

Regione Siciliana



Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico

Promozione della Salute della Popolazione ed Epidemiologia Applicata alla Prevenzione

*Rassegna delle evidenze a supporto della prevenzione
prodotte all'interno del Master PROSPECT*

Supplemento monografico Notiziario OE
marzo 2018



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PALERMO



Regione Siciliana



CEFPAS

INDICE

Presentazione	p. 5
1. Rilevazione della prevalenza del Bullismo in un campione di scuole di Palermo. Gli effetti della crisi sulla salute in Sicilia	7
2. Prime evidenze degli effetti della crisi economica sulla salute della popolazione siciliana	14
3. La comunicazione nella pratica vaccinale: modelli operativi per uniformare e implementare l'offerta in ambito aziendale, ASP Enna.	29
4. Dalla percezione del rischio alla promozione della salute nell'area a rischio di crisi ambientale di Milazzo. Indagine qualitativa con focus group.	44
5. “Salute Primale, i primi 1.000 giorni dei nostri bambini”	56
6. Progetto S.E.S. “Salvate Eva in Sicilia”	61
7. Vaccine Hesitancy in una zona dell'ASP di Palermo a bassa copertura per la vaccinazione MPR	77
8. Attivatori di Comunità: l'approccio partecipativo a supporto degli obiettivi di PRP. Progetto pilota per il potenziamento della rete di operatori nell'ASP di Palermo	91



PRESENTAZIONE

Questo fascicolo del Bollettino Epidemiologico Regionale riporta insieme i progetti realizzati o in fase di realizzazione durante il Progetto-Master universitario di II livello in “Promozione della Salute della Popolazione ed Epidemiologia applicata alla Prevenzione - PROSPECT” svoltosi in Sicilia e in particolare presso l’Università di Palermo dal 2015 al 2017.

Con il D.A. n. 641 del 14.04.2014 della Regione Siciliana è stata adottata la scheda progettuale relativa al Progetti Obiettivo PSN 2013 l’azione 18.12 “Rafforzamento della rete di supporto delle attività di monitoraggio e valutazione del PRP” che includeva la realizzazione del Master universitario di II livello in “Promozione della Salute della Popolazione ed Epidemiologia applicata alla Prevenzione - PROSPECT” secondo la linea progettuale 18 “Piano Nazionale della Prevenzione”.

Il Master si inserisce quindi all’interno del Progetto “Rafforzamento della rete di supporto delle attività di monitoraggio e valutazione del Piano Regionale di Prevenzione (PRP)” il cui obiettivo è attivare la rete regionale di supporto al PRP anche attraverso la formazione di un pool di operatori dell’area della prevenzione e della sanità pubblica delle aziende sanitarie, per coordinare e supportare lo sviluppo, il monitoraggio e la valutazione del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.

Il Master si è attivato con la partnership e il coinvolgimento attivo del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico – Regione Sicilia (DASOE), dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS), del Centro per la Formazione permanente e l’aggiornamento del personale del Servizio Sanitario della Regione Siciliana (CEFPAS) e dell’Università di Palermo. La finalità del Master è stata quella di formare, attraverso procedimenti teorici e soprattutto attività pratiche sul campo, professionisti negli aspetti più qualificanti

riferiti alle applicazioni dei metodi e delle conoscenze epidemiologiche in sanità pubblica, per una maggiore qualità e disponibilità delle informazioni riguardanti i problemi di salute e la loro definizione da rendere disponibili per i decisori aziendali e regionali. Ulteriore obiettivo è stato implementare la capacità di comunicazione delle informazioni prodotte a interlocutori selezionati o al pubblico al fine di creare un empowerment tramite una crescita della cultura di salute di popolazione e della gestione dei programmi nel personale sanitario e nella popolazione generale.

Il programma formativo del Master si è articolato nell’arco di due anni per un complessivo monte ore di 3000 ore (120 CFU), articolate in lezioni frontali, esercitazioni in aula e workshop (42 CFU), Formazione sul campo (66 CFU), Work experience (8 CFU), e Prova finale/Tesi (4 CFU).

La macrostruttura del percorso formativo, nell’ambito del supporto alla rete regionale del PRP, ha realizzato moduli tecnico-scientifici e di team building che hanno incluso le seguenti aree tematiche:

1. Progettare nell’ambito del PRP
2. Realizzare studi trasversali di valutazione della prevenzione
3. Preparazione del profilo di salute
4. Metodo epidemiologico, uso dei dati correnti e uso della evidence in salute pubblica
5. Management dei sistemi di sorveglianza e monitoraggio di popolazione
6. Monitoraggio e valutazione del piano di prevenzione
7. Pianificare e realizzare una formazione efficace per i programmi di prevenzione
Team building: Costruzione del gruppo di lavoro, team working e Comunità di Pratica

Il finanziamento assegnato per la realizzazione del Progetto, comprendente il Master di II livello, ha previsto la copertura dei costi di iscrizione dei partecipanti.



L'iscrizione al Master è stata prevista per professionisti in possesso di Laurea specialistica, magistrale o equivalente conseguita ai sensi dell'art. 3 del D.M. 3 novembre 1999, n. 509, che operano nell'ambito dei servizi regionali di supporto alla realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione della Regione Siciliana, come personale strutturato o con contratti atipici.

I progetti attivati nell'ambito del Master hanno avuto o avranno ricadute operative a supporto del PRP. Le due indagini regionali condotte, la prima sulle ragioni di adesione delle donne siciliane allo screening organizzato (SES – Salvate Eva in Sicilia) e la seconda sulla salute primale e i determinanti dell'allattamento (InPrimis), hanno fornito preziose indicazioni per orientare le azioni future.

Elemento significativo per la produttività del Master è stata la possibilità di coinvolgere nelle attività formative teoriche e pratiche del master gli assistenti in formazione iscritti alla scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva.

Ciò ha permesso una magnifica fusione fatta di esperienze pratiche e di energie fresche e vitali da cui sono scaturiti progetti e prodotti interessanti e stimolanti per lo sviluppo della Salute Pubblica nella nostra Regione e ha prodotto dei semi che speriamo possano portare frutti positivi nell'ambito delle attività di prevenzione da implementare per la popolazione siciliana.

La collaborazione tra le diverse realtà istituzionali (ISS, Regione, CEFPAS e Università) ha permesso di affrontare l'universo salute e in particolare gli ambiti della prevenzione con una visione a 360 gradi.

Come in ogni esperienza importante e vissuta intensamente e proficuamente anche questo master ha prodotto dei cambiamenti in ciascuno dei partecipanti che speriamo possano avere a lungo termine un effetto positivo sullo sviluppo e implementazione delle attività di prevenzione nel nostro territorio.

Il coordinamento scientifico del master PROSPECT



1. RILEVAZIONE DELLA PREVALENZA DEL BULLISMO IN UN CAMPIONE DI SCUOLE DI PALERMO

Claudia Marotta¹, Claudio Costantino², Stefania Bono¹, Evelina Arcidiacono³, Carlo Roberto Gambino⁴, Maurizio Gentile³, Pierfrancesco Sannasardo⁴, Gianmarco Ventura¹, Walter Mazzucco², Alessandra Casuccio², Vincenzo Restivo²

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Studi di Palermo.

² Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Salute Materno-Infantile (PROSAMI), Università di Studi di Palermo.

³ Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia, Osservatorio Regionale sul Bullismo.

⁴ Azienda Sanitaria Provinciale ASP, Palermo

INTRODUZIONE

Il bullismo è uno dei problemi sociali e sanitari più rilevanti in ambito scolastico per i bambini e gli adolescenti di tutto il mondo.

Dal 2007, il Ministero Italiano della Pubblica Istruzione (D.M. n°16 del 5 febbraio 2007) promuove attività per il contrasto e la prevenzione del fenomeno in scuole di ogni ordine e grado, ed allo stesso tempo le aziende sanitarie locali o provinciali dovrebbero farsi carico di una risposta socio-sanitaria che sia efficace per contrastare l'insorgenza e la diffusione del bullismo. Nella città di Palermo, negli ultimi anni, sia alcune scuole che alcuni distretti sanitari hanno messo in atto attività ed interventi per cercare di contrastare il fenomeno in questione. La mancanza di un dato rilevato in maniera uniforme a livello regionale e provinciale e la radicalizzazione del problema rendono necessaria ed urgente una risposta strutturata valutabile in termini di efficacia in linea con l'obiettivo 2.3 del Piano Regionale di Prevenzione 2014/2018 (PRP Regione Siciliana – D.A. n.351 del 08/03/2016) che prevede, anche in tal senso, azioni per promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani. Tale impostazione, tra l'altro, è condivisa dal Protocollo d'Intesa interistituzionale *“Una nuova alleanza per la Salute dei bambini e dei giovani”* siglato tra l'Ufficio Scolastico regionale

per la Sicilia (USR-Sicilia) e l'Assessorato della Salute-DASOE (Decreto Assessorato della Salute del 17/06/2016).

Negli ultimi decenni la problematica del bullismo tra bambini e adolescenti ha guadagnato sempre più interesse in sanità pubblica, catalizzando molti sforzi sia di ricerca che di azione. Per bullismo si intende un abuso sistematico di potere che si manifesta con intimidazione/forme di persecuzione fisica, verbale o psicologica, ripetute nel tempo, concepite ed agite con l'intenzionalità di causare paura, angoscia o danni alla vittima, perpetuato da una persona o da un gruppo di persone più forti e potenti nella relazione con la vittima (Farrington D. P. 1993, Gredler G. R. et al., 2003). Intenzionalità, durata nel tempo e asimmetria nella relazione sono, quindi, le parole chiave nella definizione di bullismo. Le vittime sono selezionate per la loro condizione di diversità e/o fragilità, che può essere rappresentata dall'obesità, dalla timidezza, dalle scarse competenze sociali, dall'identità sessuale, dall'etnia, dallo stato socio-economico, da disturbi dello spettro autistico, dislessia e differenze di simile natura.

Il bullismo coinvolge una significativa percentuale di bambini in età scolare: secondo i dati ISTAT 2014, 2 ragazzi su 10 tra gli 11-17 anni hanno subito atti di bullismo due o più volte al mese, con una prevalenza maggiore per le ragazze (Istat, 2014).

In Sicilia, il fenomeno del bullismo è oggetto di particolare attenzione, tanto che l'USR-Sicilia è stato tra i primi in Italia ad aver costituito un Osservatorio regionale, che ha prodotto strumenti operativi quali delle linee guida per la prevenzione del bullismo nelle scuole (Beckman L. et al. 2012).

La prevalenza stimata di bambini tra gli 11 e i 15 anni che dichiara di aver subito almeno un atto di bullismo negli ultimi due mesi, in regione Sicilia, risulta essere del 14%, secondo gli ultimi dati disponibili della sorveglianza HBSC (2014) (Regione Sicilia. Osservatorio epidemiologico, 2014).



La letteratura scientifica dimostra una forte associazione tra l'essere stato vittima di bullismo e l'insorgenza di problematiche di salute mentale e fisica, sia a breve che a lungo termine ((Beckman L. et al. 2012 Gini, G. et al. 2009). Inoltre esiti di salute negativa si riscontrano anche per i bulli. Per questo, diversi programmi di prevenzione specifici, basati sul setting scolastico, sono stati creati ed attuati, a partire dal primo grande programma anti-bullismo su larga scala realizzato in Norvegia nel 1983 e perfezionato poi da Olweus nel 1991 (Olweus, D. 2001), che si dimostrò fin da subito di grande efficacia e che tuttora rappresenta il modello d'intervento di maggior successo.

Una revisione sistematica (Ttofi, M. et al. 2011) di 44 programmi di prevenzione ha dimostrato come i programmi di intervento a scuola siano in grado di ridurre la prevalenza di bullismo, in media, del 20-23%.

Il progetto "Bullying In siciliAn School" (BIAS) ha lo scopo di valutare la prevalenza baseline dei fenomeni di bullismo nelle scuole siciliane, proporre un intervento preventivo evidence-based adattato al contesto locale e infine valutarne l'efficacia sul campo nel prevenire o ridurre tali episodi. Nel presente rapporto epidemiologico si riportano i risultati preliminari dello studio "pilota" di prevalenza in un campione di scuole nella città di Palermo, capoluogo di Regione e comune con il maggior numero di abitanti della Regione Siciliana.

Obiettivi dello studio derivanti dallo svolgimento del progetto sono: a) la valutazione della prevalenza del bullismo in un campione di scuole nella città di Palermo, b) l'analisi delle caratteristiche dei fenomeni di bullismo che si verificano in relazione alle differenti tipologie di scuola, c) la applicabilità di metodi alternativi al "gold standard" per la rilevazione della prevalenza dei fenomeni di bullismo nelle scuole.

MATERIALI E METODI

Tipologia di studio

Lo studio trasversale si propone di integrare le informazioni sul bullismo disponibili a livello regionale da indagini campionarie non aggiornate e non specifiche, al fine di conoscere il livello

di prevalenza baseline e di strutturare interventi di prevenzione e promozione della salute evidence-based mirati.

Il protocollo di studio è stato di recente oggetto di pubblicazione su una rivista scientifica internazionale in lingua inglese in qualità di Technical Report (Marotta C. et al., EuroMediterranean Biomedical Journal, 2017).

Popolazione in studio

La popolazione in studio ha compreso i 22.455 alunni in età scolare, residenti in Sicilia e iscritti ad una delle 58 scuole medie inferiori della città di Palermo. Sono stati destinatari dello studio anche i docenti facenti parte del consiglio di classe degli alunni partecipanti.

Criteri di inclusione: Sono stati inclusi nell'analisi tutti i bambini presenti nel giorno della rilevazione.

Criteri di esclusione: Sono stati esclusi, invece, dall'analisi i bambini:

- i cui genitori non hanno autorizzato alla partecipazione allo studio
- che il giorno della rilevazione erano assenti
- con gravi disabilità psichiche tali da non permettere la compilazione del questionario

Campionamento

Ci si è avvalsi di un campionamento a cluster a due stadi. La numerosità richiesta è di 555 alunni. Tale stima è stata calcolata sulla base di un livello di prevalenza di bullismo in Sicilia del 14%, di un livello di significatività desiderata del 99,9% della stima e con una numerosità media per classe di 20 alunni.

In tale campionamento l'unità primaria è stata rappresentata dalle scuole mentre l'unità secondaria dalle classi. Le 58 scuole della città di Palermo sono state suddivise in base alla localizzazione urbana in tre fasce: A (livello alto), B (livello intermedio) e C (livello basso) (Figura 1). Dopo tale suddivisione sono state selezionate tre scuole per la fascia A e C e quattro per la fascia B per un totale di 10 scuole. Per ciascuno dei tre livelli sono state selezionate 12 classi, determinando una numerosità di almeno 3 classi da campionare per scuola e un totale di 36 classi. Considerando



che la media è di 20 alunni per classe sono stati individuati circa 720 alunni, equamente suddivisi tra le seconde e terze medie.

Variabili in studio

La selezione delle variabili è stata effettuata sulla base di un'ampia ricerca di letteratura nazionale ed internazionale sia grigia che scientifica. La prevalenza delle varie tipologie di bullismo e delle loro caratteristiche è valutata sulla base del questionario di Olweus debitamente adattato al contesto locale grazie al contributo di diversi esperti regionali sulla tematica.

Le variabili in studio sono organizzate in due questionari, il primo rivolto ai bambini e il secondo ai loro insegnanti.

Le risposte a tutte le domande del questionario degli alunni sono misurate attraverso una scala di frequenza a 5 punti:

- Mai
- Raramente (solo una o due volte)
- Ogni tanto (da tre a sei volte)
- Spesso (circa una volta a settimana)
- Molto spesso (diverse volte a settimana)

Raccolta dei dati

I questionari sono stati autosomministrati attraverso l'utilizzo di un form online dedicato sviluppato attraverso la piattaforma open source di Google Drive. L'invio del form è stato possibile solo previo riempimento di tutti i campi previsti. L'output che ne è derivato è stato un file excel che, dopo essere stato controllato e pulito da eventuali errori, è stato importato su STATA 13.0 per l'analisi dei dati.

Procedure operative

Il questionario è stato presentato al docente referente del bullismo di ogni scuola, il giorno 2 ottobre 2017 nell'ambito di un incontro dedicato alla presentazione del progetto ed organizzato da parte del gruppo di lavoro in collaborazione con l'USR-Sicilia.

Nella prima fase dello studio, si è proceduto a somministrare per via telematica il Questionario insegnanti, che è stato compilato, durante il Con-

siglio di classe, da un referente dei docenti dopo consultazione collegiale.

Negli stessi giorni è stata consegnata ai bambini di tutte le classi in studio un'informativa ed un consenso informato alla partecipazione allo studio rivolto ai genitori.

La rilevazione è stata effettuata nelle aule informatiche delle scuole campionate durante il mese di novembre 2017 con tempistiche decise autonomamente in base alla organizzazione didattica delle stesse scuole.

Gli insegnanti hanno provveduto alla lettura delle istruzioni per la compilazione del questionario che è stato somministrato allo studente in formato digitale.

Analisi dei dati

È stata valutata la prevalenza dei vari tipi di bullismo e degli atteggiamenti protettivi (fisico, verbale, indiretto, prosocialità, osservatori, resilienza) suddiviso per scuola e classe.

La distribuzione delle diverse variabili è stata valutata tramite il test di Kolmogorov-Smirnov. Le variabili normalmente distribuite sono state calcolate come media (SD) e quelle non normalmente distribuite come mediana (IQR). Le eventuali differenze tra le variabili normali sono state valutate tramite ANOVA, mentre per le variabili non normalmente distribuite si è utilizzato il test Mann-Whitney e per le variabili qualitative il test del Chi².

Aspetti Etici e Normativi

E' stata garantita la riservatezza delle informazioni personali raccolte che sono state trattate in forma anonima (nessun dato nominale richiesto), al fine di salvaguardare la riservatezza dei dati sensibili relativi ai partecipanti.

I genitori dei bambini delle classi selezionate per l'indagine sono stati informati attraverso una lettera informativa sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità. Inoltre, l'insegnante insieme ad un membro del gruppo di lavoro ha informato i bambini prima dell'inizio della compilazione.

I supporti informatici (computer, server, memo-

rie e dischi portatili, ecc.) dedicati alla raccolta, alla conservazione – anche temporanea - e all’elaborazione dei dati della sorveglianza, sono stati dotati di adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione per impedire l’accesso ai dati da parte di persone non autorizzate. Il presente studio ha ottenuto l’approvazione del Comitato Etico Palermo 1, nella seduta del 12/07/2017.

RISULTATI

Alla rilevazione hanno partecipato tutte e 66 le classi invitate, suddivise in 35 (53%) classi Seconde e 31(47%) classi Terze.

Nel dettaglio, per la “fascia A”, corrisponden-

te al livello socio-economico più elevato, hanno partecipato 20 classi, così suddivise: 11 classi Seconde medie e 9 classi Terze medie (Tabella 1).

Per la “fascia B”, corrispondente al livello socio-economico intermedio, hanno partecipato 27 classi, così suddivise: 15 Seconde e 12 Terze.

Infine, per la “fascia C” hanno preso parte allo studio 19 classi: 9 Seconde e 10 Terze.

Risultati questionario docenti

Il 47% delle classi (n. 31) è risultata essere interessata da fenomeni di bullismo, secondo il parere unanime basato sulla percezione dei componenti del Consiglio di classe. Al contrario, nel restante 53% (n. 35 classi) non sono stati percepiti fenomeni di bullismo.

Tabella 1. Distribuzione per livello socioeconomico e geografico delle classi partecipanti allo studio per istituto scolastico.

Istituto scolastico		Classi medie			
FASCIA	SCUOLE	II	III	TOT	
A	I	5	3	8	20
	II	3	3	6	
	III	3	3	6	
B	I	2	2	4	27
	II	3	3	6	
	III	5	3	8	
	IV	5	4	9	
C	I	3	4	7	19
	II	3	3	6	
	III	3	3	6	

Analizzando separatamente le II e III classi (Tabella 2), la percentuale delle classi con la presenza di fenomeni di bullismo è stata rispettivamente del 49% e del 45%. Al contrario, hanno risposto negativamente il 51% dei Consigli delle classi Seconde e il 55% delle classi Terze medie. Per le scuole di fascia A il fenomeno viene percepito nel 25% delle classi, per quelle di fascia B nel 70% e per quelle di fascia C nel 37%.

Dallo studio della tipologia di bullismo si evidenzia che la percezione del bullismo verbale è presente nel 74% delle classi in esame, seguiti dal bullismo fisico e indiretto, entrambi al 13%. In ordine di frequenza sono stati indicati come

luoghi teatro di fenomeni di bullismo le aule, seguite dagli ambienti al di fuori della scuola e infine dagli spazi comuni (corridoi, ingressi, bagni...) dell’edificio scolastico.

Relativamente al numero di alunni coinvolti in episodi di bullismo (vittime, bulli ed eventuali osservatori), l’84% dei consigli di classe ha risposto indicando meno di 5 alunni coinvolti.

Secondo la percezione del 90% dei consigli di classe, le vittime parlano con qualcuno delle prepotenze subite.

Il 47% dei Consigli riferisce che altri componenti della classe, oltre alla vittima, hanno denunciato gli episodi di bullismo in oggetto.

Tabella 2. Prevalenza del bullismo percepita dai docenti per tipo di classe.

Prevalenza percepita docenti % (n)		
classi medie	SI	NO
II	49% (17)	51% (18)
III	45% (14)	55% (17)

Tabella 3. Distribuzione dei partecipanti per Istituto scolastico e Fascia.

Istituti scolastici		Alumni Partecipanti	
FASCIA	SCUOLE	N (%)	TOT
A	I	97 (11,2)	358 (41)
	II	116 (13,4)	
	III	145 (16,7)	
B	I	42 (4,8)	346 (40)
	II	126 (14,5)	
	III	105 (12,1)	
	IV	74 (8,6)	
C	I	84 (9,7)	142 (19)
	II	55 (6,4)	
	III	23 (2,6)	

Il 29% degli insegnanti ha affermato di aver ricevuto sostegno dai colleghi nel fronteggiare fenomeni di bullismo, 10% anche dalle famiglie, oltre che dai

colleghi ed il 35% dai colleghi e dal Preside. Infine, il 26% da tutte queste le figure precedenti. Secondo il parere dell'84% dei Consigli di classe, un intervento educativo sulla tematica del bullismo potrebbe modificare tali atteggiamenti prevaricanti.

Figura 1. Georeferenziazione delle scuole in cui si è svolto l'intervento nel Comune di Palermo



Risultati questionario alunni

Hanno partecipato all'indagine n.867 studenti, di cui il 51% (n. 444) di sesso femminile e il 2% (n. 20) di nazionalità straniera. L'età media dell'intero campione è stata pari a 12,3 anni.

La distribuzione dei partecipanti per singola scuola è riportata in tabella 3, ed è risultata essere omogenea per le fasce A e B, mentre le scuola di fascia C non hanno completato del tutto la fase di somministrazione dei questionari.

La distribuzione degli alunni tra le II e III classi è stata uniforme (n. 432 delle seconde classi e n.435 delle terze).

L'analisi del fenomeno del bullismo riportato tra gli alunni è ancora in fase di definizione e verrà prossimamente pubblicata su una rivista scientifica internazionale.



DISCUSSIONE

Il presente progetto di ricerca ha avuto l'obiettivo di valutare il livello *baseline* di prevalenza del bullismo in un campione rappresentativo di scuole primarie di secondo grado della città di Palermo e di studiare le principali caratteristiche del fenomeno.

In particolare, al fine di avere un quadro quanto più completo possibile, il fenomeno è stato esplorato sia dalla prospettiva dei docenti che degli alunni.

I docenti hanno riportato la presenza del fenomeno nel 47% delle classi campionate. Tale dato potrebbe essere non accurato, infatti lo studio prevede la compilazione collegiale di un unico questionario per tutti i docenti di ogni consiglio di classe.

Sebbene così facendo potrebbero non essere emerse alcune percezioni dei singoli insegnanti, si è optato per questa modalità insieme ai docenti referenti, affinché la compilazione del questionario potesse essere un momento di confronto e di riflessione partecipata al fine di avere un quadro d'insieme per ogni classe.

La forma di bullismo riportata dai docenti come più frequente è stata quella verbale, seguita dal bullismo fisico e indiretto. Il luogo, secondo i docenti, più spesso teatro di questi episodi è l'aula. Importante è notare come la maggioranza dei docenti reputa importante organizzare interventi educativi con esperti al fine di fronteggiare questo fenomeno.

Il presente studio, pur limitandosi in questa fase alla sola città di Palermo, rappresenta già un'esperienza unica in Italia. Per analoghe esperienze future nel nostro settore di interesse, potrà essere utile in primo luogo effettuare l'intervento formativo nelle classi dove è stata rilevata una prevalenza sostanziale del bullismo, e successivamente provare ad estendere la rilevazione anche alle famiglie dei ragazzi, al fine di riuscire ad intercettare le percezioni di tutti gli attori della formazione umana e scolastica dei ragazzi, così da pensare e programmare interventi ad hoc.

CONCLUSIONE

Il presente studio ha permesso di far emergere le principali caratteristiche del fenomeno del bullismo a scuola nella città di Palermo al fine di riuscire a progettare interventi preventivi appropriati a questo specifico contesto. Inoltre, quest'esperienza ha permesso di rafforzare i processi di collaborazione sinergica di livello inter-istituzionale, tra i principali attori deputati alla promozione della salute, in accordo con quanto previsto dalla programmazione nazionale e regionale (P.N.P., P.R.P. e Protocolli d'Intesa interistituzionali) gettando le basi per specifiche collaborazioni future che possano offrire interventi efficaci ed evidence-based per contrastare il fenomeno in studio.

In tale ottica le istituzioni coinvolte, e in particolare l'Ufficio Scolastico Regionale e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, oltre a potere ampliare l'indagine su scala regionale per ottenere un dato ancora più realistico della prevalenza del fenomeno, stanno procedendo alla programmazione di specifici interventi di prevenzione del fenomeno e di promozione della salute che considerino la prevalenza rilevata con il presente studio in linea con l'obiettivo 2.3 del Piano Regionale di Prevenzione 2014/2018 (PRP Regione Siciliana – D.A. n.351 del 08/03/2016) che prevede la promozione del benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani.

RINGRAZIAMENTI

Gli autori desiderano ringraziare tutti i colleghi e i Docenti del Master PROSPECT, per il supporto scientifico e morale nella progettazione dell'intervento. Inoltre, tale indagine non avrebbe potuto svolgersi senza l'attiva collaborazione dei Dirigenti Scolastici e dei Referenti per il Bullismo delle Scuole coinvolte.



BIBLIOGRAFIA

- Beckman L, Hagquist, C., & Hellström, L. (2012). Does the association with psychosomatic health problems differ between cyberbullying and traditional bullying?. *Emotional and behavioural difficulties*, 17(3-4), 421-434.
- Decreto Ministeriale, DM n. 16 del 5 febbraio 2007. Linee di indirizzo generali ed azioni a livello nazionale per la prevenzione e la lotta al bullismo.
- Farrington, D. P. (1993). Understanding and preventing bullying. *Crime and justice*, 17, 381-458
- Gini, G., & Pozzoli, T. (2009). Association between bullying and psychosomatic problems: A meta-analysis. *Pediatrics*, 123(3), 1059-1065.
- Gredler, G. R. (2003). Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Malden, MA: Blackwell Publishing, 140 pp.
- Istat (2014). *Il bullismo in Italia: comportamenti offensivi e violenti tra giovanissimi*. Disponibile da: <https://www.istat.it/it/files/2015/12/Bullismo.pdf?title=Bullismo++tra+i+giovanissimi+-+15%2Fdic%2F2015+-+Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf> (accessed on 17/01/17).
- Marotta, C., Restivo, V., Arcidiacono, E., Bono, S., Gambino, R., Gentile, M., Sannasardo, P., Ventura, G., Mazzucco, M., Casuccio, A., Costantino, C. (2017). The BIAS (bullying in Sicilian school) pilot study: investigating the prevalence of bullying in school of Palermo City. A research study protocol. *EuroMediterranean Biomedical Journal* 2017, 12 (44): 205-208.
- Olweus, D. (2001). *Bullismo a scuola. Ragazzi oppressi, ragazzi che opprimono*. Giunti Editore.
- Regione Sicilia. Fonte Osservatorio epidemiologico Sicilia- Dati Sorveglianza HBSC 2014.
- Regione Sicilia. Assessorato della Salute. (2015) *Piano regionale della Prevenzione 2014/2018*.
- Ttofi, M., & Farrington, D. P. (2011). Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review. *Journal of Experimental Criminology*, 7(1), 27-56.



2. GLI EFFETTI DELLA CRISI SULLA SALUTE IN SICILIA

Prime evidenze degli effetti della crisi economica sulla salute della popolazione siciliana

Giorgio Graziano¹, Maria Luisa Maniglia¹, Valentina Marchese¹, Antonello Marras², Paola Nunzia Rita Pe-sce³, Giovanna Ripoli⁴, Laura Saporito¹

¹ Dipartimento di Scienze per la promozione della salute e Materno-Infantile “G. D’Alessandro”

² Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico – Assessorato della Salute – Regione Siciliana, Palermo

³ Registro Tumori Integrato Catania-Messina-Siracusa-Enna, Azienda Sanitaria Provinciale di Catania – Catania

⁴ Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza – Osservatorio Epidemiologico Provinciale Dipendenze – Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo – Palermo

RAZIONALE E OBIETTIVI

La Sicilia nel 2015 è uscita da un lungo periodo di recessione durante il quale, in un clima economico nazionale marcatamente negativo, l’economia siciliana afflitta dai suoi problemi strutturali, ha subito il peggior declino dal dopoguerra. Per l’economia siciliana, il 2015 si è delineato come primo anno di ripresa. Il cambio di passo è stato determinato dalla spinta della domanda interna, sostenuta soprattutto dai consumi delle famiglie, che hanno beneficiato della dinamica positiva dell’occupazione. Nel complesso il mercato del lavoro siciliano esce molto indebolito dagli anni della crisi, i cui effetti minacciano di compromettere tutte le dimensioni del benessere di una popolazione, di cui la salute è quella ritenuta più importante (Istat/Cnel, 2012). L’inversione del ciclo risulta parzialmente confermata nel 2016 poiché le analisi previsionali prospettano un affievolimento della spinta alla crescita (+0,6% nel 2016 e nel 2017) che induce incertezza sui tempi e sui modi del recupero del sistema economico siciliano.

Un’ampia letteratura scientifica sugli effetti dei cicli economici sulla salute, sia dal punto di vista epidemiologico (Anderson, 2012; Mladovsky et al., 2010; Stuckler et al., 2011; Suhrcke et al., 2011) che dal punto di vista storico ed economico (Taroni, 2012; De Belvis et al., 2012) è

concorde nell’affermare che le fasi di recessione economica possono avere un impatto negativo sulla salute e sulle disuguaglianze di salute.

Un recente articolo ha identificato i meccanismi attraverso cui la crisi può influenzare la salute, focalizzando l’attenzione sui determinanti distali e prossimali di salute e sul ruolo del settore sanitario e dei suoi risultati (Costa, Marra & Salmaso, 2012). Lo sviluppo economico aumenta da un lato lo sfruttamento delle risorse naturali, la produzione industriale e la spinta alla mobilità che è all’origine dell’inquinamento, degli incidenti stradali, degli infortuni sul lavoro; oltre a rendere accessibile a tutti l’adozione di stili di vita rischiosi per la salute; dall’altro il miglioramento delle condizioni di vita conseguenti alla crescita della ricchezza e all’uniformità della sua distribuzione si accompagna all’aumento degli indici di speranza di vita e di salute. Viceversa in fase di recessione si producono effetti favorevoli nel breve periodo per la salute e la sicurezza. I lati negativi della crisi sono visibili nel lungo periodo, costituiti dalla perdita o insicurezza del lavoro, dal reddito incerto o insufficiente, così come dalle loro sfavorevoli ricadute sul benessere psicofisico, in particolare sulla salute mentale e prevalentemente a danno dei gruppi più vulnerabili. In questo contesto è controverso il ruolo della medicina e dell’assistenza sanitaria in quanto le innovazioni (in termini di diagnosi e cura) sono prevalentemente indipendenti dai cicli economici e sono però in grado di cambiare significativamente la storia naturale delle malattie, modificandone incidenza e sopravvivenza, prevenendo lo sviluppo di disabilità sulla popolazione.

Il presente lavoro rappresenta in Sicilia il primo tentativo di implementare un sistema di sorveglianza e di valutazione dell’impatto a breve termine e di impatto ex-ante a medio e lungo termine degli effetti sulla salute della crisi, con un focus riguardo ai gruppi sociali più svantaggiati. L’obiettivo generale è quello di stimare le conseguenze della recente crisi economica sulla salute e sulle disuguaglianze sociali in Sicilia, valutando



done l'impatto su una serie di determinanti distali (sviluppo e benessere economico, lavoro) e prossimali (fattori di rischio materiali, professionali e comportamentali) e su alcuni esiti di salute normalmente associati all'andamento della congiuntura economica quali la salute soggettiva, la depressione, il numero di suicidi, gli incidenti stradali e sul lavoro.

L'obiettivo specifico di identificare alcuni entry point potenzialmente idonei per l'elaborazione di politiche sanitarie e non, orientate a contrastare e a ridurre gli effetti negativi della crisi sulla salute, ha portato all'elaborazione di un questionario e alla definizione di un panel. La metodologia di ricerca sociale cui si farà ricorso è il Delphi, il cui obiettivo operativo sarà di raccomandare interventi sostenibili per garantire la capacità delle comunità e dell'ambiente di promuovere e mantenere la salute, in modo particolare la salute mentale, e la capacità del sistema sanitario di proteggerla. Le raccomandazioni potranno rivelarsi utili a supportare la realizzazione di alcuni obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione e a orientare le varie linee d'intervento verso gruppi di popolazione specifici, vulnerabili dal punto di vista delle disuguaglianze sociali e delle differenze geografiche.

LE DINAMICHE DEMOGRAFICHE IN SICILIA NELL'ULTIMO DECENNIO

Negli ultimi anni anche la Sicilia si sta confrontando con cambiamenti demografici senza precedenti che avranno un impatto considerevole sulla società e sull'economia dell'isola. Dal 2004 in Sicilia si registra un tasso di natalità in costante decremento, pari a 8,5 per mille abitanti (media nazionale di 8 nati ogni mille abitanti) nel 2016 con un decremento del -17,5% rispetto al 2004. L'età media della popolazione della Sicilia nel 2016 è di 43,1 anni (3,3 anni in più rispetto al 2004), inferiore a quella dell'intera nazione (44,7). I giovani con meno di 15 anni rappresentano il 20,2%. Gli adulti in età lavorativa di età compresa tra i 15 e i 64 anni rappresentano il 65,5%, con un rapporto di 100 individui in età lavorativa su circa 53 individui in età non attiva (indice di dipendenza strutturale), e in particolare su oltre 30 anziani (30,8% - indice di dipendenza

anziani), registrando in Sicilia un valore più basso rispetto al valore nazionale (34,3%) (ISTAT, 2016).

Lo snellimento delle fasce di età più giovani nella piramide per età della popolazione siciliana preoccupa molto per il mancato ricambio generazionale, l'impoverimento del denominatore produttivo e la sostenibilità delle pensioni.

Al 1° gennaio 2016, gli stranieri (comunitari e non) residenti in Sicilia sono 183.192, rappresentando il 3,6% del totale della popolazione straniera residente nel territorio nazionale, che ammonta a 5.026.153 unità. La presenza delle donne (87.720) si stima intorno al 47%, mentre i minori (40.032) rappresentano il 21% della popolazione.

Dal XXV Rapporto Immigrazione 2015 - Caritas e Migrantes, emerge che in Sicilia gli occupati stranieri sono il 56,2% e gli italiani il 30,4%; gli stranieri in cerca di lavoro sono il 7,6% e gli italiani il 9,0%; gli stranieri inattivi sono il 36,2% e gli italiani il 60,6%. Gli stranieri occupati per settore produttivo sono il 4,1% nelle costruzioni, il 6% nelle industrie, il 13,4% nell'agricoltura, il 16,2% nel commercio e il 60,3% altre attività nei servizi. Va tenuto presente che la popolazione straniera residente più numerosa è compresa nella fascia di età che va dalla nascita sino ai 50 anni, poi la loro presenza decresce con l'aumentare dell'età e non sono presenti stranieri con un'età superiore a 60 anni.

MATERIALI E METODI

Utilizzando i principali riferimenti internazionali e nazionali sul ruolo dei determinanti sociali e su alcune precedenti esperienze condotte a livello regionale in Piemonte, Toscana ed Emilia Romagna (Caranci, 2012; Innocenti, 2016), il lavoro intende identificare in Sicilia alcuni indicatori, monitorarne l'andamento temporale e valutare l'eventuale impatto sulla salute della popolazione. Il sistema di sorveglianza che si vorrebbe proporre indagherà sui meccanismi con cui la crisi può influenzare la salute (Costa et al., 2102).

Per la maggior parte degli indicatori selezionati, il periodo di riferimento temporale è compreso tra il 1° gennaio 2004 e il 31 dicembre 2016. Tale



scelta si giustifica con la possibilità di esplorare e osservare il comportamento degli indicatori anche nel periodo immediatamente precedente allo scoppio della crisi, al fine di rilevare eventuali elementi di analisi e discussione.

Nel dettaglio, partendo dalle condizioni del contesto locale come i cambiamenti sociodemografici avvenuti in Sicilia negli ultimi anni, i principali indicatori selezionati sono l'età media, l'indice di dipendenza anziani, l'indice di vecchiaia e l'indice di dipendenza strutturale. L'analisi ha riguardato la popolazione siciliana residente nel suo complesso e stratificata per le tradizionali fasce di età: 0-14 anni (popolazione in età non attiva), 15-64 anni (popolazione in età lavorativa) e 65+ anni (popolazione non in età da lavoro) così come definiti da fonte Istat. I dati relativi alle dinamiche demografiche degli stranieri residenti in Sicilia, oltre alla tradizionale rilevazione sulla popolazione residente per sesso, anno di nascita e stato civile di fonte Istat, sono stati integrati con quelli contenuti nel XXV Rapporto Immigrazione 2015 "Caritas e Migrantes".

L'osservazione dei determinanti distali della salute si è basata principalmente su alcuni fenomeni quali il lavoro, la povertà e l'ambiente sui quali più spesso agiscono le misure di austerità della crisi. In particolare gli indicatori presi in considerazione sono il prodotto interno lordo, il prodotto interno lordo pro capite, l'omogeneità nella distribuzione del reddito netto familiare, la spesa per consumi finali delle famiglie, il tasso di disoccupazione e l'incidenza di occupati non regolari, tutti desunti dalle statistiche socioeconomiche rese disponibili dall'Istat e riguardanti soprattutto la fascia di popolazione in età lavorativa (15-64 anni). In alcuni casi la disponibilità dei dati si è limitata al 31 dicembre 2014 ma tale circostanza non ha compromesso la possibilità di trarre utili indicazioni e spunti di discussione.

Per i determinanti prossimali, gli indicatori prescelti per l'analisi sono incentrati sul reddito, sull'esclusione sociale (con particolare attenzione agli aspetti della deprivazione materiale) e sui principali stili di vita potenzialmente influenzabili dalla crisi. Per quanto riguarda i primi, la fonte è l'indagine Istat EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions), condotta con cadenza annuale su un campione di circa 29mila famiglie distribuite

in circa 640 Comuni italiani di diversa ampiezza demografica. Le famiglie vengono estratte casualmente dalle liste anagrafiche secondo un disegno campionario che le rende statisticamente rappresentative della popolazione residente in Italia. I dati, aggiornati al 31 dicembre 2015, riguardano l'incidenza di povertà relativa familiare, la prevalenza di persone che vivono in famiglie con grave deprivazione materiale e la spesa media mensile familiare. Per quanto riguarda invece il monitoraggio degli stili di vita della popolazione siciliana (abitudine al fumo, consumo di alcol a maggior rischio, abitudini alimentari, attività fisica e sedentarietà) la fonte dei dati si basa quasi esclusivamente sull'indagine PASSI Sicilia 2007-2015, un sistema di sorveglianza di sanità pubblica continuo dei principali fattori di rischio e delle relative misure di contenimento con una copertura quasi completa della popolazione siciliana nella fascia di età 18-64 anni. Ciascun ambito indagato è stato integrato con un focus sulle caratteristiche socio demografiche della popolazione in studio elaborato ricorrendo all'analisi multivariata dei dati PASSI.

Infine, vengono considerati gli effetti sulla salute: sono stati indagati alcuni esiti di salute che la letteratura scientifica correla alle conseguenze della crisi economica. Per quanto riguarda la salute soggettiva, lo stato di salute percepito positivamente, la prevalenza dei sintomi di depressione e il relativo consumo di farmaci tra la popolazione siciliana sono stati monitorati facendo ricorso alla già collaudata Indagine PASSI e al Rapporto Nazionale Osmed 2015. La propensione procreativa delle donne siciliane è stata esplorata attraverso l'andamento del tasso di natalità reso disponibile dall'Istat fino a tutto il 2015, mentre per l'indagine del fenomeno suicidario dovuto a motivazioni economiche si è fatto ricorso ai dati pubblicati dal Laboratorio di Ricerca Socio-Economica dell'Università Link Campus University con aggiornamento al 31 dicembre 2015. Gli eventi accidentali correlati alle conseguenze della crisi economica (incidenti stradali e sul lavoro) sono stati infine esplorati monitorando l'andamento del numero di incidenti stradali (base dati Istat-ACI 2005-2015) e del relativo tasso standardizzato di mortalità (Registro Nominativo delle Cause di Morte Sicilia 2004-2015). L'andamento del tasso grezzo di infortuni sul lavoro è stato infine ricavato dai

flussi informativi INAIL-Regioni (periodo di riferimento: 2000-2015).

RISULTATI

I determinanti distali della salute: le disuguaglianze sociali

I determinanti distali comprendono tutti quei fattori individuali e ambientali responsabili delle disuguaglianze sociali che rappresentano un fattore di rischio importante di aumento della morbosità e della mortalità nella popolazione. La condizione socio-economica e di conseguenza il livello di accessibilità a beni e servizi fondamentali ha effetti sia diretti che indiretti sul livello di stress degli individui, influenzandone lo stato di salute e favorendo comportamenti a rischio come il tabagismo e l'abuso di alcol. I determinanti distali più condizionati da una situazione di crisi e di recessione economica riguardano le seguenti macro-aree: sviluppo, benessere economico, lavoro e ambiente.

Sviluppo e benessere economico

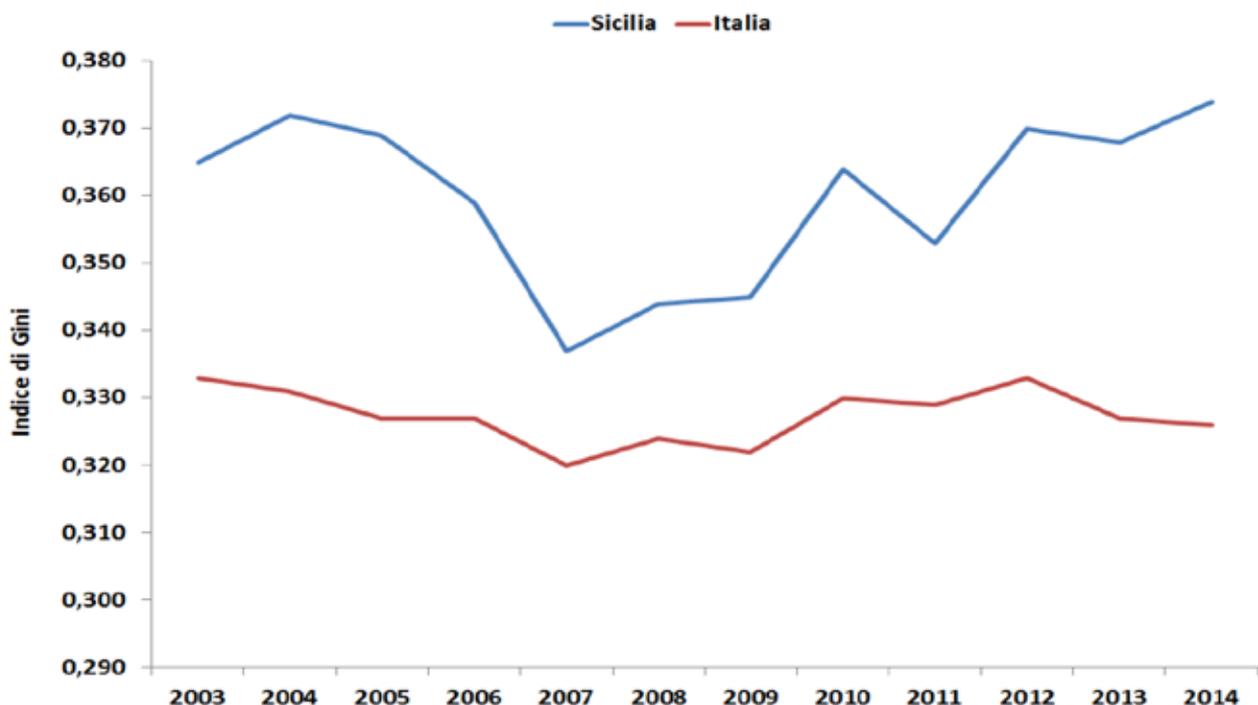
Per l'economia siciliana, il 2015 si è delineato come primo anno di ripresa, dopo una crisi du-

rata otto anni grazie alla spinta della domanda interna, sostenuta soprattutto dai consumi delle famiglie, che hanno beneficiato della dinamica positiva dell'occupazione (+2,3%) nonché, fra i settori produttivi, dell'andamento del settore agricolo che ha mostrato una robusta crescita del valore aggiunto regionale (+7,7%). Il prodotto interno lordo della Sicilia nel 2015 ha raggiunto quota +2,1%, una variazione pressoché doppia rispetto alle stime relative al Mezzogiorno (+1,1%) e tripla in confronto alla crescita media nazionale, tendenze di crescita confermate nel 2016 e nel 2017.

Anche i dati relativi al Prodotto Interno Lordo pro capite evidenziano la fase di profonda recessione attraversata dalla nostra regione e dal nostro paese nel complesso negli ultimi anni con un trend in costante decremento, facendo registrare una inversione di tendenza solo nel corso dell'ultimo anno.

Se guardiamo l'andamento dell'indice di Gini che misura la disuguaglianza complessiva tra i redditi delle persone sia in Sicilia sia in Italia, dopo un quadriennio di costante decremento si registra una brusca impennata tra il 2008 e il 2010 soprattutto nella nostra regione (Figura 1).

Figura 1. Omogeneità nella distribuzione del reddito netto familiare esclusi fitti imputati - Sicilia - Italia (Indice di Gini, 2003-2014)



Fonte: dati.istat.it/



Dopo la battuta di arresto osservata nel corso del 2011, il livello di disuguaglianza del reddito nell'isola è tornato a risalire: l'indice di Gini è cresciuto nel 2014 di ben 5,9 punti percentuali in Sicilia rispetto al 2011, mentre nel resto del Paese si è invece registrato un calo che si attesta intorno all'1%, evidenziando una distribuzione più disuguale del reddito tra la popolazione siciliana. In conclusione, gli indicatori macroeconomici di sviluppo stanno evidenziando i primi segnali di ripresa, ma il loro impatto atteso sulla salute potrebbe essere meno importante di quanto non sarebbe il peggioramento delle disuguaglianze di reddito la cui determinazione tuttavia dai dati attualmente disponibili (anno 2014) risulta poco tempestiva.

Il lavoro

La condizione di crisi economica porta a un aumento della disoccupazione e della sua durata determinando negli individui un maggior senso d'insicurezza e stress legato alla paura di perdita del lavoro e nella ricerca di un nuovo impiego.

In Sicilia la domanda di lavoro è stata per anni in forte contrazione e gli effetti negativi della crisi economica iniziata nel 2008 continuano a manifestarsi sull'andamento del mercato del lavoro siciliano sicuramente fino al 2014, anno in cui erano impiegati con contratti part-time oltre 257 mila lavoratori (19,5% del totale siciliano), per la maggior parte donne (circa 61 su 100 occupati a tempo parziale), quasi esclusivamente occupate nei servizi. La dinamica sfavorevole dell'occupazione si ripercuote anche sulla qualità del lavoro, soprattutto in termini di stabilità, regolarità e coerenza con le competenze acquisite nel sistema formativo. Tali criticità di natura strutturale sono state amplificate dalla congiuntura economica e mostrano anche nella nostra regione ampie disuguaglianze generazionali, di cittadinanza e di genere: secondo le stime di contabilità nazionale nel corso del 2014 la percentuale di occupati irregolari sull'occupazione totale nella nostra regione è pari al 20,3%, in pratica su 5 persone che lavorano una è "in nero", con un incremento, rispetto al periodo pre-crisi (2008), del 2,3%.

La tendenza a una sempre più crescente precarizzazione dei rapporti di lavoro viene confermata anche in un anno di ripresa come il 2015: le stime calcolano che sul totale dei lavoratori dipendenti i rapporti a tempo determinato raggiungono il 20,7% contro il 14,1% della media nazionale.

In generale le situazioni lavorative totalmente irregolari sono molto diffuse in agricoltura, nel settore edile, nella ristorazione e, soprattutto, nei servizi domestici e di cura presso le famiglie, dove un occupato su due è straniero (ISTAT & CNEL, 2015).

Passando ad esaminare l'offerta di lavoro in Sicilia, la disoccupazione negli anni della crisi ha mostrato un aumento costante tra il 2007 (13%) e il 2010 (14,7%), stabilizzandosi per qualche mese per poi risalire bruscamente dal 2011 (Figura 2), interessando tutte le fasce di età della forza lavoro, sia maschile che femminile. A partire dal 2015, l'interposizione delle politiche attive da parte del governo nazionale ha contribuito in una certa misura ad arrestare il trend negativo degli anni precedenti, con una variazione positiva del 2,3% pari a 31 mila unità in più rispetto al 2014, rivelando una più marcata performance rispetto al dato nazionale (+0,9%).

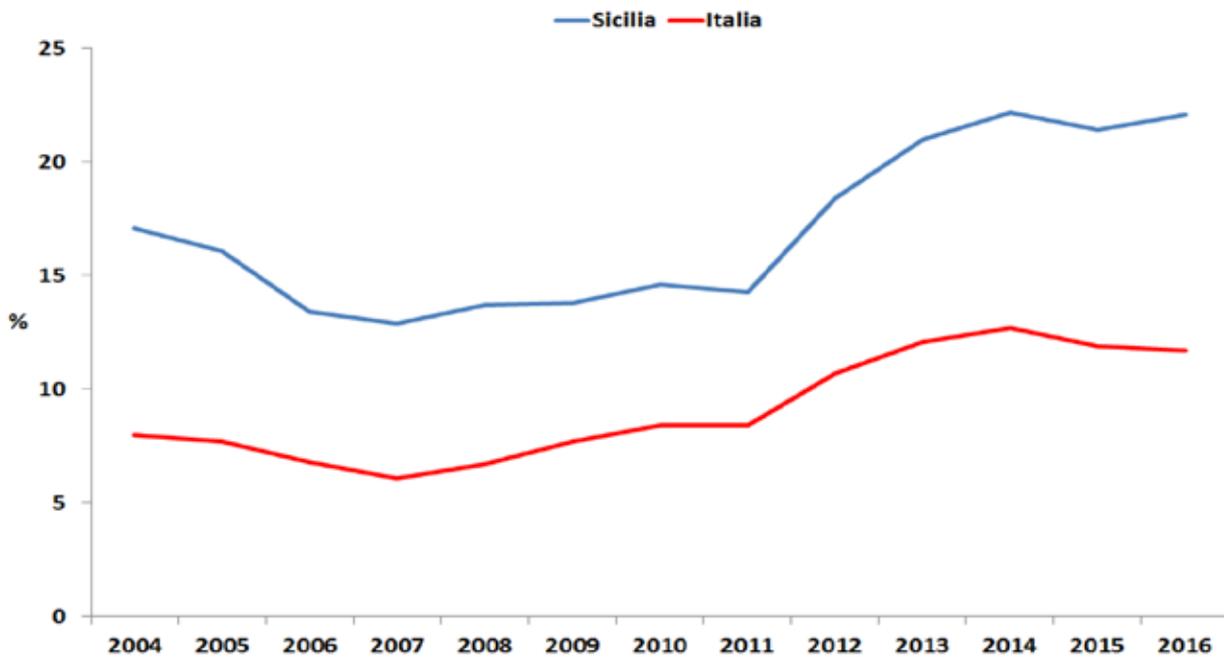
I dati riferiti al 2016 evidenziano invece un'evidente inversione di tendenza: il tasso di disoccupazione siciliano registra un incremento passando dal 21,4% al 22,1% tra il 2015 e il 2016, confermandosi tra i più alti in Italia; mentre il tasso di occupazione nella nostra regione ha segnato il passo portandosi su un valore leggermente più elevato rispetto all'anno precedente (40,1% vs 40%).

In conclusione il contributo del determinante distale «lavoro» dovrebbe essere quello di potenziale maggiore impatto per l'effetto della crisi sulla salute sia a causa della perdurante precarietà del posto di lavoro sia per la minore qualità del rapporto di lavoro.

L'ambiente

L'ambiente è uno dei determinanti distali che rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la salute. Teoricamente la crisi potrebbe limitare la

Figura 2. Andamento del tasso di disoccupazione in Sicilia e in Italia (2004-2016)



Fonte: dati.istat.it/

forza dei principali fattori di pressione ambientale come l'intensità produttiva e le esigenze di mobilità motorizzata e per questa via avere effetti favorevoli sulla salute. In altri termini la crisi può paradossalmente produrre alcuni effetti benefici sull'ambiente.

Il dato sulla produzione e sulla raccolta dei rifiuti solidi urbani costituisce uno degli indicatori di pressione ambientale più legato alla situazione economica di crisi. L'analisi della produzione dei rifiuti solidi urbani, del prodotto interno lordo e della spesa delle famiglie italiane evidenzia, per tutti e tre gli indicatori, una crescita nel nostro Paese tra il 2002 e il 2006 con un aumento progressivo dei valori di produzione dei rifiuti per unità di PIL e per unità di spese delle famiglie, a indicare una crescita più sostenuta del dato dei rifiuti solidi urbani rispetto a quelli degli indicatori socio-economici. Nel biennio 2008-2009 si assiste a un calo dei tre indicatori con una decrescita più contenuta della produzione dei rifiuti rispetto all'andamento del PIL e dei consumi delle famiglie. Tra il 2009 e il 2012 si rileva una diminuzione della produzione dei rifiuti per unità di PIL e di spese delle famiglie e tra il 2012 e il 2013 un calo dei tre indicatori.

Tra il 2013 e il 2014, invece, si riscontra un aumento sia della produzione dei rifiuti solidi

urbani che delle spese delle famiglie, a fronte di un calo del PIL. Pur in presenza di un andamento della produzione dei rifiuti urbani generalmente coerente con il trend degli indicatori socio-economici e, in particolare, con quello delle spese delle famiglie, nell'ultimo anno in esame (2015) si rileva un andamento discordante dei tre indicatori. Infatti, a fronte del calo di produzione dei rifiuti solidi urbani, si osserva un aumento sia del prodotto interno lordo sia delle spese per consumi finali sul territorio economico delle famiglie. Si deve, peraltro, rilevare che altri fattori, oltre a quelli di carattere economico, incidono sul dato di produzione dei rifiuti urbani; tra questi si citano, ad esempio la diffusione di sistemi di raccolta domiciliare e/o di tariffazione puntuale che possono concorrere ad una riduzione di conferimenti impropri e le azioni di riduzione della produzione dei rifiuti alla fonte a seguito di specifiche misure di prevenzione.

L'analisi appena effettuata mostra come l'andamento dei tre indicatori presi in considerazione è fortemente influenzato dalla particolare congiuntura economica registrata negli anni di riferimento, soprattutto per quanto riguarda il rapporto tra produzione dei rifiuti urbani e consumi delle famiglie.



I determinanti prossimali

I determinanti prossimali di salute sono strettamente correlati agli stili di vita, ai rischi ambientali e da lavoro. L'esposizione ai principali fattori di rischio per la salute può comportare effetti positivi o negativi sulla stessa e, in una situazione di crisi e di recessione, quelli che possono essere influenzati in misura più marcata sono: fattori di rischio materiali (il reddito); fattori di rischio comportamentali (fumo, alcol, alimentazione, sedentarietà).

Il principale fattore di rischio materiale per la salute a essere influenzato dalla crisi economica è il reddito, necessario per garantire condizioni di vita sane e soddisfacenti.

Nella nostra regione nel 2015 l'incidenza di povertà relativa è pari al 25,3%. Per povertà relativa si intende l'indisponibilità di risorse monetarie atte a mantenere lo standard di vita medio della popolazione di riferimento. Questo dato risulta il secondo peggiore tra tutte le regioni italiane, dopo la Calabria. Rispetto al 2009, l'incidenza di povertà relativa in Sicilia ha fatto registrare un incremento di ben 7,3 punti percentuali.

Inoltre la percentuale di siciliani a rischio di povertà, nonostante il decremento osservato nel corso del triennio 2012-2014, nel 2015 si attesta al 42,3% (+ 3,8% rispetto al 2008), mentre l'indice di disuguaglianza del reddito disponibile¹ mostra un trend in costante aumento a partire dal 2008 fino al 2014, attestandosi all'8,3% nel 2015 (+2,6% rispetto al 2008).

Dall'indagine ISTAT sul reddito e condizioni di vita (Eu-Silc), l'Indicatore Sintetico di Deprivazione (ISD), calcolato da una pluralità di indicatori semplici riferiti a diverse dimensioni del disagio economico, evidenzia alcune difficoltà del vivere quotidiano e, pertanto, rappresenta una misura importante nell'analisi dell'esclusione sociale. Il suddetto indicatore rappresenta la quota di famiglie che dichiarano almeno quattro delle nove deprivazioni richieste nel questionario: non riuscire a sostenere spese impreviste, avere arretrati nei pagamenti, non potersi permettere una settimana di ferie in un anno lonta-

no da casa, un pasto adeguato (proteico) almeno ogni due giorni, il riscaldamento adeguato dell'abitazione, l'acquisto di una lavatrice, o di un televisore a colori, o di un telefono, o di un'automobile.

I dati dell'indagine Istat "Reddito e condizioni di vita" descrivono il 2012 "anno terribilis" in termini di peggioramento della disponibilità di risorse materiali dei residenti siciliani, registrando un aumento della percentuale di famiglie con grave deprivazione materiale² fino al 35,9% rispetto all'anno 2006.

La crisi ha inevitabilmente inciso anche nelle strategie di contenimento della spesa delle famiglie siciliane, a partire dal 2008 la spesa media mensile per beni voluttuari (tempo libero, cultura giochi e vacanze), abbigliamento, calzature, articoli e servizi per la casa è andata diminuendo sensibilmente, raggiungendo il valore più basso registrato in quest'ultimo decennio nel 2013 (-38,9%).

Quest'ultimo dato trova ulteriore conferma analizzando anche la spesa media mensile per il ricorso ai servizi ricettivi e di ristorazione: -35% nel corso del 2014 rispetto al periodo pre-crisi (2007).

Nei dati dell'indagine Istat multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", il peggioramento delle condizioni reddituali e patrimoniali determinano anche una più diffusa percezione del disagio.

I fattori di rischio comportamentali

I fattori di rischio legati ai comportamenti riguardano i principali stili di vita potenzialmente influenzabili dalla crisi: fumo, alcool, esercizio fisico, dieta, dipendenze da sostanze, dipendenza da gioco.

Per il monitoraggio di questi fattori di rischio nella nostra regione, si è fatto principalmente ricorso all'indagine PASSI (La sorveglianza Passi, 2007-2015), sistema di sorveglianza di sanità pubblica continuo dei principali fattori di rischio e delle relative misure di contenimento con una copertura quasi completa della popolazione adulta siciliana che permette di valutarne l'andamento negli ultimi anni.

¹ Indice di disuguaglianza del reddito disponibile: rapporto fra il reddito equivalente totale ricevuto dal 20% della popolazione con il più alto reddito e quello ricevuto dal 20% della popolazione con il più basso reddito.

² Quelle con quattro o più sintomi di disagio economico sull'elenco delle nove voci ricomprese nell'indicatore "famiglie in condizione di deprivazione".



Il fumo

Per quanto riguarda l'abitudine al fumo in Sicilia, i dati PASSI mettono in evidenza che nel periodo 2007-2015 si osserva una pressoché costante prevalenza di fumatori: 27 % nel 2011, 30% nel 2012 e 28% nel 2015. Inoltre, nella nostra regione, i tentativi di smettere di fumare sarebbero in calo. Nel corso del quadriennio 2012-2015 in Sicilia l'abitudine al fumo è risultata più elevata nei 25-34enni (33%), negli uomini (34%), nelle persone con titolo di scuola media inferiore (34%) e in quelle con molte difficoltà economiche (35%). Dall'analisi multivariata dei dati della sorveglianza Passi risulta che negli uomini i fattori associati significativamente alla condizione di fumatore sono la giovane età, il basso livello d'istruzione, la cittadinanza italiana; nelle donne invece soltanto la cittadinanza italiana.

In conclusione, riguardo al fumo, principale fattore di rischio per la salute, nel corso della crisi non si è osservata una diminuzione del numero di fumatori e sono invece diminuiti i tentativi di cessazione del fumo.

Ciò suggerisce di non abbassare la guardia nella sorveglianza di questo stile di vita, poiché potrebbero esserci gruppi sociali o aree della regione maggiormente vulnerabili alla dipendenza da fumo come comportamento adattativo ai problemi della crisi.

L'alcool

I dati PASSI per il consumo alcolico a maggior rischio³ mostrano che dal 2010 al 2012 la Sicilia presenta una progressiva riduzione della prevalenza di consumatori (8% nel 2012), seguita da un trend in crescita nel periodo 2013-2014 il trend e da una nuova riduzione nel 2015 (11%). Nel corso del quadriennio 2012-2015 in Sicilia il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-24 (23,2%), gli uomini (12,5%), le persone con livello di istruzione medio-alto (12,9%) e quelle che non hanno difficoltà economiche (13,8%), mentre non si evidenziano differenze di rilievo per quanto riguarda la cittadinanza.

Nella nostra regione il consumo di alcool non sembra essere particolarmente sensibile agli effetti della crisi, ma le medie potrebbero nascondere alcune differenze importanti tra gruppi più o meno vulnerabili a questo meccanismo di azione della crisi sulla salute.

Le abitudini alimentari

Il consumo di frutta e verdura rappresenta un importante indicatore della capacità della popolazione di adottare stili di vita che promuovono salute. Tuttavia essendo un'abitudine più costosa della sua alternativa (cd. cibo spazzatura), potrebbe risentire delle difficoltà di bilancio delle famiglie siciliane in tempi di crisi. L'indagine PASSI segnala che nella nostra regione la percentuale di persone che consumano quotidianamente almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura sarebbero in lieve aumento, soprattutto nel corso del biennio 2014-2015.

In particolare, durante la recessione in Sicilia si sono ridotti i consumi di frutta fresca (-3,4% nel 2014 rispetto al 2008) e di pesce (-3,4%), dovute probabilmente all'aumento dei prezzi di questi alimenti e alla loro facile deperibilità che ne consiglia il minor acquisto per ridurre eventuali sprechi. Sono aumentati contemporaneamente i consumi di carni bianche (+6,5%), uova (+8,3%) e soprattutto quelli di ortaggi (+16,1%) e di verdure (+6,6%), alimenti protettivi per molte malattie della vecchiaia.

Lo stato nutrizionale della popolazione siciliana

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale della popolazione siciliana, i dati PASSI indicano che nella nostra regione la percentuale di persone obese ha fatto registrare dapprima un decremento fino al 2012 (11% della popolazione siciliana), e successivamente un lieve incremento che si è interrotto nel corso dell'anno 2016 (14%). Per quanto riguarda la prevalenza di persone in sovrappeso, quest'ultima mostra essere tendenzialmente stabile.

³ Questo indicatore, in precedenza denominato "forte bevitore" veniva calcolato in base al valore medio nei soli giorni di assunzione di bevande alcoliche, e quindi comportava una sovrastima della prevalenza di consumo abituale elevato. Anche se l'indicatore è stato ridefinito, le informazioni raccolte da PASSI permettono di calcolarne il valore anche per gli anni passati, consentendo perciò di effettuare confronti tra periodi diversi e di rilevare trend.



Passando all'analisi per prevalenze socio-demografiche in Sicilia l'eccesso ponderale è più frequente:

- nella fascia di età 50-69 anni (65%),
- negli uomini (56,4%),
- nelle persone con basso livello di istruzione (73,3%),
- in chi ha molte difficoltà economiche (54%),
- nei cittadini italiani (48%).

Analizzando tutte queste caratteristiche attraverso un'analisi multivariata, suddivisa per genere, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa all'eccesso ponderale sono per gli uomini: età adulta e avere molte difficoltà economiche; per le donne: età adulta; livello di istruzione basso e avere molte difficoltà economiche.

Con l'avvento della crisi pertanto si accentuano in Sicilia le differenze di classe sociale, con una prevalenza dell'obesità e del sovrappeso maggiore nei meno istruiti (soprattutto donne) e tra gli uomini con difficoltà economiche.

Attività fisica e sedentarietà

Per quanto riguarda l'esercizio di attività fisica continuativa, l'indagine PASSI segnala come la crisi abbia scoraggiato la pratica di attività fisica, incrementando conseguentemente il numero di persone sedentarie fino a tutto il 2012 (47%). Dal 2013 i dati siciliani evidenziano un trend in discesa, con valori tuttavia al di sopra di quelli registrati prima dell'avvento della crisi.

La sedentarietà è più diffusa nei 50-69enni (49,9%), nelle persone con basso livello d'istruzione (51%), in quelle con maggiori difficoltà economiche (47,1%) e negli italiani (43,3%).

Non sono emerse differenze significative tra uomini e donne. Le variabili che rimangono associate, in maniera statisticamente significativa, alla sedentarietà sono: basso livello d'istruzione, avere difficoltà economiche.

GLI EFFETTI DELLA CRISI SULLA SALUTE

Salute mentale

Un'ampia letteratura ha confermato come le crisi economiche, soprattutto a causa del deterioramento delle risorse materiali, siano associate a un peggioramento degli indicatori di salute mentale:

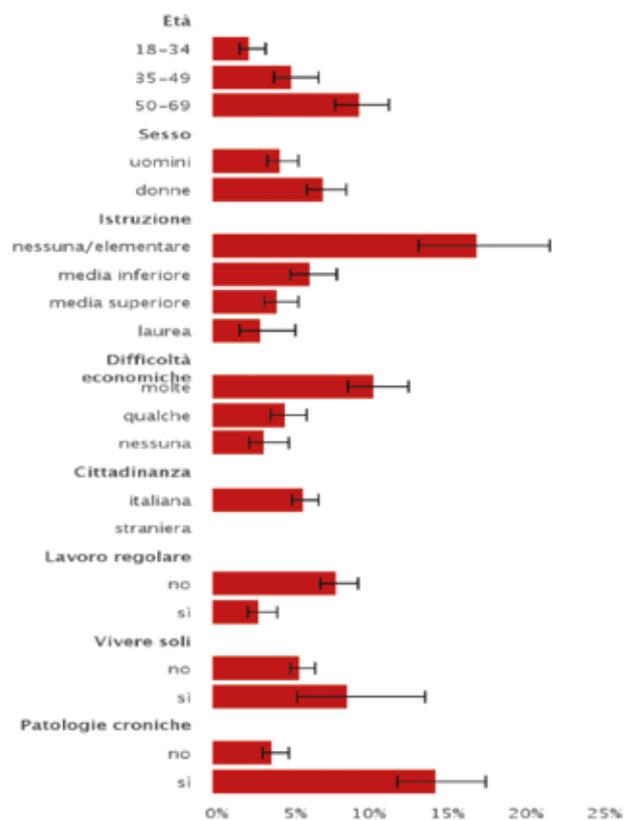
l'aumento della disoccupazione e dell'incidenza della povertà comporterebbero infatti un maggior rischio di depressione, abuso di alcolici e nei maschi un maggior ricorso al suicidio (Dooley et al., 1994; McKee et al., 2005; Artazcoz, 2004). In particolare, i debiti e le difficoltà finanziarie sarebbero importanti predittori di problematiche di salute mentale (Jenkins et al., 2008).

Nel corso del quadriennio 2012-2015 i dati PASSI siciliani (Figura 3) confermano quanto evidenziato dalla letteratura e quindi una maggiore vulnerabilità dei soggetti fragili all'impatto della crisi sulla salute mentale.

In Sicilia infatti i sintomi di depressione sono risultati più diffusi nelle:

- fasce d'età più avanzate (9%);
- donne (7%);
- persone con basso livello d'istruzione (17%);
- persone con molte difficoltà economiche (10%);
- persone senza un lavoro continuativo (8%);
- persone con almeno una patologia cronica (14%);
- persone che vivono sole (9%).

Figura 3. Sintomi di depressione: Prevalenze per caratteristiche sociodemografiche e stime di popolazione



Fonte: indagine PASSI Sicilia 2012-2015/



Un'ulteriore conseguenza dell'effetto depressivo della crisi nella nostra regione riguarda la evidente diminuzione della propensione procreativa delle famiglie siciliane, che potrebbe risultare disincentivata dalle aspettative negative indotte dalla sfavorevole congiuntura economica e sociale.

In effetti in Sicilia si osserva che il trend di natalità negli ultimi anni sembra avvertire un marcato decremento a partire dalla fine del 2008 (nel 2015 la riduzione è pari al 14% rispetto al 2008), che si inserisce in un contesto più generale di calo delle nascite osservato per l'intero paese.

I suicidi e i tentati suicidi per motivazioni economiche

Una recente analisi sui suicidi e tentati suicidi per ragioni economiche (Link Lab, 2016) mostra come in Italia il numero di suicidi osservato nel corso del quadriennio 2012-2015 si sia attestato sui 628 casi, registrando il picco più elevato nel corso del 2014 con 187 casi di suicidio nel sesso maschile e 14 in quello femminile. L'incremento percentuale dal 2012 è risultato pari al 112,4%.

L'indagine segnala inoltre che dopo l'aumento esponenziale del numero di suicidi tra i disoccupati registrato nel 2014 (48,3%), il fenomeno sembra interessare con maggiore forza la classe imprenditoriale: sale infatti a 285 il numero di suicidi per motivazioni economiche tra i titolari di azienda (con percentuali che variano dal 55,1% del 2012 al 46,1% del 2015).

Tali dati confermano le drammatiche difficoltà a cui hanno dovuto fare fronte le imprese italiane nel corso delle fasi più acute della recessione: tra le cause probabili, oltre alle criticità legate più

in generale alla crisi economica, si aggiungono quelle relative a una elevata pressione fiscale. Preoccupante anche il dato relativo ai suicidi tra chi esercita una professione dipendente (65 suicidi osservati in totale con percentuali che variano dal 7,9% del 2012 al 14,8% del 2015), vittime della precarietà lavorativa e della conseguente incapacità di fare fronte alle spese quotidiane e a quelle straordinarie (es. mutuo della casa). Risultano infine 13 i pensionati che, schiacciati dal peso delle difficoltà economiche, hanno deciso di togliersi la vita.

Dalle elaborazioni prodotte dal Laboratorio di Ricerca Socio-Economica dell'Università Link Campus University⁴ emerge che la fascia di età maggiormente interessata dal fenomeno è quella che va dai 45 ai 54 anni con una incidenza percentuale pari al 34,1%. A seguire, la fascia dei 55-64enni (25%) e quella dei 35-44enni (21,7%).

Anche il dato relativo al segmento degli under 35 (8,1%) suggerisce alcune considerazioni. Con molta probabilità, l'ammortizzatore sociale rappresentato dalla famiglia, che negli ultimi anni ha sostituito prepotentemente quello sociale erogato dallo Stato e che ha permesso fino a ora al sistema di restare in piedi, con il passare degli anni e con l'acuirsi della congiuntura si è andato progressivamente esaurendo.

Dal 2012 la regione più colpita dal fenomeno è sicuramente quella del Veneto che fa registrare il 18,6% dei casi di suicidio per crisi economica. La regione Sicilia si attesta al quarto posto con una incidenza percentuale pari al 6,8%, dopo la regione Campania (12,6 %) e Lombardia (9,4%).

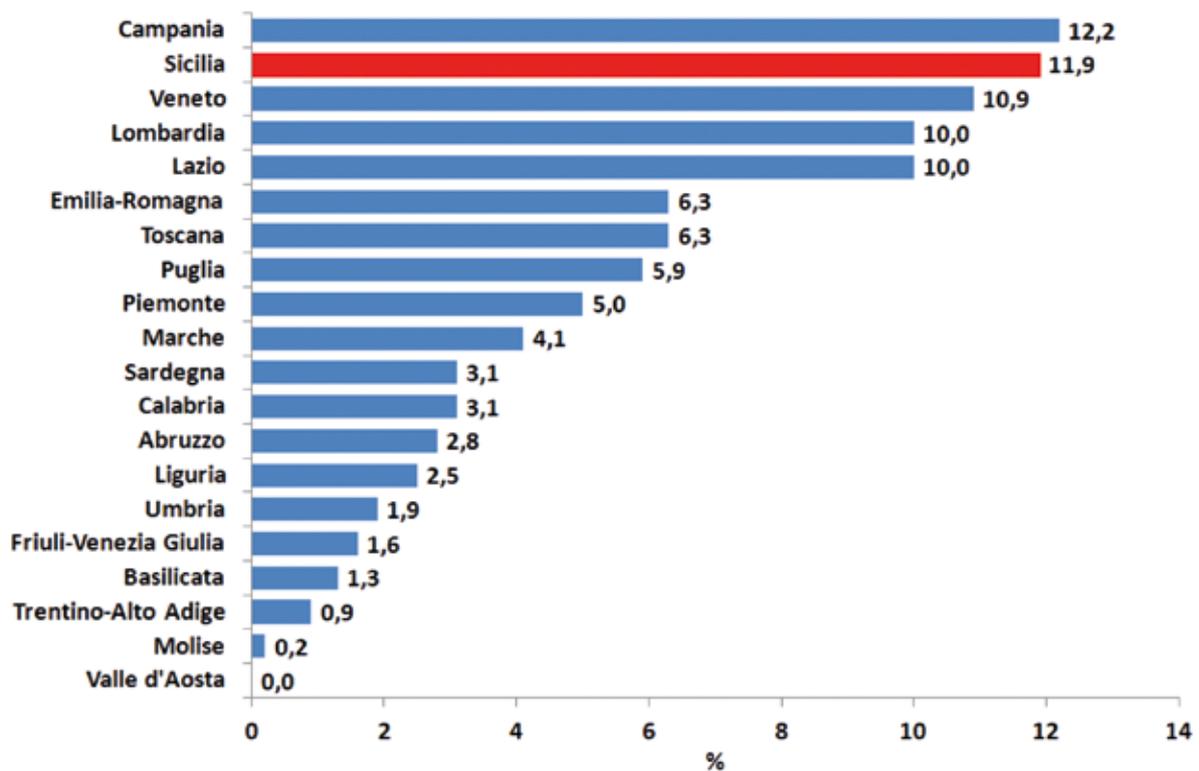
Significativo appare anche il numero dei tentati suicidi per motivazioni economiche nel nostro

4 Istituito nel 2012, l'Osservatorio Suicidi per motivazioni economiche analizza il fenomeno dei suicidi e dei tentati suicidi causati da difficoltà di carattere economico con l'obiettivo studiarne l'evoluzione, le dimensioni e le caratteristiche sociali, demografiche e culturali. Da quando l'Istat, Istituto Nazionale di Statistica, ha sospeso la pubblicazione dell'indagine *Suicidi e tentativi di suicidio*, l'Osservatorio rappresenta l'unica fonte accreditata dei dati per Istituzioni, mezzi di informazione, associazioni di categoria, comunità scientifica e opinione pubblica. L'aggiornamento dei dati è normalmente effettuato su base semestrale. Le ricerche dell'Osservatorio sono altresì finalizzate a studiare le diverse ragioni per cui un individuo sceglie di togliersi la vita focalizzando in particolare l'attenzione sulla relazione tra motivazioni fattuali legate alla crisi economica (perdita del posto di lavoro, indebitamento, mancata riscossione dei crediti nei confronti della Pubblica Amministrazione, chiusura della propria attività, ecc.) e motivazioni emozionali legate agli effetti sociali di tale crisi (senso di colpa, vergogna, vittimismo, sfiducia, denuncia, ecc.).

L'Osservatorio si basa su un lavoro quotidiano di analisi della rassegna stampa dei principali quotidiani nazionali e locali, tg, programmi di approfondimento, spacci di agenzie, verifiche telefoniche alle autorità locali ecc. Tale metodologia di ricerca è la più adottata in tutte le ricerche sociali (si pensi agli omicidi domestici o familiari) in assenza – come avviene in questo caso – di rilevazioni statistiche a cura dell'Istat o degli uffici giudiziari a livello nazionale e periferico.



Figura 4. Tentati suicidi (%) per crisi economica, per regione (2012 – I semestre 2015)



Fonte: dati del Laboratorio di Ricerca Socio-Economica dell'Università Link Campus University.

Paese (Figura 4). Dal 2012 a giugno del 2015 (ultimo dato disponibile per questa particolare rilevazione), il numero più elevato dei tentativi di suicidio si registra tra i disoccupati, che rappresentano il 54,7% del totale dei tentati suicidi. A livello regionale il numero più elevato di tentativi di suicidio dal 2012 al primo semestre del 2015 si ha in Campania, che conta il 12,2% del totale dei tentati suicidi. In Sicilia i tentativi di suicidio generati dalla crisi economica vedono la regione attestarsi al secondo posto, con l'11,9%.

In conclusione, dai dati disponibili sembra confermata la tesi di un collegamento diretto tra crisi economica e tasso di suicidi e tentati suicidi e che il fenomeno presenti in Sicilia, in particolare nella popolazione in età lavorativa, dimensioni allarmanti.

Le stime relative al I semestre del 2016 pubblicate dal Laboratorio di Ricerca Socio-Economica dell'Università Link Campus University segnalano infatti che i dati sembrano disegnare una nuova geografia del fenomeno, che all'inizio interessava soprattutto l'Italia settentrionale e nello specifico le regioni del Nord-Est, oggi

invece le regioni del Centro Italia (27,2%) e del Sud al 25,9%, con un forte incremento in Sicilia ("Il tragico record di suicidi per crisi", 2016). Tale differente geografia si riflette in una nuova rappresentazione della condizione professionale delle vittime di suicidio: oltre la metà (50,6%) dei casi coinvolge ora i disoccupati mentre scende al 34,6% (contro il 46,1% fatto registrare nel 2015) la percentuale di imprenditori suicidi, la percentuale più bassa fatta registrare dalla categoria dall'inizio del monitoraggio.

Gli incidenti stradali e sul lavoro

Nel 2015 si sono verificati in Sicilia 10.864 incidenti stradali. Rispetto al 2014, diminuiscono sia gli incidenti (-4,4%) che i feriti (-5,5%), superiori alle variazioni rilevate nell'intero Paese (rispettivamente -1,4% e -1,7%); l'aumento del numero di vittime della strada invece è più significativo della media nazionale, +7,7% contro +1,4%. Continua pertanto il trend che dal 2005 volge in modo deciso verso valori più contenuti dell'incidentalità in tutto il Paese e nella nostra regione in particolare.

Dai dati disponibili pertanto emerge che se è vero che gli incidenti stradali iniziano a diminuire prima ancora del manifestarsi della crisi, le variazioni percentuali maggiori si registrano a partire dal 2010 e quindi correlate direttamente con la riduzione della mobilità motorizzata causata dalla recessione economica.

Passando a esaminare nel dettaglio la mortalità per incidenti stradali nella nostra regione, i dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte ci segnalano che in Sicilia nel periodo 2004-2016 il numero medio annuale di decessi a causa di incidenti stradali da veicoli a motore e da trasporto (ICD IX E800-E848) è pari a 309, di cui l'82% tra gli uomini, e il 18% tra le donne.

L'andamento del tasso standardizzato diretto di mortalità nel periodo considerato, mostra complessivamente una tendenza alla diminuzione a partire dal 2007 facendo registrare nel periodo 2010-2016, valori decisamente inferiori a quelli osservati nel periodo pre-crisi.

I dati siciliani, pertanto, sembrano confermare anche nella nostra regione alcune evidenze di letteratura che indicano una riduzione associata alla crisi del rischio di essere coinvolti in incidenti stradali mortali.

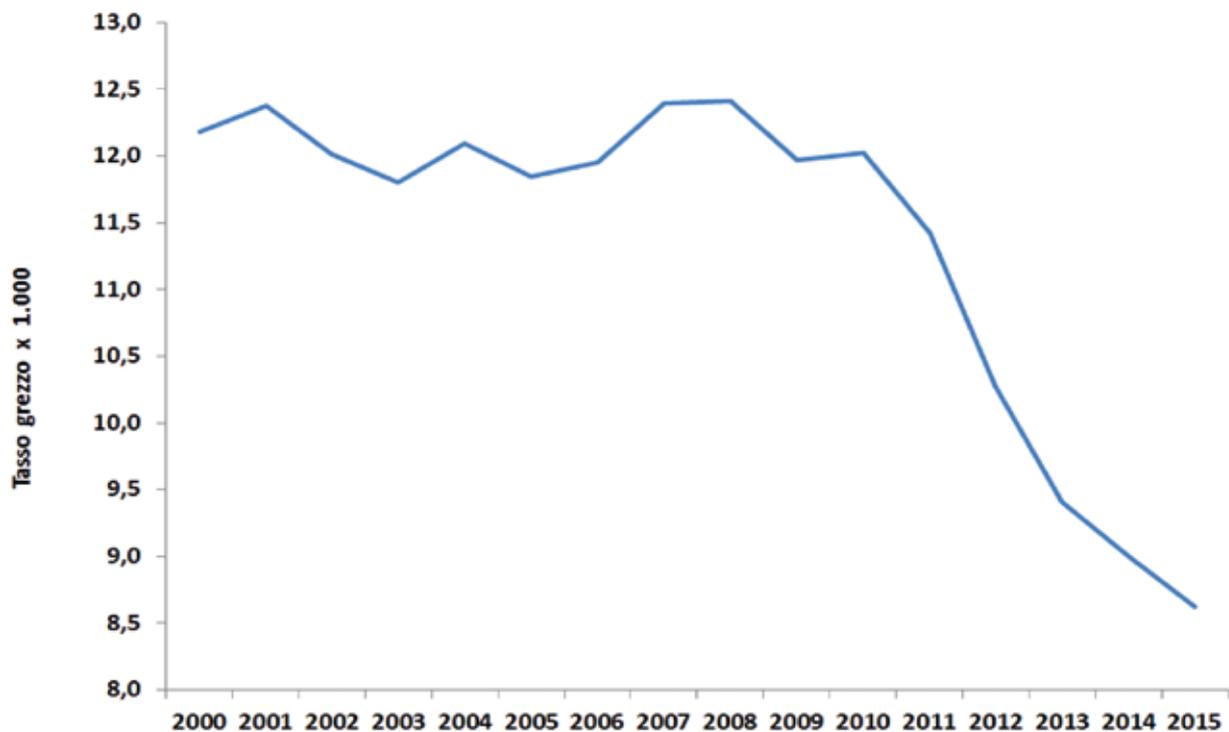
Restando nell'ambito delle cause non naturali di disabilità o morte, si possono esaminare anche gli andamenti temporali degli infortuni sul lavoro.

Occorre tuttavia premettere che in occasione della crisi si potrebbero verificare fenomeni di sotto notifica degli eventi a causa della paura delle vittime di perdere il lavoro in caso di denuncia. Dunque per studiare gli effetti della crisi sulla sicurezza del lavoro sarebbe utile monitorare l'andamento di almeno due indicatori: il tasso di infortuni totali e quello di infortuni gravi che è meno esposto al rischio di sotto notifica.

In letteratura lo studio della relazione tra cicli economici e sicurezza mostra una relazione positiva: in periodi di espansione i tassi di infortuni sul lavoro aumentano mentre in periodi di recessione i tassi diminuiscono (Davies et al., 2009). Attraverso il flusso informativo Inail- Ispesl- Regioni, è disponibile la serie storica riguardante gli infortuni totali, mentre facendo ricorso al database BES è possibile monitorare il trend degli infortuni mortali e con inabilità permanente avvenuti in Italia nel periodo 2005-2014.

L'andamento è in netta discesa, coerentemente con quanto segnalato in letteratura: il tasso grezzo nel 2008 era di 12,4 infortuni per 1000 assicurati; nel 2015 è sceso a 8,6 (Figura 5).

Figura 5. Andamento del tasso grezzo di infortuni totali sul lavoro. (Sicilia 2000-2015)



Fonte: base dati Flussi informativi INAIL-Regioni



I dati siciliani segnalano pertanto una netta inversione di tendenza che si verifica nel periodo di recessione economica: dal 2008 al 2015 il tasso grezzo di infortuni in tutti i settori di attività registra un calo del 30,5%.

Discussione e scenari futuri

Il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 ha visto la luce in un contesto socio sanitario inevitabilmente influenzato dagli effetti della crisi economica. Il Piano dedica molta attenzione alla promozione della salute mentale ma rivolge le sue linee di attività alla popolazione in età giovanile in un'ottica di prevenzione non prevedendo una strategia intersettoriale di intervento a breve termine per affrontare il disagio mentale in età adulta.

Al fine di contribuire ad integrare le linee di attività del PRP in materia di promozione della salute mentale anche dal punto di vista delle disuguaglianze e in considerazione del fatto che il fenomeno suicidario è una delle evidenze che desta più allarme sociale, è stato elaborato il questionario "Gli effetti della crisi economica sulla salute della popolazione siciliana". Tale questionario sarà somministrato a un panel di esperti i quali hanno dato la loro disponibilità a partecipare. Verrà dapprima inviata una lettera di presentazione ufficiale contenente il programma, gli obiettivi dello studio, la descrizione della metodologia utilizzata e il questionario. Gli esperti del panel appartengono a organizzazioni istituzionali e del terzo settore, che rappresentano anche pazienti e caregivers. Ciascuno di loro può dare un contributo competente e specialistico per individuare le principali priorità di intervento sostenibili ed elaborare raccomandazioni a supporto del Piano Regionale di Prevenzione. Gli esperti rappresentano diverse professioni sanitarie (psichiatri, psicologi, pedagogisti, educatori professionali, assistenti sociali, medici di medicina generale) e non sanitarie (bancari, avvocati, pazienti con patologie di salute mentale e i loro caregivers, familiari di persone che si sono suicidate).

Alla somministrazione on line seguiranno:
la stesura di un primo report in cui si raccoglieranno i pareri sintetizzati in forma aggregata;
l'invio ai partecipanti del report per capire se il

loro punto di vista corrisponde ai risultati presentati;

la riproposizione del documento ai partecipanti allo scopo di arrivare ad un'opinione condivisa;
l'elaborazione di raccomandazioni.

CONCLUSIONI

Anche in Sicilia la crisi economica mondiale ha interferito con alcune dimensioni del benessere: gli effetti della recessione nella nostra regione sono più evidenti per quanto riguarda lo sviluppo, il lavoro, il benessere economico, l'ambiente ed alcuni esiti di salute. In particolare, il benessere economico peggiora con un aumento della disuguaglianza di reddito; la disoccupazione e l'incertezza sul lavoro sono aumentate con un relativo incremento di insicurezza e stress, in particolar modo tra giovani e tra i meno qualificati. E' stata osservata la tendenza a una sempre più crescente precarizzazione dei rapporti di lavoro, confermata anche in un anno di ripresa come il 2015: la dinamica sfavorevole dell'occupazione si ripercuote pertanto anche sul versante della qualità del lavoro, soprattutto in termini di stabilità, regolarità e coerenza con le competenze acquisite nel sistema formativo.

I fattori di pressione ambientale hanno denotato un sensibile miglioramento per una minore intensità di produzione e di esigenza di mobilità motorizzata. Alcuni fattori di rischio comportamentali si sono ridotti a causa della crisi, anche se i dati siciliani della sorveglianza PASSI su abitudine al fumo, abuso di alcol, sedentarietà e corretta alimentazione sembrano indicare che la crisi abbia inciso comunque su alcuni sottogruppi di popolazione più fragili dal punto di vista socio-economico.

Relativamente agli effetti sulla salute, i risultati osservati in Sicilia sono coerenti con quelli già visti in precedenti indagini effettuate a livello internazionale, nazionale e in alcune regioni italiane del centro-nord: continuano a diminuire gli incidenti stradali e i decessi ad essi dovuti, così come gli infortuni sul lavoro. La crescita della natalità nella nostra regione subisce un ulteriore brusco arresto in corrispondenza degli anni della crisi, mentre si registra un aumento del fenomeno suicidario dovuto a motivazioni di natura economica.



Quelli che stiamo osservando al momento sono solo gli effetti a breve termine della crisi sulla salute dei siciliani. Le conoscenze in termini di effetti della crisi sulla salute mostrano come l'intervento della crisi possa avere un impatto non immediato anche nella nostra regione. Se i primi segnali di cambiamento prodotti dalla crisi sono comparsi a partire dal biennio 2008-2009, tuttavia anche in Sicilia, come nel resto del Paese, alcuni ammortizzatori sociali e i risparmi accumulati dalle famiglie erano riusciti ad attutire in parte alcuni effetti negativi della recessione. Con il suo acuirsi però la situazione si è fatta più pesante: alcuni indicatori che misurano il livello di benessere eco-

nomico della popolazione siciliana (es. incidenza di povertà relativa familiare, spesa media mensile familiare per tempo libero, cultura, vacanze, abbigliamento) hanno evidenziato un peggioramento già a partire dal biennio 2009-2010. Alla luce di questi risultati è importante continuare a monitorare sia gli indicatori più sensibili agli effetti a breve/medio termine della crisi sia le azioni di risposta, allo scopo di fornire con tempestività informazioni utili a chi deve organizzare le politiche di assistenza socio sanitaria. I risultati prodotti contengono infine interessanti spunti per l'individuazione di target di popolazione vulnerabili per caratteristiche socioeconomiche, sesso ed età.



BIBLIOGRAFIA

- Anderson, P. (2012). Economic crisis and mental health and wellbeing, a background paper for the Who Regional Office for Europe Impact of economic crises on mental health.
- Caranci, N. (2012). Crisi economica e andamento di suicidi e incidenti stradali; Italia ed Emilia-Romagna nel contesto europeo. *Epidemiologia & Prevenzione*, 36(5) Suppl 1:1-144.
- Costa, G., Marra, M., & Salmaso, S. (2012). Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia. *Epidemiologia & Prevenzione*, 36(6), 337-366.
- Crisi economica, diseguglianze nell'accesso ai servizi sanitari ed effetti sulla salute delle persone in Italia. (2015, Gennaio). I Quaderni della Fondazione Farmafactoring.
- De Belvis, A. G., Ferrè, F., Specchia, M. L., Valerio, L., Fattore, G., & Ricciardi, W. (2012). The financial crisis in Italy: implications for the healthcare sector. *Health policy*, 106(1), 10-16.
- Innocenti, F., Ierardi, F., Vannucci, A., & Voller, F. (2016). Crisi economica, stato di salute e ricorso ai servizi sanitari. Un'indagine sul territorio toscano. Agenzia regionale di sanità della Toscana, serie In cifre, 11.
- Istat. (2016) La povertà in Italia – anno 2015”. Disponibile da <https://www.istat.it/it/archivio/189188>
- Istat & CNEL. (2015). Il benessere equo e sostenibile in Italia (pp. 68–86).
- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Coid, J., ... & Meltzer, H. (2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological medicine*, 38(10), 1485-1493.
- Karanikolos M, Heino P, McKee M, Stuckler D, Legido-Quigley H. Effects of the Global Financial Crisis on Health in High-Income Oecd Countries: A Narrative Review. *Int J Health Serv*. 2016;46(2):208-40.
- La sorveglianza Passi. Indagine Passi Sicilia, anni 2007-2015. Disponibile da <http://www.epicentro.iss.it/passi/>
- Link Lab, Laboratorio di Ricerca Socio-Economica dell'Università degli Studi Link Campus University. (2016). Osservatorio suicidi per crisi economica. Dati 2012-2015. Disponibile da <http://linklab.unilink.it/wp-content/uploads/2016/07/Suicidi-1%C2%B0-sem-2015.pdf>
- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S., & McKee, M. (2012). Health policy responses to the financial crisis in Europe.
- Stuckler, D., Basu, S., & McDaid, D. (2010). Depression amidst depression: mental health effect of the ongoing recession.
- Suhrcke, M., Stuckler, D., Suk, J. E., Desai, M., Senek, M., McKee, M., & Rechel, B. (2011). The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. *PloS one*, 6(6), e20724.
- Taroni, F. (2012). Salute e politiche sanitarie ai tempi della crisi: vecchie soluzioni per nuovi problemi. In: Gensini GF, Nicelli AL, Trabucchi M et al. Rapporto Sanità (329-81). Roma: Il Mulino.



3. LA COMUNICAZIONE NELLA PRATICA VACCINALE: MODELLI OPERATIVI PER UNIFORMARE E IMPLEMENTARE L'OFFERTA IN AMBITO AZIENDALE, ASP ENNA.

Franco Belbruno¹, Gina Bellina¹, Salvatore Madonia¹, Francesca Bella²

¹ ASP Enna

² ASP Siracusa

tanti criticità riguardo alla percentuale di soggetti vaccinati, hanno avuto un importante riscontro pratico in termini di adesione con l'utilizzo di una lettera standard e con il contestuale intervento attivo dei pediatri.

PREMESSA

I servizi sanitari sono ovunque chiamati a informare i cittadini e a proporre attivamente strategie vaccinali che, tenendo in considerazione l'epidemiologia, la storia naturale delle malattie ed i fattori di rischio della popolazione, impattino significativamente su patologie gravose per la salute e la sicurezza dei singoli cittadini e della popolazione in considerazione della loro gravità, onerosità e contagiosità. Si assiste, nell'attuale organizzazione, a modalità non uniformi di offerta e comunicazione da parte dei vari operatori aziendali, con la conseguenza che cittadini di diverse realtà territoriali possono ricevere indicazioni di diversa tipologia e non necessariamente complete dal punto di vista scientifico (Ministero della Salute, 2017).

Una revisione delle procedure adottate diventa indispensabile al fine di uniformare le informazioni da trasmettere agli utenti tramite la pianificazione di una comunicazione finalizzata ad una corretta gestione delle vaccinazioni ed alla prevenzione delle malattie infettive prevenibili con gli stessi vaccini.

La predisposizione di format cartacei ed informatici, continuamente aggiornati e di facile lettura, garantisce, assieme al rapporto diretto, importanti risultati sulle coperture attraverso la comunicazione delle caratteristiche dei vaccini, dei vantaggi della vaccinazione, della conoscenza e corretta gestione degli eventi avversi, ivi comprese le modalità di segnalazione al referente di farmacovigilanza. Materiale aggiornato e di qualità diventa punto di riferimento anche per gli operatori, spesso obbligati a ricerche che non sempre risultano esaustive. Precedenti esperienze pilota effettuate su alcuni vaccini, con impor-

RAZIONALE E OBIETTIVI

Tra i macro-obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2014-2018 (Ministero della Salute, 2014), il macro-obiettivo 2.9 è quello di ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie. Nel 2014, con Decreto Assessoriale n. 2198 (Regione Siciliana, 2014) la Regione Siciliana ha recepito il PNP e ha tracciato i primi indirizzi operativi. Tra gli Obiettivi centrali del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) Sicilia 2014-2018 (Regione Siciliana, 2015) vi sono quello di aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) (2.9.6) e quello di pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione (2.9.7).

Il primo obiettivo centrale ha i due obiettivi specifici: incremento delle coperture vaccinali di specifici gruppi a rischio per patologia e/o status (2.9.6.1) e raggiungimento delle percentuali di coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) e dal vigente Calendario Vaccinale per la Vita adottato dalla Regione Siciliana con DA 1965/2017 (Figura 1) (Regione Siciliana, 2017); report sul tasso di rifiuti alla vaccinazione (disenso informato) (2.9.6.2). Il secondo obiettivo centrale ha come obiettivo specifico la predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla *evidence* per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (2.9.7).

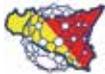


Figura 1. Calendario Vaccinale per la vita Regione Siciliana

REGIONE SICILIA - "CALENDARIO VACCINALE PER LA VITA" a recepimento, con integrazioni, del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017 - 2019																				
Vaccino	Nascita	1 mese	3° mese (dal 61° giorno di vita)	70° giorno di vita, dopo 15 giorni da somministrazione di esa + PCV 13 e Rota	100° giorno di vita, dopo un mese da somministrazione della prima dose di Men B	5° mese - 121° giorno di vita, dopo 15 giorni da somministrazione della seconda dose di Men B	155° giorno di vita, dopo un mese dalla seconda dose di esa + PCV 13 e Rota	11°-12° mese	13°-15° mese	18/19 mesi 1 mese dopo la somministrazione di MPRV(MPRV) Men, ACW135Y	6° anno	12° anno	14-19 anni	19-30 anni	19-44 anni	Coorte 55 anni	60 - 65 anni	Coorti dal 65 ai 75 anni	≥ 65 anni	
DTPa			DTPa			DTPa		DTPa												
IPV			IPV			IPV		IPV												
Epatite B	HBV*	HBV*	HBV*			HBV		HBV												
Hib			Hib			Hib		Hib												
PCV13			PCV13			PCV13		PCV13												
Rotavirus			1 dose			2 dose														
Anti Meningo B				1° dose Men B	2° dose Men B			3° dose Men B												
Meningo A,C,W135,Y coniugato									Men. A,C, W135,Y											
MPR + Varicella									MPRV/MPR + Var											
dTpa																				
DTPa + IPV																				
dTpa + IPV																				
HPV																				
Anti-influenzale																				
Anti-Pneumococcico																				
Anti Zoster																				

Le Direzioni Strategiche Aziendali delle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) regionali, pertanto, dovranno adottare dei "Piani di Comunicazione" ai fini del raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Mantenere alta la percezione del rischio delle malattie infettive e l'importanza delle pratiche di prevenzione vaccinale.
- Diffondere a livello regionale le corrette e aggiornate informazioni sulle malattie infettive, portando alla luce i casi che avrebbero potuto essere evitati se fossero state utilizzate le vaccinazioni disponibili.
- Informare e formare il personale sanitario con metodologie e strumenti all'avanguardia per una comunicazione efficace (Regione Siciliana, 2015).

I tre obiettivi sopraindicati trovano realizzazione attraverso l'organizzazione di campagne informative basate su opportune strategie di comunicazione.

Il 19 gennaio 2017 è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il PNPV 2017-2019 (Ministero della Salute, 2017a). Tutti i vaccini contenuti nel calendario del PNPV 2017-2019 sono stati inseriti nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di definizione dei nuovi Livelli essen-

ziali di assistenza. Successivamente, il 7 giugno 2017, con la pubblicazione del decreto legge sulle vaccinazioni e successive modifiche (Repubblica Italiana 2017a, 2017b, Ministero della Salute, 2017b), si è assistito a un cambiamento nazionale in ambito di prevenzione vaccinale, rendendo obbligatorie per i minori di 16 anni e per i minori stranieri non accompagnati dieci vaccinazioni, in base alle specifiche indicazioni contenute nel Calendario vaccinale nazionale vigente nel proprio anno di nascita, che diventano un requisito per l'ammissione all'asilo nido e alle scuole di infanzia (per i bambini da 0 a 6 anni) e raccomandandone fortemente quattro ad offerta attiva e gratuita.

Le dieci vaccinazioni obbligatorie sono: anti-poliomielitica, anti-difterica, anti-tetanica, anti-epatite B, anti-pertosse, *anti-Haemophilus influenzae* tipo b, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella. L'obbligatorietà per le ultime quattro (anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella) è soggetta a revisione ogni tre anni in base ai dati epidemiologici e delle coperture vaccinali raggiunte. Sono, inoltre, indicate a offerta attiva e gratuita da parte delle Regioni e Province autonome, ma senza obbligo vaccinale, le vaccinazioni: anti-meningococcica



B, anti-meningococcica C, anti-pneumococcica e anti-rotavirus.

Il Decreto vaccini ha dunque portato il numero di vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e nell'adolescenza nel nostro Paese da quattro a dieci. L'obiettivo è di contrastare il progressivo calo delle vaccinazioni, sia obbligatorie che raccomandate, in atto dal 2013 che ha determinato una copertura vaccinale media nel nostro Paese al di sotto del 95%, soglia raccomandata dall'OMS e da tempo obiettivo dei PNPV per garantire la cosiddetta "immunità di gregge", per proteggere, cioè, indirettamente anche coloro che, per motivi di salute, non possono essere vaccinati.

I dati delle coperture vaccinali regionali a 24 mesi relativi all'anno 2016 (coorte 2014) sono illustrati nella Tabella 1 (Ministero della Salute, 2016).

Dai dati si evince che nel 2016 le coperture vaccinali a 24 mesi per anti-difterica, anti-polio, anti-tetanica, anti-epatite B sono ancora al di sotto del valore del 95%, con un valore medio nazionale (93,3%) di poco inferiore a quello del 2015 (93,4%) ma con un trend in diminuzione in

alcune regioni. Sebbene esistano importanti differenze tra le regioni, solo 6 riescono a superare la soglia del 95% per la vaccinazione anti-polio, mentre 8 sono addirittura sotto il 93%.

In calo anche le coperture medie per pneumococco (88,4% nel 2016 vs 88,7% nel 2015), mentre, probabilmente per il grande clamore mediatico suscitato dall'aumento dei casi di malattia invasiva da meningococco C in Toscana, le coperture nei confronti del meningococco C sono cresciute di 4 punti percentuali passando da 76,6% nel 2015 a 80,7% nel 2016.

Inoltre, sebbene i dati di copertura vaccinale nei confronti di morbillo e rosolia mostrino un trend in aumento, passando dall'85,3% del 2015 all'87,3% nel 2016, la copertura è ancora inferiore a quella attesa, dal momento che il nostro Paese è impegnato dal 2003 in un Piano globale di eliminazione del morbillo e della rosolia, cui ha aderito anche la Regione europea dell'OMS, rischiando di far fallire tale Piano, poiché il presupposto per dichiarare l'eliminazione di una malattia infettiva da una regione dell'OMS è che

Tabella 1. Coperture vaccinali a 24 mesi, anno 2016 (coorte 2014), Italia

Vaccinazioni dell'età pediatrica. Anno 2016 (coorte 2014)																
Coperture vaccinali a 24 mesi (per 100 abitanti), calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA. (per singolo antigene)																
REGIONE/P.A.	POL	DIF	TET	PER	EP B	HIB	MOR	PAR	ROS	VAR	Men C	PNC	EP A	ROTA	Men B	Men ACYW
Piemonte	95,13	95,14	95,44	95,12	94,72	94,33	91,06	91,06	91,06	1,86	89,33	91,84	0,87	6,39	0,00	0,00
Valle d'Aosta	90,86	90,77	91,32	90,77	90,67	90,86	83,38	82,92	83,10	0,74	84,67	87,35	0,18	0,00	0,28	0,09
Lombardia	92,80	94,23	94,42	94,22	91,85	92,90	93,40	93,27	93,33	n.d.	88,24	85,72	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Prov. Aut. Bolzano	85,05	85,25	85,34	85,20	84,93	84,84	67,52	67,43	67,45	5,83	63,24	80,51	1,50	0,91	0,09	0,05
Prv. Aut. Trento	92,98	92,87	93,26	92,83	92,61	92,38	87,43	87,25	87,31	51,02	86,03	89,24	2,07	0,00	0,21	0,92
Veneto	91,97	91,99	92,46	92,00	91,40	91,26	89,19	89,07	89,14	85,53	90,64	84,46	11,72	2,53	7,28	88,97
Friuli-Venezia Giulia	89,42	89,31	89,76	89,31	88,74	88,66	83,24	83,13	83,19	74,51	85,41	81,40	0,71	2,01	0,00	1,69
Liguria	94,33	94,32	94,38	94,28	94,17	93,67	82,15	82,06	82,11	48,74	77,57	91,79	3,26	16,76	20,75	8,81
Emilia-Romagna	93,26	93,09	93,48	93,08	92,73	92,23	87,47	87,25	87,34	1,35	87,72	90,58	3,37	3,76	0,69	31,42
Toscana	94,37	94,41	94,61	94,41	94,09	93,96	89,38	89,30	89,35	75,28	90,66	88,97	0,87	8,14	54,76	16,28
Umbria	94,54	94,46	94,59	94,46	93,96	94,27	89,86	89,83	88,42	0,93	89,19	91,55	0,19	0,00	1,15	0,14
Marche	92,35	92,25	92,63	92,24	92,04	91,77	83,04	83,00	83,01	36,63	80,76	89,42	0,98	0,53	4,48	1,45
Lazio	96,86	96,83	96,84	96,83	96,72	96,69	87,94	87,94	87,94	9,35	81,11	93,81	0,22	7,01	21,62	28,45
Abruzzo	97,10	97,06	97,07	97,05	97,04	97,03	87,56	87,56	87,56	12,21	62,57	89,32	0,30	0,52	8,97	9,39
Molise	97,30	97,30	97,30	97,30	97,30	97,30	73,51	73,51	73,51	49,98	71,70	91,45	0,00	0,00	0,00	1,97
Campania	92,71	92,71	92,71	92,71	92,72	92,68	83,87	83,87	83,64	44,50	60,99	82,09	0,02	0,33	0,97	2,16
Puglia	93,34	93,32	93,34	93,32	93,35	93,29	85,88	85,88	85,88	82,37	78,64	91,44	60,54	21,12	57,84	0,06
Basilicata	97,35	97,35	97,35	97,35	97,35	97,35	90,56	90,56	90,56	82,55	88,06	97,00	0,00	1,35	68,16	0,00
Calabria	95,84	95,84	95,84	95,84	95,84	95,75	86,49	86,49	86,49	64,47	70,74	90,01	0,39	14,64	10,74	19,77
Sicilia	91,63	91,63	91,63	91,63	91,63	91,62	81,11	81,10	81,11	78,28	67,23	88,54	0,01	45,06	9,03	4,64
Sardegna	95,66	95,63	95,64	95,61	95,63	95,60	90,29	90,29	90,27	77,91	87,87	94,21	0,05	13,55	3,34	0,03
Italia	93,33	93,56	93,72	93,55	92,98	93,05	87,26	87,20	87,19	46,06	80,67	88,35	6,58	10,55	14,72	18,28

Legenda:

- (a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi
- (b) Ciclo di base 1, 2 o 3 dosi, secondo l'età
- (c) 1a dose entro 24 mesi
- (d) Ciclo completo secondo il prodotto o il calendario
- n.d. Non disponibile

POL	Polio(a)	ROS	Rosolia (c)
DIF	Difterite (a)	VAR	Varicella (c)
TET	Tetano (a)	Men C	Meningococco C coniugato (b)
PER	Pertosse (a)	PNC	Pneumococco coniugato (b)
EP B	Epatite B(a)	EP A	Epatite A (d)
HIB	Hib(b)	ROTA	Rotavirus (d)
MOR	Morbillo(c)	Men B	Meningococco B (d)
PAR	Parotite (c)	Men ACYW	Meningococco ACYW coniugato (c)

Fonte: Dati comunicati dalle regioni

Elaborazioni: Ufficio 5, Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale. DG Prevenzione Sanitaria, MINISTERO della SALUTE

Aggiornamento 5 giugno 2017



tutti i Paesi membri ne siano dichiarati “liberi” (Ministero della Salute, 2016).

Il presente lavoro ha lo scopo di incrementare il riconoscimento del beneficio dovuto alla vaccinazione, orientare a una scelta consapevole al vaccino e rendere le decisioni dei genitori informate, obiettivo che può associarsi anche ad un aumento delle coperture vaccinali (Wroe et al., 2005). Tale obiettivo è realizzabile attraverso la pianificazione di una comunicazione uniforme nei diversi centri vaccinali finalizzata ad una corretta gestione delle vaccinazioni e alla prevenzione delle malattie infettive prevenibili con gli stessi vaccini. L'obiettivo specifico del progetto è quello di mantenere nell'ASP di Enna le attuali coperture della vaccinazione esavalente e di quella anti pneumococco, aumentare al 95% le coperture del vaccino MPRV e ad almeno 90% quelle per anti meningococco B e C.

ANALISI DI CONTESTO

Nella nostra Regione la copertura vaccinale per le sei vaccinazioni poliomielite, difterite, tetano, epatite B, pertosse ed Haemophilus influenzae tipo b è del 91,6%, per MPR è dell'81,1%,

per varicella 78,3%, per meningococco C è del 67,2% e per pneumococco 88,5%.

La Tabella 2 (Regione Siciliana, 2016) riporta i dati 2016 delle coperture vaccinali a 24 mesi nelle ASP siciliane. Nell'ASP di Enna la copertura per la vaccinazione esavalente e per pneumococco è del 97,6%, per il vaccino MPR è del 90,8%, per la varicella 90,2% e per il meningococco C è del 76,7%, valori superiori alla media regionale. Al 31/12/2016 la popolazione residente nella provincia di Enna (ISTAT, 2017a) è pari a 168.052 abitanti (3.3 % dei residenti in Sicilia, pari 5.056.641), di cui 81.146 (48%) maschi e 86.906 (52%) femmine. La popolazione straniera residente nella provincia di Enna al 31/12/2016 è pari a 3.555 abitanti (quasi il 2% dei residenti stranieri in Sicilia), di cui il 43% e il 10% rispettivamente provenienti da Romania e Marocco (ISTAT, 2017b).

La provincia include 21 comuni. L'ASP di Enna comprende il territorio della provincia di Enna più il Comune di Capizzi (ME) per una popolazione di 171.189 abitanti.

L'ASP di Enna è suddivisa in 4 Distretti Sanitari: Agira, Enna, Nicosia, Piazza Armerina. Sono presenti in totale 18 centri vaccinali, dislocati in 18 dei 21 comuni della provincia.

Tabella 2. Coperture vaccinali a 24 mesi, anno 2016 (coorte 2014), Regione Sicilia

RILEVAZIONE ANNUALE ATTIVITÀ VACCINALI																					
CICLI VACCINALI COMPLETI AL 31 DICEMBRE 2016																					
	ASP AG	ASP CL	ASP CT	ASP4 EN	ASP ME	ASP PA	ASP RG	ASP SR	ASP TP	TOTALE REGIONE											
SEZIONE I	COPERTURE VACCINALI A 24 MESI COORTE 2014												Val. Anes o								
COORTE 2014 (denominatore)	3.533	2.177	10.331	1.267	5.064	11.860	2.822	3.456	3.407	43.917											
Antipolio ^(a)	95,3%	95,3%	88,3%	97,6%	88,2%	93,0%	93,1%	90,3%	94,0%	91,6%	40.250	95,0%									
D ^(a)	9,081	2.074	9.126	1.236	4.464	11.026	2.627	3.120	3.202		39.956										
T ^(a)	9.967	2.074	9.126	1.236	4.464	11.026	2.627	3.120	3.202		40.242										
p ^(a)	9.967	2.074	9.126	1.236	4.464	11.026	2.627	3.120	3.202		40.242										
Antiepatite B ^(a)	9.967	2.074	9.126	1.236	4.464	11.026	2.625	3.120	3.201		40.239										
Hib ^(a)	9.967	2.074	9.126	1.236	4.462	11.026	2.625	3.120	3.200		40.236										
Morbillo ^(a)	87,2%	84,0%	76,6%	90,8%	69,5%	85,7%	10,161	84,9%	2,395	78,8%	2,723	83,7%	2,852	81,1%	35.628	95,0%					
Parotite ^(a)	9,081	1.829	7.910	1.180	3.517	10.161	2.395	2.723	2.852		35.618										
Rosolia ^(a)	9,081	1.829	7.910	1.180	3.520	10.161	2.395	2.723	2.852		35.621										
Varicella ^(a)	86,8%	83,1%	70,6%	90,2%	61,6%	85,0%	10,082	83,2%	2,347	77,7%	2,686	83,2%	2,833	78,3%	34.387	95,0%					
Antimeningococco C coniugato	84,7%	2.994	77,2%	1.680	50,6%	5.200	76,7%	972	58,5%	2.962	71,5%	8.400	80,0%	2.250	63,5%	2.196	80,6%	2.754	67,3%	29.532	95,0%
Pneumococco coniugato ^(a)	95,0%	93,5%	94,9%	2.065	83,5%	8.625	97,6%	1.236	83,2%	4.213	89,4%	10.605	91,7%	2.588	89,5%	3.893	91,0%	3.101	88,6%	38.890	95,0%



Nell'ASP di Enna dai dati epidemiologici di copertura rilevati non si evincono disuguaglianze significative per livello socioeconomico e culturale (titolo di studio dei genitori). Nella regione Sicilia al 2015, il 23% degli abitanti non possiede nessun titolo di studio oppure la licenza elementare, il 36% ha la licenza media, il 31% il diploma e il 10% la laurea (ISTAT, 2015a). Il tasso di disoccupazione nella provincia di Enna fra gli ultraquindicenni è del 21.5% (range delle province siciliane compreso tra il 16 e il 26%) (ISTAT, 2015b).

REVISIONE DELLA LETTERATURA SULLA COMUNICAZIONE VACCINALE

Da un'analisi della letteratura scientifica, emerge che le decisioni dei genitori in ambito vaccinale si basano su una serie di fattori, tra cui la necessità e l'importanza delle informazioni per essere in grado di prendere decisioni informate, coerenti, pertinenti, basate sull'evidenza e su misura per le proprie esigenze e livello di lettura (Jackson et al., 2008; Steinberg & Bain, 2001; Niederhauser et al., 2001; Woods et al. 2003; Guillaume & Bath, 2004; Hannon et al., 2000; Alfredsson et al., 2004; Cullen, 2005). Le informazioni inoltre sono molto utili quando tempestive e, se disponibili, locali (Leask et al., 2012). Importante è anche la disponibilità in vari formati, ad esempio testo scritto (cartaceo o elettronico/online), DVD, discussione telefonica o face-to-face (Vannice et al., 2011; Wallace et al., 2006; Jackson et al., 2010).

I risultati di diversi studi hanno mostrato che le madri percepiscono di non avere sufficienti informazioni riguardo la vaccinazione (Gust et al., 2008; Gust et al., 2005; Kennedy & Gust, 2005; Austvoll-Dahlgren & Helseth, 2010) e che la distribuzione ai genitori di materiale informativo sui vaccini ha portato a un significativo miglioramento in senso positivo dell'attitudine alla vaccinazione (Vannice et al., 2011; Jackson et al., 2010). La preoccupazione circa la sicurezza o la necessità dei vaccini rientra tra i principali fattori legati ai genitori, associati a una riduzione della vaccinazione (Smith et al., 2004; Gust et al., 2008). Altri punti che emergono sono l'opportunità di confrontarsi con altri genitori nella stessa situazione (ad esempio social network) (Hannon

et al., 2000) e la possibilità dei genitori di avere il controllo relativamente al processo decisionale; è rilevata l'importanza delle emozioni (ansia, disperazione) che, se associate al prendere decisioni per la salute, rendono le decisioni più difficili (Jackson et al., 2008).

Altri elementi importanti sono le barriere all'accesso ai servizi, ad esempio inadeguati tempi e luoghi di apertura (Jackson et al., 2008) e, sempre nell'ambito del controllo sul processo decisionale, la fiducia nell'operatore sanitario è un altro fattore critico condizionante l'atteggiamento dei genitori verso la vaccinazione. Un'interazione efficace può contribuire a motivare un genitore titubante verso l'accettazione di un vaccino (Gust et al., 2008; Kennedy et al., 2011) e al contrario, una scarsa comunicazione in ambito vaccinale può contribuire al suo rifiuto (Brown et al., 2010; Thomas et al., 2004; Redsell et al., 2010; Flynn & Ogden, 2004).

È importante comunicare efficacemente il rischio legato ai vaccini e che gli operatori sanitari forniscano informazioni sia sui comuni e minori effetti collaterali che su quelli più rari ma gravi; questo contribuisce a diminuire le preoccupazioni dei genitori che credono che l'informazione venga loro nascosta e facilitare la fiducia (Alfredsson et al., 2004; Leask et al., 2012). I genitori devono essere informati anche su come gestire gli effetti collaterali comuni della vaccinazione e su come chiedere aiuto se hanno ulteriori preoccupazioni o dubbi (Ali et al., 2010). Approccio promettente sono le tecnologie web interattive e gli strumenti innovativi di comunicazione (Shourie et al., 2013; Glanz et al., 2015).

La comunicazione in ambito vaccinale ha sempre avuto un ruolo cruciale per l'accettazione o meno delle pratiche vaccinali. In questo ultimo decennio, con l'avvento del web, abbiamo assistito ad un cambiamento radicale dei mezzi e delle strategie comunicative, nonché all'aumento esponenziale della quantità di informazioni con una diversificazione delle modalità di fruizione e di impiego. Con il miglioramento nel corso dei decenni del livello culturale della popolazione è cambiato l'approccio alle tematiche relative alla salute; oggi la maggior parte dei pazienti si informa in modo autonomo, consultando il medico solo in un secondo momento. Negli ultimi anni,



inoltre, si è verificato un notevole incremento nell'utilizzo dei cosiddetti *mobile internet device* (*tablet, smartphone*), con l'arricchimento dei contenuti e dei servizi offerti dal web e una maggiore disinformazione sulle vaccinazioni.

Si assiste, inoltre, nell'attuale organizzazione, a modalità non uniformi di offerta e comunicazione da parte dei vari operatori aziendali, con la conseguenza che cittadini di diverse realtà territoriali possono ricevere indicazioni di diversa tipologia e non necessariamente complete dal punto di vista scientifico.

Da quanto detto si evince, dunque, ai fini di un'adesione consapevole alla vaccinazione, l'importanza della diffusione di informazioni corrette e del coinvolgimento e della responsabilizzazione in tema di malattie prevenibili con la vaccinazione sia degli utenti che di tutti gli operatori sanitari, medici e pediatri. Informazione/formazione che deve essere effettuata dunque in maniera chiara, corretta, completa ed uniforme sul territorio regionale oltre che in linea alle attuali e innovative strategie comunicative.

L'analisi della letteratura, oltre che la stessa esperienza dei centri vaccinali, ha messo in luce alcune criticità, tra cui una comunicazione poco efficace da parte degli operatori sanitari (tempi limitati per la vaccinazione e modalità non uniformi di offerta e comunicazione da parte dei vari operatori aziendali) e l'uso di strumenti di

comunicazione in lingua esclusivamente italiana. La sintesi dell'analisi effettuata ha reso possibile lo sviluppo di un "albero dei problemi" e l'elaborazione dell' "albero degli obiettivi". È stato quindi definito il Quadro Logico del progetto e sono stati individuati gli Indicatori.

COSTRUZIONE DEL PROGETTO

I risultati attesi del nostro progetto sono rappresentati da una comunicazione efficace da parte del personale e dall'elaborazione di strumenti di comunicazione multilingue. Per ciascuno dei risultati attesi sono individuati gruppi di attività, dettagliate nel Quadro logico del progetto. Quest'ultimo è uno strumento di programmazione che permette di rappresentare schematicamente tutti gli elementi, rendendo visibile la logica dell'intervento; gli elementi rappresentati nei vari livelli dell'albero degli obiettivi, dall'alto in basso: obiettivo generale, obiettivo specifico, risultati attesi e attività, vengono inquadrati in una matrice di righe e colonne. L'ultima colonna riporta i rischi e le assunzioni, cioè i fattori che influenzano la realizzazione del progetto.

Le Figure 2 e 3 e la Tabella 3 riportano rispettivamente l'albero dei problemi, l'albero degli obiettivi e il Quadro Logico del progetto.

Figura 2. Albero dei problemi

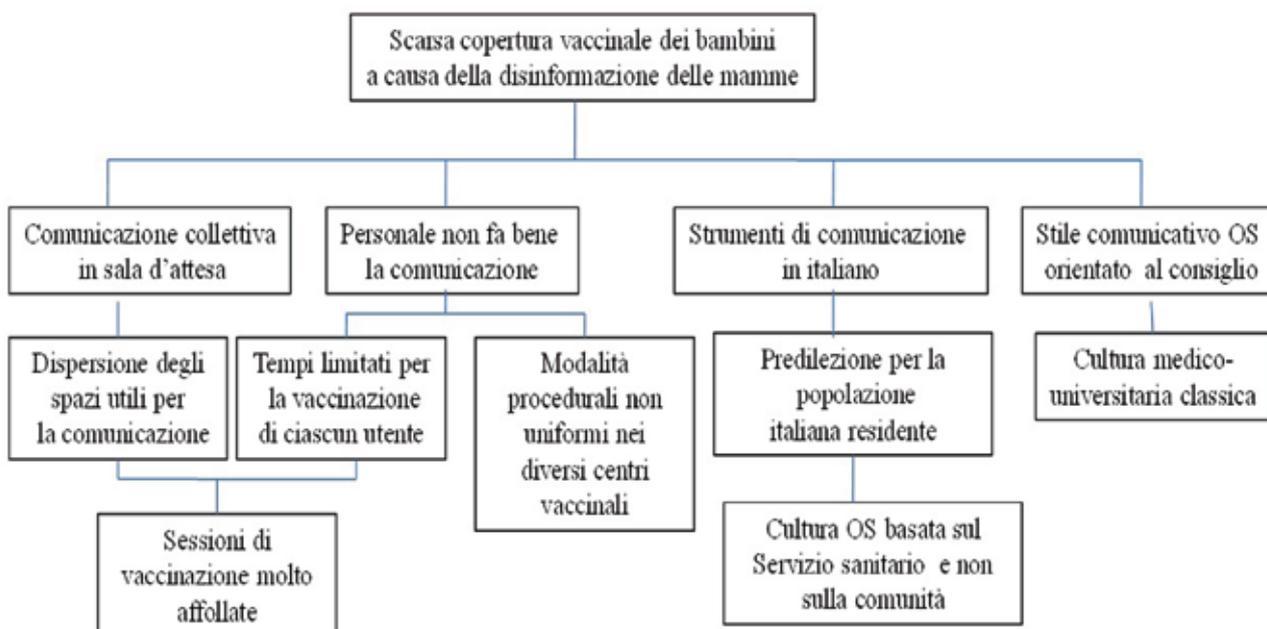


Figura 3. Albero degli obiettivi

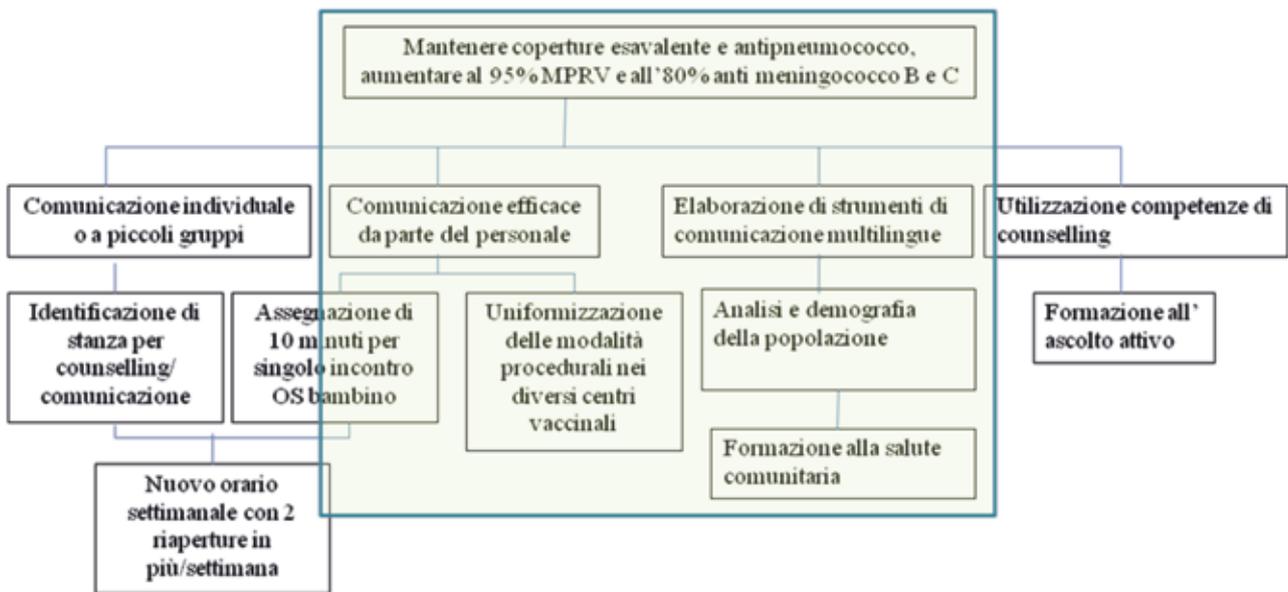


Tabella 3. Quadro Logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e Assunzioni
Obiettivo generale	Incrementare il riconoscimento del beneficio dovuto alla vaccinazione			
Obiettivo specifico	Mantenere nell'ASP di Enna le coperture vaccinali attuali della vaccinazione esavalente e di quella anti pneumococco, aumentare al 95% le coperture MPRV e all' 80% anti meningococco B e C	% adesione alla vaccinazione in provincia di Enna	Dati Coperture vaccinali in provincia di Enna	Personale non dedicato, Appoggio della Direzione sanitaria aziendale
Risultati attesi 1.1	Comunicazione efficace da parte del personale	n. Lettere di invito e schede informative /n. vaccinati	Questionario ad hoc distribuito ai genitori	Personale non dedicato, Appoggio della Direzione sanitaria aziendale
Risultati attesi 1.2	Elaborazione di strumenti di comunicazione multilingue	n. opuscoli multilingue/ n. vaccinati stranieri	Questionario ad hoc distribuito ai genitori	Personale non dedicato, Appoggio della Direzione sanitaria aziendale
Attività 1.1.1	Uniformità delle modalità procedurali nei diversi centri vaccinali	Mezzi: Lettera invito, scheda informativa, opuscolo		
Attività 1.1.2	Formazione alla salute comunitaria	Mezzi: Materiale informativo multilingue		

Le attività previste dal progetto sono state:

1. Revisione delle procedure adottate in ambito nazionale e internazionale su offerta e comunicazione vaccinale
2. Predisposizione di una bozza di format unico di lettera di invito, scheda informativa e opuscolo multilingue
3. Condivisione della bozza iniziale con gli specialisti infettivologi
4. Condivisione del materiale informativo con i genitori
5. Predisposizione per singolo vaccino di un format definitivo di lettera di invito, scheda informativa e opuscolo multilingue
6. Distribuzione ai genitori del materiale informativo prodotto e dei questionari
7. Pubblicazione su sito web aziendale del materiale informativo prodotto.

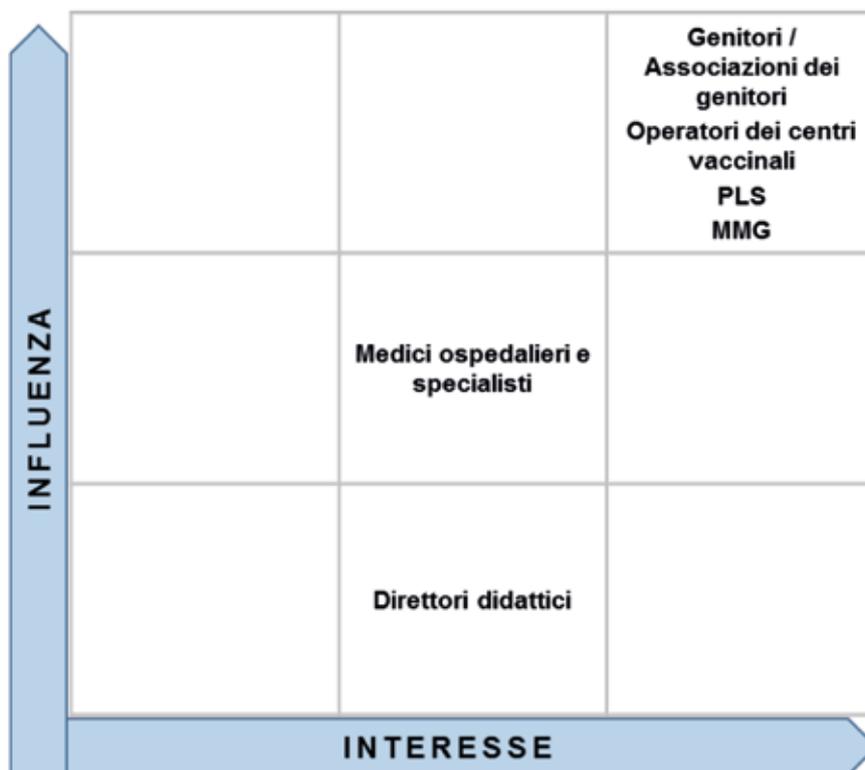
ANALISI DEI PORTATORI D'INTERESSE

I portatori di interesse sono i genitori e le associazioni dei genitori, gli operatori dei centri vaccinali, i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e i Medici di Medicina Generale (MMG) come partner, avendo un'alta influenza e un alto interesse per la

gli strumenti di comunicazione delle informazioni, i tempi ed il monitoraggio (Tabella 4).

Sono state elaborate per singolo vaccino/seduta del calendario vaccinale delle bozze di lettera di invito e scheda informativa contenente delle informazioni chiave sui benefici e sui rischi della vaccinazione. È stata altresì predisposta una bozza

Figura 4. Rilevanza e coinvolgimento dei portatori di interesse



realizzazione del progetto; i medici ospedalieri e specialisti (infettivologi, pneumologi, ginecologi) sono consultati, i Direttori didattici informati (Figura 4).

PIANO DI COMUNICAZIONE

Il Piano di Comunicazione si pone i seguenti obiettivi:

1. Informare i genitori sulle principali malattie prevenibili con la vaccinazione
2. Mantenere alta la percezione del rischio delle malattie infettive e l'importanza di pratiche di prevenzione vaccinale.

È stato elaborato un piano di comunicazione del progetto che individua i destinatari dell'attività di comunicazione e divulgazione, gli obiettivi,

za di contenuti strutturati per un opuscolo informativo sulle principali malattie prevenibili con la vaccinazione in lingua italiana e, tenuto conto che la buona parte della popolazione residente nella provincia di Enna proviene da Romania e Marocco, nelle lingue rumeno, francese e inglese. L'opuscolo informativo contiene informazioni sintetiche relative alle singole malattie, ai benefici del vaccino, agli effetti collaterali e alle sue controindicazioni.

Le bozze sono state condivise con gli infettivologi in un primo momento e successivamente con i genitori per concordare i contenuti e il materiale prodotto.

È stata predisposta, inoltre, una bozza di un questionario che sarà distribuito ai genitori al termine di ciascuna vaccinazione, al fine di valutare la percezione del rischio delle malattie infettive e l'efficacia dell'intervento di comunicazione.

Tabella 4. Piano di comunicazione

Target	Obiettivi	Mezzi	Tempi	Monitoraggio
Genitori dei bambini da sottoporre a vaccinazione	1. Informare i genitori sulle principali malattie prevenibili con la vaccinazione 2. Mantenere alta la percezione del rischio delle malattie infettive e l'importanza di pratiche di prevenzione vaccinale	Lettera di invito Scheda informativa Opuscolo multilingue Link a sito aziendale del materiale informativo	Stesura definitiva entro novembre 2017	Incontri con i genitori durante le vaccinazioni ed incontri ad hoc a partire da 2018 N. copie distribuite/ bambini da vaccinare

Il materiale informativo prodotto verrà trasmesso ai genitori o ai soggetti a cui le vaccinazioni vengono offerte attivamente e, in seguito, con il supporto di informatici, verrà postato sul sito aziendale e diventerà raggiungibile e scaricabile dagli utenti e dagli operatori tramite una icona facilmente individuabile. Sarà possibile, inoltre, consultare il Calendario vaccinale vigente continuamente aggiornato ed integrato, di cui è stata elaborata una versione di facile lettura per gli utenti.

MATERIALI E CONTENUTI INFORMATIVI

Il Calendario Vaccinale per la Vita adottato dalla Regione Siciliana con DA 1965/2017 (Figura 1) (Regione Siciliana, 2017) è stato tradotto in uno strumento comunicativo destinato ai genitori (Figura 5). A seguire sono descritti i contenuti informativi sui diversi vaccini disponibili destinati ai genitori e condivisi con i portatori d'interesse.

POLIOMIELITE, DIFTERITE, TETANO, PERTOSSE, EPATITE B, HAEMOPHILUS INFLUENZAE B

Perchè vaccinare?

- i benefici per il tuo bambino sono molto superiori ai rischi
- la sicurezza dei vaccini è garantita da una serie di controlli prima e dopo l'immissione in commercio
- le malattie prevenibili con la vaccinazione possono anche avere gravi conseguenze
- i rischi legati alle malattie prevenibili con i vaccini sono di gran lunga superiori rispetto

- al rischio di reazioni avverse ai vaccini vaccinando tanti bambini si forma una **barriera** protettiva che riduce i casi di malattia e protegge i bambini che non possono essere vaccinati per gravi motivi di salute.

Il vaccino

È sufficiente un'unica iniezione per proteggere il tuo bambino da tutte e sei le malattie sopraindicate.

Il vaccino è di regola **ben tollerato**. Talvolta, nel punto dell'iniezione, possono comparire rossore e gonfiore, che comunque scompaiono rapidamente. Dopo qualche ora potrebbero comparire febbre, sonnolenza, irritabilità. Molto più raramente possono verificarsi reazioni avverse più importanti.

Le malattie

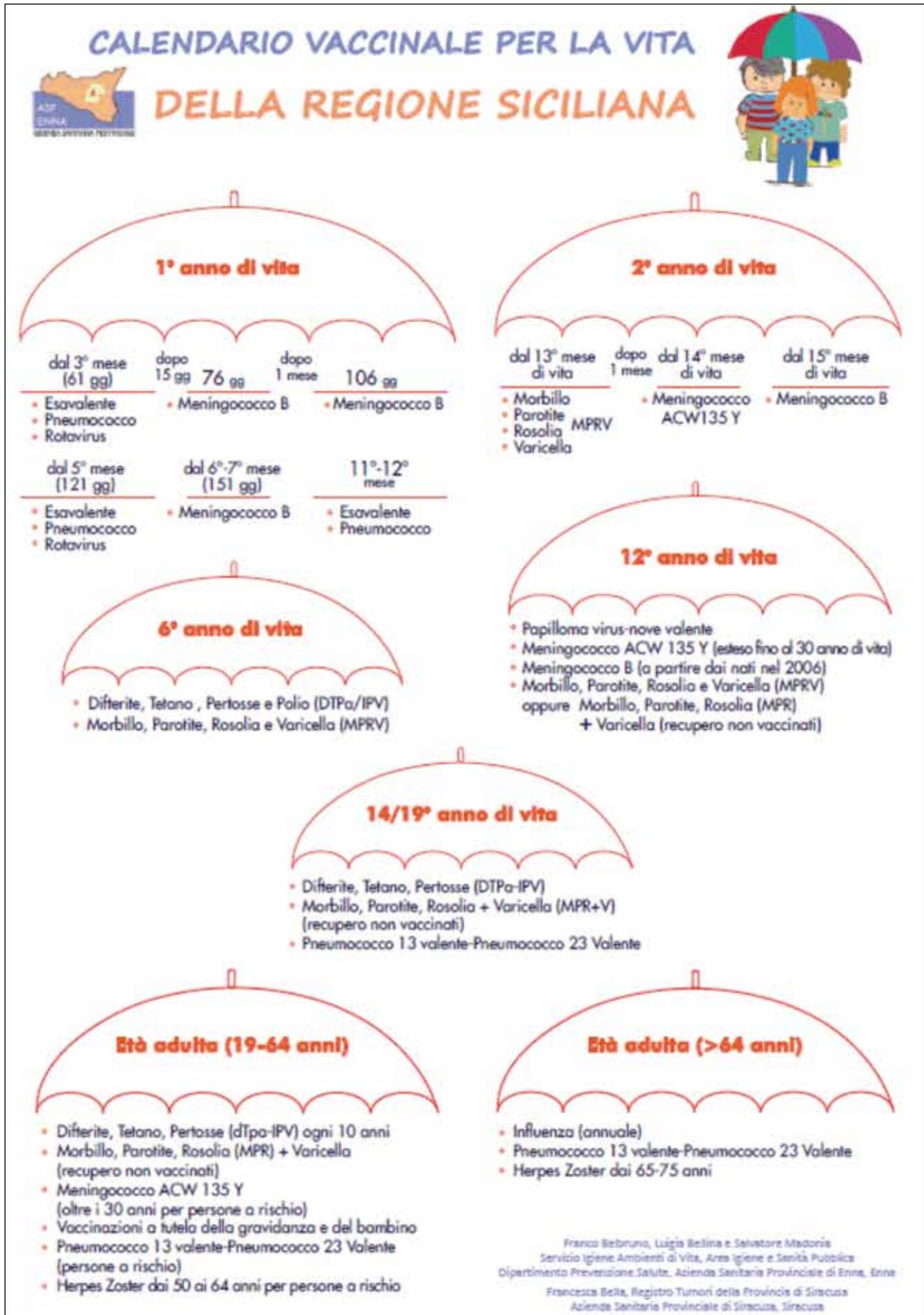
La **poliomielite** è una malattia grave; può causare paralisi soprattutto agli arti, disabilità permanente e a volte anche la morte.

La **difterite** è una grave malattia localizzata prevalentemente al tratto superiore delle prime vie respiratorie. determina la formazione di membrane nel naso e nella gola che possono causare problemi respiratori. in alcuni casi può provocare danni agli organi interni come cuore, reni e sistema nervoso, paralisi e morte per soffocamento.

Il tetano è una malattia causata dalla tossina prodotta dal batterio del tetano. la tossina raggiunge, con il sangue, il tessuto nervoso causando contrazioni muscolari fortissime e dolorose; l'evoluzione è sempre molto grave e, circa in un caso su 6, può provocare la morte.



Figura 5. Calendario Vaccinale per la vita destinato ai genitori





La **pertosse** è una malattia infettiva acuta delle vie respiratorie, estremamente contagiosa, caratterizzata da una tosse molto intensa ed insistente. colpisce tutte le età, ma soprattutto lattanti con meno di sei mesi e bambini di età inferiore ai 5 anni per i quali la malattia può diventare molto grave (debilitazione generale con ripetuti episodi di vomito, incapacità a nutrirsi, episodi di tosse insistente fino a momenti di asfissia).

L'**epatite B** è una malattia infettiva contagiosa che colpisce il fegato ed è causato da un virus specifico (HBV). In molti casi la malattia guarisce spontaneamente ma l'infezione può manifestarsi anche con lesioni rapidamente progressive e letali o con un decorso cronico con evoluzione in cirrosi epatica e cancro del fegato.

L'**haemophilus influenzae** di tipo b è un batterio molto diffuso che si trova nel naso e nella gola ed è responsabile di malattie di varia gravità nei bambini di età inferiore ai cinque anni. Tra le forme più gravi ci sono la polmonite, l'infiammazione della gola con difficoltà a respirare, la meningite, la sepsi (infezione diffusa di tutto l'organismo).

PNEUMOCOCCO

Perchè vaccinare?

- I benefici per il tuo bambino sono molto superiori ai rischi
- La sicurezza dei vaccini è garantita da una serie di controlli prima e dopo l'immissione in commercio
- Le malattie prevenibili con la vaccinazione possono anche avere gravi conseguenze
- I rischi legati alle malattie prevenibili con i vaccini sono di gran lunga superiori rispetto al rischio di reazioni avverse ai vaccini
- Vaccinando tanti bambini si forma una **barriera** protettiva che riduce i casi di malattia e protegge i bambini che non possono essere vaccinati per gravi motivi di salute.

Il vaccino

Lo pneumococco è un batterio di cui si conoscono diversi tipi; la vaccinazione in Sicilia è effettuata con un vaccino contenente i 13 tra i tipi di

pneumococco più diffusi e più pericolosi ed è efficace contro le infezioni dovute a quei 13 tipi di pneumococco.

Il vaccino è di regola **ben tollerato**. Talvolta possono comparire dolore, arrossamento e gonfiore nel punto di iniezione e febbre. Molto più raramente possono verificarsi reazioni avverse più gravi.

La malattia

I microbi possono essere nella gola e nel naso delle persone senza provocare fastidi, oppure possono causare disturbi di moderata gravità come otiti, sinusiti e bronchiti. In alcuni casi le complicanze, come meningiti, polmoniti o infezioni diffuse a tutto l'organismo (sepsi), sono molto più gravi. Nei bambini più piccoli la malattia invasiva può causare la morte. I bambini con meno di 5 anni e in particolare quelli con meno di 2 anni, così come gli anziani, hanno una maggiore probabilità di ammalarsi.

MORBILLO, PAROTITE, ROSOLIA

Perchè vaccinare?

- I benefici per il tuo bambino sono molto superiori ai rischi
- La sicurezza dei vaccini è garantita da una serie di controlli prima e dopo l'immissione in commercio
- Le malattie prevenibili con la vaccinazione possono anche avere gravi conseguenze
- I rischi legati alle malattie prevenibili con i vaccini sono di gran lunga superiori rispetto al rischio di reazioni avverse ai vaccini
- Vaccinando tanti bambini si forma una barriera protettiva che riduce i casi di malattia e protegge i bambini che non possono essere vaccinati per gravi motivi di salute.

Il vaccino

Il tuo bambino può proteggersi dal morbillo, dalla parotite e dalla rosolia con un'**unica iniezione**. Il vaccino, che può essere abbinato anche a quello per la varicella, è di regola **ben tollerato**. Talvolta, nel punto dell'iniezione, possono comparire rossore e gonfiore, che comunque scompaiono



rapidamente. Dopo qualche giorno potrebbero comparire febbre, macchioline rosse sulla pelle, ingrossamento dei linfonodi, gonfiore e/o dolore alle articolazioni. Molto più raramente possono verificarsi reazioni avverse più gravi.

Le malattie

Il morbillo, la parotite e la rosolia sono spesso considerate innocue malattie dell'infanzia ma in realtà a volte possono avere **conseguenze anche molto serie per la salute**.

Il **morbillo** può causare otiti, laringiti, broncopolmoniti, convulsioni e anche se raramente encefaliti; la **parotite** può causare meningo-encefalite, danni all'organo dell'udito, infiammazione al pancreas e, dopo la pubertà, sterilità; la **rosolia**, contratta per la prima volta durante la gravidanza, può causare aborto nella gravida e malformazioni congenite al cuore, cervello, occhi e udito nel nascituro.

VARICELLA

Perché vaccinare?

- I Benefici per il tuo bambino sono molto superiori ai rischi
- La sicurezza dei vaccini è garantita da una serie di controlli prima e dopo l'immissione in commercio
- Le malattie prevenibili con la vaccinazione possono anche avere gravi conseguenze
- I rischi legati alle malattie prevenibili con i vaccini sono di gran lunga superiori rispetto al rischio di reazioni avverse ai vaccini
- Vaccinando tanti bambini si forma una barriera protettiva che riduce i casi di malattia e protegge i bambini che non possono essere vaccinati per gravi motivi di salute.

Il vaccino

Può essere somministrato singolarmente oppure in un'unica iniezione possono essere somministrati il vaccino per varicella, morbillo parotite e rosolia

Il vaccino è di regola **ben tollerato**. Nel punto dell'iniezione, possono comparire rossore e gon-

fiore, che comunque scompaiono rapidamente. Dopo qualche giorno potrebbero comparire febbre, macchioline rosse sulla pelle, ingrossamento dei linfonodi, gonfiore e/o dolore alle articolazioni. Molto più raramente, meno di un caso per mille vaccinati, posso verificarsi reazioni avverse più importanti.

La maggior parte delle persone vaccinate non svilupperà la malattia. Ma se qualcuno dei vaccinati dovesse ammalarsi di varicella, questa di solito sarà molto lieve, avrà uno scarso numero di vescicole, meno probabilità di avere la febbre e un recupero più rapido.

La malattia

Nonostante la varicella sia una malattia relativamente "benigna" in realtà a volte può avere **conseguenze anche molto serie per la salute**.

manifestazioni a carico del sistema nervoso centrale, del rene (**glomerulonefrite**), del fegato, dell'occhio. In circa 1 caso ogni cento dà luogo a una grave **polmonite**. Infine una complicanza gravissima, anche se, per fortuna rara, è la cosiddetta **porpora fulminante** caratterizzata da emorragie diffuse. Nel corso della **gravidanza** può determinare gravissime complicazioni per il feto.

MENINGOCOCCO

Perché vaccinare?

- I benefici per il tuo bambino sono molto superiori ai rischi
- La sicurezza dei vaccini è garantita da una serie di controlli prima e dopo l'immissione in commercio
- Le malattie da meningococco sono prevenibili con la vaccinazione, in assenza di profilassi se contratte possono anche avere gravi conseguenze
- I rischi legati alle malattie da meningococco sono di gran lunga superiori rispetto al rischio di reazioni avverse ai vaccini
- Vaccinando tanti bambini si forma una barriera protettiva che riduce i casi di malattia e protegge anche i bambini che non possono essere vaccinati per motivi di salute.



Il vaccino

Il meningococco è un batterio di cui si conoscono diversi tipi (sierotipi), contraddistinti con le lettere dell'alfabeto. Quelli che più frequentemente provocano malattia nell'uomo sono i tipi A, B, C, W135, Y. Secondo il Calendario Vaccinale Regionale della Regione Siciliana a partire dal 4° mese di vita è offerto il vaccino contro la meningite B; dopo il primo anno di vita sono disponibili i vaccini contro la meningite C o il combinato ACW135Y. Il vaccino è di regola **ben tollerato**. Talvolta posso comparire dolore, arrossamento e gonfiore nel punto di iniezione e febbre. Molto più raramente possono verificarsi reazioni avverse più importanti.

La malattia

Il meningococco è un batterio che si trova piuttosto frequentemente in gola e nel naso dove di solito non dà nessun problema. In alcuni casi il meningococco raggiunge il sangue e, attraverso questo, altri organi, causando malattie gravi, quali la meningite o la sepsi (infezione diffusa nel sangue). Queste malattie possono lasciare danni permanenti di tipo neurologico e comportamentale o portare alla morte. Le infezioni da **meningococco B** sono più frequenti nei bambini di età inferiore a 5 anni, soprattutto nei primi due anni di vita, le infezioni di tipo A, C, W135, Y tra gli adolescenti ed i giovani adulti.

ROTAVIRUS

Perché vaccinare?

- I Benefici per il tuo bambino sono molto superiori ai rischi
- La sicurezza dei vaccini è garantita da una serie di controlli prima e dopo l'immissione in commercio

- Le malattie prevenibili con la vaccinazione possono anche avere gravi conseguenze
- I rischi legati alle malattie prevenibili con i vaccini sono di gran lunga superiori rispetto al rischio di reazioni avverse ai vaccini
- Vaccinando tanti bambini si forma una **barriera** protettiva che riduce i casi di malattia e protegge i bambini che non possono essere vaccinati per gravi motivi di salute.

Il vaccino

Sono disponibili due vaccini, ugualmente efficaci, che sono somministrati per via orale in 2 o 3 dosi (a seconda del tipo di vaccino utilizzato). Il vaccino può essere somministrato nella stessa seduta vaccinale della vaccinazione esavalente e antipneumococcica.

Il vaccino utilizzato nella Regione Siciliana è il vaccino monocomponente che si somministra in due dosi.

La prima dose può essere effettuata a partire dalle 6 settimane di età e non oltre le 15 settimane, la seconda dose deve essere somministrata dopo un intervallo minimo di 4 settimane entro le 24 settimane di età. Il vaccino è di regola **ben tollerato**. Talvolta può causare febbre, diarrea e vomito. Molto più raramente possono verificarsi reazioni avverse più gravi.

La malattia

Il Rotavirus è la causa più frequente di diarrea in età pediatrica; tutti i bambini vengono a contatto con il virus entro i 5 anni di età. Il virus infetta per la prima volta prevalentemente tra i 6 e i 24 mesi di vita, provocando una gastroenterite acuta con diarrea, vomito e febbre e, nei casi più gravi, disidratazione. La trasmissione si verifica soprattutto nelle comunità infantili.



BIBLIOGRAFIA

- Alfredsson, R., Svensson, E., Trollfors, B., & Borres, M.P. (2004). Why do parents hesitate to vaccinate their children against measles, mumps and rubella? *Acta Paediatrica*, 93,1232-1237.
- Ali, H., Seale, H., Ward, K., & Zwar, N. (2010). A picture speaks a thousand words: evaluation of a pictorial post-vaccination care resource in Australia. *Australian Journal of Primary Health*, 16,246-251.
- Austvoll-Dahlgren, A., & Helseth, A. (2010). What informs parents' decision-making about childhood vaccinations? *Journal of Advanced Nursing*, 66, 2421-2430.
- Brown, K.F., Kroll, J.S., Hudson, M.J., Ramsay, M., Green, J., Long, S.J., ... Sevdalis, N. (2010). Factors underlying parental decisions about combination childhood vaccinations including MMR: a systematic review. *Vaccine*, 28, 4235-4248.
- Cullen, J. (2005). Why parents choose not to vaccinate their children against childhood diseases. *Professional Nurse*, 20, 31-33.
- Flynn, M., & Ogden, J. (2004). Predicting uptake of MMR vaccination: a prospective questionnaire study. *British Journal of General Practice*, 54, 526-530.
- Glanz, J.M., Kraus, C.R., & Daley, M.F. (2015). Addressing Parental Vaccine Concerns: Engagement, Balance, and Timing. *PLoS Biology*, 13(8), e1002227.
- Guillaume, L.R., & Bath, P.A. (2004). The impact of health scares on parents_ information needs and preferred information sources: a case study of the MMR vaccine scare. *Health Informatics Journal*, 10, 5-22.
- Gust, D.A., Darling, N., Kennedy, A., & Schwartz, B. (2008). Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why. *Pediatrics*, 122, 718-725.
- Gust, D.A., Kennedy, A., Shui, I., Smith, P.J., Nowak, G., & Pickering, L.K. (2005). Parent attitudes toward immunizations and healthcare providers the role of information. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(2), 105-112.
- Gust, D.A., Kennedy, A., Wolfe, S., Sheedy, K., Nguyen, C., & Campbell, S. (2008). Developing tailored immunization materials for concerned mothers. *Health Education Research*, 23(3), 499-511.
- Hannon, P.R., Willis, S.K., Bishop-Townsend, V., Martinez, I.M., & Scrimshaw, S.C. (2000). African-American and Latina adolescent mothers_ infant feeding decisions and breastfeeding practices: a qualitative study. *Journal of Adolescent Health*, 26, 399-407.
- ISTAT. DemoIstat. (2016). Bilancio Demografico e popolazione residente straniera al 31 dicembre 2016 per sesso e cittadinanza. Provincia di Enna.
- ISTAT. DemoIstat. (2017a). Popolazione residente al 1° Gennaio 2017 per età, sesso e stato civile. Provincia di Enna.
- ISTAT. DemoIstat. (2017b). Popolazione straniera residente al 1° Gennaio 2017 per età e sesso. Provincia di Enna.
- ISTAT. I.Stat. (2015a). Popolazione 15 anni e oltre per titolo di studio: Popolazione 15 anni e oltre per titolo di studio - livello regionale. Regione Sicilia.
- ISTAT. I.Stat. (2015b). Tasso di disoccupazione- livello provinciale. Provincia di Enna.
- Jackson, C., Cheater, F.M., & Reid, I. (2008). A systematic review of decision support needs of parents making child health decisions. *Health Expectations*, 11(3), 232-251.
- Jackson, C., Cheater, F.M., Peacock, R., Leask, J., & Trevena, L. (2010). Evaluating a web-based MMR decision aid to support informed decision-making by UK parents: A before-and-after feasibility study. *Health Education Journal*, 69, 74-83.
- Kennedy, A.M., & Gust, D.A. (2005). Parental vaccine beliefs and child's school type. *Journal of School Health*, 75(7), 276-280.
- Kennedy, A.M., LaVail, K., Nowak, G., Basket, M., & Landry, S. (2011). Confidence about vaccines in the United States: understanding parents' perceptions. *Health Affairs (Millwood)*, 30, 1-9.
- Leask, J., Kinnersley, P., Jackson, C., Cheater, F., Bedford, H., & Rowles, G. (2012). Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatrics*, 12, 154.
- Ministero della Salute. (2014). *Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018*. Disponibile da http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf
- Ministero della Salute. (2016). Vaccinazioni dell'età pediatrica e dell'adolescente - Coperture vaccinali.
- Ministero della Salute. (2017a). *Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019*. Disponibile da http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf.
- Ministero della Salute. (2017b). Circolare recante prime indicazioni operative per l'attuazione del decreto- legge n. 73 del 7 giugno 2017, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione



- vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci”.
- Niederhauser, V.P., Baruffi, G., & Heck, R. (2001). Parental decision-making for the varicella vaccine. *Journal of Pediatric Health Care*, 15, 236-243.
- Redsell, S.A., Bedford, H., Siriwardena, A.N., Collier, J., & Atkinson, P. (2010). Health visitors' perception of their role in the universal childhood immunisation programme and their communication strategies with parents. *Primary Health Care Research & Development*, 11, 51-60.
- Regione Siciliana (2016), Assessorato della salute, Servizio 4 DASOE (2016). Rilevazione annuale attività vaccinale.
- Regione Siciliana, Assessorato della salute. (2015). *Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018*.
- Regione Siciliana. Assessorato della salute. (2014). Decreto Assessoriale n. 2198/2014. Recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e indirizzi operativi.
- Regione Siciliana. Assessorato della salute. (2017). Decreto assessoriale n. 1965/2017. Adeguamento del Calendario Vaccinale Regionale al Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019”, recepito dalla Regione Sicilia con il D.A. n° 1004 del 22 Maggio 2017.
- Repubblica Italiana. (2017a) Decreto-Legge 7 giugno 2017, n. 73. Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 130 del 07/06/2017. (2017).
- Repubblica Italiana (2017b). Legge 31 luglio 2017, n. 119. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale.
- Shourie, S., Jackson, C., Cheater, F.M., Bekker, H.L., Edlin, R., Tubeuf, S., ... Hammond, L (2013). A cluster randomised controlled trial of a web based decision aid to support parents' decisions about their child's Measles Mumps and Rubella (MMR) vaccination. *Vaccine*, 31(50), 6003-6010.
- Smith, P.J., Chu, S.Y., & Barker, L.E. (2004). Children who have received no vaccines: who are they and where do they live? *Pediatrics*, 114, 187-195.
- Steinberg, A., & Bain, L. (2001). Parental decision making for infants with hearing impairment. *International Pediatrics*, 16, 24-29.
- Thomas, M., Kohli, V., & King, D. (2004). Barriers to childhood immunization: findings from a needs assessment study. *Home Health Care Services Quarterly*, 23, 19-39.
- Vannice, K.S., Salmon, D.A., Shui, I., Omer, S.B., Kissner, J., Edwards, K.M., ... Gust, D.A. (2011). Attitudes and Beliefs of Parents Concerned About Vaccines: Impact of Timing of Immunization Information. *Pediatrics*, 127, Suppl 1, 120-126.
- Wallace, C., Leask, J., & Trevena, L.J. (2006). Effects of a web based decision aid on parental attitudes to MMR vaccination: a before and after study. *British Medical Journal*, 332, 146-149.
- Woods, A., Hapgood, R., Bentley, E., Kendrick, D., & Dyas, J. (2003). Talking about baby walkers: insights about health education from the field. *Health Education Journal*, 62, 41-49.
- Wroe, A.L., Turner, N., & Owens, R.G. (2005). Evaluation of a decision-making aid for parents regarding childhood immunisations. *Health Psychology*, 24, 539-547.



4. DALLA PERCEZIONE DEL RISCHIO ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELL'AREA A RISCHIO DI CRISI AMBIENTALE DI MILAZZO. INDAGINE QUALITATIVA CON FOCUS GROUP.

Monica Di Giorgi¹, Sandro Provenzano², Daniele Raia, Omar Enzo Santangelo², Elisa Eleonora Tavormina¹, Antonella Usticano¹, Giancarlo Quattrone³, Alessandra Casuccio², Salvatore Scondotto⁴, Achille Cernigliaro⁴, Sofia Colaceci⁵, Pietro Comba⁶, Angela Giusti⁵.

¹ Master PROSPECT Group - Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico – Assessorato della Salute Regione Siciliana

² Dipartimento Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile “G. D’Alessandro” Università degli Studi di Palermo

³ Azienda Sanitaria Provinciale Messina

⁴ Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico – Assessorato della Salute Regione Siciliana

⁵ Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità - Roma

⁶ Dipartimento Ambiente e Salute - Istituto Superiore di Sanità - Roma

INTRODUZIONE

Da alcuni anni, a livello regionale, sono disponibili numerose basi dati che integrano i già consolidati flussi informativi sulla mortalità, morbosità ed i ricoveri ospedalieri dei cittadini residenti in Sicilia. Il Registro Nominativo delle cause di Morte (ReNCaM), la Rete dei Registri Tumori, il Registro Regionale dei Mesoteliomi e la raccolta delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) contribuiscono alla definizione del profilo di salute delle popolazioni residenti integrando informazioni sull'incidenza della malattia oncologica e descrivendo aspetti legati sia all'esposizione professionale che familiare e ambientale, cui si aggiunge il monitoraggio di diversi aspetti della salute riproduttiva fornita dai Certificati d'Assistenza al Parto (CedAP). Vari Sistemi di Sorveglianza di popolazione basati su indagini campionarie indagano diversi aspetti della prevalenza dei determinanti di salute. La popolazione oggetto della sorveglianza è sia quella dei bambini in età scolare (6-10 anni) sia quella adulta che rientra rispettivamente nei sistemi di Sorveglianza nazionali denominati OKkio alla SALUTE e

PASSI (Progressi per le Aziende Sanitarie Italiane). Di recente in Sicilia, è stata avviata una prima raccolta di dati orientata a esplorare gli aspetti più squisitamente soggettivi del rischio percepito da un campione rappresentativo dei residenti (18-69 anni) stratificato per genere e fasce d'età nei SIN (Sito di bonifica di Interesse Nazionale) di Augusta-Priolo, Gela, Milazzo e Biancavilla attraverso l'inserimento del cosiddetto “Modulo Ambiente” all'interno del Sistema PASSI (anni 2011-2012). Lo studio interessa il SIN di Milazzo, istituito con la legge 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, comma 561, caratterizzato dalla presenza di una raffineria petrolchimica, da una centrale elettrica alimentata a olio combustibile e da un vasto complesso di piccole industrie facenti capo all'indotto dell'azienda petrolifera. L'area di Milazzo si estende su una superficie di 53,9 Km² ed è composta da 5 comuni (Condrò, Meri, Milazzo, Pace del Mela e San Filippo del Mela) per una popolazione complessiva di 48.174 abitanti (uomini 48,7%, donne 51,3%). Inoltre, nell'ambito delle attività di promozione della salute all'interno delle aree a rischio ambientale, gli ultimi sviluppi della ricerca vedono in crescente espansione la teoria della “Costruzione sociale di non-conoscenza”, che ipotizza che l'ignoranza scientifica sia attivamente prodotta e modellata dalle istituzioni sociali, scientifiche e politiche stesse, (Frickel, 2014). Ciò può avvenire, ad esempio, con la produzione di grandi quantità di dati non interpretati e presentati come un muro impenetrabile di numeri [...]. Inoltre, gli studi sulla salute ambientale umana si sono spesso concentrati su domande rispondenti alle lingue proprie dei tecnici, che raramente hanno poi tradotto le risposte raccolte in informazioni rilevanti o credibili per i residenti, in relazione alla loro personale esperienza di vita nelle comunità inquinate. Questa percezione di assenza di risposte provoca la forma d'ignoranza chiamata “scienza inesatta”(Allen, 2016). Appare quindi sempre più evidente che accanto agli studi di tipo quantitativo, i disegni di studio che coinvolgo-



no i residenti locali cercano di colmare il divario delle conoscenze delle loro domande senza risposta, arricchendo e completando il profilo di salute delle popolazioni residenti ma soprattutto aprendo nuovi spazi per un loro coinvolgimento finalizzato alla costruzione di conoscenze e strumenti utili e condivisi per promuovere il benessere e ridurre le disuguaglianze.

L'obiettivo dello studio è stato quello di effettuare un'analisi di contesto partecipata nell'Area a Rischio ambientale di Milazzo (participatory assessment) al fine di favorire la corretta informazione verso la popolazione e la comunicazione tra amministrazioni e comunità locali. Nello specifico sono stati perseguiti i seguenti obiettivi conoscitivi:

- Integrare qualitativamente i profili di salute mediante la raccolta di opinioni sullo stato di salute della comunità.
- Esplorare i problemi di salute della comunità percepiti come prioritari.
- Descrivere i determinanti percepiti di salute, positivi e negativi.
- Esplorare proposte per promuovere la partecipazione dei cittadini alle scelte di salute operate dai decisori nell'ambito della propria comunità.

MATERIALI E METODI

Tipo di studio

In accordo con la letteratura scientifica si è scelto di utilizzare la metodologia di ricerca qualitativa in maniera sinergica a quella quantitativa per ottenere un profilo di salute di popolazione che descrivesse il punto di vista delle persone (Perra, 2009). Ciò ha consentito di superare la visione di una ricerca qualitativa che fino a qualche tempo fa era vista come in antitesi al metodo quantitativo.

Lo studio, di tipo qualitativo descrittivo, si è avvalso della metodologia del Focus Group, particolarmente efficace nel raccogliere in breve tempo un'elevata quantità di informazioni attraverso interviste semi-strutturate. La scelta del tipo di studio è stata dettata dalle esigenze di ridurre il gap comunicativo fra categorie sociali, recuperando il contatto con il modo di pensare e il linguaggio dei soggetti cui un programma o un intervento si rivolge.

Il Focus Group è una tecnica di discussione pianificata, per ottenere informazioni su una specifica area d'interesse. Lo svolgimento prevede un'intervista a un gruppo di 8-12 persone su un dato tema. La durata media degli incontri è di 90 minuti. Gli aspetti organizzativi e logistici sono curati da un gruppo di ricerca, in genere composto di 2-4 persone. Essenziale è il ruolo del facilitatore che presidia i processi d'interazione cercando di stimolare la partecipazione attiva di tutti. Questi e altri aspetti metodologici sono descritti in letteratura (Krueger 2001, Krueger 2000; Migliorini, 2001; Lionetti 2006).

Popolazione in studio

La selezione dei gruppi di popolazione è stata fatta sulla scorta di studi precedentemente effettuati nelle aree ad elevato rischio ambientale (Gatto, 2008; Ramigni, 2009; Ferrari, 2009) identificando i seguenti gruppi sociali:

- Amministratori centri urbani e centri rurali (sindaci, assessori, consiglieri comunali).
- Operatori settore alimentare, operatori turistici, operatori del settore industriale, agricoltori, pescatori e commercianti.
- Forze dell'ordine, servizi sociali comunali, parroci, associazioni di volontariato e sportive.
- Giovani 18-25 anni, dei centri urbani e rurali, maschi e femmine, studenti/lavoratori/in cerca di lavoro.
- Adulti 26-64 anni, uomini e donne, di cui alcuni con le seguenti caratteristiche: nucleo monoparentale, donne lavoratrici, casalinghe.
- Anziani dei centri urbani e rurali > 65 anni, uomini e donne, alcuni con patologie croniche di lunga data.

I gruppi selezionati sono stati contattati sulla base di criteri di omogeneità definiti di volta in volta dal gruppo di ricerca. La ricerca dei gruppi da coinvolgere è stata fatta nell'ambito delle comunità, utilizzando diversi canali tra cui i servizi e le istituzioni locali e la rete sociale di conoscenze.

I primi Focus Group, svolti nel periodo tra giugno e luglio 2017, hanno coinvolto le seguenti categorie socio-economiche:

- professionisti dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina;



- associazioni di volontariato, ambientaliste e di donne imprenditrici;
- donne casalinghe di età tra 26-64 anni;
- amministratori dei centri urbani e dei centri rurali (sindaci, assessori, consiglieri comunali).

Sono stati inoltre contattati i giovani 18-25 anni dei centri urbani e rurali sia studenti che lavoratori o in cerca di lavoro; gli operatori del settore alimentare, industriale e turistico, gli agricoltori, gli artigiani e i commercianti; gli anziani dei centri urbani e rurali con più di 65 anni. Data la coincidenza con l'inizio del periodo delle ferie estive non è stato possibile completare la raccolta dei dati con questi gruppi sociali, che saranno coinvolti in una fase successiva dello studio.

Obiettivi in studio

Nella Tabella 1 sono riportati gli obiettivi dello studio, in base ai quali sono state formulate le domande dell'indagine ed i relativi indizi utilizzati per esplorare la percezione degli intervistati.

Raccolta dei dati

La partecipazione ai Focus Group è stata volontaria e soggetta a consenso informato. La raccolta e il trattamento dei dati è avvenuta nel rispetto della normativa sulla privacy e ai partecipanti è stato somministrato un questionario anonimo per la rilevazione di alcuni dati socio-anagrafici. La conduzione dei focus ha visto alternarsi diversi ricercatori mentre la restante parte del gruppo ha partecipato in qualità di osservatore.

I conduttori si sono avvalsi di una guida del facilitatore e di una griglia di domande semi-strutturate (Tabella 1), comprensiva di indizi utili a stimolare la discussione. Alle domande già previste dalla griglia è stato successivamente aggiunto un ulteriore quesito più specifico sulla percezione dell'influenza che gli stili di vita individuali hanno sulla propria salute. Ciò si è reso necessario poiché questo tema, non emerso spontaneamente nel corso delle interviste, era rilevante ai fini dello studio. Al termine di ogni focus è stato organizzato un piccolo rinfresco, così da ringraziare gli intervenuti e approfittare del momento informale per cogliere ulteriori commenti e suggerimenti sulla loro percezione della salute.

Tabella 1. Griglia delle domande dei focus group.

OBIETTIVO	DOMANDA	INDIZI
Integrare qualitativamente i profili di salute mediante la raccolta di opinioni sullo stato di salute.	1. Cosa vuole dire star bene in salute? È una domanda molto generale, dite quello che vi viene in mente senza pensarci troppo.	
Esplorare i problemi di salute della comunità percepiti come prioritari.	2. Pensando a quello che avete detto sulla salute, quali sono secondo voi i problemi di salute principali per la gente della vostra zona?	In particolare del vostro comune. In particolare in qualche comune della vostra zona. Per quali ragioni? (non la mancanza di servizi).
Descrivere i determinanti percepiti di salute, positivi e negativi	3. Nella vostra zona quali sono secondo voi i fattori che influiscono, positivamente o negativamente, sui problemi di salute che avete citato?	
Esplorare proposte per promuovere la partecipazione dei cittadini alle scelte di salute operate dai decisori nell'ambito della propria comunità.	4. Nella vostra zona, che cosa si potrebbe fare per promuovere la partecipazione delle persone alle scelte che le amministrazioni fanno sulla salute dei cittadini?	Quali potrebbero essere gli strumenti /i modi/le occasioni per la partecipazione dei cittadini? Come si potrebbe fare per rendere più attiva la partecipazione?
Approfondire, tra i determinanti percepiti di salute, l'influenza degli stili di vita individuali. Domandainseritasuccessivamente.	5. Come abbiamo fatto negli altri focus, dal momento che questo argomento non è emerso, vi facciamo una domanda più specifica: Ci sono dei problemi legati agli stili di vita oppure no?	Nel vostro territorio ci sono ad esempio problemi legati all'uso di alcool, droghe, fumo o alimentazione?



Procedure operative

Con nota di mandato formale da parte del Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (DASOE), il 3 maggio 2017 è stato organizzato dal Focal Point¹ a Milazzo un incontro di presentazione preliminare all'avvio dell'indagine qualitativa, al quale hanno partecipato le Associazioni, gli Enti Locali, i rappresentanti dell'ASP di Messina, alcuni referenti per le scuole, un rappresentante della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG) e un rappresentante di un'associazione ambientalista. Nel periodo tra giugno e luglio 2017 sono stati svolti 4 focus group della durata di circa 90 minuti ciascuno. Tutti i focus e le interviste sono stati registrati su supporto audio e le registrazioni sono state trascritte integralmente rendendo anonimi i dati dei partecipanti. Sulla base della lettura delle trascrizioni il gruppo di lavoro ha costruito la griglia delle categorie predefinite sulla base delle domande di ricerca, aggiungendo le nuove categorie emergenti nel corso della rilettura.

Modalità di analisi dei dati

Il metodo seguito è stato quello della Long Table Analysis di Krueger, le macro-aree sono state definite sulla base di studi precedenti: 1) Definizione di salute, 2) Problemi di salute, 3) Determinanti di salute, 4) Modalità di partecipazione. I focus sono stati trascritti su fogli di testo ed ogni riga è stata numerata, al fine di individuare con facilità l'origine della citazione una volta ritagliata. Leggendo il testo, sono state individuate delle frasi (unità minima di testo) assegnando a ciascuna un colore diverso a seconda delle macro-aree predefinite, corrispondenti agli obiettivi

dello studio. Durante la lettura e codifica sono state sottolineate le frasi significative da poter utilizzare nel report come dati originali, in forma di citazioni *verbatim*. Le frasi categorizzate sono state disposte su grandi fogli bianchi corrispondenti alle macro-aree delineate dalle domande del Focus Group. Si è poi proceduto a verificare la coerenza interna delle macro-aree e delle rispettive categorie individuate, accorpando, rilevando le misclassificazioni ed eventualmente riattribuendo le diverse citazioni sulla base della loro rilevanza.

Risultati

Hanno preso parte ai Focus Group 29 persone, il 34% uomini e il 66% donne, con età compresa tra i 28 e i 71 anni ed un'età media di 55 anni.

Il 7% ha riferito un basso livello d'istruzione, licenza elementare e media, mentre il 93% ha indicato un alto livello di istruzione, diploma di scuola superiore e laurea.

Tabella 2. Descrizione delle categorie dei partecipanti ai Focus

L'analisi dei dati ha permesso di delineare il profilo della salute della popolazione e dei suoi determinanti dal punto di vista dei cittadini. Di seguito sono presentati i principali risultati emersi con i gruppi sociali fino ad ora coinvolti nello studio.

Obiettivo1: Integrare qualitativamente i profili di salute mediante la raccolta di opinioni sullo stato di salute della comunità.

Particolare importanza rivestono gli aspetti psico-sociali e di benessere percepito come equilibrio tra le componenti fisiche, psicologiche e

Tabella 2. Descrizione delle categorie dei partecipanti ai Focus

Categoria	Numero partecipanti	Genere F/M	Età media
Associazioni di volontariato	5	3/2	65
Casalinghe	9	9/0	55
Decisori, politici e rappresentanti sindacali	7	2/5	52
Professionisti dell'ASP di Messina	8	5/3	50
	29	19/10	54

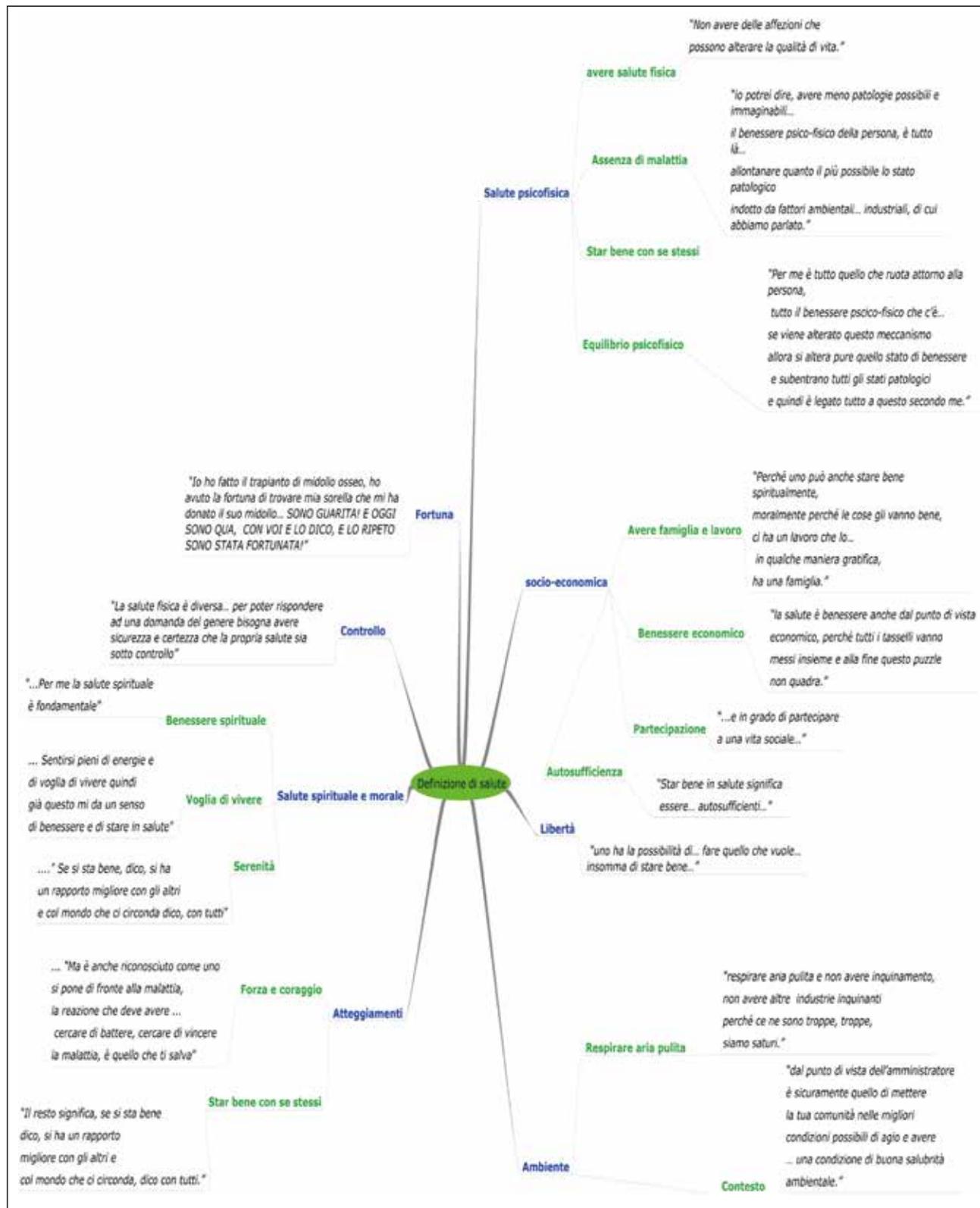
¹ Il Programma straordinario di interventi sanitari nelle aree a rischio ambientale/SIN della Sicilia - Decreto Assessoriale 356 dell'11.03.2014 ha previsto anche la costituzione di un gruppo interdisciplinare quale interfaccia locale di riferimento tra la popolazione e le istituzioni locali e centrali e la costituzione di una funzione di coordinamento degli interventi locali.



relazionali con sé stessi e con gli altri. Emerge una definizione di salute intesa come un vero e proprio atteggiamento positivo che aiuta ad affrontare la malattia con coraggio e con la giusta forza. Si avverte una maggiore richiesta di attenzione alla persona, ai suoi bisogni e al contesto

in cui vive, sia esso ambientale che sociale. Per molti partecipanti respirare “aria pulita” è fondamentale per il proprio benessere. Indispensabili per stare bene appaiono gli aspetti socio-economici come avere una famiglia, avere un lavoro e disponibilità economica.

Figura 1. Mappa delle definizioni di salute



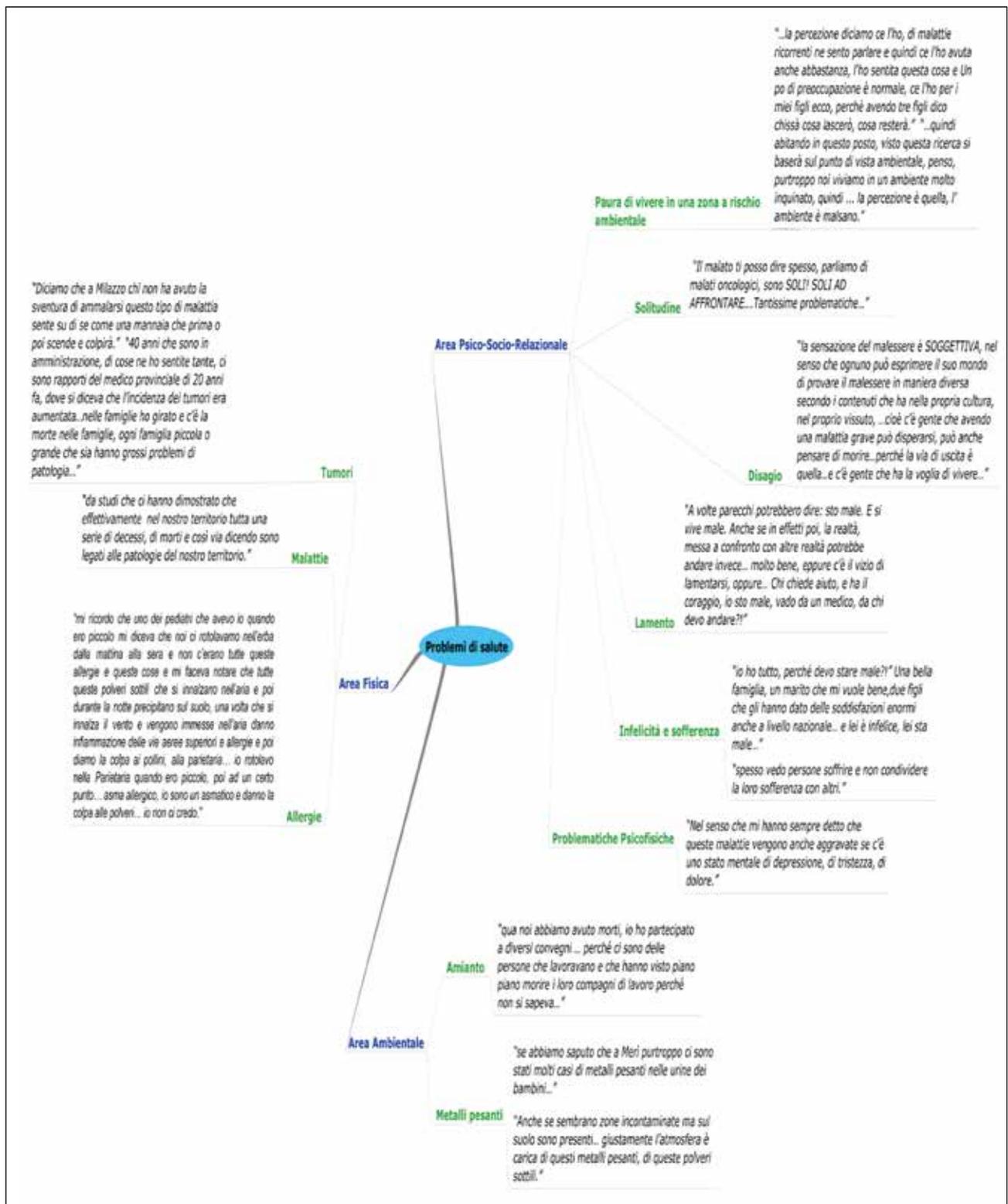


Obiettivo 2: Esplorare i problemi di salute della comunità percepiti come prioritari.

I partecipanti sottolineano un'augmentata incidenza di diverse patologie tradizionalmente considerate importanti per diffusione e rilevanza, soprattutto i tumori che colpiscono trasversalmente tutte le famiglie. Vivere nel territorio di Milazzo,

secondo alcuni, aumenta anche la probabilità di incorrere in patologie endocrine e respiratorie in maniera proporzionale alla durata della residenza nell'area a rischio di crisi ambientale. Infine problemi di salute legati all'inquinamento ambientale e alla presenza di metalli pesanti e di amianto sono percepiti come preoccupanti.

Figura 2. Mappa dei problemi di salute





Obiettivo 3: Descrivere i determinanti percepiti di salute, positivi e negativi.

Tra i determinanti di salute emerge la diffusa percezione della mancanza di monitoraggio degli inquinanti ambientali (Fig. 5), la sfiducia nelle istituzioni e la necessità di trasparenza nella comunicazione dei dati e sulla sicurezza degli im-

pianti. Inoltre la percezione di un'adeguata offerta sanitaria locale spinge le persone a spostarsi altrove, nella speranza di trovare servizi di qualità accettabile (Fig.4). Gli stili di vita individuali come le dipendenze da alcool, il fumo e le droghe, sebbene considerati importanti, sembrano avere un ruolo secondario nella percezione dei

Figura 3. Mappa dei determinanti di salute individuali e sociali

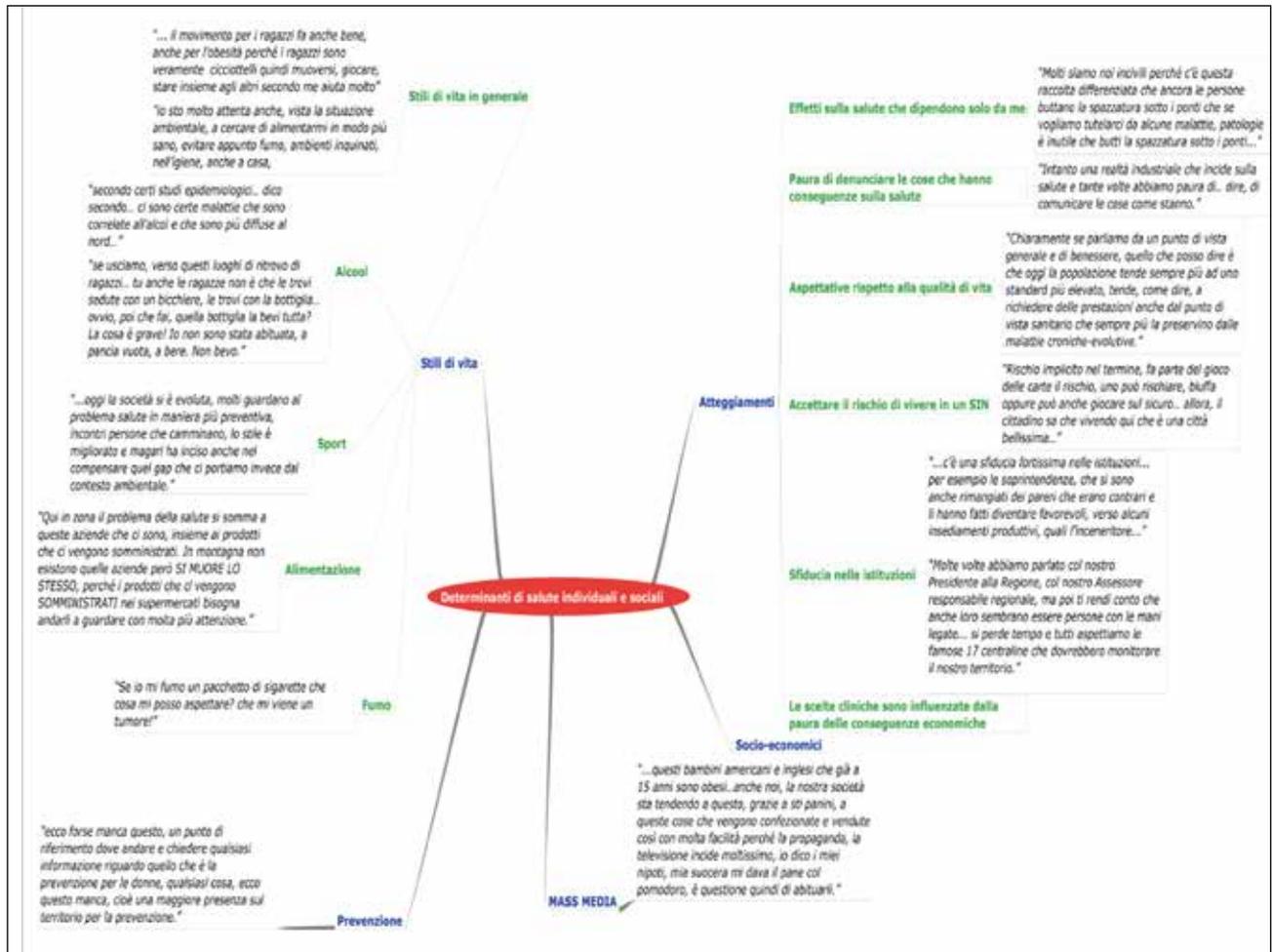


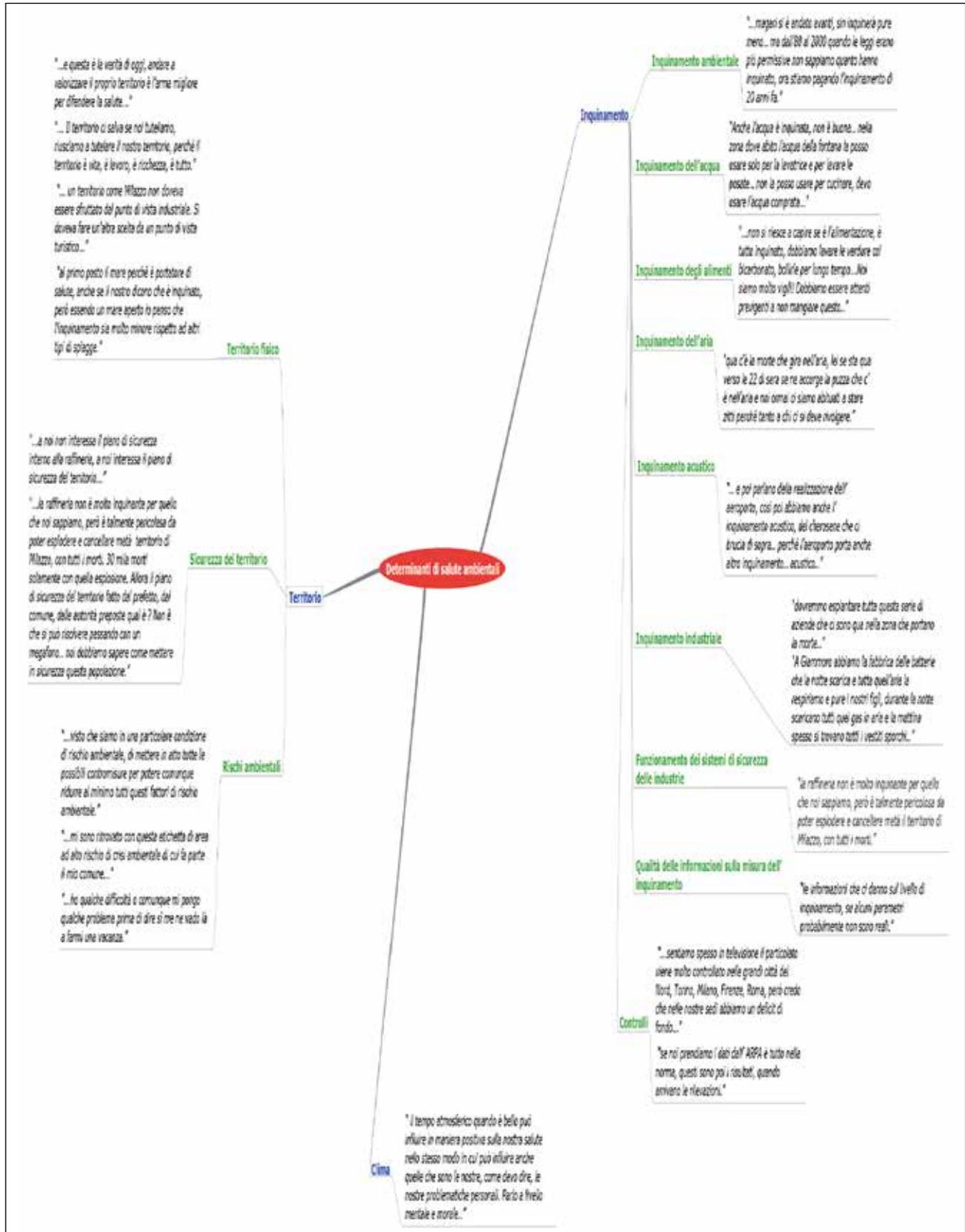
Figura 4. Mappa dei determinanti di salute di sistema



partecipanti, così come i benefici legati ad una corretta alimentazione e all'attività fisica (Fig. 3). Anche il vivere in un territorio caratterizzato da un clima favorevole e da bellezze paesaggisti-

che, insieme ad un potenziamento delle azioni di prevenzione mirate alla salute, può contribuire al miglioramento della qualità della vita delle popolazioni residenti (Fig. 5).

Figura 5. Mappa dei determinanti di salute ambientali





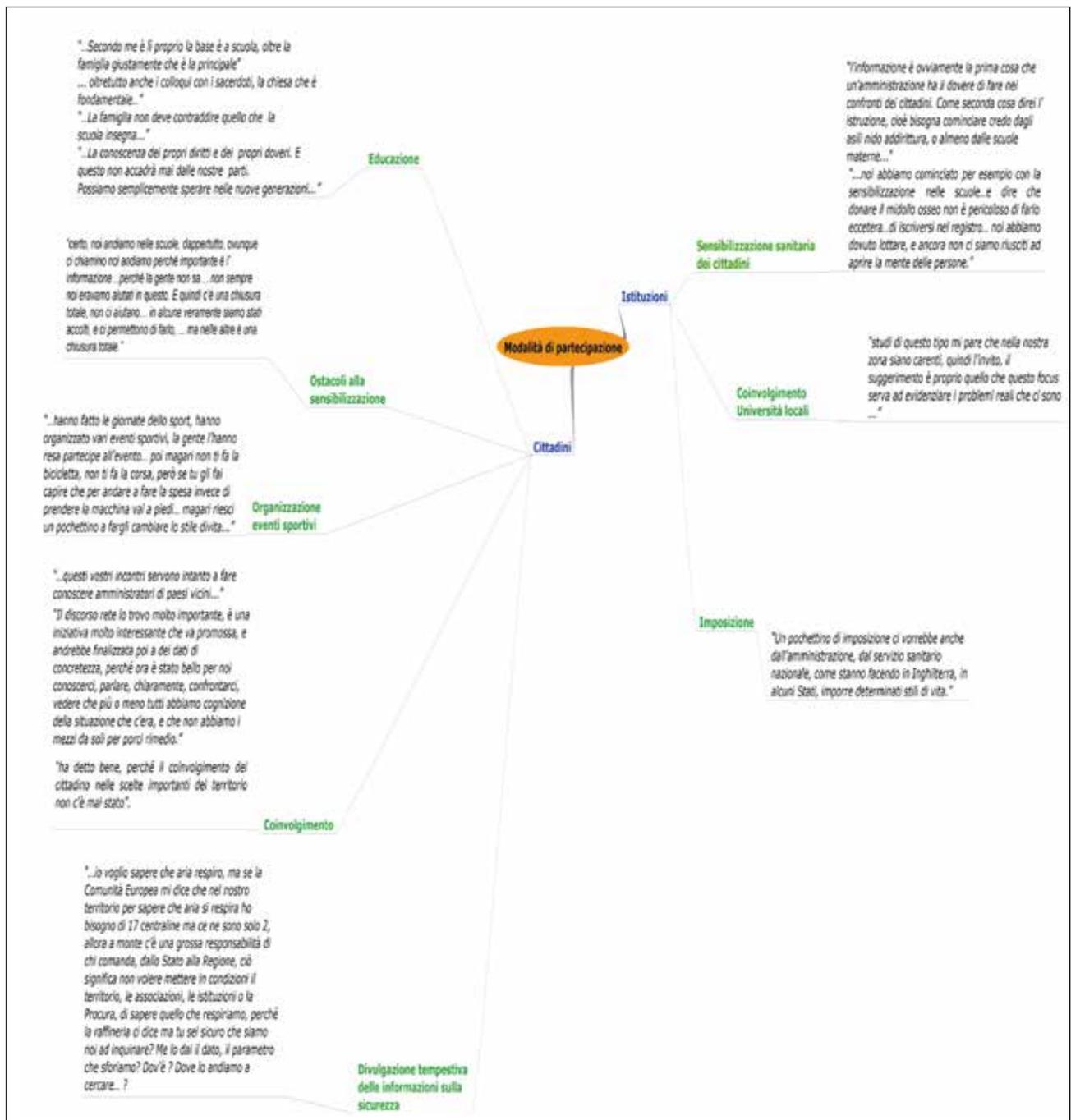
Obiettivo 4: Esplorare proposte per promuovere la partecipazione dei cittadini alle scelte di salute operate dai decisori nell'ambito della propria comunità.

Il partecipare ad iniziative come quella condotta con questa indagine ha avuto l'effetto di stimolare e coinvolgere attivamente le istituzioni e i cittadini, che hanno riconosciuto in questo strumento una valida opportunità per incrementare la loro partecipazione attraverso la costruzione di una rete sociale capace di generare un cambiamento culturale.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Lo studio segue le indicazioni che vengono dalle ultime ricerche nel campo dell'epidemiologia ambientale e vedono coinvolti numerosi attori che appartengono a discipline differenti. L'approccio interdisciplinare può aggiungere efficacia alle azioni locali, nazionali e globali nel sostenere politiche pubbliche per migliorare il lavoro e le condizioni di vita delle comunità colpite (Marsili, 2016). In accordo con le più recenti linee guida (NICE, 2016; WHO, 2017), anche a

Figura 6. Mappa delle modalità di partecipazione





livello internazionale sono già state condotte diverse ricerche orientate al coinvolgimento attivo della popolazione. L'uso dei Focus Group e delle interviste in profondità ha consentito, come nel nostro studio, di raccogliere i punti di vista dei soggetti residenti nelle aree a rischio di crisi ambientale. Ad esempio un'analisi condotta in una località francese, che possiede caratteristiche simili all'area di Milazzo, ha evidenziato che i residenti sono preoccupati per la qualità del loro ambiente, delle sorgenti locali d'inquinamento e il legame che queste hanno con la loro salute. Essi sostengono anche che l'informazione tratta l'inquinamento come un luogo comune. Gli scarichi industriali si combinano ad altre forme di esposizione locale e vorrebbero che le loro voci fossero ascoltate al fine di migliorare la situazione sanitaria e ambientale locale, in una prospettiva di giustizia ambientale. Questo tipo di approccio è orientato a rafforzare le aree di conoscenza che sono utili e pertinenti alle comunità di residenti, producendole a partire da quelle degli abitanti e insieme a loro (Allen, 2017).

In ambito nazionale altri studi hanno adottato simili strategie di ricerca qualitativa, che confermano il fatto che il cittadino senta l'esigenza di essere ascoltato maggiormente attraverso modalità e strumenti che lo facciano sentire più vicino a chi decide (Ramigni, 2009). Altre ricerche, pur utilizzando la stessa metodologia dei Focus Group, hanno a questi affiancato anche dei questionari strutturati per misurare delle variabili predefinite (Gatto, 2008; Cernigliaro, 2017). Altri ancora si sono affidati esclusivamente ad uno strumento strutturato (questionari auto o etero somministrati) per quantificare il grado di percezione del rischio (Signorino, 2012).

È possibile ritenere che la ricerca qualitativa effettuata sia stata in grado di rispondere alle domande alle quali i metodi quantitativi tradizionali avrebbero risposto in parte o non

avrebbero risposto affatto. Come descritto in letteratura le domande hanno a che fare con il modo di vedere noi stessi nel rapporto con gli altri e con il mondo che ci circonda nei diversi momenti della nostra vita (Perra, 2009). Tutto ciò offre l'opportunità di fornire un profilo di salute della comunità sicuramente più completo anche dal punto di vista qualitativo.

Un limite dell'indagine è l'aver coinvolto un ridotto numero di gruppi sociali, non avendo quindi raggiunto la saturazione dei contenuti. Ciò nonostante, i risultati consentono di delineare una prima descrizione della percezione della salute da parte dei cittadini, in un'area a rischio di crisi ambientale come quella di Milazzo, e costituisce un primo contributo per integrare il profilo di salute quantitativo già realizzato. Nello stesso tempo i risultati potranno suggerire iniziative a supporto delle istituzioni.

Negli ultimi anni è aumentata la sensibilità delle comunità locali rispetto alle tematiche ambientali.

Tale sensibilità non sempre si accompagna ad una chiara comprensione del rischio, né ad una strategia comunicativa coerente con l'interesse collettivo da parte delle istituzioni.

D'altra parte, la comunicazione istituzionale basata sui dati epidemiologici non sempre tiene conto della percezione delle comunità locali.

In analogia ad altri studi già citati (Allen, 2017), sarebbe auspicabile integrare i dati raccolti sottoponendoli ad una valutazione ed interpretazione condivisa con tutti gli stakeholders, in modo da validare i risultati in maniera partecipata. Si potrà così giungere a proposte concrete da sottoporre agli amministratori circa le soluzioni da adottare per migliorare la salute e la qualità di vita delle popolazioni residenti nelle aree a rischio di crisi ambientale.



BIBLIOGRAFIA

- Allen, B. L., Ferrier, Y., & Cohen A. (2017). Through a Maze of Studies: Health Questions and 'Undone Science' in a French Industrial Region. *Environmental Sociology*, 3, 2, 134-144.
- Allen, B. L. (2017). A Successful Experiment in Participatory Science for Promoting Change in a French Industrial Region. *Engaging Science, Technology and Society*, 3, 375-381.
- Barbour, R. S. (2001). Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *British Medical Journal*, 322, 1115-1117.
- Birks, M., & Mills, J. (2015). Essential of Grounded theory. (2nd ed.). In M. Birks & J. Mills (A cura di), *Grounded Theory. A practical guide* (pp. 1-14). London, U.K.: SAGE.
- Cernigliaro, A., Ciranni, P., Dardanoni, G., Fantaci, G., Marras, A., Miceli, P., ... Scondotto, S. (A cura di). (2017). *Stato di salute nei siti di interesse nazionale della Sicilia - I dati del sistema di sorveglianza, Salute e Ambiente*. Palermo, IT: Assessorato della Salute Regione Sicilia - Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico.
- Cernigliaro, A., Marras, A., Pollina Addario, S., Scondotto, S., D'Ippoliti, D., Santelli, E., ... Forastiere, F. (A cura di). (2013). *Stato di salute della popolazione residente nelle aree a rischio ambientale e nei siti di interesse nazionale per le bonifiche della Sicilia. Analisi dei dati ReNCaM (anni 2004-2011) e dei ricoveri ospedalieri (anni 2007-2011)*. Palermo, IT: Assessorato della Salute Regione Sicilia - Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico. Disponibile in: <http://www.salute.gov.it/portale/temi/documenti/investimenti/29.pdf>
- Cresswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed method research* (2nd ed.). Thousand Oaks, C.A.: SAGE.
- De Castro, P., Pasetto, R., Marsili, D., & Comba, P. (2016). Fostering public health awareness on risks in contaminated sites. Capacity building and dissemination of scientific evidence. *Ann Ist Super Sanita*, 52, 511-515.
- Fano, V., Cernigliaro, A., Scondotto, S., Pollina Addario, S., Caruso, S., Mira, A., Perucci, C.A. (2006). Analisi della mortalità (1995-2000) e dei ricoveri ospedalieri (2001-2003) nell'area industriale di Gela. *Epidemiol Prev*, 30, 27-32.
- Ferrari, L., Fateh-Moghadam, P., & Betta, A. (2009). Profili di comunità e piani di salute a livello di distretto sanitario. L'esperienza in provincia di Trento, 2006-09. *Notiziario Istituto Superiore di Sanità. Bollettino Epidemiologico Nazionale*, 22, 6, i-ii.
- Frickel, S. (2014). Not Here and Everywhere: The Non-Production of Scientific Knowledge. In D.E. Kleinman & K. Moore (A cura di), *Routledge Handbook of Science, Technology and Society* (pp. 277-291). London, U.K.: Routledge.
- Frickel, S. (2014). Absences: Methodological Notes about Nothing in Particular. *Social Epistemology*, 28, 1, 86-95.
- Gatto, E., Mudu, P., & Saitta, P. (2008). *L'industria petrolchimica nella valle del Mela: uno studio qualitativo sulla percezione del rischio e gli immaginari*. Messina, IT: Centro Interuniversitario per le ricerche sulla Sociologia del Diritto e delle Istituzioni Giuridiche dell'Università degli Studi di Messina.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2001). Designing and conducting focus group interviews. In R.A. Krueger, M.A. Casey, J. Donner, S. Kirsch & J.N. Maack (A cura di), *Social Analysis. Selected Tools and Techniques* (pp. 4-23). Washington, D.C.: Social Development Department of The World Bank.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). Focus groups: A practical guide for applied research (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Lionetti, R. (2006). *Lineamenti di metodologia della ricerca partecipativa*. Trieste, IT: CSV FVG per le organizzazioni di volontariato.
- Marsili, D. (2016). A cross-disciplinary approach to global environmental health: the case of contaminated sites. *Ann Ist Super Sanita*, 52, 4, 516-523.
- Marsili, D., Fazzo, L., Iavarone, I., & Comba, P. (2017). Communication plans in contaminated areas as prevention tools for informed policy. *Public Health Panorama. Policy and practice*, 3, 2, 261-267.
- Martuzzi, M., Mitis, F., Biggeri, A., Terracini, B., & Bertollini, R. (2002). Ambiente e Stato di Salute nella popolazione delle aree ad alto rischio di crisi ambientale in Italia. *Epidemiol Prev*, 26, 6, 1-53.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*, 320, 7226, 50-52.
- Migliorini, L., & Rania, N. (2001). I focus group: uno strumento per la ricerca qualitativa. *Animazione Sociale*, 150, 82-88.
- NICE. (2016). Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. Disponibile in: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/resources/community-engagement-improving-health>



- th-and-wellbeing-and-reducing-health-inequalities-1837452829381
- Perra, A. (2009). Gli studi qualitativi e il loro ruolo nel promuovere il progresso della salute pubblica. *Notiziario Istituto Superiore di Sanità. Bollettino Epidemiologico Nazionale*, 22, 5, i-ii.
- Pope, C., & Mays, N. (A cura di). (2006). *Qualitative Research in Health Care*. Oxford, U.K.: Blackwell Publishing.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ*, 320, 7227, 114-116.
- Pope, C., & Mays, N. (1995). Qualitative Research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*, 311, 6996, 42-5.
- Ramigni, M., Bartolini, S., Bertoncetto, L., Girlando, G., Piovesan, G., Scattolin, M. C., Gruppo di lavoro per la costruzione dei piani di salute comunali. (2009). I focus group nell'avvio di un percorso partecipativo per la costruzione di un piano di salute per un comune, Usl 9 Treviso, 2008-09. *Notiziario Istituto Superiore di Sanità. Bollettino Epidemiologico Nazionale*, 22, 6, ii-iv.
- Spinelli, A., Lamberti, A., Baglio, G., Andreozzi, S., & Galeone, D. (A cura di). (2009). *OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. (Rapporti ISTISAN 09/24)*. Roma, IT: Istituto Superiore di Sanità.
- Usticano, A., Dardanoni, G., Marras, A., Pollina Addario, S., & Scondotto S. (A cura di). (2016). *Atlante sanitario dei tumori in Sicilia Incidenza, prevalenza, sopravvivenza, mortalità e ospedalizzazione della patologia oncologica*. Notiziario Osservatorio Epidemiologico. Disponibile in: http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_AreeTematiche/PIR_Atlanteoncologico
- WHO. (2017). *WHO Guidelines on Ethical Issues in Public Health Surveillance*. Disponibile in: <http://www.who.int/ethics/publications/public-health-surveillance/en/>
- WHO. (2013). *Contaminated sites and Health report of two WHO workshops: Syracuse Italy 18 nov. 2011, Catania Italy 21-22 June 2012*. Disponibile in: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/186240/e96843e.pdf?ua=1.
- WHO. (2002). *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Disponibile in: <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- Woods, P., Gapp, R., & King, M. A. (2016). Generating or developing grounded theory: methods to understand health and illness. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38, 3, 663-670.



5. SALUTE PRIMALE, I PRIMI 1.000 GIORNI DEI NOSTRI BAMBINI

Maria Paola Ferro¹, Provvidenza Ficano², M. Barbara Ottaviani³, Sara Palmeri⁴, Sabrina Scelfo⁵, Salvatore Scondotto¹, Achille Cernigliaro¹, Alessandra Casuccio¹, Sofia Colaceci⁶, Angela Giusti⁶, Stefania Spila Alegiani⁶, e il gruppo Master “Promozione della salute della popolazione ed epidemiologia applicata alla prevenzione – PROSPECT”

¹ Servizio 9, Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Regione Siciliana, Palermo

² Unità Operativa Aziendale per l'Educazione e Promozione della Salute – Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “Paolo Giaccone”, Palermo

³ Ufficio Educazione alla Salute, Direzione Sanitaria Aziendale, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello, Palermo

⁴ Dipartimento di Scienze per la promozione della salute materno-infantile G. D'Alessandro, Università degli Studi di Palermo

⁵ Unità Operativa Dipartimentale di Diabetologia e Obesità in Età Evolutiva - ASP Caltanissetta

⁶ Istituto Superiore di Sanità, Roma

RAZIONALE E OBIETTIVI

Proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento sono delle priorità di salute pubblica nell'ambito materno infantile (WHO, 1989). Il latte materno è largamente raccomandato dall'OMS come alimento esclusivo nei primi sei mesi di vita del bambino, come alimento complementare fino ad un anno, ed è suggerito fino ai due anni se il bambino si dimostra interessato e se la mamma lo desidera (WHO/UNICEF, 2014). Sebbene da decenni il latte materno sia riconosciuto dalla Comunità Scientifica come il “gold standard” per l'alimentazione dei neonati, in molte regioni italiane, soprattutto del Sud, i tassi di prevalenza dell'allattamento restano ancora molto bassi. Peraltro, i sistemi di raccolta dei dati secondo gli standard internazionali sono ancora eterogenei e frammentari.

In Sicilia, la prevalenza di donne che hanno allattato almeno una volta l'ultimo figlio è pari al 71% e la durata media dell'allattamento risulta

di 3,5 mesi (ISTAT, 2014). Il nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, adottato con D. A. n° 351 dell' 8.03.2016 (PRP, 2016), con riferimento al Macro Obiettivo 2.1, ha individuato tra i programmi da sviluppare e consolidare, il “Programma Regionale di Promozione dell'allattamento al seno”; questo prevede, tra i vari obiettivi, anche il monitoraggio dei tassi di allattamento all'avvio nel punto nascita, al 3°, 6° e al 12° mese di vita.

In questo quadro di carenza di informazioni sulla durata e sulle modalità di allattamento, il presente studio ha l'obiettivo di misurare la prevalenza dell'allattamento secondo le definizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (esclusivo, predominante, complementare, non allattamento), e i determinanti assistenziali e socio-culturali che lo influenzano in fasi diverse della vita del bambino (alla nascita, al 1° mese e al 6° mese). In questo articolo saranno presentati i risultati relativi alla nascita e al 1° mese.

MATERIALI E METODI

Lo studio realizzato è di tipo coorte prospettico. Il campionamento è stato effettuato con metodo casuale semplice sulla base dei nati del 2015 pari a 43.187, con una prevalenza del 50%, un livello di confidenza del 95% ed una precisione di $\pm 4,5\%$. La numerosità campionaria totale (1042 donne residenti in Sicilia che hanno partorito tra aprile e luglio 2017) è stata suddivisa proporzionalmente al numero dei nati delle singole province, così come riportato nella tabella 1.

Le liste dei nati e i recapiti telefonici sono stati forniti, previo consenso informato da parte delle madri, dai quattro Centri di Screening Neonatali (CSN) di Catania, Caltanissetta, Messina e Palermo cui afferiscono tutti i Centri Nascita pubblici e privati dell'intero territorio Regionale.

Tabella 1. Numerosità campionaria per provincia

Provincia	N. di madri
AG	83
CL	55
CT	251
EN	31
ME	115
PA	278
RG	68
SR	80
TP	81
Totale	1.042

Sono state incluse tutte le donne residenti in Sicilia che hanno partorito tra aprile e luglio 2017 reperibili telefonicamente. Rientrano tra i criteri di esclusione i seguenti casi: non residenza in Sicilia, data del parto non compresa nel periodo previsto e madre minorenni.

Per ogni donna inclusa nel campione, definita titolare, sono state estratte altre 5 donne definite sostitute, al fine di consentire la sostituzione delle titolari nel caso si fossero verificate condizioni rientranti nei seguenti criteri: difficoltà a sostenere una conversazione in italiano, non reperibilità dopo il numero definito di tentativi previsti dalle procedure e rifiuto a rispondere al questionario. La rilevazione è stata effettuata entro il 30° giorno dalla nascita. Sono state raccolte informazioni relative alla gravidanza, al parto, al post-partum, alle caratteristiche personali e socio-demografiche, utilizzando un questionario ad hoc, adattato da una versione già utilizzata a livello nazionale (Lauria, Lamberti, Buoncristiano, Bonciani, & Androozzi, 2012) somministrato da personale sanitario nel corso di un'intervista telefonica. Il data entry è stato effettuato su supporto informatico, attraverso un software dedicato.

I dati sono presentati come medie nel caso di variabili continue e come percentuali (%) nel caso di variabili categoriche. Come variabile di esito è stato considerato l'allattamento esclusivo, definito come alimentazione con solo con latte materno (anche spremuto o donato) senza altri alimenti, liquidi o acqua (eccetto medicinali, vitamine e sali minerali) (WHO, 2008). La prevalenza di allattamento esclusivo è stata calcolata come rapporto tra le donne che hanno riferito di

allattare esclusivamente rispetto al totale delle donne in studio, sia alla degenza che a 30 giorni. È stata condotta un'analisi bivariata per valutare l'associazione tra l'allattamento esclusivo e le caratteristiche in studio. Per l'analisi statistica è stato utilizzato il software statistico Epi-Info (versione 7.2).

RISULTATI

I risultati preliminari riguardano le interviste effettuate alla rilevazione entro 30 giorni dal parto, su un campione di 1.055 mamme reclutate sull'intero territorio regionale. Si è registrato durante l'indagine un tasso di rifiuto dell'8% (120 mamme).

L'età media del campione è di 31,2 anni, pari a quella delle partorienti dell'intera regione. Il 93,6% è di nazionalità italiana, il 98% vive con il padre del bambino, il 72% ha un titolo di studio alto (scuola superiore/ laurea) e il 58% delle madri lavorava prima della gravidanza (Tabella 2).

La prevalenza dell'allattamento durante la degenza è dell'86% (di cui 33,7% esclusivo, 2,7% predominante e 49,6% complementare) mentre il 13,9% non è stato allattato. Al 1° mese di vita la prevalenza dell'allattamento scende al 68,9%, mentre la percentuale dei bambini non allattati sale al 31,1%. Tuttavia, la proporzione di allattamento esclusivo sale al 37,9%. La distribuzione percentuale delle diverse modalità di allattamento alla degenza e al 1° mese di vita è rappresentata in figura 1.

Figura 1. Distribuzione percentuale delle modalità di allattamento durante la degenza ed entro il 1° mese di vita del bambino

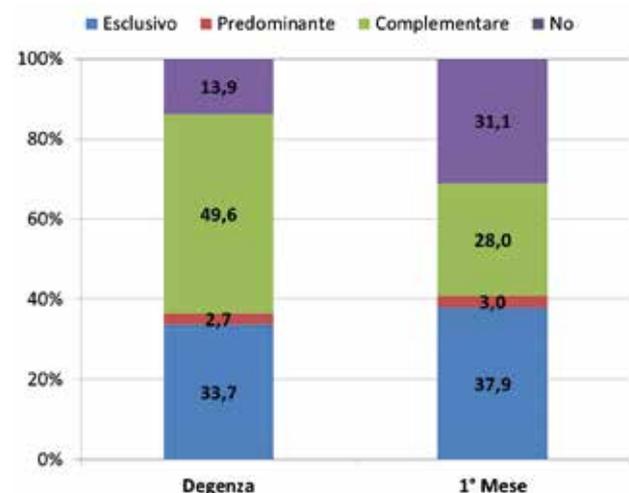




Tabella 2. Caratteristiche campione in studio

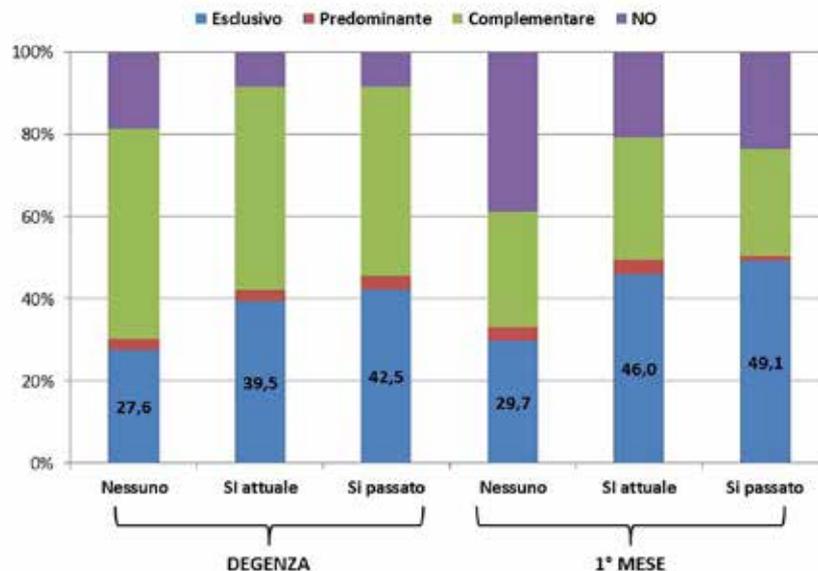
CARATTERISTICHE MAMME		N.	%
Nazionalità	Estera	67	6,4
	Italiana	992	93,6
Titolo di studio	Basso (elementare/media)	294	28,0
	Alto (superiore/laurea)	758	72,0
Lavoro prima della gravidanza	No	443	42,0
	Sì	608	58,0
Stato civile	Coniugata	843	80,0
	Nubile	194	18,4
	Separata	17	1,6
Convivenza	Con il padre del bambino/a	1032	98,0
	Vive sola	7	0,7
	Vive con altri	14	1,3
Fumo	No	662	62,7
	Sì	392	37,2

CARATTERISTICHE PRE/INTRA/POST-PARTUM		N.	%
Modalità parto	Cesareo	443	42,2
	Spontaneo	608	57,8
Corso di accompagnamento alla nascita	Nessun corso	566	53,6
	Sì, attuale gravidanza	263	24,9
	Sì, precedente gravidanza	226	21,4
Rooming-in	No	87	8,2
	Sì	968	91,8
Contatto pelle-a-pelle	No	333	31,6
	Sì, più di 10 minuti	135	12,8
	Sì, meno di 10 minuti	587	55,6
Prescrizione formula per lattanti in ospedale	No	596	57,6
	Sì	438	42,4

Il 46% delle mamme dichiara di aver frequentato un corso di accompagnamento alla nascita, di cui il 25% durante la gravidanza in studio, mentre il 21% in occasione di precedenti gravidanze. Il 54% ha riferito di non averne frequentato nessuno

(tabella 2). L'allattamento esclusivo e predominante, è maggiormente diffuso fra le mamme che hanno partecipato al corso di accompagnamento al parto, sia alla dimissione che a 30 giorni ($p < 0,01$; figura 2).

Figura 2. Distribuzione percentuale delle modalità di allattamento, durante la degenza ed entro il 1° mese di vita del bambino, in relazione alla partecipazione a un corso di accompagnamento alla nascita



Considerando la modalità in cui è avvenuto il parto, nel 42% dei casi è stato effettuato un parto cesareo (tabella 2). La prevalenza di allattamento esclusivo alla dimissione è più alta nelle donne che hanno avuto un parto spontaneo (40,1%) mentre solo una donna su quattro (25,3%) dopo un parto cesareo ricorre a tale modalità di allattamento ($p < 0,01$). Analogamente, al primo mese la prevalenza di allattamento esclusivo in donne che hanno avuto un parto cesareo è più bassa, 30,5% rispetto al parto spontaneo che è del 43,6% ($p < 0,01$). Si evidenzia, tuttavia, che tale prevalenza mostra un miglioramento in entrambe le tipologie di parto al primo mese.

Tra le buone pratiche da adottare nei punti nascita, è fortemente raccomandato mettere i neonati in contatto pelle-a-pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora. A tale proposito, solo il 13% delle madri dichiara di aver tenuto il neonato in contatto pelle-a-pelle dopo la nascita per più di 10 minuti, il 56% circa 10 minuti, il 31% di non avere avuto alcun contatto (tabella 2). La prevalenza di allattamento esclusivo alla dimissione è più elevata (46,7%) tra le madri che hanno avuto il contatto per più di 10 minuti ($p < 0,01$). Il dato persiste al primo mese (45,9%; $p < 0,01$; figura 3).

La pratica del rooming-in prevede la presenza del neonato nella stessa stanza della madre, in modo che trascorrono insieme 24 ore su 24 durante la permanenza nel punto nascita. Nello studio ciò si verifica nel 92% dei casi (tabella 2). Le mamme che, nel periodo della degenza, hanno avuto con sé il ne-

onato, hanno allattato in modo esclusivo nel 35,8% dei casi contro il 10,3% di coloro che non hanno usufruito del rooming-in ($p < 0,01$). Analogamente, al primo mese, le mamme che hanno allattato esclusivamente, sono il 39,8% di coloro che hanno effettuato il rooming-in contro il 17,2% delle mamme che non lo hanno effettuato ($p < 0,01$; figura 4).

Gli interventi di promozione e sostegno dell'allattamento possono risultare inefficaci se non sono sostenuti da adeguate politiche di vigilanza sul marketing dei sostituti del latte materno. È stato chiesto alle mamme se durante la degenza o alla dimissione fosse stata consegnata una prescrizione per l'acquisto della formula per lattanti. A tale quesito, il 42% delle mamme ha risposto di avere avuto una prescrizione, il 56% di non aver avuto alcuna prescrizione, il 2% non ricorda (tabella 2). Alla degenza il 36,8% delle madri con titolo di studio alto pratica l'allattamento esclusivo rispetto al 25,9% con titolo più basso ($p < 0,01$). A un mese le percentuali sono rispettivamente del 42,7% vs 25,5% ($p < 0,01$). Le donne che svolgevano un'attività lavorativa prima della gravidanza allattano in maniera esclusiva in proporzione maggiore rispetto alle non occupate; ciò avviene sia alla degenza (37,8% vs 27,8%; $p < 0,01$) sia al primo mese (42,9% vs 30,9%; $p < 0,01$).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'avvio dell'allattamento è legato a diversi determinanti tra cui la cultura dominante in tema di

Figura 3. Distribuzione percentuale delle modalità di allattamento, durante la degenza ed entro il 1° mese di vita del bambino, in relazione al contatto pelle-a-pelle

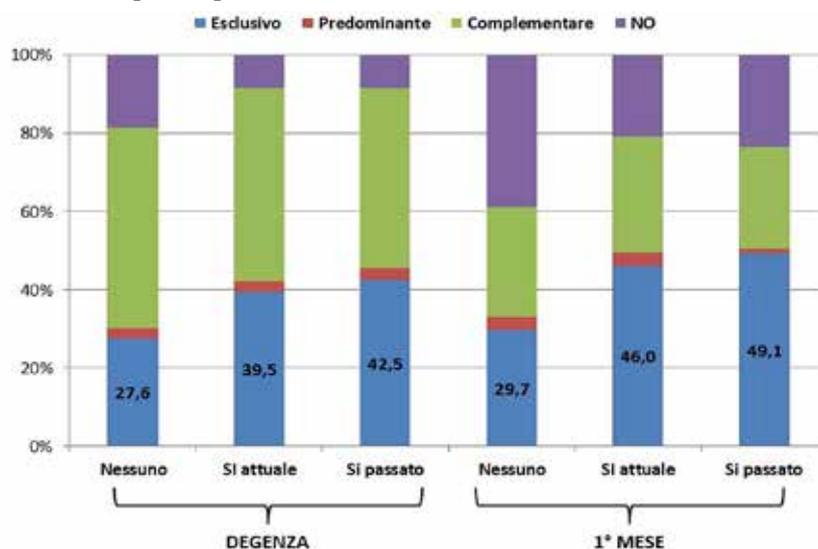
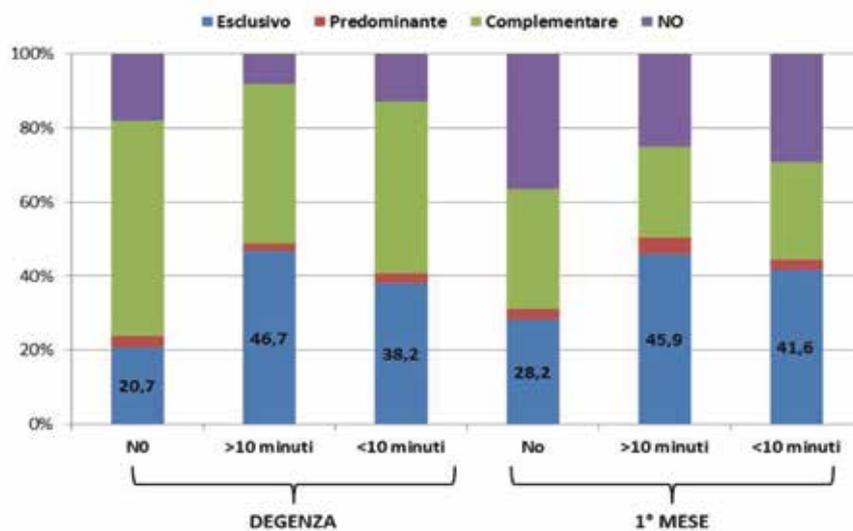




Figura 4. Distribuzione percentuale delle modalità di allattamento, durante la degenza ed entro il 1° mese di vita del bambino, in relazione al rooming-in



alimentazione infantile e l'assistenza durante la gravidanza, il parto e i primi giorni di vita.

Conoscere i diversi determinanti in grado di impattare sull'avvio e sulla durata dell'allattamento, è importante per avviare opportuni programmi di intervento volti alla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento che coinvolgano i servizi sanitari e i diversi stakeholder nelle comunità. Dai dati finora analizzati si rileva che la partecipazione a un corso di accompagnamento alla nascita, il parto spontaneo, il contatto pelle-a-pelle per almeno 10 minuti, il rooming-in, un alto livello di istruzione e l'occupazione incidono positivamente sulla prevalenza dell'allattamento esclusivo sia alla degenza che al 1° mese. Dal confronto dei risultati, emerge che la prevalenza dei bambini comunque allattati è maggiore alla degenza, con un decremento al primo mese. Si nota poi un aumento della prevalenza dell'allattamento esclusivo al primo mese di circa il 3%. L'analisi è tuttora in corso e consentirà di approfondire il ruolo di altri determinanti, con particolare attenzione alle fasce di popolazione più svantaggiate sulle quali si concentrano maggiori disuguaglianze.

I dati ottenuti in questa prima fase dell'indagine e nel follow up a 6 mesi consentiranno di formulare delle ipotesi di interventi da realizzare a livello ospedaliero e territoriale, quali la capillarizzazione dell'offerta di corsi di accompagnamento alla nascita gratuiti, l'implementazione di buone pratiche assistenziali in gravidanza, durante il parto, la degenza e nella comunità.

Presupposto fondamentale per la realizzazione di

tali iniziative è che tra gli obiettivi delle Direzioni Generali Aziendali vi sia l'adozione di modelli organizzativi (ad es. le strategie UNICEF/OMS), finalizzati ad uniformare e migliorare gli standard assistenziali delle strutture sanitarie.

BIBLIOGRAFIA

ISTAT. (2014). Gravidanza, parto e allattamento al seno, anno 2013. Disponibile in: <https://www.istat.it/it/archivio/141431>

Lauria, L., Lamberti, A., Buoncrisiano, M., Bonciani, M., & Andreozzi, S. (2012). (Ed.). Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011. (Rapporti ISTISAN 12/39). Roma, IT: Istituto Superiore di Sanità. Disponibile in: http://www.iss.it/binary/publ/cont/12_39_web.pdf

WHO. (1989). Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. Geneva, CH: World Health Organization. Disponibile in: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf?ua=1&ua=1>

WHO. (2008). Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Geneva, CH: World Health Organization. Disponibile in: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/en/

WHO/UNICEF. (2014). Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief. Geneva, CH: World Health Organization. Disponibile in: http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/



6. PROGETTO S.E.S. “SALVATE EVA IN SICILIA”

Laura Saporito¹, Giorgio Graziano¹, Stefania Bono¹, Valentina Marchese¹, Antonello Marras², Sara Palmeri¹, Paola Pesce³, Tiziana Scuderi⁴, Gianmarco Ventura¹, Alberto Perra⁵, Stefania Spila Alegiani⁵, Angela Giusti⁵, Gabriella Dardanoni², Salvatore Scondotto², Alessandra Casuccio⁶, Claudio Costantino⁶, Vincenzo Restivo⁶

¹ Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Palermo

² Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Assessorato della Salute, Regione Siciliana, Palermo

³ Registro Tumori Integrato Catania-Messina-Siracusa-Enna, Catania

⁴ Registro Tumori di Trapani, Dipartimento di Prevenzione della Salute, Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, Trapani

⁵ Istituto Superiore di Sanità

⁶ Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Salute Materno-Infantile (PROSAMI), Università di degli Studi di Palermo.

INTRODUZIONE

Il tumore della cervice uterina rappresenta nel mondo la terza neoplasia in termini di incidenza e la quarta causa di morte, determinando circa il 9% del totale dei tumori femminili. (Jemal, 2011) Nella Regione Sicilia, ogni anno si ammalano per carcinoma alla cervice uterina in media 185 donne (tasso standardizzato di incidenza: 6,2/ 100.000 donne) e si registrano in media 29 decessi (tasso medio annuo: 1,13 per 100.000). (Regione Siciliana, Assessorato Regionale della Salute, 2016)

La diagnosi precoce mediante Pap-test e test dell'HPV-DNA rappresenta l'arma più efficace nella prevenzione del carcinoma alla cervice uterina. Nonostante nel nostro Paese l'incidenza sia in costante diminuzione (I numeri del cancro in Italia, 2015; Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, 2015), nel meridione si stimano tassi di mortalità leggermente più alti rispetto al resto d'Italia, ed una più bassa sopravvivenza, compatibile con il documentato

ritardo nell'attivazione dei programmi di screening.

Il Pap-Test ormai da anni rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), rappresentando un intervento di sanità pubblica di provata efficacia, in grado di ridurre l'incidenza e la mortalità legata al carcinoma della cervice uterina. (Ministero della Salute, 2006; Ministero della Salute, n.d.; Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 2017).. In Sicilia numerose Direttive regionali riguardanti gli screening oncologici, in particolare il D.A. 1845 del 18 settembre 2012 e la Circolare 1308/2013, hanno implementato gli screening oncologici (mammografico, cervice uterina e colon-retto) in tutto il territorio regionale.

Per quanto riguarda l'adesione allo screening organizzato del cervico-carcinoma, dai dati Passi 2012-2015 (Epicentro. Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica, n.d.) risulta che in Italia circa il 79% delle donne in età fra 25 e 64 anni, si sottopone allo screening cervicale tramite programmi organizzati o per iniziativa volontaria, evidenziando un chiaro gradiente nella copertura tra Centro Nord (85%) e Sud ed Isole (69%). La survey GISCI (GISCI - Gruppo italiano Screening del Cervicocarcinoma, n.d.) dell'anno 2013, ha rilevato in Sicilia un'estensione media del 60% e un'adesione media del 21,4% allo screening organizzato.

Nel corso degli ultimi anni si è tuttavia registrato un notevole incremento dell'estensione, non adeguatamente controbilanciata dall'aumento dell'adesione (29,6%). I dati più recenti in merito si riferiscono allo studio trasversale “Salvate Eva in Sicilia” condotto all'interno del Master PROSPECT (promosso dall'Assessorato Regionale della Salute, dall'Università degli studi di Palermo, dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Cefpas) tra Gennaio e Giugno 2016 su un campione di 365 donne siciliane, che ha evidenziato come il 65% delle donne intervistate abbia eseguito un Pap-Test nel triennio 2013 – 2015, ma solo il 27% nell'ambito del programma regionale, rendendo di fatto



difficile il raggiungimento del valore atteso del 63% secondo gli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione 2014 – 2018. (Gruppo di Lavoro SES, 2017; Regione Siciliana. Assessorato Regionale della Salute, 2014)

I principali motivi addotti alla base della mancata adesione allo screening cervicale, secondo la letteratura scientifica, sono la convinzione di non averne bisogno, la mancanza di tempo/pigrizia, e la mancata informazione e counseling da parte di un operatore sanitario. (Epicentro. Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica, n.d) Dallo studio "Salvate Eva in Sicilia" è emerso che i principali determinanti dell'adesione allo screening cervicale organizzato nelle donne siciliane sono l'aver ricevuto il consiglio del medico riguardo allo screening e la percezione della suscettibilità alla malattia. (Gruppo di Lavoro SES, 2017)

Dai dati di letteratura, molti tra gli interventi più efficaci mirati allo screening cervicale vedono il coinvolgimento del medico di medicina generale (MMG) sotto diversi aspetti. (Bowman, 1995; Brown, 1996; Burak, 1988; Eaker, 2004; Giorgi Rossi, 2012; Gök, 2010; Oscarsson, 2007; Pritchard, 1995; Rimer, 1999; Rossi, 2011; Segnan, 1998; Somkin, 1997; Vogt, 2003; Wilson, 1987)

Anche in Italia, recenti esperienze regionali e indicazioni nazionali elaborate dalle associazioni di categoria, hanno sottolineato come il ruolo del MMG nei programmi di screening sia molteplice, e comprenda diverse attività, anche in termini organizzativi, gestionali e di promozione. (Società Italiana di Medicina Generale, n.d.; Medici di Medicina Generale e screening del cervicocarcinoma, n.d.)

In questo contesto, il Progetto SES nasce con l'obiettivo generale di migliorare l'empowerment e l'adesione allo screening organizzato del cervico-carcinoma tra le donne residenti nei comuni di Gela, Niscemi e Butera, facenti parte dell'area a rischio ambientale di Gela, in cui si riscontra una bassa adesione della popolazione al programma stesso.

L'obiettivo specifico che il progetto intende raggiungere è che le donne siano adeguatamente informate e orientate dal MMG allo screening del cervico-carcinoma.

MATERIALI E METODI

Analisi di contesto

Profilo Demografico e Socio – Economico

Le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni residenti in Sicilia al primo gennaio 2016 sono il 53,5% della popolazione residente totale; circa il 4,4% sono straniere. (ISTAT. Demo-Geodemo, n.d.) Relativamente all'istruzione, nella Provincia di Caltanissetta vi è una lieve prevalenza di donne senza alcun titolo di studio e minore frequenza di conseguimento di diploma o laurea rispetto al dato regionale. (ISTAT. Statistiche Istat. n.d.) Il tasso di disoccupazione (anno 2015) nelle ultra quindicenni è pari al 22,8% nella Provincia di Caltanissetta, sovrapponibile al dato regionale (22,7%). (La superficie dei Comuni, delle Province e delle Regioni italiane, n.d.) La stima di povertà relativa in Sicilia nel 2015 è del 25,3%, valore più alto registrato anche rispetto alle altre regioni del Sud (20,4%). (ISTAT. La povertà in Italia, n.d.)

Screening del cervico-carcinoma in Sicilia e Profilo del Sistema Sanitario Regionale

In Sicilia, a partire dagli anni '90, sono stati attivati i primi programmi di screening pilota e, alla fine del 2014, in tutte e 9 le ASP, è stato attivato il programma specifico per cervico-carcinoma. Nel 2016 per la provincia di Caltanissetta il tasso di adesione allo screening del cervico-carcinoma è stato del 42,05%, quello per l'area a rischio ambientale di Gela invece è stato del 35,24%, con un numero di test eseguiti pari a 3.359 (su un totale di 9.532 potenzialmente eseguibili), con un incremento del 17,65% rispetto al 2015.

I servizi territoriali dell'ASP 2 che erogano PAP Test sono 13, distribuiti in consultori/servizi di screening di cui 2 nella città di Caltanissetta e 11 dislocati nel territorio provinciale. (ISTAT. Le dimensioni della salute in Italia, n.d.) Il numero medio di donne di età compresa tra 25-64 anni residenti nella Provincia di Caltanissetta per singolo servizio è di 5.649, al di sotto del numero medio regionale di 7.627. Inoltre il numero medio di donne nella fascia di età target per MMG risulta essere pari a circa 287, in linea con la stima media



regionale (284 donne 25-64aa/MMG). (Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta, n.d.)

Nell'area a rischio ambientale di Gela i punti prelievo per lo screening cervicale consistono in 3 ambulatori nella città di Gela (un presidio ospedaliero e due consultori familiari), 2 a Niscemi (un presidio ospedaliero ed un consultorio familiare) ed uno a Butera (un consultorio familiare), con 6 ostetriche e 3 ginecologi dedicati al prelievo del campione biologico che assicurano l'esecuzione di circa n. 900 Pap Test al mese (circa 10.800 all'anno).

Per la Provincia di Caltanissetta vi sono tre specialisti ambulatoriali biologi dedicati alla lettura del campione biologico, che assicurano circa 1.600 prestazioni erogabili al mese.

Ad oggi, il tempo medio trascorso tra prelievo del materiale biologico e comunicazione del referto della lettura del test alla paziente è di circa quarantacinque giorni. Inoltre secondo procedura dell'ASP le donne che non hanno aderito allo screening vengono sollecitate nuovamente dopo circa sei mesi dall'invito.

È importante ricordare che a partire dall'anno 2018 è previsto il passaggio all'uso del test HPV-DNA, che ridurrà la necessità di Pap Test a circa il 10% dell'attuale (solo 4 centri di lettura per tutta la Regione Sicilia). (fonte: Dipartimento per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico della Regione Sicilia)

Profilo di Salute

Il numero medio di casi annui (2003-2011) di carcinoma della cervice uterina nella provincia di Caltanissetta è pari a 8,2 (185 nella regione Sicilia); il tasso standardizzato sulla popolazione europea (TSE) è di 5,4 per 100.000 (IC95% [3,9-7,4]), sovrapponibile a quello regionale (TSE 6,2 x 100.000, (IC95% [5,8-6,5])). Nel distretto di Gela, comprendente i comuni di Gela, Butera, Mazzarino e Niscemi, si osserva un numero medio di 3,6 casi, il TSE è pari a 5,8 per 100.000 (IC95% [3,4-9,2]), sovrapponibile al dato provinciale. (Regione Siciliana. Assessorato Regionale della Salute, 2016) Il tasso standardizzato di mortalità 2007-2015 per tumore della cervice uterina in Sicilia è pari a 0,80 per 100.000, con una media di 29 decessi annui; nella provincia di Caltanissetta è di 0,60 per 100.000, nel distretto

di Gela 0,80 per 100.000. (Regione Siciliana. Assessorato Regionale della Salute, 2016) Occorre comunque tenere presente la difficoltà nel discriminare la sottosede cervice o corpo nelle statistiche di mortalità per tumori dell'utero.

Profilo degli assetti di comunità

Gela, il più esteso tra i centri urbani della provincia di Caltanissetta, è anche tra i più ampi della Sicilia, e quindi presenta una grande varietà di tessuti urbani. Le reti sociali a Gela, così come a Niscemi e a Butera, sono tipicamente quelle del Sud Italia: si caratterizzano per una buona propensione alla vita sociale, ai rapporti di vicinato e alla partecipazione attiva alla vita di comunità. Dal 2014, 23 realtà, tra associazioni, gruppi e cooperative sociali che da anni si occupano, sul territorio, di vari aspetti e problematiche sociali e culturali si sono costituite nel MO.VI. Movimento di Volontariato Italiano. Tra queste, almeno 3 si impegnano su tematiche specifiche di salute della donna. Inoltre, a Caltanissetta è presente una sezione Arcigay a supporto dei diritti del gruppo LGBT, tra cui il diritto alla salute.

Analisi delle disuguaglianze

L'analisi di contesto, momento di valutazione propedeutico ad azioni di sanità pubblica, è funzionale anche all'individuazione di gruppi vulnerabili, disuguaglianze e dei loro meccanismi di generazione, al fine di evitare che l'effetto di un intervento favorisca solo le fasce di popolazione già avvantaggiate, aumentando così il divario con i gruppi sociali più vulnerabili.

Gli eventuali meccanismi di stratificazione ed eccesso di esposizione al rischio sono stati studiati servendosi dei dati di "Salvate Eva", dell'Osservatorio epidemiologico della Regione Sicilia, della letteratura scientifica, evidenze utili ad orientare un'azione di sanità pubblica che abbia come obiettivo l'aumento della adesione allo screening organizzato per il cervico-carcinoma.

Tra i gruppi svantaggiati nell'accesso ai servizi di prevenzione, merita attenzione quello delle donne nelle carceri; tuttavia il carcere presente nel territorio di Gela ospita esclusivamente una popolazione maschile.



Individuazione dei portatori di interesse

E' stata condotta un'analisi per identificare i gruppi di interesse importanti per la progettazione, elaborazione e definizione del progetto attraverso la descrizione della natura, delle caratteristiche, del ruolo e dei compiti istituzionali di ciascuno di essi. Attraverso l'applicazione di una matrice, i gruppi di interesse sono stati classificati in tre gruppi (*coinvolti, consultati, informati*) in base al livello di interesse per la problematica e al grado di influenza potenziale nella realizzazione del progetto.

Stakeholders "coinvolti" nel progetto

- Le **Direzioni Aziendali** sono attori portatori di interesse. Infatti, il programma regionale di miglioramento degli screening oncologici, così come anche la realizzazione della linea di attività riguardante il potenziamento degli screening per i tumori all'interno del Piano straordinario di interventi sanitari nelle Aree a Rischio Ambientale della Sicilia, costituisce elemento di valutazione degli obiettivi dei DD.GG. delle medesime Aziende.
- Anche le **Direzioni dei Distretti Sanitari** sono portatori potenzialmente di un alto interesse e di una alta influenza. Il Distretto sanitario assicura alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sanitaria, e ha il ruolo di cogliere e di dare risposta ai bisogni di salute della popolazione.
- I **Dipartimenti di Prevenzione** sono strutture tecnico-funzionali delle Aziende Sanitarie preposte alla promozione della tutela della salute collettiva con l'obiettivo della prevenzione delle malattie e del miglioramento della qualità della vita.
- I **responsabili dei Centri Gestionali Screening (CGS)** sovrintendono al coordinamento organizzativo e gestionale dei Programmi di screening in tutto il territorio afferente alle ASP di riferimento. Devono garantire periodicamente a tutta la popolazione residente e domiciliata nel territorio regionale (nelle fasce di età previste dai programmi) l'offerta attiva dei test di screening e degli eventuali approfondimenti che si rendono

necessari in conformità alla normativa sui LEA e come indicato nei protocolli, nelle raccomandazioni e nelle linee guida nazionali e regionali.

- I **medici di medicina generale (MMG)** rappresentano una figura centrale e fondamentale per garantire la tutela della salute del cittadino, sono medici di fiducia del singolo individuo e curano gli individui nel contesto della loro famiglia, della loro comunità e cultura, integrando fattori fisici, psicologici, sociali, culturali ed esistenziali, servendosi della conoscenza e della fiducia con il proprio assistito.
- I **Sindaci dei comuni dell'area a rischio pilota** sono portatori di un'alta influenza potenziale e di un alto interesse potenziale, poiché direttamente coinvolti nella fase sperimentale di start up del progetto.
- Le **associazioni di volontariato e le O.N.L.U.S.** promuovono e realizzano progetti riguardanti l'informazione, la prevenzione oncologica e l'importanza della diagnosi precoce, vigilando sugli enti preposti affinché sul territorio possa essere sempre garantita un'adeguata qualità di cure e di trattamenti.
- I **referenti aziendali** del Piano straordinario di interventi sanitari nelle Aree a Rischio Ambientale della Sicilia hanno il compito di sovrintendere e coordinare, a livello provinciale, tutte le linee di attività che sono previste all'interno del programma organico di intervento.

Stakeholders "da consultare"

Amministratori locali (Sindaci, Assessori alla salute e alla famiglia) delle altre aree a rischio della Sicilia, portatori di un'alta influenza potenziale, ma anche di un medio interesse potenziale, in quanto non direttamente coinvolti nella prima fase di start up del progetto.

Stakeholders "informati"

I **media (radio, TV, stampa locale) e i Social Media Network**, vengono ritenuti portatori di una media influenza potenziale, ma al contempo portatori di un basso interesse potenziale.



Costruzione del progetto

Sono stati realizzati tre incontri con gli stakeholders finalizzati all'avvio di una riflessione e progettazione partecipata con il coinvolgimento attivo degli stessi. La metodologia utilizzata per la conduzione degli incontri in forma di workshop è stata quella del Goal Oriented Project Planning (GOPP).

1° workshop– 10 novembre 2016 All'incontro sono intervenuti: un delegato della Direzione Generale dell'ASP territoriale, i responsabili e gli operatori delle Direzioni Sanitarie di Distretto - dei Centri Gestionali screening - dei Consulenti Familiari, un rappresentante di categoria dei MMG, e l'assessore alle Politiche Sociali dell'Amministrazione Comunale di Gela.

L'incontro ha inizialmente proposto una sintesi dei dati della survey "Salvate Eva in Sicilia" evidenziando la scarsa adesione al programma di screening organizzato sul cervico-carcinoma, ben al di sotto del valore atteso dal Programma Regionale di Prevenzione 2014-2018.

Sulla base dei risultati presentati è stato definito il problema centrale: "Donne (25-64 anni) residenti in Sicilia disinformate riguardo il PAP test". Ai partecipanti è stato chiesto di individuare i problemi collegati a quello centrale. La discussione ha fatto emergere le criticità di sistema e di relazione tra gli attori territoriali coinvolti e sono stati individuati tre nuclei problematici che alimentano il problema principale: difficoltà nella comunicazione e nell'interfaccia dei sistemi informativi/formativi coinvolti; inefficacia della lettera d'invito; limitata partecipazione attiva dei MMG. Il confronto e la sintesi dell'analisi effettuata ha reso possibile lo sviluppo di un "Albero dei Problemi" che, coerentemente con la metodologia del GOPP, ha permesso l'elaborazione di una prima bozza di "Albero degli Obiettivi" da cui si è partiti, nel secondo incontro programmato, per ricavare una possibile strategia di intervento, utile ad orientare la sperimentazione di un progetto pilota nell'area ad elevato rischio ambientale ricadente nel territorio di competenza.

2° workshop– 26 novembre 2016 La riflessione elaborata durante il secondo l'incontro ha arricchito la logica dei possibili interventi, ri-

portata nell'albero degli obiettivi. Il gruppo di lavoro ha scelto di concentrarsi sulla "limitata partecipazione attiva dei MMG" ritenendo che le difficoltà nella comunicazione, nella scelta dell'interfaccia dei sistemi informativi utilizzati, della formazione degli operatori coinvolti, così come l'inefficacia della lettera d'invito possono essere affrontati in una logica di miglioramento continuo della qualità istituzionale. Dopo aver condiviso con i partecipanti al GOPP la decisione di concentrarsi sull'obiettivo "Garantire un'adeguata ed appropriata comunicazione da parte dei MMG", il gruppo di lavoro ha successivamente definito la logica e la strategia legate a tale obiettivo intermedio.

3° workshop- 4 marzo 2017 Al terzo e ultimo incontro sono intervenute anche alcune rappresentanti di associazioni locali di donne. L'evento, organizzato in collaborazione con il CEFPAS di Caltanissetta e valido ai fini dell'acquisizione di crediti ECM, è stato coordinato e supervisionato da rappresentanti dell'Istituto Superiore di Sanità. Le principali problematiche emerse sono state, da parte delle donne delle associazioni, le lunghe attese nel ricevere il risultato dei test di screening. Le psicologhe membri delle associazioni locali di donne hanno sollevato il problema del supporto psicologico nell'accompagnare la comunicazione dell'esito positivo del test. Ancora i dipendenti dei consultori hanno lamentato l'impossibilità, causata dal personale numericamente non adeguato, di erogare un congruo numero di prestazioni. È inoltre emerso dalla discussione il problema della mole di lavoro arretrato da smaltire nella lettura dei pap-test, causa appunto dei ritardi nella comunicazione degli esiti.

Analisi dei problemi e delle soluzioni

L'analisi dei problemi ha preso l'avvio dal problema centrale individuato durante il primo workshop, rappresentato dalla disinformazione delle donne riguardo allo screening del cervico-carcinoma. Si è quindi discusso per risalire alle possibili cause che, a cascata, potessero spiegare tale problema. In Figura 1 è rappresentato l'albero dei problemi costruito secondo questa logica.

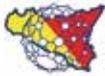


Figura 1: Albero dei problemi

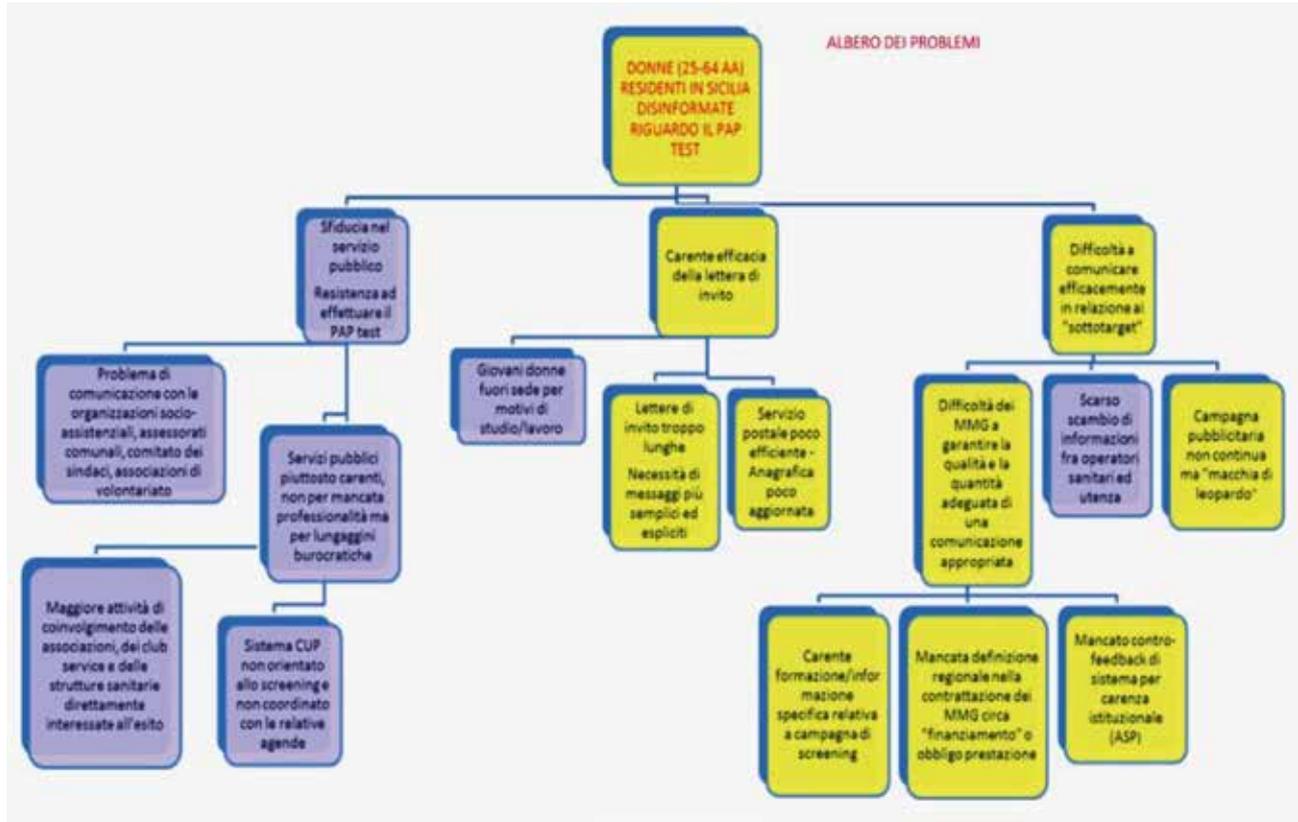


Figura 2: Albero degli obiettivi





L'obiettivo specifico del Progetto, scaturito dal problema principale, è ottenere che tutte le donne siano adeguatamente informate e orientate allo screening dai propri MMG. Per ottenere questo obiettivo, sarà necessario raggiungere 4 risultati attesi, attraverso la realizzazione di una serie di attività. In Figura 2 è rappresentato l'albero degli obiettivi, che schematizza le suddette fasi.

OBIETTIVI, RISULTATI ATTESI E ATTIVITÀ

L'obiettivo generale del progetto è migliorare l'empowerment e le pratiche preventive delle donne dei comuni di Gela, Niscemi e Butera nella fascia di età compresa tra 25 e 64 anni, con particolare riguardo allo screening del cervico-carcinoma. L'intervento proposto richiede il concorso di diversi interventi settoriali ed una collaborazione multidisciplinare di diversi professionisti di Area Sanitaria, partendo dalla considerazione che l'adesione allo screening nell'area a rischio ambientale sopracitata per l'anno 2016 risulta essere di circa il 35%.

L'obiettivo specifico che il progetto intende raggiungere è che le donne siano adeguatamente informate e orientate dal MMG allo screening del cervico-carcinoma. Perché questo si realizzi, occorre sviluppare differenti strategie di intervento che permettano il raggiungimento dei risultati attesi condivisi dal gruppo di lavoro e dagli stakeholders, ed in particolare:

1. Disporre di un modello di comunicazione validato. Per raggiungere tale obiettivo è stata effettuata una ricerca bibliografica su modelli di comunicazione evidence based, attraverso i principali motori di ricerca scientifica (Medline/Pubmed, Google Scholar Beta, etc.). Tra gli interventi evidence based descritti in letteratura per incrementare l'adesione allo screening del cervico carcinoma, il più efficace si è dimostrata la ricezione di una telefonata strutturata da parte di un operatore sanitario. In aggiunta a tali evidenze scientifiche, i risultati della survey dello studio "Salvate Eva in Sicilia" hanno dimostrato

che il consiglio del proprio MMG incrementa l'adesione delle donne allo screening organizzato. Dalla ricerca bibliografica effettuata, è emersa l'efficacia del "minimal advice" (consiglio breve) da parte dell'operatore sanitario nel promuovere l'adesione ai programmi di screening oncologico (Giorgi Rossi, 2012). È stato quindi elaborato dal gruppo di lavoro multidisciplinare un modello di comunicazione condiviso con i principali stakeholder e che successivamente verrà validato durante la formazione dei MMG che svolgeranno l'intervento.

2. Programmazione di un corso di formazione per i MMG: È stato organizzato, in collaborazione con i formatori ISS, un corso di formazione specifico sulle tecniche di comunicazione in due giornate di formazione. I corsi si svolgeranno presso l'ospedale di Gela nelle date: 13 e 27 gennaio 2018 (I gruppo MMG); 27 gennaio e 10 febbraio (II gruppo MMG); 7 e 21 aprile (III gruppo MMG). La formazione dei MMG verrà svolta in gruppi da 25 (tre edizioni) e suddivisa in due momenti, con attività teorico-pratiche:

- nel primo incontro formativo, verranno discusse le evidenze riguardanti la bassa adesione delle donne siciliane allo screening del cervico-carcinoma e le modalità di prevenzione del cervico-carcinoma. Successivamente, verranno illustrate le principali tecniche di comunicazione e in particolare le modalità esecutive del minimal advice. La prova pratica consisterà in un role play in cui si simulerà la telefonata da parte di ciascun medico ad una della proprie assistite. Durante questa esercitazione, il MMG dovrà puntare a gestire emozioni e sensazioni nella propria assistita, e apprenderà al meglio come strutturare le telefonate che dovrà svolgere nei 15 giorni successivi. Al termine, a ciascun medico verranno "assegnate" 8 donne (tra le proprie assistite) che non hanno effettuato il pap test dopo l'ultimo invito, a cui telefonare nei 15 giorni successivi indirizzandole allo screening del cervico-car-



cinoma secondo la modalità del minimal advice.

- nel secondo incontro formativo che si svolgerà alla scadenza dei 15 giorni, ciascun medico porterà un diario dell'intervento compilato con le impressioni, le difficoltà e gli ostacoli, i pro ed i contro emersi durante l'intervento formativo e comunicativo condotto sulle proprie assistite. I MMG al termine del secondo incontro valuteranno l'andamento delle telefonate condividendo e commentando i feedback emersi con la possibilità di ricevere ulteriori chiarimenti. Al termine dell'intervento condotto dai MMG, a distanza di 6 settimane, le donne che sono state oggetto dello stesso verranno contattate telefonicamente da un gruppo di operatori sanitari opportunamente formati. In particolare verranno valutati, attraverso un breve questionario standardizzato e precedentemente validato, le modalità di svolgimento della chiamata da parte del MMG, la qualità del "minimal advice", l'eventuale esito positivo dell'intervento (esecuzione pap test o prenotazione dell'esame, maggiore consapevolezza riguardo alla suscettibilità alla malattia).
- 3. Offerta attiva del primo livello dello screening da parte del MMG insieme al Centro Gestionale Screening.** Tale attività è stata programmata attraverso una serie di riunioni con i rappresentanti della ASP di Caltanissetta, che si occuperà dell'attivazione di un portale dedicato all'interazione tra CGS e MMG. Nell'ambito del progetto, l'attivazione del sistema informatico e l'interfaccia con i software della Medicina Generale permetterà la pulizia delle liste delle assistite da parte dei MMG. Attraverso la piattaforma informatica lo stesso MMG avrà la possibilità di concordare e prenotare direttamente la data e l'orario dell'esame di screening per le proprie assistite. L'obiettivo a lungo termine è la definizione di incontri periodici tra il CGS e i MMG con condivisione della reportistica e delle criticità relative a tutti gli screening oncologici e soprattutto l'attuazione della modalità di prenotazione diretta dell'appuntamento da parte del MMG.

- 4. Realizzazione di un laboratorio/evento sulla tematica della prevenzione del cervico carcinoma.** Tale evento seguirà la costituzione di una rete trasversale tra le associazioni di donne attive sul territorio che si interfacceranno con i formatori e le Associazioni dei MMG per definire al meglio le modalità, la durata, la sede, i destinatari del laboratorio/incontro. Dopo la presentazione del progetto, le varie Associazioni coinvolte dovranno prevedere delle strategie divulgative alla popolazione femminile target a livello territoriale sulla prevenzione del cervico-carcinoma ed organizzare eventi ad hoc per la promozione dell'aderenza allo stesso e delle innovazioni predisposte dalla ASP per una più semplice accessibilità al programma di screening (es. prenotazione tramite proprio MMG, App dedicata, etc).

Piano di valutazione

Per la verifica dell'andamento del progetto sono stati scelti alcuni indicatori di processo in grado di rendere conto delle attività critiche che condizionano lo svolgimento del progetto (Tabella 1). Una di esse è l'istituzione del portale ASP che permetterà ai MMG di visualizzare e gestire i dati riguardanti lo screening delle proprie assistite. Senza l'operatività di questa infrastruttura chiave, infatti, le attività di comunicazione tra CGS e MMG potranno essere realizzate, in fase di progetto, dal personale dedicato dell'ASP, ma verrebbero meno la generalizzabilità dell'intervento ed il ruolo gestionale del MMG nell'ambito dello screening. Gli indicatori per il monitoraggio verranno raccolti dallo staff del progetto ed inviati tempestivamente al management del progetto, che potrà eventualmente ri-orientare le attività in base a queste misure. E' prevista una valutazione conclusiva del progetto, allo scopo di verificare il raggiungimento dei risultati attesi e dell'obiettivo specifico. A tale scopo, sono stati identificati gli indicatori di outcome (Tabella 2), ricavabili dai dati del CGS, dal portale gestionale ASP, dai diari dei MMG e da un questionario ad hoc somministrato alle donne partecipanti dopo 6 settimane dall'intervento del MMG.

Tabella 1: Indicatori di Processo

Obiettivo/risultato atteso/ Gruppo di attività	Indicatore	Valore atteso	Fonte dei dati	Periodicità di misura
Attivare il portale ASP per la gestione degli screening	Attivazione	SI	Portale ASP CL	Prima della formazione dei MMG
Pulire le liste da parte dei MMG	Esecuzione Pulizia	SI	Diari dei MMG	Al termine dell'intervento
Formare gli operatori sanitari riguardo all'intervento	Numero MMG partecipanti alla formazione/N MMG invitati N di MMG formati sulla comunicazione/N di MMG partecipanti	90% 100% di sufficienza	Atti Formazione Questionari ECM post formazione	Alla fine dell'incontro di formazione
Realizzare il «Minimal Advice» da parte del MMG alle donne «non responders», entro 15 giorni	n. donne contattate e sottoposte a minimal advice in 15 gg/n. donne da contattare entro 15 gg	90%	Registro compilato dai MMG	Al termine dell'intervento
Incontrare periodicamente CGS e MMG con condivisione report e criticità	N di incontri effettuati/N di incontri previsti	100%	Verbali incontri	Al termine dell'intervento

Tabella 2: Indicatori di Outcome

Obiettivo/risultato atteso/ Gruppo di attività	Indicatore	Valore atteso	Fonte dei dati	Periodicità di misura
Le donne tra 25-64 aa sono informate e adeguatamente orientate allo screening dai MMG	N di donne che aderiscono allo screening cervicale/ N di donne contattate dai MMG tra 25-64 anni N di donne che esprimono consapevolezza della suscettibilità alla malattia tra quelle contattate dal MMG significativamente maggiore rispetto a quelle non contattate	$\geq 35\%$ RR>1 P<0,05	Report CGS Intervista delle donne a 6 settimane	Al termine del progetto SES A 6 settimane dall'intervento
Modello di comunicazione validato	Il modello di comunicazione è stato validato	Si	Checklist	Durante il corso di formazione
Primo livello dello screening promosso da parte del MMG insieme al Centro Gestionale Screening	N di appuntamenti prenotati dai MMG/N donne contattate dai MMG N di appuntamenti prenotati dalle donne /N di donne partecipanti al progetto SES	$\geq 15\%$ $\geq 10\%$	Portale ASP CL e CGS – Diari MMG Report CGS	Alla fine dell'intervento A 6 settimane dall'intervento
Efficace intervento di comunicazione alle donne da parte dei MMG	N° donne che esprimono consapevolezza della suscettibilità alla malattia/N° donne contattate da MMG secondo la metodologia del Minimal advice	$\geq 52\%$	Intervista alle donne a 6 settimane	A 6 settimane dall'intervento
È stato realizzato un laboratorio/evento sulla prevenzione del cervicocarcinoma	N di laboratorio-evento realizzati/N di laboratorio-evento previsti	100%	Verbali del laboratorio evento	Al termine del progetto SES



Impianto valutativo dell'efficacia dell'intervento informativo

Allo scopo di verificare l'efficacia della chiamata telefonica, eseguita tramite la metodologia del Minimal Advice, da parte del MMG, nell'aumentare il tasso di adesione delle donne "non responders" allo screening cervicale organizzato, verrà effettuato uno studio sul primo gruppo di MMG dei 3 che verranno sottoposti alla formazione sul Minimal Advice. Il gruppo di controllo sarà costituito dai MMG che faranno parte del terzo gruppo di MMG formati sul Minimal Advice. Al termine delle chiamate delle donne selezionate il MMG continuerà nell'esecuzione delle chiamate con la tecnica del Minimal Advice verso tutte le altre donne assistite e che risultano essere non rispondenti al sollecito postale ai fini dell'esecuzione allo screening cervicale.

Tipo di studio e disegno

Si intende effettuare un trial sul campo controllato randomizzato a cluster, non in cieco, a bracci paralleli. Il campionamento avverrà in 2 stadi: individuazione dei cluster di MMG e successivamente delle donne da reclutare all'interno del cluster. Le unità di randomizzazione saranno i bacini di utenza dei MMG e le unità di analisi saranno le singole donne. Si procederà alla randomizzazione semplice dei cluster di MMG. Tutte le donne eleggibili avranno la stessa probabilità di entrare a fare parte del braccio di intervento e di controllo.

L'intervento basale, rispetto al quale valutare l'efficacia dell'intervento sperimentale aggiuntivo, viene identificato nell'invio routinario delle lettere di sollecito allo screening cervicale e nella disponibilità di una piattaforma informatizzata di comunicazione dell'adesione allo screening tra il MMG ed il CGS.

Criteri di inclusione: La popolazione di riferimento comprenderà le donne di 28-64 anni, residenti nei Comuni di Gela, Niscemi e Butera che non hanno effettuato il pap-test nei 3 anni e 6 mesi precedenti.

Saranno incluse nell'analisi le donne:

Residenti e domiciliate nei Comuni di Gela, Niscemi e Butera, da almeno 3 anni dal momento della creazione delle liste di campionamento.

Con età 28-64 anni al fine di garantire che abbiano usufruito dell'assistenza sanitaria territoriale per almeno 3 anni (intervallo tra due screening); Coperte dal programma di screening cervicale dell'ASP (cioè donne a cui è stata inviata almeno una volta la lettera di invito per eseguire lo screening cervicale);

Che non hanno effettuato un pap-test negli ultimi 3 anni e 6 mesi in ambito organizzato.

A cui è stato inviato il sollecito standard

Assistite da un MMG che opera in uno dei tre Comuni interessati dallo studio, al momento della creazione delle liste di campionamento.

Criteri di esclusione: Saranno, invece, escluse dall'analisi le donne che, pur presentando i suddetti criteri di inclusione:

Non saranno raggiunte per telefono, dal MMG, dopo almeno 6 tentativi in 15 giorni, eseguiti in fasce orarie diverse (4 tentativi in orario mattina/pomeriggio e 2 tentativi in orario serale) oppure per mancato reperimento di valido recapito telefonico;

Si rifiutano di ascoltare per intero la telefonata-intervento del MMG;

Sono istituzionalizzate (convento, prigione, ospedale, altro);

Sono decedute;

Sono incapaci di sostenere una conversazione in italiano;

Presentano gravi disabilità psico-fisiche;

Sono state sottoposte ad isterectomia;

Che hanno effettuato un pap-test presso un servizio privato/non organizzato, negli ultimi 3 anni e 6 mesi;

Che, pur essendo coperte dal programma di screening dell'ASP, non hanno mai ricevuto una lettera di invito per lo screening cervicale (lettere d'invito inesitate);

Non sono domiciliate nei comuni dell'area a rischio ambientale di Gela.

Dimensione campionaria: Il calcolo della numerosità campionaria minima è stato effettuato tenendo conto di un Design Effect (legato alla scelta del campionamento a cluster) uguale a 1. La numerosità ricercata risulta uguale a 183 sia per il braccio di trattamento che per il braccio di controllo.



È stato identificato un numero ottimale di cluster uguale a 50 (25 soggetti per braccio), in corrispondenza di un valore cautelativo di Design Effect (Kish, 1995) uguale a 1,5 e un valore di dimensione del cluster uguale a 8 unità. La numerosità campionaria corretta, sulla base della scelta di un valore di Design Effect uguale a 1,5, risulterà pertanto uguale a 400. La correlazione intra cluster viene in questa maniera prevista in 0,07.

È stato inoltre calcolato un numero di donne sostituite per ogni MMG di circa 20 in base alla stima delle donne perse a causa dell'applicazione dei criteri di eleggibilità e della perdita al follow-up. Si procederà infine ad un campionamento supplementare di MMG di circa 10% (cioè 6 titolari approssimati alla unità pari).

Endpoint ed esito: Gli end-point principale e secondari saranno misurati confrontando il braccio di intervento con il braccio di controllo. L'endpoint principale utilizzato sarà l'aumento del tasso di adesione allo screening organizzato che verrà rilevato a livello individuale attraverso la consultazione del registro del CGS dell'ASP di Caltanissetta. L'intervallo di 6 settimane è stato identificato quale il periodo di tempo sufficiente per permettere, alla maggior parte delle donne convinte, di effettuare il pap test (Vogt, 2003). Gli endpoint secondari misurati, invece saranno: aumento della percentuale delle donne che si ritengono bene informate sulla opportunità fornita dalla loro ASP nel campo della prevenzione del tumore del collo uterino; aumento della percezione del beneficio fornito dallo screening cervicale; aumento della percezione dell'esposizione (susceptibilità) al rischio di tumore del collo uterino performance del MMG (numero di donne che aderiscono allo screening organizzato entro 6 settimane dall'intervento/numero di donne sottoposte a intervento).

I primi tre endpoint secondari saranno rilevati attraverso l'intervista telefonica a 6 settimane.

Analisi statistica: Il tasso di adesione verrà confrontato tra le donne appartenenti ai due bracci di intervento tramite il calcolo del rischio relativo insieme al suo intervallo di confidenza del 95%. Anche il Number needed to treat per otte-

nere una adesione in più verrà calcolato, insieme al corrispondente intervallo di confidenza del 95%. Verrà infine costruito un modello logistico multiplo dove l'adesione allo screening cervicale organizzato (variabile dipendente) verrà spiegata in termini di variazione delle variabili informative e le percezioni delle donne, correggendo per le principali altre variabili rilevanti/potenziati confondenti (incluso l'aver aderito o meno ad una chiamata precedente della ASP). Tutti i test avranno un errore di I tipo fissato nel 5% distribuito in 2 code.

Aspetti etici: L'intervento si configura come un'operazione riorganizzativa evidence-based (Giorgi Rossi, 2012) di un servizio di prevenzione già implementato sul territorio. Il progetto è stato sottoposto al comitato etico Palermo 1 dal quale ha ottenuto parere favorevole. Il consenso a partecipare allo studio da parte di tutte le donne non responders verrà raccolto oralmente, nel contesto della chiamata telefonica -intervento del MMG e alla intervista telefonica a 6 settimane di follow-up. Alle donne in studio, comprese le donne incluse nel braccio di controllo, sarà garantito il servizio di screening cervicale come previsto dal programma routinario. Le informazioni personali e sanitarie riguardanti tutte le donne in studio verranno mantenute riservate e utilizzate solo ai fini del presente studio. Ai fini del rispetto dei valori etici della professione medica la telefonata intervento sarà conclusa dal MMG anche per le donne considerate non eleggibili nel momento della chiamata.

DISCUSSIONE

La realizzazione del progetto SES richiede il concorso di diversi interventi settoriali ed una collaborazione multidisciplinare di diversi professionisti di Area Sanitaria, partendo dalla considerazione che l'adesione allo screening nell'area a rischio ambientale di Gela per l'anno 2016 risulta essere di circa il 35%.

Perché le donne siano adeguatamente informate e orientate dal MMG allo screening del cervico-carcinoma, e quindi sia migliorato l'empowerment e le pratiche preventive con particolare riguardo allo screening del cervico-carcinoma, occorre il



concorso di differenti strategie di intervento.

Il lavoro portato avanti per la progettazione e la realizzazione del progetto ha già ottenuto dei risultati in termini di collaborazione operativa tra diversi portatori di interesse istituzionali, che hanno collaborato fattivamente per il graduale raggiungimento degli obiettivi del progetto.

Il carattere innovativo del progetto si basa proprio sulla sua peculiare natura partecipativa attraverso il coinvolgimento dei vari stakeholders sin dalle prime fasi della progettazione, utilizzando alcune delle metodologie che caratterizzano la “progettazione partecipata” (Focus Group, GOPP).

La scelta di questo approccio progettuale si basa sulla consapevolezza che uno stile di intervento capace di coinvolgere attivamente un vasto numero di attori che integrano reciprocamente competenze e saperi attraverso programmi multifattoriali, multicomponente e community-based, porta alla convergenza su intendimenti e azioni condivise e rappresenta così come stabilito dalla carta di Ottawa per la promozione della salute (OMS) nel 1986, la principale strategia per ottenere cambiamenti in salute e nei comportamenti a rischio a livello di popolazione.

I vantaggi della progettazione partecipata, rispetto ad altri approcci caratterizzati da una definizione dall’alto dell’intervento da attuare, sono rappresentati dall’effetto di un miglioramento dell’efficacia dell’intervento stesso dovuto ad una maggiore vicinanza tra utenti delle politiche e decisori e sviluppa nei partecipanti senso di appartenenza al progetto stesso.

Inoltre il coinvolgimento di soggetti portatori di esperienze diverse tende a costruire risposte originali ai bisogni più che replicare modelli standardizzati ma spesso inefficaci.

Un ulteriore vantaggio è rappresentato dal fatto che la partecipazione consente di riconoscere il significato della valutazione all’interno del progetto stesso, consentendo di utilizzare più efficacemente i risultati della valutazione stessa per migliorare la qualità degli interventi.

Questa tipologia di progettazione richiede però un percorso più lungo e faticoso per la sua realizzazione soprattutto perché si contrappone ai sistemi spesso unidirezionali a cui si è solitamente abituati a lavorare e progettare e ciò è emerso anche nella prima fase del progetto caratterizzato

dalla poca partecipazione degli stakeholders ai primi incontri.

D’altra parte, tutti i cambiamenti richiedono tempo e perseveranza, caratteristiche portanti di questo progetto che hanno portato alla fine alla condivisione di questa metodologia da parte degli attori stessi e alla loro fattiva collaborazione per la realizzazione dell’intervento.

CONCLUSIONI

Il gruppo di lavoro, attraverso l’applicazione degli strumenti di lavoro appresi nel corso del Master Prospect, è riuscito a progettare e a sviluppare un intervento di Sanità Pubblica in una delle tre aree a rischio ambientale della Sicilia che presentava valori molto bassi di adesione allo screening del cervico-carcinoma. Attraverso l’utilizzo della metodologia GOPP, sono stati svolti degli incontri con i principali stakeholders che, partendo dalle criticità riscontrate, hanno permesso di sviluppare degli interventi dedicati alle donne residenti nell’area di Gela, che trovassero nella figura del MMG il fulcro del progetto. Attraverso il coinvolgimento diretto della Direzione Generale e Sanitaria e del Dipartimento di Prevenzione dell’ASP di Caltanissetta e dei Sindacati dei MMG, si sono programmati tre eventi formativi di due giornate dedicati ai Medici dell’area di intervento, al termine dei quali valutare l’efficacia degli stessi. I MMG partecipanti saranno in grado di apprendere, padroneggiare e applicare le tecniche di “ascolto attivo” e “minimal advice” con le loro assistite non aderenti allo screening organizzato del cervico-carcinoma e informarle adeguatamente sull’opportunità di aderire allo stesso. Successivamente il gruppo di lavoro sarà in grado di valutare l’efficacia dell’intervento nel gruppo di donne selezionate rispetto alle donne residenti nella stessa area in cui non è stato condotto l’intervento. Solo al termine di questa valutazione sarà possibile verificare l’efficacia dell’intervento e le ricadute di Sanità Pubblica dello stesso nell’area di intervento e la riproducibilità dello stesso nel contesto del Servizio Sanitario Regionale. La prospettiva auspicata è quella di aumentare l’adesione consapevole allo screening cervicale, e ai comportamenti preven-



tivi più in generale, nell'ottica di poter estendere questo intervento di Sanità Pubblica a tutte le ASP siciliane e di potere osservare, a lungo termine, una riduzione della mortalità per questa patologia ad oggi prevenibile.

RINGRAZIAMENTI

A tutti i colleghi del Master Prospect che hanno partecipato attivamente alle prime fasi di progettazione e realizzazione del progetto.

Un ringraziamento speciale a Giuseppe Napoli che ha fornito un prezioso contributo nella fase di progettazione.

Si ringraziano infine tutti coloro che, a livello nazionale, regionale e locale, hanno supportato e supportano il nostro progetto, consapevoli che un intervento di Sanità Pubblica efficace, efficiente ed equo può realizzarsi solo con la collaborazione e la condivisione di obiettivi comuni volti a garantire il diritto alla salute della comunità.



BIBLIOGRAFIA

- Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta. (n.d.). Screening per la prevenzione dei tumori. Retrieved November 30, 2017, from <http://www.asp.cl.it/servizi/Menu/dinamica.aspx?idArea=18847&id-Cat=18847&ID=18847>
- Bowman, J., Sanson-Fisher, R., Boyle, C., Pope, S., & Redman, S. (1995). A randomised controlled trial of strategies to prompt attendance for a Pap smear. *Journal of medical screening*, 2(4), 211-218.
- Brown, C. L. (1996). Screening patterns for cervical cancer: how best to reach the unscreened population. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, (21), 7-11.
- Burak, W. E., DePalatis, L., Nines, R., Hitchcock, C., Hinkle, G., Houchens, D., & Farrar, W. B. (1998). Biodistribution and localization of radiolabeled NR-LU-10 Fab fragment in human breast cancer xenografts. *Nuclear medicine and biology*, 25(7), 633-637.
- Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Retrieved November 30, 2017, from <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669>
- Eaker, S., Adami, H. O., Granath, F., Wilander, E., & Sparén, P. (2004). A large population-based randomized controlled trial to increase attendance at screening for cervical cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 13(3), 346-354.
- Epicentro. Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. (n.d.). Sorveglianza Passi news. Retrieved November 30, 2017, from <http://www.epicentro.iss.it/passi/infoPassi/aggiornamenti.asp>
- Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori. (2015). I tumori in Italia: incidenza, mortalità e prevalenza per tumore della cervice uterina in Italia. 2015. Retrieved May 08, 2017, from <http://www.tumori.net/it3/rapporti%20sedi/Cervice.pdf>
- Giorgi Rossi, P., Camilloni, L., & Cogo, C. (2012). Health Technology assessment. Metodi per aumentare la partecipazione ai programmi di screening oncologici. *Epidemiol Prev*, 36(1), 1-104.
- GISCI - Gruppo italiano Screening del Cervicocarcinoma. (n.d.). La survey 2013: estensione e adesione. Retrieved from http://www.gisci.it/documenti/convegni/finalborgo2015/sessione-1/giorgi_rossi_gisci_20150521.pdf
- Gök, M., Heideman, D. A., van Kemenade, F. J., Berkhof, J., Rozendaal, L., Spruyt, J. W. & Meijer, C. J. (2010). HPV testing on self collected cervico-vaginal lavage specimens as screening method for women who do not attend cervical screening: cohort study. *Bmj*, 340, c1040.
- Gruppo di Lavoro SES (Salvate Eva in Sicilia). (2017). Salvate Eva in Sicilia: indagine conoscitiva 2016 sull'adesione allo screening organizzato del cervicocarcinoma. *Rapporti Istisan*, (26). Retrieved from http://www.iss.it/binary/publ/cont/17_26_web.pdf
- I numeri del cancro in Italia 2015. (2015.). Retrieved from http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2015/I_numeri_del_cancro_2015.pdf
- ISTAT. (n.d.). Demo-Geodemo. - Mappe, Popolazione, Statistiche Demografiche dell'ISTAT. Retrieved November 30, 2017, from <http://demo.istat.it/>
- ISTAT. (n.d.). La povertà in Italia. Retrieved November 30, 2017, from <https://www.istat.it/it/archivio/189188>
- ISTAT. (n.d.). Le dimensioni della salute in Italia. Determinanti sociali, politiche sanitarie e differenze territoriali. Retrieved from <https://www.istat.it/it/files/2015/09/Dimensioni-salute.pdf>
- ISTAT. (n.d.). Statistiche Istat. Retrieved November 30, 2017, from <http://dati.istat.it/>
- ISTAT. La superficie dei Comuni, delle Province e delle Regioni italiane. (n.d.). Retrieved from <http://www.istat.it/it/files/2015/04/Superfici-delle-unità-amministrative-Testo-integrale.pdf>
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA: a cancer journal for clinicians*, 61(2), 69-90.
- Kish, L. (1995). Methods for design effects. *Journal of Official Statistics*, 11.1: 55.
- Medici di Medicina Generale e screening del cervicocarcinoma (n.d.). Retrieved from http://www.gisci.it/documenti/dibattiti/medici_di_medicina_generale_e_screening_del_cervicocarcinoma.pdf
- Ministero della Salute. (n.d.). Vaccinazione contro il Papillomavirus umano. Retrieved November 30, 2017, from http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=31&area=Vaccinazioni
- Ministero della Salute. Gruppo di lavoro per lo screening del carcinoma della cervice uterina. (2006). Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto. Retrieved from http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_774_allegato.pdf



- Oscarsson, M. G., Benzein, E. G., Wijma, B. E., & Carlsson, P. G. (2007). Promotion of cervical screening among nonattendees: a partial cost-effectiveness analysis. *European Journal of Cancer Prevention*, 16(6), 559-563.
- Pritchard, D. A., Straton, J. A., & Hyndman, J. (1995). Cervical screening in general practice. *Australian Journal of Public Health*, 19(2), 167-72. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7786943>
- Regione Siciliana - Sito Ufficiale - Assessorato regionale della Salute. (n.d.). CONSULTORI FAMILIARI. Retrieved November 30, 2017, from http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIRDipPianificazioneStrategica/PIR_Consultorifamiliari
- Regione Siciliana. Assessorato Regionale della Salute. (2014). Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018. Retrieved from http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_AreeTematiche/PIR_Pianodiprevenzione/Alegato tecnico PRP Sicilia..pdf
- Regione Siciliana. Assessorato Regionale della Salute. (2016). *Atlante sanitario dei tumori in Sicilia Incidenza, prevalenza sopravvivenza, mortalità e ospedalizzazione della patologia oncologica*. Retrieved from http://www.sanitasicilia.eu/RegistroTumori2016/ASS SALUTE_Atlante Tumori 2016.pdf
- Rimer, B. K., Conaway, M., Lyna, P., Glassman, B., Yarnall, K. S., Lipkus, I., & Barber, L. T. (1999). The impact of tailored interventions on a community health center population. *Patient education and counseling*, 37(2), 125-140.
- Rossi, P. G., Marsili, L. M., Camilloni, L., Iossa, A., Lattanzi, A., Sani, C., ... & Pellegrini, A. (2011). The effect of self-sampled HPV testing on participation to cervical cancer screening in Italy: a randomised controlled trial (ISRCTN96071600). *British journal of cancer*, 104(2), 248-254.
- Segnan, N., Senore, C., Giordano, L., Ponti, A., & Ronco, G. (1998). Promoting participation in a population screening program for breast and cervical cancer: a randomized trial of different invitation strategies. *Tumori*, 84(3), 348-353.
- Società Italiana di Medicina Generale Area Gastroenterologica – Area Oncologica attività della Medicina Generale nello Screening di popolazione per la prevenzione del cancro del colon retto. (n.d.). Retrieved from https://www.progettoasco.it/riviste/rivista_simg/2006/04_2006/1.pdf
- Somkin, C. P., Hiatt, R. A., Hurley, L. B., Gruskin, E., Ackerson, L., & Larson, P. (1997). The effect of patient and provider reminders on mammography and Papanicolaou smear screening in a large health maintenance organization. *Archives of internal medicine*, 157(15), 1658-1664.
- Vogt, T. M., Glass, A., Glasgow, R. E., La Chance, P. A., & Lichtenstein, E. (2003). The safety net: a cost-effective approach to improving breast and cervical cancer screening. *Journal of Women's Health*, 12(8), 789-798.
- Wilson, B. C., Jarvis, B. L., & Haydon III, R. C. (1987). Nontraumatic subluxation of the atlantoaxial joint: Grisel's syndrome. *Annals of Otolaryngology & Laryngology*, 96(6), 705-708.

7. VACCINE HESITANCY IN UNA ZONA DELL'ASP DI PALERMO A BASSA COPERTURA PER LA VACCINAZIONE MPR

Concetta Anzalone¹, Dott.ssa Maria Angela Randazzo², Giuseppa Rudisi³

¹ UOS Programmazione, verifica e controllo Dipartimento di Prevenzione - ASP Prevenzione - Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

² UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva - Dipartimento di Prevenzione - Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

³ Registro Tumori di Palermo e Provincia - Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro" - Azienda Ospedaliero Universitaria "Paolo Giaccone", Palermo

PREMESSA

L'esitazione vaccinale è stata definita dallo Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che nel 2012 ha istituito un gruppo di lavoro SAGE - Working Group on Vaccine Hesitancy

(SAGE WG) per lo studio delle cause del ritardo nell'accettazione o del rifiuto della vaccinazione, nonostante la disponibilità di servizi vaccinali.

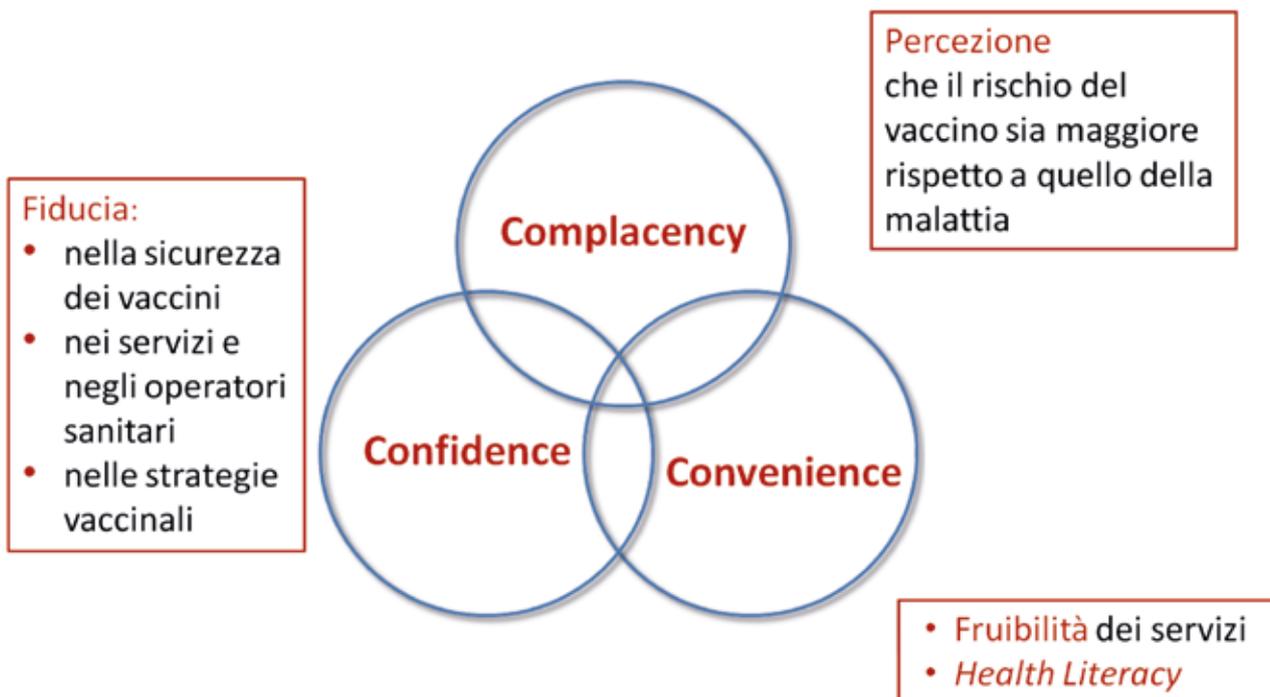
La *Vaccine Hesitancy* è un fenomeno complesso e contesto specifico, che varia nel tempo, nel luogo e a seconda del tipo di vaccino. Il Gruppo di Lavoro ha identificato tre determinanti basilari:

Confidence: la fiducia nella sicurezza dei vaccini, nei servizi e negli operatori sanitari e nelle strategie vaccinali;

Complacency: la percezione che il rischio del vaccino sia maggiore rispetto a quello della malattia prevenibile dallo stesso;

Convenience: risultante dalla fruibilità dei servizi vaccinali, intesa sia come accessibilità che come capacità attrattiva, e dalla *Health Literacy* degli utenti, conoscenza delle informazioni, dei propri bisogni di salute e dei servizi disponibili (MacDonald, & the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015) (Figura 1).

Figura 1



MacDonald, & the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015



MODELLO DELLE 3 C

Il SAGE ha sottolineato, l'importanza di:

- sviluppare sistemi istituzionali e competenze organizzative a livello locale, per identificare, monitorare e indirizzare proattivamente l'esitazione vaccinale, anche al fine di rispondere tempestivamente ai movimenti anti-vaccinatori in caso di disinformazione;
- coinvolgere il maggior numero di *stakeholder* nel processo decisionale sui programmi vaccinali e nel processo comunicativo dei servizi vaccinali (Hickler et al., 2015).

Il SAGE, infine, ha evidenziato che per avere una maggiore capacità analitica e individuare le aree in cui si crea l'esitazione occorre:

- capire i determinanti della *Vaccine Hesitancy*;
- evidenziare gli aspetti organizzativi che facilitano l'adesione;
- valutare gli strumenti necessari per contrastare questo fenomeno (Eskola et al., 2015).

Obiettivo di questo studio è la comprensione del fenomeno della esitazione vaccinale nel nostro territorio, al fine di orientare le azioni di potenziamento dell'adesione consapevole della popolazione alla vaccinazione e dell'incremento delle coperture vaccinali stabiliti dall'Obiettivo 9.1.3.1 del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018.

RAZIONALE E OBIETTIVI

Anche in Sicilia, come in altre regioni italiane, negli ultimi anni si è osservata una diminuzione progressiva delle coperture vaccinali, di maggiore entità per alcune, come l'antiinfluenzale, di minore entità ma costante nel tempo per quelle pediatriche "obbligatorie" e "raccomandate".

Nonostante l'attuazione delle modifiche e integrazioni al "Calendario vaccinale per la vita" (Regione Siciliana, 2015) e delle azioni previste dal "Piano regionale della prevenzione 2014-2018 e indirizzi operativi" (Regione Siciliana, 2016), le coperture vaccinali elaborate dalla Unità Operativa Complessa (UOC) di Sanità Pubblica Epidemiologia e Medicina Preventiva del Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di Palermo

hanno evidenziato un trend analogo a quello regionale: le percentuali rilevate per le vaccinazioni pediatriche nel biennio 2014-2015 mostrano un calo generalizzato, simile a quello registrato anche nelle altre province¹ e segnalano una particolare criticità per la vaccinazione contro Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR) negli anni 2014 (85%) e 2015 (81,9%), rispetto al valore atteso del 95%.

Per di più, nel 2016, nel territorio Sud-Est della città di Palermo la copertura vaccinale per MPR è scesa al 77%: un dato tanto basso da comportare l'aumento dei soggetti suscettibili alla malattia e una morbilità significativa che può provocare disabilità e morte (Demicheli et al., 2013).

Nella zona della città di Palermo in argomento, che comprende i quartieri di Altarello, Boccadifalco, Cuba-Calatafimi, Mezzomonreale e Zisa, vivono circa 122.000 residenti e si registra una natalità di circa 1.900 nuovi nati per anno, sono operativi due Centri di Vaccinazione e la popolazione da 0 a 14 anni è assistita da 37 Pediatri di Libera Scelta.

Allo scopo di individuare i determinanti che sostengono o ostacolano l'adesione alla Vaccinazione MPR si è scelto di utilizzare la metodologia qualitativa esplorativa, la più appropriata per cogliere e analizzare il punto di vista degli *stakeholder*, ossia i Pediatri di Libera Scelta (PLS), gli Operatori dei Servizi Vaccinali (OSV) e i genitori. Gli strumenti di questa tecnica, il *focus group* (DORS, 2013) e le interviste semi-strutturate, infatti, sono ritenuti i più adatti per ottenere e analizzare le percezioni dei protagonisti coinvolti nel processo, per comprendere i loro bisogni e prestare attenzione a ciò che ritengono più importante.

Il percorso di ricerca, anche per la metodologia adottata, rappresenta per la nostra realtà un intervento di salute pubblica originale e le conoscenze acquisite potranno essere utili per il miglioramento delle coperture vaccinali, in quanto le evidenze contestuali ricavate potranno orientare gli interventi correttivi, indicando le azioni più appropriate perché basate sui reali bisogni del territorio e non soltanto sui determinanti già identificati in letteratura in altri contesti (Krueger & Casey, 2008).

¹ Fonte di dati: Coperture vaccinali anni 2014 e 2015- UOC di Sanità Pubblica Epidemiologia e Medicina Preventiva.

L'esperienza stessa determinerà, inoltre, un *empowerment* individuale negli *stakeholder* sulla consapevolezza della importanza della pratica vaccinale come strumento di prevenzione del rischio di contrarre malattie infettive prevenibili. L'indagine è coerente con l'attuazione dell'Obiettivo 9.1.3.1 del PRP 2014-2018, ossia "Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)" (Regione Siciliana, 2016).

MATERIALI E METODI

Per la realizzazione dell'indagine è stata utilizzata la metodologia qualitativa esplorativa e per ottenere il punto di vista dei partecipanti allo studio; sono stati scelti come strumenti il *focus group* e le interviste *semi-strutturate*; per entrambi, è stato usato un canovaccio di intervista con cinque domande: sul Morbillo, sulla vaccinazione MPR, sui fattori che influenzano l'adesione o l'esitazione vaccinale e sulle possibili soluzioni.

Per la strutturazione del canovaccio dell'intervista è stata effettuata una ricerca delle *evidence* in letteratura e, alla luce degli obiettivi dello studio, è stata predisposta una griglia di cinque domande

aperte e tre indizi di approfondimento da utilizzare sia per il *focus group* che per le interviste semi strutturate (Tabella 1).

La popolazione oggetto dello studio è stata composta da PLS e OSV che svolgono la propria attività nel territorio di Palermo Sud-Est e da genitori.

È stato scelto un campione teorico di convenienza; per il *focus group* sono stati reclutati i PLS e gli OSV che si sono resi disponibili; per le interviste semi strutturate, i genitori nel corso delle sedute vaccinali presso i Centri di Vaccinazione (GCV) ricadenti nel territorio in studio e durante una manifestazione (GM) che si è svolta a Palermo il 24.06.2017 contro il Decreto-legge n. 73 del 7/06/2017 (Repubblica Italiana, 2017).

Per quanto riguarda i *setting*, per la realizzazione del *focus group* è stato individuato l'Ambulatorio di Vaccinazioni per i Viaggi Internazionali, per le interviste semi strutturate il Centro di Vaccinazioni "Pietratagliata", l'Ambulatorio di Vaccinazioni per i Viaggi Internazionali, sede dedicata anche alla pratica delle vaccinazioni considerate "problematiche" e la piazza Giuseppe Verdi di Palermo.

Sia l'Ambulatorio di Vaccinazioni per i Viaggi Internazionali che il Centro di Vaccinazioni "Pietratagliata" sono dotati di una stanza riservata e vicina alla sala d'attesa, in entrambe le sedi l'approccio con i genitori è avvenuto subito dopo l'accettazione ed è stata data la possibilità

Tabella 1 Griglia delle domande e indizi di approfondimento

Domanda	Indizi
1. Qual è la sua opinione sul Morbillo?	
2. Qual è la sua opinione sulla Vaccinazione MPR?	
3. Quali sono, secondo la sua opinione, le motivazioni che spingono i genitori a rifiutare o ritardare la Vaccinazione MPR?	In particolare nel territorio Non la mancanza di servizi
4. Quali sono, secondo la sua opinione, le motivazioni che spingono i genitori ad aderire alla vaccinazione MPR?	
5. Quali potrebbero essere, secondo la sua opinione, le soluzioni per risolvere il problema del rifiuto o ritardo della vaccinazione MPR?	Quali potrebbero essere le strategie per affrontare le resistenze dei genitori che rifiutano la vaccinazione MPR?
	Quali potrebbero essere le argomentazioni da utilizzare a favore della scelta di vaccinare?



di scegliere se rilasciare l'intervista prima o dopo la vaccinazione. Le interviste in piazza sono state realizzate sulla base dell'adesione volontaria dei partecipanti alla manifestazione.

Per procedere all'analisi del contenuto, sia il *focus group* che le interviste sono stati registrati su supporto audio e trascritti integralmente e, poiché le tecniche di ricerca qualitativa consentono

di raccogliere codici verbali, scambi discorsivi, riflessioni ad alta voce, opinioni, trasformati in testi scritti, per giungere ad una interpretazione univoca ed esaustiva dei contenuti, preliminarmente all'organizzazione sistematica e all'analisi dei testi delle trascrizioni si è proceduto alla codifica, cioè alla identificazione delle *unità minime di significato*, gruppi di parole, frasi o interi paragrafi.

Partendo dagli obiettivi conoscitivi e dallo schema delle domande predisposto sono state individuate cinque categorie principali e a ciascuna è stato assegnando un colore diverso (Tabella 2). Successivamente, l'attenta lettura del testo ha portato alla identificazione delle *"idee chiave"*, in base alle quali sono state differenziate le sotto-categorie, a queste ultime è stato assegnato lo stesso colore della categoria principale alla quale erano riconducibili (Tabella 3).

Tabella 2. Categorie Principali utilizzate per la codifica e colori corrispondenti

Categorie Principali	Colore
Conoscenze sul Morbillo	Giallo
Conoscenze sulla Vaccinazione MPR	Rosso
Determinanti di Adesione	Fucsia
Determinanti di Esitazione	Turchese
Soluzioni	Verde

Tabella 3. Categorie Principali utilizzate per la codifica e colori corrispondenti.

fonte	unità di significato	descrizione	categoria	categoria principale
GCV	Io guardi non l'ho avuta mai, poi non so se l'ho avuta	Nessuna conoscenza del Morbillo	CONMALNO	Conoscenze Su Morbillo (Giallo)
fonte	unità di significato	descrizione	categoria	categoria principale
GCV	non me ne ha mai parlato nessuno	Nessuna conoscenza del vaccino antimorbillo	CONVACNO	Conoscenze Su Vaccinazione (Rosso)
fonte	unità di significato	descrizione	categoria	categoria principale
GCV	Se la vaccinazione è obbligatoria bisogna farla	Obbligatorietà	DETOBBLVAC	Determinanti Di Adesione (Fucsia)
fonte	unità di significato	descrizione	categoria	categoria principale
FG	però devo dire che il grosso "no contro il vaccino" è sull'autismo, su tutta la campagna che c'è stata, sul dubbio perché l'autismo è una situazione, una patologia piuttosto grave e quindi il genitore dice: "se posso evitare il rischio lo evito".	Paura dei danni e/o delle complicanze da vaccinazione	DETPAURADANVAC	Determinanti Di Esitazione (Turchese)
fonte	unità di significato	descrizione	categoria	categoria principale
FG	"Signora, guardi ci sono due piatti della bilancia, vediamo dove pesa, quali sono i rischi del vaccino, quali sono i rischi delle patologie e quant'altro."	Informare su malattia e vaccinazione	SOLINFOVAC	Soluzioni (Verde)

Figura 2. Long Table Analysis



Dopo la codifica del testo in categorie si è proceduto alla classificazione e alla lettura trasversale, sia del *focus group* che delle interviste, utilizzando il metodo della *long table analysis* descritto da Kruger e Casey (2008) (Figura 2).

In seguito sono state effettuate la rilettura e la verifica della coerenza interna delle sotto categorie con le categorie principali e la conseguente ricodifica e riclassificazione degli argomenti dell'indagine.

Per la trascrizione, la codifica e la classificazione sono stati utilizzati un programma di testo e un foglio di calcolo (Microsoft Word e Microsoft Excel).

Infine è stata realizzata una prima sintesi dei risultati, della discussione e la revisione delle informazioni ottenute.

RISULTATI

Il *focus group* e le interviste sono state condotte a Palermo nel periodo maggio-giugno 2017 e hanno coinvolto complessivamente 41 persone: 4 PLS, 2 OSV, 35 genitori (Tabella 4).

I dati riguardanti la professione (Figura 3) e il titolo di studio (Figura 4) dei genitori intervistati evidenziano che la maggior parte sono casalinghe (46%) e hanno come titolo di studio un diploma di scuola media superiore (43%).

Al *focus group* hanno partecipato Medici Pediatri convenzionati con il Servizio Sanitario Regionale e Dirigenti Medici di Igiene, epidemiologia e sanità pubblica dei Centri di Vaccinazione del territorio.

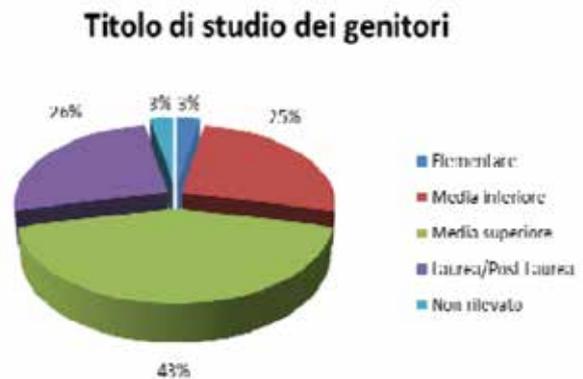
Tabella 4. Numero e tipologia dei partecipanti al focus group e alle interviste.

Focus group e interviste (n.)	Tipologia dei partecipanti	Donne	Uomini	Totale
1 <i>focus group</i>	Pediatri di Libera Scelta	1	3	4
	Operatori dei Servizi Vaccinali	-	2	2
35 interviste	Genitori	31	4	35
	Totale	32	9	41

Figura 3. Distribuzione percentuale per professione dei genitori intervistati (*Focus group* e interviste 2017, n. 35)



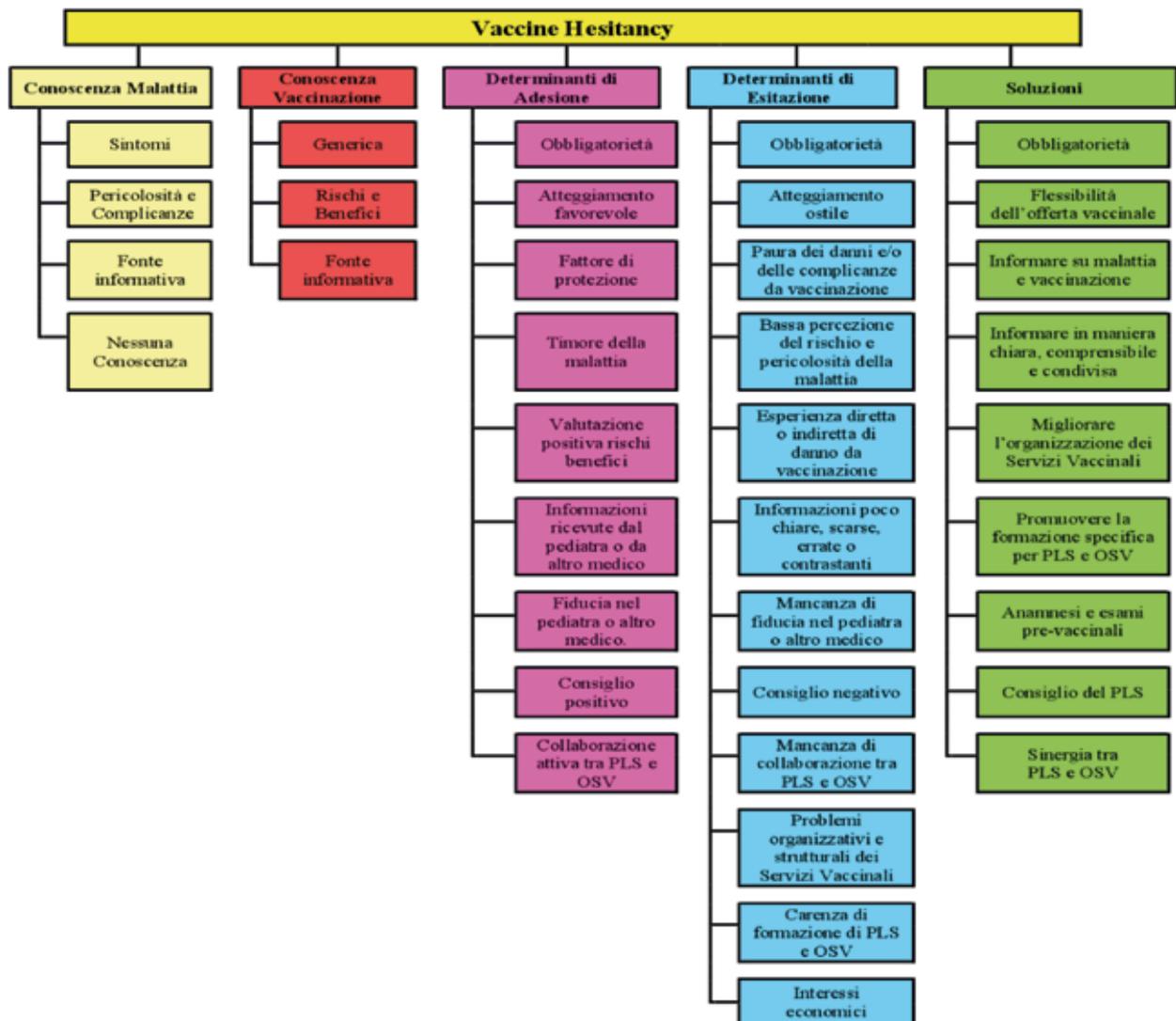
Figura 4. Distribuzione percentuale per titolo di studio dei genitori intervistati (*Focus group* e interviste 2017, n. 35)



Per la nostra indagine abbiamo utilizzato le citazioni testuali (*verbatim*) tratte dalle trascrizioni integrali dei *focus group* e dalle interviste. Le interpretazioni fatte sono state avvalorate riportando le parole espresse dalle persone che hanno partecipato alla ricerca e i risultati descritti sono

accompagnati dalle frasi più rappresentative espresse direttamente dai partecipanti. L'analisi dei contenuti delle interviste e del *focus group* ha portato a identificare per ognuna delle cinque categorie gli argomenti principali per la spiegazione del fenomeno (Figura 5).

Figura 5. Descrizione delle categorie e dei temi principali





LE INTERVISTE

Conoscenza della malattia e della vaccinazione

I genitori intervistati presso i Centri di Vaccinazione mostrano di non conoscere o di conoscere genericamente i **sintomi** e la **pericolosità delle complicanze** del Morbillo e hanno scarse conoscenze sulla **vaccinazione MPR** e sui **rischi** e sui **benefici della vaccinazione**, che riconducono per lo più alla presunta correlazione con l'autismo.

I genitori intervistati alla manifestazione, invece, considerano il morbillo una malattia innocua.

Per entrambe le tipologie di genitori la **fonte informativa** delle conoscenze su vaccinazione e malattia è costituita dai media, soprattutto da internet, oppure da informazioni ricevute da amici (Figura 6).

DETERMINANTI DI ESITAZIONE

Mentre alcuni genitori intervistati presso i Centri di Vaccinazione considerano l'**obbligatorietà** un determinante di esitazione, in quanto l'obbligo vaccinale privo delle necessarie informazioni induce in loro diffidenza o rifiuto, un genitore intervistato alla manifestazione ha assimilato l'obbligatorietà al trattamento sanitario obbligatorio. I determinanti di esitazione più significativi per i genitori sono: la **paura dei danni e/o delle complicanze da vaccinazione**, in particolare dell'autismo e l'importanza della **esperienza diretta o indiretta di danno da vaccinazione**.

L'esitazione nei confronti della vaccinazione spesso è motivata da una **bassa percezione del rischio e pericolosità della malattia**.

Figura 6. Interviste - Mappa delle conoscenze dei genitori su Morbillo e Vaccinazione

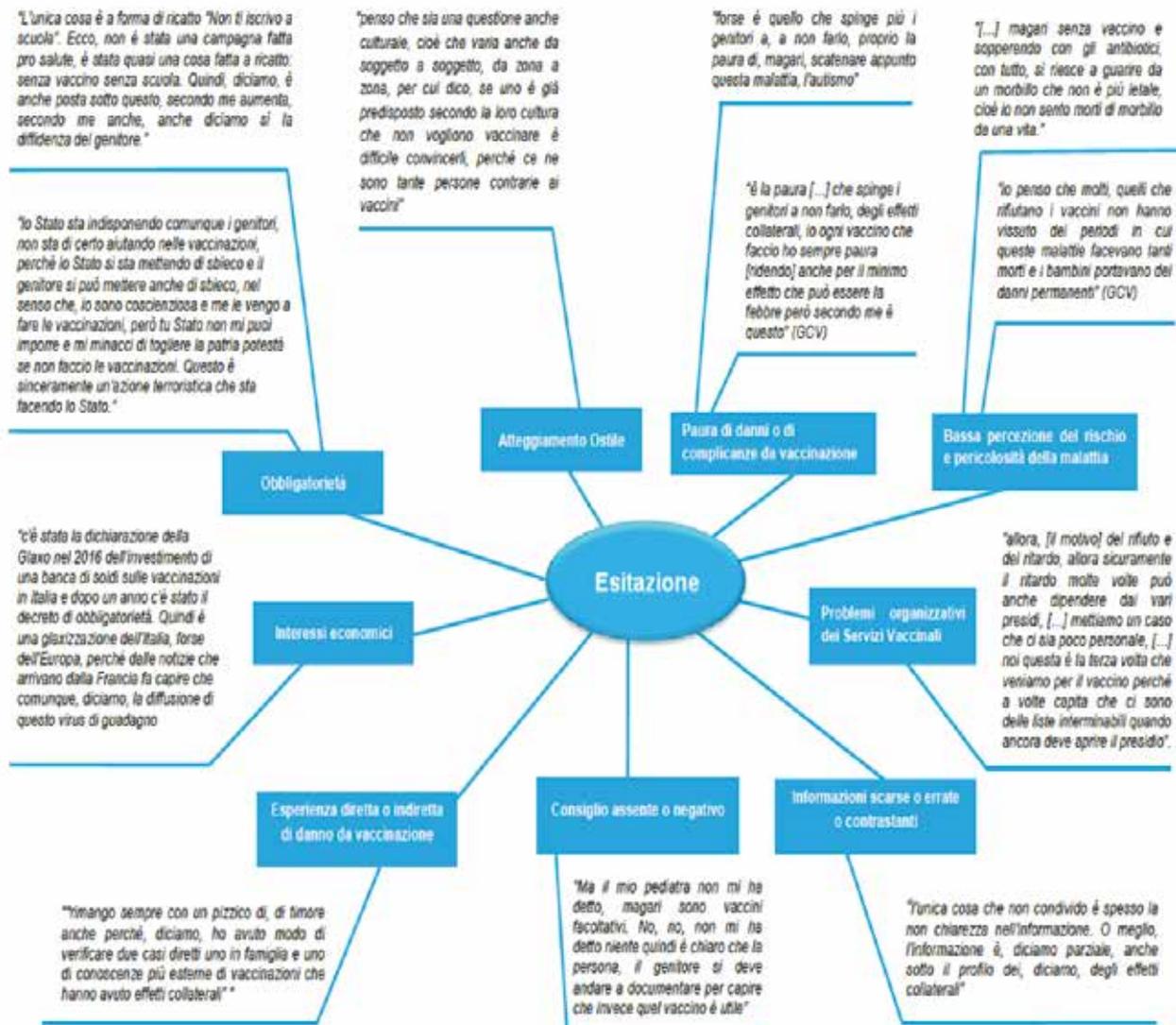
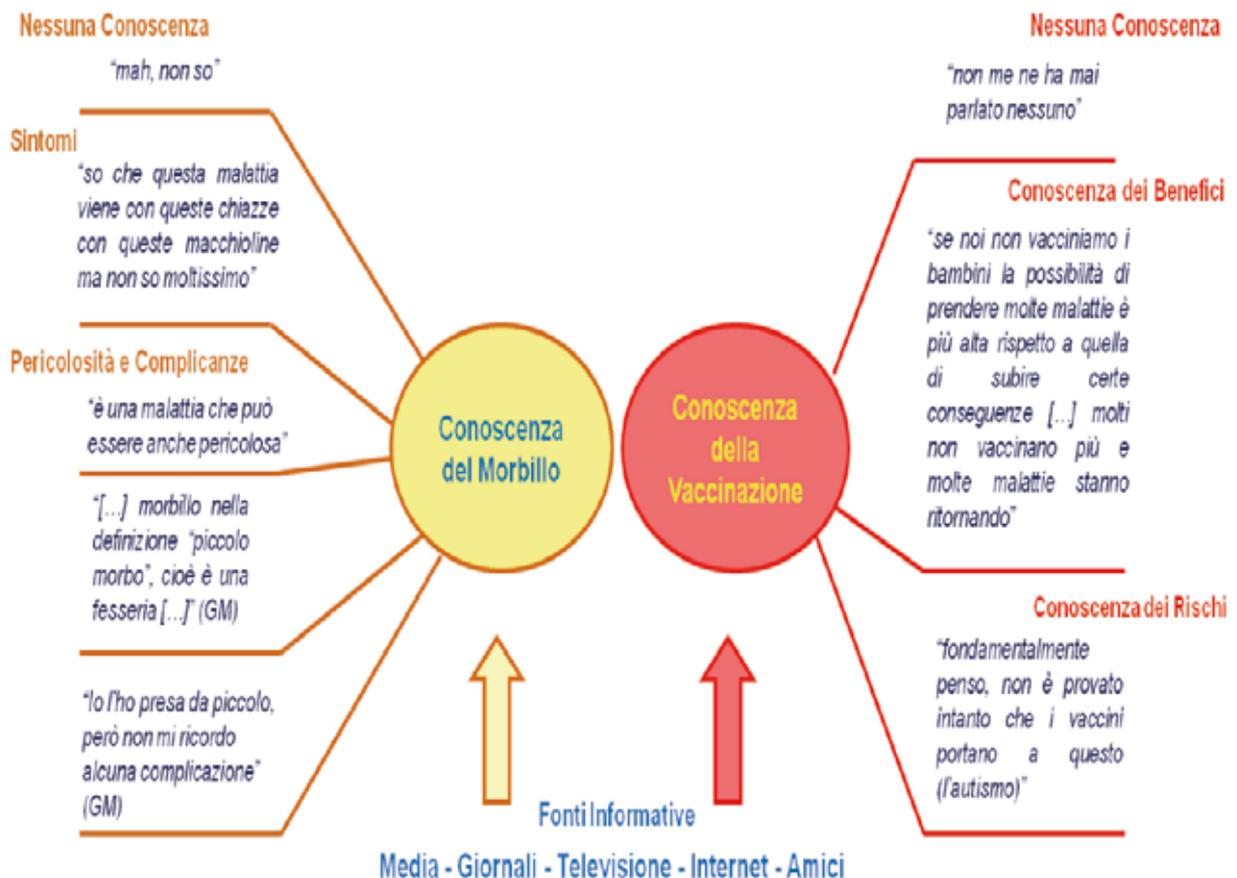


Figura 7. Interviste - Mappa dei determinanti di esitazione per la vaccinazione



Sono fortemente condizionanti le **informazioni** provenienti sia dai mezzi di comunicazione di massa che dagli operatori sanitari quando percepite come **scarse o errate o contrastanti** o addirittura fuorvianti e il sospetto di presunti **interessi economici** dei soggetti che promuovono le vaccinazioni.

Si dimostrano decisive la **manca di fiducia nel pediatra o altro medico, il consiglio assente o negativo** sulla necessità di vaccinare, proveniente da familiari e conoscenti e/o personale sanitario.

Infine, nonostante la formulazione delle domande richiedesse di escludere dalle proprie considerazioni la *"manca di servizi"*, sono stati segnalati come rilevanti i **problemi organizzativi dei Servizi Vaccinali** (Figura 7).

DETERMINANTI DI ADESIONE

Molti genitori intervistati presso i Centri di Vaccinazione considerano l'**obbligatorietà** vacci-

nale un determinante di adesione e mostrano un **atteggiamento favorevole** nei confronti della vaccinazione, che i genitori intervistati alla manifestazione considerano passivo, acritico e, spesso, disinformato.

Il vaccino un **fattore di protezione** nei confronti del morbillo e delle sue complicanze, che tutela la comunità dal contagio e da malattie introdotte in Italia da immigrati.

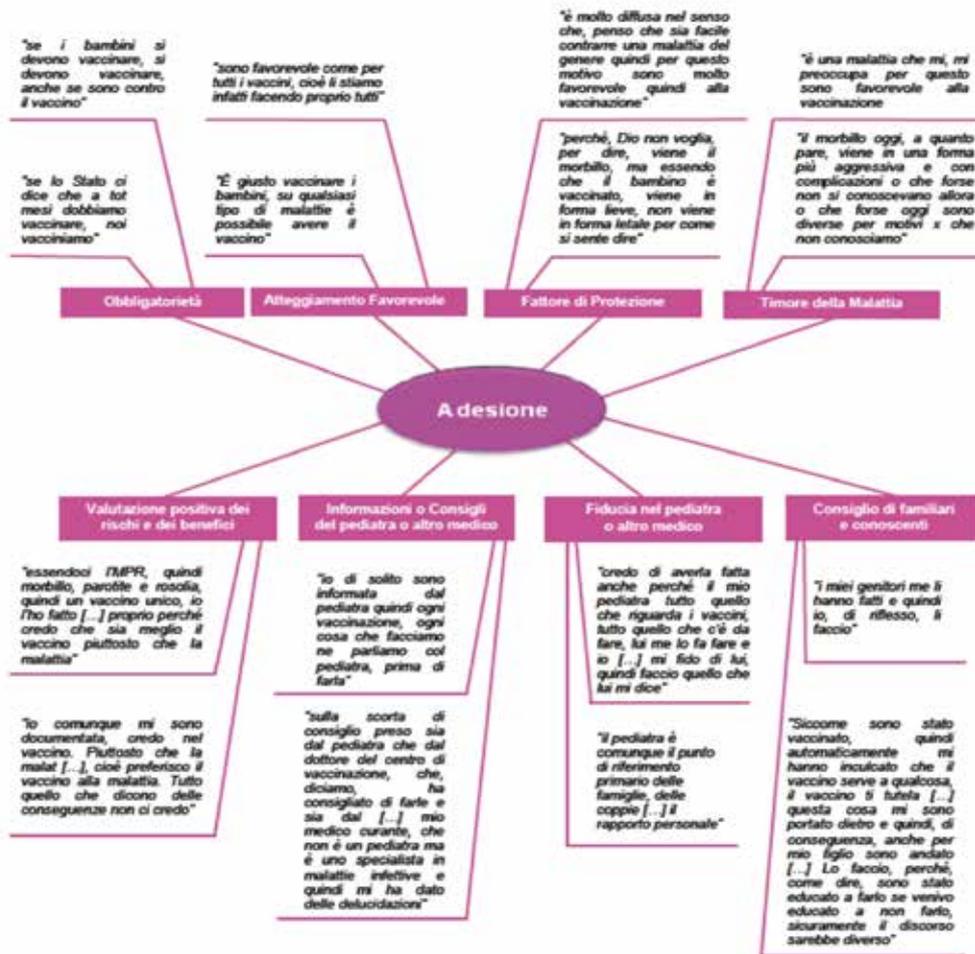
Una mamma, in particolare, ha evidenziato che l'adesione alla vaccinazione le consente di non assentarsi dal lavoro perché protegge i figli dalla malattia.

Determinanti di adesione rilevanti sono il **timore della malattia, la valutazione positiva dei rischi e dei benefici**, che porta a considerare i benefici della vaccinazione maggiori dei rischi della malattia.

Sono indicati come decisivi per l'adesione alla vaccinazione la **fiducia, le informazioni o i consigli ricevuti dal pediatra o da altro medico** o il **consiglio positivo** di familiari e conoscenti (Figura 8).



Figura 8. Interviste - Mappa dei determinanti di adesione alla vaccinazione



Soluzioni

La principale soluzione identificata dai genitori nasce dall'esigenza di ricevere **informazioni sulla malattia e sulla vaccinazione**, per approfondire le conoscenze sui rischi della malattia, sui benefici e sugli effetti collaterali della vaccinazione, in generale, da parte delle istituzioni sanitarie, e in particolare dalle figure di riferimento: i PLS, i Medici di Medicina Generale (MMG) e gli OSV.

I GCV chiedono di ricevere le informazioni per mezzo di campagne pubblicitarie televisive, materiale informativo come opuscoli o volantini ma soprattutto attraverso la realizzazione di incontri informativi con i PLS e i MMG presso i rispettivi ambulatori, nei Centri di Vaccinazione o nelle scuole. È stata sottolineata, inoltre, l'importanza che le **informazioni siano fornite** dalle figure sanitarie di riferimento **in maniera chiara, comprensibile e condivisa** tra le stesse.

I diversi aspetti relativi ai contenuti, alle figure professionali di riferimento e alle modalità con le

quali ricevere le informazioni sono schematizzati nella Figura 9.

Tra le soluzioni proposte per aumentare l'adesione alla vaccinazione MPR sono stati indicati l'**obbligo vaccinale**, l'**anamnesi e gli esami pre-vaccinali** e il **miglioramento dell'organizzazione dei servizi vaccinali** (Figura 10).

FOCUS GROUP

Conoscenza della malattia

Tutti i partecipanti al *focus group* hanno posto l'attenzione sugli aspetti relativi alle gravità delle complicanze della malattia.

Determinanti di adesione

Sia i PLS che gli OSV indicano nel **buon rapporto medico - paziente** un fondamentale determinante di adesione, anche se rilevano spesso una maggiore propensione per le vaccinazioni obbligatorie o un **atteggiamento favorevole tout court** nei confronti delle vaccinazioni, ricondu-



Figura 9. Interviste - Informazioni sulla malattia e sulla vaccinazione

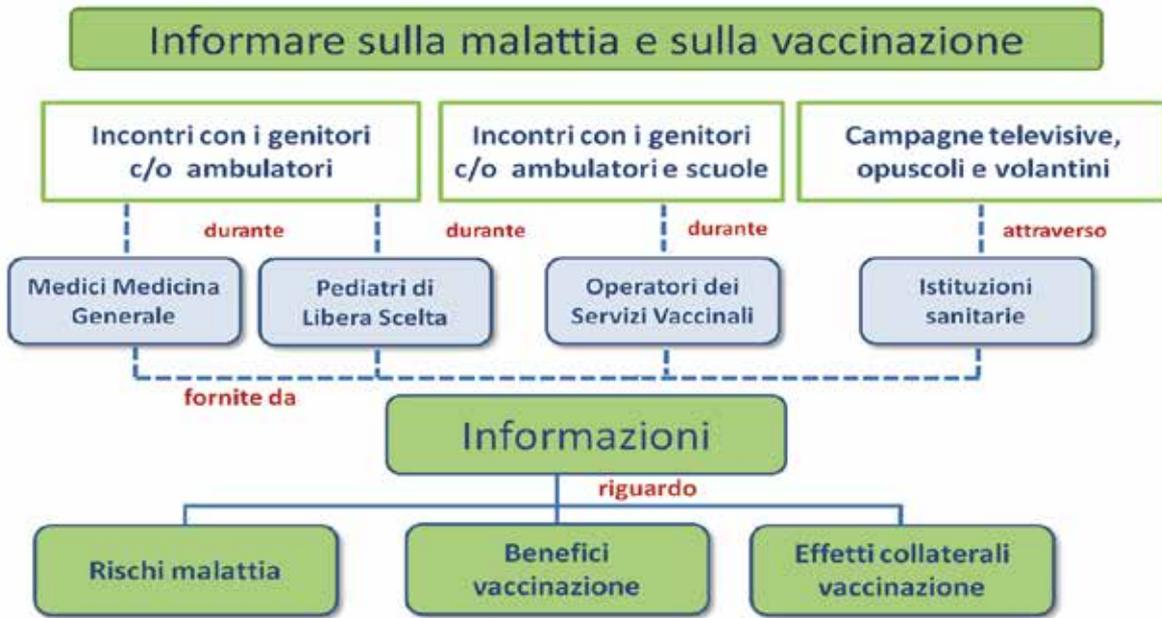


Figura 10. Interviste - Mappa delle soluzioni

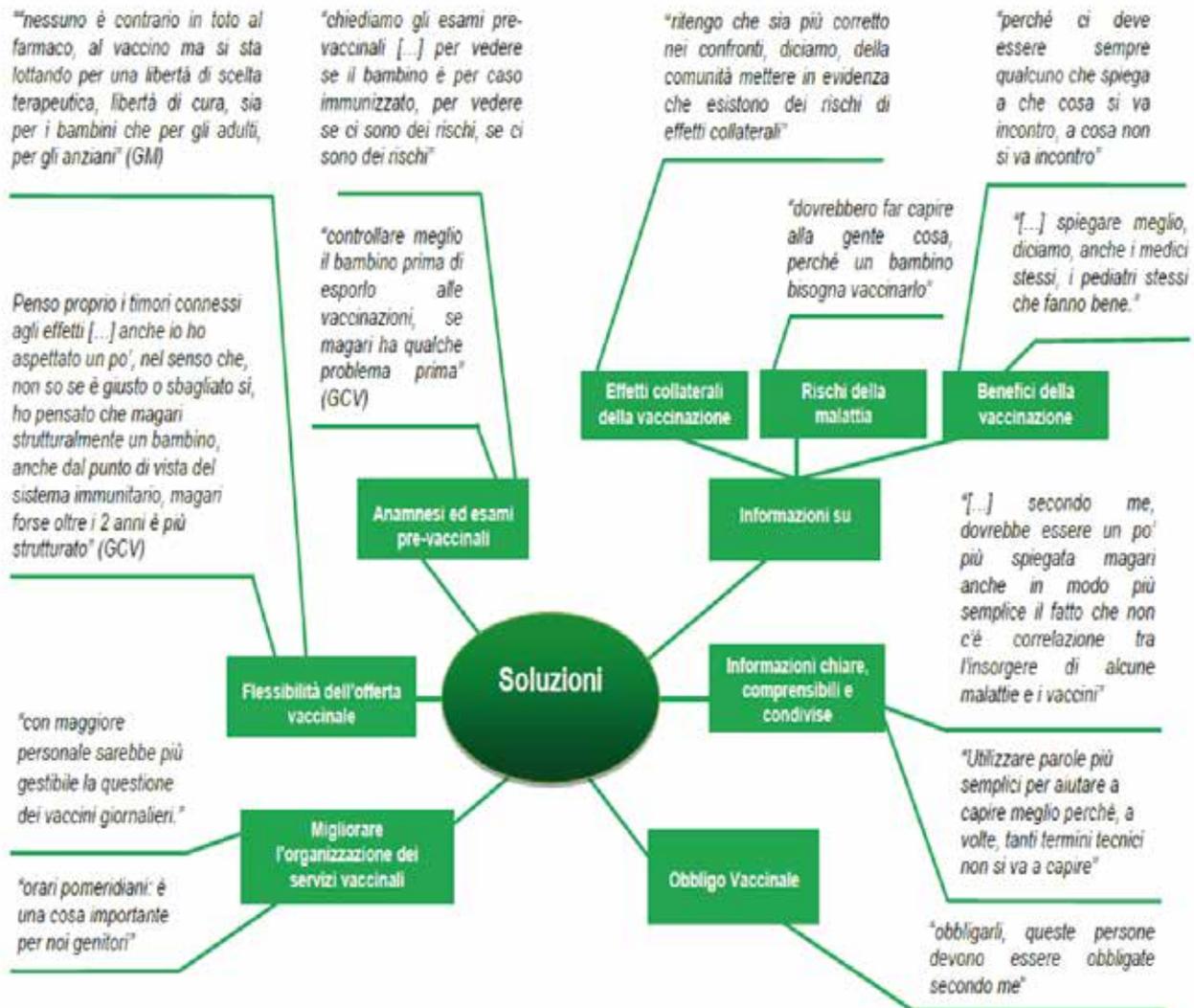
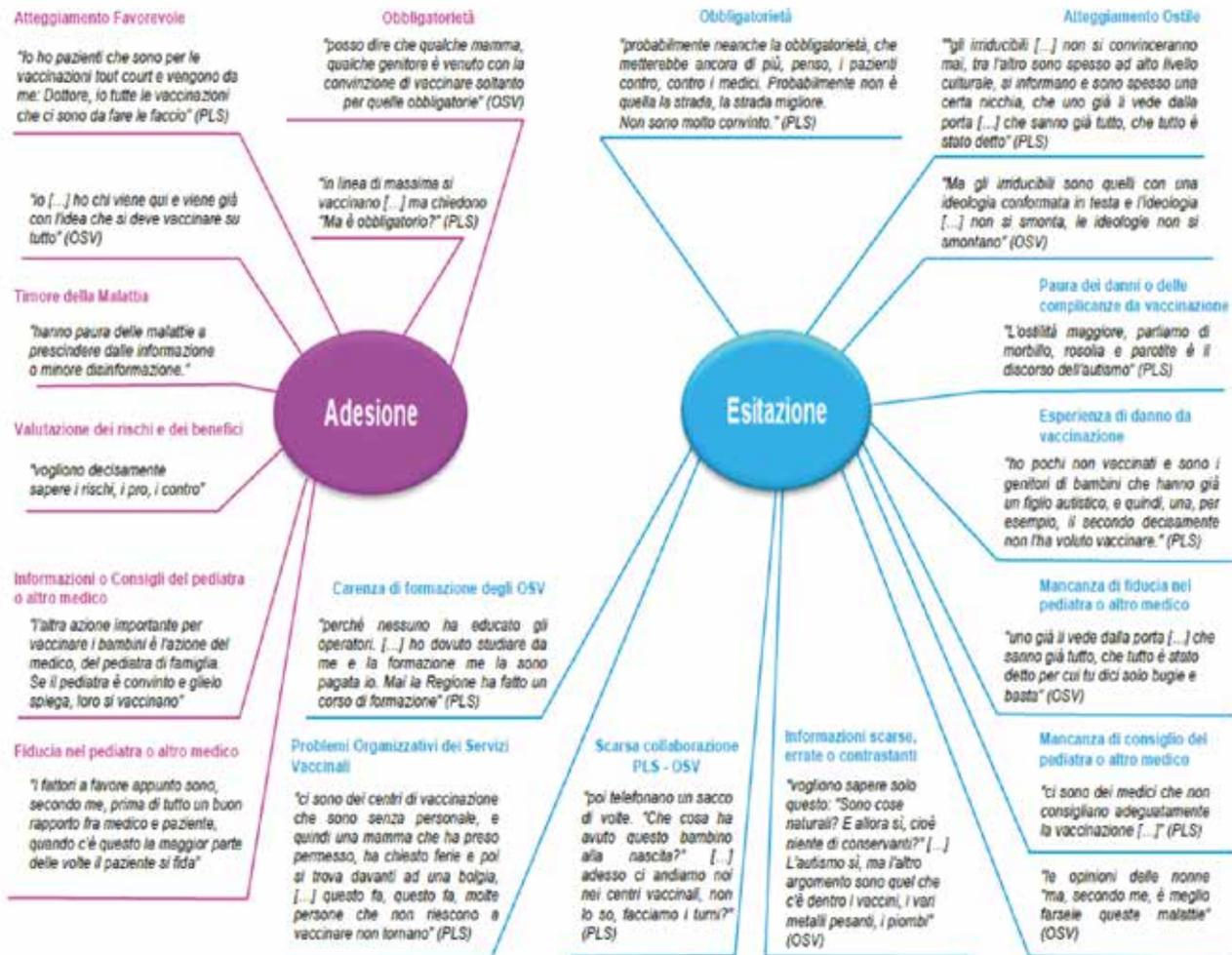




Fig 11. Focus group - Mappa dei determinanti di adesione e di esitazione



cibile alla **paura nei confronti della malattia**.

Determinanti di esitazione

I PLS e gli OSV hanno riscontrato, in alcuni casi, un **atteggiamento ostile** nei confronti della vaccinazione, non motivato, una ostinazione irriducibile e preconcetta. Frequente è la **paura dei danni e/o delle complicanze da vaccinazione** in particolare per quanto riguarda l'autismo, soprattutto quando si è avuta una **esperienza diretta o indiretta di danno da vaccinazione**.

I partecipanti al *focus group* individuano come decisive per l'esitazione vaccinale le **informazioni** fornite dai mezzi di comunicazione di massa quando vengono percepite come **scarse, errate e contrastanti** o addirittura fuorvianti.

Allo stesso modo causano esitazione la **mancanza di un rapporto di fiducia nel pediatra o altro medico** e la comunicazione con gli operatori sanitari **poco chiara e comprensibile**.

L'esitazione è influenzata anche da un **consiglio assente o negativo** sulla necessità di vaccinare,

da parte di familiari e conoscenti e/o personale sanitario.

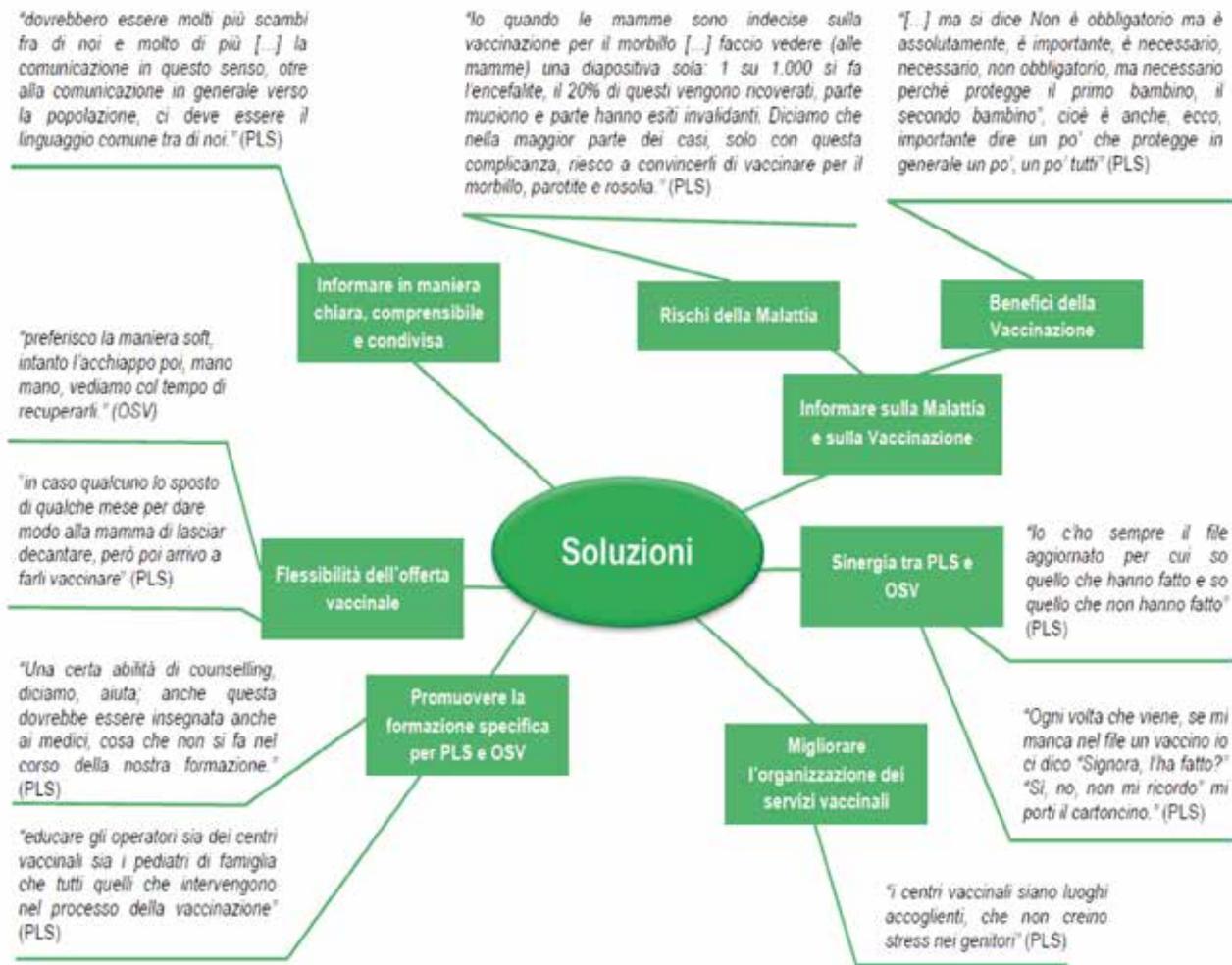
Altri determinanti di esitazione emersi dal *focus group* sono la **mancanza di collaborazione tra pediatra e medico dei servizi vaccinali, la carenza di formazione degli operatori sanitari e i problemi organizzativi dei Servizi Vaccinali** (Figura 11).

SOLUZIONI

Dal *focus group* è emerso che a favorire l'adesione degli esitanti potrebbe essere la **flessibilità dell'offerta vaccinale**, per lo più intesa come possibilità di una tempistica di somministrazione personalizzata. Un'altra soluzione proposta per ridurre l'esitazione è **informare sulla malattia e sulla vaccinazione**. In particolare, si è riscontrata l'esigenza di approfondire la conoscenza dei rischi della malattia e dei benefici della vac-



Fig 12. Focus group - Mappa delle soluzioni



cinazione. È stata segnalata l'utilità di incontri informativi con i genitori presso gli ambulatori dei PLS, dei MMG e dei Centri di Vaccinazione o nelle scuole.

È stata sottolineata, inoltre, l'importanza di **informare in maniera chiara, comprensibile e condivisa e di migliorare l'organizzazione dei servizi vaccinali e di promuovere la formazione specifica per PLS e OSV.**

Infine, una **sinergia tra PLS e OSV** che preveda il controllo anche da parte del PLS della situazione vaccinale dei bambini sarebbe una soluzione ottimale per ovviare al ritardo o alla mancata adesione alla vaccinazione (Figura 12).

DISCUSSIONE

La ricerca ha consentito di verificare che gli atteggiamenti dei genitori nei confronti delle vaccinazioni sono molteplici, l'approccio alla vac-

cinazione genera ansia e preoccupazione per le reazioni avverse e le diverse decisioni nascono dalla percezione individuale della pericolosità della malattia e del valore protettivo della vaccinazione.

La consapevolezza degli effetti protettivi del vaccino e della gravità della malattia porta i genitori a superare la paura e a vaccinare. I genitori contrari alla vaccinazione, invece, sono più preoccupati dei suoi effetti collaterali e sottovalutano la pericolosità della malattia.

I genitori propensi alla vaccinazione trovano nella obbligatorietà una soluzione per aumentare l'adesione alla vaccinazione; gli esitanti, invece, la contrastano e indicano come soluzione la personalizzazione del calendario vaccinale.

È stato confermato che la scelta di vaccinare o meno a volte è legata ad un atteggiamento positivo o negativo non motivato e frutto di una scelta "ideologica" (Regione Veneto, 2012); che spesso è influenzata dai consigli e dalle informazioni



fornite dal pediatra o altro medico e dal rapporto di fiducia instaurato; che sono fortemente condizionanti i consigli di familiari e conoscenti e, specialmente, le esperienze personali, dirette o indirette, di presunti danni o complicanze da vaccinazione. (Tabacchi et al., 2016).

Rendono più difficile il processo decisionale dei genitori i messaggi ricevuti dai media e la mancata comprensione delle informazioni provenienti dalle figure sanitarie di riferimento, perché espresse spesso con linguaggio tecnico. Quando le informazioni, soprattutto quelle sugli effetti collaterali, appaiono incomplete nei genitori nasce il sospetto di presunti interessi economici e ne consegue il rifiuto della vaccinazione (Regione Veneto, 2012).

I risultati della ricerca hanno confermato i risultati di altri studi (Brown et al., 2010; Tabacchi et al., 2016): una possibile soluzione all'esitazione vaccinale è rendere disponibili informazioni su rischi della malattia, su benefici ed effetti collaterali della vaccinazione, purché siano fornite con le migliori strategie di comunicazione, con un linguaggio comprensibile e con contenuti esaurienti, concordati e condivisi tra PLS e OSV.

Altre proposte di soluzione riguardano l'azione sinergica delle figure mediche di riferimento e

la formazione specifica sul *counselling* rivolta a tutti gli operatori sanitari.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

La ricerca ha evidenziato che, nonostante la pluralità delle informazioni disponibili, i genitori sentono il bisogno di essere accompagnati nella decisione da figure sanitarie affidabili e competenti che siano in grado di chiarire i loro dubbi con informazioni chiare e comprensibili.

Pertanto è necessario che i PLS e gli OSV, a prescindere dall'introduzione dell'obbligo vaccinale, potenzino l'offerta attiva e migliorino il *counselling*.

Dalla ricerca derivano tre possibili azioni:

Formalizzare la collaborazione tra OSV e PLS con la costituzione di una Rete Aziendale per la Promozione Attiva delle Vaccinazioni.

Programmare interventi di formazione per gli operatori sanitari.

Rendere disponibili informazioni, chiare, comprensibili e aggiornate in maniera sistematica, sulle malattie infettive, sulle vaccinazioni e sulle reazioni avverse.



BIBLIOGRAFIA

Brown, K.F., Kroll, J.S., Hudson, M.J., Ramsay, M., Green, J., Long, S.J., [...] Sevdalis, N. (2010). Factors underlying parental decisions about combination childhood vaccinations including MMR: A systematic review. *Vaccine*, 28, 4235-4248.

Demicheli, V., Rivetti, A., Debalini, M.G., & Di Pietrantonj, C. (2013). Vaccines for measles, mumps and rubella in children. *Evidence-Based Child Heal*, 8, 2076-38.

DORS - Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte. (2013). *La Tecnica dei Focus Groups: Principi teorici e suggerimenti operativi*.

Eskola, J., Duclos, P., Schuster, M., MacDonald, N.E., & the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. (2015). How to deal with vaccine hesitancy? *Vaccine*, 33, 4215-4217.

Hickler, B., Guirguis, S., & Obreg, R. (2015). Vaccine Special Issue on Vaccine Hesitancy. *Vaccine*, 33, 34, 4155-4156.

Krueger, R.A., & Casey, M.A. (2008). *Focus groups: A practical guide for applied research (4th ed.)*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

MacDonald, N.E., & the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. (2015). Vaccine hesitancy: Defi-

nition, scope and determinants. *Vaccine*, 33, 4161-4164.

Regione Siciliana. Assessorato della Salute. (2015). Decreto 12 gennaio 2015. Modifica ed integrazione del “Calendario vaccinale per la vita” adottato con D.A. n. 820/2012. *Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana - Parte I n. 5 del 30 gennaio 2015*. Pag. 58.

Regione Siciliana. Assessorato della Salute. (2016). Decreto 8 marzo 2016. Piano regionale della prevenzione 2014-2018 e indirizzi operativi. *Suppl. ord. n. 2 alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana (p. I) n. 13 del 25 marzo 2016*. 1-329.

Regione Veneto. (2012). Progetto “Indagine sui Determinanti del Rifiuto dell’Offerta Vaccinale nella Regione Veneto”. *Report di Ricerca, Analisi dei Dati e Indicazioni Operative*.

Repubblica Italiana. (2017). Decreto-Legge 7 giugno 2017, n. 73. Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 130 del 07 giugno 2017*. 1-3.

Tabacchi, G., Costantino, C., Napoli, G., Marchese, V., Cracchiolo, M., Casuccio, A., [...] the ESCULAPIO Working Group. (2016). Determinants of European parents’ decision on the vaccination of their children against measles, mumps and rubella: A systematic review and meta-analysis. *Hum Vaccin Immunother*; 12, 7, 1909-1923.



8. ATTIVATORI DI COMUNITÀ: L'APPROCCIO PARTECIPATIVO A SUPPORTO DEGLI OBIETTIVI DI PRP Progetto pilota per il potenziamento della rete di operatori nell'ASP di Palermo

Carlo R. Gambino¹, Rosalia Lo Gerfo², Nicoletta Salviato³, Sabrina Scelfo⁴, Tiziana Scuderi⁴, Massimo Varvarà⁵.

- ¹ UO Educazione e Promozione della Salute - ASP Palermo
- ² UOC Assistenza Sanitaria di Base - ASP CT
- ³ UO Educazione e Promozione della Salute - ARNAS PA
- ⁴ UOD Diabetologia e Obesità in età evolutiva - ASP CL
- ⁵ UOS Registro Tumori - ASP Trapani
- ⁶ Registro Tumori Integrato CT-ME-SR-EN

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 ha rappresentato e rappresenta un'opportunità per un cambio di passo culturale ed operativo nelle organizzazioni sanitarie deputate a garantire la salute pubblica. Il Progetto Pilota *Attivatori di Comunità*, basato essenzialmente su un intervento di ricerca-azione secondo una prospettiva teorica di *costruttivismo sociale*, tenta di offrire un contributo in tale direzione, cercando di considerare più punti di osservazione da cui guardare l'organizzazione specifica, tenendo sempre presente *l'immersione esperienziale* concreta e quotidiana nelle organizzazioni del lavoro che, ad oggi, ciascuno dei componenti il gruppo di lavoro ha praticato nella consapevolezza, epistemologicamente fondata, della matrice costruttiva ed autopoietica dell'inesauribile gioco tra osservatore e sistema osservato poiché "...non esistono confini "naturali" fra sistema e ambiente, come del resto non esistono gerarchie "naturali" di sistemi, sottosistemi e sovra sistemi. I confini e le gerarchie sono sempre stabiliti da un osservatore le cui operazioni e le cui decisioni intervengono a più livelli nel processo di costruzione di un sistema" (Bocchi & Ceruti, 1985).

IL CONTESTO

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, a cui è stato diretto il presente intervento progettuale di ricerca-azione e il contestuale progetto formativo pilota, come tutte le aziende sanitarie della regione, è impegnata nell'affermare una cultura della Prevenzione e della Promozione

della Salute tramite azioni, interventi e progetti che coinvolgono il territorio di competenza nonché tutte le interfacce istituzionali ed i principali *stakeholders*. Ciò avviene anche in relazione al quadro nazionale e regionale di riferimento e, in particolare, secondo le indicazioni del D.A. n. 351 dell'8 marzo 2016 con cui l'Assessorato Regionale della Salute ha approvato la rimodulazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014/2018.

Il Dipartimento di Prevenzione, in continuità con il lavoro connesso alla pianificazione strategica aziendale e con la collaborazione dell'UOEPSA, ha avviato un confronto ed un coordinamento con tutte le articolazioni aziendali coinvolte nella pianificazione strategica legata all'ambito della prevenzione e della promozione della salute. A rafforzare tale lavoro aziendale ed interaziendale (in riferimento alle aziende ospedaliere metropolitane) sono stati individuati dei Referenti per i Dipartimenti e per le Strutture aziendali coinvolte, nonché la rete dei Referenti territoriali Responsabili delle UU.OO.SS. di Educazione e Promozione della Salute e della stessa UOEPSA. La rete aziendale ed inter-aziendale così costituita, sulla base degli indirizzi strategici della Direzione Sanitaria e le indicazioni del DASOE, ha contribuito alla predisposizione di un primo documento (Delibera D.G. N.309 del 28/04/2016) - "*Piano Aziendale di Prevenzione 2016 (PAP 2016)*".

La programmazione operativa, con ricaduta pluriennale, per la realizzazione degli interventi di PRP 2014-2018, ha trovato definitiva formalizzazione nel Piano Aziendale di Prevenzione 2016 (Delibera del D.G. N.489 del 30/06/2016) sviluppato secondo la metodologia e gli indirizzi specificati nell'Allegato 2 al D.A. n. 351/2016 sopracitato.

Già in questa fase di programmazione si è definita una rete di referenti/responsabili a presidio degli obiettivi di promozione della salute, coordinata dall'UOEPSA. Ogni referente, inoltre, ha costituito gruppi di lavoro multidisciplinari, interdipendenti



partimentali e, spesso, interistituzionali. E' stato avviato, inoltre, un percorso di coinvolgimento attivo di 65 associazioni *no profit* (oltre i partner associati) che, di seguito ad apposito Avviso Pubblico, hanno dato vita all'Elenco Aziendale delle Associazioni *no profit* interessate a cooperare e supportare, a titolo gratuito, gli obiettivi di promozione della salute di PRP. Proprio in tale contesto dinamico ed in piena evoluzione è stato realizzato il Progetto di ricerca-azione **Attivatori di Comunità: l'approccio partecipativo a supporto degli obiettivi di PRP.**

PERCHE' LA PROGETTAZIONE PARTECIPATA?

La progettazione partecipata è una prospettiva metodologica che prevede la collaborazione dei vari attori di una comunità (cittadini o gruppi sociali destinatari di un'iniziativa, amministratori e tecnici) che, attraverso spazi e momenti di elaborazione, sono coinvolti nell'ideazione o nella realizzazione comune di un progetto con ricadute positive sui partecipanti ed il loro gruppo di appartenenza (Martini & Torti, 2003); essa rappresenta un elemento essenziale dell'*empowerment* della comunità. E' una metodologia flessibile, utile per la comprensione di processi legati a contesti istituzionali e di comunità, efficace nel costruire decisioni condivise, per sviluppare piani di intervento, innescando nei partecipanti senso di appropriazione degli interventi (Coppo & Tortone, 2011). Parlare di progettazione partecipata non vuol dire fare un'operazione tecnicistica, finalizzata ad introdurre un nuovo modello di progettazione che si somma ad altri già presenti e conosciuti; significa, piuttosto, affrontare il problema metodologico relativo a come favorire lo sviluppo di processi di attivazione sociale. Occorre mettere in campo metodologie di progettazione che permettano di tenere conto della pluralità degli interessi presenti in un territorio e della inevitabile ed estesa conflittualità conseguente (Brunod, 2007). Tale metodica è coerente con gli indirizzi di apertura e coinvolgimento degli *stakeholders* e con gli approcci inter-settoriali ed inter-istituzionali presentati dal P.N.P. e del P.R.P. 2014/2018. Gli Amministratori (i decisio-

ri), i tecnici (i progettisti e gli esperti) e i cittadini (i destinatari) possono e devono farsi carico, insieme, delle sfide che investono le comunità.

Il metodo del *Project Cycle Management* (P.C.M - ITAD Ltd, *Project Cycle Management Training Courses Handbook*, European Commission: EUROPEAID Co-operation Office), messo a punto per migliorare la qualità dei progetti di cooperazione con i Paesi in via di sviluppo, ha poi fortemente influenzato il sistema di procedure e raccomandazioni che riguarda tutta la programmazione dei fondi UE: "...una pianificazione corretta deve identificare le reali esigenze dei beneficiari e ciò non può essere possibile senza un'analisi della situazione locale così come viene percepita dai diversi gruppi di attori interessati...". Tra le tecniche utilizzate per promuovere e sostenere la progettazione partecipata si distinguono diversi strumenti di ascolto e di consultazione (interviste, questionari, *Focus Group*, *World Cafè*, *Open Space Tecnology*, tavoli di lavoro/consulte, *workshop* tematici) e progettazione partecipata (laboratori progettuali, *metaplan*, *goal oriented project planning* - Bobbio, 2004). La progettazione partecipata trova applicazione anche in Sanità Pubblica, con particolare riferimento alla prevenzione e alla promozione della salute, ambito nel quale essa rappresenta un elemento essenziale dell'*empowerment* della comunità, strategia sostenuta a livello internazionale. (*The international union for health promotion and education* [IUPHE], 2007).

I 53 Paesi della Regione Europea, infatti, nel settembre 2012, in occasione della sessione del Comitato Regionale per l'Europa dell'OMS, hanno approvato un nuovo modello di politica europea per la salute basato su valori ed evidenze, denominato *Salute 2020*. Questo modello si pone come obiettivo *il miglioramento della salute per tutti e la riduzione delle diseguaglianze, attraverso una più efficace leadership e governance per la salute fondate sulla participatory governance* (World health organization [WHO], 2003). In Italia le esperienze di progettazione partecipata si sono diffuse e consolidate a seguito soprattutto, di alcune normative nazionali (L. 285/97 e L. 328/00) che indirizzano soggetti sociali diversi (servizi comunali, ASL, scuole, privato sociale, ecc.) a stringere collaborazioni per affrontare



specifiche problematiche presenti nei territori di comune appartenenza (Coppo et al., 2011).

Le teorie e i modelli sullo sviluppo della promozione della salute hanno dimostrato che il cambiamento avviene attraverso livelli multipli di strategie, tra cui lo sviluppo di capacità (Bobbio, 2004), lo sviluppo organizzativo, le teorie dell'apprendimento e del cambiamento organizzativo (Hawe, Noort, King & Jordens, 1997), comunità di pratica capaci di promuovere e sostenere una cultura complessa a supporto della promozione della salute (Naaldenberg et al., 2009). Inoltre, l'esperienza ha dimostrato che quando i destinatari, i soggetti interessati, ed altri beneficiari della ricerca, sono coinvolti sin dalle prime fasi nel processo di pianificazione della ricerca stessa, sono più motivati a utilizzarne i risultati mettendoli in pratica (Cargo & Mercer, 2008). La ricerca partecipata è ampiamente definita come una *“indagine sistematica, con la collaborazione delle persone interessate da un problema in fase di studio, con finalità formative, per intraprendere azioni o realizzare il cambiamento”* (Green et al., 1995). E' un approccio unico tra quelli di ricerca in Sanità Pubblica che si avvicina a coniugare la ricerca con l'apprendimento (*colearning*) e le azioni di collaborazione per democratizzare il processo di produzione di conoscenza (Fetterman & Wandersman, 2005). I membri della comunità, professionisti, operatori sanitari e rappresentanti istituzionali direttamente interessati ad un determinato problema di salute, non sono situati alla periferia della conoscenza del processo produttivo; concorrono invece nella produzione di conoscenze e soluzioni pratiche (Israel et al., 2003).

In questo ambito si colloca il Progetto **“Attivatori di Comunità: l'approccio partecipativo a supporto degli obiettivi di PRP”**, finalizzato a rafforzare la cultura della prevenzione e della promozione della salute nella *rete emergente* di operatori dell'ASP di Palermo posti a presidio e supporto degli obiettivi individuati dal Piano Regionale di Prevenzione, favorendo al contempo processi di *change management* attraverso la stessa rete di operatori che potranno avviare un percorso di costruzione di una *Comunità di Pratica*.

Gli obiettivi operativi dell'intervento realizzato, in tal senso, possono essere così sintetizzati:

- 1) Effettuare un'analisi organizzativa complessa con il coinvolgimento attivo e partecipato degli stessi operatori potenzialmente interessati e con le caratteristiche appropriate per aderire ad una *Comunità di Pratica*;
- 2) Progettare l'intervento, realizzarlo e valutarlo con metodologie e tecniche in accordo con un approccio partecipativo e di costruttivismo sociale;
- 3) Realizzare un percorso formativo per *“Attivatori di Comunità”* a supporto degli obiettivi di promozione della salute del Piano Regionale di Prevenzione;
- 4) Promuovere e consolidare la cultura partecipativa attivando processi di *change management* nel contesto organizzativo dell'ASP di Palermo deputato al supporto degli interventi di promozione della salute.

COSTRUZIONE DEL PROGETTO ED APPROCCIO DI RICERCA-AZIONE

La prima fase del progetto ha previsto, un'analisi organizzativa e la rilevazione dei bisogni formativi con un ventaglio diversificato di strumenti e tecniche quanti-qualitative che hanno permesso di inquadrare ed orientare correttamente la realizzazione del percorso formativo che costituisce il prodotto principale, quale esperienza pilota, del Progetto. In coerenza con i presupposti epistemologici del costruttivismo sociale, si è utilizzata una metodologia di Ricerca-Azione secondo l'approccio proposto da Kurt Lewin nel 1946 e successivamente elaborato ed utilizzato nel campo pedagogico e formativo (Elliott, Giordan & Scurati, 1993). In tal senso è risultato determinante la possibilità di dar vita ad un gruppo di ricerca che riunisca attori e ricercatori, in condizioni di pari dignità, secondo una logica inclusiva e di coinvolgimento partecipativo degli stessi destinatari della formazione e degli interventi, utilizzando al meglio *feedback* e *contro-feedback* fisiologici, nell'attivazione e realizzazione del ciclo progettuale secondo il più recente approccio del P.C.M.. Coerentemente alle fasi in cui si articola il modello di Lewin, il Progetto si è articolato in tre momenti fondamentali:

- 1. la costituzione del gruppo di progetto** operativo e l'individuazione degli attori (destinatari);



2. **il coinvolgimento attivo degli attori/destinatari** (tramite varie metodologie e tecniche di consultazione e progettazione partecipata) per la definizione del problema a cui l'intervento progettuale cercherà di rispondere in termini di *problem solving*, la scelta delle metodologie e le ipotesi di intervento. In questa fase, inoltre, si sono decise modalità di raccolta dati, di valutazione dell'intervento nonché tempi, compiti e responsabilità.
3. **la fase dell'azione**, nella quale si sono definiti i livelli operativi e di realizzazione delle attività e, successivamente, si è proceduto alla realizzazione del Progetto che, nello specifico, contiene un Progetto Formativo a supporto dei referenti della rete aziendale posta a presidio degli obiettivi di promozione della salute del P.A.P. (Elliott et al. 1993).

Le fasi di Ricerca Azione sono state precedute dall'individuazione, tramite il modello per la ricerca E.B.M. "P.I.C.O." (Patient or Problem, Intervention, Comparison, Outcome), di alcune evidenze scientifiche circa l'efficacia degli approcci legati alla consultazione e progettazione partecipata negli interventi di Promozione della Salute e nell'Attivazione delle Comunità.

Analisi organizzativa, rilevazione dei problemi e dei bisogni formativi

L'analisi organizzativa è partita dall'approfondimento dei documenti aziendali di organizzazione (nuovo atto aziendale) e, soprattutto, dei documenti di indirizzo politico e di pianificazione aziendale relativi agli interventi di prevenzione e promozione della salute. Sono stati realizzati, inoltre, **n.2 Focus group** con attori istituzionali e *stakeholders* ritenuti determinanti per la realizzazione di interventi di promozione della salute nel territorio dell'ASP di Palermo.

Il **primo focus group con esperti** ha visto coinvolti i Responsabili di Obiettivi/Azioni di Promozione della Salute previsti dal P.A.P. 2016. In sintesi, è emersa la necessità permettere il riconoscimento istituzionale e di rafforzare una **Comunità di Pratica**, già *in nuce*, nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute, condividendo linguaggi, metodologie e procedure e contenendo un eccesso di frammentazione ed

eterogeneità di approcci metodologici utilizzati. Il **secondo focus group** ha visto coinvolti i rappresentanti delle principali associazioni del terzo settore *no profit* che hanno collaborato con i Responsabili di Obiettivi/Azioni del Piano Aziendale di Prevenzione. a Da questo secondo incontro sono emerse due tematiche prioritarie da poter prendere in considerazione per la realizzazione di un adeguato percorso formativo: quella del *team multidisciplinare* in grado di attivare un un circuito virtuoso in grado di valorizzare le competenze e le professionalità della rete inter-istituzionale; quella della *valutazione* intesa non solo come valutazione *in itinere* o *ex post* ma come processo di *valutazione partecipata* fin dall'inizio, *ex ante*, tramite la quale ci si metta d'accordo su quali siano gli *oggetti della valutazione* e il modo di valutarli e valorizzarli

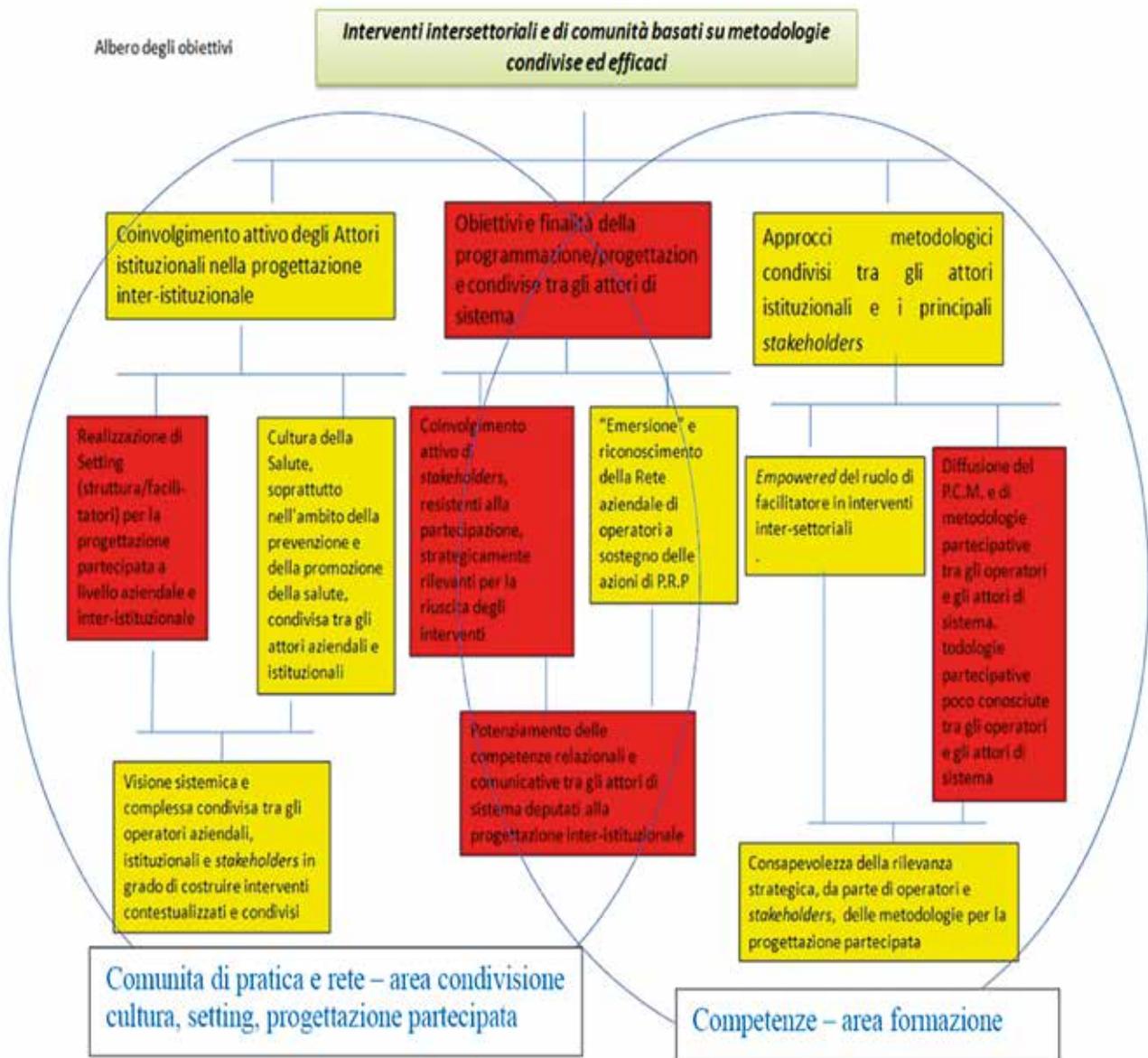
L'analisi dei bisogni formativi è stata effettuata utilizzando un *questionario on line* rivolto ai responsabili di obiettivi di promozione della salute del piano aziendale di prevenzione è costituito da 10 domande molte delle quali richiedono una risposta secondo la scala LIKERT (da 1 a 5) ed altre invece una risposta aperta. Dall'analisi delle risposte sono emerse principalmente:

- la necessità di approfondire gli aspetti di natura **metodologica** relativa all'intero percorso della **progettazione partecipata** (90,5% delle risposte)
- l'utilità di approfondire le competenze relative alle diverse fasi di **pianificazione e management** (secondo il *project cycle management* P.C.M. - complessivamente per tutte le domande valori superiori all'80%)

Dalle risposte aperte, si evidenzia, inoltre, la necessità di:

- sviluppare competenze metodologiche condividendone linguaggi e modalità tra gli operatori della rete (sia aziendale che inter-istituzionale);
- riuscire a creare *team multidisciplinare* per migliorare la capacità di utilizzare le competenze presenti all'interno di un circuito progettuale.

Figura 1. Albero degli obiettivi



Questa prima fase di indagine, tra l'altro, ha consentito di individuare e condividere con gli attori consultati un problema di base e prioritario riassumibile in **"Interventi intersettoriali e di comunità basati su metodologie non condivise e poco efficaci"**.

Il Goal Oriented Project Planning (G.O.P.P.) e lo sviluppo della logica progettuale

Il problema sopra riportato è stato posto alla base della riflessione e della progettazione partecipata, effettuata con il metodo G.O.P.P., con i potenzia-

li componenti della rete aziendale di *Facilitatori/Attivatori di Comunità*. Da questo lavoro è stato elaborato e condiviso un complesso *albero dei problemi* da cui sono emerse due aree critiche: la *pesantezza del sistema burocratico* e problematiche legate alle *competenze e all'empowerment della rete degli operatori*. Dall'analisi dell'albero dei problemi si è potuto procedere alla realizzazione dell'albero degli obiettivi (Figura 1) individuando come obiettivo specifico **"Interventi di promozione della salute intersettoriali e di comunità, progettati da operatori aziendali (ASP PA), basati su metodologie condivise ed efficaci"**.



Figura 1. Albero degli obiettivi

Tabella 1: Quadro Logico			
Strategia e Logica dell'intervento	Indicatori	Fonti di verifica	Assunzioni
Ob. Gen.	<p>Miglioramento dei comportamenti salutarì della popolazione nel territorio dell'ASP di Palermo, in particolare in riferimento ai seguenti Macro Obiettivi del P.R.P. 2014-2018 (Indicatori e Standard Attesi di P.R.P. e di P.A.P.):</p> <p>M.O. 1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili;</p> <p>M.O. 3. Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani</p> <p>M.O. 4. Prevenire la dipendenza da sostanze e comportamentali</p> <p>M.O. 5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti</p> <p>M.O. 6. Prevenire gli incidenti domestici e loro esiti</p> <p>Nell'ambito del M.O. 8., ed in relazione ai MM.OO. 3 e 4, favorire il corretto e consapevole utilizzo del telefonino</p>		
Ob. Spec.	Interventi di promozione della salute intersettoriali e di comunità, progettati da operatori aziendali (ASP PA), basati su metodologie condivise ed efficaci	N. di operatori della rete aziendale a supporto degli obiettivi di Promozione Salute, formati, che condividono metodologie efficaci / N. Responsabili azioni di Promozione della Salute P.A.P. 2016 - MM.OO. Riportati nell'Ob. Gen. - (Std > 60%)	Documentazione Relativa ai progetti aziendali
Risultati attesi	<p>1. Competenze per la progettazione partecipata potenziate nella Rete degli operatori aziendali a supporto degli obiettivi di Promozione della Salute del P.R.P. e del P.A.P.</p> <p>2. Obiettivi, finalità e metodologie per gli interventi di Promozione della Salute condivisi tra gli attori della rete aziendale a supporto degli obiettivi di Promozione della Salute</p> <p>3. Comunità di Pratica nell'ambito della Promozione della Salute e della Prevenzione attivata e formalizzata nell'ASP di Palermo</p>	<p>I.1. Accertamento possesso delle competenze in uscita al percorso formativo (Std > 90% dei partecipanti al percorso formativo)</p> <p>I.2.1 N. di Progetti Aziendali (relativi ai MM.OO. sopracitati) revisionati con specifiche metodologie (cfr: griglie valutazione) che conseguono un punteggio 'almeno sufficiente' / N. project work prodotti (Std > 90%)</p> <p>I.2.2 N. operatori aziendali partecipanti a specifici gruppi che hanno contribuito alla revisione di progetti aziendali / N. operatori aziendali partecipanti a specifico percorso formativo (Std > 90%)</p> <p>I.3.1 N. di Referenti- Responsabili di obiettivi di PAP connessi ai MM.OO. di PRP coinvolti nella costruzione della Comunità di Pratica/N. di Referenti- Responsabili di obiettivi di PAP connessi ai MM.OO. di PRP (Std. 80%)</p> <p>I.3.2 Individuazione e riconoscimento istituzionale della Rete Aziendale/Comunità di Pratica</p>	<p>1.1 Documenti Aziendali relativi a specifico percorso formativo teorico-pratico e a formalizzazione Rete</p> <p>2.1 Valutazione, project work</p> <p>2.2 Documentazione relativa al percorso formativo e prodotti dei project work</p> <p>3. Atti formali aziendali</p>
			<p>Necessità di mandato istituzionale/ direzionale</p> <p>Possibile "resistenza" a partecipare a specifico percorso formativo "intensivo"</p> <p>Tempi di realizzazione contratti e intensivi del percorso formativo</p>

L'albero degli obiettivi è stato sviluppato nel Quadro Logico progettuale che riassume logica e strategia del Progetto. Il lavoro, così definito, è stato condiviso, oltre che con il Responsabile UOEPSA e il Responsabile UOS Formazione, con il Direttore dell'UOC Coordinamento Staff Strategico che, in considerazione delle problematiche emerse ha avanzato una proposta migliorativa in ambito organizzativo in riferimento all'organizzazione della rete e del sistema di referenti a supporto degli obiettivi e dei progetti di Promozione della Salute. Tale analisi, inoltre, a conclusione del percorso formativo, è stata assunta negli indirizzi della Delibera N. 271 del 30/11/2017 avente per oggetto: *“Individuazione referenti e costituzione della Rete Aziendale di Attivatori di Comunità a supporto degli obiettivi di Promozione della Salute collegati al Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 e atto di indirizzo per il miglioramento organizzativo”*. Tale documento, tra l'altro, rappresenta una delle fonti di verifica/indicatore di uno dei risultati attesi progettuali.

IL QUADRO LOGICO PROGETTUALE

Secondo l'approccio proposto e le metodologie applicate nella fase di progettazione partecipata, si è sviluppata una logica progettuale ed una strategia di intervento coerenti con la problematizzazione e le soluzioni individuate durante le riunioni effettuate con il metodo G.O.P.P.. Pertanto, risulta necessario riportare il Quadro Logico (Q.L.) del Progetto che rappresenta la struttura portante della programmazione degli interventi. La lettura del Q.L. può avvenire sia in senso verticale che orizzontale ed evidenzia la relazione causa-effetto tra obiettivi, risultati attesi e attività, dove vengono indicati gli indicatori, i mezzi e i costi del progetto.

IL PROGETTO FORMATIVO

Il Corso di Formazione ECM, accreditato per 50 crediti formativi, è stato rivolto alla rete di operatori impegnati a portare avanti specifici Progetti di Piano Sanitario Nazionale a supporto

degli Obiettivi di PSN e di PRP. In considerazione della specificità del progetto formativo e dei suoi obiettivi, sono state utilizzate, innanzitutto, le stesse metodologie e tecniche di consultazione e progettazione partecipata oggetto dei moduli formativi (*WORLD CAFE*, O.S.T., E.A.S.W., G.O.P.P. con approccio P.C.M. ecc.) ma anche lavori di gruppo in assetto cooperativo, *case study*, simulate, revisione di documentazione tra pari, lezioni frontali con metodo interattivo, contestualizzazione delle metodologie alle procedure aziendali.

I docenti sono stati individuati tra gli esperti di comprovata esperienza nel campo delle metodologie proposte in raccordo con I.S.S. e gli altri partner istituzionali del *Master Prospect*. Tutor del Corso, come precedentemente esplicitato, sono stati i componenti del Gruppo *We can change* del *Master Prospect* autore del presente elaborato.

Sviluppo dei moduli formativi: modalità e strumenti per la valutazione in itinere ed in uscita

Per i primi tre moduli è stato previsto un questionario *pre-post test*, preparato dai docenti, al fine di verificare le conoscenze di partenza del gruppo dei partecipanti utile al riorientamento, eventuale, del percorso formativo. Il questionario non è stato utilizzato per la valutazione ai fini ECM (che è avvenuta tramite *project work*) ed è stato effettuato in forma anonima (con codici numerici o nomi fittizi) per permetterne il confronto in ingresso ed in uscita.

La valutazione dei risultati dei questionari è stata eseguita utilizzando il programma informatico SITA (*Sistema per l'Item Analysis*) (Massari, 2009), condiviso con il Responsabile e gli operatori dell'U.O. Formazione dell'ASP di Palermo che lo hanno assunto tra gli strumenti di lavoro. Il SITA consente di fare sia un'analisi dei singoli quesiti sia un'analisi complessiva della prova, consentendo di valutare la qualità della prova oggettiva (questionario a risposta multipla) ma anche l'intero intervento formativo attraverso punteggi individuali e di gruppo, punteggi per quesito, confronto *pre-post test* e analisi statistiche descrittive.

Nella tabella n.3 sono riassunti i risultati *pre-post test*.



Tabella 2

N. partecipanti 33		Pre test valore medio	Range (Min-Max)	Post test valore medio	Range (Min-Max)	Incremento medio pre-post
Items	% (risp.esatte)	%	% (risp.esatte)	%	%	
Mod.1	16	67,4 (10,8)	31,3-87,5	84,3 (13,5)	62,5-87,5	16,9
Mod.2	15	48,5 (7,3)	6,7-80	77,6 (11,6)	33,3-100	29,1
Mod.3	20	52,4 (10,5)	15-80	77,1 (15,4)	45-100	24,6

Dall'analisi del *pre test* per singolo modulo è emersa la presenza di un gruppo eterogeneo di partecipanti con i risultati di alcuni corsisti ben di molto sopra il valore medio.

Il valore medio di conoscenza nel *pre test* più basso osservato nel secondo modulo è da ricercare nel fatto che gli argomenti trattati rappresentavano modelli innovativi di progettazione partecipata utilizzati ancora solo in poche realtà italiane. I risultati al *pre test* hanno evidenziato da un lato l'eterogeneità di competenze ma anche una discreta conoscenza di base degli argomenti oggetto del corso a conferma di quanto emerso dall'analisi dei bisogni formativi precedentemente condotta ovvero la necessità non tanto di acquisire competenze sui modelli teorici in generale, conosciuti in buona parte dei corsisti, quanto invece quella di approfondire in maniera più dettagliata metodologie e tecniche per poterle applicare in maniera operativa ai propri progetti di Promozione della Salute nel contesto di riferimento.

In tale direzione, lo sviluppo dei *Project Work* (P.W.) di gruppo secondo specifica consegna, previsto tra il 3° e 4° modulo, ha riguardato la revisione tra pari, in gruppi di lavoro multidisciplinari e intersettoriali, di progetti aziendali di Promozione della Salute, finanziati su specifiche linee del Piano Sanitario Nazionale, direttamente connessi al raggiungimento di obiettivi di P.A.P. e di P.R.P. 2014/2018. I progetti revisionati con le indicazioni e le metodologie fornite durante il corso sono stati sei, uno per ogni gruppo.

I P.W. sono stati valutati con un'apposita griglia i cui risultati sono riportati nella Tabella 4. Da questa si evince che tutti i gruppi hanno prodotto dei lavori di revisione dei progetti aziendali valutabili tra "Discreto e Buono" (punteggio medio 54/65) con due lavori che hanno sfiorato il raggiungimento del massimo punteggio.

I partecipanti al corso, anche in considerazione delle metodologie partecipate e alla didattica interattiva, hanno dimostrato un elevato interesse e buona attivazione nei gruppi di lavoro e nella comunicazione in plenaria. Nonostante il corso sia stato realizzato con una tempistica intensiva (i primi tre moduli pari a 54 ore sono stati effettuati in 5 giornate continuative), la media di presenza dei partecipanti ha superato il 97%. I gruppi di lavoro, inoltre, si sono riuniti più volte tra la fine del 3° e l'inizio del 4° modulo (in media 3 incontri per gruppo) per portare a termine i P.W. con la supervisione dei *tutor*.

Pertanto, dalle considerazioni sopra riportate, dai risultati registrati tramite i questionari *pre-post test* e di seguito alla valutazione dei lavori individuali e di gruppo, tutti i partecipanti al Corso di Formazione in questione hanno raggiunto gli obiettivi formativi avendo potenziato conoscenze teorico-metodologiche e avendo dimostrato di sapere utilizzare metodologie e tecniche oggetto del percorso formativo.

Per quanto riguarda il gradimento dato al corso, rilevato con apposito questionario, il giudizio manifestato è stato *soddisfacente/ottimo*.

Durante l'ultima giornata di formazione effettuata il 10/11/2017, oltre alla presentazione dei P.W. di gruppo, si è proceduto ad una esercitazione pratica che ha permesso un'ulteriore revisione dei sei progetti presi in esame dai relativi gruppi. A tal fine è stata utilizzata una griglia per la valutazione di progetti *ex ante*, libero adattamento della griglia DORS, versione 2010 (Ragazzoni, Tortone & Cofano, 2011). Gli stessi gruppi di lavoro, con la griglia citata, hanno proceduto ad una *valutazione ex-post* del Progetto "Attivatori di Comunità: l'approccio Partecipativo a supporto degli Obiettivi di P.R.P.". Sempre in plenaria, successivamente, si è proceduto a tabulare i risultati della valutazione in una scheda di sintesi discutendo, con modalità interattiva e par-

Tabella 4

Oggetti/elementi di valutazione sulla consegna assegnata ai gruppi	Attribuzione punteggi (da 1 a 5) per ognuno dei 6 Gruppi di lavoro						Punteggio medio
	G.1	G.2	G.3	G.4	G.5	G.6	
1. Rispetto ai progetti aziendali individuati, sono stati analizzati adeguatamente i seguenti elementi:							
1.1 Studio di contesto	4	3	5	4	5	4	
1.2 Pianificazione partecipata	3	3	5	5	5	4	
1.3 Identificazione degli ambienti	3	4	4	4	4	4	
1.4 Attivazione processi comunitari	3	4	4	3	5	4	
2. Impianto valutativo “retrospettivo” sul progetto:							
2.1 Lavoro su gruppi di interesse	5	3	5	4	5	3	
2.2 Selezione oggetto/i di valutazione	4	3	5	5	5	3	
2.3 Identificazione domande di valutazione	4	5	5	5	5	4	
2.4 Risposte a domande di valutazione	4	5	5	4	5	4	
3. Revisione Quadro Logico progettuale:							
3.1 Ricostruzione Albero Obiettivi	5	2	5	4	5	3	
3.2 Congruenza logica dell’Albero	5	3	5	4	5	3	
3.3 “Ribaltamento” Albero degli Obiettivi in Q.L.	4	4	5	5	5	4	
3.4 Costruzione indicatori appropriati	1	4	4	4	5	4	
3.5 Definizione e completamento Q.L.	1	4	5	4	5	5	
TOTALI	46	47	62	55	64	49	54

(segue *legenda* tabella)

- PW buono se il punteggio è compreso tra 55 e 65 - PW discreto se il punteggio è compreso tra 45 e 54
- PW sufficiente se il punteggio è compreso tra 35 e 44 - PW insufficiente se il punteggio è < 34

Annotazioni:

Gruppo 1 - Progetto Prevenzione Incidenti Stradali: il PW risulta carente nella definizione del QL, buono l’impianto di valutazione e ottimo lo sviluppo retrospettivo dell’albero degli obiettivi.

Gruppo 2 - Progetto Promozione della Salute in Ambiente Scolastico: il PW è stato carente nella revisione retrospettiva dell’albero degli obiettivi, ottima l’individuazione degli oggetti e delle domande di valutazione.

Gruppo 3 - Progetto F.E.D. Formazione Educazione Dieta: PW sviluppato in tutte le sue parti e con appropriato approccio metodologico.

Gruppo 4 - Progetto Promozione Screening Oncologici: PW sviluppato correttamente e in modo completo; debole l’analisi dei processi comunitari.

Gruppo 5 - Progetto Promozione del Benessere Mentale Bambini, Adolescenti e Giovani – Dipendenze Patologiche da Sostanze e comportamenti: PW sviluppato in tutte le sue parti e con appropriato approccio metodologico e chiarezza espositiva.

Gruppo 6 - Progetto MCNT Malattie Croniche Non Trasmissibili: il PW è stato carente nella congruenza logica tra albero degli obiettivi, QL e nell’individuazione degli oggetti di valutazione. Risulta sviluppato in modo completo.

tecipata, gli elementi emersi circa valutazioni eccessivamente discordanti tra i gruppi (solo due item) e permettendo una visione condivisa degli *oggetti* e delle *domande di valutazione* proposte dalla griglia DORS. Tale attività di *valutazione partecipata*, secondo il modello DORS per l’individuazione delle buone pratiche, ha fatto registrare un punteggio medio di 0,88 facendo rientrare, pertanto, lo stesso Progetto tra le *Buone Pratiche* nell’ambito degli interventi di Promozione della Salute (*Buona Pratica* se il punteggio è compreso tra 0,8 e 1).

RISULTATI

Come già discusso precedentemente, l’approccio di ricerca-azione e le metodologie e tecniche di consultazione e progettazione partecipata, utiliz-

zate sin dalle prime fasi per l’analisi organizzativa, hanno contribuito, in maniera sistemica e trasversale, al raggiungimento dei risultati progettuali in accordo con la letteratura e le evidenze scientifiche in premessa citate. E’ risultato, pertanto, strategicamente rilevante l’aver coinvolto attivamente quasi tutte le articolazioni aziendali, direttamente ed indirettamente interessate nella realizzazione di interventi di promozione della salute, tramite la progettazione partecipata che ha portato alla strutturazione del quadro logico e dei principali aspetti del Progetto Formativo. Pari importanza ha avuto il coinvolgimento degli stessi attori nel percorso formativo, inclusa la valutazione partecipata *ex post* dello stesso progetto, che ha portato ad una maggiore consapevolezza organizzativo-professionale della rete di operatori coinvolti e permesso condivisione di linguaggi,



teorie, metodi e tecniche nello specifico ambito di intervento. Le metodologie didattiche utilizzate, l'appropriatezza della programmazione e la qualità dei formatori hanno ulteriormente consolidato processi progettuali e formativi concorrenti al raggiungimento dei risultati attesi. Gli indicatori di riferimento e i relativi standard, a tal proposito, risultano soddisfatti e nello specifico:

- le competenze accertate in uscita al percorso formativo (*indicatore 1*), come sopra descritto, hanno evidenziato il successo formativo con il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Formativo;
- i progetti aziendali individuati (*indicatore 2.1- Std previsto > 90% e raggiunto = 100%*), sono stati revisionati secondo consegne e linee guida fornite dai docenti (Std DORS);
- tutti gli operatori della rete aziendale individuata hanno partecipato a gruppi di lavoro e concorso alla revisione dei progetti aziendali (*indicatore 2.2- Std atteso > 90% e raggiunto = 100%*) con le modalità ed i risultati riportati nella Tabella 4;
- rispetto al risultato atteso 3 (Std. Atteso 80%), l'80% dei Responsabili di obiettivi di promozione della salute del PAP (20/25), connessi ai Macro Obiettivi di PRP, hanno partecipato al percorso progettuale. Tra questi, quelli che stanno realizzando interventi progettuali connessi ai MM.OO. di PRP riportati nell'Obiettivo Generale del QL, sono stati individuati, formalmente, come componenti della Rete e aderenti all'avvio del percorso per la costruzione di una Comunità di Pratica ad integrazione e completamento della rete di operatori afferenti ai servizi del Dipartimento di Prevenzione. A tal proposito il Commissario dell'ASP di Palermo ha adottato la Delibera N.271 del 30/11/2017 avente per oggetto: "Individuazione referenti e costituzione della Rete Aziendale di Attivatori di Comunità a supporto degli obiettivi di Promozione della Salute collegati al Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 e atto di indirizzo per il miglioramento organizzativo" (Documento aziendale che risponde positivamente all'indicatore 3.2 del QL).

DISCUSSIONE

Tutti i risultati, in modo integrato e coerente, hanno contribuito al raggiungimento dell'obiettivo specifico permettendo la condivisione di metodologie efficaci per la progettazione di interventi di promozione della salute, intersettoriali e di comunità, tra gli operatori della Rete Aziendale individuata. Gli operatori (80% - Std atteso 60%) della Rete Aziendale che hanno partecipato al corso hanno condiviso metodologie efficaci in tale ambito ed avviato un percorso di scambio e revisione tra pari di progettazione e programmazione aziendale. Tale approccio e tale diffusione di metodologie e buone pratiche, nell'ambito degli interventi di promozione della salute, concorreranno al miglioramento dei comportamenti salutari della popolazione nel territorio dell'ASP di Palermo, in particolare in riferimento ai relativi Macro Obiettivi del P.R.P. 2014-2018 (come da Obiettivo Generale del nostro QL progettuale) collegati alle azioni ed ai progetti la cui responsabilità e attuazione, direttamente o indirettamente, ricade negli attori della Rete Aziendale.

Pur iscrivendosi nei tanti interventi effettuati con approccio di ricerca-azione e con metodologie partecipate, il Progetto "Attivatori di Comunità" rappresenta un'esperienza pilota che sembra andare con decisione verso l'affermarsi di una specifica Comunità di Pratica che, come vedremo nel prossimo capitolo, può avere un riferimento, in stato di avanzamento, in analoghe esperienze in via di realizzazione in aziende sanitarie della Regione Veneto.

Alcune considerazioni, infine, sui limiti metodologici del progetto che, di fatto, sono strettamente connessi con le sue potenzialità. In particolare, non si è potuta realizzare un'analisi organizzativa più approfondita con il coinvolgimento e la partecipazione del *middle-management* (Direttori di Dipartimento, di Distretti ecc.). Inoltre, in considerazione dello specifico contesto aziendale in cui si è realizzato l'intervento, si ritiene che il Progetto Formativo, pur avendo una sua congruenza intrinseca (per finalità, obiettivi operativi e formativi) che può rappresentare un "pacchetto formativo" replicabile, debba sempre essere "negoziato" e rimodulato tramite una fase di consultazione e ri-progettazione "partecipata"



con i destinatari degli interventi e con gli attori dei contesti aziendali a cui si rivolgerà, in futuro; pena lo snaturamento stesso del progetto e della sua filosofia di fondo.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

Come in precedenza riportato, tutti gli obiettivi operativi, i risultati attesi e l'obiettivo specifico del Progetto "*Attivatori di Comunità...*" sono stati sostanzialmente realizzati e raggiunti. L'esperienza è stata arricchente per tutto il gruppo di lavoro che ha prodotto il presente P.W., sia sul piano professionale che su quello culturale ed umano. La multi-professionalità e multi-disciplinarietà del nostro gruppo si è incontrata e contaminata con quella altrettanto composita del *team* di formatori e con quella degli stessi destinatari dell'intervento. Interessante è stato il gioco di relazione con i vari livelli aziendali e con gli *stakeholders* coinvolti durante la fase di *Analisi Organizzativa*. Sin dall'inizio, si è avuta, la chiara percezione che, in considerazione delle metodologie partecipate utilizzate, si siano create ottime aspettative e un clima cooperativo e costruttivo. Stesso clima si è registrato durante tutto il percorso formativo sia in aula che durante le esercitazioni pratiche previste tra il terzo e il quarto modulo. In tal senso, il successo formativo si è alimentato ed ha arricchito un sistema di relazioni e di collaborazione fattiva tra molti degli attori della Rete. Ciò ha permesso, al di là del raggiungimento dei risultati attesi e degli obiettivi discussi (legati alla condivisione di metodologie e tecniche, nonché ad una visione culturale ampia della promozione della salute), di creare i presupposti relazionali e per una migliore comunicazione; "*variabili soft*", queste, imprescindibili per qualsiasi cambiamento culturale e organizzativo secondo l'approccio del *change management* (Rebora & Minelli, 2007). Una Rete aziendale che dovrà essere ulteriormente alimentata, ma che ha mostrato nodi e snodi in grado di esprimere capacità operative per la promozione della salute. Una *rete emergente* già avviata a costruire una *Comunità di Pratica* che, in una prospettiva di medio termine, potrà essere inserita in un lavoro di *benchmarking* con una omologa rete di operatori dell'Asl di Treviso

impegnati in un percorso, già in stato avanzato, per la costruzione di una *Comunità di Pratica* nello stesso ambito di intervento.

“Avvertenze per l’uso” del Progetto Formativo Attivatori di Comunità

Il Progetto Formativo si presenta con una sua validità di costrutti e di metodologie standardizzate e standardizzabili che, ad un primo acchito, potrebbero sembrare facilmente replicabili in altri contesti delle organizzazioni sanitarie regionali e non solo. Come in precedenza accennato, l'intervento complessivo è andato oltre il "semplice" percorso formativo intervenendo strategicamente sui processi di *change management* e sul consolidamento e potenziamento di reti multiprofessionali e intersettoriali. Nel riprodurre l'intervento in altri contesti sanitari territoriali, bisognerà, pertanto, sempre "negoziare" e rimodulare il progetto tramite consultazione e ri-progettazione partecipata con i destinatari degli interventi e gli attori dei contesti aziendali a cui sarà diretto. Inoltre, i "committenti" istituzionali (nel ruolo di agevolatori) e, soprattutto, il gruppo di lavoro progettuale dovranno, in ogni caso, realizzare, un'*analisi organizzativa* ed una rilevazione dei bisogni formativi quanto più possibile partecipata con gli stessi destinatari (diretti e indiretti). Questo *project work*, come già riportato, si proponeva di rafforzare la cultura della prevenzione e della promozione della salute nella *rete emergente* di operatori dell'ASP di Palermo posti a presidio e supporto degli obiettivi individuati dal Piano Regionale di Prevenzione, favorendo al contempo processi di *change management* attraverso la stessa rete di operatori che potranno avviare un percorso di costruzione di una *Comunità di Pratica: Attivatori di Comunità*. Ci piace, in tal senso, concludere riportando le parole di una partecipante a fine percorso formativo: "*Ho ridefinito il modo di intendere la prevenzione e la promozione della salute, intuendo la potenza della progettazione partecipata per la riuscita dei nostri interventi. Direi...la scoperta di una nuova prospettiva culturale con ricadute che vanno ben oltre l'orizzonte professionale e investono il nostro modo di essere cittadini in relazione con la complessità eco-sistemica*".



BIBLIOGRAFIA

- Bauman, Z. (2002). *Modernità Liquida*. Roma: Sagittari Laterza.
- Bobbio, L. (2004). *A più voci. Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi*. Napoli: Edizioni scientifiche italiane.
- Bocchi, L., & Ceruti, M. (1985). *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- Brunod, M. (2007). *Aspetti metodologici della progettazione partecipata*. Spunti 9/2007. Marzo 2007 – Anno VIII n.9 <http://www.studiosaps.it/pdf/elaborazione/spunti/Spunti%20n.9/Brunod.pdf>.
- Cargo, M., & Mercier, S. (2008). The Value and Challenges of Participatory Research: Strengthening Its Practice. *Annual Review Public Health*, 29, 325-350. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.091307.083824>
- Coppo, A., & Tortone, C. (2011). *Partecipazione e Empowerment: La progettazione partecipata inter-settoriale e con la comunità*. Dors. Febbraio.
- Elliott, J., Giordan, A. & Scurati, C. (1993). *La ricerca – azione. Metodiche, strumenti, casi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Fetterman, D., & Wandersman, A. (2005). *Empowerment Evaluation Principles in Practice*. New York: Guilford, 231,41.
- Green, L.W., George, A., Daniel, M., Frankish, C.J., Herbert, C.P., Bowie, W.R., & O'Neill, M. (1995). *Study of Participatory Research in Health Promotion: Review and recommendations for the development of participatory research in health promotion in Canada*. Ottawa: Royal Society of Canada.
- Hawe, P., Noort, M., King, L., & Jordens, C. (1997). Multiplying health gains: the critical role of capacity building within health promotion programs. *Health Policy*, 39(1), 29-42. <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01688510/39/1>.
- Israel, B.A., Schulz, A.J., Parker, E.A., Becker, A.B, Allen, A.J., & Guzman, R. (2003). *Critical issues in developing and following community based participatory research principles*. In M. Minkler & N. Wallerstein (Eds.) *Community based participatory research for health* (pp. 53-76). San Francisco: Jossey-Bass.
- Martini, E., & Torti, A. (2003). *Fare lavoro di comunità – riferimenti teorici e strumenti operativi*. Carocci Faber.
- Massari, M., Giusti, A., Maggini, M., Barbariol, P., Raschetti, R. (2009). Valutazione della formazione in salute pubblica: il software SITA (Sistema per l'Item Analysis). Rapporti ISTISAN 09/28.
- Naaldenberg, J., Vaandrager, L., Koelen, M., Wage-makers, A., Saan, H., & De Hoong, K. (2009). Elaborating on systems thinking in health promotion practice. *Global Health Promotion*, 16(1):39-47. <http://dx.doi.org/10.1177/1757975908100749>.
- Ragazzoni, P., Tortone, C., & Coffano, E. (2011). *Buone Pratiche Cercasi – La griglia di valutazione Dors per individuare le buone pratiche in prevenzione e promozione della salute*. Dors. Novembre.
- Rebora, G. & Minelli, E. (2007). *Il Change Management. Come vincere la sfida del cambiamento in azienda*, Etas Libri, Milano.
- Tanese, A. (2002). *L'innovazione organizzativa nelle aziende sanitarie*, in L. Hinna (a cura di) *Management in sanità. Scenari metodi e casi*. Roma: Aracne
- The international union for health promotion and education (2007). *Delineare il futuro della promozione della salute: le priorità per l'azione (traduzione a cura di Dors)*. <http://www.dors.it/alleg/0203/DoR-Sgen08.pdf>.
- World health organization (2013). *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century*. <http://www.euro/who/int/en/publications/policy-documents/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21-st-century-2013>

