1. Le regioni, attraverso le **unità sanitarie locali (USL)**, assicurano i **livelli essenziali di assistenza (LEA)** di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4.

1-bis. In funzione del perseguitamento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si **costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale**; la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con la legge regionale di cui all'articolo 2, comma 2-sexies. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.



3-quinque. Funzioni e risorse del distretto.

1. Le regioni disciplinano **l'organizzazione del distretto in modo da garantire:**

a) **l'assistenza primaria**, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;

b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;

c) **l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

2. Il distretto garantisce:

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) **attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;**
- c) **attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;**
- d) attività o servizi rivolti a disabili e anziani;
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

3. Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.



3-septies. Integrazione sociosanitaria.

1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

- a) *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b) *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

7. Dipartimenti di prevenzione.

1. Le regioni disciplinano l'istituzione e l'organizzazione del dipartimento della prevenzione secondo i principi contenuti nelle disposizioni del presente articolo e degli articoli 7-ter e 7-quater. Il dipartimento di prevenzione è struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguito obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

2. A tal fine il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività della unità sanitaria locale, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

1° Conferenza sulla salute

Carta di Ottawa per la promozione della salute ¹¹

Ottawa, Canada, 7-21 novembre 1986

Il primo Congresso Internazionale sulla Promozione della salute, riunitosi a Ottawa il 21 novembre 1986, ha presentato questa CARTA propositiva per il conseguimento della Strategia della Salute per Tutti per l'anno 2000 e oltre. La Conferenza è stata soprattutto una risposta all'esigenza sempre più diffusa di un nuovo movimento mondiale per la salute. La discussione si è incentrata sui bisogni dei paesi industrializzati, senza però trascurare le situazioni consimili nel resto del mondo. Punto di partenza sono stati i progressi registrati grazie alla "Dichiarazione di Alma Ata sull'Assistenza Sanitaria di Base", al documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla "Strategia della Salute per Tutti" e al recente dibattito dell'Assemblea Mondiale della Sanità sull'intervento intersetoriale per la salute



PROMOZIONE DELLA SALUTE

Per promozione della salute si intende il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvisi. La salute vista, dunque, come risorsa di vita quotidiana, non come obiettivo di vita: un concetto positivo, che insiste sulle risorse sociali e personali, oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani, per aspirare al benessere

Requisiti per la salute

Condizioni e risorse fondamentali della salute sono: la pace, la casa, l'istruzione, il cibo, il reddito, un eco-sistema stabile, la continuità delle risorse, la giustizia e l'equità sociale. Ogni progresso sul piano della salute deve essere necessariamente e saldamente ancorato a questi requisiti.

Sensibilizzare

La salute è un bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale, ed è aspetto fondamentale della qualità della vita. I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorirla così come possono ledere la. L'azione di promozione si propone di indirizzarli in senso positivo attraverso un'intensa campagna di sensibilizzazione

Offrire i mezzi

La promozione della salute mira soprattutto all'equità nella salute. Il suo intervento si prefigge di ridurre le differenziazioni evidenti nell'attuale stratificazione sociale della salute, offrendo a tutti eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute. Questo comprende: un saldo radicamento in un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le abilità necessarie alla vita, la possibilità di compiere scelte adeguate a quanto concerne la propria salute. Non è possibile conquistare il massimo potenziale di salute se non si è in grado di controllare tutto ciò che la determina: questo vale in eguale misura per le donne e per gli uomini.

Mediare

I requisiti e le potenzialità della salute non possono essere garantiti dal solo settore sanitario. Non soltanto: la promozione della salute impone il coordinamento dell'azione di tutti gli organismi interessati: i governi, i settori sanitari, sociali e economici, le organizzazioni non governative, le autorità locali, l'industria e i mezzi di comunicazione. Il problema riguarda tutti - indipendentemente dalla loro condizione - sul piano individuale, familiare e comunitario. Compito imprescindibile dei gruppi professionali e sociali, e del personale sanitario, è la mediazione dei diversi interessi presenti nella società ai fini della promozione della salute. Le strategie e i programmi di promozione della salute devono adattarsi alle condizioni e alle esigenze locali dei singoli paesi o regioni, tenendo conto dei diversi sistemi sociali, culturali ed economici.

PROMUOVERE LA SALUTE SIGNIFICA:

Costruire una politica pubblica per la tutela della salute

La promozione della salute *va oltre la mera assistenza sanitaria*. Essa porta il problema all'attenzione dei responsabili delle scelte in tutti i settori, a tutti i livelli, invitandoli alla piena consapevolezza delle conseguenze, sul piano della salute, di ogni loro decisione e a una precisa assunzione di responsabilità in merito. Nella politica di promozione della salute si fondono componenti diverse ma complementari, quali la legislazione, i provvedimenti fiscali e la modifica dei criteri organizzativi, in un'azione coordinata diretta a imporre politiche sanitarie, sociali e dei redditi ispirate ad una maggiore equità. L'azione comune contribuisce a garantire prodotti e servizi più salubri e sicuri, servizi pubblici più sani e ambienti più igienici e accoglienti. La politica di promozione della salute richiede di individuare gli ostacoli che impediscono l'adozione di una politica pubblica che tuteli la salute in tutti i settori non sanitari e i modi migliori per rimuoverli. Occorre far sì che anche per i responsabili politici la scelta della tutela della salute divenga la scelta più vantaggiosa.

Creare ambienti capaci di offrire sostegno

Le società contemporanee sono complesse e interdipendenti. La salute non può essere un obiettivo isolato. Il legame inestricabile tra l'uomo e l'ambiente costituisce la base di un approccio socio-ecologico al problema della salute. Si tratti del mondo intero, di una nazione, di una regione o di una comunità, il principio informatore generale deve tendere sempre al sostegno reciproco - dobbiamo aver cura gli uni degli altri, della nostra comunità e dell'ambiente naturale. La tutela delle risorse

naturali in tutto il mondo va ribadita come responsabilità globale. Il mutare dei modelli di vita, del lavoro e del tempo libero influisce in modo decisivo sulla salute. Lavoro e tempo libero devono divenire fonti di benessere per tutti. Il modo stesso in cui la società organizza il lavoro deve contribuire a renderla più sana. Dalla promozione della salute derivano condizioni di vita e di lavoro più sicure, stimolanti, gratificanti e piacevoli. Una valutazione sistematica dell'incidenza sulla salute di un ambiente di vita in rapida trasformazione - in particolare nei settori della tecnologia, del lavoro, della produzione di energia e dell'urbanizzazione - risulta indispensabile e ad essa deve seguire un'azione tesa a garantire sicuri benefici per la salute di tutti. Ogni strategia di promozione della salute deve tener conto della tutela dell'ambiente naturale e degli insediamenti, nonché della conservazione delle risorse naturali.

Rafforzare l'azione della comunità

È attraverso l'azione comunitaria concreta ed efficace che la promozione della salute può stabilire priorità, prendere decisioni e progettare e realizzare strategie tese al miglioramento della salute. Momento centrale di questo processo è il potenziamento della comunità, per renderla veramente padrona e arbitro delle sue aspirazioni e del suo destino. Lo sviluppo della comunità attinge alle risorse umane e materiali esistenti nella comunità stessa per favorire l'autosufficienza e la solidarietà sociale e per elaborare sistemi flessibili diretti al rafforzamento della partecipazione e della gestione diretta per quanto riguarda i problemi relativi alla salute. Per questo occorre garantire l'accesso libero e costante a tutte le informazioni e opportunità di conoscenza in tema di salute, nonché un adeguato supporto finanziario.

Sviluppare le capacità personali

La promozione della salute favorisce lo sviluppo personale e sociale fornendo informazione, istruzione sul problema della salute e preparazione generale. Aumenteranno così per tutti le possibilità di esercitare maggiore controllo, e di operare scelte precise, riguardo alla propria salute e all'ambiente. È essenziale fare in modo che tutti possano continuare ad apprendere per tutto il corso della vita, preparandosi ad affrontarne le diverse fasi e l'eventualità di malattie o invalidità croniche, apprendimento che dovrà essere favorito dalla scuola, dall'ambiente di lavoro e dalle associazioni comunitarie. **Occorre intervenire sugli organismi scolastici, professionali e commerciali, e su quelli del volontariato, nonché sulle istituzioni stesse.**

Riorientare i servizi sanitari

La responsabilità per la promozione della salute all'interno dei servizi sanitari ricade ad un tempo sugli individui, sui gruppi comunitari, sugli operatori della sanità, sulle istituzioni del servizio sanitario e sui governi. Solo dalla loro collaborazione potrà nascere un sistema di assistenza capace di contribuire al conseguimento degli obiettivi di salute. Il settore sanitario dovrà agire in misura sempre maggiore nella prospettiva della promozione della salute, al di là della mera offerta di servizi clinici e curativi. Il mandato dei servizi sanitari dovrà estendersi a comprendere la ricettività e la sensibilità alle esigenze culturali, rispondendo al bisogno individuale e comunitario di una vita più sana, e apripendo canali di comunicazione tra il settore sanitario e le più vaste componenti sociali,

politiche, economiche e ambientali. Riorientamento dei servizi sanitari significa anche più attenzione per la ricerca e per l'innovazione nella preparazione e nell'addestramento professionale. L'atteggiamento e l'organizzazione dei servizi sanitari dovranno cambiare, restituendo la priorità ai bisogni globali della persona intesa nella sua totalità.

VERSO IL FUTURO

La salute viene creata e vissuta da tutti nella sfera della quotidianità: là dove si impara, si lavora, si gioca, si ama. La salute si crea avendo cura di se stessi e degli altri, acquisendola capacità di prendere decisioni e di assumere il controllo delle circostanze della vita, e facendo in modo che la società in cui si vive consenta la conquista della salute per tutti i suoi membri. L'impegno, una strategia organica di supporto e l'attenzione all'ecologia sono fattori essenziali allo sviluppo della promozione della salute. Per chi se ne occupa, il principio ispiratore dovrà dunque essere che in ogni fase della progettazione, della realizzazione e della valutazione della promozione della salute uomini e donne devono agire insieme su un piano di assoluta parità.

L'impegno per la promozione della salute

I partecipanti al Congresso si impegnano:

- a scendere in campo nella battaglia per una politica pubblica di tutela della salute, chiedendo un esplicito impegno politico per la salute e la giustizia in tutti i settori;
- a reagire alle pressioni che favoriscono prodotti dannosi, spreco delle risorse, condizioni di vita e ambientali malsane e cattiva alimentazione; a richiamare l'attenzione delle istituzioni su questioni di tutela della salute attinenti all'inquinamento, i lavori nocivi, i problemi dell'alloggio e dei nuovi insediamenti;
- a colmare le disparità sul piano della salute all'interno di ogni società, e tra una società e l'altra, lottando contro le diseguaglianze nella salute create dalle norme e dalle consuetudini delle società stesse;
- a riconoscere le persone come la maggiore risorsa per la salute; ad aiutarle e incoraggiarle a tutelare la salute propria, quella della famiglia e dei conoscenti, attraverso finanziamenti ed altro; ad accettare la comunità come principale interlocutore per quanto concerne la salute, le condizioni di vita e di benessere;
- a riorientare i servizi sanitari e le loro risorse in direzione della promozione della salute e a condividere il potere decisionale con altri settori, altre discipline e, in particolare, con gli stessi utenti dei servizi;
- a riconoscere nella salute e nella sua tutela un fondamentale investimento sociale e una sfida decisiva nonché ad affrontare in modo globale il problema ecologico del nostro modo di vita.

Il Congresso invita tutti gli interessati ad aderire al suo impegno in una solida alleanza per la salute.

Appello all'azione internazionale

Il Congresso esorta l'Organizzazione Mondiale della Sanità e altri organismi internazionali a sostenere la promozione della salute in tutte le sedi interessate, e ad aiutare i singoli paesi a

elaborare e realizzare strategie e programmi di promozione della salute. Il Congresso è fermamente convinto che, se la gente di ogni condizione, le organizzazioni non governative e di volontariato, i governi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e ogni altro organismo interessato uniranno le loro forze per realizzare strategie di promozione della salute, nel rispetto dei valori morali e sociali che costituiscono la base di questa CARTA, la Salute per Tutti entro l'anno 2000 diventerà una realtà.

2° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute OMS

Raccomandazioni di Adelaide su politiche pubbliche sane OMS

5-9 aprile, 1988 Adelaide Australia

L'adozione della Dichiarazione di Alma-Ata una decina di anni fa è stata una pietra miliare nel movimento Health for All che l'Assemblea mondiale della sanità ha lanciato nel 1977. Basandosi sul riconoscimento della salute come obiettivo sociale fondamentale, la Dichiarazione ha stabilito una nuova direzione per la politica sanitaria, sottolineando **il coinvolgimento delle persone, la cooperazione tra settori della società e l'assistenza sanitaria primaria come base.**

Lo spirito di Alma-Ata è stato portato avanti nella Carta per la promozione della salute che è stata adottata ad Ottawa nel 1986. La Carta ha posto la sfida per un passaggio verso la nuova salute pubblica riaffermando la giustizia sociale e l'equità come prerequisiti per la salute, e la difesa e mediazione come processi per il loro raggiungimento.

La Carta ha identificato cinque aree d'azione per la promozione della salute:

- costruire politiche pubbliche sane,
- creare ambienti di supporto,
- sviluppare capacità personali,
- rafforzare l'azione della comunità
- riorientare i servizi sanitari.

Queste azioni sono interdipendenti, ma una sana politica pubblica stabilisce l'ambiente che rende possibili le altre quattro.

La Conferenza di Adelaide su politiche pubbliche sane è proseguita nella direzione stabilita ad Alma-Ata e Ottawa e si è basata sul loro slancio. Duecentoventi partecipanti di quarantadue paesi hanno condiviso esperienze nella formulazione e attuazione di politiche pubbliche sane. Le seguenti strategie raccomandate per una sana azione di politica pubblica riflettono il consenso raggiunto durante la Conferenza.

Dimensioni dell'azione su ambienti di supporto per la salute

In un contesto di salute il termine ambienti di supporto si riferisce sia agli aspetti fisici che sociali di ciò che ci circonda. Comprende dove vivono le persone, la loro comunità locale, la loro casa, dove lavorano e giocano. Abbraccia inoltre il quadro che determina l'accesso alle risorse per la vita

e le opportunità per l'empowerment. Pertanto, l'azione per creare ambienti di supporto ha molte dimensioni: fisica, sociale, spirituale, economica e politica. Ognuna di queste dimensioni è indissolubilmente legata alle altre in un'interazione dinamica. L'azione deve essere coordinata a livello locale, regionale, nazionale e globale per ottenere soluzioni che siano veramente sostenibili.

La conferenza ha evidenziato **quattro aspetti** degli ambienti di supporto:

La dimensione sociale, che comprende i modi in cui norme, abitudini e processi sociali incidono sulla salute. In molte società le relazioni sociali tradizionali stanno cambiando in modi che minacciano la salute, ad esempio aumentando l'isolamento sociale, privando la vita di una coerenza e uno scopo significativi o sfidando i valori tradizionali e il patrimonio culturale.

La dimensione politica, che richiede ai governi di garantire la partecipazione democratica al processo decisionale e il decentramento delle responsabilità e delle risorse. Richiede anche un impegno per i diritti umani, la pace e uno spostamento delle risorse dalla corsa agli armamenti.

La dimensione economica, che richiede un re-channeling di risorse per il raggiungimento di *Health for All* e lo sviluppo sostenibile, incluso il trasferimento di tecnologie sicure e affidabili.

La necessità di **riconoscere e utilizzare le competenze e le conoscenze delle donne in tutti i settori**, compresi il processo decisionale e l'economia, al fine di sviluppare un'infrastruttura più positiva per gli ambienti di supporto. L'onere del carico di lavoro delle donne dovrebbe essere riconosciuto e condiviso tra uomini e donne. Le organizzazioni femminili basate sulla comunità devono avere una voce più forte nello sviluppo di politiche e strutture di promozione della salute

Proposte di azione

La conferenza Sundsvall ritiene che le proposte per attuare le strategie di salute per tutti debbano riflettere due principi di base:

L'equità deve essere una priorità fondamentale nel creare **ambienti di supporto per la salute**, liberando energia e potere creativo includendo tutti gli esseri umani in questo sforzo unico. Tutte le politiche che mirano allo sviluppo sostenibile devono essere soggette a nuovi tipi di procedure di responsabilità al fine di ottenere un'equa distribuzione delle responsabilità e delle risorse. Tutte le azioni e l'allocazione delle risorse devono basarsi su una chiara priorità e impegno per i più poveri, alleviando le difficoltà extra a carico degli emarginati, dei gruppi minoritari e delle persone con disabilità. Il mondo industrializzato deve pagare il debito ambientale e umano che si è accumulato sfruttando il mondo in via di sviluppo.

L'azione pubblica per gli ambienti di supporto per la salute deve riconoscere l'interdipendenza di tutti gli esseri viventi e deve gestire tutte le risorse naturali, tenendo conto delle esigenze delle generazioni future. I popoli indigeni hanno una relazione spirituale e culturale unica con l'ambiente fisico che può fornire preziose lezioni per il resto del mondo. È quindi essenziale che le popolazioni indigene siano coinvolte in attività di sviluppo sostenibile e che vengano condotti negoziati sui loro diritti alla terra e al patrimonio culturale.

3° Conferenza internazionale sulla promozione della salute OMS

Dichiarazione Sundsvall sugli ambienti di supporto per la salute OMS

, Sundsvall, Svezia, 9-15 giugno 1991

La terza conferenza internazionale sulla promozione della salute: ambienti di supporto per la salute la conferenza Sundsvall - si inserisce in una sequenza di eventi iniziata con l'impegno dell'OMS per gli obiettivi di Health For All (1977). A ciò seguirono la Conferenza internazionale UNICEF / OMS sull'assistenza sanitaria di base, ad Alma-Ata (1978), e la Prima conferenza internazionale sulla promozione della salute nei paesi industrializzati (Ottawa 1986). Riunioni successive su politiche pubbliche sane, (Adelaide 1988) e un invito all'azione: promozione della salute nei paesi in via di sviluppo (Ginevra 1989) hanno ulteriormente chiarito l'importanza e il significato della promozione della salute. Parallelamente a questi sviluppi nel campo della salute, la preoccupazione pubblica per le minacce all'ambiente globale è cresciuta notevolmente. Ciò è stato chiaramente espresso dalla Commissione mondiale per l'ambiente e lo sviluppo nel suo rapporto Il nostro futuro comune, che ha fornito una nuova comprensione dell'imperativo dello sviluppo sostenibile.

Terza conferenza internazionale sulla promozione della salute: ambienti di supporto per la salute - la prima conferenza globale sulla promozione della salute, con partecipanti da 81 paesi - invita le persone in tutte le parti del mondo a impegnarsi attivamente per rendere gli ambienti più favorevoli alla salute. Esaminando insieme le odierni questioni sanitarie e ambientali, la Conferenza sottolinea che milioni di persone vivono in condizioni di estrema povertà e privazione in un ambiente sempre più degradato che minaccia la loro salute, rendendo estremamente difficile raggiungere l'obiettivo di Health For All entro l'anno 2000. La strada da percorrere consiste nel rendere l'ambiente - l'ambiente fisico, l'ambiente sociale ed economico e l'ambiente politico - favorevole alla salute anziché danneggiarlo.

Questo invito all'azione è rivolto ai decisori politici e ai decisori in tutti i settori pertinenti e a tutti i livelli. Sostenitori e attivisti per la salute, l'ambiente e la giustizia sociale sono invitati a formare un'ampia alleanza verso l'obiettivo comune di *Health for All*. Noi partecipanti alla Conferenza ci siamo impegnati a riportare questo messaggio alle nostre comunità, paesi e governi per avviare un'azione. Chiediamo inoltre alle organizzazioni del sistema delle Nazioni Unite di rafforzare la loro cooperazione e di sfidarsi a vicenda per impegnarsi veramente nello sviluppo sostenibile e nell'equità.

Un ambiente favorevole è di fondamentale importanza per la salute. I due sono interdipendenti e inseparabili. Sollecitiamo che il raggiungimento di entrambi sia un obiettivo centrale nella definizione delle priorità per lo sviluppo e che venga data la precedenza alla risoluzione di interessi in competizione nella gestione quotidiana delle politiche del governo. Le disuguaglianze si riflettono in un crescente divario nella salute sia all'interno delle nostre nazioni sia tra paesi ricchi e poveri. Questo è inaccettabile. È urgentemente necessaria un'azione per conseguire la giustizia sociale in materia di salute. **Milioni di persone vivono in condizioni di estrema povertà e privazione in un**

ambiente sempre più degradato nelle aree urbane e rurali. Un numero imprevisto e allarmante di persone soffre delle tragiche conseguenze per la salute e il benessere dei conflitti armati.

La rapida crescita della popolazione rappresenta una grave minaccia allo sviluppo sostenibile. Le persone devono sopravvivere senza acqua pulita, cibo adeguato, riparo o servizi igienici.

La povertà vanifica le ambizioni delle persone e i loro sogni di costruire un futuro migliore, mentre l'accesso limitato alle strutture politiche mina le basi dell'autodeterminazione. Per molti, l'istruzione non è disponibile o è insufficiente o, nelle sue forme attuali, non riesce a consentire e potenziare.

Milioni di bambini non hanno accesso all'istruzione di base e hanno poche speranze per un futuro migliore. Le donne, la maggioranza della popolazione mondiale, sono ancora oppresse. Sono sfruttati sessualmente e soffrono di discriminazione nel mercato del lavoro e in molte altre aree, impedendo loro di svolgere un ruolo completo nella creazione di ambienti di supporto. Più di un miliardo di persone in tutto il mondo ha accesso inadeguato all'assistenza sanitaria essenziale. I sistemi sanitari devono senza dubbio essere rafforzati. La soluzione a questi enormi problemi sta nell'azione sociale per la salute, le risorse e la creatività degli individui e delle loro comunità. Liberare questo potenziale richiede un cambiamento fondamentale nel modo in cui consideriamo la nostra salute e il nostro ambiente, e un chiaro e forte impegno politico per politiche sanitarie e ambientali sostenibili. Le soluzioni vanno oltre il tradizionale sistema sanitario.

Le iniziative devono provenire da tutti i settori che possono contribuire alla creazione di ambienti di supporto per la salute e devono essere seguite da persone nelle comunità locali, a livello nazionale da organizzazioni governative e non governative e a livello globale attraverso organizzazioni internazionali. L'azione coinvolgerà prevalentemente settori quali l'istruzione, i trasporti, l'edilizia abitativa e lo sviluppo urbano, la produzione industriale e l'agricoltura.

La conferenza Sundsvall ha identificato molti esempi e approcci per la creazione di ambienti di supporto che possono essere utilizzati da responsabili politici, decisori e attivisti della comunità nei settori della salute e dell'ambiente. La Conferenza ha riconosciuto che tutti hanno un ruolo nella creazione di ambienti di supporto per la salute.

Dimensioni dell'azione su ambienti di supporto per la salute.

In un contesto di salute il termine ambienti di supporto si riferisce sia agli aspetti fisici che sociali di ciò che ci circonda. Comprende dove vivono le persone, la loro comunità locale, la loro casa, dove lavorano e giocano. Abbraccia inoltre il quadro che determina l'accesso alle risorse per la vita e le opportunità per l'empowerment. Pertanto, l'azione per creare ambienti di supporto ha molte dimensioni: fisica, sociale, spirituale, economica e politica. Ognuna di queste dimensioni è indissolubilmente legata alle altre in un'interazione dinamica. L'azione deve essere coordinata a livello locale, regionale, nazionale e globale per ottenere soluzioni che siano veramente sostenibili.

La conferenza ha evidenziato quattro aspetti degli ambienti di supporto:

- La dimensione sociale, che comprende i modi in cui norme, abitudini e processi sociali incidono sulla salute. In molte società le relazioni sociali tradizionali stanno cambiando in modi che minacciano la salute, ad esempio aumentando l'isolamento sociale, privando la vita

di una coerenza e uno scopo significativi o sfidando i valori tradizionali e il patrimonio culturale.

- La dimensione politica, che richiede ai governi di garantire la partecipazione democratica al processo decisionale e il decentramento delle responsabilità e delle risorse. Richiede anche un impegno per i diritti umani, la pace e uno spostamento delle risorse dalla corsa agli armamenti.
- La dimensione economica, che richiede un re-channeling di risorse per il raggiungimento di Health for All e lo sviluppo sostenibile, incluso il trasferimento di tecnologie sicure e affidabili.
- La necessità di riconoscere e utilizzare le competenze e le conoscenze delle donne in tutti i settori, compresi il processo decisionale e l'economia, al fine di sviluppare un'infrastruttura più positiva per gli ambienti di supporto. L'onere del carico di lavoro delle donne dovrebbe essere riconosciuto e condiviso tra uomini e donne. Le organizzazioni femminili basate sulla comunità devono avere una voce più forte nello sviluppo di politiche e strutture di promozione della salute.

Proposte di azione

La conferenza Sundsvall ritiene che le proposte per attuare le strategie di salute per tutti debbano riflettere due principi di base:

L'equità deve essere una priorità fondamentale nel creare ambienti di supporto per la salute, liberando energia e potere creativo includendo tutti gli esseri umani in questo sforzo unico. Tutte le politiche che mirano allo sviluppo sostenibile devono essere soggette a nuovi tipi di procedure di responsabilità al fine di ottenere un'equa distribuzione delle responsabilità e delle risorse. Tutte le azioni e l'allocazione delle risorse devono basarsi su una chiara priorità e impegno per i più poveri, alleviando le difficoltà extra a carico degli emarginati, dei gruppi minoritari e delle persone con disabilità. Il mondo industrializzato deve pagare il debito ambientale e umano che si è accumulato sfruttando il mondo in via di sviluppo.

L'azione pubblica per gli ambienti di supporto per la salute deve riconoscere l'interdipendenza di tutti gli esseri viventi e deve gestire tutte le risorse naturali, tenendo conto delle esigenze delle generazioni future. I popoli indigeni hanno una relazione spirituale e culturale unica con l'ambiente fisico che può fornire preziose lezioni per il resto del mondo. È quindi essenziale che le popolazioni indigene siano coinvolte in attività di sviluppo sostenibile e che vengano condotti negoziati sui loro diritti alla terra e al patrimonio culturale.

4° Conferenza internazionale sulla promozione della salute OMS

Nuovi giocatori per una nuova era: la promozione della salute nel 21 ° secolo

21-25 Giulio 1997 Giacarta

La preparazione della Quarta conferenza internazionale sulla promozione della salute (4ICHP) è stata uno sforzo congiunto del quartier generale dell'OMS, dei sei uffici regionali dell'OMS, di un gruppo di Stati membri sponsor, compreso il paese ospitante Indonesia, e di partner delle organizzazioni non governative (ONG) e dei privati settori.

La conferenza:

rivisto e valutato l'impatto della promozione della salute identificato strategie innovative per raggiungere il successo nella promozione della salute facilitato lo sviluppo di partenariati per far fronte alle sfide globali.

Dichiarazione sulla promozione della salute leader nel 21 ° secolo.

Risposta delle ONG alla dichiarazione di Giacarta

- Vita attiva
- Invecchiamento sano
- Città sane
- Scuole che promuovono la salute
- Luoghi di lavoro sani
- Settore privato
- Documenti di supporto
- Discorsi e presentazioni
- Revisione e valutazione della promozione della salute

5° conferenza globale sulla promozione della salute OMS

Colmare il divario azionario

5-9 giugno 2000, Città del Messico

Gli obiettivi della conferenza erano:

Per mostrare come la promozione della salute fa la differenza per la salute e la qualità della vita, specialmente per le persone che vivono in circostanze avverse;

Mettere la salute in primo piano nell'agenda di sviluppo internazionale, nazionale e locale agenzie;

Stimolare le partnership per la salute tra diversi settori e a tutti i livelli di società.

La conferenza ha riunito una vasta gamma di partecipanti provenienti da circa 100 paesi, riflettendo i vari gruppi e settori della società che sono responsabili o influenzano i determinanti della salute. Tra questi, i ministri e altri importanti responsabili politici e decisionali sia dalla salute che da altri settori; rappresentanti dello sviluppo internazionale e nazionale agenzie, organizzazioni non governative, organizzazioni basate sulla comunità; il settore privato; e scienziati e professionisti di vari settori, inclusi esperti di valutazione e comunicazione.

Responsabilità sociale per la salute:

La questione della responsabilità sociale è emersa in particolare durante la Conferenza di Giacarta riferimento al ruolo del settore aziendale come potenziali nuovi partner nella promozione della salute. Il documento tecnico Promuovere la responsabilità sociale per la salute: progressi, sfide insoddisfatte e prospettive scritto e presentato dal professor Maurice Mittelmark in questa plenaria. Nella sua presentazione, Il professor Mittelmark si è concentrato maggiormente su questioni e preoccupazioni a livello di comunità. **Il concetto di è stata presentata una valutazione dell'impatto sulla salute basata sull'equità.** Casi di studio sono stati presentati dal Gujarat e Calcutta in India e Henan in Cina.

Cinque temi generali sono emersi dalle discussioni tra i partecipanti alla conferenza:

1. Cosa costituisce la responsabilità sociale per la salute?
2. Come lo misurate?
3. Problemi di equità e genere
4. I casi studio e ciò che hanno riflesso in termini di prerequisiti per il successo
5. Diversità culturale
6. Cosa costituisce la responsabilità sociale?

Dal feedback ricevuto dai partecipanti è emerso che la responsabilità sociale, come la salute, significa cose diverse per persone diverse. Definirlo diventa particolarmente importante quando identificare chi è responsabile di cosa. Nel lavorare insieme le persone devono essere chiare sui diritti e responsabilità e necessità di passare attraverso un processo di definizione della responsabilità sociale per la salute nei loro termini in modo che ci sia la proprietà collettiva.

Livelli diversi, così come settori diversi, devono essere chiari su ruoli e responsabilità.

I partecipanti hanno identificato che i governi sono socialmente responsabili della promozione di democrazia, per mobilitare gli attori chiave e colmare il divario tra diritti umani e sociali diritti a livello di comunità. Alcuni partecipanti hanno ritenuto che i governi troppo spesso si iscrivessero a Diritti umani ma non riescono a seguirli e supportarli a livello locale.

Tuttavia, se la responsabilità sociale viene devoluta, i governi troppo spesso rinunciano alla propria responsabilità. Una sfida chiave è collegare i diversi livelli della società e sviluppare un dialogo superare le tensioni intrinseche.

Alcuni partecipanti hanno sottolineato che sia i luoghi di lavoro che i sindacati hanno un ruolo da svolgere. Commercio i sindacati in particolare sono attualmente alleati sottoutilizzati. Tuttavia, alcuni partecipanti hanno ritenuto che nel settore privato, responsabilità sociale significa solo interesse personale economico.

6° Conferenza globale sulla promozione della salute

Carta di Bangkok per la promozione della salute

7 - 11 agosto 2005 Bangkok

Partecipanti che firmano la carta Partecipanti che firmano la carta

La "Carta di Bangkok per la promozione della salute in un mondo globalizzato" è stata concordata dai partecipanti alla sesta conferenza globale sulla promozione della salute che si è tenuta in Thailandia dal 7 all'11 agosto 2005. Identifica le principali sfide, azioni e impegni necessari per affrontare i determinanti di salute in un mondo globalizzato raggiungendo persone, gruppi e organizzazioni che sono fondamentali per il raggiungimento della salute.

Questa conferenza è stata l'ultima della serie che è iniziata a Ottawa nel 1986 e ha prodotto la Carta di Ottawa sulla promozione della salute. Questa conferenza di riferimento è stata seguita da Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997) e Città del Messico (2000).

Quasi 20 anni dopo, nel mondo sono cambiate molte cose, tra cui **l'impatto della globalizzazione, di Internet, dei maggiori passi in avanti verso il coinvolgimento del settore privato nella salute pubblica, l'enfasi su un solido approccio basato sull'evidenza e sul rapporto costo-efficacia**. La sesta conferenza globale è stata convocata per affrontare queste sfide e sfruttare meglio le opportunità presentate per la promozione della salute nel 21 ° secolo.

7° Conferenza globale sulla promozione della salute

Promuovere la salute e lo sviluppo: colmare il divario di attuazione

Kenya s Nairobi, 26 - 30 ottobre 2009.

La salute e lo sviluppo oggi affrontano minacce senza precedenti. La crisi finanziaria minaccia la redditività delle economie nazionali in generale e dei sistemi sanitari in particolare. **Il riscaldamento globale e i cambiamenti climatici esercitano un tributo nella vita umana, specialmente nei paesi a basso reddito. Le minacce alla sicurezza creano un senso di incertezza condivisa per le comunità di tutto il mondo.**

In questo contesto, la promozione della salute non è mai stata più tempestiva o più necessaria. Durante il periodo dalla Conferenza di Ottawa attraverso le sei conferenze globali a Bangkok, si è accumulata una vasta serie di prove ed esperienze sull'importanza della promozione della salute come strategia integrativa, economica e come componente essenziale dei sistemi sanitari pronti a rispondere adeguatamente alle preoccupazioni emergenti.

Responsabilizzazione della comunità 7^a Conferenza globale sulla promozione della salute: **traccia i temi. L'empowerment della comunità si riferisce al processo che consente alle comunità di aumentare il controllo sulla propria vita.** Le "comunità" sono gruppi di persone che possono essere o meno connesse spazialmente, ma che condividono interessi, preoccupazioni o identità comuni. Queste comunità potrebbero essere locali, nazionali o internazionali, con interessi specifici o ampi. **"Empowerment" si riferisce al processo mediante il quale le persone ottengono il controllo dei fattori e delle decisioni che determinano la loro vita.** È il processo attraverso il quale aumentano le loro risorse e attributi e costruiscono capacità per ottenere accesso, partner, reti e / o una voce, al

fine di ottenere il controllo. "Abilitare" implica che le persone non possono "essere autorizzate" dagli altri; possono potenziarsi solo acquisendo più forme diverse di potere (Laverack, 2008). Presuppone che le persone siano i propri beni e che il ruolo dell'agente esterno sia di catalizzare, facilitare o "accompagnare" la comunità nell'acquisizione del potere.

L'emancipazione della comunità, quindi, va oltre il coinvolgimento, la partecipazione o l'impegno delle comunità. Implica la proprietà e l'azione della comunità che mira esplicitamente al cambiamento sociale e politico. L'emancipazione della comunità è un processo di rinegoziazione del potere al fine di ottenere un maggiore controllo. Riconosce che se alcune persone saranno autorizzate, altre condivideranno il loro potere esistente e ne rinunceranno in parte (Baum, 2008). Il potere è un concetto centrale nell'empowerment della comunità e la promozione della salute opera invariabilmente nell'arena di una lotta di potere.

L'empowerment della comunità si rivolge necessariamente ai determinanti sociali, culturali, politici ed economici che sono alla base della salute e cerca di costruire partenariati con altri settori nella ricerca di soluzioni.

Alfabetizzazione sanitaria e comportamento sanitario "Health Literacy"

7^a Conferenza globale sulla promozione della salute: traccia i temi Health Literacy è stata definita come le capacità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità delle persone di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modi che promuovono e mantengono una buona salute. Educazione sanitaria significa molto più che saper leggere opuscoli e fissare appuntamenti con successo. Migliorando l'accesso delle persone alle informazioni sulla salute e la loro capacità di usarle in modo efficace, l'alfabetizzazione sanitaria è fondamentale per l'emancipazione.

Definita in questo modo, Health Literacy va oltre un concetto ristretto di educazione sanitaria e comunicazione orientata al comportamento individuale e affronta i fattori ambientali, politici e sociali che determinano la salute.

L'educazione alla salute, in questa comprensione più completa, mira a influenzare non solo le decisioni individuali sullo stile di vita, ma aumenta anche la consapevolezza dei determinanti della salute e incoraggia le azioni individuali e collettive che possono portare a una modifica di tali determinanti. Pertanto, l'educazione alla salute viene raggiunta attraverso metodi che vanno oltre la diffusione delle informazioni e comportano interazione, partecipazione e analisi critica. Tale educazione sanitaria porta all'alfabetizzazione sanitaria, portando a benefici personali e sociali, ad esempio consentendo un'azione comunitaria efficace e contribuendo allo sviluppo del capitale sociale.



Questo approccio riconosce anche la questione del potere e in che modo le relazioni di potere influenzano l'accesso alle informazioni e il loro uso, come è stato visto nel caso della promozione della salute sessuale e riproduttiva delle donne. Health Literacy promuove l'empowerment, che a sua volta è vitale per raggiungere gli obiettivi di salute e sviluppo concordati a livello internazionale, nonché le minacce emergenti come l'influenza pandemica, i cambiamenti climatici e le malattie non trasmissibili.

Questa traccia esaminerà attentamente le questioni relative al raggiungimento dell'alfabetizzazione sanitaria in questo senso globale e identificherà le azioni strategiche necessarie per aprire la strada. Esaminerà il ruolo di altri settori nel contribuire all'alfabetizzazione sanitaria e prenderà in considerazione la difesa e l'alleanza strategica con il settore dell'istruzione - e a tutti i livelli, internazionale, nazionale e locale - per raggiungere questo obiettivo. Riconoscendo che l'alfabetizzazione sanitaria richiede più della trasmissione di informazioni, esplorerà gli ultimi sviluppi negli approcci partecipativi per determinare come le persone possono sviluppare le capacità, le conoscenze e l'efficacia per agire su tali conoscenze al fine di mantenere una buona salute. Rivelerà come tali azioni sono necessarie sia nei paesi sviluppati che a basso e medio reddito.

8° Conferenza globale sulla promozione della salute OMS

"Health in All Policies" (HiAP) e il suo focus era sull'implementazione, il "how-to"

10-14 giugno 2013 Helsinki, Finlandia

Finlandia. Il tema principale della conferenza era "Health in All Policies" (HiAP) e il suo focus era sull'implementazione, il "how-to". Era strutturato attorno a sei temi.

La conferenza mira a:

- facilitare lo scambio di esperienze e lezioni apprese e fornire indicazioni su meccanismi efficaci per la promozione dell'azione intersetoriale;

- rivedere gli approcci per affrontare gli ostacoli e sviluppare la capacità di attuare la salute in tutte le politiche;
- individuare opportunità per attuare le raccomandazioni della Commissione sui determinanti sociali della salute attraverso la salute in tutte le politiche;
- stabilire e rivedere casi economici, di sviluppo e sociali per gli investimenti in HiAP;

Affrontare il contributo della promozione della salute nel rinnovamento e nella riforma dell'assistenza sanitaria di base; e rivedere i progressi, l'impatto e i risultati della promozione della salute dopo la conferenza di Ottawa.

9° Conferenza globale sulla promozione della salute OMS

21-24 novembre 2016, Shanghai Cina

Definire l'alfabetizzazione sanitaria

L'alfabetizzazione sanitaria si riferisce, in generale, alla capacità delle persone di "accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modi che promuovono e mantengono una buona salute" per se stessi, le loro famiglie e le loro comunità. Mentre vengono utilizzate definizioni diverse e l'alfabetizzazione sanitaria è un concetto in evoluzione, vi è accordo sul fatto che l'alfabetizzazione

sanitaria significhi più che essere semplicemente in grado di "leggere opuscoli", "fissare appuntamenti", "comprendere le etichette degli alimenti" o "rispettare le azioni prescritte" da un doctor.

L'alfabetizzazione sanitaria non è solo una risorsa personale; livelli più elevati di alfabetizzazione sanitaria all'interno delle popolazioni producono anche benefici sociali, ad esempio mobilitando le comunità per affrontare i determinanti sociali, economici e ambientali della salute. Questa comprensione, in parte, alimenta i crescenti appelli per garantire che l'alfabetizzazione sanitaria non sia inquadrata come la sola responsabilità



delle persone, ma che sia data uguale attenzione per garantire che i governi e i sistemi sanitari presentino informazioni chiare, accurate, appropriate e accessibili per un pubblico diversificato.

Un fattore importante per migliorare i risultati sulla salute

La Dichiarazione ministeriale ECOSOC delle Nazioni Unite del 2009 ha fornito un chiaro mandato d'azione: "Sottolineiamo che l'alfabetizzazione sanitaria è un fattore importante per garantire risultati sanitari significativi e, a tale proposito, chiediamo lo sviluppo di piani d'azione adeguati per promuovere l'alfabetizzazione sanitaria". In effetti, la conoscenza e la comprensione rimangono strumenti potenti nella promozione della salute.

Responsabilizzare i cittadini

Il miglioramento dell'alfabetizzazione sanitaria nelle popolazioni fornisce le basi su cui i cittadini sono abilitati a svolgere un ruolo attivo nel miglioramento della propria salute, impegnarsi con

successo nell'azione comunitaria per la salute e spingere i governi a far fronte alle proprie responsabilità nell'affrontare la salute e l'equità sanitaria. Soddisfare i bisogni di alfabetizzazione sanitaria delle società più svantaggiate ed emarginate accelererà in particolare i progressi nella riduzione delle disuguaglianze nella salute e oltre.

Sebbene non vi sia alcun obiettivo specifico sull'alfabetizzazione sanitaria nell'ambito degli Obiettivi di sviluppo sostenibile (OSS), gli sforzi per aumentare l'alfabetizzazione sanitaria saranno cruciali per la piena realizzazione delle ambizioni sociali, economiche e ambientali dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. Come dimostra la tabella 1, una maggiore alfabetizzazione sanitaria acquisita attraverso l'educazione alla salute e varie forme di comunicazione, nonché le azioni intraprese attraverso i sistemi sanitari e altre politiche, hanno il potenziale per sostenere il raggiungimento degli obiettivi relativi all'SDG sulla salute, promuovendo nel contempo una vasta gamma di altri SDG.



10° Conferenza globale sulla promozione della salute OMS

CARTA DI GINEVRA PER IL BENESSERE

13 al 15 dicembre 2021 Ginevra

La Carta di Ginevra per il benessere sottolinea l'urgenza di creare sostenibili "società del benessere", impegnate a raggiungere una salute equa ora e per le generazioni future senza violare i limiti ecologici. La Carta si basa sui risultati della 10a Conferenza globale sulla promozione della salute, ospitata a Ginevra, Svizzera, e virtualmente dal 13 al 15 dicembre 2021, e sull'eredità della Carta di Ottawa e delle precedenti conferenze globali sulla promozione della salute.

L'URGENZA DI AGIRE

Il mondo affronta crisi complesse e interconnesse, ma hanno un impatto sui paesi in modi diversi. Le recenti pandemie hanno esposto le fratture nella società e hanno evidenziato i determinanti ecologici, politici, commerciali, digitali e sociali della salute e delle disuguaglianze sanitarie, all'interno e tra gruppi sociali e nazioni. Cambiamenti climatici, perdita di biodiversità, inquinamento, rapida urbanizzazione, conflitti geopolitici e militarizzazione, cambiamenti demografici, spostamenti di popolazione, povertà e disuguaglianza diffusa creano rischi di crisi future ancora più gravi di quelle sperimentate oggi. Le risposte richiedono investimenti che integrino la salute e il benessere planetari, sociali, comunitari e individuali, nonché cambiamenti nelle strutture sociali per supportare le persone ad assumere il controllo delle proprie vite e della propria salute. Sono necessari un riorientamento fondamentale dei valori e delle azioni sociali coerenti con l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile.

FONDAMENTI DEL BENESSERE

Le società del benessere forniscono le basi affinché tutti i membri delle generazioni attuali e future possano prosperare su un pianeta sano, indipendentemente da dove vivano. Tali società applicano politiche audaci e approcci trasformativi che sono supportati da:

Una visione positiva della salute che integra il benessere fisico, mentale, spirituale e sociale.

I principi dei diritti umani, della giustizia sociale e ambientale, della solidarietà, dell'equità di genere e intergenerazionale e della pace. Un impegno per uno sviluppo sostenibile a basse emissioni di carbonio basato sulla reciprocità e sul rispetto tra gli esseri umani e sulla pace con la natura.

Nuovi indicatori di successo, oltre al prodotto interno lordo, che tengano conto del benessere umano e planetario e portino a nuove priorità per la spesa pubblica.

L'attenzione della promozione della salute su empowerment, inclusività, equità e partecipazione significativa.

RISPOSTA ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL XXI SECOLO

La creazione di società del benessere richiede un'azione coordinata in cinque aree:

VALORE, RISPETTO E CURA DEL PIANETA TERRA E DEI SUOI ECOSISTEMI

Un pianeta sano è essenziale per la salute e il benessere delle generazioni attuali e future e per consentire a tutti di prosperare. Le società del benessere danno priorità a una rapida e giusta transizione verso un'economia a basse emissioni di carbonio per mantenere l'aumento della temperatura al di sotto di 1,5 °C in questo secolo. Forniscono accesso all'energia pulita per tutti, migliorano la biodiversità, riducono l'esaurimento delle risorse e l'inquinamento, supportano relazioni armoniose tra gli esseri umani e la natura e si concentrano sulla conoscenza e la leadership indigena. Promuovono sistemi idrici e alimentari che riducono i danni e promuovono un'alimentazione sana (incluso l'allattamento al seno). Le società del benessere hanno forti legami con "One Health" e la

salute planetaria, tra cui il potenziamento della preparazione alle pandemie e il miglioramento della salute e dell'equità.

1. PROGETTARE UN'ECONOMIA EQUA CHE SERVA LO SVILUPPO UMANO ALL'INTERNO DEI CONFINI ECOLOGICI PLANETARI E LOCALI

Le società del benessere garantiscono un lavoro dignitoso e sicuro, un commercio equo, sistemi di protezione sociale inclusivi, sistemi di produzione e consumo basati sui principi di un'economia circolare, nessuna discriminazione strutturale, transizioni urbane sostenibili e rispetto e conservazione degli ecosistemi naturali.

Le economie del benessere riconoscono i diritti del lavoro e i contributi dell'economia informale, inclusa l'assistenza fornita da assistenti, famiglie e comunità. Sostengono la prevenzione e la riduzione delle malattie trasmissibili e non trasmissibili attraverso una regolamentazione efficace dei determinanti commerciali della salute. Le economie del benessere cercano di ridurre i danni attraverso l'applicazione della responsabilità e della regolamentazione delle industrie digitali e delle armi. Riconoscono e correggono

le politiche coloniali ed economiche che ostacolano lo sviluppo economico e sociale. Le priorità del benessere si traducono in azioni attraverso investimenti in salute, bilanci del benessere, protezione sociale e strategie legali e fiscali che assicurano un'economia più sana e sostenibile.

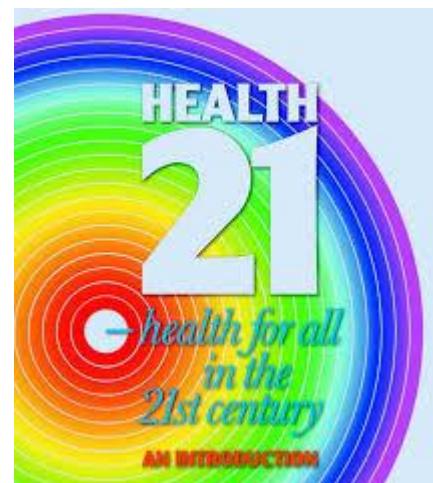
2. SVILUPPARE POLITICHE PUBBLICHE SANE PER IL BENE COMUNE

In una società del benessere, i governi sono gli amministratori di tutti i beni della società per un pianeta sano, sostenibile ed equo per conto delle generazioni attuali e future. I governi sono responsabili nei confronti del loro popolo e ne garantiscono la partecipazione alla governance. Il benessere forma un nuovo contratto sociale e fornisce una bussola per le politiche pubbliche, comprese le decisioni di bilancio e normative, per ottenere risultati migliori per gli individui, le comunità e la società. La governance a tutti i livelli, da locale a globale, si impegna a realizzare gli Obiettivi di sviluppo sostenibile, perseguiendo politiche multisettoriali

Health21¹²

**La salute per tutti nel 21° secolo
(Health for all in the 21st century)**

**Introduzione alla strategia della Salute per tutti nella Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
DICHIARAZIONE DELLA SANITÀ MONDIALE adottata dalla comunità della sanità mondiale nella cinquantunesima Assemblea Mondiale della Sanità maggio 1998**



MIGLIORE SALUTE PER LE POPOLAZIONI DELLA REGIONE EUROPEA DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

Rafforzare la salute durante l'intero periodo della vita La vita è caratterizzata da una serie di transizioni critiche: mutamenti psicologici e fisiologici nell'infanzia, il passaggio dall'istruzione primaria a quella secondaria, l'inizio dell'attività lavorativa, l'abbandono della famiglia di origine per costruire una nuova famiglia, il cambio di lavoro e l'affrontare possibili licenziamenti e alla fine il pensionamento. Ciascuno di questi cambiamenti può avere dei riflessi sulla salute spingendo le persone su sentieri più o meno fortunati.

OBIETTIVO 3

Un sano inizio di vita Investire presto in salute porta vantaggi più avanti nella vita Importanti elementi della salute di un adulto si trovano nel suo corredo genetico, nella vita prenatale e nell'infanzia. Neonati di basso peso costituiscono indicatori di depravazione e rappresentano fattori di rischio cumulativi. Una crescita lenta e la mancanza di sostegno affettivo durante questo periodo può collocare il bambino in una traiettoria di basso livello sociale ed educativo, che aumenta il rischio di scarsa salute fisica e psichica. Ciò può anche limitare le capacità fisiche, psichiche ed emotive nell'età adulta. Consulenze genetiche e dietologiche, una gravidanza senza fumo e assistenza prenatale basata su prove di efficacia, aiutano a diminuire il numero dei neonati di basso peso e a prevenire le anomalie congenite. Dal momento che investimenti precoci in salute possono compensare un inizio di vita problematico e produrre successivamente dei vantaggi, le politiche per la salute hanno la necessità non solo di fornire reti orientate alla sicurezza ma anche trampolini per controbilanciare gli svantaggi precedenti. Dovrebbero, perciò, essere realizzate politiche che creino famiglie in grado di dare sostegno, con bambini desiderati e una buona capacità di essere genitori. I genitori hanno bisogno di mezzi e capacità per allevare i figli e per dare loro assistenza in un ambiente sociale che protegga i diritti dei bambini; le comunità locali devono sostenere le famiglie assicurando un ambiente sicuro per i figli e strutture in grado di promuovere la loro salute. Il personale che opera nella sanità e nell'assistenza sociale ha la necessità di essere formato per riconoscere e affrontare i casi di abuso sessuale nei bambini. MODULI FORMAZIONE A DISTANZA 2004 – Area Comunicazione e Promozione della Salute Modulo Educazione Sanitaria e Promozione della Salute – Unità 1 S918 9

OBIETTIVO 4

La salute dei giovani. Se dobbiamo cercare di ridurre gli incidenti, i danni prodotti dall'uso di droghe e le gravidanze indesiderate, le politiche e i programmi pubblici devono aiutare i bambini e i giovani a far sì che le scelte orientate alla salute siano quelle più facili. Perciò tutte le decisioni assunte nei settori più importanti del pubblico dovrebbero essere rivedute al fine di evitare qualunque impatto negativo sulla salute dei bambini e degli adolescenti, e delle loro famiglie e di chi se ne prende cura. Le politiche educative ed occupazionali devono mettere in grado i giovani di avere la migliore istruzione possibile e i lavori più produttivi. L'offerta di educazione sessuale e di sostegno ai giovani, così come la possibilità di disporre facilmente di preservativi, consentirà di ridurre il rischio di gravidanze non desiderate e di malattie a trasmissione sessuale, compresa l'infezione da HIV. Una vita lavorativa sana. Sia la quantità che la qualità del lavoro hanno una forte influenza, nell'età adulta, su molti fattori legati alla salute, fra i quali il reddito, le relazioni sociali e l'autostima. Investire in un lavoro sicuro può offrire benefici alla salute e a una prolungata produttività. Carichi di lavoro stressanti e incertezza del lavoro producono costi invisibili sia ai datori di lavoro che ai lavoratori. Se tali costi fossero inclusi nelle analisi di performance economica, fornirebbero un quadro più realistico. È necessario svolgere un'azione più energica per promuovere ambienti lavorativi più sani mediante una migliore legislazione, standard e meccanismi di rinforzo. Le aziende dovrebbero fare riferimento al concetto di "azienda sana" e a tre elementi:

- la promozione della salute per il proprio personale;
- facendo in modo che i prodotti dell'azienda sostengano al massimo la salute;
- essendo socialmente responsabili attraverso il sostegno ai programmi di salute sviluppati a livello locale o nazionale.

OBIETTIVO 5

Invecchiare in modo sano. Le politiche della salute dovrebbero preparare le persone ad un invecchiamento sano attraverso la promozione e la protezione, sistematicamente pianificate, della salute lungo l'intero arco della vita. Le opportunità sociali, educative ed occupazionali, assieme all'attività fisica, aumentano la salute degli anziani, la loro autostima e indipendenza, nonché il loro contributo attivo alla società. Diventano particolarmente importanti i programmi innovativi per mantenere la forza fisica e per correggere la vista, l'udito e i problemi di mobilità prima che questi problemi comportino la perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza. I servizi sanitari e sociali a livello di comunità dovrebbero muoversi in modo attivo per sostenere gli anziani nella vita di tutti i giorni. Dovrebbero essere presi sempre più in considerazione le loro necessità e le loro aspirazioni per quanto riguarda l'alloggio, il reddito e gli altri fattori in grado di migliorare la loro autonomia e la loro produttività sociale. MODULI FORMAZIONE A DISTANZA 2004 – Area Comunicazione e Promozione della Salute Modulo Educazione Sanitaria e Promozione della Salute – Unità 1 S918 10 Ridurre al minimo livello possibile l'incidenza e la prevalenza delle malattie e delle altre cause di cattiva salute e di morte. Capire dove investire in salute costituisce una sfida per tutti gli Stati. Qualsiasi sia l'approccio usato, ci si dovrebbe basare sulla valorizzazione della salute e sulla stima del costo economico e sociale delle morti e delle disabilità premature. Le malattie cardiovascolari rappresentano la causa di morte più frequente praticamente in tutti gli Stati Membri, mentre al secondo posto viene il cancro. La mortalità infantile e materna rimane una preoccupazione

importante in molti Paesi. Un altro importante settore è quello delle malattie mentali (che costituiscono quasi il 10% del carico complessivo delle malattie), delle lesioni e della violenza più di mezzo milione di morti all'anno e causa principale di morte nei giovani), nonché le malattie come la malaria, la tubercolosi e la sifilide che sembravano dimenticate e stanno ora riemergendo. La riduzione di questo carico di malattie richiede un approccio integrato di promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione.

OBIETTIVO 6

Migliorare la salute mentale e specialmente ridurre il suicidio - richiede attenzione alla promozione e alla protezione della salute mentale lungo tutto il corso della vita, in modo particolare nei gruppi svantaggiati sotto il profilo sociale ed economico. Programmi ben costruiti per la salute nei luoghi di vita e di lavoro possono aiutare le persone a raggiungere un senso di coerenza, a costruire e a mantenere relazioni sociali di mutuo sostegno, ed affrontare le situazioni e gli eventi che provocano stress. Il tasso di suicidio può essere significativamente ridotto se gli operatori sanitari vengono formati per individuare precocemente i sintomi della depressione e per fornire la cura appropriata. In molti Paesi gli ospedali psichiatrici devono essere sostituiti da una rete equilibrata di dipartimenti per il trattamento dei casi psichiatrici acuti all'interno degli ospedali generali e da una rete ben costruita di servizi e strutture di assistenza sanitaria di base. Lo stress sul lavoro riveste un ruolo importante nel contribuire alle significative differenze nella salute, all'assenza di malattia e alle morti premature che sono legate alla situazione sociale. Il miglioramento delle condizioni di lavoro porterà ad avere risorse umane più sane le quali, a loro volta, aumenteranno la produttività. La disoccupazione pone a rischio la salute psichica e quella fisica. Il lavoro insoddisfacente e incerto può essere altrettanto dannoso quanto la disoccupazione, poiché avere un lavoro non è sufficiente per assicurare la salute fisica o psichica in quanto è importante anche la qualità del lavoro svolto.

OBIETTIVO 7

Ridurre le malattie trasmissibili. La riduzione delle malattie trasmissibili richiede un approccio integrato di promozione della salute, prevenzione delle malattie e cura al paziente. Sono essenziali il miglioramento e il mantenimento dell'igiene di base, la qualità dell'acqua e l'igiene degli alimenti, così come programmi sostenibili ed efficaci di immunizzazione e piani ben organizzati di cura. Gli sforzi contro le malattie trasmissibili possono avere l'obiettivo dell'eradicazione, dell'eliminazione o del controllo.

OBIETTIVO 10

Un ambiente fisico sano e sicuro. Far sì che la scelta di salute sia sempre la scelta più facile da fare. La tassazione ambientale promuove la salute attraverso la riduzione dell'inquinamento. Essa sposta i costi sull'uso inefficiente e pericoloso di energia e di risorse contribuendo in tal modo ad una crescita economica sostenibile. I costi della bonifica dall'inquinamento dannoso per la salute sono rilevanti. Gli investimenti in processi più puliti fin dall'inizio prevengono l'inquinamento e rendono di gran lunga più efficienti i processi industriali aumentando, in tal modo, i profitti. Così i cambiamenti nel modo con cui l'industria gestisce i processi possono liberare risorse che non solo migliorano la salute, ma aumentano anche la redditività!

OBIETTIVO 11

Vivere in modo più sano. Le politiche commerciali ed agricole dovrebbero continuare ad essere aggiornate per promuovere la salute, fornire alimenti sicuri e proteggere l'ambiente. Promuovere un'alimentazione più sana e ridurre l'obesità consentirebbe di ottenere significativi guadagni in salute, in particolare fra i gruppi più vulnerabili. Ciò richiede politiche fiscali, agricole e commerciali che aumentino la disponibilità, l'accesso e il consumo di verdura e frutta nonché la riduzione del consumo di cibi ad elevato contenuto di grassi, in particolare per i gruppi di persone a basso reddito. L'educazione alla salute, da sola, non è sufficiente per affrontare con successo i problemi della salute e dell'alimentazione. La lavorazione in sicurezza degli alimenti per ridurre i rischi della contaminazione dovrebbe essere applicata in tutta la catena produttiva. È importante che i politici, in particolare coloro che si occupano di nutrizione e di sicurezza alimentare, rafforzino la cooperazione fra settore privato e organizzazioni di volontariato. Andare in bicicletta, camminare, usare i trasporti pubblici anziché le automobili, tutto ciò promuove la salute attraverso l'aumento dell'attività fisica e il contatto sociale. Riduce anche gli incidenti mortali e l'inquinamento dell'aria. Il sostegno economico ai trasporti pubblici e l'introduzione di tasse che disincentivino l'uso delle automobili possono costituire un potente stimolo per il cambiamento. Così come l'aumento del numero di autobus, di piste ciclabili e di percorsi per i pedoni nonché l'impedimento della crescita di sobborghi periferici a bassa densità e di supermercati fuori città, che causano l'aumento dell'uso delle automobili.

OBIETTIVO 12

Ridurre i danni causati dall'alcol, dalle droghe e dal tabacco. Il fumo costituisce la più grande minaccia per la salute nella Regione Europea e l'applicazione della "Carta di Madrid contro il Tabacco" del 1988 e del Piano d'Azione per un'Europa Libera dal Tabacco porteranno guadagni alla salute e alle economie. L'aumento delle tasse sui prodotti del tabacco aumenta gli introiti del governo e risparmia vite umane. Misure decise per regolamentare il consumo di tabacco, maggiore disponibilità di cure e consigli per smettere, assieme ad ambienti liberi da fumo e messa al bando della pubblicità e delle sponsorizzazioni dei prodotti del tabacco, ridurranno il tributo dei 2 milioni di morti attesi nei prossimi vent'anni. Leggi efficaci consentono di ridurre il consumo di tabacco. A 5 anni dall'introduzione della Legge Evin in Francia, che ha messo al bando la pubblicità delle sigarette, ha creato luoghi pubblici liberi dal fumo ed ha aumentato i prezzi, il consumo di sigarette è diminuito del 16%. L'alcolismo e gli incidenti legati al consumo di alcol rappresentano, in Europa, un problema di vasta portata. È ampiamente dimostrato che realizzando azioni programmate nei confronti del consumo di alcol si raggiungono significativi benefici in termini di salute e di economia. La Carta Europea sull'Alcol (Parigi, 1995) e il Piano d'Azione Europeo contro l'Alcol definiscono le principali strategie di promozione della salute e di cura. Esse includono la tassazione delle bevande alcoliche, il controllo della pubblicità diretta ed indiretta nonché il trattamento di coloro che sono caratterizzati da un consumo pericoloso o dannoso di alcol. Tutti gli Stati Membri dovrebbero garantire che le loro politiche e i loro programmi siano completamente in linea con le strategie della Carta Europea. Si stima che il numero di coloro che usano droghe pesanti nella Regione Europea sia fra il milione e mezzo e i due milioni. In aggiunta agli effetti diretti sulla salute, l'uso di droghe contribuisce alla

massiccia diffusione dell'infezione da HIV e dell'epatite, in special modo nella parte meridionale e in quella orientale della Regione Europea. Gli sforzi per il trattamento e la prevenzione sono diventati, nel tempo, più sofisticati, con una maggiore accettazione di trattamenti sostitutivi da parte dei dipendenti da oppiacei. L'evidenza mostra che le società che sono in grado di attuare approcci estensivi ed innovativi nei confronti dei servizi per i tossicodipendenti riescono ad ottenere notevoli successi nella riduzione dei comportamenti dannosi per la salute così come nella limitazione delle attività antisociali e criminali da parte dei tossicodipendenti.

OBIETTIVO 13

Ambienti per la salute. Un approccio sistematico all'azione per la salute. Gli ultimi dieci anni di esperienza nella Regione Europea hanno chiaramente rivelato che l'informazione, la motivazione ed il sostegno agli individui, ai gruppi e alle società perché conducano una vita più sana può essere realizzato meglio concentrandosi in modo sistematico sui luoghi dove le persone vivono, lavorano e si divertono. La casa è l'ambiente fisico nel quale le persone passano la maggior parte del tempo. Nel contesto della pianificazione urbana e rurale, la casa dovrebbe essere progettata e costruita in modo da contribuire alla salute e ad un ambiente sostenibili. La casa costituisce l'unità di base della società ed è il luogo dove i membri della famiglia possono svolgere le proprie "politiche per la salute", come un ambiente libero dal fumo e sicuro e una sana alimentazione. I medici di famiglia e il personale infermieristico, adeguatamente formato, possono essere buoni catalizzatori e offrire sostegno per tale azione tesa alla salute. Nelle scuole materne, i bambini dovrebbero imparare i valori fondamentali degli stili di vita sani, dell'interazione sociale e del lavoro di gruppo ed essere istruiti su temi, quali la prevenzione degli incidenti e l'alimentazione sana. Nelle scuole gli allievi, gli insegnanti e genitori – lavorando con la comunità e sostenuti dai servizi di medicina scolastica - dovrebbero analizzare insieme le opportunità per la salute, elaborare programmi di intervento e valutare i risultati. Tutti i bambini dovrebbero avere il diritto ad essere istruiti in scuole che promuovono la salute, in grado di integrare i problemi legati alla salute in un approccio complessivo, per promuovere la salute fisica, sociale ed emozionale degli studenti, degli insegnanti, delle famiglie e delle comunità. Dal 3 al 5% del Prodotto Nazionale Lordo potrebbe essere risparmiato rendendo gli ambienti di lavoro salubri e sicuri. L'obiettivo dovrebbe essere non solo la riduzione dell'esposizione al rischio, ma anche una più intensa partecipazione da parte dei dipendenti e dei datori di lavoro nella promozione di un ambiente di lavoro più sano e più sicuro e nella riduzione dello stress. Deve essere promossa una cultura aziendale che favorisca il lavoro di gruppo e il dibattito aperto, nella consapevolezza che persone più sane e migliori relazioni sociali sul lavoro contribuiscono a migliorare il morale del personale e conseguentemente ad aumentare la produttività. A livello di comunità e di municipalità e sulla base della Dichiarazione di Atene del 1998, la pionieristica "Rete delle Città Sane" dovrebbe estendersi a tutte le municipalità di ogni Stato Membro. Dovrebbe riunire la leadership politica, la sanità e gli altri settori nonché le principali organizzazioni non governative in alleanze strutturate e permanenti che affrontino insieme le problematiche degli stili di vita, dell'ambiente e della sanità, sulla base di programmi locali orientati alla "Strategia della Salute per tutti". Le persone e le loro condizioni di vita dovrebbero costituire gli elementi guida nella pianificazione delle città. Progetti di rinnovamento urbano centrati sul miglioramento della qualità della vita, sulla riduzione dell'uso di acqua, di energia e di materiali

nonché sulla realizzazione di programmi per la raccolta, il recupero e il riciclaggio dei rifiuti in modo differenziato possono rendere le città più sostenibili.

OBIETTIVO 14

Responsabilità multisettoriale nei confronti della salute. La responsabilità per l'impatto sulla salute. Un approccio efficace allo sviluppo della salute richiede che tutti i settori della società siano responsabili dell'impatto sulla salute delle loro politiche e dei loro programmi nonché la consapevolezza dei benefici che la promozione e la protezione della salute possono offrire. La valutazione dell'impatto sulla salute deve perciò essere applicata a qualunque politica o programma sociale ed economico, così come ai progetti di sviluppo che hanno probabilità di provocare effetti sulla salute. La responsabilità è anche in carico ai capi dei governi che attuano le politiche, che allocano le risorse e che propongono le leggi. Meccanismi come l'audit sulle politiche sanitarie, le cause giudiziarie per i danni alla salute e l'accesso pubblico ai report sulla valutazione dell'impatto sulla salute possono offrire la garanzia che il settore pubblico e l'industria privata diventino pubblicamente responsabili per gli effetti sulla salute provocati dalle loro politiche e dalle loro azioni. Gli Stati dovrebbero avere l'obiettivo che i loro aiuti ad altri Paesi e le loro politiche commerciali non siano dannosi alla salute in altre nazioni e che diano il massimo contributo allo sviluppo dei Paesi svantaggiati. Una cooperazione più stretta fra gli Stati, nonché l'attuazione di codici internazionali di condotta e di meccanismi di regolazione possono minimizzare tali problemi

OBIETTIVO 15

L'integrazione del settore sanitario. In molti Stati Membri è necessaria una maggiore integrazione del settore sanitario, con un'attenzione particolare all'assistenza sanitaria di primo livello. **Al centro dovrebbe collocarsi un'infermiera di famiglia adeguatamente formata, in grado di offrire consigli sugli stili di vita, sostegno alla famiglia e servizi di assistenza domiciliare per un numero limitato di famiglie.** Servizi più specializzati dovrebbero essere offerti da un medico di famiglia che, insieme all'infermiera, dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale sui problemi di salute. Dovrebbe essere prerogativa di ciascun cittadino la libertà di scelta di queste due figure, che dovrebbero occuparsi anche del sostegno attivo all'autocura. Politiche e programmi sanitari di comunità dovrebbero assicurare il coinvolgimento sistematico delle istituzioni locali e delle Organizzazioni Non Governative nel promuovere stili di vita sani, un ambiente più sano nonché un sistema sanitario e sociale efficiente a livello locale. Tale approccio svilupperebbe significativamente la prevenzione delle malattie e delle lesioni e assicurerebbe il trattamento precoce ed efficace di tutti quei pazienti che non necessitano di assistenza ospedaliera. Le strutture per anziani e le altre strutture di lungodegenza dovrebbero avere una maggiore "atmosfera casalinga" ed essere affidate alla responsabilità della comunità locale. L'assistenza di secondo e terzo livello, che è erogata negli ospedali, dovrebbe essere chiaramente di sostegno all'assistenza sanitaria di primo livello, concentrandosi esclusivamente sulle funzioni diagnostiche e terapeutiche che non possono essere realizzate adeguatamente nelle strutture di primo livello. Se i principi descritti vengono seguiti e la flessibilità nello sviluppo e nella collocazione dei servizi ospedalieri diventa una caratteristica

importante della programmazione e della gestione ospedaliera, gli ospedali saranno in grado di affrontare le sfide future dell'evoluzione tecnologica.

* OMS Nursing in Europe A resource for better health 1991 ¹³

L'OMS nel 1991 con il documento ***Health for all series n°1: Nursing in action project*** ha individuato il ruolo sociale dell'assistenza infermieristica e le funzioni dell'infermiere di base con la definizione di "**il ruolo sociale dell'assistenza infermieristica è quello di aiutare gli individui, le famiglie e i gruppi a determinare e raggiungere il loro potenziale fisico, mentale e sociale all'interno dell'ambito di vita e di lavoro**". Questo suppone che l'infermiere sposta il centro della formazione e dell'assistenza dalla cura basata sulla medicina ospedaliera alla prevenzione basata sulla pratica dell'assistenza sanitaria di base nella comunità. La promozione dell'autodeterminazione delle famiglie e degli individui in materia sanitaria, la collaborazione con altri settori nella promozione e nella prevenzione, la partecipazione attiva per ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e per soddisfare i bisogni dell'intera popolazione e in particolare dei gruppi meno favoriti, l'assicurazione della qualità dell'assistenza e l'uso adeguato delle tecnologie.

Definizioni

• Patogenesi

Complesso delle modalità con cui si origina una malattia.

La patogenesi indaga lo sviluppo di una malattia e la catena di eventi ad essa associati, che passo dopo passo determinano cambiamenti morfo-funzionali delle cellule e dei tessuti appartenenti agli organi colpiti. Queste alterazioni possono essere causate da agenti chimici, fisici, o biologici (virus, batteri ecc.). La patogenesi se definisce come il meccanismo con cui un agente eziologico (agente causale, ad esempio un batterio od una radiazione) determina la malattia. Non a caso il termine patogenesi deriva dall'unione delle parole greche *pathos*, "malattia", e *genesis*, "creazione".

In medicina, la patogenesi è lo studio dei modi e dei processi fisiopatologici attraverso cui avvengono le alterazioni dello stato fisiologico che portano allo stabilirsi e allo svilupparsi di una malattia. La patogenesi non è da confondere con l'etologia, ovvero lo studio delle cause della malattia.

• Salutogenesi

La Salutogenesi etimologicamente

salus= salute, benessere

genesi = nascita

La Salutogenesi, è la branca della ricerca che si occupa di studiare le fonti della salute fisica, psichica e spirituale, per ottenere la quale sono determinanti il comportamento e lo stile di vita dell'individuo si riferisce a tutte le pratiche, con fondamento scientifico, che danno origine e mantengono il nostro stato di Salute.

Il sociologo medico israeliano-americano Aaron Antonovsky (1923-1994) ha coniato il termine negli anni '80 come termine complementare alla patogenesi.

Secondo il modello di salutogenico la Salute non è una condizione ma un processo.

I fattori di rischio e protezione sono in un processo di interazione.

La salutogenesi come scienza dell'origine della Salute e la patogenesi come scienza dell'origine della malattia si completano a vicenda.

L'orientamento Salutogenico è rivolto verso l'obiettivo Salute, quello patogenico è rivolto alla malattia, questo diverso orientamento porta a conseguenze molto diverse nella pratica.

Il dottore Eckart Schiffer considera la salutogenesi come una "caccia al tesoro" in contrasto con la "ricerca dell'errore" nella patogenesi e nella medicina convenzionale.

La correlazione tra salutogenesi e patogenesi può essere descritta più precisamente oggi con l'aiuto della ricerca sul cervello, alla base della vita vi è un sano sviluppo che è reso possibile anche dalla prevenzione della malattia.

Nell'autoregolazione degli esseri umani troviamo i due aspetti della vita, nei sistemi motivazionali neuropsichici, di approccio e di evitamento ovvero piacere e dolore. Il “sistema di approccio” nel cervello, che è strettamente connesso al centro del piacere, il nucleo accumbens, ci rende positivi per obiettivi attraenti e ci motiva a comportamenti costruttivi.

Questo è attivato da un orientamento salutogenetico.

Come supplemento altrettanto vitale c’è il cosiddetto “sistema di prevenzione” che controlla il nostro comportamento quando si tratta di evitare o combattere rischi per la salute e le malattie.

Il sistema di evitamento è strettamente collegato al centro ansioso nel cervello, l’amigdala.

Uno sviluppo sano è reso possibile e prodotto da una buona interazione di questi due sistemi neuropsichici.

Se il termine Salutogenesi è stato coniato solo di recente (anni 80) l’orientamento alla Salute ha radice ben più lontane, a circa 3500 anni fa, tutte le medicine tradizionali vedevano la Salute come l’armonia all’interno del corpo, della mente e dello spirito.

In tempi più recenti, con la scuola di Kos (460 a.c.), uno dei libri appartenenti al Corpus Hippocraticum, “Le arie, le acque, i luoghi”, si mostra la stretta correlazione tra qualità dell’aria, dell’acqua e del cibo, topografia del territorio, abitudini di vita e l’insorgenza delle malattie, si considera la profonda conoscenza di questi effetti ambientali come la base fondamentale dell’arte medica. oltre i fattori ambientali, Ippocrate tira in causa umori e passioni, i quali avevano una grande importanza per la salute, come al rapporto di interconnessione tra corpo e mente.

riguardo la guarigione, invece, per Ippocrate credeva nell’esistenza nell’organismo di forze sanatrici intrinseche:

il potere sanatore della natura. Pertanto, secondo Ippocrate, tutto sta nel creare condizioni favorevoli perché queste forze naturali potessero agire.

In tempi più recenti a livello Internazionale si è assistito ad un’escalation che va sempre più verso il modello Salutogenico.

Nel 1946 si riconosce la Salute come un “Diritto della Persona” e questa viene posta alla base di altri diritti. L’Organizzazione Mondiale della Sanità, invita tutti i suoi governi, a promuovere un modello che possa portare alla Salute per tutti, andando ben oltre lo stato di malattia intesa come lesione d’organo, ad una condizione che permetta alle Persone di poter percorrere in maniera soddisfacente tutta la propria esistenza In tal modo, la Salute inevitabilmente abbraccia più aspetti della propria vita diventando così, per i governi, un obiettivo di tutte le politiche e non solo di quelle sanitarie. Questo nuovo modello di Salute promuove la responsabilità del singolo riguardo la propria Salute, il proprio Ben Essere per Heidegger, la cura Autentica è aiutare gli altri ad essere liberi di assumersi le loro cure, aprirli alla possibilità di trovare sé stessi e di realizzare il proprio essere un “coesistere” che costituisce la “vita autentica”.

La Carta di Ottawa, documento redatto durante la conferenza dell’OMS tenutasi ad Ottawa nel 1986, è considerato il documento fondamentale per la Promozione della Salute. La mancanza sostanziale

di una struttura teorica di riferimento ha causato negli anni molti problemi alla IUHPE (Unione Internazionale per la Promozione ed Educazione alla Salute)

Nella XIX Conferenza Mondiale IUHPE sulla Promozione della salute ed Educazione alla salute, tenutasi a Vancouver 2007, Hills e McQueen sottolineano come per molti anni l'approccio biomedico ha considerato la salute come derivante dall'eliminazione dei fattori di rischio per le malattie, mentre l'approccio Salutogenico si focalizza sulle risorse individuali e sui processi che promuovono la salute. Antonovsky, nel 1979 ha introdotto il concetto di Senso di Coerenza, che è centrale nell'approccio salutogenico, partendo dall'evidenza che, mentre alcune persone reagiscono agli eventi stressanti rimanendo sani, altri invece no.

Benché l'approccio salutogenico si armonizzi beni con i principi della Carta di Ottawa, esso è stato, secondo gli Autori, sino ad ora poco sfruttato in tutte le sue potenzialità, nonostante la direzione sia sempre più chiara:

" la necessità di orientarsi verso la salute e non verso la malattia."

Nel 1986 con la Carta di Ottawa si pone l'accento su molti aspetti, non sanitari, la Carta di Ottawa crede che la promozione della salute sia un processo atto a rendere gli individui e le comunità capaci di aumentare il controllo sui determinanti della Salute, quindi, migliorando la salute e consentendo di vivere una vita sana, attiva e produttiva L'obiettivo dell'approccio Salutogenico è quello di rafforzare il potenziale di salute delle persone in modo che la buona salute sia il mezzo per avere una vita felice e produttiva.

La Carta di Bangkok per la Promozione della Salute è il primo aggiornamento della Carta di Ottawa (WHO, 2005) " Le Nazioni Unite riconoscono che godere di uno standard di salute più elevato sia uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano senza nessuna discriminazione.

La promozione della salute si basa su questo fondamentale diritto umano ed offre una concezione positiva e completa della salute come determinante della qualità della vita, che comprende anche il benessere spirituale e mentale.

La promozione della salute è il processo che permette alle persone di aumentare il controllo sulla propria salute e sui suoi determinanti, e dunque di migliorare la salute stessa.

È una funzione centrale della sanità pubblica e contribuisce alla lotta contro le malattie trasmissibili e non trasmissibili e contro altre minacce per la salute.

Come si può vedere da questo rapidissimo excursus, la dichiarazione del 1946 si muove in un modello culturale ben preciso, quello dei Diritti delle Persone.

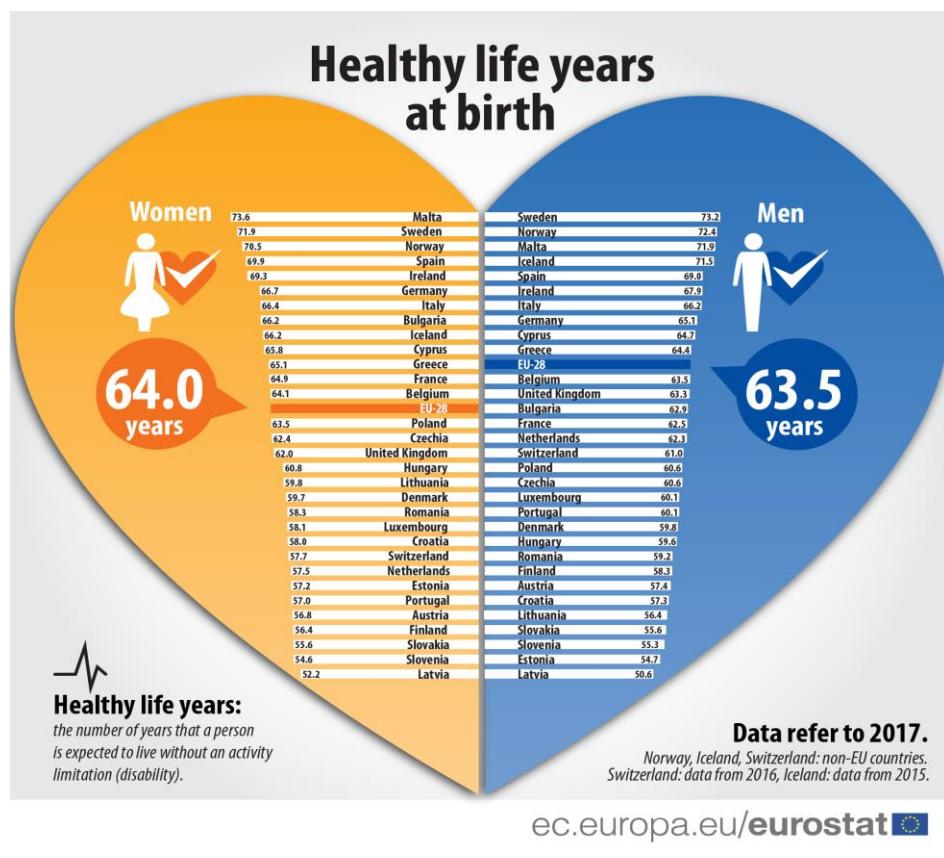
Lascia solo come ultimo step l'intervento della sanità pubblica con le diagnosi precoci ,e qui, voglio sottolineare che in primis c'è la necessità di un coinvolgimento personale del prendersi cura di se, attraverso la Cura del Sé potenziando le proprie risorse interiori, questa nuova definizione identifica la Salute come la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive ed ancora, proprio come l'operato della Dea Cura, la carta di Ottawa stabilisce che le condizioni e le risorse fondamentali per la salute sono :

<ul style="list-style-type: none"> • la pace • l'abitazione • l'istruzione 	<ul style="list-style-type: none"> • un ecosistema stabile • le risorse sostenibili • 'equità e giustizia sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • il cibo • un reddito
---	--	---

Il miglioramento dei livelli di Salute è saldamente basato su questi pre-requisiti fondamentali.

- **indicatori di qualità di vita:**

– **HLY**¹⁴: Healthy Life Years, anni vissuti in buona salute

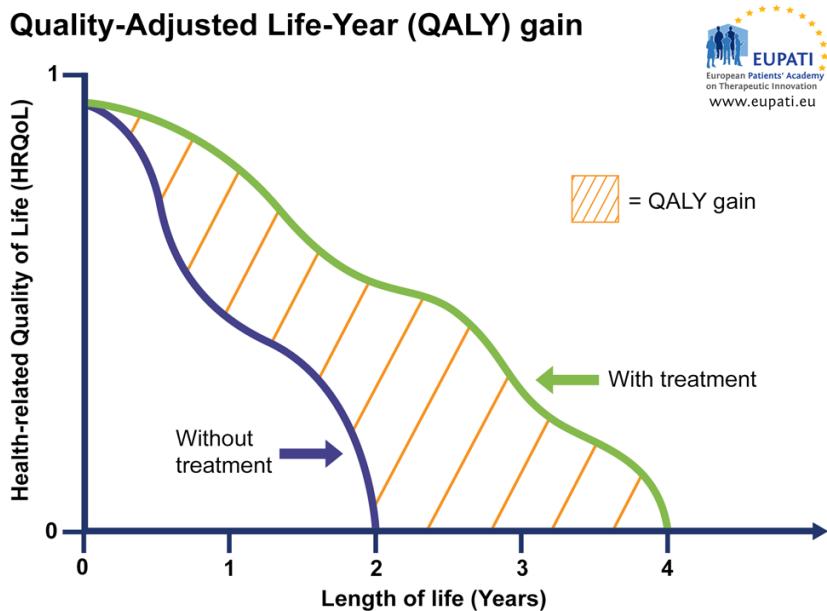


– **QALY**:¹⁵ (acronimo di Quality Adjusted Life Years) è un'unità di misura impiegata nell'analisi costi utilità che combina insieme la durata della vita con la qualità della stessa.

Un QALY pari ad 1 corrisponde all'aspettativa di vita di un anno in condizioni di buona salute; il valore 0 corrisponde alla morte. La scala di misurazione è continua e ad alcuni anni di vita possono essere attribuiti anche valori negativi (nel caso si abbiano condizioni gravi di immobilità e di sofferenza acuta).

Viene utilizzato come indice di ponderazione nella valutazione degli incrementi nell'aspettativa di vita connessi agli interventi sanitari. Così, ad esempio, se l'introduzione di una nuova tecnica chirurgica permette al malato di sopravvivere in media 6 anni in più, ma le condizioni dopo

l'operazione sono tali da venir giudicate pari a 0.2 QALY (ad es., per via di gravi defezioni motorie e dolori frequenti), l'effetto dell'intervento sull'aspettativa di vita ponderata per la qualità sarà solo di 1.2 anni.



- **indicatori di disabilità:**

– **DALY**¹⁶ : Originariamente sviluppato, nel 1990, dalla Harvard University per la Banca Mondiale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lo ha adottato a partire dal 2000. Il DALY è una misura sempre più comune nel settore della sanità pubblica e nella valutazione dell'impatto sulla salute delle malattie. Esso estende il concetto di 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". In tal modo, la mortalità e la morbilità sono combinati in un unico indicatore comune.

Il DALY è una misura dell'onere complessivo degli effetti della malattia cronica.

Il DALY consente di valutare non solo gli anni di vita persi a causa di morte prematura, ma anche gli anni di vita sana persi a causa di malattia o disabilità.

Mortalità e la morbilità sono combinati in un unico indicatore comune. Rispetto al QALY nel DALY la scala usata per misurare lo stato di salute è invertita:

0 = perfetta salute

1 = morte

Tradizionalmente, le passività della salute sono state espresse utilizzando una sola misura: (valore atteso) di "anni di vita persi" (Years of Life Lost YLL). Questa misura non tiene conto dell'impatto della disabilità provocata dalla malattia, che può essere espressa in: "anni vissuti con disabilità" (Years Lived with Disability YLD). La misura DALY è calcolata tramite la somma di questi due componenti. In una formula:

$$\text{DALY} = \text{YLL} + \text{YLD}$$

Il DALY si basa sull'accettazione del fatto che la misura più appropriata degli effetti di una malattia cronica è il tempo, sia quello perso per via di una morte prematura, sia quello trascorso nella disabilità della malattia. Un DALY, pertanto, è pari ad un anno di vita perso. Statistiche giapponesi sulla speranza di vita vengono utilizzati come riferimento per la misura della morte prematura, in quanto i giapponesi sono il popolo che gode dell'aspettativa di vita più lunga.



Modelli e teorie per generare salute; ¹⁷

*Olistico

L'aggettivo "olistico" ed il sostantivo "Olismo" (dal greco "holon, cioè "tutto") sono stati coniati negli anni Venti da Jan Smuts (1870-1950), autore di *"Holism and Evolution"* (1926). Smuts ha definito l'olismo come "la tendenza, in natura, a formare interi che sono più grandi della somma delle parti attraverso l'evoluzione creativa".

La posizione filosofica dell'Olismo è basata sull'idea che le proprietà di un sistema non possono essere spiegate esclusivamente tramite le sue singole componenti.

Secondo la concezione olistica, e in questo vi è perfetto allineamento con la Teoria dei sistemi propugnata da L. von Bertalanffy – il valore dell'insieme è sempre maggiore/ differente della sommatoria delle parti prese singolarmente. Un tipico esempio di struttura olistica è l'organismo biologico: l'essere vivente costituisce una unità-totalità non esprimibile con l'insieme delle parti che lo costituiscono.

Il termine "scienza olistica" è stato usato come categoria per includere e valorizzare l'interazione fra diversi campi di ricerca scientifica e per esprimere il suo orientamento verso lo studio di fenomeni ad elevata complessità di costituenti.

La visione olistica della salute si è concretizzata nella nota definizione fornita dall' Organizzazione Mondiale della Sanità come "stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non semplicemente assenza dello stato di malattia o di infermità."

l'approccio olistico alla salute presuppone quella collaborazione intersetoriale che il Glosario per la Promozione della SALUTE dell' OMS definisce come *"un rapporto riconosciuto tra una o più parti di*

diversi settori sociali costituito nell'intento di agire per affrontare una data questione e volto a raggiungere dei risultati di salute, o dei risultati di salute intermedi, in un modo che sia più efficace, efficiente e sostenibile rispetto a quanto avrebbe potuto ottenere il settore sanitario agendo da solo”.

l'azione intersetoriale a favore della salute viene considerata fondamentale per poter assicurare maggior equità, soprattutto quando la possibilità di progredire dipende da decisioni e azioni prese in altri settori quali l'agricoltura, l'istruzione e la finanza.

Uno degli obiettivi principali dell'azione intersetoriale consiste nel suscitare una maggiore consapevolezza delle conseguenze che le decisioni politiche e le prassi organizzative adottate in settori diversi hanno sulla salute e, da qui, intraprendere il cammino verso una sana politica pubblica e una operatività altrettanto sana. Non per tutte le azioni intersetoriali a favore della salute è necessario coinvolgere il settore sanitario.

La collaborazione intersetoriale viene inoltre sempre più concepita come un rapporto di cooperazione tra il settore pubblico, quello privato e la società civile.

*Asset Model

Partendo dalla constatazione che i sistemi di sanità pubblica tendono a focalizzare la loro attenzione sulla identificazione dei problemi e dei bisogni della popolazione più che sul suo potenziale di creare e sviluppare salute, A. Morgan e E. Ziglio (2007) hanno elaborato questo modello, che si concentra sull'importanza di identificare quelle risorse delle persone e delle comunità che possono essere strategiche per migliorare la salute e favorire lo sviluppo socio-economico in modo equo e sostenibile.

l'Asset model non viene proposto in termini alternativi ai modelli basati sui deficit di salute della popolazione, ma come elemento di riequilibrio tra strategie orientate a rispondere ai bisogni e strategie iperniate sulla implementazione di risorse, in modo da incrementare la portata delle politiche di salute e sviluppo.



l'Asset model comprende:

- la teoria della salutogenesi sviluppata da Antonovsky;
- le mappature delle risorse (asset mapping) quale strumento per diagnosticare la capacità delle comunità di impegnarsi in attività di miglioramento della salute;
- la elaborazione ed uso di indicatori positivi utili a misurare l'efficacia delle azioni salutogeniche.

Un health asset è dato da ogni elemento o risorsa capace di aumentare le capacità degli individui, dei gruppi, delle comunità, in quanto fattore protettivo o promotore nell'affrontare e ridurre gli stress della vita .

Gli assets sono individuabili in ogni gruppo di determinanti della salute (biologico, ambientali, psicologici, sociali) e tra gli assets di salute e sviluppo troviamo:

- a livello individuale: competenze relazionali, capacità di resistenza, impegno ad apprendere, valori positivi, autostima, determinazione;
- a livello di comunità: reti di sostegno familiari e amicali, solidarietà intergenerazionale, coesione nella comunità, gruppi di affinità, tolleranza religiosa o armonia sociale;
- a livello di organizzazioni o istituzioni: risorse ambientali per promuovere la salute fisica, mentale e sociale, sicurezza sul lavoro, opportunità per il volontariato, alloggi sicuri e confortevoli, democrazia e partecipazione, giustizia sociale ed equità.

Esistono evidenze scientifiche che attestano che comunità caratterizzate dalla presenza di risorse quali un alto capitale sociale, una rete di associazionismo capillare, una elevata fiducia nelle istituzioni hanno maggiori probabilità di mantenere e sviluppare i propri livelli di salute (R.D. Putnam, 1993; I. Kawachi, 1997).

Relativamente alla mappatura degli assets, Kretzmann e Mc Knight (1993), distinguono alcune categorie di assets quali:

- blocchi primari (situati nel quartiere e sotto il controllo delle comunità);
- blocchi secondari (controllati dall'esterno alle comunità, da parte di istituzioni, agenzie di servizi, ecc.);
- blocchi potenziali (controllati da estranei).

Guy et al. (2002) propongono la mappatura degli assets come una modalità di costruzione di percorsi comuni per il miglioramento della salute.

L'asset model condivide la filosofia di fondo dell'approccio salutogenico, richiamandolo espressamente e guardando alla promozione della salute più che alla prevenzione delle malattie.

Esso punta a mettere a fuoco le risorse in grado di attivare strategie di riduzione delle ineguaglianze di salute e di equo sviluppo sociale. I punti di forza dell' asset model sono costituiti da:

- cambiamento di ottica dai bisogni di salute alle risorse per la salute e l'attenzione all'apporto delle attività di promozione della salute;
- il fatto che la popolazione sia intesa come co-produttrice di salute anziché come semplice utenza dei servizi di assistenza e sanitari;
- il riconoscimento della varietà ed appartenenza degli assets a diversi settori sociali e produttivi e delle loro possibilità di impiego intersetoriale.

Con questo modello si individuano le risorse-chiave per la salute delle persone e delle comunità più che loro bisogni di salute ed efficaci strategie di promozione della salute più che risposte sanitarie ed assistenziali.



MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

La comunità che fa salute

le microaree di Trieste per l'equità

Trieste, 14 e 15 giugno 2018
TEATRO FRANCA e FRANCO BASAGLIA
Parco Culturale di San Giovanni - Trieste

La partecipazione al convegno è gratuita e aperta a tutti professionisti sanitari, sociali e altri.

L'iscrizione è obbligatoria e avviene attraverso l'apposita scheda di iscrizione (allegata e scaricabile dal sito www.asuits.sanita.fvg.it/azienda_informa/eventi) da inviare all'email della segreteria organizzativa dell'evento: convegno.microaree@asuits.sanita.fvg.it entro il 30 maggio. Sono disponibili 240 posti.

Il Convegno rientra nel Piano Formativo dell'ASUITS e sarà registrato nel Portale per la formazione continua in Sanità della Regione Friuli Venezia Giulia.
Non sono previsti ECM per le professioni sanitarie. Si precisa che verrà richiesto l'accreditamento ex ante per le/gli Assistenti Sociali.

Il Convegno è promosso da ASUITS in collaborazione con il Comune di Trieste, l'ATER di Trieste e il Comune di Muggia, con il patrocinio di:

* Health Action Process Approach

L'approccio al processo dell'azione rilevante per la salute elaborato da R. Schwarzer (1992) appartiene al gruppo delle cosiddette teorie degli stadi, che forniscono una visione dinamica del processo attraverso il quale le persone adottano comportamenti salutari.

Il concetto-chiave di questo approccio è che il processo di cambiamento comportamentale va inquadrato in due fasi: la fase motivazionale, durante la quale si formano le intenzioni e si scelgono le azioni, e la fase volitiva, nella quale si forgiano intensità e persistenza dello sforzo del cambiamento (B. Zani, E. Cicognami, 2000).

Questo approccio è stato impiegato per spiegare e prevedere cambiamenti nei comportamenti di salute come la disassuefazione dal fumo o dall'alcool o per migliorare i livelli di attività fisica, di igiene dentale, i regimi dietetici e così via.

La prima fase del processo, della motivazionale, vede l'influenza di tre variabili sulla formazione delle intenzioni:

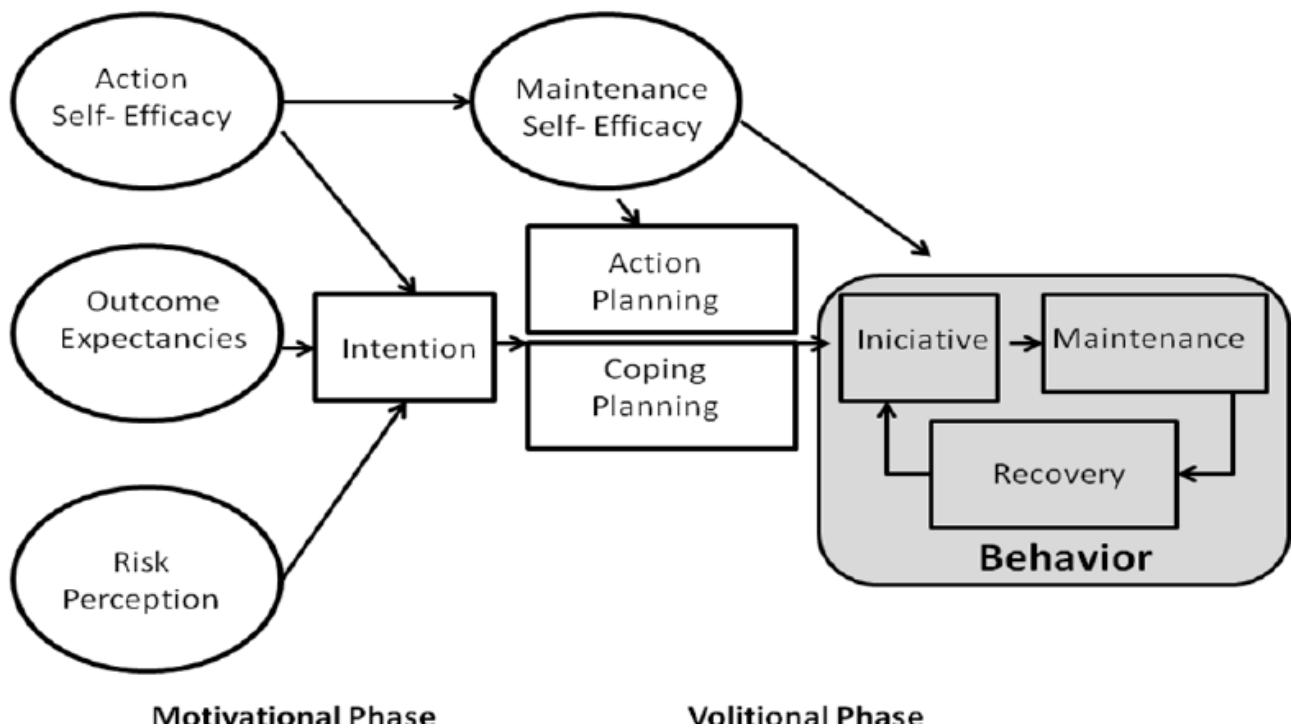
- la percezione del rischio;
- le aspettative di risultato;

- la percezione di efficacia personale.

La seconda fase, quella volitiva o dell'azione comprende tre livelli:

- cognitivo, per la formazione di piani e di modalità del loro controllo;
- comportamentale, l'azione;
- situazionale, riferito al contesto di appartenenza con i suoi limiti e risorse.

Il concetto di self-efficacy è fondamentale anche per questo approccio: la percezione dell'efficacia personale influenza la costruzione di piani di cambiamento comportamentale.



* PRECEDE-PROCEED Model (L.W. Green e M.M. Kreuter, 1999)

Il modello proposto da Laurence Green agli inizi degli anni '70 e poi integrato dalla componente costituisce un modello per la progettazione di programmi di promozione della salute che tiene conto della molteplicità dei fattori di salute e delle esigenze di valutazione dei risultati prodotti.

PROCEDE

(Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational Diagnosis, Evaluation)

PROCEED

(Policy, Regulatory, Organizational Contracts in Educational and Environmental Development)

Le due componenti nelle quali è articolato consentono di definire obiettivi multidimensionali e azioni multi settoriali da intraprendere, valutandone i risultati e orientando i promotori di salute verso i risultati attesi, anziché sugli input.

Il modello prevede 5 fasi per la componente PRECEDE (valutazione sociale e analisi situazionale, valutazione epidemiologica, valutazione comportamentale/ambientale, valutazione educativo/ecologica, valutazione amministrativo / politica) e altre 4 per la componente PROCEED (implementazione, valutazione di processo, valutazione di impatto, valutazione dei risultati).

I punti salienti del modello sono:

- il presupposto che del processo di valutazione facciano parte sia le informazioni relative ai problemi di salute sia le preoccupazioni sociali percepite dalla popolazione, condividendo in ciò l'importanza delle rappresentazioni sociali della salute;
- il costante coinvolgimento della comunità come *partner* attivo dei programmi;
- la triplice categorizzazione dei determinanti di salute in fattori predisponenti (conoscenze, credenze, valori, atteggiamenti, fiducia in sé), fattori facilitanti (disponibilità e accessibilità di risorse per la salute, leggi, abilità rilevanti) e fattori rinforzanti (famiglia, coetanei, insegnanti, datori di lavoro, operatori sanitari, *leaders* di comunità, politici e amministratori).

Il modello di pianificazione PRECEDE-PROCEED prende avvio da due assunti fondamentali:

la salute è un processo multidimensionale e multipli sono i fattori di rischio; multidimensionale e multidisciplinare deve di conseguenza essere l'approccio di chi lavora per promuovere salute.

L'utilizzo del modello richiede quindi non solo la conoscenza delle basi teoriche su cui si fonda la promozione della salute ma anche la possibilità di avvantaggiarsi dell'apporto di diverse discipline.

Le prime due fasi e parte della terza richiedono capacità d'uso dei metodi epidemiologici; lavorare effettivamente nelle fasi 3 e 4 richiede familiarità con le regole che governano le relazioni tra gli individui e le comunità e i loro comportamenti; avanzare nelle successive fasi richiede capacità di utilizzo di tecniche educative ed esperienze sia di politica sia di amministrazione.

Cominciare dalla fine ... Buona parte delle persone che operano nel settore dell'educazione alla salute implementano programmi senza la necessaria giustificazione intorno alla scelta del problema e della popolazione su cui si è scelto di intervenire.

Gli interventi vengono per lo più scelti in base alla percezione dei problemi e alle preferenze tecniche degli operatori del settore.

Il fallimento registrato dall'educazione alla salute nell'ultima decade è prevalentemente da ricondursi alla mancanza di una sistematica e critica analisi delle priorità di intervento e all'operare secondo l'assunto che all'implementazione di un intervento seguirà automaticamente un output in termini di miglioramento della salute e della qualità della vita.

Il modello forza invece il pianificatore a focalizzare da subito la sua attenzione **sull'output desiderato** interrogandosi **sul perché ricercare quel risultato prima ancora di chiedersi come raggiungerlo.**

Esso prevede di procedere deduttivamente iniziando dall'analisi del risultato atteso ed avanzando verso le sue "possibili cause" prima di passare alla progettazione dell'intervento e della sua valutazione.

Ecco un breve sintesi delle principali caratteristiche di ogni una delle 8 fondamentali fasi che si possono individuare nel modello.

Precede ha 5 fasi:

- Fase 1: Diagnosi sociale
- Fase 2: Diagnosi epidemiologica
- Fase 3: Diagnosi dei comportamenti e dell'ambiente
- Fase 4: Diagnosi educativa e organizzativa
- Fase 5: Diagnosi amministrativa e politica

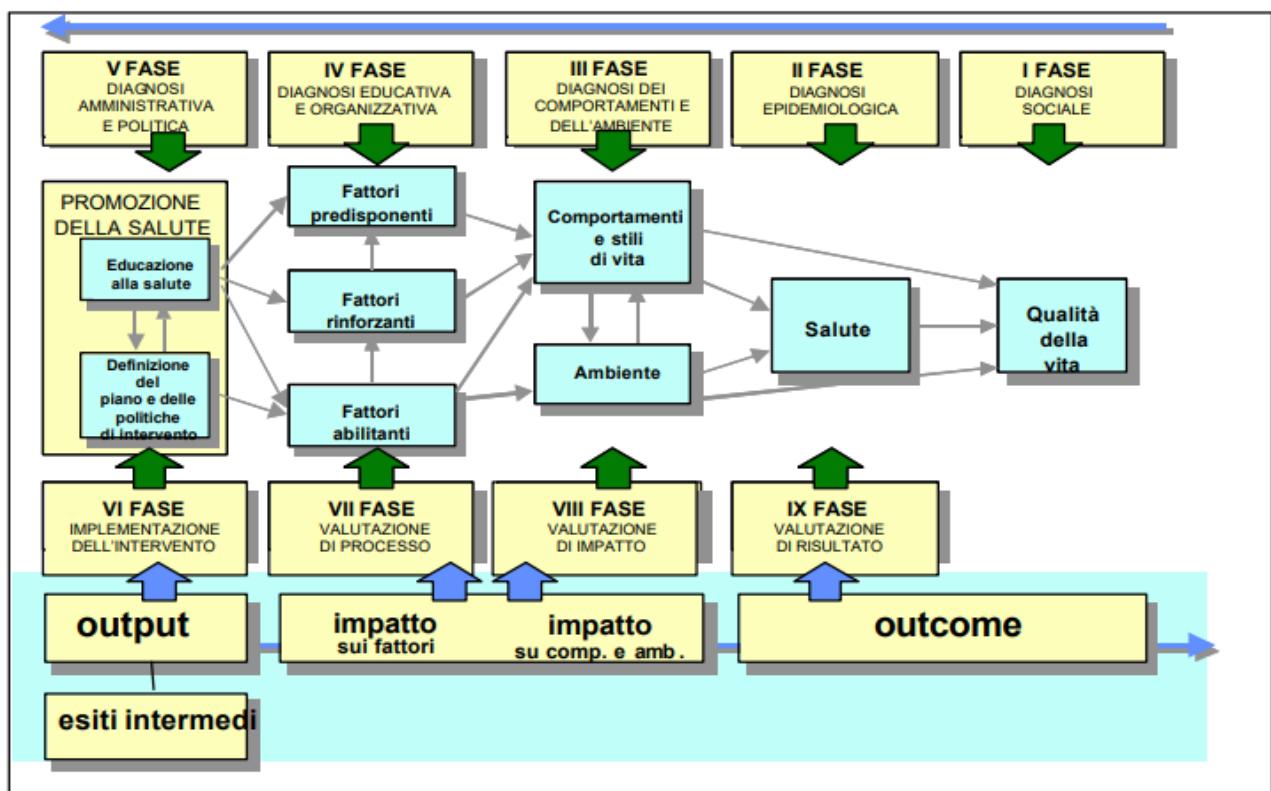
Fase 1 - *Diagnosi sociale* - Idealmente ogni analisi dovrebbe avere inizio da una valutazione della qualità della vita per definire, almeno nelle linee generali, speranze e problemi della popolazione di riferimento (studenti, pazienti, impiegati, cittadini di un'area, etc.). Meglio sarebbe che queste analisi fossero ottenute con l'apporto stesso del gruppo di riferimento coinvolto in un auto-studio o almeno in una lettura critica dei risultati ottenuti. Il tipo di problemi sociali identificabili in una comunità sono un preciso ed accurato barometro della sua salute.

Fase 2 - *Diagnosi epidemiologica* - Questa fase si propone di identificare specifici obiettivi o problemi di salute che possono contribuire a chiarire il quadro delineato nella fase precedente. Utilizzando le fonti di dati già disponibili o informazioni ad hoc raccolte il pianificatore mette in ordine i principali problemi di salute. Possono così venir selezionati i problemi di salute aggredibili attraverso risorse educative e promozionali. Molti professionisti definiscono obiettivi e sviluppano programmi in assenza di una procedura sistematica quale quella delineata in queste due fasi partendo dalla soggettiva sensazione che un particolare intervento di educazione alla salute è necessario. Un direttore sanitario ordina un progetto volto alla riduzione del fumo di tabacco in ambiente ospedaliero o un direttore didattico un programma per la prevenzione dell'AIDS senza una valutazione del reale bisogno di quel progetto o dell'appropriatezza di quella scelta rispetto alle altre possibili.

Fase 3 - *Diagnosi comportamentale e ambientale* - Ha l'obiettivo di identificare quei comportamenti e quelle situazioni ambientali correlate alla salute che possono sostenere il problema identificato nella fase precedente. Poiché i comportamenti si sostanziano come i fattori di rischio del problema identificato e che il successivo intervento dovrà rimuovere essi andranno identificati con molta attenzione e chiarezza. Sono fattori ambientali tutti quelli esterni all'individuo, nel senso che non ricadono sotto il suo diretto controllo, e che possono modificare o sostenere comportamenti, condizioni di salute, livelli di qualità della vita. L'analisi di questi aspetti deve essere condotta con molto realismo perché essi rappresentano spesso i vincoli di cui l'intervento di educazione alla salute dovrà tenere conto.

Fase 4 - Diagnosi educativa e organizzativa - I molti fattori identificati nella fase precedente vengono qui classificati in tre grandi gruppi: determinanti predisponenti, rinforzanti e abilitanti. I determinanti predisponenti includono le conoscenze, le attitudini, le credenze e i valori individuali che sostengono o ostacolano la motivazione al cambiamento. Determinanti abilitanti sono quelle capacità, risorse o barriere che aiutano o ostacolano il desiderio di modificare comportamenti o situazioni ambientali. Essi devono essere interpretati come veicoli o barriere create dal complesso delle forze del sistema e della società. Le risorse personali o della comunità possono essere ampie o inadeguate così come le leggi possono essere restrittive o meno. Anche le capacità che occorrono per mantenere un comportamento desiderato vanno classificate come determinanti abilitanti, categoria questa nella quale vanno inclusi tutti quei fattori che rendono possibile il cambiamento desiderato in un comportamento o in una situazione ambientale. Sono invece determinanti rinforzanti tutte le risposte che i soggetti ricevono dagli altri in seguito all'adozione di un nuovo comportamento che li incoraggia o meno al mantenimento del nuovo comportamento. Lo studio dei determinanti prima identificati richiede poi al pianificatore una decisione su quelli prioritari, per importanza relativa e per caratteristiche delle risorse possedute, sui quali centrare l'intervento.

Fase 5 - Diagnosi amministrativa e politica - E' questa la fase della valutazione delle capacità amministrative e organizzative possedute e necessarie ad implementare l'intervento. Andranno censiti i vincoli e le risorse, i tempi e le capacità necessarie. Sarà poi necessaria definire la giusta combinazione di strategie e metodi che lo staff di intervento dovrà attivare.



Proceed ha 4 fasi:

- Fase 6: Implementazione dell'intervento
- Fase 7: Valutazione di processo
- Fase 8: Valutazione di impatto su comportamenti e ambiente
- Fase 9: Valutazione di risultato

Fasi 6, 7, 8 e 9 - Implementazione e valutazione di processo, di impatto e di risultato

- Lasciare la valutazione come ultima tra le fasi può essere fuorviante e richiede una precisazione: il processo di valutazione ha inizio con la definizione degli obiettivi identificati in corrispondenza delle fasi di diagnosi, è continuo e viaggia progressivamente con il procedere delle diverse fasi del modello.

Valore aggiunto del modello *Precede-Proceed*

- Valorizza la partecipazione
- Fondato su molteplici discipline: epidemiologia, scienze dell'educazione, scienze del comportamento, sociologia...
- Cerca di aprire la “scatola nera” andando a identificare i determinanti dei comportamenti di salute, scomponendoli nelle varie dimensioni personali (determinanti predisponenti), ambientali (determinanti abilitanti) e relazionali (determinanti rinforzanti)
- Accerta i bisogni e le condizioni della popolazione di riferimento
- Prevede una pianificazione congruente tra bisogni e attività
- È flessibile, adattabile al contesto e anche a temi diversi
- Sottolinea l’importanza di scegliere interventi e di provata efficacia
- Ripercorre, nelle sue fasi, la storia naturale del problema di salute e dei suoi determinanti

*** Trans-theoretical Model¹⁸**

Il modello trans-teoretico proposto da C.C. Di Clemente e J.O. Prochaska (1982) appartiene al gruppo delle cosiddette teorie degli stadi (stage theories), che intendono fornire una dimensione temporale e non statica del processo attraverso il quale le persone agiscono: esistono cioè diverse fasi e transizioni che portano alla adozione dei comportamenti di salute.

I vari passaggi da una fase all'altra implicano una differenziazione delle cognizioni che li favoriscono e la non redditività dell'esecuzione finale del comportamento considerato.

Il modello è stato applicato inizialmente a situazioni personali di dipendenza da sostanze, per poi essere trasferito ad altri ambiti di rilevanza sanitaria.

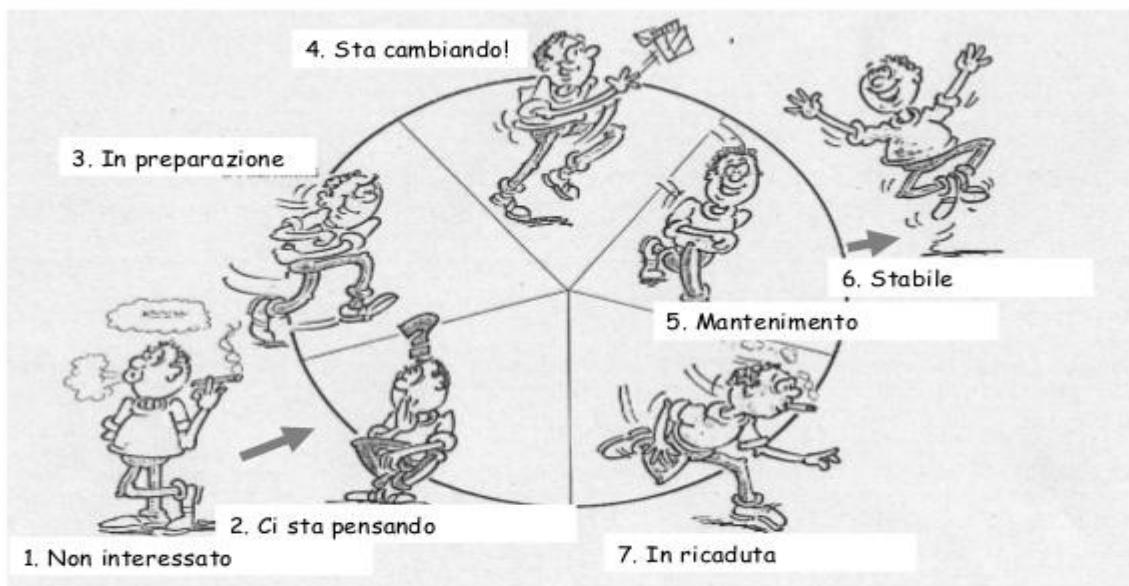
Secondo il modello transteoretico, il cambiamento comportamentale è un processo articolato in 5 fasi attraverso le quali l'individuo decide di agire:

- *per-contemplazione*: non c'è consapevolezza né intenzione di cambiare il proprio comportamento (anche per resistenza al cambiamento delle abitudini);

- *contemplazione*: emerge l'intenzione di cambiare nel prossimo futuro, ma senza impegni. Si è consci sia dei vantaggi del cambiamento che soprattutto degli svantaggi;
- *preparazione*: sussistono l'intenzione di cambiare nell'immediato futuro e la presenza di tentativi in questo senso;
- *azione*: si riscontrano affettivi cambiamenti comportamentali che testimoniano la volontà e la capacità di cambiare;
- *mantenimento*: si lavora per evitare ricadute.

Le transizioni da una fase all'altra sono facilitate da attività esperienziale e comportamentali.

IL MODELLO TRANSTEORICO La disponibilità al cambiamento



* Advocacy¹⁹

l'essenza della funzione etica e relazionale dell'assistenza infermieristica. La parola "advocacy", dal latino *advocatus*, può essere tradotta in italiano come **"supporto, sostegno, difesa e appoggio"**.

l'International Council of Nurses del *CODE OF ETHICS FOR NURSES (2012)* riconosce come compito dell'infermiere difendere l'equità e la giustizia sociale nell'allontanazione delle risorse, nell'accesso alle cure e agli altri servizi sociali ed economici. Il ruolo di supporto e difesa del cittadino nei confronti del diritto alla salute si estende a tutti gli aspetti dell'assistenza: dalla prevenzione alla palliazione, includendo la funzione di sostegno al self-care, all'empowerment e alle capacità di affrontare la propria situazione che sono i nuovi punti chiavi dell'assistenza. Tale aspetto sarà sempre più centrale nello sviluppo del ruolo infermieristico nelle cure primarie per l'aumento delle patologie croniche e per l'avanzare delle nuove forme di fragilità sociale.



I benefici dell'advocacy:

Pronto sostegno alla persona assistita e alla sua famiglia, nonché alla comunità.	Riduzione della riammissione per riacutizzazione nella situazione di cronicità.
Individuazione immediata dei problemi.	Rinforzo del processo educativo
Realizzazione di interventi preventivi o risolutivi rapidi.	Promozione della salute.

Assicurato il rispetto dei contributi forniti da entrambi e chi assiste ha l'obbligo morale di condividere le proprie opinioni professionali con il paziente.

Gli approcci possibili per realizzare l'advocacy sono tre:

1. **Approccio tradizionale, definito "paternalistico"**: si assume che il paziente non abbia potere di agire, sia passivo agli interventi e non abbia le conoscenze per comprendere le proposte assistenziali.
2. **Approccio contemporaneo, definito di "empowering"**: si assume che il paziente sia abile a essere l'avvocato di se stesso e in grado di esperimentare le proprie opinioni. L'infermiere ha un ruolo di supporto e di educazione per favorirlo.
3. **Approccio di responsabilità condivisa** : ha come presupposto la necessità di raccordare il processo di assunzione delle decisioni fra pazienti e infermiere responsabile: deve essere

* Health literacy²⁰

la competenza legata alla *literacy*, ossia al **grado di alfabetizzazione** (cosiddette life skill come leggere, scrivere e fare calcoli elementari), che permette di valutare, comprendere e applicare le informazioni sanitarie con il fine di giudicare e prendere decisioni riguardo la prevenzione delle malattie la promozione della salute per mantenere o migliorare la qualità della vita.

I tre livelli di *health literacy* di Nutbeam

1. **Il primo livello, *HL funzionale o di base***, caratterizza la capacità di lettura e scrittura elementari per comprendere e utilizzare le informazioni di salute.
2. **Il secondo livello, *HL comunicativa o interattiva***, definisce le abilità cognitive e di alfabetizzazione più avanzate per interagire con i professionisti della salute e la capacità di interpretare e applicare le informazioni ai mutare delle circostanze.
3. **Il terzo livello, *HL critica*, prevede le capacità cognitive più avanzate per analizzare criticamente le informazioni ed esercitare un controllo maggiore sulle situazioni rilevanti della propria vita.**



* Empowerment: incrementare il potere delle persone²¹

L'OMS lo definisce come segue” L'Empowerment può essere un processo sociale, culturale, psicologico o politico attraverso il quale gli individui e i gruppi sociali sono in grado di esprimere i propri bisogni e le proprie preoccupazioni, individuare le strategie per essere coinvolti nel processo decisionale e intraprendere azioni di carattere politico, sociale e culturale che consentano di

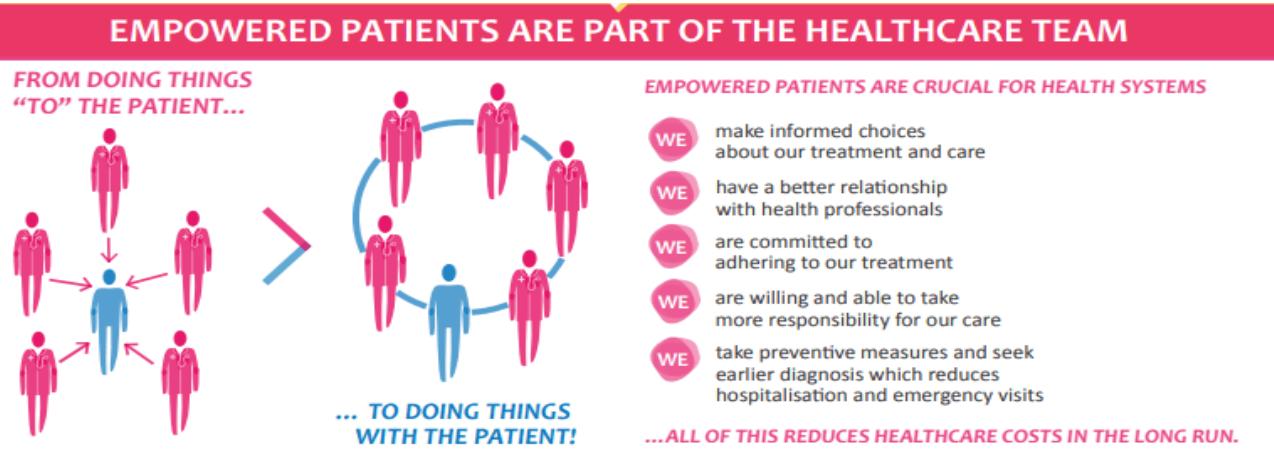
soddisfare tali bisogni. Attraverso questo processo, gli individui riescono a percepire una più stretta corrispondenza tra i propri obiettivi di vita e il modo in cui raggiungerli, ma anche una correlazione tra gli sforzi compiuti e i risultati ottenuti. Viene fatta una distinzione tra empowerment individuale ed empowerment di comunità. Il primo si riferisce soprattutto alla capacità del singolo individuo di prendere decisioni e di assumere il controllo della propria vita. L'empowerment di comunità invece, si riferisce agli individui che agiscono a livello collettivo per riuscire a influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute e la qualità della vita nella propria comunità.(OMS 1998)

L'empowerment dell'assistito inizia a diventare un obiettivo allorquando la relazione ricevete impulsi a modificarsi, per uscire dal paternalismo che ha caratterizzato storicamente la relazione curato-curante, da due fronti: il primo da parte degli assistiti che cambiano il loro atteggiamento e iniziato a chiedere di partecipare al processo decisionale, come avviene dai "babby boomers"(1946-1964) in poi. Il secondo è il cambiamento del quadro epidemiologico che vede l'affermarsi delle patologie croniche in cui l'assunzione di responsabilità da parte degli assistiti è fattore rilevante, per pervenire a una loro capacità di autogestione, controllo e orientamento nel sistema delle cure.

Nell'ultimo secolo l'alternarsi di queste generazioni:

- **I Tradizionalisti**,(1920-1940), fra la 1° e 2° guerra mondiale.
- **I Baby Boomers**, quelli nati dopo la guerra, nel boom economico degli anni anni 40 e 50.
- **Generation X**, quelli nati negli anni 60 e 70.
- **I Millennials**, quelli nati negli anni 80 e 90 (in realtà la teoria allunga questa generazione a quelli nati fino al 2003).
- **Generation Z** quelli nati dal 2004 in poi, ovvero, come la teoria li chiama, gli "homelanders".

Da questa breve introduzione si evidence che c'è un interesse convergente di curati e curanti all'empowerment degli assistiti, che consente a entrambi di raggiungere soddisfacenti obiettivi di cura.



Che cos'è l'empowerment per la salute

- È il processo attraverso il quale le persone e le comunità acquisiscono un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni riguardanti la propria salute



Quali sono gli obiettivi primari

- Promuovere l'equità sanitaria: opportunità uguali per tutti verso la salute, in termini di accesso a servizi e strutture sanitarie
- Stimolare la crescita e l'espressione delle potenzialità della persona e della comunità di cui fa parte

Fonte: Health Promotion Glossary, OMS 1998;
Paola Ferrari (Istituto Superiore di Sanità – Biblioteca)

Corriere della Sera

Empowerment e salute

L'OMS indica a proposito che la promozione della salute deve affrontare strategie di empowerment efficaci, quali:

Aumentare la capacità dei cittadini, il loro controllo delle risorse e l'accesso a informazioni rilevanti per lo sviluppo della salute pubblica; utilizzare sforzi di piccoli gruppi, i quali accrescono la consapevolezza

- critica sui temi di salute pubblica, per costruire ambienti favorevoli e un senso più profondo della comunità;
- promuovere l'azione comunitaria attraverso il coinvolgimento collettivo nel *decision making* e nella partecipazione a tutte le fasi della progettazione sanitaria pubblica, alla sua implementazione e valutazione, utilizzo di aiuti e leader laici, formazione alla leadership e al patrocinio e sviluppo di capacità organizzative;
- rafforzare le politiche di salute pubblica attraverso un'azione organizzativa e interorganizzativa, trasferire il potere e l'autorità decisionale ai partecipanti gli interventi, promuovere la responsabilità governativa e istituzionale e la trasparenza;
- essere sensibile ai bisogni di salute definiti dei membri stessi della comunità;

Infine, indica che le strategie di empowerment più efficaci sono quelle che si costruiscono e si rafforzano sulla base di una partecipazione autentica che garantisca autonomia nel decision making,

senso della comunità e dei legami locali ed empowerment fisiologico degli stessi membri della comunità .

L'empowerment è specifico per cultura, società e popolazione e quindi richiede azioni legate al contesto locale.

L'empowerment come costruzione multilivello:

- Psicologico:è l'autoefficacia e il controllo della propria vita.
- Organizzativo è la capacità di un servizio di influenzare il cambiamento.
- Comunitario è l'abilità di cambiare le condizioni reali.

Per muoversi lungo il percorso dai risultati multilivello dell'empowerment alla loro influenza sulla salute e sugli esiti di sviluppo, Rifkin (2003) ha proposto l'acronimo CHOISE per indicare sei aree critiche da misurare:²²

- C (Capability): costruzione della capacità.
- H (human rights):diritti umani.
- O(organizations):sostenibilità delle organizzazioni.
- I (institutional accountability): responsabilità istituzionale.
- C (contribution): contributi.
- E (environment): ambiente favorevole.

Questo documento presenta un quadro per esplorare la relazione tra equità sanitaria e responsabilizzazione della comunità. Traccia la progressione del concetto di partecipazione al presente termine di empowerment e i legami tra empowerment, equità e risultati sulla salute. Sostiene che la relazione può essere meglio descritta usando l'acronimo CHOICE (Capacity building, Diritti umani, Sostenibilità organizzativa, Responsabilità istituzionale, Contributo e Ambiente abilitante). Basato sul concetto di sviluppo come libertà proposto dal premio Nobel Amartya Sen, il documento descrive come ciascun fattore illustra la relazione tra equità e empowerment in risultati positivi sulla salute, fornendo esempi appropriati. In conclusione, si suggerisce che questi fattori potrebbero costituire la base di uno strumento per valutare la relazione tra equità e empowerment e il suo impatto sugli esiti sanitari.

Questo approccio costruisce sulle basi dei quattro processi facilitanti:

- l'accesso all'informazione (parte della costruzione di capacità);
- il coinvolgimento e la partecipazione alle decisioni (contributo);
- la responsabilità delle istituzioni;
- la capacità organizzativa locale;
- la sostenibilità;

I livelli di sviluppo dell'empowerment

Empowerment è una parola che non trova una traduzione in italiano, sono infatti molte le definizioni a cui si può fare riferimento, ma il concetto rimane nella sua forma originale. Secondo Zimmerman

(2000) l'empowerment è sia un orientamento di valore per il lavoro comunitario, sia un modello teorico per comprendere processo e conseguenze di sforzi messi in campo per esercitare il controllo e l'influenza sulle decisioni della vita dei singoli, del funzionamento organizzativo e della qualità della vita comunitaria in senso più ampio. l'interesse per questa prospettiva su altre è per questi tre livelli identificati, che coinvolgono tutti la relazione di cura.

- livello personale del singolo;
- livello organizzativo;
- livello comunitario;

Livello personale del singolo

Ovviamente non riguarda solamente gli assistiti. È il livello in cui si osserva un processo di crescita degli individui che acquisiscono le competenze e la capacità di controllare e indirizzare attivamente la propria vita, sia nella condizione di assistito sia in quella di chi assiste, poiché il professionista ha sviluppato consapevolezza critica del proprio ambiente lavorativo, sociale e più in generale politico e culturale.

Livello organizzativo

È quello in cui gli appartenenti a un'organizzazione ne sono coinvolti, con comportamenti di cittadinanza organizzativa poiché si sentono responsabili e partecipi di ciò che accade e sono in grado di esercitare un'influenza positiva sui rappresentati e sui servizi erogati. Si tratta di una diffusa responsabilizzazione dei professionisti in merito alla possibilità di scegliere le modalità con cui impostare il proprio lavoro e, specialmente nelle aziende che producono servizi, perseguire l'empowerment organizzativo consente di investire in un target di dipendenti che saranno in grado di affrontare le problematiche degli assistiti in modo flessibile, competente e in grado a sua volta di promuovere un empowerment attivo di coloro che si rivolgono a quei servizi stessi .

Livello comunitario

È quello a cui si assiste quando i cittadini riescono a essere attivi nei confronti delle strutture socio-politiche e sono in grado di incidere sulle trasformazioni sociali.

I'azione infermieristica di comunità può agire questo livello, con interventi che seguono lo schema riportato in cui interventi di costruzione di senso sono in grado di rafforzare il senso di comunità e **sviluppare meccanismi di auto-aiuto**, fino a pervenire a situazioni di coprogettazione di iniziative per il miglioramento della propria salute.

Fig. 2. Le quattro "dimensioni sociali" della partecipazione (Ciaffi, Mela, 2006)



Cosa è Guadagnare Salute

Guadagnare Salute: una nuova cultura della prevenzione ²³

Investire nella prevenzione e nel controllo delle malattie croniche per migliorare la qualità della vita e del benessere degli individui e della società in generale, promuovendo stili di vita sani e agendo in particolare sui principali fattori di rischio delle malattie cronico-degenerative di grande rilevanza epidemiologica.

Questa è l'idea che sta alla base del programma nazionale **“Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari”** approvato dal Governo con Decreto del presidente del Consiglio dei ministri (Dpcm) il 4 maggio 2007 in accordo con Regioni e Province autonome.

L'obiettivo primario è quello di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (**fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica**) che sono responsabili da soli del **60% della perdita di anni di vita in buona salute** in Europa e in Italia.

Questi fattori di rischio devono essere affrontati non solo dal punto di vista sanitario ma come veri **e propri fenomeni sociali**. È per questo che la strategia di Guadagnare Salute, partendo dai fattori di rischio, identifica quattro aree tematiche (o programmi specifici):

- promozione di comportamenti alimentari salutari
- lotta al tabagismo
- contrasto ai consumi rischiosi di alcol
- promozione dell'attività fisica.

Un **approccio integrato** che si pone come obiettivo l'intervento sui principali fattori di rischio per le malattie non trasmissibili più comuni, **di importanza epidemiologica e di impatto sulla sanità pubblica:**

- malattie cardiovascolari,
- tumori,
- diabete mellito,
- malattie respiratorie croniche,
- disturbi muscolo-scheletrici,
- dell'apparato gastrointestinale,
- problemi di salute mentale.

Un investimento per ridurre nel lungo periodo il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società ma anche un modo per agire direttamente sulle condizioni di vita dei singoli cittadini attraverso la promozione di stili di vita sani: seguire un'alimentazione corretta, svolgere attività fisica regolare, smettere di fumare, limitare il consumo di alcol.

Informare, educare, assistere, stimolare la responsabilità individuale, (empowerment) affinché ogni persona diventi protagonista e responsabile della propria salute e delle proprie scelte.

Un investimento da valutare a lungo periodo, con la riduzione del peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e, nel breve, con il miglioramento della qualità della vita dei singoli individui.

Un investimento per il futuro dal momento che le spese in campo socio-sanitario non possono essere viste soltanto come “costi da contenere”, bensì come investimenti a medio lungo termine.

La strategia europea di riferimento

A livello nazionale, il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) promuove il programma “Guadagnare salute” attraverso una serie di progetti e protocolli di intesa, coerenti con le quattro aree tematiche. Alcuni di questi progetti, **nell’ottica dell’intersettorialità**, risultano **“trasversali”** ai 4 obiettivi specifici del programma.

A livello internazionale Guadagnare Salute rientra nella cornice della strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche ***Gaining in health***²⁴ promossa dall’Oms nell’autunno del 2006. Con il passare del tempo, la strategia Guadagnare salute-Gaining Health non ha di fatto potuto prescindere dal concetto di **“salute in tutte le politiche”** (Health in all policies) che negli ultimi anni si è affermato sia a livello internazionale che nazionale.

È diventato sempre più **evidente** infatti che **alcuni determinanti di salute** sono al di fuori del diretto **controllo del settore sanitario** ed è quindi necessario coinvolgere settori diversi della società e delle istituzioni per creare alleanze e azioni sinergiche.

Al momento è la strategia “Health 2020” che fa da “ombrello politico” per gli Stati membri della Regione europea dell’Oms. Con questa nuova politica sociale e sanitaria comune l’Oms Europa focalizza la sua attenzione sui determinanti sociali della salute e sulle relative equità ponendoli al centro della propria agenda.

Intersettorialità e sinergie

Per agire sui determinanti socio-economici e ambientali delle malattie croniche, per dare maggior credibilità ai messaggi da veicolare, per consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni, per assicurare un’informazione univoca e completa sono necessarie **alleanze tra forze diverse e azioni sinergiche**. Poiché la maggior parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del Servizio sanitario nazionale, il programma Guadagnare Salute punta sulla collaborazione tra i vari Ministeri e sull’avvio di una “politica delle alleanze” tra soggetti portatori di interesse e settori diversi della società (Amministrazioni locali, organizzazioni, enti, associazioni, istituzioni, ecc).

Guadagnare Salute si concretizza il 3 maggio 2007 con la firma dei protocolli d’intesa tra il Ministro della Salute Livia Turco e i rappresentanti di 22 organizzazioni del sindacato, delle imprese e dell’associazionismo. Questi accordi sono stipulati per sviluppare iniziative concrete per la popolazione e non rappresentano un punto di arrivo ma tappe di un processo in continua evoluzione. Per maggiori informazioni sui singoli protocolli d’intesa visita il sito del Ccm.

Comunicare per “guadagnare salute”

La comunicazione rappresenta una componente integrata degli interventi di prevenzione di Guadagnare Salute essendo uno strumento fondamentale di informazione e conoscenza per le persone (sia cittadini che professionisti della salute).

I piani di comunicazione istituzionale sviluppati dal programma sono tre:

- piani di comunicazione specifici per ogni intervento
- una campagna informativa che **mette il cittadino al centro delle scelte per la propria salute** e impegna i governi a rendere possibili le scelte di salute
- un programma specifico in collaborazione con il mondo della scuola.

A ciò si aggiunge l'avvio, il 4 agosto 2008, del progetto **Pinc** (Programma nazionale di informazione e comunicazione), coordinato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) oggi Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute (Cnapps) dell'Istituto superiore di sanità (Iss).

*** I sistemi di sorveglianza** ²⁵

In **sanità pubblica, sorvegliare significa raccogliere informazioni** mirate relative ad eventi ben definiti **che possono essere modificati** da un preciso intervento.

La sorveglianza è la sistematica raccolta, archiviazione, analisi e interpretazione dei dati, seguita da una diffusione delle informazioni a tutte le persone che le hanno fornite e a coloro che devono decidere di intraprendere eventuali interventi. Per ottenere informazioni utili ad impostare un intervento efficace, **in accordo al principio l'informazione per l'azione è indispensabile la sistematicità nella raccolta dei dati e l'accuratezza nella loro interpretazione**.

Lo sviluppo di sistemi di sorveglianza con rappresentatività nazionale e territoriale è alla base delle politiche nazionali di prevenzione e promozione della salute e di contrasto alle malattie croniche.

I sistemi di sorveglianza permettono di **identificare le priorità** sulle quali è necessario intervenire, di ottenere informazioni utili sull'andamento di malattie e fattori di rischio, di studiare l'influenza dei determinanti di salute, di individuare le disuguaglianze di salute, di osservare cambiamenti a seguito di interventi e politiche adottati.

Per questa ragione, dal 2004, il **Ministero della Salute** attraverso il Centro per la prevenzione e il Controllo delle malattie (CCM), in **collaborazione con le Regioni**, sostiene e **affida all'Istituto Superiore di Sanità la progettazione, la sperimentazione e l'implementazione di sistemi di sorveglianza di popolazione, a sostegno del governo locale per pianificare, monitorare e valutare gli interventi di prevenzione e promozione della salute e i progressi verso gli obiettivi di salute fissati nei Piani sanitari e nei Piani di Prevenzione**.

Il programma di governo Guadagnare salute e il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 promuovono l'utilizzo dei dati delle sorveglianze per le funzioni di pianificazione, implementazione, monitoraggio e valutazione dei programmi di salute, a garanzia dell'accountability della prevenzione.

Tra le sorveglianze di popolazione attivate:

- OKkio alla Salute - Promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria
- Passi - Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia
- Passi d'Argento - Salute e qualità della vita nella terza età in Italia
- HBSC - Health behaviour in school-aged children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare.

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE è un sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni) e i fattori di rischio correlati. Obiettivo principale è descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolta dai bambini e delle attività scolastiche favorenti la sana nutrizione e l'esercizio fisico, al fine di orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie.

È nato nel 2007 nell'ambito del progetto “Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni”, promosso e finanziato dal Ministero della Salute / CCM, ed è coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNEPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con le Regioni, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

OKkio alla SALUTE è collegato al programma europeo “Guadagnare salute” e ai Piani di Prevenzione nazionali e regionali e fa parte dell'iniziativa della Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità “Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)”.

La raccolta dati prevede:

- La registrazione delle misure antropometriche (peso e altezza) degli alunni, effettuata da operatori Asl.
- La somministrazione di un questionario semplice ai bambini per raccogliere informazioni sulle loro abitudini alimentari, livelli di attività fisica e sedentarietà.
- La compilazione da parte dei genitori di un breve questionario per la raccolta di informazioni rispetto ad abitudini alimentari, attività fisica e sedentarietà dei propri figli.
- La compilazione di un questionario da parte dei dirigenti scolastici per la raccolta di informazioni in merito a ambiente scolastico.

Sistema di sorveglianza PASSI²⁶

PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è promosso e finanziato dal 2007 dal Ministero della Salute (quale azione centrale del CCM - Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) ed è a regime dal 2008. PASSI è uno strumento interno al sistema sanitario nazionale, in quanto condotto dai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, coordinate dalle Regioni che si avvalgono del supporto tecnico-scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il sistema caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie in continuo informazioni sugli stili di vita e sui fattori di rischio comportamentali della popolazione italiana adulta (18-69 anni) connessi all'insorgenza della malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e di adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la prevenzione delle stesse.

I temi indagati da PASSI sono:

- fumo
- attività fisica
- eccesso ponderale
- consumo di alcol
- consumo di frutta e verdura
- consumo di sale
- rischio cardiovascolare
- adesione ai programmi di screening oncologico
- adozione di misure di sicurezza per la prevenzione degli incidenti stradali, o infortuni in casa
- copertura vaccinale antinfluenzale e antirubeolica nelle donne in età fertile
- gravidanza e allattamento
- stato di benessere fisico e psicologico
- aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute.

Su molti di questi aspetti viene anche rilevata l'attenzione dei medici e/o degli operatori sanitari (es. consiglio di bere e fumare meno, ridurre l'eccesso ponderale, incrementare l'attività fisica, ridurre il consumo di sale etc.).

Vengono inoltre rilevate variabili di tipo socio-demografico (genere, età, titolo di studio, condizioni economiche, stato civile, composizione familiare, cittadinanza, condizione e posizione professionale, settore e mansione per i lavoratori, comune di residenza) **che consentono di stratificare gli indicatori di salute e quindi di monitorare le diseguaglianze sociali di salute.**

PASSI è un sistema flessibile e adattabile, quindi, a rispondere anche ad esigenze locali oltre che nazionali o a bisogni informativi del Paese, anche in situazioni di emergenza (come la pandemia di influenza A/H1N1 2009-2010, il terremoto de L'Aquila nel 2009, il terremoto in Emilia Romagna nel 2012) con indagini mirate, attraverso l'aggiornamento e l'integrazione del "core" del questionario con moduli aggiuntivi o opzionali per la raccolta di dati su temi di specifico interesse delle Regioni

(es. sicurezza alimentare, sicurezza ambientale, sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, mobilità attiva, consapevolezza dei sintomi dell'ictus, gambling etc.) o del livello centrale (come approfondimento sul diabete in risposta al Piano Nazionale Diabete, modulo sulla fertilità in risposta al Piano Nazionale Fertilità; impatto delle avvertenze combinate - pittogrammi - sulle confezioni dei prodotti del tabacco, quale valutazione delle misure introdotte nel Decreto Lgs.6/2016; modulo sull'esitazione vaccinale).

I dati PASSI vengono resi fruibili attraverso un sito web dedicato e aperto a tutti, che ospita i principali risultati a livello nazionale e regionale oltre a contributi dal territorio e approfondimenti su tematiche particolari o di interesse nazionale, articoli scientifici pubblicati su riviste nazionali e internazionali, relazioni presentate a convegni e conferenze nazionali/internazionali.

PASSI si è dimostrato un sistema in grado di fornire stime tempestive ed affidabili dei fenomeni indagati a livello di ASL e Regione, estremamente flessibile e adattabile a rispondere a nuovi bisogni conoscitivi locali o nazionali, rappresentando uno strumento strategico in tutti gli ambiti in cui entrano in gioco la definizione e la valutazione delle politiche di prevenzione e promozione della salute.

Nel Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, PASSI è fonte primaria e talvolta unica per il monitoraggio di molti obiettivi di salute al 2018 nell'ambito del macro obiettivo 1 “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili”, del macro obiettivo 5 “Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti” e del macro obiettivo 6 “Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti”.

Accanto all'indagine multiscopo dell'ISTAT, PASSI è indicato come fonte informativa nella sperimentazione dal 2013, e poi nella effettiva introduzione dal 2015, ai fini della verifica annuale degli adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in ambito di prevenzione, di un indicatore tracciante descrittivo degli stili di vita (fumo, alcol sedentarietà, sovrappeso/obesità) come fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili. Lo stesso indicatore è stato proposto all'interno del nuovo sistema di garanzia, in corso di approvazione

La “Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione”, inoltre, è inserita nei nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017) nell'area Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica (cfr. lettera F2 del sottolivello F “Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale”), per le finalità di elaborazione e diffusione dei profili di salute di comunità, di promozione dell’empowerment, di costruzione di reti e alleanze con altri soggetti, di contributo scientifico alla promozione della salute.

Il DPCM 3 marzo 2017 “Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, tumori e di altre patologie”, infine, inserisce la sorveglianza PASSI fra quelle a rilevanza nazionale, individuando nell'ISS l'Ente di livello nazionale presso il quale sia istituita e coordinata,

convertendola da attività progettuale, sia pure continuativamente finanziata con Azioni centrali CCM, ad attività istituzionale “corrente” a livello regionale/locale.

Sistema PASSI d'Argento²⁷

Passi d'Argento è un sistema di sorveglianza promosso dal CCM del Ministero della salute e dalle Regioni con il supporto tecnico-scientifico dell'ISS, è un sistema di sorveglianza sullo stato di salute e la qualità della vita della popolazione ultra 64enne, che mira a mettere a disposizione dei decisori informazioni utili per le scelte di politiche socio-sanitarie volte a migliorare la qualità di vita della popolazione ultra 64enne. Passi d'Argento offre un quadro completo sui bisogni della popolazione ultra 64enne e sulla qualità degli interventi dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

Nel biennio 2008-2010 Passi d'Argento è stato sperimentato in 16 regioni italiane. Sono stati coinvolti circa 800 operatori dei servizi sociali e sanitari che hanno intervistato un campione di quasi 8000 persone con più di 64 anni. Il questionario standardizzato e validato è stato somministrato con intervista telefonica o faccia a faccia. Tra marzo 2012 e gennaio 2013 in 18 Regioni italiane e nella PA di Trento sono state raccolte oltre 24.000 interviste.

La rilevazione per il biennio 2016-2017 è stata invece condotta con modalità di raccolta in continuo (analogamente al sistema di sorveglianza PASSI). Ad essa hanno partecipato 18 Regioni; sono on line i primi risultati.

HBSC - Health behaviour in school-aged children²⁸

L'HBSC - Health behaviour in school-aged children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare, è uno studio internazionale sugli stili di vita dei ragazzi tra gli 11 e i 15 anni, svolto ogni quattro anni, in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità.

L'indagine, promossa dal ministero della Salute, in accordo con il ministero dell'Istruzione, università e ricerca, è coordinata dalle Università di Torino, Siena e Padova.

L'obiettivo principale è quello di migliorare la conoscenza sulla salute e sul benessere degli adolescenti e di utilizzare i risultati ottenuti dall'indagine per orientare gli interventi di promozione di salute e le politiche rivolte ai giovani, sia a livello nazionale che internazionale.

Per comprendere pienamente i fattori che influenzano la salute e i comportamenti ad essa collegati nella popolazione adolescente, è fondamentale esplorare sia il contesto relazionale all'interno della famiglia e del gruppo di pari, sia la condizione socio-economica nella quale crescono i giovani.

La salute è considerata nella sua accezione più ampia come benessere fisico, sociale ed emozionale, pertanto, la ricerca esamina sia le dimensioni positive della salute, come la scuola, la famiglia e i pari, sia eventuali comportamenti o fattori di rischio conosciuti.

La popolazione target dello studio HBSC sono i ragazzi e le ragazze in età scolare (11, 13 e 15 anni), una fascia di età che rappresenta l'inizio dell'adolescenza, caratterizzata da cambiamenti fisici ed emozionali, ma anche un periodo della vita in cui vengono prese le prime importanti decisioni che influenzano la salute e il futuro scolastico e lavorativo.

Dal 2010, l'indagine HBSC prevede una rappresentatività sia nazionale che regionale, raccogliendo i dati relativi in tutte le Regioni italiane e le Province autonome. La popolazione è selezionata nelle scuole pubbliche e private, all'interno di cui sono state campionate le classi I e III della scuola secondaria di primo grado (scuola media) e II della scuola secondaria di secondo grado (scuola superiore).

Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario autocompilato e anonimo, costruito seguendo il protocollo internazionale HBSC, con l'aggiunta di alcuni item di interesse specifico per l'Italia. Questo rende confrontabili i dati raccolti in tutti i Paesi partecipanti all'indagine rispetto a tematiche comuni quali i comportamenti a rischio, il benessere percepito, le relazioni, il rapporto con la scuola.

Le aree indagate attraverso la somministrazione del questionario (con alcune differenze per fascia di età) sono:

- i comportamenti correlati alla salute
- la salute e il benessere individuale
- il contesto sociale
- il contesto ambientale di sviluppo delle competenze relazionali.

Per quanto riguarda i comportamenti correlati alla salute, che rappresentano la parte fondamentale del questionario, le aree esplorate sono state:

- l'alimentazione (consumo di frutta, verdura, dolci e bibite con zucchero etc.)
- l'igiene orale giornaliera
- l'attività fisica e la sedentarietà (svolgimento di regolare attività fisica durante la settimana, tempo trascorso a guardare la televisione, a giocare con videogiochi o al computer)
- i comportamenti a rischio (l'abitudine al fumo, eventuale abuso di alcolici e uso di cannabis)
- i comportamenti sessuali (età del primo rapporto completo, utilizzo di metodi anticoncezionali)
- i fenomeni di violenza e gli infortuni (eventuali atti di bullismo, agiti o subiti, nell'ambito del gruppo dei pari, e frequenza di infortuni).

Le domande sui comportamenti sessuali e sull'uso della cannabis sono rivolte solo ai quindicenni.

Nel 2018 è stata effettuata una nuova rilevazione coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Università di Torino, Padova e Siena, cui hanno partecipato tutte le Regioni. E' in corso l'elaborazione dei dati raccolti.

Global Youth Tobacco Survey - GYTS

Dal 2010 l'Italia partecipa anche alla Global Youth Tobacco Survey - GYTS - **Indagine sull'uso del tabacco nei giovani, sistema di raccolta dati nei giovani che fa parte del sistema mondiale di sorveglianza sul tabacco** (Global Tobacco Surveillance System - GTSS), supportato dall'Oms e dal CDC-OSH (Ufficio fumo e salute del Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie di Atlanta - USA).

La raccolta di dati sulla salute è effettuata attraverso **l'utilizzo di questionari somministrati all'interno delle scuole campionate** in ciascuna Regione che partecipa all'HBSC e al GYTS, autocompilati dai ragazzi di 13, 14 e 15 anni su:

- abitudine al fumo di sigaretta e di altri prodotti del tabacco fra i giovani
- conoscenze e attitudini dei ragazzi verso il fumo di sigaretta
- ruolo dei media e della pubblicità sull'uso di sigarette da parte dei giovani
- accessibilità dei prodotti del tabacco
- curriculum scolastico sul tabacco
- esposizione al fumo passivo
- cessazione dell'abitudine al fumo.

* Le Piattaforme per il programma Guadagnare salute ²⁹

La Piattaforma nazionale **sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo** è stata istituita, per la prima volta, con Decreto ministeriale 26 aprile 2007 presso il Ministero della salute, con il compito di formulare proposte ed attuare iniziative, in coerenza con il programma:

Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari, adottato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri per favorire in tutta la popolazione, una sana alimentazione e una maggiore attività fisica, per contrastare l'abuso di alcol e ridurre il fumo di tabacco, allo scopo di limitare il rischio di numerose malattie e migliorare la qualità della vita.

La piattaforma, di durata triennale, è stata ricostituita con Decreto ministeriale 5 marzo 2010 e integrata nella sua composizione con **Decreto ministeriale del 28 marzo 2012**.

Presieduta dal Ministro della salute era composta dai rappresentanti delle:

- amministrazioni centrali
- Regioni e degli Enti locali
- Istituti ed Enti di ricerca
- rappresentanti delle Associazioni del mondo della produzione
- rappresentanti società civile

- medici di medicina generale
- pediatri di libera scelta

che hanno stipulato specifici protocolli d'intesa con il Ministero della salute. La Piattaforma ha contribuito a sviluppare interventi intersetoriali secondo i principi della "Salute in tutte le Politiche".

Nell'ottica di rafforzare l'attuazione dei macro-obiettivi del **Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018**, il Documento di indirizzo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, adottato con D.M. 25 gennaio 2016, ha previsto la ricostituzione della "Piattaforma nazionale per Guadagnare salute" nell'ambito delle Linee di supporto finalizzate a rafforzare l'attuazione della pianificazione per la promozione della salute (Linea B.2.1 "Aggiornamento piattaforma Guadagnare salute").

L'attuale composizione della Piattaforma, istituita con il **Decreto del Ministro della salute 16 ottobre 2017**, prevede il coinvolgimento di rappresentanti di numerosi Dicasteri, nonché della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, dell'Associazione nazionale dei Comuni d'Italia (ANCI), dell'Istituto superiore di sanità (ISS), dell'Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro (INAIL) e del Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria (CREA).

Il DM 16 ottobre 2017 attribuisce alla "Piattaforma nazionale per Guadagnare salute" **il compito di formulare indicazioni e promuovere iniziative volte a favorire nella popolazione l'adozione di stili di vita salutari, secondo le indicazioni del Programma Guadagnare salute**, anche al fine di supportare l'attuazione del macro-obiettivo 1 "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili" previsto dal PNP 2014-2018, prorogato al 2019 con Intesa Stato-Regioni del 21 dicembre 2017.

La ricostituzione della Piattaforma assume, pertanto, il significato strategico di creazione o rafforzamento di collaborazioni e partnership, con l'obiettivo di proseguire un percorso articolato e complesso che non può essere affrontato solo dal Ministero della salute, ma che deve coinvolgere Istituzioni centrali e territoriali, Enti e Associazioni nazionali o locali, per sviluppare un approccio integrato sui fattori di rischio e sui determinanti di salute. Alla Piattaforma possono essere invitati a partecipare, anche altri stakeholder pubblici e privati, che intendano contribuire al raggiungimento degli obiettivi prefissati anche attraverso specifici protocolli d'intesa con il Ministero.

* **Protocolli d'intesa**³⁰

Introduzione

Il Programma interministeriale "**Guadagnare Salute**" prende avvio il 3 maggio 2007 con la firma dei Protocolli d'intesa tra il Ministero della salute e i rappresentanti di 22 organizzazioni delle Imprese dell'Associazionismo e del Sindacato, alla presenza del Presidente del Consiglio. **E' la prima volta che un Governo promuove una strategia di alto valore culturale e di grande impatto economico, coinvolgendo diversi protagonisti, ognuno con pari dignità e diritti, con**

I'obiettivo comune di migliorare nel breve periodo le condizioni di vita dei cittadini e nel lungo periodo di ridurre il peso delle malattie croniche sulla società e sul sistema sanitario.

La necessità di modificare comportamenti scorretti quali **sedentarietà, fumo, abuso di alcol**, che spesso mettono in serio pericolo la nostra vita, ha fatto nascere l'esigenza di diffondere **una nuova cultura in cui la "salute" diviene preoccupazione di tutto il Paese e non solo del Sistema sanitario**.

Amministratori centrali, Amministratori locali (**Regioni, Province, Comuni**), mondo della **scuola, del lavoro e dell'industria, professionisti della salute, operatori del volontariato, privato e sociali**, sono chiamati a **lavorare insieme**, per sviluppare sinergie per i cittadini e per **trasformare le buone pratiche in interventi consolidati**, mettendo in rete i sistemi, le competenze, le responsabilità di settori diversi per promuovere la salute dei cittadini.

E' l'avvio di una "Politica delle alleanze" che traduce in impegno concreto quanto ognuno dei soggetti firmatari è pronto a fare con specifici interventi nell'offerta, nell'informazione e nella pubblicità a garanzia della salute dei cittadini, ciascuno per quello che gli spetta, per raggiungere l'obiettivo comune: la promozione di stili di vita sani.

* **L'Associazione Rete Italiana Città Sane**

Il Ministero della Salute e la Rete Italiana Città Sane OMS, Associazione senza fini di lucro di Comuni Italiani riconosciuta dall'OMS e inserita nel circuito europeo delle città sane (Healthy Cities), hanno stipulato, in data 11 giugno 2015, un **Protocollo d'intesa**, di durata triennale, che mira a sviluppare modalità di collaborazione al fine di attivare politiche e strategie di promozione della salute, in particolare:

- favorendo il raccordo con le Regioni per sostenere l'integrazione tra i progetti e i programmi dei Comuni aderenti alla Rete con quelli delle Aziende sanitarie e degli altri attori del territorio, per **realizzare iniziative condivise per la promozione della salute** e lo sviluppo di **condizioni ambientali che favoriscano sani stili di vita**
- collaborando reciprocamente alla **attivazione e diffusione di iniziative di informazione e sensibilizzazione inerenti i temi di della prevenzione e della promozione della salute**.

Gli impegni previsti dal citato Accordo, volti a realizzare, anche attraverso una programmazione socio-sanitaria più efficace, contesti ambientali che favoriscano sani stili di vita, sono stati rinnovati per altri tre anni con il nuovo protocollo d'intesa, sottoscritto il 16 maggio 2018 e contribuiscono al conseguimento degli obiettivi del Programma **"Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari"** e del **Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018**, prorogato al 2019 con Intesa Stato-Regioni del 21 dicembre 2017.

Per la riduzione del sale negli alimenti

La diminuzione dell'introito di sale con la dieta, da ottenere anche attraverso la riduzione del suo contenuto negli alimenti rappresenta uno degli obiettivi di "Guadagnare salute". Un consumo eccessivo di sale determina, infatti, un aumento della pressione arteriosa, con conseguente aumento

del rischio di insorgenza di gravi patologie dell'apparato cardiovascolare correlate all'ipertensione arteriosa, quali l'infarto del miocardio e l'ictus cerebrale.

Dopo circa un anno di attività, il Gruppo di lavoro per la riduzione del quantitativo di sale nel pane, di cui fanno parte rappresentanti dell'Università, dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, ha definito con le diverse Associazioni della panificazione artigianale ed industriale, il contenuto degli accordi che indicano l'entità della riduzione del quantitativo di sale nel pane da conseguire in puro valore percentuale, da applicare, in base alla effettiva concentrazione di partenza, sulle tipologie di pane individuate.

Sono stati, pertanto, siglati specifici protocolli d'intesa tra il Ministero e le Associazioni dei Panificatori, tenendo conto che:

in Italia esiste un numero molto elevato di tipologie panarie differenti, soprattutto per quanto riguarda la produzione artigianale

nell'ambito della panificazione artigianale ci sono notevoli differenze nella produzione di una stessa tipologia panaria da un forno all'altro

il pane consumato in Italia è per il 90% di produzione artigianale, per il 10% di produzione industriale.

In particolare:

la Federazione Italiana Panificatori si è impegnata ad apportare una graduale riduzione del contenuto di sale nel pane nella misura del 5% l'anno fino al raggiungimento di una diminuzione complessiva pari al 15% entro il 2011; la Federazione si è impegnata, inoltre, a produrre una tipologia di pane con un contenuto di sale pari al 50% di quello mediamente utilizzato

l'Associazione Italiana Industrie Prodotti Alimentari si è impegnata ad apportare, entro il 2011, una riduzione del contenuto di sale nella misura del 10% sul prodotto finito in specifiche tipologie panarie prodotte da alcune aziende associate (Agritech, Barilla, Forno della Rotonda, Interpan/Gruppo Novelli, Il Buon Pane, Panem Italia e Sefa)

l'Associazione Produttori Pane Confezionato si è impegnata ad apportare, entro il 2010, una riduzione del contenuto di sale nella misura del 10% sul prodotto finito in specifiche tipologie panarie prodotte da alcune aziende associate (Arte Bianca, Morato Pane, Oropan, Orva e Romar).

I protocolli d'intesa prevedono la possibilità di siglare, in futuro, eventuali ulteriori accordi per la riduzione del quantitativo di sale in altre tipologie di pane, che potrebbero essere predisposti anche di comune accordo tra le diverse Associazioni di categoria.

A partire dall'anno 2010 il Programma "Guadagnare Salute" ha intrapreso un nuovo obiettivo, quello di allargare la cerchia degli alimenti in cui si è apportata una riduzione del contenuto di sale.

A tal fine è stato siglato un accordo con l'Associazione Produttori Pasta Fresca (APPF), che si è impegnata ad apportare, entro il 31 dicembre 2011, una riduzione del 15% del contenuto di sale presente negli gnocchi prodotti da alcune aziende associate (Carlo Crivellin, Grandi Pastai Italiani, Il Pastaio, Pastificio Rana, Voltan).

Il 13 dicembre 2012, inoltre, è stato sottoscritto un accordo con l'Associazione Italiana Industrie Prodotti Alimentari (AIIPA), Settore surgelati, che si è impegnata ad apportare, entro il 2013, in sede di produzione una riduzione pari ad un minimo del 10% del contenuto di sale aggiunto nella pasta e nel riso, utilizzati come ingredienti nei primi piatti pronti surgelati prodotte dalle aziende associate (Bofrost Italia SpA, C.S.I./Findus Compagnia Surgelati Italiana Srl, Eismann Srl, Gelit Srl, Industrie Rolli Alimentari SpA, Nestlè Italiana SpA).

Nel corso del 2013 la GIAS, ditta associata AIIPA, ha ridotto il contenuto di sale, analogamente a quanto previsto nel suddetto accordo, nei prodotti indicati nella scheda.

In data 13 ottobre 2014 è stato firmato un protocollo d'intesa tra il Ministero della Salute e l'Associazione Italiana Industrie Prodotti Alimentari (AIIPA) - Settore surgelati per la riduzione del contenuto di sale in alcuni prodotti surgelati (zuppe e passati di verdura). L'accordo coinvolge sei aziende leader del settore (Bofrost Distribuzione Italia S.p.A., C.S.I. - Findus S.r.l., Eismann S.r.l., Gias S.p.A., Industrie Rolli Alimentari S.p.A. e Orogel Surgelati Soc.Coop.p.A) con l'obiettivo di pervenire, entro 18 mesi dalla sottoscrizione, a una riduzione di almeno il 10% del contenuto di sale in un totale di 28 prodotti.

Il Ministero delle politiche giovanili

Siglato nel 2007, il Protocollo d'intesa mira a sensibilizzare la popolazione, in particolare i giovani, sulla rilevanza di uno stile di vita attivo, quale efficace strumento per la prevenzione dei rischi per la salute, a promuovere lo sport tra le persone diversamente abili e a proporre modelli estetici corretti.

Queste le linee di intervento previste dall'intesa:

- Sensibilizzare la popolazione sull'importanza di una vita attiva promuovere l'attività motoria per le persone diversamente abili, con disagio psichico o disturbo mentale prevenire i disturbi del comportamento alimentare (DCA).
- Promuovere interventi di informazione e comunicazione nell'area del disagio giovanile, caratterizzata da comportamenti di dipendenza, abuso di bevande alcoliche, doping involontario
- Promuovere una rete integrata di referenti finalizzata alla programmazione congiunta e alla diffusione delle buone prassi.

Nell'ambito di tale protocollo sono stati realizzati il Progetto nazionale Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei disturbi del comportamento alimentare, mirato ad implementare azioni specifiche nell'ambito della cura e della prevenzione dei DCA - e il "Progetto nazionale di promozione dell'attività motoria" finalizzato a incrementare l'attività motoria promuovendo uno stile di vita attivo già nell'ambito delle attività quotidiane.

Protocollo d'intesa con il Ministero dell'istruzione

La promozione della salute delle giovani generazioni per la prevenzione di malattie croniche, legate a stili di vita scorretti e non salutari, rappresenta una priorità del nostro Paese che vede coinvolti sia il Ministero della salute che il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca quali principali attori e sostenitori delle strategie di intervento. In linea con le politiche dell'Unione europea per il benessere e la salute dei giovani e nell'ambito del programma "Guadagnare salute", i due dicasteri hanno siglato il 5 gennaio 2007 un Protocollo d'intesa che ha consentito l'attivazione di numerose iniziative a carattere nazionale finalizzate ad una maggiore condivisione ed integrazione di progetti ed interventi.

Il Ministero dell'istruzione è partner privilegiato del Ministero della salute per la prevenzione di malattie croniche tra le giovani generazioni, attraverso la realizzazione di interventi di promozione di stili di vita sani che coinvolgono il Sistema scolastico ed il Sistema sanitario. La scuola è un luogo speciale dove le azioni di promozione della salute devono essere molto più che semplici interventi informativi per consentire ai ragazzi di comprendere i motivi che portano a preferire alcuni comportamenti piuttosto che altri e di sviluppare autonomia di giudizio sullo stile di vita individuale, ma anche sulle influenze sociali, ambientali, economiche che condizionano i comportamenti relativi alla salute. L'educazione alla salute è, in questo senso, una delle componenti essenziali dell'accompagnamento alla crescita e allo sviluppo integrale della persona.

In collaborazione tra operatori sanitari delle ASL ed insegnanti, sono stati sperimentati, sul territorio nazionale, alcuni progetti selezionati quali esempi di "buone pratiche", differenziati per le scuole di diverso ordine e grado (dalla scuola dell'infanzia alla scuola secondaria di II grado) nell'ambito, ad esempio, della prevenzione dell'abitudine al fumo, con l'obiettivo di raggiungere progressivamente un numero sempre crescente di ragazzi con cui costruire una società libera dal fumo.

Per favorire nei nostri bambini l'adozione ed il mantenimento di uno stile di vita sano, tra gli strumenti messi a punto in collaborazione con la scuola, vanno ricordati il kit didattico multimediale Forchetta e Scarpetta ed il poster interattivo Canguro Saltalacorda. Tali materiali, rivolti ai bambini della scuola primaria, forniscono, in maniera piacevole e coinvolgente, informazioni e suggerimenti su sana alimentazione, importanza della prima colazione, del consumo di frutta e verdura e di una vita attiva.

iDentiKIT, realizzato nell'ambito di "Scuola e Salute", progetto promosso e finanziato dal Ministero della salute-Ccm e finalizzato alla realizzazione di un percorso formativo nazionale per operatori della scuola e della sanità è un kit didattico elaborato da un gruppo di esperti del mondo della scuola, della salute e della comunicazione e ha l'obiettivo di, ripensare in modo intersetoriale e multidisciplinare la prevenzione delle patologie del cavo orale, coinvolgendo i bambini. Il kit comprende, oltre ad una guida per gli insegnanti, diversi strumenti didattici e informativi (poster, volantini, quaderno operativo, ecc.) quali supporto concreto da utilizzare durante il percorso scolastico.

Grazie alla stretta collaborazione avviata tra i due dicasteri, nell'ambito dei progetti Ccm a sostegno di Guadagnare salute, sono stati elaborati altri materiali didattici educativi come:
Cinque bravi coniglietti: gioca e impara le buone abitudini.

Un kit didattico rivolto ai bambini delle classi prima e seconda della scuola primaria per far acquisire ai bambini consapevolezza e familiarità nei confronti delle buone abitudini, perché possano affrontare in modo adeguato i diversi momenti della vita quotidiana.

Pensato all'interno di un percorso didattico rivolto ai bambini del secondo biennio della scuola primaria, intende affrontare tutti gli aspetti della vita quotidiana che contribuiscono a determinare uno stile di vita salutare. E' uno strumento didattico-educativo composto da un libro per ragazzi e da una guida per l'insegnante. La metodologia scelta è quella dell'educazione attiva, dove i bambini sono invitati a scoprire, ad osservare, sperimentare in un modo nuovo, a cominciare da se stessi ma apprendendosi all'altro, il mondo che li circonda.

L'intervento che viene proposto è interdisciplinare e dovrebbe coinvolgere i docenti ma anche i genitori e tutte le altre figure di riferimento.

Anche il nuovo Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, approvato con l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 29 aprile 2010, nell'ambito della prevenzione di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari, sottolinea la necessità di una alleanza specifica tra il mondo della salute e il mondo della scuola, finalizzata alla realizzazione di un programma di intervento, da definirsi d'intesa tra le istituzioni scolastiche e quelle sanitarie.

Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali

Distributore automatico di alimenti

La valorizzazione del modello alimentare mediterraneo, basato sul consumo di frutta e verdura, la riscoperta di prodotti agroalimentari tipici del territorio, l'educazione alimentare intesa come un percorso formativo stabile per i ragazzi in età scolare, sono stati gli obiettivi perseguiti nell'ambito dell'Intesa con il Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali.

Particolare rilievo è stato dato all'attuazione di strategie di cooperazione, a livello nazionale e locale, per incrementare la disponibilità e il consumo di frutta, verdura nonché di altri alimenti sani, in ambienti come la scuola e i luoghi di lavoro. Il target privilegiato è rappresentato dai ragazzi in età scolare, raggiunto attraverso percorsi didattici interattivi, sia in classe sia in attività esterne, che invitino i più giovani ad avere un rapporto positivo con il cibo, a riscoprire il "gusto" e le peculiarità del mondo rurale, a riconoscere la "qualità".

Il Progetto **"E vai con la frutta"** promosso e finanziato dal Ministero della salute /Ccm ha avuto l'obiettivo di favorire il consumo di frutta e verdura nelle scuole e ad educare i bambini e gli adolescenti ad un consumo consapevole, ad una alimentazione equilibrata e a stili di vita corretti.

Gli interventi di prevenzione e promozione della salute e i progressi verso gli obiettivi di salute fissati nei Piani sanitari e nei Piani di Prevenzione.

Il programma di governo Guadagnare salute e il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 promuovono l'utilizzo dei dati delle sorveglianze per le funzioni di pianificazione, implementazione, monitoraggio e valutazione dei programmi di salute, a garanzia dell'accountability della prevenzione.

Gli approcci della prevenzione

La prevenzione³¹, in sanità, è complessa delle misure utili a prevenire la comparsa, la diffusione e la progressione delle malattie e il determinarsi di danni irreversibili quando la patologia è in atto. Gli interventi di prevenzione si dividono in:

- **primaria;**
- **secondaria;**
- **terziaria.**

PREVENZIONE PRIMARIA

È la forma classica e principale di prevenzione e comprende tutti gli **interventi** destinati ad **ostacolare l'insorgenza delle malattie** nella popolazione, **combattendo le cause e i fattori predisponenti**. Spesso l'intervento mira a cambiare abitudini e comportamenti scorretti (intervento comportamentale)

Si attua con:

- progetti di educazione alla salute e campagne di sensibilizzazione/informazione alla popolazione (ad es. sull'impiego delle cinture di sicurezza in automobile);
- profilassi immunitaria (vaccinazioni);
- interventi sull'ambiente per eliminare o correggere le possibili cause delle malattie (ad es. attività ispettiva, pareri vari);
- interventi sull'uomo per rilevare e correggere errate abitudini di vita (es. fumo);
- individuazione e correzione delle situazioni che predispongono alla malattia (es. obesità).

PREVENZIONE SECONDARIA

Ha come obiettivo **l'individuazione precoce dei soggetti ammalati** o ad alto rischio per poter **ottenere la guarigione o impedire l'insorgenza e la progressione della malattia**. Un esempio di intervento mirato su pochi individui è rappresentato dalle indagini epidemiologiche a seguito di un caso di malattia infettiva, mentre gli interventi rivolti a gruppi di popolazione omogenei (per età, sesso, ecc.) e numerosi sono definiti screening. Esempi sono gli screening condotti per la diagnosi precoce dei tumori della mammella e della cervice uterina (pap-test) nella popolazione femminile, del colon attraverso la ricerca del sangue occulto. Ma esistono anche screening per malattie croniche degenerative (cardiovascolare, in ambito di medicina del lavoro, diabete ecc.). La diagnosi precoce è fondamentale perché rende attuabili interventi terapeutici in grado di condurre alla guarigione. Percorso diagnostico per sospetta Neoplasia mammaria

PREVENZIONE TERZIARIA

È rivolta a **ridurre la gravità e la complicazione di malattie ormai instaurate** e sconfinata spesso nella terapia: ad esempio, una appropriata dieta per un diabetico. In questo ambito si inserisce anche la gestione dei deficit e delle disabilità funzionali consequenziali ad uno stato patologico o disfunzionale

Approccio per setting ³²

Setting: luogo o contesto dove fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono tra loro per influenzare la salute e il benessere. Un'azione volta a promuovere la salute attraverso setting differenti può assumere forme diverse, **spesso mediante alcune tipologie di sviluppo organizzativo come il cambiamento dell'ambiente fisico, della struttura organizzativa, degli aspetti amministrativi e gestionali.** I setting possono anche essere utilizzati per promuovere la salute raggiungendo le persone che vi lavorano o che li utilizzano per avere accesso ai servizi e attraverso l'interazione dei diversi setting con la comunità. Uno dei setting più favorevoli è il setting «Ambiente di lavoro.

Origini e concettualità

L'orientamento verso il setting è un **approccio nuovo e innovativo** nella prassi della promozione della salute. Nella **Carta di Ottawa del 1986** la “**creazione di contesti vitali favorevoli alla salute**” è definito quale uno dei cinque campi di intervento. Questo orientamento poggia sulla convinzione che i **problemi di salute derivano dall'interazione tra condizioni socioeconomiche e culturali e stile di vita personale.** Detto in parole semplici: **la salute si manifesta dove le persone vivono, amano e lavorano.** L'obiettivo dell'orientamento verso il setting è di strutturare i contesti vitali in modo che influiscano positivamente sulla salute.

L'orientamento verso il setting: interventi nei sistemi sociali

Un **setting** è un **sistema sociospaziale delimitato, entro il quale le persone vivono, che esercita un influsso sulla salute di gruppi e singoli individui.** Esempi noti di setting sono **la scuola, il posto di lavoro/l'azienda, il quartiere, il comune, l'ospedale, l'abitazione...** Nell'ambito di un intervento, si concentra l'attenzione sul cambiamento del sistema attraverso il cambiamento di strutture comunicative, processi decisionali o regole collettive. Interventi efficaci richiedono una delimitazione di detti sistemi, ossia la definizione di chi vi appartiene (gruppi di riferimento), chi non è di chi viene coinvolto. In una città, ad esempio, occorre chiarire a che regione, quartiere o rione si riferiscono le misure d'intervento previste.

Interventi nei setting richiedono strategie e metodi specifici. Un metodo importante per l'orientamento verso il setting consiste nello sviluppo organizzativo ossia nell'abilitare l'organizzazione a evolvere in direzione di un setting o di un sistema benefico per la salute.

Caratteristiche del lavoro nei setting:

- **concetto globale (approccio sistematico)**

- finalizzato a cambiamenti a lungo termine
- incentrato sull'autosviluppo del sistema (organizzazione in fase di apprendimento)

I setting non vengono scelti unicamente per interventi incentrati sugli stessi, bensì anche per altri progetti di prevenzione e di promozione della salute. Progetti che non si concentrano sul sistema, bensì sfruttano il setting quale accesso a determinati gruppi target, ad esempio la scuola. L'approccio è quindi orientato verso un target specifico in un setting predefinito.

I setting principali

Sono state maturate numerose esperienze con orientamento verso i setting. **I setting più noti sono città/comuni, scuole, ospedali e aziende.** Le città sono state i primi setting in cui sono stati realizzati dei progetti. Già nel 1986 l'OMS avviò l'"Healthy City Project" e coordina a tutt'oggi le reti che ne sono derivate. Un'ulteriore rete europea dell'OMS è la "European Network of Health Promoting Schools" per le scuole.

Anche l'ambiente di lavoro rappresenta sia per l'OMS che per l'Unione Europea (Dichiarazione del Lussemburgo nell'UE, 1997) un settore d'intervento riconosciuto e sempre più importante. Si citino a tale proposito la "European Network For Workplace Health Promotion" oppure la rete degli "Health Promoting Hospitals".

Se si prevede un intervento in uno di questi setting, è necessario consultare esperienze e conoscenze fondate e specifiche riguardo a strumenti, metodi e criteri qualitativi delle reti nazionali ed europee.

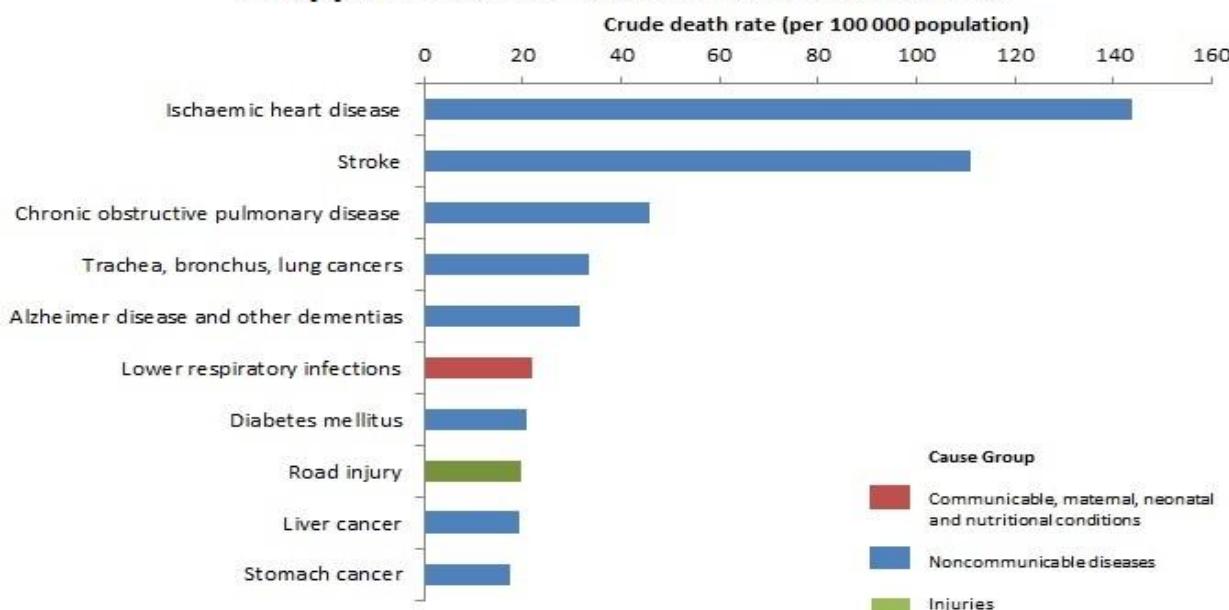
Ridurre il carico di malattie non trasmissibili richiede un'azione in tutte le fasi della vita³³ WHO/Europe

Un documento dell'OMS pubblicato nella BMJ delinea come un approccio del corso di vita può essere utilizzato per informare l'implementazione della prevenzione e del controllo delle malattie non trasmissibili (NCD). **Gli autori considerano le fasi della vita dal preconcetto alla vecchiaia e i modi in cui le transizioni nelle fasi della vita presentano opportunità per promuovere la salute.**

Molti dei problemi di salute che incontriamo in età adulta derivano dalle nostre esperienze nelle prime fasi della vita - in alcuni casi, anche da prima della nascita.

I principali NCD (diabete, malattie cardiovascolari, cancro, malattie respiratorie croniche e disturbi mentali) sono spesso associati a gruppi di età più avanzata, ma l'evidenza suggerisce che colpiscono persone di tutte le età. **Quindici milioni di decessi all'anno attribuiti a malattie non trasmissibili si verificano tra le persone di età compresa tra 30 e 69 anni** e le persone di tutte le fasce di età sono vulnerabili ai fattori di rischio che contribuiscono alle malattie non trasmissibili.

Top 10 causes of deaths in upper-middle-income countries in 2016



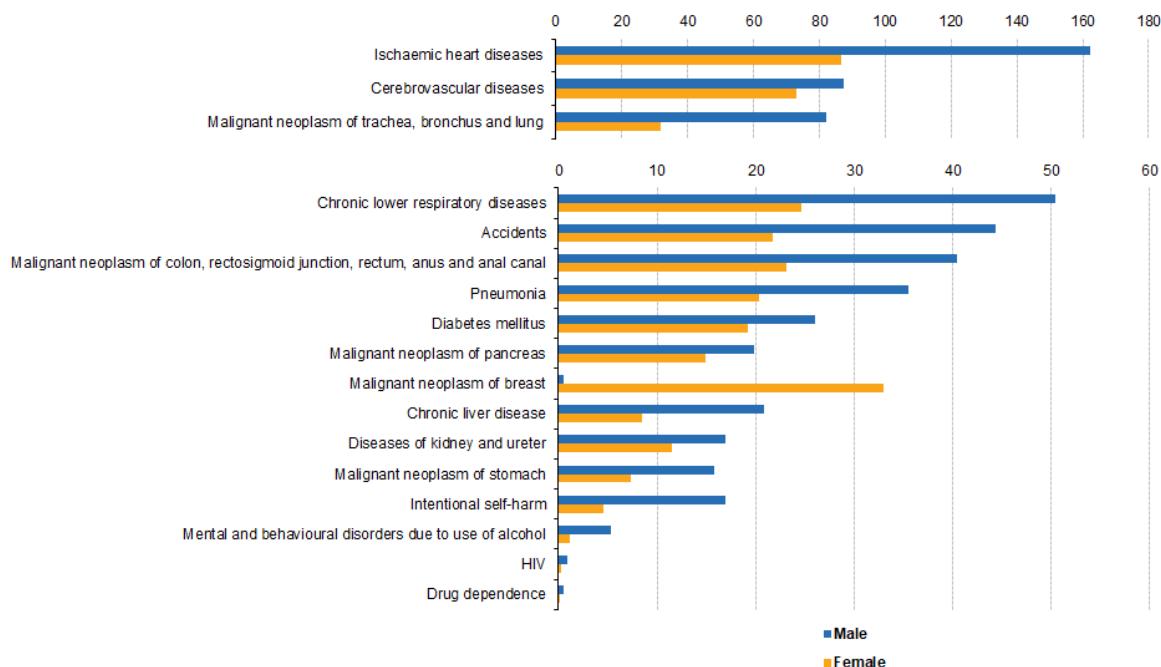
Source: Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018. World Bank list of economies (June 2017). Washington, DC: The World Bank Group; 2017 (<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>).

L'approccio del corso di vita è un modo intuitivo per concettualizzare la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili. Fornisce un quadro completo e sostenibile per **introdurre interventi chiave per migliorare l'alfabetizzazione sanitaria e la traduzione delle conoscenze**. Inoltre, fornisce una strada per l'adozione di un modello di sistemi complessi di sanità pubblica.

Ecco mondo nel 2016, responsabili del 54% dei decessi. Cardiopatie e ictus al primo posto - Quotidiano Sanità³⁴

Causes of death — standardised death rate, EU-28, 2016

(per 100 000 inhabitants)



Note: the figure is ranked on the average of male and female. Note the difference in the scales employed between the two parts of the figure.

Source: Eurostat (online data code: hith_cd_asdr2)

eurostat

Causes of death standardised_death EU 2016 ³⁵

Approccio alla salute nel corso della vita, Life Course approach ³⁶

Un approccio basato sul corso della vita è un approccio inclusivo che considera le esigenze di tutte le fasce di età e affronta la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili nelle sue prime fasi ed è raccomandato nel piano d'azione globale dell'Organizzazione mondiale della sanità per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili.

L'approccio del corso di vita è sostenuto da prove provenienti da una vasta gamma di discipline che mostrano come i NCD siano influenzati da fattori della vita precoce. Fornisce un quadro completo e sostenibile per identificare le impostazioni chiave per gli interventi, la traduzione della conoscenza e un approccio di pensiero sistematico. OMS usa la teoria come base per molte delle sue strategie e raccomandazioni.

In questo articolo si delinea come un approccio del corso di vita può essere utilizzato per informare l'implementazione della prevenzione e del controllo dei NCD. Consideriamo le fasi della vita dal preconcetto alla vecchiaia e i modi in cui le transizioni nella fase della vita presentano opportunità per promuovere la salute. Attingiamo principalmente dal lavoro svolto dalla Regione europea dell'OMS, che ha fatto sì che il corso della vita si avvicini a una parte importante della salute 2019 e

al quadro regionale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, dell'infanzia, dell'adolescenza e della vecchiaia. Per ridurre i NCD, è anche fondamentale affrontare i determinanti a monte della salute. Le politiche sanitarie devono includere le sfide uniche poste dalla povertà, come le cattive condizioni abitative e la mancanza di sicurezza sociale, che sono associate a scarsi risultati sanitari. La politica pubblica dovrebbe essere sviluppata per una risposta coordinata ai determinanti strutturali e sociali della salute e dell'esposizione ad ambienti non sani.

Sebbene ci concentriamo a livello nazionale, i principi e i temi sono applicabili a città, scuole, luoghi di lavoro e altri contesti locali.

Fasi del corso della vita

I principali fattori di rischio per le malattie non trasmissibili sono l'uso di tabacco, l'uso dannoso di alcol, la mancanza di attività fisica, una dieta non salutare e l'inquinamento atmosferico. Durante tutte le fasi della vita, ci sono modi in cui questi fattori di rischio possono essere mirati per aiutare a prevenire lo sviluppo di malattie non trasmissibili e disturbi della salute mentale più avanti nella vita.

Gli interventi prioritari comprendono sia attività a livello di popolazione che individuali. **Gli interventi a livello di popolazione che sono stati identificati come un buon rapporto qualità-prezzo includono regolamenti e tassazioni su tabacco e alcol, promozione di cibi sani attraverso politiche di marketing trasformate, incluso un migliore imballaggio dei prodotti commerciali e strategie fiscali riviste.** I prodotti commerciali possono essere riformulati per ridurre il sale, i grassi saturi e il consumo di zucchero e l'alfabetizzazione sanitaria può essere promossa educando le popolazioni a rischio, in modo che riconoscano l'importanza delle opzioni salutari. La vita attiva e la mobilità possono anche essere promosse.⁴ L'inquinamento atmosferico è responsabile di milioni di decessi ogni anno, quindi l'aria pulita è una componente essenziale della prevenzione delle malattie non trasmissibili. Alcuni di questi interventi saranno più pertinenti ed efficienti in determinate fasi della vita Certo, ma la maggior parte di essi influenzerà le persone di tutte le età. Lo stesso vale per gli interventi rivolti agli individui, come la valutazione e la gestione del rischio cardiometabolico, la diagnosi precoce e il trattamento efficace dei principali NCD e la vaccinazione e il controllo delle malattie trasmissibili.

L'approccio del corso di vita è un modo intuitivo per concettualizzare la prevenzione e il controllo della NCD. Fornisce un quadro completo e sostenibile per introdurre interventi chiave per **migliorare l'alfabetizzazione sanitaria e la traduzione delle conoscenze.** Inoltre, fornisce una strada per l'adozione di un modello di sistemi complessi di sanità pubblica.

Preconetto e cura prenatale

Il periodo di preconetto si riferisce alla salute di una donna prima che rimanga incinta e il periodo prenatale si riferisce al tempo che intercorre tra il concepimento e la nascita del bambino. Sta crescendo la prova che lo stato nutrizionale di una donna durante questi periodi può influenzare la salute della sua prole e la suscettibilità agli NCD più tardi nella vita.

L'OMS raccomanda che, prima e durante la gravidanza, la promozione di un'alimentazione sana e di un'attività fisica regolare possano prevenire l'ipertensione e il diabete gestazionale. I bambini non ancora nati sono influenzati negativamente da esposizioni dannose come l'inquinamento atmosferico, l'uso di tabacco e il consumo materno di alcol.

Politiche incentrate sulla salute pubblica e servizi sanitari primari promuovono l'accesso a servizi di qualità durante la fase di preconetto. **Gli interventi essenziali includono il monitoraggio del peso e la consulenza sulla nutrizione e l'esercizio fisico.** Questi sono componenti essenziali dell'assistenza sanitaria di base e i collegamenti ai sistemi di salute materna possono facilitare l'accesso precoce alle cure prenatali. Durante la gravidanza, gli operatori sanitari dovrebbero continuare la gestione del peso e sostenere l'attività fisica, per migliorare la salute della madre e del suo bambino.

La gravidanza rappresenta un'opportunità per la promozione della salute centrata sulla famiglia. I membri delle famiglie dovrebbero essere avvisati di eliminare il consumo di tabacco, di ridurre il consumo di alcol e di eliminare l'inquinamento atmosferico all'interno della casa.

Infanzia

L'infanzia è uno stadio estremamente importante per la prevenzione degli NCD più avanti nella vita. Una revisione sistematica della letteratura dell'OMS conclude che la propensione di una persona a sviluppare NCD e l'obesità può essere influenzata durante lo sviluppo e l'infanzia del feto, e questi fattori possono in parte spiegare correlazione osservata tra disuguaglianze sanitarie e NCD.

L'allattamento al seno esclusivo previene le malattie non trasmissibili e contribuisce a garantire un sano sviluppo del neonato, come indicato in una revisione sistematica dell'OMS. Le politiche pubbliche hanno un ruolo chiave nella promozione dell'allattamento al seno, anche attraverso politiche nazionali del lavoro a sostegno del congedo di maternità retribuito universale e che richiedono luoghi di lavoro per fornire una sistemazione adeguata per l'allattamento al seno le madri, come le pause e le strutture appropriate. Sono inoltre necessari sforzi nazionali per limitare l'immissione inappropriata di prodotti in concorrenza con l'allattamento al seno.

Il sistema sanitario dovrebbe promuovere l'allattamento al seno, come indicato nell'iniziativa dell'ospedale a misura di bambino, nonché monitorare la crescita del bambino e lo stato di micronutrienti sia della madre che del neonato e fornire supporto per il cambiamento di comportamento correlato all'attività fisica, alla dieta o all'uso di sostanze, ove necessario.

L'infanzia è anche un momento chiave per fornire vaccinazioni, comprese le vaccinazioni contro l'epatite B per proteggere dal cancro al fegato.

Una considerazione cruciale qui è l'ambiente del bambino: a casa, nei centri diurni o nelle strutture di asilo nido. Nella strutturazione di questi ambienti, un obiettivo primario è mitigare l'esposizione del bambino ad influenze dannose come fumo di tabacco secondario, inquinamento atmosferico e altre tossine ambientali.

Infanzia

I bambini sono esposti a più impostazioni in cui si possono incontrare nuovi rischi correlati a NCD. Le scuole materne, le scuole e le scuole materne sono forse le più importanti, in parte perché la maggior parte dei bambini le vive e in parte perché sono un buon contesto per le attività di promozione della salute.

L'attività fisica e una dieta sana durante l'infanzia sono prerequisiti per uno sviluppo sano. È quindi importante strutturare gli ambienti dei bambini in modo tale da determinare livelli di attività fisica sufficientemente elevati e bassi livelli di consumo di alimenti ricchi di energia, poveri di nutrienti. Le scuole, gli asili che promuovono la salute possono progettare i loro ambienti e le loro pratiche in modo da guidare i bambini verso un maggiore consumo di frutta e verdura e una maggiore attività fisica. Inoltre, è importante fornire opportunità ai bambini di recarsi attivamente a scuola come sentieri sicuri e piste ciclabili.

I responsabili politici dovrebbero anche prendere in considerazione la creazione di standard nazionali per gli alimenti e le bevande disponibili nelle scuole, l'imposizione di restrizioni alla commercializzazione di alimenti non salutari (compreso il marketing sociale), il mandato di strutture per l'infanzia senza fumo o il monitoraggio dell'aria nelle scuole e nelle strutture ricreative pubbliche per garantire che soddisfano le linee guida OMS sulla qualità dell'aria interna

Le scuole sono anche un buon posto per monitorare i fattori di rischio per le malattie non trasmissibili e i dati possono essere utilizzati per guidare le politiche di prevenzione nazionali. Ad esempio, l'iniziativa europea di sorveglianza dell'obesità infantile dell'OMS misura le tendenze del sovrappeso e dell'obesità tra gli scolari primari in più di 40 europei paesi, garantendo la disponibilità di dati di alta qualità per informare politiche e pratiche e per rispondere al problema del sovrappeso e dell'obesità infantili.

Adolescenza

L'adolescenza, definita come la fase di transizione tra l'infanzia e l'età adulta, è un momento in cui i giovani iniziano a sviluppare abitudini che si ripercuotono nell'età adulta e hanno grandi implicazioni per il rischio di malattie non trasmissibili. A questa età, le impostazioni importanti per la promozione della salute includono ambienti scolastici sani (descritti sopra), ambienti domestici, il quartiere durante il viaggio da e per la scuola e club di doposcuola e club sportivi.

Gli adolescenti sono vulnerabili alla commercializzazione di sostanze nocive come l'alcol e il tabacco. I paesi devono rafforzare l'attuazione della Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco e affrontare i rischi emergenti come i sistemi elettronici di rilascio della nicotina. Anche

la salute mentale diventa sempre più importante durante l'adolescenza, e la prevenzione del bullismo e l'offerta di consulenza scolastica sono di vitale importanza.

I comportamenti sani iniziati durante l'infanzia, come l'attività fisica e un'alimentazione sana, dovrebbero essere mantenuti durante l'adolescenza. Una priorità per la politica dovrebbe essere quella di sviluppare una risposta coordinata ai determinanti strutturali e sociali dell'obesità adolescenziale, insicurezza alimentare, scarso accesso a cibo salutare ed esposizione ad ambienti malsani. Sebbene sia importante in tutte le fasi della vita, **l'alfabetizzazione sanitaria è molto preziosa nell'adolescenza poiché i giovani iniziano a prendere le proprie decisioni in relazione alla propria salute. Infine, la fornitura di vaccinazioni contro l'HPV alle ragazze adolescenti ha dimostrato di essere efficace sotto il profilo dei costi nell'ambito di un approccio globale alla prevenzione del cancro cervicale.**

Per informare l'azione politica, è importante raccogliere informazioni sui comportamenti individuali dei fattori di rischio, nonché informazioni sull'attuazione e l'efficacia degli interventi di promozione della salute.⁸ L'iniziativa Health Behaviour in School Age Children è una guida utile per misurare i fattori di rischio di NCD durante questi anni importanti.

Età adulta

Il posto di lavoro è un ambiente importante per la promozione della salute durante l'età adulta. Gli interventi che si sono dimostrati efficaci **includono la promozione di opzioni alimentari sane nelle mense e l'offerta di educazione e consulenza nutrizionale. Le politiche sul posto di lavoro che limitano l'uso di alcol e tabacco sono importanti per la salute di tutti gli impiegati.** Offrire opportunità e incentivi all'attività fisica (incluso il trasporto attivo) può promuovere la salute mentale, prevenire e riabilitare i disturbi muscolo scheletrici e migliorare la salute del cuore.

Le politiche per migliorare i comportamenti sanitari solo attraverso le impostazioni sul posto di lavoro escluderanno i gruppi che hanno maggiori probabilità di avere NCD, come i disoccupati. Per garantire che gli interventi non allarghino ulteriormente le disparità, è importante integrare interventi di promozione della salute simili in altri contesti accessibili, inclusi centri comunitari, chiese, strutture sanitarie, centri di riabilitazione e strutture ricreative.

Tra le molte opportunità per migliorare la sorveglianza correlata ai NCD durante l'età adulta, il **monitoraggio dell'uso di alcol e tabacco è particolarmente importante ai fini del targeting degli interventi, del monitoraggio dei progressi e della difesa.** I modelli relativi al consumo di tabacco e alcol, all'attività fisica e alla nutrizione tra gli adulti dovrebbero essere misurato insieme a variabili socioeconomiche, demografiche o geografiche. La sorveglianza basata sulla popolazione può rafforzare approcci mirati in termini di costi per la prevenzione delle malattie non trasmissibili e interventi precoci.

I governi possono introdurre varie politiche per ridurre i DCD in età adulta. Le politiche fiscali, ad esempio, potrebbero tassare prodotti nocivi come il tabacco, l'alcool o le bevande zuccherate e finanziare regimi che sovvenzionano frutta e verdura. Politiche che promuovono la salute mentale, come il rafforzamento della leadership e della governance e la fornitura di assistenza sanitaria e sociale completa servizi, sono anche utili in un momento in cui le persone possono affrontare carriere insoddisfacenti, disoccupazione, stress finanziari, basso impegno sociale, divorzio o scarsa resilienza emotiva.

I sistemi sanitari possono supportare gli adulti fornendo servizi di assistenza sanitaria e di salute mentale universali, servizi di screening, brevi interventi mirati ai fattori di rischio di malattie non trasmissibili nell'assistenza primaria, e accesso a farmaci a prezzi accessibili per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili.

Personne anziane

Il passaggio dall'età adulta lavorativa alla pensione offre opportunità uniche per promuovere la salute quando le persone trovano nuovi modi per spendere il loro tempo e le loro risorse, affrontando al contempo identità e relazioni mutevoli. È importante che quando le persone lasciano il posto di lavoro, continuino ad avere accesso a supporto da altre strutture, inclusi centri comunitari, programmi di assistenza sanitaria di base, strutture di residenza assistita, ospedali e servizi di assistenza domiciliare. Dovrebbero essere prese misure per mantenere la capacità funzionale, la forza e l'equilibrio delle persone anziane⁸ e promuovere la nutrizione per le persone anziane con NCD e carenze di micronutrienti legati all'alimentazione.

Anche la salute mentale deve essere mirata, ad esempio attraverso politiche che garantiscano il sostegno sociale in un momento in cui le persone spesso vivono isolamento sociale, lutto, discriminazione, stress finanziario. Questo sostegno viene spesso fornito a livello locale e in collaborazione con attività di volontariato. Le comunità devono fornire ambienti adeguati all'attività fisica tra le persone anziane come quartieri sicuri, infrastrutture per camminare e andare in bicicletta e accesso a strutture ricreative, nonché coinvolgere le persone anziane in attività fisiche sociali più ampie.

Molti schemi di sorveglianza per i NCD escludono le persone anziane e vale la pena trovare modi per includere le persone di età superiore ai 69 anni, in particolare di fronte all'invecchiamento della popolazione. Avere accesso a dati di alta qualità sugli NCD e sui loro fattori di rischio tra le persone anziane potrebbe fornire spunti per valutare le tendenze, indirizzare gli interventi di promozione della salute e monitorare l'efficacia delle politiche volte a migliorare la salute delle persone anziane.

I sistemi sanitari possono garantire la promozione dell'attività fisica e un'alimentazione sana nelle strutture sanitarie e nelle case residenziali e promuovere l'attività fisica e l'alimentazione migliorando la qualità dei consigli che gli operatori sanitari offrono agli anziani.

Conclusioni

Un approccio al corso della vita è un modo sottoutilizzato per avvicinarsi alla prevenzione e al controllo dei NCD. A differenza di un approccio orientato alla malattia, che si concentra su interventi per una singola condizione, un approccio del corso di vita considera le fasi critiche, le transizioni e le impostazioni in cui è possibile fare grandi differenze nel promuovere o ripristinare la salute. È importante sottolineare che tiene conto dei determinanti sociali di salute, genere, equità e diritti umani. È stato sottolineato in numerosi quadri e iniziative nell'ultimo decennio, ma è necessario più lavoro per dare maggiore rilievo all'approccio. Garantire che la prospettiva del corso di vita sia integrata più pienamente nel nostro lavoro ci aiuterà a identificare le impostazioni appropriate per la promozione della salute, progettare interventi più efficaci e, in definitiva, salvare vite umane.

Adottare un approccio basato sul corso della vita richiede il miglioramento dell'alfabetizzazione sanitaria attraverso il lavoro multisettoriale con individui, istituzioni, comunità e paesi. Gli interventi devono estendersi oltre il settore sanitario ed essere mirati all'interno dei contesti naturali che le persone incontrano attraverso le varie fasi della loro vita. Seguire questo approccio nel corso della vita ci aiuterà a raggiungere l'SDG e ridurre la mortalità prematura del 30% prima del 2030.

Messaggi chiave

- Attraverso dichiarazioni politiche, i Capi di Stato e di governo si sono impegnati a ridurre le morti premature del 30% prima del 2030.
- Esiste una serie di opzioni politiche convenienti ed economiche (migliori acquisti) per affrontare i NCD
- Gli interventi per ridurre il rischio di malattie non trasmissibili dovrebbero essere applicati durante il corso della vita.
- Le azioni mirate in una fase della vita spesso influenzano anche il comportamento e gli esiti della salute in altre fasi
- L'approccio del corso di vita può aiutare a determinare quando e come influenzare i determinanti sociali della salute

Ministero della Salute

Muoversi quotidianamente fa bene alla salute³⁷



Il concetto di **attività fisica** è molto ampio; comprende, infatti, tutte le forme di movimento realizzate nei vari ambiti di vita.

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

In questa definizione rientrano non solo le attività sportive, ma anche semplici movimenti come camminare, andare in bicicletta, ballare, giocare, fare giardinaggio e lavori domestici, che fanno parte della "attività motoria spontanea". L'espressione "attività motoria" è sostanzialmente sinonimo di attività fisica. Con il termine di "esercizio fisico" si intende invece l'attività fisica in forma strutturata, pianificata ed eseguita regolarmente.

Lo **sport**, quindi, comprende situazioni competitive strutturate e sottoposte a regole ben precise. È un gioco istituzionalizzato, codificato in modo tale da essere riconosciuto e riconoscibile da tutti per regole e meccanismi, ai quali si fa riferimento per la sua pratica in contesti ufficiali o non ufficiali.

Le **attività sedentarie** sono quelle caratterizzate da un dispendio energetico inferiore a quello di riposo, esemplificate dallo stare seduto o in posizione reclinata (guardare la televisione, guidare l'auto, leggere, stare seduti alla scrivania etc.).

Le cifre

I dati del 2016 del sistema di sorveglianza [Okkio alla salute](#) sono tendenzialmente stabili rispetto al movimento e alla sedentarietà: il 18% dei bambini non ha svolto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 18% pratica sport per non più di un'ora a settimana, il 44% ha la TV nella propria camera, solo 1 bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta. La quota di bambini che trascorre più di 2 ore al giorno davanti a TV/videogiochi/tablet/cellulare risulta in sensibile aumento rispetto agli anni precedenti (41%). Solo il 38% delle madri di bambini fisicamente poco attivi ritiene che il proprio figlio svolga insufficiente attività motoria.

I dati 2014 dell'indagine [Health Behaviour in School-aged Children](#) Comportamenti (HBSC), condotta su un campione di studenti di 11, 13 e 15 anni, rispetto alla rilevazione 2010, mostrano che l'attività fisica (un'ora di attività almeno tre giorni a settimana) è in aumento in tutte le fasce di età, più nei ragazzi che nelle ragazze e più negli 11enni (57,31% contro il 47,61% del 2010). In aumento il tempo dedicato all'utilizzo di smartphone e tablet, specie tra i 13enni.

I dati del [sistema di sorveglianza PASSI](#) relativi al triennio 2014-17 mostrano che il 31,7% degli intervistati di 18-69 anni può essere classificato come attivo (cioè effettua un lavoro pesante oppure 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni), il 34,7% come parzialmente attivo (non svolge un lavoro pesante ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati) e il 33,6% come sedentario (non fa un lavoro pesante e non pratica attività fisica nel tempo libero). La proporzione di adulti sedentari aumenta con l'età, è maggiore fra le donne, fra i più svantaggiati economicamente, fra i meno istruiti.

Il [sistema di sorveglianza PASSI d'argento](#) misura il livello di attività degli anziani oltre i 65 anni utilizzando uno strumento (il PASE -*Physical Activity Scale for Elderly*) che consente di “quantificare” i livelli di attività fisica considerando le attività comunemente svolte da persone di questa età (passeggiare, fare giardinaggio, curare l'orto, attività domestiche, prendersi cura di un'altra persona) oltre alle attività sportive o ricreative. I dati relativi alla raccolta 2016-2017 mettono in evidenza che camminare fuori casa è l'attività maggiormente praticata tra quelle di svago, molto è il tempo dedicato ad attività domestiche, troppo poco quello per le attività orientate ad allenare la forza muscolare.

I benefici dell'attività fisica. Attività fisica per tutte le età

Tre gruppi di Interventi per incrementare l'attività fisica di tutte le fasce d'età ³⁸

_Un primo gruppo di interventi è orientato a migliorare l'autonomia e ad incentivare il movimento nei bambini, a partire dalla prima infanzia, e nei ragazzi e adolescenti, al fine di assicurare l'assunzione di comportamenti attivi che dureranno per tutta la vita.

L'intervento sarà principalmente mirato a promuovere e diffondere le azioni per incoraggiare il percorso verso la scuola a piedi e in bicicletta, che accresce l'autonomia negli spostamenti urbani, oltre alla promozione delle attività ludico-motorie e/o sportive facilitando l'accesso agli impianti sportivi e alle aree verdi urbane ed extraurbane. In particolare:

- *per i bambini in età prescolare (0-6 anni)*: individuare delle indicazioni di buone pratiche per promuovere uno stile di vita attivo fin dai primi anni di vita (per esempio relative ai modi e tempi di abbandono dell'uso del passeggino e successivamente alla corretta educazione stradale, all'utilizzo di parchi attrezzati e spazi verdi ecc.)
- *per i bambini della scuola primaria (6-10 anni)*: espandere i pedibus e realizzare altri interventi per incentivare il cammino e l'uso della bicicletta nel percorso casa-scuola e negli altri momenti della vita quotidiana; sostenere il recupero e la promozione del gioco di strada e dei giochi tradizionali italiani e stranieri (etnie prevalenti nei singoli ambiti territoriali); laboratori; formazione insegnanti; lavoro con le famiglie.

• per i ragazzi della scuola secondaria di primo e secondo grado (10-18 anni): laboratori per ragazzi; formazione insegnanti; lavoro con le famiglie; social marketing mediante i social network ed altri strumenti informatici.

Un secondo gruppo di interventi mira ad attivare e diffondere azioni per incrementare l'attività fisica nella vita quotidiana e tramite attività organizzate per anziani e adulti-anziani, ad esempio gruppi di cammino (con l'obiettivo di prolungarne lo stato di autosufficienza prevenendo i disturbi correlati all'invecchiamento, rallentando il processo fisiologico di riduzione dell'efficienza fisica e cognitiva, riducendo l'incidenza degli infortuni domestici e ritardando il più possibile la comparsa di disabilità ed i costi correlati). Le principali attività saranno:

- gruppi di cammino,
- ginnastica in palestra ed altre attività per adulti e/o anziani (ballo, nuoto ecc.),
- promozione dell'utilizzo della bicicletta nella vita quotidiana e attività organizzate,
- promozione delle attività ludico-motorie e/o sportive e facilitazione dell'accesso agli impianti sportivi e alle aree verdi urbane ed extraurbane,
- iniziative per le palestre: lavoro in rete tra i diversi stakeholders, miglioramento della qualità delle palestre per renderle luoghi di promozione della salute (formazione del personale, diffusione di contenuti riguardanti l'importanza del movimento e degli stili di vita sani),
- interventi che prevedono la diffusione di comportamenti attivi (uso delle scale, mobilità attiva, movimento nei parchi),
- azioni per favorire il recupero di abilità fondamentali negli anziani istituzionalizzati o in assistenza domiciliare: verranno realizzate azioni mirate al recupero di abilità fondamentali, attivando programmi evidence-based di attività fisica, in collaborazione con i professionisti di riferimento, ed attivando interventi formativi rivolti al personale sanitario che si occupa di assistenza agli anziani, (integrazione nell'ambito del progetto per la prevenzione degli incidenti domestici),
- incentivazione della presenza di mobility manager (MM) nelle aziende pubbliche e private (Ulss, scuole, industrie, enti) come previsto dal Decreto del Ministero dell'Ambiente del 27 marzo 1998. Esempi di possibili azioni: rilevare dati sugli spostamenti dei dipendenti e degli utenti e sulle loro esigenze relativamente ai trasporti, intervenire sugli orari di entrata e uscita dei lavoratori, coordinarsi con il MM del Comune e gli altri MM delle aziende del territorio, stipulare convenzioni per i trasporti pubblici, acquistare biciclette per gli spostamenti in orario di lavoro, richiedere stalli e parcheggi protetti per le biciclette ecc.

Un terzo gruppo di interventi mira a realizzare e diffondere strumenti di intervento sui determinanti ambientali della sedentarietà, sulle barriere culturali e su quelle connesse con l'accessibilità, ad esempio:

- diffusione e formazione del personale competente (settori della pianificazione territoriale, dei lavori pubblici, dei trasporti e della sanità) sulle linee di indirizzo relative alle trasformazioni urbane

che promuovono e favoriscono stili di vita attivi attraverso la diffusione dei contenuti delle due ricerche sul ruolo dell'urbanistica per la promozione degli stili di vita sani: "Spazi per camminare. Camminare fa bene alla salute" e "Lo spazio aperto e il verde urbano"

- individuazione di altre forme di collaborazione con i Comuni secondo le necessità locali
- implementare l'utilizzo di strumenti per il rilevamento e il contrasto alle disuguaglianze di salute nell'ambito del movimento e degli stili di vita sani
- implementare lo strumento di supporto "Laboratorio MuoverSì" consistente in attività esperienziali nell'ambito del ciclo di vita.

Nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza l'attività fisica:

- è necessaria allo sviluppo osteo-muscolare
- contribuisce allo sviluppo di un apparato cardiovascolare sano
- contribuisce ad aumentare le capacità di apprendimento e il livello di autostima
- rappresenta un valido strumento di aggregazione sociale
- associata a una corretta alimentazione diminuisce il rischio di obesità infantile e di malattie croniche.

In età adulta

- riduce la frequenza di malattie croniche come le malattie cardiovascolari, il diabete, l'ipertensione arteriosa, alcune forme di tumore (seno, prostata, colon)
- migliora la mineralizzazione ossea, che contribuisce alla prevenzione di osteoporosi
- migliora la funzione digestiva e la regolazione del ritmo intestinale
- aumenta il dispendio energetico essenziale ai fini del controllo del peso corporeo
- aiuta la salute mentale, contribuendo al mantenimento delle funzioni cognitive e alla riduzione del rischio di depressione e di demenza
- riduce stress e ansia
- migliora la qualità del sonno e dell'autostima.

Durante la gravidanza

- favorisce una buona circolazione con effetti benefici sul feto
- permette di tenere sotto controllo il peso corporeo
- riduce il rischio di condizioni come il diabete gestazionale, la pre-eclampsia, la nascita pretermine, le varici venose e la trombosi delle vene profonde
- apporta benefici psicologici, che includono riduzione della stanchezza, dello stress, della depressione.

Nel post-partum

- contribuisce a ridurre la depressione e l'ansia
- aiuta a migliorare l'umore
- favorisce la funzionalità cardiorespiratoria
- permette di tenere sotto controllo il peso corporeo.

In età avanzata

- aiuta a conservare la capacità di svolgere le normali occupazioni della vita quotidiana e quindi l'autosufficienza
- favorisce la partecipazione e l'integrazione sociale
- è importante, soprattutto per anziani con scarsa mobilità, per mantenere la massa muscolare ed un buon equilibrio, prevenendo in tal modo le cadute
- produce un effetto positivo sulla funzione immunitaria
- riduce il rischio di infezioni delle vie aeree
- preserva la struttura e la funzione cerebrale favorendo il mantenimento della plasticità neuronale e protegge il sistema nervoso da eventuali danni derivanti dall'esposizione a stres
- può prevenire o ritardare l'insorgenza di patologie croniche legate all'invecchiamento e facilitare i percorsi di riabilitazione per chi ne è affetto.

In generale, nell'anziano l'esercizio fisico è in grado di migliorare il tono muscolare e la capacità di movimento, nonché di ridurre l'osteoporosi e di indurre un aumentato rilascio di mediatori neuromonali, che conferiscono una sensazione di benessere generale.

Inoltre...

L'attività fisica e sportiva, per il suo contributo anche all'inclusione sociale, svolge un ruolo rilevante nel miglioramento del benessere psichico e nella prevenzione e trattamento del disagio sociale nelle diverse fasce d'età, soprattutto durante lo sviluppo giovanile.

La pratica di sport e l'attività fisica possono fornire spunti utili per l'acquisizione di un modello di vita "corretto". Attività sportive di squadra e attività di espressione corporea permettono non solo un maggior benessere psicofisico e l'acquisizione di abilità motorie, ma costituiscono un'occasione di socializzazione e di responsabilizzazione. L'acquisizione di comportamenti sportivi (*fairplay*), può facilitare l'acquisizione di un modello di vita basato su regole e ruoli condivisi dalla società.

Attività fisica. Quale e quanta?

Nel 2010 l'OMS ha pubblicato le "*Global recommendations on Physical activity for Health*", fornendo indicazioni sui livelli di attività fisica raccomandati per la salute, distinguendo tre gruppi di età:

- bambini e ragazzi (dai 5 ai 17 anni)

- adulti (dai 18 ai 64 anni)

- adulti/anziani (dai 65 anni in poi)

- precisando per ogni fascia di età il tipo, la quantità la frequenza, la durata e l'intensità, di attività fisica necessaria per mantenere la salute.

L'attività di **moderata intensità** si caratterizza normalmente per un dispendio energetico superiore a quello a riposo, consentendo solitamente di poter parlare agevolmente ma non cantare. L'esempio classico è quello della marcia a passo sostenuto.

L'attività di **intensità vigorosa** induce invece un dispendio energetico più elevato. A tale intensità normalmente diventa più difficoltoso conversare, tanto da non riuscire a pronunciare che poche parole prima di riprendere fiato. Un esempio di tale forma di attività fisica è quello della corsa a ritmo lento (Jogging).

I livelli di attività fisica sono raggiungibili anche svolgendo le normali occupazioni, che fanno parte della vita quotidiana in base all'età: per i più giovani con giochi di movimento, sport, svago, educazione motoria scolastica, spostamenti a piedi e in bicicletta, per gli adulti con spostamenti attivi, attività lavorative o di svago, occupazioni domestiche o sport, per i più anziani con spostamenti non motorizzati, attività del tempo libero, giardinaggio, occupazioni domestiche o grazie ad alcuni sport. In base all'età, quindi, il contesto per la pratica dell'attività fisica può essere diverso: la scuola, la famiglia, la comunità, l'ambiente lavorativo o sportivo. In tutte le età, i livelli raccomandati vanno intesi come un limite minimo: chi riesce a superarli ottiene ulteriori benefici per la propria salute.

Bambini e adolescenti

L'attività fisica nei bambini e negli adolescenti include il gioco, l'esercizio fisico strutturato e lo sport e dovrebbe essere di tipo prevalentemente aerobico, iniziando gradualmente e aumentando durata, frequenza e intensità di volta in volta.

In questa fascia di età l'OMS raccomanda di:

- praticare almeno 60 minuti di attività fisica quotidiana di intensità moderata-vigorosa e esercizi di rafforzamento dell'apparato muscolo-scheletrico almeno 3 volte a settimana.

- L'obiettivo giornaliero dei 60 minuti di attività fisica può essere raggiunto in sessioni più brevi (ad esempio 2 sessioni da 30 minuti).

Anche con quantità di attività fisica minime, al di sotto dei livelli raccomandati si ottengono benefici per la salute. Quantità di attività fisica superiore a 60 minuti forniscono maggiori vantaggi

Adulti

L'OMS consiglia di svolgere nel corso della settimana un minimo di 150 minuti di attività fisica aerobica d'intensità moderata oppure un minimo di 75 minuti di attività vigorosa più esercizi di rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari 2 o più volte a settimana.

La quantità di attività fisica raccomandata può essere frazionata nell'arco della giornata per meglio includere l'esercizio nella routine delle varie attività quotidiane, ad esempio, attraverso 5 sessioni di

esercizio a settimana della durata minima di 30 minuti oppure svolgendo almeno 25 minuti di esercizio di intensità vigorosa per 3 volte a settimana.

Oltre all'attività di tipo aerobico, gli individui adulti dovrebbero eseguire esercizi di forza come ad esempio piegamenti, flessioni e idonei esercizi con pesi o macchine da palestra per un minimo di due sessioni a settimana effettuate in giorni non consecutivi, strutturate in modo tale da coinvolgere la maggior parte dei gruppi muscolari.

Quantità di attività fisica superiori a quella minima raccomandata apporta ulteriori vantaggi per la salute e una riduzione più efficace del rischio per diverse malattie croniche (cardiovascolari e metaboliche) ed è consigliata anche per gli individui che hanno difficoltà a mantenere costante il proprio peso corporeo.

Poiché è difficile arrivare ad una raccomandazione generale sulla quantità di esercizio minima per garantire vantaggi sulla salute, è importante far comprendere che “poco è meglio di niente” e che quindi alcuni benefici per la salute da parte degli adulti sedentari possono essere raggiunti anche con quantità di attività fisica minime.

Gli effetti deleteri delle ore passate in condizioni di sedentarietà sono indipendenti dal livello di attività fisica nel tempo libero e sono riscontrabili anche negli individui che raggiungono la quantità di attività fisica suggerita. È possibile che persone fisicamente attive, possano essere al tempo stesso sedentarie, perché, ad esempio, dopo una sessione mattutina di esercizio, trascorrono seduta buona parte del rimanente tempo giornaliero (es. vanno e tornano dal lavoro in auto e rimangono seduti alla scrivania per l'intera giornata lavorativa).

La condizione più rischiosa è quella delle persone inattive e sedentarie. È quindi opportuno raccomandare a tutti le persone adulte di interrompere frequentemente i periodi in cui si sta in posizione seduta o reclinata, idealmente almeno ogni 30 minuti, con periodi anche brevi (2-3 minuti) di camminate, esercizi “a corpo libero” sul posto (ad esempio piegamenti sulle gambe, effettuati anche semplicemente alzandosi ripetutamente da una sedia o dal divano) o alternare periodicamente la posizione seduta con quella in piedi (ad es. ogni 30 minuti).

Anziani

Secondo l'OMS gli adulti over65 anni dovrebbero svolgere:

- almeno 150 minuti alla settimana di attività fisica aerobica di moderata intensità
- o almeno 75 minuti di attività fisica aerobica a intensità vigorosa ogni settimana
- o una combinazione equivalente di attività con intensità moderata e vigorosa per migliorare la salute cardio respiratoria e muscolare, ridurre il rischio di malattie croniche non trasmissibili, depressione e declino cognitivo.

Si raccomanda, inoltre, di associare esercizi di rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari due o più volte la settimana e attività per migliorare l'equilibrio e prevenire le cadute tre o più volte la settimana per le persone con ridotta mobilità.

I livelli consigliati possono essere accumulati esercitandosi per intervalli relativamente brevi di tempo.

Gli anziani che non possono raggiungere i livelli raccomandati, a causa delle loro condizioni di salute, dovrebbero comunque adottare uno stile di vita attivo e svolgere attività a bassa intensità, nei limiti delle proprie capacità e condizioni. È fondamentale invogliare le persone anziane ad integrare l'attività fisica nella propria quotidianità, per esempio preferendo lunghe passeggiate a passo sostenuto all'uso di mezzi di trasporto privati. Anche attraverso le normali occupazioni della vita quotidiana (acquisti, pulizie e preparazione dei pasti) si può mantenere un adeguato livello di attività. Piccole dosi di attività fisica sono preferibili a nessuna.

Anche per gli anziani è bene ridurre i lunghi periodi di sedentarietà (stare troppo seduti a guardare la televisione), poiché potrebbero costituire un fattore di rischio a sé per la salute, a prescindere da quanta attività si pratichi in generale.

Per gli anziani che intendono intraprendere un'attività fisica regolare è opportuno iniziare in modo graduale ed è necessaria un'attenta valutazione preliminare, eventualmente anche attraverso la compilazione di questionari specifici, sia per identificare i soggetti con malattie croniche o con sintomi correlabili alla presenza di patologie sia per consigliare un programma di esercizi appropriati e personalizzati.

Donne in gravidanza e allattamento

La gravidanza è un momento ideale per iniziare ad adottare uno stile di vita sano, sia per l'aumento della motivazione della donna a prendersi cura di sé, sia per la maggiore frequenza di visite mediche.

In assenza di condizioni patologiche specifiche, le donne in gravidanza dovrebbero iniziare o mantenere uno stile di vita attivo, praticare un'adeguata attività fisica e proseguirla anche durante la fase *post partum* l'allattamento.

La scelta di iniziare o continuare un programma di attività fisica deve prevedere una valutazione iniziale delle condizioni cliniche, in particolare per le donne a rischio ostetrico o con patologie, al fine di consigliare attività o esercizi specifici e adattati alle condizioni della gestante

In assenza di complicazioni ginecologiche/ostetriche o altre controindicazioni, l'attività fisica è sicura e desiderabile per tutte le donne incinte, che devono essere incoraggiate a continuare o a iniziare un programma di attività fisica.

Le future mamme dovrebbero praticare almeno **150 minuti di attività fisica a intensità moderata ogni settimana** o 30 minuti per 5 giorni) durante tutta la gravidanza, cominciando gradualmente

Camminare è un ottimo mezzo per allenarsi senza sforzi eccessivi. È bene preferire percorsi pianeggianti, soprattutto nell'ultimo trimestre nell'ultimo trimestre ed è consigliabile camminare in compagnia così da avere un aiuto in caso di bisogno (stanchezza, crampi etc.).

Consigliati anche la ginnastica dolce, esercizi in acqua, yoga e pilates modificati e adattati per facilitare l'attività fisica.

A partire dall'8° mese sono utili gli esercizi per la respirazione e di rilassamento.

Si consiglia di effettuare attività fisica nelle ore più fresche della giornata, cercando di reintegrare i liquidi bevendo acqua.

Evitare, soprattutto dopo il terzo mese, le attività che comportino rischio di caduta (bicicletta, sci, pattinaggio, equitazione), bruschi cambi di direzione, scatti, saltelli, slanci (tennis, pallavolo o pallacanestro), esercizi in posizione supina o che comportino il mantenimento prolungato della posizione supina.

Evitare l'esercizio fisico intenso ad altitudini oltre 2500m, le attività a elevato rischio di contatto, caduta o trauma addominale e le immersioni subacquee.

L'esercizio fisico in gravidanza permette di migliorare la funzionalità cardiocircolatoria, la forza e la resistenza muscolare, di evitare l'aumento eccessivo di peso, prevenire o ridurre la gravità dei disturbi muscoloscheletrici collegati alla gravidanza, quali mal di schiena e dolori pelvici, ridurre il rischio di macrosomia fetale o neonati *large for gestational age*, di diabete gestazionale, di pre-eclampsia, prevenire o ridurre l'incontinenza urinaria

Nel *post partum*, inoltre, l'attività fisica contribuisce a ridurre la depressione e l'ansia, a tenere sotto controllo il peso, a migliorare l'umore e la funzionalità cardiorespiratoria.

Persone obese

L'attività fisica nel paziente obeso comporta numerosi benefici, ma è necessario che l'attività venga protratta nel tempo.

Sono da privilegiare le attività in scarico come esercizi in acqua, ginnastica a terra, pedalate in bicicletta (non è consigliabile la corsa per non sovraccaricare l'apparato locomotore)

E' consigliabile frazionare l'attività fisica nell'arco della giornata; questo consente di ridurre i livelli di sedentarietà, adottare uno stile di vita più attivo e abbattere alcune barriere, che contrastano la pratica di attività fisica (scarsità di tempo e/o di motivazione)

L'attività fisica nel paziente obeso comporta numerosi benefici:

- a carico dell'apparato cardiovascolare si osserva un miglior controllo della pressione arteriosa, delle aritmie e riduzione degli eventi cardio e cerebrovascolari maggiori
- a livello metabolico si registra un miglior controllo del profilo lipidico
- migliora la funzionalità osteo-articolare
- migliora il benessere generale e la qualità della vita attraverso l'attenuazione di depressione e ansia e l'aumento dell'autostima e della socializzazione.

L'attività fisica è in grado di influire positivamente sulla composizione corporea, inducendo una riduzione della massa grassa e un mantenimento/aumento di quella magra. Sia l'esercizio aerobico che quello contro resistenza svolgono un ruolo fondamentale nella riduzione dell'eccesso ponderale. Il primo, in particolare, promuove un aumento del dispendio energetico favorendo il dimagrimento (bilancio energetico negativo); il secondo, invece, favorisce un aumento della massa muscolare così

da evitarne una riduzione a seguito delle diete ipocaloriche e, al tempo stesso, fondamentale per aumentare il ritmo metabolico giornaliero.

I benefici dell'esercizio fisico possono essere ottenuti solo a condizione che l'attività venga protratta nel tempo.

Lo svolgimento di qualunque tipo di attività fisica deve essere comunque valutato dallo specialista, attraverso la collaborazione di diversi professionisti della salute.

Per aumentare la *compliance* è fondamentale dare al paziente obeso la possibilità di essere seguito anche sul piano dell'attività fisica e poterne verificare i benefici. Realizzare un programma di attività fisica e utilizzare indicatori che rinforzano la motivazione (modifica del peso, vedersi e sentirsi meglio, etc.) rappresentano elementi motivazionali di forte impatto.

Persone con diabete mellito tipo 2

Adottare una corretta alimentazione, praticare attività fisica, mantenere un peso appropriato, evitare fumo ed alcol contribuiscono a prevenire l'insorgenza e le complicanze del diabete mellito di tipo 2 e aiutano gestire la patologia, a volte con risultati più duraturi e vantaggiosi rispetto alla sola terapia farmacologica.

L'attività fisica nella persona diabetica comporta numerosi benefici:

- a carico dell'apparato cardiovascolare si riscontra un miglior controllo della pressione arteriosa e delle aritmie
- si osserva un miglior controllo del peso corporeo e calo ponderale (soprattutto nel paziente sovrappeso o obeso)
- a livello metabolico migliora il profilo glicemico e quello lipidico
- l'apparato muscoloscheletrico preserva e/o ritrova la propria funzionalità osteo-articolare grazie ad un aumento della forza e della resistenza muscolare.

Le attività fisiche aerobiche e di forza sono importanti sia per la prevenzione che per il trattamento del diabete e la loro combinazione aumenta i benefici

- il costante monitoraggio della glicemia è la prima precauzione da adottare nel soggetto diabetico che svolge attività fisica
- l'attività fisica dovrebbe essere svolta possibilmente ogni giorno cercando di evitare due giorni consecutivi di inattività
- camminare per almeno 30 minuti al giorno (individualmente o in gruppi) riduce il rischio di sviluppare il diabete nei soggetti affetti da sindrome metabolica
- è importante, interrompere regolarmente (ad esempio, ogni 20-30 minuti) il tempo trascorso in posizione seduta e/o reclinata
- i pazienti adulti con un buon controllo glicemico possono praticare in sicurezza molte attività (di intensità da moderata a vigorosa), compresi vari tipi di sport previa idonea valutazione medica
- per i pazienti anziani è necessario consigliare esercizi adattati, per tipologia e intensità, a particolari condizioni e limiti oggettivi

Per ridurre il rischio di sviluppare il diabete nei soggetti affetti da sindrome metabolica, è stata dimostrata l'efficacia del cammino, svolto per almeno 30 minuti al giorno (individualmente o strutturato in gruppi). È importante, inoltre, interrompere regolarmente (ad esempio, ogni 20-30 minuti) il tempo trascorso in posizione seduta e/o reclinata per praticare, invece, brevi camminate o altre forme di attività fisica, anche per brevi periodi (2-3 minuti).

Persone con disabilità, disagio e disturbo mentale

Per le persone con disabilità, l'attività fisica e lo sport, oltre a ricoprire un ruolo essenziale in campo riabilitativo, sono uno strumento essenziale per lo sviluppo psicofisico, per promuovere ed educare all'autonomia, potenziare le capacità esistenti, accrescere l'autostima e per favorire l'integrazione sociale.

Praticare attività fisica significa acquisire abilità motorie, ampliare e differenziare lo sviluppo delle proprie competenze.

L'attività fisica produce importanti benefici per tutti i livelli di gravità della disabilità: consente, ad esempio, maggiore autonomia negli spostamenti, l'acquisizione di capacità motorie e il loro corretto utilizzo nella vita scolastica, di relazione e, nei casi meno gravi, l'acquisizione di capacità motorie più complesse che permettono anche la pratica di una attività sportiva. Migliora sia le funzioni neuromuscolari, respiratoria e cardiocircolatoria che le capacità di organizzare, direzionare e regolare il movimento.

L'attività fisica può migliorare la qualità della vita delle persone con disagio o disturbo mentale, soprattutto se caratterizzato da isolamento sociale, in quanto migliora la salute fisica e attenua eventuali disturbi psichici e disabilità sociale.

Le persone con patologie psichiatriche possono partecipare a programmi di allenamento con le stesse modalità di individui non affetti da patologie, anche se l'attività fisica può variare a seconda dello stadio ed il tipo di malattia. Il cammino può essere facilmente inserito tra le normali attività della vita quotidiana ed è un elemento prezioso di contrasto alla sedentarietà.

Le persone con disabilità neuro-sensoriale, ritardo mentale e disagio/disturbo psichico in grado di svolgere attività fisica ad intensità medio-alte dovrebbero essenzialmente seguire le linee guida per gli adulti, svolgendo almeno 150 minuti a settimana di attività fisica di intensità media o 75 minuti a settimana di attività aerobica ad intensità elevata/vigorosa o una combinazione di attività aerobica di intensità moderata e vigorosa. Sono raccomandate anche attività di rafforzamento muscolare (per allenare forza e resistenza muscolare) di intensità moderata o alta che coinvolgano tutti i principali gruppi muscolari, due o più giorni alla settimana. Qualora non fossero in grado di raggiungere tali livelli, si raccomanda di evitare l'inattività e di impegnarsi a svolgere una regolare attività fisica in base alle loro capacità, adattandola alle loro abilità.

I bambini e gli adolescenti con disabilità, ove possibile, devono svolgere attività fisica secondo i livelli raccomandati per i coetanei, scegliendo con il pediatra il tipo di attività e la frequenza più adatta. Se non possono soddisfare le raccomandazioni devono, comunque, essere incoraggiati ad evitare la sedentarietà e a mantenere uno stile di vita attivo.

Anche per le persone con menomazione fisica di tipo locomotorio è vitale ridurre la sedentarietà e intraprendere uno stile di vita attivo. Le persone con disabilità locomotoria ed in particolare quelli con lesione del midollo spinale, amputazione degli arti inferiori e cerebrolesione grave (che non consente la postura eretta) hanno una prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare maggiore del resto della popolazione. Per gli individui mieloesi l'attività fisica è vitale considerando il loro aumentato rischio cardiovascolare. Queste persone per ottenere benefici sulla salute cardiometabolica devono essere incoraggiate a svolgere almeno 3 sedute settimanali di 30 minuti di esercizio. L'attività fisica praticata da individui mieloesi ad intensità moderata o superiore, per almeno 30 minuti per sessione di lavoro e per 3 giorni a settimana, previa valutazione clinica e funzionale da parte di operatori sanitari adeguatamente formati, migliora la funzionalità cardiocircolatoria, riduce il rischio di sindrome metabolica e di osteoporosi, contrasta gli effetti negativi dello stile di vita sedentario ed è un modo ancor più efficace rispetto al resto della popolazione per prevenire l'insorgenza di malattie.

La partecipazione ad attività sportive e/o la regolare attività fisica apportano benefici sia fisici che psicologici agli individui con amputazioni degli arti che devono, pertanto, essere incoraggiati a perseguire una vita fisicamente attiva dopo la dimissione dall'ospedale e la riabilitazione.

I soggetti che hanno subito amputazioni degli arti inferiori, sani o con patologie secondarie, possono trarre beneficio dallo svolgimento di esercizi di allungamento, di esercizi specifici per la forza e la resistenza muscolare di braccia, spalle, gambe, addominali, petto e schiena.

Le amputazioni degli arti superiori avendo un minore effetto sulla capacità di deambulazione dell'individuo dovrebbero influenzare poco il livello di attività fisica svolta da questi pazienti che, pertanto, possono praticare tutte gli esercizi e le attività motorie che coinvolgono le estremità inferiori, come il resto della popolazione.

La scelta della tipologia di attività fisica correlata al tipo di amputazione, alle esigenze della persona, alle sue capacità e al livello di abilità motorie acquisite nel tempo. Per i soggetti che hanno subito amputazioni, preliminare allo svolgimento di qualunque tipo di attività fisica è una valutazione specialistica attraverso la collaborazione di diversi professionisti della salute.

Persone con neoplasie

Nel paziente con neoplasie qualsiasi tipo di attività motoria apporta beneficio alla salute psicofisica, percentualmente maggiore se comparato al solo utilizzo delle terapie abituali specifiche

L'attività fisica, infatti, contrasta il decadimento fisico, consentendo il mantenimento della massa muscolare, la protezione e il miglioramento della densità ossea, migliora la mobilità, la forza, la resistenza, e le capacità coordinative. Contribuisce a preservare l'efficienza cardiovascolare, quella respiratoria e a mantenere il peso nella norma, rappresentando così, insieme a una alimentazione adeguata un momento focale nella gestione delle malattie neoplastiche. Inoltre, favorisce la socializzazione, il divertimento, influisce positivamente sull'umore e riduce gli stati di ansia e depressione.

L'esercizio fisico individualizzato e regolarmente svolto è importante per il controllo dei fattori di rischio cardiovascolari e della potenziale cardio-tossicità da farmaci antitumorali.

L'esercizio fisico moderato ha efficacia anche sulle complicanze oncologiche, quali il dolore, il linfedema post-chirurgico nel tumore della mammella, la cardio- e neuro-tossicità di alcuni farmaci chemioterapici e della radioterapia, gli effetti avversi delle terapie ormonali sostitutive o complementari e la fatica.

Nelle persone già normalmente attive, che ad esempio camminano e fanno le scale, per ottenere ulteriori benefici, è auspicabile l'inserimento di attività specifiche, in palestra (ad es. attrezzi aerobici, pesi) o all'aperto (sci di fondo, ciclismo, *jogging*) che possano portare all'aumento dell'intensità. Per le persone non attive, non allenate o che non abbiano svolto alcuna attività da almeno un anno, è necessario personalizzare l'attività fisica nei tempi, modi e intensità, iniziando con attività semplici per 30 minuti e aumentando gradualmente la durata delle sessioni.

È importante non interrompere mai del tutto l'attività fisica, poiché l'interruzione prolungata fa perdere i benefici ottenuti

Come è opportuno iniziare in modo graduale è altrettanto importante non interrompere mai del tutto l'attività fisica. È relativamente facile mantenere i risultati acquisiti, anche riducendo la frequenza e l'intensità, ma l'interruzione prolungata fa perdere i benefici ottenuti e potrebbe obbligare a ripetere una fase iniziale gravosa.

Prima di iniziare il programma di attività, i pazienti neoplastici devono essere valutati da un team multiprofessionale per consigliare la tipologia di attività fisica e/o sportiva adattata all'età e per calibrare l'esercizio alle condizioni cliniche, alla capacità funzionale e all'efficienza fisica della persona.

Donne con carcinoma mammario

In particolare, nelle donne con carcinoma mammario, l'attività fisica praticata regolarmente, a qualunque età e indipendentemente dal peso corporeo, è in grado di ridurre la mortalità e il rischio di recidive. Migliora, inoltre, la qualità e lo stile di vita, motiva ad adottare comportamenti salutari, facilita il miglioramento e il recupero dell'autonomia, favorisce la socializzazione, riduce gli stati di ansia e la depressione.

Lo svolgimento di una regolare attività fisica modula positivamente il sistema immunitario, riduce l'aumento ponderale e la massa grassa, migliora le capacità coordinative, la flessibilità, forza e resistenza, la capacità cardiovascolare e respiratoria, mantiene una buona massa ossea ed aumenta quella muscolare e riduce il rischio di rigidità articolare.

È necessario motivare le pazienti mastectomizzate a riprendere o adottare uno stile di vita attivo, al fine di evitare la sedentarietà assoluta, che spesso si accompagna alle diverse fasi della malattia. È opportuno scegliere tipologie di attività il più possibile gradevoli; tra quelle aerobiche sono consigliate nuoto, ballo, ginnastica dolce (per le anziane), bicicletta, *fit walking* o *nordic walking*;

camminare, fare le faccende domestiche o dedicarsi al giardinaggio, sono attività di moderata o lieve intensità che possono essere svolte quotidianamente con facilità.

Per facilitare l'adesione al programma di esercizi è possibile che la donna si allenai in casa. In questo caso è utile apprendere bene gli esercizi ed eseguirli regolarmente, meglio ancora tutti i giorni, con calma e tranquillità, integrandone alcuni nelle attività quotidiane.

Dimensioni del problema in Veneto³⁹

Alcuni dati sulla sedentarietà in Veneto

Adulti

I dati relativi al 2016 raccolti negli adulti dai 18 ai 69 anni tramite il Sistema di Sorveglianza “PASSI” in Veneto, mostrano che il 34% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo. Il 47% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 20% è completamente sedentario. La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione, con maggiori difficoltà economiche e tra i cittadini stranieri. In particolare, tra i laureati i sedentari sono il 15% e ben il 29% tra le persone con titolo di studio elementare o inferiore.

Il forte gradiente legato al livello culturale-economico rimane significativo anche analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica). Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio: è presente nel 31% delle persone con sintomi di depressione, nel 22% dei fumatori, nel 23% degli ipertesi e nel 22% delle persone in eccesso ponderale.

Bambini

Il sistema di sorveglianza “Okkio alla Salute” (concentrato sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica dei bambini delle scuole primarie) ha evidenziato che nel 2016, il giorno precedente all'indagine, il 14% dei bambini non aveva praticato del movimento, il 24% aveva partecipato ad un'attività motoria curricolare a scuola, il 24% si era recato a scuola a piedi o in bicicletta e il 74% aveva giocato all'aperto. Anche nei bambini esiste un gradiente legato al sesso (i maschi fanno più attività sportiva rispetto alle femmine) ed è stata anche analizzata l'area geografica di residenza (maggior presenza di sedentari tra i bambini di centri < 10.000 abitanti oppure > 50.000).

Quanto alle abitudini sedentarie, il 27% aveva passato 3-4 ore davanti alla TV o ai videogiochi (il limite raccomandato da diverse fonti autorevoli è di non superare le 2 ore al giorno) e il 6% addirittura 5 ore o più; questi dati sono forse sottostimati data la discontinua presenza parentale. Tali abitudini sono anche correlate al livello socio-economico della famiglia: l'esposizione a più di 2 ore di TV al giorno diminuisce con l'aumentare del livello di istruzione della madre.

Rispetto ai dati regionali del 2014 si è osservato un aumento (+4%) dei bambini definiti fisicamente non attivi ed è diminuito (-5%) il numero di bambini che vanno a scuola a piedi o in bicicletta.

La scuola

E' stata anche analizzata nell'ambito dello studio Okkio la partecipazione della scuola all'attività motoria curricolare dei bambini: il 41% delle classi praticano le due ore previste dal curriculum, nell'2% delle classi vengono praticate più di 2 ore settimanali di attività motoria, mentre il 57% delle classi svolge solamente un'ora di attività motoria

Alimentazione sana⁴⁰

Secondo l'OMS circa 1/3 delle malattie cardiovascolari e dei tumori possono essere evitati grazie a una equilibrata e sana alimentazione

Un'alimentazione varia ed equilibrata è alla base di una vita in salute.

Un'alimentazione inadeguata, infatti, oltre a incidere sul benessere psico-fisico, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose malattie croniche.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, circa 1/3 delle malattie cardiovascolari e dei tumori potrebbero essere evitati grazie a una equilibrata e sana alimentazione.

Di cosa abbiamo bisogno

L'organismo umano ha bisogno di tutti i tipi di nutrienti per funzionare correttamente. Alcuni sono essenziali a sopperire il bisogno di energia, altri ad alimentare il continuo ricambio di cellule e altri elementi del corpo, altri a rendere possibili i processi fisiologici, altri ancora hanno funzioni protettive.

Per questa ragione l'alimentazione deve essere quanto più possibile varia ed equilibrata.

•Cereali

Grano, mais, avena, orzo, farro e gli alimenti da loro derivati (pane, pasta, riso) apportano all'organismo carboidrati, che rappresentano la fonte energetica principale dell'organismo, meglio se consumati integrali. Contengono inoltre vitamine del complesso B e minerali, oltre a piccole quantità di proteine.

•Frutta e ortaggi

Sono una fonte importantissima di fibre, un elemento essenziale nel processo digestivo.

Frutta e ortaggi sono inoltre ricchi di vitamine e minerali, essenziali nel corretto funzionamento dei meccanismi fisiologici. Contengono, infine, antiossidanti che svolgono un'azione protettiva.

•Carne, pesce, uova e legumi

Questi alimenti hanno la funzione principale di fornire proteine, una classe di molecole biologiche che svolge una pluralità di funzioni. Partecipano alla "costruzione" delle diverse componenti del corpo, favoriscono le reazioni chimiche che avvengono nell'organismo, trasportano le sostanze nel sangue, sono componenti della risposta immunitaria: forniscono energia "di riserva", aiutano l'assorbimento di alcune vitamine e di alcuni antiossidanti, sono elementi importanti nella

costruzione di alcune molecole biologiche.

Un insufficiente apporto di proteine può compromettere queste funzioni (per esempio si può perdere massa muscolare), ma un eccesso è altrettanto inappropriato: le proteine di troppo vengono infatti trasformate in depositi di grasso e le scorie di questa trasformazione diventano sostanze, che possono danneggiare fegato e reni.

Le carni, in particolare quelle rosse, contengono grassi saturi e colesterolo. Pertanto, vanno consumate con moderazione.

Vanno consumati con maggior frequenza il pesce, che ha un effetto protettivo verso le malattie cardiovascolari (contiene i grassi omega-3) e i legumi, che rappresentano la fonte più ricca di proteine vegetali e sono inoltre ricchi di fibre.

•**Latte e derivati**

Sono alimenti ricchi di calcio, un minerale essenziale nella costruzione delle ossa. E' preferibile il consumo di latte scremato e di latticini a basso contenuto di grassi.

•**Acqua**

Circa il 70% dell'organismo umano è composto di acqua e la sua presenza, in quantità adeguate, è essenziale per il mantenimento della vita.

L'acqua è, infatti, indispensabile per lo svolgimento di tutti i processi fisiologici e delle reazioni biochimiche che avvengono nel corpo, svolge un ruolo essenziale nella digestione, nell'assorbimento, nel trasporto e nell'impiego dei nutrienti.

È il mezzo principale attraverso cui vengono eliminate le sostanze di scarto dei processi biologici. Per questo, un giusto equilibrio del "bilancio idrico" è fondamentale per conservare un buono stato di salute nel breve, nel medio e nel lungo termine.

La quantità giusta

Il fabbisogno di energia varia nel corso della vita ed è diverso tra uomini e donne, dipende:

- dall'attività fisica (persone che svolgono lavori "fisici" hanno un fabbisogno maggiore rispetto a quanti svolgono lavori da ufficio)
- dallo stile di vita (chi pratica regolarmente attività fisica necessita di maggior energia rispetto a quanti conducono una vita sedentaria)
- dalle caratteristiche individuali (la statura, la corporatura ecc.)
- dall'età.

I cibi giusti

Una sana alimentazione è quella che fornisce all'organismo tutte le sostanze nutritive di cui necessita nella giusta proporzione.

È consigliabile dividere opportunamente le calorie di cui abbiamo bisogno nel corso della giornata. Sarebbe corretto che le calorie assunte fossero ripartite per il 20% a colazione, per il 5% a metà mattina, per il 40% a pranzo, per il 5% a metà pomeriggio, per il 30% a cena. Un modello da seguire è quello della dieta mediterranea. Molti studi scientifici ne hanno dimostrato la capacità di produrre benefici per l'organismo e ridurre il rischio di malattie croniche.

Oltre a queste indicazioni di base, per una corretta alimentazione è fondamentale seguire alcuni suggerimenti:

- fare sempre una sana prima colazione con latte o yogurt, qualche fetta biscottata ed un frutto
- variare spesso le scelte e non saltare i pasti
- consumare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno
- ridurre quanto più possibile il consumo di sale privilegiando le spezie per insaporire i cibi
- limitare il consumo di dolci
- preferire l'acqua, almeno 1,5-2 litri al giorno limitando le bevande zuccherate
- ridurre il consumo di alcol.

Cosa consumare con limitazione

•Grassi da condimento

È buona abitudine non esagerare con i grassi da condimento ed è meglio preferire quelli di origine vegetale come l'olio extravergine d'oliva.

•Sale

Contiene il sodio che è un minerale essenziale per il funzionamento dell'organismo. Tuttavia, il sodio contenuto naturalmente negli alimenti è sufficiente a soddisfare il fabbisogno. Non ci sarebbe, dunque, nessuna necessità di aggiungerlo all'alimentazione, se non per rendere più gustose le pietanze. Soprattutto perché un eccessivo consumo di sale favorisce la comparsa di ipertensione arteriosa, di alcune malattie del cuore e dei reni.

•Zucchero e cibi zuccherati

Sono composti da carboidrati con una struttura molto semplice che, proprio in virtù di questa semplicità, vengono impiegati dall'organismo come immediata fonte di energia.

Tuttavia, non occorre esagerare nell'assunzione poiché questi stessi carboidrati sono presenti in molti alimenti costitutivi della alimentazione. Un eccessivo consumo può dunque aumentare il rischio di insorgenza di obesità, diabete e malattie cardiovascolari.

•Alcol

Il costituente fondamentale e caratteristico di ogni bevanda alcolica è l'etanolo, sostanza estranea all'organismo e non essenziale. Pur non essendo un nutriente, l'etanolo apporta una cospicua quantità di calorie che si sommano a quelle degli altri alimenti e contribuire all'aumento di peso.

Cosa si può prevenire

L'alimentazione, assieme all'attività fisica e all'astensione dal fumo, ha un ruolo fondamentale nella prevenzione di molte malattie. Ecco un elenco di quelle più comuni.

Malattie cardiovascolari

Sono la prima causa di morte al mondo. Dopo il fumo e l'età, un'alimentazione non equilibrata rappresenta il fattore di rischio principale per questo gruppo di malattie. A influire negativamente è un'alimentazione ricca di grassi saturi e povera di fibre, che favorisce l'insorgenza di aterosclerosi.

Obesità

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità l'obesità colpisce nel mondo quasi mezzo miliardo di persone. Rappresenta uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza delle malattie cardiovascolari, del diabete di tipo 2, di alcuni tumori, dell'artrosi, dell'osteoporosi. L'alimentazione gioca un ruolo fondamentale assieme alla mancanza di attività fisica.

Diabete di tipo 2

Colpisce circa il 6% della popolazione mondiale e fra le sue complicanze annovera le malattie cardiovascolari, le malattie renali, la vascolopatia diabetica (piede diabetico) e la cecità. Le persone che ne sono affette hanno un'aspettativa di vita ridotta rispetto alla popolazione generale. Tra gli elementi che possono favorirne la comparsa c'è anche uno stile alimentare errato.

Osteoporosi

Un'alimentazione povera di calcio e vitamina D nel corso della vita, associata ad una scarsa attività fisica, può facilitare il danno osseo causato da condizioni come l'osteoporosi, una patologia molto diffusa soprattutto a causa dell'allungamento della vita, che aumenta il rischio di fratture e riduce la qualità di vita.

Corretta alimentazione significa anche adattare la propria alimentazione al momento della vita che si sta attraversando.

Le indicazioni valide per la popolazione generale possono, infatti, necessitare di leggeri adattamenti, che rispondano alle necessità del corpo caratteristiche di particolari periodi.

Durante la **gravidanza**, per esempio, è necessario apportare nutrienti che soddisfino il fabbisogno della mamma, ma anche quello di crescita del feto. In gravidanza è necessario evitare di prendere troppo peso, controllando il peso e affidandosi ai consigli dietetici del medico per ridurre al minimo i rischi di complicanze.

L'organismo dei bambini, va tenuto presente, utilizza parte dell'energia assunta con il cibo per la crescita.

Gli anziani, al contrario, possiedono processi di utilizzo del cibo rallentati. È quindi opportuno scegliere con cura la quantità e la tipologia di nutrienti in maniera appropriata in ogni fase della vita.

Bambini

L'alimentazione dei più piccoli è fondamentale per una normale crescita, per prevenire malattie croniche e per acquisire uno stile alimentare sano che si porterà avanti per tutta la vita. Tuttavia, i bisogni nutrizionali di bambini sono peculiari. Innanzitutto, perché il loro bisogno in energia e in nutrienti è più alto, in rapporto al peso, rispetto a quello degli adulti. Ciò impone di adottare uno stile alimentare distribuito in **5 pasti quotidiani**: oltre ai **3 principali, 2 spuntini** che facciano fronte ai bisogni nutritivi, senza portare però a un eccessivo introito di calorie. È fondamentale che la dieta sia varia, ricca e abbia un alto contenuto di frutta e ortaggi. Fondamentale è l'apporto di proteine, vitamine (soprattutto la C, la D e il complesso B) e sali minerali (soprattutto calcio, ferro e iodio, quest'ultimo anche mediante l'uso di sale iodato). I bambini andrebbero incoraggiati ad assaggiare cibi diversi e a masticare bene il cibo. È importante, inoltre, che siano attivi fisicamente per almeno 1 ora al giorno, anche solo correndo e giocando, e che non trascorrono molto tempo della loro giornata in attività sedentarie.

Adolescenti

L'adolescenza è un momento decisivo nella vita: il corpo cresce rapidamente, si registrano cambiamenti ormonali. E di pari passo cambia il fabbisogno di sostanze nutritive. Aumenta la necessità di proteine, ferro, calcio, vitamine A, C e D. L'alimentazione, dunque dovrà prestare particolare attenzione a un corretto consumo degli alimenti che contengono questi nutrienti. Inoltre, molta attenzione va posta alla tendenza, in questo periodo della vita, specie tra le ragazze, a seguire un'alimentazione squilibrata per cercare di ridurre il peso.

Donne in menopausa

I cambiamenti ormonali, che si verificano con la menopausa, espongono l'organismo all'aumento di rischio per molte malattie.

Il cuore e i vasi sanguigni, per esempio, perdono protezione dall'aterosclerosi e dalla trombosi, si perde più rapidamente il calcio dei tessuti ossee e aumenta quindi il rischio di osteoporosi.

Allo stesso tempo, si registra una diminuzione del bisogno di energia e la cessazione dei flussi mestruali riduce notevolmente il fabbisogno di ferro.

A questa mutata situazione bisogna rispondere con l'alimentazione, che deve ricalcare l'alimentazione della donna adulta sana, salvo alcune correzioni legate all'età e alla particolare condizione ormonale.

In generale, è opportuno ridurre l'apporto calorico, mentre è utile aumentare il consumo di latte e derivati, privilegiando il latte scremato a scapito di latte intero e latticini che possono avere un elevato contenuto di grassi.

Occorre preferire il pesce, le carni magre, i legumi per soddisfare il fabbisogno quotidiano di proteine.

Anziani

È sbagliato pensare che le persone anziane debbano mangiare in maniera completamente diversa rispetto agli adulti.

Se non ci sono ragioni mediche che lo impediscano, l'alimentazione indicata per gli anziani è sovrapponibile a quella dell'adulto se non per la quantità: il bisogno di energia infatti diminuisce

all'aumentare dell'età e, pertanto, di questo si dovrà tenere conto nella scelta dell'alimentazione. Concretamente, gli anziani devono consumare la stessa quantità di proteine che erano soliti consumare in precedenza, privilegiando latte, formaggi latticini a basso contenuto di grassi, legumi, uova, pesce e la carne (soprattutto carne magra e pollame).

Sono da ridurre i grassi, preferendo quelli più ricchi in acidi monoinsaturi (olio di oliva) e polinsaturi (olio di semi).

Anche se in quantità inferiori rispetto a un adulto, occorre continuare ad assumere i carboidrati complessi, come quelli apportati da cereali, pane integrale, legumi e certi tipi di verdura e di frutta, che forniscono energia, fibra, ferro, insieme ad altri minerali e vitamine. Da limitare gli zuccheri raffinati, i salumi, i formaggi stagionati e, in generale, i cibi ricchi di sale.

Naturalmente, occorrerà scegliere gli alimenti sulla base delle condizioni dell'apparato masticatorio, anche per facilitare i processi digestivi che nell'anziano sono meno efficienti.

Quindi, sarà necessario prestare attenzione anche alla preparazione dei cibi: tritare le carni, grattugiare o schiacciare frutta ben matura, preparare minestre, purea e frullati, scegliere un pane morbido o ammorbardarlo in un liquido, possono essere soluzioni per continuare ad avere un'alimentazione varia e sana.

Fumo⁴¹

Secondo l'OMS il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di morte evitabile



Il consumo di tabacco (tabagismo) rappresenta uno dei più grandi problemi di sanità pubblica a livello mondiale ed è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie.

Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di morte evitabile.

L'OMS calcola che quasi 6 milioni di persone

perdono la vita ogni anno per i danni da tabagismo, fra le vittime oltre 600.000 sono non fumatori esposti al fumo passivo.

Il fumo uccide una persona ogni sei secondi ed è a tutti gli effetti un'epidemia fra le peggiori mai affrontate a livello globale.

Il totale dei decessi entro il 2030 potrebbe raggiungere quota 8 milioni all'anno e si stima che nel XXI secolo il tabagismo avrà causato fino a un miliardo di morti.

Si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco in Italia dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Secondo il Rapporto 2018 sulla

prevenzione e controllo del tabagismo, realizzato dalla D.G. Prevenzione del Ministero della salute, in Italia nel 2016 i fumatori di tabacco sono circa il 20% della popolazione ultraquattordicenne, con forti differenze di genere (24,8% maschi e 15,1% femmine). Il consumo medio di sigarette al giorno è di circa 12 sigarette, ¼ dei fumatori ne consuma più di un pacchetto al giorno.

Il fumo non è responsabile solo del tumore del polmone, ma rappresenta anche il principale fattore di rischio per le malattie respiratorie non neoplastiche, fra cui la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) ed è uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare: un fumatore ha un rischio di mortalità, a causa di una coronaropatia, superiore da 3 a 5 volte rispetto a un non fumatore. Un individuo che fuma per tutta la vita ha il 50% di probabilità di morire per una patologia direttamente correlata al fumo e la sua vita potrebbe non superare un'età compresa tra i 45 e i 54 anni.

In generale, va considerato che la qualità di vita del fumatore è seriamente compromessa, a causa della maggiore frequenza di patologie respiratorie (tosse, catarro, bronchiti ricorrenti, asma ecc.) e cardiache (ipertensione, ictus, infarto ecc.) che possono limitare le attività della vita quotidiana. In questi anni a livello sia nazionale che internazionale si stanno sempre più sviluppando interventi di prevenzione e di cura per affrontare “questa epidemia” in modo complessivo.

Fumatori giovani

Nonostante la diminuzione del numero dei fumatori nei paesi industrializzati, resta preoccupante la percentuale dei fumatori giovani. L'abitudine al fumo di tabacco è più diffusa, infatti, nelle fasce di età giovanili ed adulte. In particolare, tra i maschi la quota più elevata si raggiunge tra i 25 e i 34 anni e si attesta al 33,5%, mentre tra le femmine si raggiunge tra i 55-59 anni (20,4%).

L'iniziazione e lo sviluppo dell'abitudine al fumo tra i giovani progredisce secondo una sequenza solitamente composta di 5 fasi:

- sviluppo di credenze e attitudini relative al tabacco
- sperimentazione con finalità di prova
- adozione del comportamento a breve termine
- uso regolare
- dipendenza.

Le motivazioni che spingono i giovani a fumare dipendono da un processo multifattoriale complesso, come fattori di rischio ambientali (accessibilità, ai prodotti a base di tabacco, accettazione del tabacco nel contesto sociale di vita, disagio familiare), sociodemografici (basso livello socio-economico) e comportamentali-individuali (basso livello di scolarità, scarse capacità nel resistere all'influenza sociale, basso livello di autostima e di autoefficacia).

Per contrastare questo problema, che racchiude in sé, sia aspetti sanitari che sociali, la comunità scientifica raccomanda programmi di prevenzione da rivolgere, sia alla società nel suo complesso e alla popolazione “sana” (prevenzione ambientale e universale), che a gruppi e individui a rischio (prevenzione selettiva e indicata).

In linea generale l'obiettivo degli interventi di prevenzione è quello di contrastare l'uso di sostanze nella comunità e tra i giovani, attraverso la riduzione dei fattori di rischio e l'acquisizione di competenze e abilità personali (*life skills*), che vadano ad influenzare i fattori di protezione.



Uno dei contesti privilegiati dove poter sviluppare programmi di prevenzione efficaci è quello scolastico, attraverso interventi partecipativi, volti a fornire informazioni corrette sull'uso del tabacco e, contestualmente, a facilitare lo sviluppo di competenze dei giovani, come il pensiero critico, la capacità decisionale e la gestione delle emozioni. L'efficacia di questi interventi aumenta se viene coinvolta la famiglia e il contesto sociale di appartenenza.

In generale questi interventi devono avere la finalità di promuovere l'*empowerment* delle persone e della comunità di riferimento, affinché ognuno possa fare scelte sulla salute consapevoli.

Fumo gravidanza

Il periodo della gravidanza è un momento speciale per smettere di fumare, chiedendo aiuto sia al ginecologo che ai servizi sanitari, cogliendo l'opportunità per smettere di fumare definitivamente. Inoltre è importante che anche i familiari fumatori che vivono con una donna in gravidanza, in primo luogo l'altro genitore, decidano di smettere di fumare. Il momento dell'arrivo di un bambino può essere un'opportunità per tutta la famiglia per migliorare la qualità della propria vita.

Molti studi hanno dimostrato che il tabagismo della madre, durante la gravidanza, è una delle cause di aborto spontaneo, di parto prematuro, così come di aumento della mortalità e morbilità perinatale e infantile; inoltre è causa da aumentato rischio di sindrome di morte improvvisa del lattante, di basso peso alla nascita, di sindrome di astinenza neonatale da nicotina.

Gli studi evidenziano, inoltre, un ritardo nella crescita cognitiva nell'infanzia, un rischio maggiore di infezioni respiratorie, asma e alterazioni in alcuni cromosomi fetali più sensibili ai composti genotossici del tabacco.

Le madri che fumano hanno meno latte e di minore qualità rispetto ad una non fumatrice la produzione di latte nel tempo è più breve.

Come smettere

Sebbene molte persone riescano a smettere di fumare anche da sole, grazie a una forte motivazione e forza di volontà, molte altre hanno bisogno di un supporto specialistico, a causa della dipendenza, che può essere fisica, psicologica e comportamentale. Tali aspetti sono molto correlati tra loro e dipendono da fattori individuali, culturali e ambientali.

Negli ultimi anni per aiutare le persone a smettere di fumare sono state rese disponibili terapie efficaci, sia farmacologiche che psicologiche.

Le terapie farmacologiche servono per contrastare la dipendenza fisica agendo sui sintomi dell'astinenza.

I farmaci disponibili, di cui ne è stata provata l'efficacia, sono:

- sostitutivi della nicotina (NRT, Nicotine Replacement Therapy) in formato di cerotti, inalatori, gomme da masticare e compresse.
- antidepressivi (bupropione e nortriptilina)
- agonisti parziali della nicotina (varenicrina)

L'intervento di tipo psicologico è basato sul counselling individuale e di gruppo.

Il supporto psicologico ha la finalità di aiutare il paziente ad affrontare i temi legati alle motivazioni che lo spingono a fumare, ai costi e ai benefici dello smettere ecc.

Nell'ambito dell'intervento vengono indicate strategie comportamentali, al fine di superare situazioni di crisi e, in alcuni casi può essere fornito materiale di auto-aiuto, che il paziente può utilizzare come supporto a casa.

In base alle evidenze disponibili nella letteratura medica si è potuto osservare che i migliori risultati a lungo termine sono quelli che si raggiungono con i trattamenti integrati, in cui le terapie farmacologiche sono associate agli interventi psicologici.

I Centri antifumo

In Italia sono attivi Servizi per la Cessazione dal Fumo di Tabacco (Centri Antifumo - CAF), afferenti sia al Servizio sanitario nazionale (SSN) (strutture ospedaliere e unità sanitarie locali), che al privato sociale (ad esempio Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori – LILT).

Tali Centri, che costituiscono un'importantissima risorsa per aiutare le persone a smettere di fumare, garantiscono trattamenti basati su prove di efficacia, che tengono conto delle linee guida nazionali e internazionali.

Dati scientifici rilevano che tra coloro che hanno tentato di smettere, la probabilità di successo è 5 volte maggiore se si ricorre all'aiuto del medico o se il fumatore si rivolge ai Centri Antifumo.

I CAF vengono ogni anno censiti e aggiornati dall'Osservatorio fumo, alcol e droga, OssFAD, dell'Istituto superiore di sanità (ISS), che raccoglie informazioni su dati strutturali (nome della struttura, indirizzo, telefono e nome del referente), modalità di contatto e di accesso, tipologia dell'intervento effettuato.

Nel 2017 risultano attivi 366 CAF, di cui 307 presso strutture del SSN (ospedali e ASL), 56 presso la LILT e 3 presso altri enti del privato sociale.

I centri sono distribuite in tutta Italia e offrono programmi di assistenza, basati sulla terapia farmacologica, sul counselling individuale e sulla terapia di gruppo.

L'accesso al CAF è generalmente regolamentato da una compartecipazione alla spesa (*ticket sanitario*) e in alcuni casi è gratuito. Attualmente anche i costi dei farmaci per la disassuefazione devono essere sostenuti dai pazienti, in quanto non sono a carico del SSN.

Le informazioni sui “[Centri antifumo](#)” possono essere richieste anche al Telefono verde contro il fumo dell'Istituto superiore di sanità.

Il Telefono verde contro il fumo

I servizi del [Telefono verde contro il fumo \(TVF\) 800 554088](#) sono riconosciuti a livello nazionale ed internazionale quali strumenti efficaci per facilitare l'accesso alle informazioni e ai servizi.

Il Telefono verde è un servizio che svolge attività di consulenza sulle problematiche legate al fenomeno del tabagismo, rappresentando un collegamento tra Istituzione e cittadino-utente, un punto d'ascolto e di monitoraggio.

Il TVF è un servizio **nazionale, anonimo e gratuito**, attivo dal **lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 16.00**.

Nell'ambito del colloquio telefonico, condotto da professionisti adeguatamente formati, gli utenti vengono aiutati ad affrontare la problematica riportata.

Il servizio fornisce informazioni sulle terapie e i metodi per smettere di fumare, sui Centri antifumo, sulla legislazione relativa al fumo di tabacco e sulle attività realizzate dall'OssFAD.

Il numero del telefono verde contro il fumo è stato inserito, col **D.L.vo n.6 del 2016**, su tutti i pacchetti di sigarette e tabacco da arrotolare. Ciò ha comportato un forte incremento di telefonate, che sono passate dalle 500 nel 2014 alle circa 15.000 nel 2017. Sono più gli uomini a chiamare rispetto alle donne e le persone di età compresa tra i 46 e i 55 anni, quasi esclusivamente i fumatori ma anche i loro familiari.

Le droghe⁴²

Per droga si intende una qualunque sostanza in grado di cambiare il modo in cui il corpo e la mente funzionano



Nella storia umana se ne sono alternate centinaia, la maggior parte delle quali accomunate da una peculiare caratteristica: sono in grado di causare dipendenza, una vera e propria malattia per cui la persona perde ogni possibilità di controllo sull'abitudine e che richiede un apposito intervento medico.

La dipendenza

Esistono due tipi di dipendenza:

•**Psichica** - nasce dalla sensazione di non poter più vivere senza la droga. È una dipendenza insidiosa e che non passa mai del tutto.

•**Fisica** - è innescata dalla capacità delle droghe di alterare alcuni importanti processi che hanno luogo nel cervello. Il corpo si adatta alla presenza della sostanza e non riesce a farne a meno

soffrendo, in caso di un consumo insufficiente, di crisi di astinenza che causano sintomi che possono essere anche molto intensi.

Nasce da questo il potere insidioso delle droghe. Chi comincia a farne uso è sempre convinto di dominarne il consumo. Ma basta poco perché la catena di comando si inverta. Non esiste un numero di dosi al di sotto delle quali una droga non innesca dipendenza. Questa soglia cambia da individuo a individuo. E da droga a droga (per esempio, l'eroina è in grado di causare dipendenza con pochissime assunzioni).

Per questo il consumo di droga è sempre a rischio.

Craving: ⁴³ (smania) è la versione patologica del desiderio: il desiderio che non risponde più al piacere. Non lo presuppone, non lo evoca più, non cade con l'assenza di piacere. In termini tecnici si dice che una dipendenza si ha quando il "liking" (piacere) non va più a braccetto con il "wanting" (voglia), perché la voglia procede da sola e in una direzione. La voglia in questo caso è diventata "craving" (desiderio patologico). È ovvio che un desiderio non più controllato, e che non si regola più in base al piacere, produrrà alla fine sofferenza e vuoto.

Un effetto di breve durata

Una volta innescata la dipendenza, tutte le droghe sono soggette a tolleranza: l'organismo si adatta alla presenza della sostanza e occorrono sempre maggiori quantità per ottenere la stessa intensità di effetti.

Ciò fa sì che vengano consumate quantità crescenti di droghe per continuare a godere dei risultati attesi. Questi possono essere i più diversi: talvolta si consumano droghe per ricercare il benessere psico-fisico, altre volte le si impiega a scopo "terapeutico" per contrastare un malessere, altre ancora per migliorare le prestazioni, siano esse quelle mentali, quelle fisiche o sessuali.

In tutti i casi l'effetto delle droghe è temporaneo e, quando svanisce, peggiora la situazione iniziale.

Soprattutto, però, nessuna droga è innocua. Anzi, tutte le droghe possono causare seri danni alla salute:

- compromettono le capacità mentali
- danneggiano organi vitali come il cervello e il cuore fino a portare in alcuni casi alla morte.

Per queste ragioni, se si è già sviluppata una dipendenza, non è mai troppo tardi per rivolgersi a una struttura sanitaria e avviare un percorso di cura.

La migliore protezione contro i danni delle droghe, però, è non cominciare ad assumerle. Neanche per provarle.

Anche quando possono sembrare innocue, tutte le droghe hanno serie conseguenze sulla salute. Nella maggior parte dei casi possono compromettere la salute mentale, causando disturbi anche molto gravi, come depressione, psicosi, paranoie. Se assunte fin da giovani interferiscono

gravemente con la maturazione del cervello, portando a una sua strutturazione anomala che causa gravi disfunzioni cognitive e comportamentali.

Altrettanto spesso, le droghe arrecano danni fisici che possono arrivare fino all'arresto cardiaco a gravi danni cerebrali, alla morte.

Non esistono quantitativi sicuri: le droghe sono dannose a tutti i dosaggi.

Inoltre, la dipendenza provoca tolleranza (vale a dire una minore risposta dell'organismo agli effetti delle droghe) e assuefazione. Ciò fa sì che l'organismo necessiti di quantitativi sempre più elevati di sostanza per continuare a provare la stessa intensità di sensazioni. E, al crescere della quantità assunta, si moltiplicano i rischi di danni.

Cannabis

Spesso è considerata una droga innocua, ma i derivati della cannabis (maijuana e hashish) hanno un'ampia gamma di effetti nocivi. Danneggiano l'apparato respiratorio e quello immunitario, rendendo più fragile quindi l'organismo di chi ne fa uso alle aggressioni di agenti esterni. Causano l'aumento del battito cardiaco (tachicardia) e mal di testa.



Influiscono inoltre sulla memoria e sulla capacità di concentrazione facendo venire meno la coordinazione e la prontezza dei riflessi. L'assunzione in dosi elevate può comportare l'insorgere di paranoie e manie di persecuzione.

Se consumata per lunghi periodi, la cannabis può dar luogo a quella che è definita sindrome amotivazionale, un disturbo caratterizzato da distrazione, apatia, riduzione delle attività, incapacità di gestire nuovi problemi, compromissione del giudizio e delle abilità comunicative.

Cocaina (e crack)

La cocaina è un potente stimolante del sistema nervoso centrale, che può causare seri danni, sia alla salute mentale sia a quella fisica.

In dosi elevate può portare ansia, depressione, nervosismo. Le persone che ne fanno un uso cronico hanno elevate probabilità di soffrire di paranoie e situazioni di delirio mentale.

Ictus, convulsioni, emicranie, complicazioni cardiovascolari, malattie cardiache sono alcune delle più serie conseguenze fisiche. Nelle persone che consumano cocaina per via inalatoria sono comuni danni al setto nasale, perdita dell'olfatto, emorragie nasali, problemi di deglutizione, raucedine, irritazione cronica delle narici con secrezione di muco.

Attraverso l'uso in comune della cannuccia per sniffare, inoltre, si possono trasmettere epatiti e aids.

Ancora più serie le conseguenze del consumo per via iniettiva: setticemie, infezioni, infarti, ictus, arresti cardiaci, edemi polmonari. Inoltre, le iniezioni danneggiano le vene provocando trombosi e ascessi e lo scambio di siringhe può trasmettere il virus dell'Hiv e l'epatite C.

Non è vero che la cocaina dà benefici alla vita sessuale: pur essendo un forte stimolante, rende difficile l'erezione e, a dosi elevate, può condurre all'impotenza.

Ecstasy

È un composto sintetico che ha numerosi effetti dannosi sull'organismo. I più comuni sono un aumento della temperatura corporea e una sudorazione eccessiva, che possono diventare pericolosi e anche mortali, se accompagnati da un'intensa attività fisica in ambienti caldi e poco areati, come le discoteche, dove è particolarmente diffuso l'uso di questa droga.

L'ecstasy induce una sensazione di intimità con le altre persone, un effetto che può favorire comportamenti sessuali a rischio.

Il consumo di ecstasy può favorire l'infarto nelle persone che soffrono di malattie cardiovascolari. È inoltre particolarmente pericolosa per le persone che hanno problemi a carico dei reni o del fegato.

Eroina

È un derivato dell'oppio in grado di provocare con poche dosi la dipendenza, il desiderio di aumentare il dosaggio e crisi di astinenza.

L'eroina causa danni all'intero organismo: riduce le difese immunitarie, induce la caduta dei denti, aumenta le probabilità di sviluppare infiammazione delle vene (flebiti). Inoltre, se viene iniettata senza rispettare le norme igieniche espone al rischio di contrarre infezioni come epatiti e Hiv.

È tra le droghe che dà maggiore dipendenza. Una volta che si è sviluppata, le crisi di astinenza si presentano dopo appena 8 ore dall'assunzione dell'ultima dose e danno malessere, irritabilità, depressione, ansia, crampi, dolori muscolari.

Il rischio maggiore è tuttavia l'overdose: una dose eccessiva di eroina iniettata in vena può provocare coma e morte.

Ketamina

È un anestetico generalmente usato in campo veterinario. Produce effetti psichedelici, che inducono una sensazione di dissociazione tra mente e corpo.

Rende difficile la coordinazione dei movimenti, dà disorientamento, perdita del senso di identità e una sensazione di distacco dalla realtà.

A dosaggi particolarmente elevati può produrre stati mentali simili al coma.

L'uso protracto di ketamina può causare danni permanenti al sistema nervoso, mentre un'overdose può condurre ad arresto cardiaco e a gravi danni cerebrali.



Popper

Sono una serie di sostanze stupefacenti con effetto vasodilatatore, spesso usati per aumentare le prestazioni sessuali. Il consumo di popper causa un drastico aumento del battito cardiaco: è perciò pericolosissimo per chi ha cardiopatie.

Il liquido in cui è formulato danneggia la pelle e le mucose del naso. Inoltre, può provocare perdita di coscienza e abbassamento repentino della pressione, vertigini, mal di testa, alterazioni della vista.



Psichedelici o allucinogeni

Sono sostanze che agiscono sul cervello modificando la percezione dello spazio e del tempo e, per questo, sono in grado di produrre allucinazioni. A questo gruppo di droghe appartengono numerosi composti: l'Lsd, i funghi allucinogeni, la psilocibina, la salvia divinorum, il peyote, la mescalina.

Le droghe psichedeliche hanno effetti difficili da prevedere, che dipendono dalla sensibilità soggettiva. Possono provocare gravi danni psicologici: psicosi, soprattutto nelle persone più giovani, e perdita del senso della realtà. In questi momenti di totale distaccamento o deformazione della realtà, le persone sotto l'effetto di queste sostanze possono provocare danni fisici verso di sé o verso altri.

Smart drugs

Si tratta nella maggior parte dei casi di sostanze di origine vegetale con effetti stimolanti. Sono pericolose soprattutto per le persone con problemi cardiaci, diabete e problemi ai reni. Provocano inoltre serie complicazioni di carattere gastrointestinale.

Speed

Sono preparati che contengono anfetamina o metanfetamina, sostanze stimolanti e anoressizzanti, che provocano una forte diminuzione dell'appetito, un aumento del ritmo cardiaco e della pressione arteriosa.

Un uso prolungato per più giorni comporta un completo crollo psicofisico, che è tanto più grave quanto maggiori sono state le forzature operate sull'organismo (per esempio la veglia forzata).

Quando si è sotto l'effetto di queste sostanze, possono esserci problemi nella comprensione delle proprie azioni, il comportamento può diventare violento e si può arrivare all'isolamento e alla paranoia fino a gravi deliri di persecuzione. Terminato il loro effetto le sensazioni sono invece di svuotamento, irritabilità, depressione.

I derivati dell'anfetamina e della metanfetamina sono molto pericolosi soprattutto per le persone con problemi cardiovascolari: una dose eccessiva può provocare l'infarto.





Violenza di genere 44, 45

Secondo il rapporto dell'OMS Valutazione globale e regionale della **violenza contro le donne: diffusione e conseguenze sulla salute degli abusi sessuali da parte di un partner intimo o da sconosciuti** (in lingua inglese), la violenza contro le donne rappresenta “un problema di salute di proporzioni globali enormi”.

Redatto in collaborazione con la London School of Hygiene & Tropical Medicine e la South African Medical Research Council, il **rapporto analizza sistematicamente i dati sulla diffusione della violenza femminile a livello globale**, inflitta sia da parte del proprio partner, sia da sconosciuti. L'abuso fisico e sessuale è un problema sanitario che colpisce oltre il 35% delle donne in tutto il mondo e, cosa ben più grave, è che ad infliggere la violenza sia nel 30% dei casi un partner intimo. Leggi la sintesi del rapporto.

TIPOLOGIE DI VIOLENZA

La violenza di genere comprende tutte quelle forme di violenza da quella psicologica e fisica a quella sessuale e atti persecutori come lo stalking, lo stupro, fino al femminicidio.

Le principali tipologie di violenza sono:

Violenza Fisica. È la forma di **violenza più riconoscibile in quanto visibile** e coinvolge l'uso della forza contro le vittime con conseguenti lesioni. Le azioni violente comprendono calci, pugni, spintoni, il sovrastare fisicamente, costringere nei movimenti e rompere oggetti come forma d'intimidazione, sputare contro, mordere, picchiare, soffocare, schiaffeggiare, minacciare con e/o usare armi da

fuoco o da taglio e privare il soggetto di cure mediche. Si parla di abuso fisico anche quando l'abusante ha percosso un paio di volte la partner causando lievi ferite che non necessariamente richiedono una visita in ospedale.

Violenza Emotiva. La violenza emotiva è **causata da persistenti insulti, umiliazioni e/o critiche che nel tempo** possono distruggere il valore che la persona ha di sé. L'abuso emotivo è un tipo particolare di violenza per molte donne difficile da capire e da denunciare dal momento che si mantiene in superficie e non ci sono segnali fisici della sua azione. Ma le ferite, anche se non si vedono, sono profonde e minano la stima che la donna ha di se stessa. La violenza emotiva è infine associata ad altri tipi di abusi (fisico, psicologico, economico o sessuale) e spesso precede la violenza fisica.

Violenza Psicologica. Con violenza psicologica s'intende **l'insieme di intimidazioni, minacce o comportamenti che incutono paura e che perseverano nel tempo**. A differenza dell'abuso emotivo che mina il valore della donna, la violenza psicologica ha come strumento elettivo la paura e compromette anche la percezione di sicurezza che la donna ripone in sé e negli altri. Alcuni esempi di abuso psicologico sono: evitare che la vittima parli con altre persone se non sotto il permesso dell'abusante, non permettere alla vittima di lasciare l'appartamento, minacciare o ricattare la vittima di violenza quando è in disaccordo con il partner abusante, ecc. Sia la violenza emotiva che quella psicologica non sono da sole una condizione sufficiente per condurre ad azioni di violenza fisica, anche se spesso le precedono. Inoltre, la perdita del valore di sé unito alla paura del proprio partner e di rompere questo silenzio, rappresentano essi stessi una grave ferita.

Violenza Sessuale. L'abuso sessuale comprende **lo stupro, le molestie, i contatti fisici non graditi e altri comportamenti umilianti ed è definito come qualsiasi situazione nella quale la donna si sente costretta a partecipare a un rapporto sessuale non voluto** o percepito come degradante per la sua persona. Si è vittime di abusi sessuali, anche se si è stati costretti ad avere rapporti non protetti o ad abortire: quest'ultima forma di abuso è conosciuta come coercizione riproduttiva. L'abuso sessuale è frequente nelle relazioni violente nelle quali la donna perderebbe la libertà di esprimere il diritto di rifiutarsi e danneggia profondamente il valore di sé, la fiducia e il senso di sicurezza a causa del livello prolungato di paura al quale si espone. Per approfondimenti clicca qui.

Violenza Economica. Tra i tipi di violenza di genere, **l'abuso economico è forse il meno ovvio e conosciuto. Può assumere diverse forme: ad esempio il partner potrebbe impedire la formazione o l'impegno lavorativo della compagna.** L'abuso economico è molto comune in quelle famiglie in cui c'è un unico partner che gestisce le entrate e le uscite economiche o quando più semplicemente solo uno dei due lavora e l'altro è in una condizione di dipendenza forzata. Non avendo accesso al denaro se non tramite il partner violento, la vittima si sente completamente in balia dell'abusante. Questi infine potrebbe rifiutare di fornire soldi anche per acquistare i beni di prima necessità o altro ancora. L'abuso economico fa sentire la donna fallita e dipendente e, come le altre forme di abuso, mina il suo valore personale aumentando contemporaneamente l'erronea convinzione di avere bisogno del

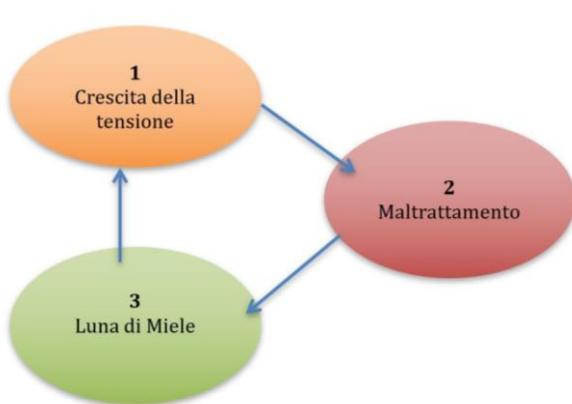
partner per sopravvivere poiché si ritiene priva delle risorse economiche e delle abilità per fronteggiare la vita.

Violenza Assistita. Qualsiasi atto di abuso (fisico, psicologico, emotivo, sessuale o economico) compiuto direttamente su figure significative adulte o minori, a cui si assiste direttamente, come testimoni, o indirettamente, percepiscono gli effetti negativi sul clima familiare. Questo tipo di violenza è un fenomeno purtroppo sottovalutato sebbene l'esposizione a episodi di abuso danneggi seriamente il benessere psico-fisico e le abilità d'interazione sociale del minore e dell'adulto. Al momento manca un sistema d'intervento e una normativa chiara in materia per la presa in carico e la tutela coordinata della donna vittima di violenza e dei testimoni degli abusi. Tale vuoto legislativo può far percepire questo tipo di violenza come meno preoccupante sebbene gli effetti sulla donna e sui testimoni rappresentino un grave danno come avviene per le altre forme di abuso.

IL CICLO DELLA VIOLENZA

La violenza di genere spesso si caratterizza per un'escalation di comportamenti che vanno da iniziali minacce e abusi verbali fino alla violenza agita, di tipo fisico e/o sessuale. Mentre il danno fisico può essere considerato il pericolo più evidente e immediato, le conseguenze emotive e psicologiche della violenza di genere sono altrettanto gravi e non vanno sottovalutate. I rapporti basati sull'abuso possono infatti minare l'autostima delle vittime, le quali riferiscono intensi vissuti di paura e ansia, vergogna e colpa che inducono la persona a sperimentare depressione, sensazione d'impotenza e disperazione.

Molte donne che subiscono gli abusi di un partner violento raccontano di vivere un ciclo ripetuto di tre fasi principali che sono la crescita della tensione, il maltrattamento vero e proprio e la luna di miele rappresentate nell'immagine sottostante. La luna di miele, sembra in qualche modo un ritorno al periodo iniziale del rapporto quando i partner si sono scelti: queste relazioni, infatti, iniziano sempre in modo positivo ed è proprio pensando ai primi momenti felici che le donne alimentano la falsa speranza che il partner cambierà.



Fase 1. Crescita della tensione. In questa fase, il partner può essere estremamente critico, irascibile ed esigente. La donna prova a tenere sotto controllo la situazione tentando di calmare il partner o evitando di dire o mettere in atto azioni che potrebbero sollecitare la sua ira. Molte donne affermano di sentirsi come se "camminassero sulle uova". Con l'aumento della tensione, i tentativi della donna possono perdere di efficacia mentre subentrano le minacce dirette o implicite da parte del partner accompagnate, ad esempio, da comportamenti scontrosi e silenzi ostili. Questo potrebbe già essere il momento giusto per chiedere

un aiuto esterno, ad amici, familiari e/o professionisti (psicologi, forze dell'ordine, centri antiviolenza...).

Fase 2. Il maltrattamento. In questa fase il partner abusante perde il controllo e mette in atto il comportamento violento. L'azione può cominciare con insulti e minacce alle quali può seguire la violenza fisica: spinte, braccia torte, per poi arrivare a schiaffi, pugni e calci fino alla minaccia con oggetti contundenti o armi, o all'effettivo uso di questi. Al fine di segnare ulteriormente il proprio potere, l'abusante potrebbe ricorrere alla violenza sessuale. Infine, in seguito all'esplosione della rabbia, è possibile che provi una sensazione di rilascio della tensione della quale può divenire dipendente. Questo meccanismo rafforza il ripetersi del comportamento violento.

La donna in questa fase si sente completamente impotente nel controllare l'escalation della violenza del partner e potrebbe decidere di non reagire per paura. Dopo l'iniziale shock, può sentirsi responsabile della reazione violenta, come descritto nella successiva sottofase "scarico di responsabilità", ed è possibile che neghi l'accaduto o minimizzi la sua gravità, rifiutandosi di rivolgersi alle autorità competenti per denunciare la violenza e i maltrattamenti o ritirando la denuncia qualora fosse partita.

Fase 3. La luna di miele. Questa fase si divide in due sottofasi:

a) Colpa e Scuse. Dopo l'episodio di violenza, l'abusante potrebbe inizialmente sentirsi in colpa e chiedere scusa per il suo comportamento. In realtà è molto più preoccupato per se stesso e per la sua immagine. Sarà comunque amorevole, attento e mostrerà rimorso per la sua azione, chiederà perdono e prometterà di non farlo mai più, magari di andare in terapia e di fare di tutto per cambiare affinché la donna non si separi da lui, minacciando talvolta anche il suicidio.

b) Scarico di responsabilità. È molto comune che l'abusante si presenti con fiori o doni che sancirebbero il miglioramento avvenuto e la promessa di rinunciare a qualsiasi elemento "esterno a se stesso" in grado di instillare la tensione – come il bere, il lavorare troppo, una relazione extraconiugale, la situazione economica, lo stress eccessivo, ecc. – tutti fattori che entrambi vorrebbero credere essere la "causa effettiva" dell'esplosione. Inoltre, accade spesso che giustifichi la sua reazione attribuendo la responsabilità del suo comportamento alla donna che in qualche modo l'avrebbe provocato.

La fase della luna di miele è paragonabile a una trappola che inganna e incatena la vittima: la donna potrebbe interpretare il comportamento pentito dell'abusante come una promessa di un cambiamento imminente o come un ritorno al periodo felice dell'innamoramento, quando mai avrebbe immaginato di avere a che fare con un partner violento. Durante questa fase, la vittima spesso vede il proprio compagno come solo, bisognoso, disperato e ritiene di essere l'unica che può aiutarlo e salvarlo.

Nelle relazioni violente, questo ciclo si ripete ininterrottamente crescendo d'intensità e pericolosità. Col procedere della relazione la donna è sempre più in pericolo, la fase luna di miele diviene più

breve mentre le altre due aumentano in frequenza e gravità e, se non interrotte in tempo possono, in casi estremi, condurre a gravi danni per la donna fino alla morte.

Nonostante questo, molte donne ancora decidono di non denunciare e di ritornare dal partner violento. Questo accade anche perché le vittime ritengono erroneamente che la situazione possa cambiare, che è stata colpa loro, che è ancora tutto sotto il loro controllo e che, se faranno maggiore attenzione la prossima volta non succederà.

I servizi del Sistema sanitario nazionale

Il nostro sistema sanitario mette a disposizione di tutte le donne, italiane e straniere, una rete di servizi sul territorio, ospedalieri e ambulatoriali, socio-sanitari e socio-assistenziali, anche attraverso strutture facenti capo al settore materno-infantile, come ad esempio il consultorio familiare, al fine di assicurare un modello integrato di intervento.

Uno dei luoghi in cui più frequentemente è possibile intercettare la vittima è il Pronto Soccorso. E' qui che le vittime di violenza, a volte inconsapevoli della loro condizione, si rivolgono per un primo intervento sanitario. Nello specifico, presso alcuni Pronto soccorso in Italia si sta sperimentando un percorso speciale per chi subisce violenza, contrassegnato da un codice rosa, o uno spazio protetto, detto stanza rosa, in grado di offrire assistenza dal punto di vista fisico e psicologico e informazioni sotto il profilo giuridico, nel fondamentale rispetto della riservatezza.

La normativa sulla violenza

La prima significativa innovazione legislativa in materia di violenza sessuale, in Italia, si era avuta con l'approvazione della Legge 15 febbraio 1996, n. 66, che ha iniziato a considerare la violenza contro le donne come un delitto contro la libertà personale, innovando la precedente normativa, che la collocava fra i delitti contro la moralità pubblica ed il buon costume.

Con la Legge 4 aprile 2001, n. 154 vengono introdotte nuove misure volte a contrastare i casi di violenza all'interno delle mura domestiche con l'allontanamento del familiare violento.

Nello stesso anno vengono approvate anche le Leggi n. 60 e la Legge 29 marzo 2001, n. 134 sul patrocinio a spese dello Stato per le donne, senza mezzi economici, violentate e/o maltrattate, uno strumento fondamentale per difenderle e far valere i loro diritti, in collaborazione con i centri anti violenza e i tribunali.

Con la Legge 23 aprile 2009, n. 38 sono state inasprite le pene per la violenza sessuale e viene introdotto il reato di atti persecutori ovvero lo stalking.

Il nostro Paese ha compiuto un passo storico nel contrasto della violenza di genere con la legge 27 giugno 2013 n. 77, approvando la ratifica della Convenzione di Istanbul, redatta l'11 maggio 2011. Le linee guida tracciate dalla Convenzione costituiscono infatti il binario e il faro per varare efficaci provvedimenti, a livello nazionale, e per prevenire e contrastare questo fenomeno.

Il 15 ottobre 2013 è stata approvata la Legge 119/2013 (in vigore dal 16 ottobre 2013) "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, che reca disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere".

Linee guida soccorso e assistenza donne vittime di violenza

Il 24 novembre 2017 sono state approvate con DPCM le Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza.

Obiettivo delle linee guida è quello di fornire un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna. Il provvedimento prevede, dopo il triage infermieristico, salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (rosso o equivalente), che alla donna sia riconosciuta una codifica di urgenza relativa (codice giallo o equivalente) per garantire una visita medica tempestiva (tempo di attesa massimo 20 minuti) e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari.

Le linee guida prevedono, inoltre, l'aggiornamento continuo delle operatrici e operatori, indispensabili per una buona attività di accoglienza, di presa in carico, di rilevazione del rischio e di prevenzione.

Sitografia e bibliografia

1. FNOPI, Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche.(2025). *Codice deontologico delle professioni infermieristiche*. Roma. Disponibile in: https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/03/FNOPI_CodiceDeontol2025_web.pdf [28 settembre 2025]
2. Ministero della Salute.(2019).*Rapporti internazionali*. Roma. Disponibile in: <http://www.salute.gov.it/portale/rapportiinternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=1784&area=rapporti&menu=mondiale> [20 ottobre 2023]
3. Enciclopedia Treccani. (2023). *Seconda Guerra mondiale*. Roma. Disponibile in: <http://www.treccani.it/enciclopedia/seconda-guerra-mondiale/> [20 ottobre 2023]
4. Centro di Ateneo per i Diritti Umani - Università di Padova(2023) *Articolo 25 - Abbiamo cura di te*. Padova. Disponibile in: <https://unipd-centrodirittiumanì.it/it/schede/Articolo-25-Abbiamo-cura-di-te/29> [20 ottobre 2023]
5. Ministero della Salute. (2019) .*Organizzazione Mondiale Sanità*. Roma. Disponibile in: <http://www.salute.gov.it/portale/rapportiinternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=1784&area=rapporti&menu=mondiale> [20 ottobre 2023]
6. Senato della Repubblica.(2023) *La Costituzione*. Roma. Disponibile in: <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione> [20 ottobre 2023]
7. *Enciclopedia Treccani*. (2019) *Beveridge of Tuggal, William Henry*. Roma. Disponibile in: <http://www.treccani.it/enciclopedia/beveridge-of-tuggal-william-henry/> [20 ottobre 2023]
8. Portale Asl Viterbo.(2019). *Alma Ata*. Viterbo. Disponibile in: https://www.asl.vt.it/Staff/Formazione/educazione/files/doc_org_mondiale/a%20ATA.pdf [20 ottobre 2023]
9. Gazzetta Ufficiale.(2019).*Servizio Sanitario Italiano. LEGGE 23 dicembre 1978*. Roma. Disponibile in: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1978&atto.codiceRedazionale=078U0833&elenco30giorni=false [20 ottobre 2023]
- 10.Gazzetta Ufficiale. (2019). Ordinamento del sistema sanitario Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.Roma. Disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/01/07/094A0049/sg> [20 ottobre 2023]
- 11.Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute.(2019). 1° Conferenza sulla salute
12. Carta di Ottawa per la promozione della salute. Roma. Disponibile in: <https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/2020/11/11/Carta%20Ottawa.pdf> [20 ottobre 2023]
13. Portale Asl Viterbo. (2019). *La salute per tutti nel 21° secolo*. Viterbo. Disponibile in: https://www.asl.vt.it/Staff/Formazione/educazione/files/doc_org_mondiale/f%201998%20HEALTH%2021.pdf [20 ottobre 2023]
14. OMS. (2019). *Nursing in Europe: a resource for better health*. Ginebra. Disponibile in: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107350> [20 ottobre 2023]
15. European Commission. (2019). *Glossary:Healthy life years (HLY) - Statistics Explained*. Choose your language | Choisir une langue | Wählen Sie eine Sprache. Bruxelles. Disponibile in: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Healthy_life_years_\(HLY\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Healthy_life_years_(HLY)) [20 ottobre 2023]
16. Schwartz S, Richardson J, Glasziou PP. Quality-adjusted life years: origins, measurements, applications, objections. Aust J Public Health. 1993 Sep;17(3):272-8. doi: 10.1111/j.1753-6405.1993.tb00149.x. PMID: 8286504. [20 ottobre 2023]
17. WHO |World Health Organization.(2019). *Indicator Metadata Registry Details*. Ginebra. Disponibile in: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158>

18. Simonella I., Simonelli F.-Atlante concettuale della salutogenesi. Modelli e teorie di riferimento per generare salute. Franco Agnelli. 2010 [20 ottobre 2023]
19. Modello transteoretico di Di Clemente e Prockaska (2019). Dors PDF
Disponibile in: www.dors.it/alleg/ragazzoni_quaderno [20 ottobre 2023]
20. Marcadelli S., Obbia P., Prandi C. (2018), *Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica*, EDRA, Milano. [20 ottobre 2023]
21. Marcadelli S., Obbia P., Prandi C. (2018), *Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica*, EDRA, Milano. [20 ottobre 2023]
22. Marcadelli S., Obbia P., Prandi C. (2018), *Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica*, EDRA, Milano. [20 ottobre 2023]
23. Rifkin S. B. (2003). A framework linking community empowerment and health equity: it is a matter of CHOICE. *Journal of health, population, and nutrition*, 21(3), 168–180. [20 ottobre 2023]
24. Epicentro. (2019). *Guadagnare salute*. Roma. Disponibile in: <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/programma/> [20 ottobre 2023]
25. WHO. (2019). *Gaining in health*. Ginebra. Disponibile in: www.euro.who.int/data/assets/pdf_file [20 ottobre 2023]
26. Ministero della Salute. (2019). *Cosa sono i sistemi di sorveglianza*. Roma. Disponibile in: [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?area=stiliVita&id=2950&lingua=italiano&menu=sorveglianza#:~:text=I%20sistemi%20di%20sorveglianza%20permettono,osservare%20cambiamenti%20a%20seguito%20di](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?area=stiliVita&id=2950&lingua=italiano&menu=sorveglianza#:~:text=I%20sistemi%20di%20sorveglianza%20permettono,osservare%20 cambiamenti%20a%20seguito%20di) [20 ottobre 2023]
27. Ministero della Salute. (2019). *Passi - Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*. Roma. Disponibile in http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2953&area=stiliVita&menu=sorveglianza [20 ottobre 2023]
28. Ministero della Salute. (2019). *Passi - Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*. Roma. Disponibile in:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2953&area=stiliVita&menu=sorveglianza [20 ottobre 2023]
29. WHO. (2019). *HBSC - Health behaviour in school-aged children*. Ginebra. Disponibile in:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2954&area=stiliVita&menu=sorveglianza [20 ottobre 2023]
30. Ministero della Salute. (2019). *Piattaforma nazionale per Guadagnare salute*. Roma. Disponibile in: https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?area=stiliVita&id=2955&lingua=italiano&menu=vuoto [20 ottobre 2023]
31. Ministero della Salute. (2019). *Guadagnare salute, rinnovato il Protocollo d'intesa tra il Ministero della salute e la Rete Italiana Città Sane OMS*. Roma. Disponibile in:
https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dal_ministero&id=5838
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=682&area=stiliVita&menu=protocolli [20 ottobre 2023]
32. AULSS 1 Dolomiti. (2019). *SISP – Screening - AULSS 1 Dolomiti*. Belluno. Disponibile in: <http://www.aulss1.veneto.it/service/sisp-screening/> [20 ottobre 2023]
33. Poland B, Krupa G, McCall D. Settings for health promotion: an analytic framework to guide intervention design and implementation. *Health Promot Pract*. 2009 Oct;10(4):505-16. doi: 10.1177/1524839909341025. PMID: 19809004.
34. WHO/Europe. (2019). *Noncommunicable diseases - Reducing the burden of noncommunicable disease requires action at all stages of life*. Ginebra. Disponibile in:
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2019/02/reducing-the-burden-of-noncommunicable-disease-requires-action-at-all-stages-of-life> [20 ottobre 2023]

35. Quotidiano Sanità. (2019). *OMS Ecco la ‘top ten’ delle cause di morte nel mondo nel 2016, responsabili del 54% dei decessi. Cardiopatie e ictus al primo posto.* Roma. Disponibile in:
https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=62315 [20 ottobre 2023]
36. Eurostat. (2019). Causes of death standardised_death EU 2016. Bruxelles. Disponibile in:
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/a/a6/Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate%2C_EU-28%2C_2016_%28per_100_000_inhabitants%29_HLTH19-IT.png
37. Mikkelsen, B., Williams, J., Rakovac, I., Wickramasinghe, K., Hennis, A., Shin, H. R., Farmer, M., Weber, M., Berdzuli, N., Borges, C., Huber, M., & Breda, J. (2019). Life course approach to prevention and control of non-communicable diseases. *BMJ (Clinical research ed.)*, 364, l257. <https://doi.org/10.1136/bmj.l257>
38. Ministero della Salute. (2019). *Attività fisica e salute.* Disponibile in:
http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=51&area=Vivi_sano [20 ottobre 2023]
39. Ulss9. (2019). *Attività fisica per tutte le età Muoversidipiù Ulss 9 Scaligera.* Venezia. Disponibile in:
http://muoversidipiù.mys.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=1557&lingua=IT [20 ottobre 2023]
40. Ulss9. (2019). *Dimensioni del problema in Veneto Muoversidipiù Ulss 9. Scaligera.* Venezia. Disponibile in:
http://muoversidipiù.mys.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=1597&lingua=IT [20 ottobre 2023]
41. Ministero della Salute. (2019). *Alimentazione corretta.* Roma. Disponibile in:
http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=108&area=Vivi_sano [20 ottobre 2023]
42. Ministero della Salute. (2019). *Fumo.* Roma. Disponibile in:
http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=53&area=Vivi_sano [20 ottobre 2023]
43. Ministero della Salute. (2019). *Droghé.* Roma. Disponibile in:
http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=61&area=Vivi_sano [20 ottobre 2023]
44. Studio Psichiatrico Pacini. (2019). *Craving”: il desiderio nella dipendenza - Intenzione di smettere e voglia di usare.* Pisa. Disponibile in:
<http://www.psichiatriaedipendenze.it/sintomi-disturbi/dipendenze-e-problemi-correlati/%E2%80%9Ccraving%E2%80%9D-il-desiderio-nella-dipendenza-intenzione-di-smettere-e-voglia-di-usare/> [20 ottobre 2023]
45. Ministero della Salute. (2019). *Violenza sulle donne.* Roma. Disponibile in:
<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4498&area=Salute%20donna&menu=societa> [20 ottobre 2023]
46. Ministero della Salute. (2019). *Violenza di genere - Il vaso di pandora.* Roma. Disponibile in: <https://www.ilvasodipandora.org/dipendenze-affettive-violenza-genere/violenza-di-genere/> [20 ottobre 2023]