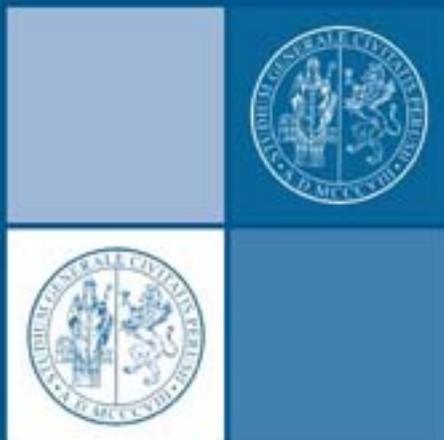


SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

rivista del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria
dell'Università degli Studi di Perugia



Modalità di abbonamento

Editore: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)
strada Ponte d'Oddi, 13, 06125 Perugia
tel. 075.41508 - 075.5857355-7 / fax 075.5857361

Registrazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Abbonamento 2013 (4 fascicoli)

Enti, Istituti, Biblioteche: cartacco € 57,00 / on-line € 50,00

Privati: cartacco € 42,00 / on-line € 30,00

Soci S.It.I.: cartacco € 26,00 / on-line € 18,00

Estero: cartacco € 65,00 / on-line € 55,00

Un fascicolo separato: cartacco € 15,00 / on-line € 8,00

Il pagamento potrà essere effettuato su: Conto corrente postale n.10999068

oppure

Conto corrente bancario

UniCredit BANCA - Agenzia di Perugia - Elcc

IBAN: IT 81 U 02008 03037 000040871543

intestati a Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia

oppure on-line:

http://www.antropologiamedica.it/cditoria_riviste.php

Per eventuali informazioni e ulteriori richieste

Ufficio abbonamenti: Maria Margherita Tinarelli

e-mail: tinarelli@antropologiamedica.it

Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

strada Ponte d'Oddi, 13 / 06125 Perugia

tel.: 075.41508 / fax 075.5857361

Tipografia

Grafiche Sabbioni s.n.c.

voc. Braccione, Trestina (Perugia)

tel.: 075.854186



SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

vol. 57, n. 2, aprile-giugno 2013

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, Università degli studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-56-55 - fax: 075.5857361 / e-mail: redriv@unipg.it / www.unipg.it/csesi

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo, Azienda Sanitaria n. 2, Regione Umbria

Presidente del Comitato scientifico: Maria Antonia Modolo, Università degli studi di Perugia

Redattore capo: Lamberto Briziarelli, Università degli studi di Perugia

Segretario di redazione: Paola Beatini, Università degli studi di Perugia

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Comitato scientifico: Bruno Benigni, Centro di promozione per la salute "Franco Basaglia" (Arezzo) / Mario Bertini, Società italiana di psicologia della salute, già professore di psicologia, Sapienza Università di Roma / Francesco Blangiardi, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione AUSL n. 7 della Sicilia (Ragusa) / Sabrina Boarelli, Ufficio scolastico regionale per l'Umbria / Antonio Boccia, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Francesco Bottaccioli, Società italiana di psiconeuroimmunologia (Roma) / Lamberto Briziarelli, già professore di igiene, Università di Perugia / Antonio Cappelli, Centro italiano ricerca sui servizi sanitari e sociali (Roma) / Carla Collicelli, Fondazione CENSIS (Roma), professore di sociologia della salute, Sapienza Università di Roma / Paolo Contu, professore di igiene, Università di Cagliari / Michele Conversano, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione ASL Taranto / Giorgio Cosmacini, professore di storia della medicina, Università Vita-Salute San Raffaele (Milano) / Claudio Cricelli, Società italiana di medicina generale / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di neuroscienze, Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" (Milano) / Paola Di Nicola, professore di sociologia dei processi culturali e comunicativi, Università di Verona / Floriana Falcinelli, professore di didattica generale e tecnologie dell'istruzione, Università di Perugia / Carlo Favaretti, Health promoting hospital & health services network, Azienda ospedaliera-universitaria "Santa Maria della Misericordia" (Udine) / Luigi Ferrannini, Società italiana di psichiatria, Dipartimento di salute mentale, ASL n. 3 della Liguria (Genova) / Irene Figà-Talamanca, già professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Salvatore Geraci, Area sanitaria della Caritas Diocesana Roma / Mariano Giacchi, professore di igiene generale e applicata, Università di Siena / Guido Giarelli, European society for health and medical sociology, professore di sociologia generale, Università Magna Graecia (Catanzaro) / Margherita Giannoni, professore di economia sanitaria, Università di Perugia / Marco Ingrosso, professore di sociologia generale, Università di Ferrara / Domenico Lagravinese, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione ASL Bari / Gavino Maciocco, Osservatorio italiano sulla salute globale, professore di politica sanitaria internazionale, Università di Firenze / Maurizio Mori, già professore di medicina di comunità, Università di Perugia / Aldo Morrone, Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà, Roma / Pio Enrico Ricci Bitri, Società italiana di psicologia della salute, professore di psicologia generale, Università di Bologna / Walter Ricciardi, European public health association, professore di igiene generale e applicata, Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma) / Paola Rivosecchi, professore di metodologia epidemiologica e igiene, Università di Perugia / Roberto Romizi, Associazione internazionale dei medici per l'ambiente / Tullio Seppilli, già professore di antropologia culturale, Università di Perugia, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Paolo Siani, Associazione culturale pediatri, Ospedale Cardarelli (Napoli) / Gianfranco Tarsitani, professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Maria Teresa Tenconi, professore di igiene, metodologia epidemiologica e medicina di comunità, Università di Pavia / Maria Triassi, professore di igiene generale e applicata, Università Federico II di Napoli / Enrico Tempesta, Osservatorio permanente giovani e alcol, Roma / Maria Giovanna Vicarelli, professore di sociologia dei processi economici e del lavoro, Università Politecnica delle Marche (Ancona) / Mauro Volpi, professore di diritto costituzionale, Università di Perugia.

Comitato di redazione: Sandro Bianchi, Associazione culturale pediatri (sezione Umbria) / Sabrina Flamini, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Fausto Francia, Dipartimento di sanità pubblica, AUSL Bologna / Patrizia Garista, Università di Perugia / Giuseppe Masanotti, Università di Perugia / Liliana Minelli, Università di Perugia / Giovanni Paladino, Università Federico II di Napoli / Damiano Parretti, Società italiana di medicina generale (sezione Umbria) / Enrico Petrangeli, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Maria Saba Petrucci, Università di Perugia / Giancarlo Pocetta, Università di Perugia / Carlo Romagnoli, ASL n. 2 dell'Umbria / Francesco Scotti, Gruppo tecnico interregionale per la salute mentale, Regione Umbria.

- 133 *In questo numero*
- Editoriale* 135 Salute Globale: troppe definizioni, un solo obiettivo?
Liliana Minelli
- Contributi* 139 Human rights as the basis for defining, measuring and
promoting health
Maurice B. Mittelmark, Torill Bulla
- 153 La sostenibilità degli interventi di promozione della sa-
lute: risultati di una ricerca valutativa
Donatella Belotti, Giancarlo Pocetta, Laura Pilotto
- 168 Conoscenze, attitudini e comportamenti in tema di
doping e integratori alimentari in un campione di prati-
canti il gioco del calcio: risultati di uno studio trasversa-
le pilota in Italia
Daniele Masala, Guglielmo Giraldi, Silvia Miccoli,
Brigid Unim, Angela Meggiolaro, Walter Ricciardi,
Giuseppe La Torre
- 178 Consumo e dipendenza da fumo, alcol e droga in un cam-
pione di 2078 adolescenti campani: lo stato dell'arte
Rossella Bellopede, Oreste Caporale, Giuseppina
Muto, Renato Caputi, Mario Gaudiosi, Nicola
Grimaldi, Marco Amodio, Giovanni Panico, Anna Ro-
mano, Gabriella Fabbrocini, Fabrizio Pallotta, Maria
Triassi
- 189 Il Distretto, la Casa della Salute e la Sanità d'iniziativa
Enrico Desideri, Anna Canaccini

-
- 196 Il Contratto della merenda: l'adesione per 5 anni migliora le abitudini alimentari dei bambini delle scuole primarie
Cecilia Savonitto, Laura Pilotto
- 208 Che cosa accade in Casa della carità? Un'osservazione protratta nel tempo degli ospiti e dei loro percorsi in una struttura di accoglienza milanese
Barbara D'Avanzo, Emanuela Geromini, Silvia Landra, Fiorenzo De Molli
- Schede* 220
- Documenti* 222 Castelbrando 6: Documento conclusivo
a cura della Presidenza del Convegno della S.It.I.
- Notiziario* 225 Note a margine della 2^a Conferenza Nazionale sulle cure domiciliari - 11^o Congresso Nazionale CARD - (Roma, 22-24 maggio), Paolo Da Col, *referente nazionale CARD, Area Cure Domiciliari* / Riflessioni sul Congresso Mondiale di riabilitazione psicosociale, Milano 10-13 novembre 2012, Angelo Barbato, Barbara D'Avanzo Martine Vallarino, *Laboratorio di Epidemiologia e Psichiatria Sociale Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano* / ICGM 2013 - International Conference on Gender and Migration: Critical Issues and Policy Implications, 11-13 Maggio 2013, Marmara University, Istanbul-Turchia, a cura di Manuela Chiavarini, *Dottore di ricerca in Educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia* / Status Report on Alcohol and Health in 35 Paesi Europei - 2013 / World Tobacco Day / Programma Ccm 2013 / 8th World Alliance for Risk Factor Surveillance Global Conference (WARFS 2013) / Società Italiana per la Promozione della salute / Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica / Rete Italiana Culture della Salute (RICS) CIPES/AIES - I Conferenza Nazionale Giancarlo Pocetta, *Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria, Università degli studi di Perugia*

IN QUESTO NUMERO

In questo numero è riportata una Miscellanea di contributi. Lo presentiamo pertanto come spazio alle ricerche e alle esperienze nei diversi ambiti oggetto di studio e analisi della nostra Rivista. Come più volte ribadito essa intende garantire uno spazio di confronto tra i diversi professionisti dell'educazione sanitaria e promozione della salute che operano nel mondo accademico e nei servizi

L'Editoriale di *Liliana Minelli* sviluppa il concetto relativamente nuovo, ma di grande attualità – e oggetto di interesse e ricerca – di “salute globale”: definizioni, obiettivi e confronti di studi e modelli internazionali.

Argomento di elezione, anche per lo studio delle disuguaglianze in salute.

L'articolo di *Maurice Mittelmark* e *Torill Bulla* avvia un dibattito sul quesito che costituirà il tema monografico del prossimo numero *L'educazione sanitaria nel quadro della nuova promozione della salute*: gli schemi culturali di promozione della salute ed educazione

sanitaria, i principi, modelli e metodi, che ci hanno accompagnato dagli anni '80, da Ottawa ad oggi sono gli stessi alla luce dell'evoluzione nosografica, delle nuove conoscenze scientifiche e dei mutamenti socio-economici e ambientali?

Gli Autori partendo da un discorso generale su salute e diritti umani, intendono dare una risposta ad una questione teorica ma anche concreta: se la promozione della salute riguarda diritti umani, come misurare la salute e le disuguaglianze da questa specifica prospettiva? Quali indicatori? Quesiti complessi ma centrali per un'“evoluzione” della promozione della salute.

A seguire la Miscellanea.

Donatella Belotti et al. sottopongono ad analisi il concetto di sostenibilità, elemento non sempre preso in considerazione nella progettazione in promozione della salute: dalla letteratura sono riferiti definizione, modelli ed evidenze; gli Autori riportano un'esperienza di valutazione sul campo realizzata all'interno della rete Città Sane-Friuli

Venezia Giulia.

Al tema “doping e integratori alimentari” si riferisce la ricerca realizzata da *Daniele Masala et al.* Lo studio, di tipo trasversale, è stato realizzato in tre province italiane e ha valutato, attraverso un questionario, attitudini, conoscenze e comportamenti di giovani giocatori di calcio non professionisti. Si evidenzia una preoccupante disinformazione che sollecita la continua necessità di progetti educativi.

Rossella Bellopede et al. trattano, in estremo dettaglio in rapporto ai contesti, il tema del consumo delle sostanze – fumo, alcol, droga – tra adolescenti campani. Le conoscenze sul tema dei giovani sono diversificate, così come le fonti; si pone il problema di metodologie di sensibilizzazione nuove e più adeguate.

Un altro argomento base dei professionisti del settore: i comportamenti alimentari. Lo affronta l'esperienza riportata da *Cecilia Savonitto* e *Laura Pilotto* dedicata alla “merenda” di metà mattina dei bambini delle scuole

primarie. Il progetto conferma l'importanza del coinvolgimento della famiglia per ottenere risultati efficaci e duraturi.

Il contributo di *Desideri e Canaccini* ribadisce il ruolo centrale del distretto per sviluppare sanità di iniziativa e continuità delle cure nel dibattito sulla riorganizzazione sanitaria.

Conclude il numero l'articolo di *Barbara D'Avanzo* sulla popolazione *homeless*. L'Autrice partendo dalla necessità di trattare il lavoro sociale come un'attività valutabile sottopone a indagine la popolazione accolta nella Casa della Carità di Milano, struttura di accoglienza per persone in grave condizione di marginalità, ne studia le caratteristiche associate alla durata di permanenza e alla collocazione all'uscita. E' stata avviata attraverso il processo di valutazione una strategia di qualità, nei molteplici significati di questa parola: efficienza, efficacia, reale utilità di ciò che viene fatto per i destinatari delle azioni messe in campo.

Editoriale

Salute Globale: troppe definizioni, un solo obiettivo? *Global Health: too many definitions, one goal?*

Liliana Minelli
Comitato di redazione della Rivista

Oggi si parla molto di salute globale, con fascino ed interesse da parte dei media, degli studenti e dei professionisti della salute; ha provocato l'interesse dell'accademia tanto che molte facoltà – non solo di medicina – hanno ristrutturato i loro programmi introducendo l'insegnamento della Global Health; è un tema supportato da governi come componente cruciale di politica estera⁽¹⁾ ed è anche divenuto un obiettivo filantropico. Il termine "salute globale" è relativamente nuovo in medicina, anche se ricercando in internet la voce in tutti i campi troviamo circa diecimila pubblicazioni che contengono le parole "global health" ed il primo articolo pubblicato con le due parole nel titolo risale al 1966⁽²⁾. Sono disponibili, inoltre,

diverse definizioni di salute globale che sembrano sottendere la sua derivazione dalla salute pubblica e dalla salute internazionale che, a sua volta, evolve dal concetto di igiene e medicina tropicale; tuttavia è possibile una sua specifica definizione?⁽³⁾. Koplan e colleghi in un fondamentale articolo pubblicato su *The Lancet* nel 2009 hanno per la prima volta tentato una definizione al tempo stesso onnicomprensiva e specifica di salute globale, a cui molti oggi si rifanno: "salute globale è un'area di studi, ricerche e pratiche che ha come priorità il miglioramento della salute ed il raggiungimento dell'equità in salute per tutti nel mondo. La salute globale enfatizza l'ambito transnazionale, i determinanti di salute, le soluzioni

⁽¹⁾Institute of Medicine. The US commitment to global health: recommendations for the new administration. Washington DC, Dec, 15, 2008.

⁽²⁾Niblett DH. Global health factors of importance to Canadian mobile forces with a potential world-wide commitment. *Med Serv J Can* 1966; 22: 333-50.

⁽³⁾Marusi  A. Global Health- multiple definitions, single goal. *Ann Ist Super Sanit * 2013, vol.49 (1):2-3.

globali; coinvolge molte discipline delle scienze umane e promuove collaborazioni interdisciplinari; infine è una sintesi di prevenzione a livello di popolazione e di assistenza clinica a livello dell'individuo⁽⁴⁾. Prima di questa definizione, la salute globale era stata pensata o come mera conoscenza oggettiva (il corrente stato di salute globale) o come un obiettivo (un mondo di persone in salute, una condizione di salute globale) o un insieme di ricerca e pratiche (molte competenze e professionalità in campo) che lasciava in secondo piano le implicazio-

ni filosofiche e strategiche e le priorità per l'azione che medici, ricercatori, finanziatori e la popolazione in generale debbono mettere a disposizione per migliorare la condizione umana, compresa quella sanitaria. Koplan e collaboratori nel voler precisare il loro punto di vista cercano di distinguere gli ambiti di azione, i livelli di cooperazione, l'accesso alla salute e l'interdisciplinarietà propri della salute internazionale, della salute pubblica e della salute globale (tabella 1).

Tabella 1: Confronto tra Salute Globale, Internazionale e Pubblica (da Koplan et al., 4)

	Salute Globale	Salute Internazionale	Salute Pubblica
Riferimento Geografico	Si focalizza su problemi che direttamente o indirettamente interessano la salute ma che possono oltrepassare i confini nazionali	Si focalizza su problemi di salute di altri paesi rispetto al proprio, specialmente quelli di basso o medio PIL	Si focalizza su problemi che interessano la salute della popolazione di uno specifico paese o una specifica comunità
Livello di Cooperazione	Lo sviluppo e l'implementazione di soluzioni spesso richiedono una cooperazione globale	Lo sviluppo e l'implementazione di soluzioni solitamente richiedono la cooperazione di due paesi	Lo sviluppo e l'implementazione di soluzioni solitamente non richiedono una cooperazione globale
Individui o Popolazioni	Si occupa sia di prevenzione nelle popolazioni che di assistenza clinica degli individui	Si occupa sia di prevenzione nelle popolazioni che di assistenza clinica degli individui	Si focalizza principalmente su programmi di prevenzione per le popolazioni
Accessibilità in Salute	Un obiettivo primario è l'equità in salute nei vari paesi e per tutti gli individui	Cerca di assistere la popolazione di altri paesi	Un obiettivo primario è l'equità in salute all'interno di un paese o di una comunità
Range di Discipline	Elevati scambi interdisciplinari e multidisciplinari entro e oltre la comunità sanitaria	Considera alcune discipline, ma non dà molta enfasi alla multidisciplinarietà	Incoraggia approcci multidisciplinari, particolarmente tra le scienze sociali e sanitarie

⁽⁴⁾ Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy K, Rodriguez M, Sewankambo N and Wasserheit J for the Consortium of Universities for Global Health Executive Board. Towards a common definition of global health. *Lancet* 2009; 373 (9679):1993-5.

In estrema sintesi la salute internazionale, secondo gli autori, si focalizza soprattutto su problemi di salute quali le malattie infettive e tropicali e la salute materno-infantile in paesi a basso reddito, mentre la salute pubblica punta l'attenzione sulla salute della popolazione di uno specifico paese o comunità. Questo tentativo di razionalizzare e precisare i tre ambiti disciplinari ha sollevato contraddizioni e reazioni soprattutto dal punto di vista teorico, tanto che Fried et al. contestano la distinzione tra salute pubblica e globale e suggeriscono che "salute pubblica è salute globale per il bene comune"⁽⁵⁾. Kickbush semplifica la definizione di salute globale indicandola come "quell'insieme di problemi di salute che trascendono le barriere nazionali e governative e chiamano all'azione sforzi globali che determinano la salute delle persone"⁽⁶⁾, una definizione ritenuta troppo generica, passiva nella chiamata all'azione e che omette la necessità di collaborazione multidisciplinare e la ricerca. Macfarlane et al. descrivono salute globale come "miglioramento della salute in senso mondiale, riduzione delle disparità e protezione contro minacce globali che ignorano i confini nazionali"⁽⁷⁾, mentre Beaglehole e Bonita preferiscono utilizzare l'espressione "ricerca collaborative trans-nazionale ed azione per promuovere la salute per tutti" in cui *collaborativo* (o collettivo) enfatizza la globalità

dei problemi, la molteplicità dei determinanti di salute e la matrice complessa delle istituzioni coinvolte nel trovare soluzioni, mentre *promuovere* fa riferimento all'ampio raggio di strategie della sanità pubblica e della promozione della salute per migliorare il benessere di tutti, compreso il contrasto/sviluppo dei determinanti sociali, economici, ambientali e politici⁽⁸⁾. Il Global Health Enterprise degli Stati Uniti – che coinvolge molti settori (governativi e non), molte discipline (entro e oltre le scienze della salute) ed è caratterizzato dall'intersettorialità, interdisciplinarietà e collaborazione internazionale – assume che la salute globale abbia lo scopo di migliorare la salute di tutta la popolazione in ogni nazione promuovendo il benessere ed eliminando le malattie evitabili, la disabilità e la morte prematura. Inoltre, il moderno concetto di salute globale è inestricabilmente connesso al fatto che la salute è legata al più ampio concetto di sviluppo sostenibile e lotta alla povertà. Questi ambiziosi obiettivi possono essere ottenuti combinando la promozione della salute population-based con misure di prevenzione e di assistenza individual-level⁽⁹⁾. Molto stimolante e ricco di argute riflessioni teoriche è l'articolo di Bozorgmehr apparso su *Globalization and Health* nel 2010, dove puntigliosamente si argomenta, tra l'altro, intorno al senso della parola "globale" (mondiale,

⁽⁵⁾ Fried LP, Bentley ME, Buekens P, Burke DS, Frenk J, Klag MJ. Global health is public health. *Lancet* 2010;375:535-7.

⁽⁶⁾ Kickbush I. The need for a European strategy on global health. *Scand J Public Health* 2006;34:561-5.

⁽⁷⁾ Macfarlane SB, Jacobs M, Kaaya Ee. In the name of global health: trends in academics institution. *J Public Health Policy* 2008;29:383-401.

⁽⁸⁾ Beaglehole R, Bonita R. What is global health?. *Global Health Action* 2010;3:5142 DOI:10.3402/gha.v3iO.5142.

⁽⁹⁾ Institute of Medicine. The US Commitment to Global Health: recommendations for the Public and Private Sectors, Washington DC, May 2009.

oltre i confini nazionali, universale, olistico)⁽¹⁰⁾. La sezione dedicata alla salute globale del blog italiano saluteinternazionale.info punta molto sullo scambio di informazioni ed aggiornamenti, sulla formazione degli operatori e degli studenti, sulla necessità di umanizzare la medicina e di approfondire le interazioni tra salute e cultura. Nelle università italiane, negli ultimi anni, si è sviluppato notevolmente l'interesse per l'introduzione dell'insegnamento di "salute globale" nel curriculum di base degli studenti di medicina e non solo: a titolo puramente indicativo citiamo la facoltà di medicina e chirurgia dell'università di Perugia che da cinque anni offre attività didattica elettiva in salute globale con notevole successo di partecipazione ed apprezzamento da parte degli studenti e degli organi accademici, mentre negli Stati Uniti oramai circa due-terzi delle scuole mediche offrono corsi in salute globale (Association of American Medical Colleges, 2008). Da ultimo, occorre fare menzione al fatto che la discussione intorno al significato di salute globale riporta al centro dell'attenzione anche il riferimento al diritto alla salute espresso dall'OMS come "rivendicazione di un set di accordi sociali – norme, istituzioni, leggi, ambiente sostenibile – che possa assicurare il godimento di una vita saluta-

re; i vari stati hanno l'obbligo di garantire che il diritto sia esercitato senza discriminazioni e che vengano assunte deliberazioni concrete per la sua piena realizzazione (11) e per far sì che ognuno goda del più alto standard di salute fisica e mentale raggiungibile (12), cioè il diritto alla salute deve includere azioni essenziali di assistenza primaria, il minimo essenziale di cibo ed acqua salubri e sicuri e di farmaci essenziali (13). Il diritto alla salute, come tutti i diritti umani, impone il rispetto, la protezione e gli strumenti per la sua realizzazione di ogni cittadini in ogni luogo (intreccio indissolubile tra salute globale e diritto alla salute di ognuno) (14). Per chi ha a cuore la salute senza aggettivi delle popolazioni, questo dibattito può apparire come un mero processo di disvelamento di contraddizioni in ben stabiliti concetti e visioni; tuttavia l'approfondimento teorico intorno alla parola salute – globale, internazionale, pubblica – aiuta a precisare e guidare sempre di più gli orizzonti delle azioni da intraprendere. Al di là delle molteplici definizioni, a me sembra che la Global Health persegua l'obiettivo di migliorare il benessere delle persone e di ridurre le ineguaglianze in salute.

Liliana Minelli (lminelli@unipg.it)

⁽¹⁰⁾ Bozorgmehr K. Rethinking the "global" in global health: a dialectic approach. *Globalization and Health* 2010;6:19 DOI:10.1186/1744-8603-6-19.

⁽¹¹⁾ World Health Organization, Health Topics – Human Rights, available at <http://www.who.int/topics/human_rights/en/>.

⁽¹²⁾ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, December 16, 1966, S. Treaty Doc. No. 95-19, 6 I.L.M. 360 (1967), 993 U.N.T.S. 3. Art. 12, available at <<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>>.

⁽¹³⁾ UN CESCR, Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14 (2000): The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), available at <<http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/%28symbol%29/E.C.12.2000.4.En>>.

⁽¹⁴⁾ Wilson A, Daar AS. A survey of international legal instruments to examine their effectiveness in improving global health in realizing health rights. *J Law Med Ethics* 2013;41(1):89-102.

Contributi

Human rights as the basis for defining, measuring and promoting health

Maurice B. Mittelmark, Torill Bulla

Department of Health Promotion and Development, Faculty of Psychology, University of Bergen, Norway

Key words: health inequalities; human rights; health promotion

ABSTRACT

This paper describes methodology to measure health from a human rights perspective. We define 'unjust health gaps' as departures from normal functioning caused by violations of human rights. Normal functioning has previously been defined as functioning which is statistically typical in an age group of a sex of a species (a reference group). We add the condition that those composing a reference group for normal functioning must live under the environmental conditions that are critical to achieve normal functioning for the function in question. Using work by the WHO Multicentre Growth Reference Study, we illustrate the method for defining normal child physical growth. The *Convention on the Rights of the Child* states the right of children to grow up in a family environment, in an atmosphere of happiness, love and understanding, with access to health care services, and with caregivers who are informed about issues like the advantages of breastfeeding and good hygiene and environmental sanitation. WHO established an international reference group composed of breastfed children with non-smoking mothers and access to health care, to provide growth data to define normal and abnormal growth (stunting). This is a departure from the typical practice of choosing as a reference group those in a society living under the best socio-economic conditions. The rationale for this departure is that even those best off in a society may not live under the essential conditions for normal functioning. We show how this methodology can be used in health promotion settings such as schools and workplaces.

* Corresponding author e-mail: maurice.mittelmark@uib.no

I diritti umani come base per definire, misurare e promuovere la salute (*traduzione*)

Introduzione

Alcuni pensano che non sia saggio discutere la ricerca in promozione della salute nel quadro dei diritti umani, in quanto la loro arena è controversa ed altamente "volatile". Altri invece lamentano gli scarsi risultati in sanità pubblica siano dovuti alla non sufficiente attenzione ai diritti umani. Noi non possiamo ignorare il rapporto tra salute e diritti umani, tanto per la salvaguardia di una migliore salute che della difesa dei diritti umani. L'attenzione sulla salute potrebbe essere infatti essenziale per il successo dei movimenti per i diritti umani [...]. Gli operatori ed i ricercatori sanitari possono trovare quello spazio che è negato a molti degli attivisti per i diritti umani [...]. Evidenziare i rapporti tra salute e diritti umani nel campo della ricerca in promozione della salute potrebbe essere un nostro obbligo etico [...].

Questo lavoro, partendo da un discorso generale su salute e diritti umani, tende a dare una risposta ad una questione di prospettiva ma anche pratica: *se la promozione della salute riguarda anche i diritti umani, come possiamo misurare la salute nelle ricerche nella promozione di essa dalla prospettiva dei diritti umani?* [...]. I risultati della ricerca *Closing the gap in a generation* indicano tre punti di azione: migliorare le condizioni di vita di ogni giorno, assicurare una corretta distribuzione del potere, denaro e risorse, misurare i problemi, valutare le azioni e allargare le conoscenze di base. Questo lavoro vuole rispondere proprio al richiamo a ricerche importanti, specialmente nella necessità di misurare la salute in modo rilevante rispetto alla giustizia sociale ed ai diritti umani. E dobbiamo anzitutto affrontare il fatto che la promozione della salute ha una relazione incerta con il compito di definire o soltanto misurare la salute [...].

Mentre i concetti generali di salute sono adeguati alla vita di tutti i giorni, occorrono definizioni operative ai fini della misurazione [...].

Ecco perché è importante la chiarezza nel contesto nel quale iscriviamo la misura della salute: in termini generali salute e diritti umani, più precisamente il convincimento che le disuguaglianze in salute sono violazione dei diritti umani [...].

Le disuguaglianze in salute sono il risultato di un funzionamento "normale" causato dalla violazione dei diritti umani [...].

Il concetto di salute normale è definito in rapporto ad un'età, al sesso ed specie specifico al quale ciascuno appartiene [...]. Ma il problema critico è il seguente: Qual è il più appropriato gruppo di riferimento dal punto di vista dei diritti umani? Età, sesso e specie non sono caratteri abbastanza specifici. Un nuovo criterio deve essere aggiunto: il gruppo di riferimento (età, sesso, specie specifico) è quello di chi vive in un insieme di condizioni ambientali che sono *fondamentali per ottenere il normale funzionamento delle funzioni considerate*. Per la specie umana, la popolazione che vive in condizioni sotto-ottimali non può essere il gruppo di riferimento per definire la salute normale. Quando le condizioni ambientali basilari per il normale sviluppo sono assenti vuol dire che siamo in presenza della violazione dei diritti umani. E siccome alcune condizioni sono essenziali gli uomini hanno diritto ad esse.

Il diritto alla salute

Quelle appena espresse non sono certo idee nuove. Già oltre sessant'anni orsono l'art. 25 della Dichiarazione universale dei diritti umani diceva: *Ogni individuo ha diritto ad uno standard di vita adeguato alla salute ed al benessere proprio e della sua famiglia*.

In questo senso standard di vita non riguarda soltanto le condizioni materiali; si riferisce a tutte le condizioni richieste per la salute ed il benessere, nei limiti del caso e dei geni. Insomma, "diritto alla salute" vuol dire diritto a condizioni essenziali per la salute ed il benessere.

Vediamo ora alcuni esempi pratici di come la salute può essere gestita operativamente usando un quadro di diritti umani, rispetto alla salute dei giovani nel sud globale.

La crescita dei ragazzi

La figura 1a mostra (in qualche modo) una distribuzione normale ma il punto di partenza per leggere le informazioni è nell'angolo superiore sinistro, in quanto la partenza sono i diritti umani. La Convenzione sui diritti dell'infanzia del 1989 afferma il diritto dei bambini di crescere in un ambiente familiare, in un'atmosfera di felicità, amore e comprensione, con genitori od altri assistenti che siano informati di problemi come i vantaggi dell'allattamento al seno, l'igiene e il disinquinamento, i pericoli del fumo passivo e così via.

Guardando al centro alto della curva, i bambini che vivono in tali famiglie sono un ragionevole gruppo di riferimento per la (misura della, *nota del traduttore*) salute di un infante normale: coloro che si occupano di lui hanno abitudini sane e forniscono una buona assistenza. In molte delle misure della salute dobbiamo essere interessati a simili gruppi di riferimento, specificando bene il contesto della ricerca [...].

Un ipotetico gruppo di studio può essere collocato in molte parti del mondo con diffusa povertà, fame endemica, troppo breve periodo di allattamento al seno, ambiente malsano e scarse dotazioni igieniche, servizi sanitari scadenti, in generale povere forme di assistenza all'infanzia [...].

Quando la salute è definita con l'approccio ai diritti umani, i bambini possono essere definiti sani rispetto ad altezza per il sesso e l'età quando si collocano nel *range* di normalità presente in un gruppo di riferimento che gode delle condizioni di vita essenziali per la crescita dei giovani [...].

Questo approccio per lo studio dello sviluppo dell'infanzia è stato sviluppato dall'OMS ma è poco apprezzato al di fuori di un piccolo gruppo di esperti che operano in questo campo nel Sud Globale. Ricerche per sviluppare standard dell'accrescimento sono state condotte in speciali località del Brasile, Ghana, India, Norvegia, Oman e USA.

In questi Paesi hanno selezionato luoghi ottimali di studio con bassa mortalità infantile, alta proporzione di madri che allattavano al seno, Ospedali baby-friendly che offrivano sostegno all'allattamento al seno; Madri non fumatrici, senza carenze ambientali o di salute che potessero ritardare una crescita normale, con figli nati a termine [...].

In queste ricerche sulla salute dell'infanzia c'è un esempio completamente operativo di come il quadro dei diritti umani può essere usato per definire e misurare la salute. E' complicato, impegnativo, richiede tempo e ricerche di qualità veramente elevata [...].

Questo approccio basato sui diritti umani può essere fattibile per ogni altro parametro di salute che può essere misurato in modo affidabile e valido, comprendente la salute fisica, sociale, mentale nonché parametri di benessere. Può essere usato a livello individuale, familiare o di comunità. Diciamo "può" perché non siamo a conoscenza di altri esempi sviluppati completamente di questo approccio ai diritti umani per definire e misurare la salute. Possiamo immaginare come questo metodo possa essere applicato ad altri problemi di salute, oltre questo, e quindi mostriamo due altri esempi.

Bullismo a scuola

Il bullismo a scuola è nell'agenda quasi in ogni luogo, eccetto dove le scuole non ci sono - ma dove ci sono scuole lì c'è bullismo e vittime e miseria e sofferenza dovute ad esso. Secondo quanto stabilito dalla Convenzione sui diritti del ragazzo le scuole hanno l'obbligo di assicurare che la gestione corrente connessa con la sicurezza del ragazzo sia assicurata in modo coerente con sicurezza e umana dignità. Il gruppo di riferimento, in tal caso è composto da scuole (non da singoli individui) che forniscono ben documentati sicurezza, nutrimento e ambiente favorevole, senza alcuna tolleranza per il bullismo e con l'applicazione di interventi preventivi dimostratisi efficaci e funzionanti nel modo previsto.

(Il testo prosegue con l'elencazione di requisiti necessari, di cose da misurare e di standard di accettabilità, nota della red.).

Questi due esempi, uno già applicato sulla crescita ed uno ipotizzato sulla sicurezza dei ragazzi mostrano la fattibilità nel definire, misurare e monitorare la salute nel quadro dei diritti umani [...].

Luoghi di lavoro

I diritti umani non sono ancora stati codificati in dichiarazioni internazionali e convenzioni firmate dai rappresentanti politici delle nazioni. Raramente definizioni precise e vincolanti sui diritti umani possono essere trovate in statuti, leggi, regolamenti internazionali nazionali e locali [...].

Un esempio ci viene dalla Norvegia, nella legge sull'ambiente di lavoro in vigore mentre scriviamo si stabilisce che l'ambiente di lavoro deve soddisfare queste esigenze:

- il lavoro deve essere organizzato in modo da proteggere l'integrità e la dignità dei lavoratori per dare ad essi la possibilità di contatto e comunicazione fra di loro;
- i lavoratori non debbono essere esposti a violenza o altre condotte oppressive e per quanto possibile debbono essere protetti dalla violenza, minacce e stress dovuti al contatto con gli altri [...].

I luoghi di lavoro che soddisfano tutte queste esigenze possono dunque essere presi come gruppi di riferimento e in tal modo possono essere stabilite le misure di base per identificare i lavoratori svantaggiati anche

relativamente al benessere ed alla qualità della vita. Possono anche offrire la base per documentare le differenze fra i livelli richiesti per la protezione dei lavori e livelli sotto-ottimali [...].

Conclusioni

Questo non vuole essere un banale appello ai ricercatori in promozione della salute di abbandonare i loro programmi e diventare discepoli dell'approccio diritti umani [...].

Tuttavia alcuni dei nostri sforzi debbono essere rivolti verso lo studio della salute come definita nella prospettiva dei diritti umani [...] e perché questo avvenga dobbiamo meglio educare noi stessi sul salute e diritti umani [...]. Dobbiamo evitare di continuare a parlare cercare una definizione di salute definitiva, ma piuttosto considerare solo quello specifico per quel gruppo specifico [...].

Quando affermiamo che la salute è un diritto umano, usiamo una scorciatoia per dire che la gente ha il diritto di vivere nelle condizioni che sono fondamentali affinché sia completamente soddisfatto il loro potenziale umano. Dunque dobbiamo preferire gruppi di riferimento dei quali siano rispettati i diritti rilevanti e non solo i gruppi nelle società che hanno il maggior vantaggio economico e materiale. E fare il paragone tra il gruppo di riferimento e quello allo studio [...].

Introduction

Some think it is unwise to discuss health promotion research in the framework of human rights, because the human rights arena is controversial and highly volatile. As Gruskin (2006) points out, some even blame poor public health results on 'unnecessary attention to human rights'. Yet we cannot and should not try to escape the health and human rights connection, both for the sake of better health and for the sake of

protecting human rights. A focus on health may be critical to the success of the human rights movement. Farmer (2003) calls attention to the esteem in which public health and medicine are held, which provides openings into human rights work that may otherwise not exist. Health workers and health researchers may have space to act for human rights that is denied to many human rights activists. As Farmer (2003) writes, a '*...focus on health offers a critical new*

dimension to human rights work and is a largely untapped vein of resources, passion, and good will. To avow the connection between health and human rights, also in the health promotion research arena, may therefore be our ethical obligation. There is, of course, complexity in the health and human rights connection. Working for health may sometimes seem to violate human rights, as when the rights of some are trampled to protect the health of others, as can happen when epidemics break out. Yet such instances do not cancel the overwhelmingly positive relationship between health and human rights. Aside from the reticence that some express about approaching health promotion from a human rights perspective, a great many scholars have engaged these topics in tandem (recent contributions include Bustreo and Doebbler, 2010; Mann and colleagues, 2011; Nolan, 2010; Taket, 2012). The pages of this Journal have been particularly rich on this subject, with over 280 papers of various kinds published over the years. In this rich context, the present paper does not aim to contribute to the general discussion about health and human rights; the position that they are inextricably intertwined is taken for granted. Rather, this paper aims to move from the general health and human rights discourse to suggest one answer to a straightforward and highly practical question: *if health promotion is about human rights, how can we measure health in health promotion research, from a human rights perspective?*

This is a question that has currency for two reasons. First, human rights are high on the agenda of health promotion practitioners and researchers out in the field, evidenced by recent research showing that fully three-quarters of the membership of the *International Union for Health Promotion and Edu-*

cation that participated in a survey view human rights declarations as being an essential foundation for a code of ethics for health promotion (Bull, Riggs and Ncho-gu, 2012).

Second, human rights are also on the agenda of those in the forefront of health advocacy, amongst others the prestigious *WHO Commission of the Social Determinants of Health*. Its 2008 report *Closing the Gap in A Generation* (CSDH, 2008) makes an evidence-based, scientific, yet passionate plea that we take effective action to close the health gap by 2040:

'{The health gap}...does not have to be this way and it is not right that it should be like this. Where systematic differences in health are judged to be avoidable by reasonable action they are... unfair...putting right these inequities... is a matter of social justice... social injustice is killing people on a grand scale.'

The report has as its pinnacle three calls for action: we must improve the conditions of daily life, we must insure a fair distribution of power, money and resources, and we must measure the problem, evaluate actions and expand the knowledge base. It is this last action area, a call for relevant research, to which this paper responds, and especially the need for the *measurement* of health in ways relevant to social justice and human rights.

We first have to confront the fact that health promotion has a troubled relationship with the task of defining, yet alone measuring health. Our text books on health promotion focus mainly on techniques for *promotion* and the little space they give to the meaning of *health* is confusing. Some scholars emphasise that the meanings of health differ greatly across various health care disciplines (Koelen and van den Ban, 2004),

therefore any search for a single definition is simply misguided. Yet others see danger, such as Lupton (2003), who has written *'the official definitions and interpretations of health attempt to impose a version of health that is to the advantage of the state.'* In the same vein a decade earlier, Antonovsky (1979) wrote:

'The WHO definition does not speak of physical (and perhaps even emotional) well-being as being shaped by or as interacting with social wellbeing. It declares flatly that everything people feel about their state of well-being is part of health and hence within the province of the health institution. From here, it is but a minuscule jump to saying that all aspects of a person's well-being are appropriately under the control of those who control the institution.' (ibid, p. 52-53).

A more practical tone, with which our thinking is aligned, is sounded by Huber, et al (2011), who point out that while general conceptions of health are adequate in daily life, operational definitions are needed for measurement purposes. As measurement in research is specific to tightly-formulated research questions, many operational definitions of health are needed to satisfy many research contexts. So, if health can only be defined in context-specific ways, what is vital is *defining the context*; the definition of health will more easily follow.

That is why it is important to be clear about the context in which we write about the measurement of health: the context is health and human rights generally, and more specifically, the contention that unjust health gaps are violations of human rights. By the term 'unjust health gap' we mean any departure from normal functioning that is caused by violations of human rights. Others use the term 'health gap' much more broadly. For example, health differences between

different social strata are termed 'social gaps in health', which may or may not follow from injustice. But the present interest is in defining health in the confined context of human rights, so the concept of 'health gap' is narrowed to the term 'unjust health gap'.

An unjust health gap is a departure from normal functioning that is caused by violations of human rights. Breaking that down into its two parts, we give to the term 'normal functioning'

precisely the same meaning as does Boorse in his infamous Biostatistical Theory (Boorse, 2010). He writes that normal functioning is that which is statistically typical in an age group of a sex of a species. For any health measure – for example how many push ups you can do – whether you have 'normal functioning' or not depends on how you perform compared to the appropriate reference age and sex reference group. Health, according to the Biostatistical Theory, is 'statistically typical' functioning – what does Boorse mean by that? He used the normal curve to explain, showing that at some cut-point to the left of the curve, one stops being normal and becomes pathological. Similarly, at some point to the right of the normal curve one stops being normal, and is perhaps best described as having 'positive health'. He is not explicit about the cut-points for normality or how they may be set.

In life, we deal with the idea of health as normal functioning all the time. After taking your blood pressure, your physician may say 'within normal limits'. Alternatively she might say 'it is borderline high, let's check it again in a month'. Or, 'your blood pressure is quite high and we need to start treatment now to get this under control'. Cut-points for defining what is nor-

mal and what is abnormal take into consideration developing measurement technology, advancing medical knowledge, political decisions about what we should treat and what we should not, one's age and gender, the patient's general condition and medical history, and so forth. The point is, the range of functioning defined as normal is somewhat arbitrary. Normality is a social construction, to suit our human purposes, and alter at will, also to suit our purposes. Boorse has nothing to say about the appropriate reference group for defining normal health, except to say that it is defined with respect to the meaningful age-, sex- and species-specific group to which one belongs (Boorse, 2010). It is at this point that a definition of health in the context of human rights must take a departure from Boorse. The critical issue is this: what is the right reference group from a human rights perspective? Age, sex and species are not a specific-enough delineation. To these we must add a new criterion: The reference group is an age-, sex- and species-specific group living under the set of environmental conditions that are *critical to achieve normal functioning for the function in question*. For the human species, when critical environmental conditions for normal growth are absent, the people living under those sub-optimal conditions cannot be the reference group for normal health. When the critical environmental conditions for normal growth are absent, there is a violation of human rights. It is because the certain conditions are critical that humans have a right to those conditions.

The right to health

These are certainly not new ideas. Sixty-three years ago, Article 25 of the Universal Declaration of Human Rights (UN Gene-

ral Assembly, 1948), expressed the idea this way: *'Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and his family...'*.

Standard of living in this sense does not refer merely to material conditions; it refers to all the conditions of living needed for health and well-being, within the bounds of chance and genes. So, the 'right to health' refers to the right to the conditions essential for health and well-being. We now turn to a practical example of how health can be operationalized using a human rights framework, having to do with child health in the Global South.

Child growth

Figure 1a shows a (somewhat) normal distribution, but the starting point for examining the information in Figure 1a is in the upper left corner, because the starting point is human rights. The *Convention on the Rights of the Child* (UN General Assembly, 1989) states the right of children to grow up in a family environment, in an atmosphere of happiness, love and understanding, with parents or other caregivers who are informed about issues like the advantages of breastfeeding, hygiene and environmental sanitation, the dangers of second hand smoke, and so forth. Moving to the top centre, infants in such families are a reasonable reference group for normal infant health; their caregivers have healthy habits and provide good childcare. In such a reference group we may be interested in many health measures, and it is important to be specific about the research context. In this case the measure is height-for-age, which is an excellent marker for child health generally. The infants who compose this reference group will vary in height at every age and also by gender. On the right of the curve, after

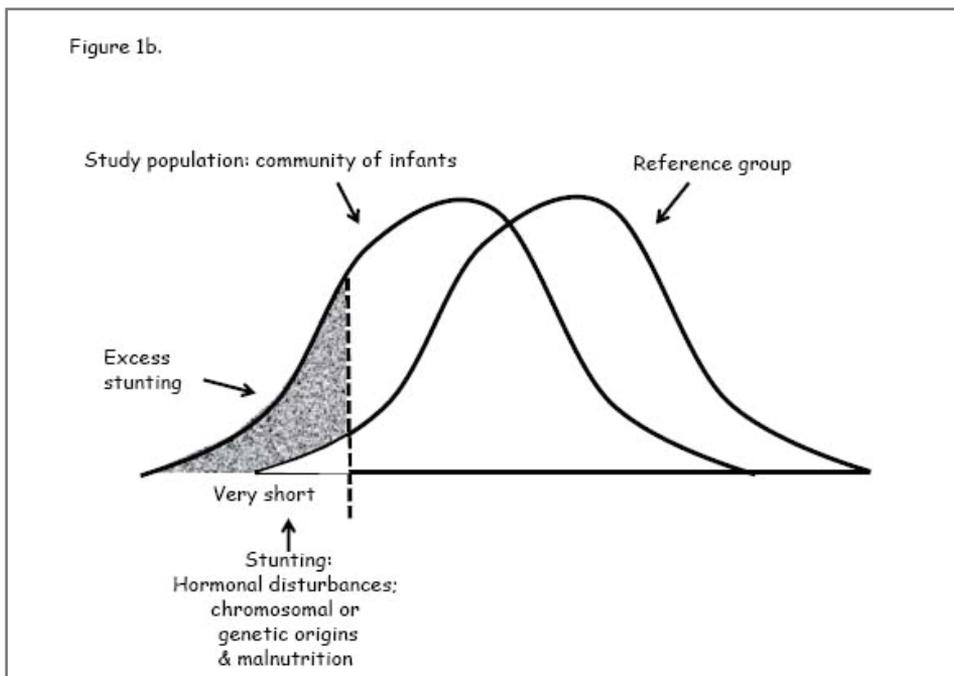
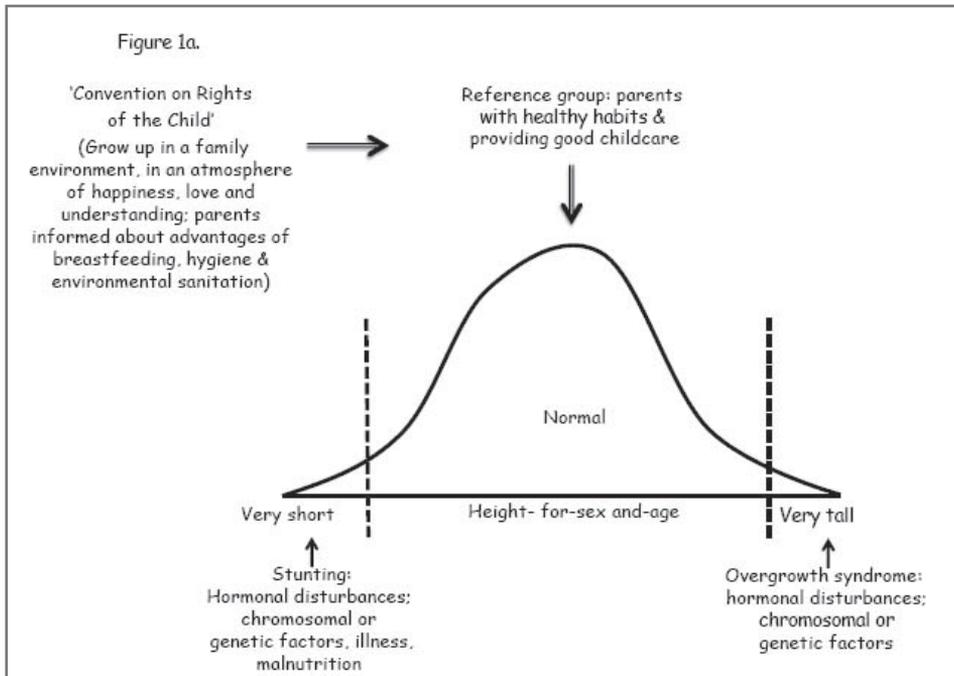
taking age and gender into account, some infants will be extremely tall, perhaps due to hormonal disturbances, genes or other factors. On the left of the curve, some infants will be extremely short, due perhaps to hormonal disturbances, genetic factors, chronic illness and/or under-nutrition. Infants in the middle range are defined as normal, even if there is a large range of variation. With regard to the measure of interest, height-for-age, these children are healthy. The cut-points for being larger than normal and smaller than normal are set in an arbitrary but thoughtful way. In the case of child growth it is common to define abnormal shortness (stunting) in terms of distance from the median of the normalised distribution of the reference group, at -2, -2.5, or even -3 Standard Deviations from the median. These or other cut-points will be chosen based on the specific research problem that is being addressed.

Returning to Figure 1a, this methodology produces an expected rate of abnormality when conditions are optimal. In the case of child growth, about 2.5 percent of children in the reference group are classified as stunted, when a cut-point of two Standard Deviations from the median is used. This 2.5 percent may be thought of as the expected base rate of stunting, among children living under the conditions that are essential for normal growth. Figure 1b has two curves, with the curve to the right being that of the reference group, and the curve to the left being that of some hypothetical study group, with a great many more stunted children than in the reference group. This hypothetical study group could be located in many parts of the world with widespread poverty, endemic hunger, too-short breastfeeding periods, unsafe environments and unsanitary conditions, poor health care, motherless

infants due to high maternal mortality, and poor infant care practices generally. Interventions in the study group area to provide all children with sufficiently nurturing environments would, hopefully, narrow or even eliminate the gap between the rate of stunting in the reference group and the study group. A stimulus to take remedial action is the knowledge that the excess rate of stunting in the study group is great, as shown by the shaded area in Figure 1b. Continuing surveillance would document an eventual narrowing, widening, or unchanging excess rate of stunting in the study group compared to the reference group.

That is how health is defined using a human rights approach: infants are defined as healthy with regard to their height for their sex and age, if they are within the normal range as defined in a reference group which enjoys the critical living conditions for infant growth. Even when the conditions are right, some children will be extremely short and others extremely tall. The cut-off for what is normal and what is not is derived from a knowledge-based consensus amongst experts, and the definition of normality will change over time as new knowledge becomes available. The cut-points have no important meaning for the individuals involved, but they do have relevance for policy-makers, public health professionals and health promoters. While cut-points are arbitrary as already pointed out, general agreement about such cut-points permits comparisons of studies from place to place and from time to time, and allows researchers to track trends in health.

This prescriptive approach to the study of infant growth has been developed by WHO, but it is little appreciated outside a small circle of experts working in the child growth arena in the Global South (de Onis, et al.,



2004). The research to develop the growth standards took place in selected locations in Brazil, Ghana, India, Norway, Oman, and the USA. In these countries, de Onis and her international team selected study sites with low infant mortality, with a high proportion of mothers with good breastfeeding practices, and having facilities such as Baby-Friendly Hospitals that provided support for breastfeeding. Within these supportive localities, the researchers selected mothers who were non-smokers and had no health or environmental or economic constraints that would hamper normal child growth, who were willing to breastfeed, and who had babies that were born within normal term. There were other selection criteria, but these were the main criteria used to define a reference group within which to chart normal infant growth. As would be expected in scientific work on child growth, key concepts and terms include anthropometry, child nutrition, childhood growth, growth curves, growth references, infant feeding practices and infant growth... and perhaps less expectedly, also human rights. Furthermore, WHO could not have been more explicit that the road travelled was a human rights road. In their Preface to the WHO scientific publication in which this work is presented in detail, WHO Director General Jong-wook Lee and United Nations University Rector Hans van Ginkel wrote, as their very first words,

'Among the indisputable rights of children is the right to health. Without respecting this right and providing the necessary resources to secure it, we cannot hope to achieve any of the major development goals the world has united around in the United Nations Millennium Declaration.' (Lee and van Ginkel, 2004).

So, what we have in the case of WHO's

research in infant health is a fully worked example of how a human rights framework can be used to define and measure health. It is complicated, it is time consuming, it requires painstaking research of very high quality. But it can be done. Some might be sceptical that this is a call for anything new in health promotion research, and point to lots of recent studies on the social gradient in health, showing that health inequalities are associated with inequalities in living conditions. But there is something new in the human rights approach, and it has to do with the definition of the reference group. The common approach is to divide a study sample into social strata based on level of income, or education, or occupation, select the most advantaged stratum as the reference group, and compare that group's health with the health in less advantaged strata. The logic of this approach is stated succinctly by Braveman and Gruskin (2003): 'We believe that the highest attainable standard of health can be understood to be reflected by the standard of health enjoyed by the most socially advantaged group within a society.' But they go on to write, 'One could argue that, given sufficient resources, the highest attainable standard could be far greater than that currently experienced by even the best off group in a society.' Indeed, that is precisely the consideration that led to the development of the prescriptive WHO child growth measurement approach, with age and sex reference groups selected based on access to critical conditions for healthy growth, rather than relative social and material standing within a society. Focusing on relative standing within a society with the best-off group as the reference might lead to an ill-founded satisfaction with the status quo if the best-off group does not have access to critical conditions for

development of health. A reduction of inequities in health within a society by this approach could still leave a significant and unjust gap compared to groups outside that society, or more precisely – to health potential given critical conditions for health. To quote the Ottawa Charter: *'Health promotion action aims at reducing differences in current health status and ensuring equal opportunities and resources to enable all people to achieve their fullest health potential.'* (WHO, 1986). The human rights-based approach outlined here should be feasible for any health parameter that can be measured reliably and validly, including physical health, social health, mental health and well-being parameters. The approach should be usable at the levels of individuals, families and communities. We write 'should' because we are unaware of other fully worked examples of this human rights approach to defining and measuring health. Yet we can imagine how this method could be applied to health issues other than child growth and we sketch two examples below.

Bullying in schools

Bullying in schools is on the agenda just about everywhere, except places where children have no schools to go to – but where there are schools, there are bullies, and there are victims, and there is misery and suffering due to bullying. The Convention on the Rights of the Child (UN General Assembly, 1989) states that every child has the right to be safe from bullying, violence and the fear of violence from their peers. Therefore, schools have the obligation to ensure that school routines connected to child safety are administered in a manner consistent with the child's safety and human dignity. The reference group in this regard is composed of schools (not individuals) that

provide a documentable safe, nurturing, and socially-supportive environment, with no tolerance for bullying and tested-effective bullying prevention interventions in place and functioning as designed. The minimum standard might be that a school must meet the criteria for membership in a Health Promoting Schools network. Even in the most successful health promoting school, the social climate for the students will vary; many will experience school as wonderfully supporting and safe, but some will be bullied despite the best efforts of the school. The health measure is the rate of bullying at the school level, with bullying defined by an agreed standard (see for example the universally -accepted definition of Olweus [1993, p. 8-9]). The aggregate rate of bullying in reference schools establishes the base rate of bullying that society may not find acceptable, but must nevertheless tolerate, at least until more effect interventions are deployed. As the science and art of bullying prevention advances, new research will establish new, hopefully ever-lower base rates of bullying, and new standards will supplant older standards.

Compared to the reference group, study populations of schools may have higher rates of bullying (or not), and if study populations of schools with higher than base rates of bullying have not acted sufficiently to assure a safe social climate, bullying in those schools is a health problem that is due to a violation of children's rights. The degree of the violation can be quantified and tracked overtime, to determine if bullying trends are improving, remaining stable or worsening. Such surveillance would assist schools to set and monitor targets for improvement and stimulate intervention to reach targets. If, for example, the base rate of bullying in reference schools is 2 percent,

and research reveals a rate of 20 percent in study schools, the excess rate of bullying is 10 times the base rate.

These two examples, a worked example on child growth and a conjectural example on child security, illustrate the feasibility of defining, measuring, and monitoring health using a human rights framework. Within this framework, health is defined as the normal state of any given health measure in a reference group for whom the critical conditions for that measure are satisfied. The critical conditions will vary from health measure to health measure and from context to context. Health must therefore always be defined in context, and specifically, with reference to people having access to the critical conditions for the health measure in focus.

Workplace

Human rights are not just codified in international declarations and conventions signed by nations' political representatives. Far more binding and precise statements of human rights are found in international, national, regional and local statutes, laws, court rulings and regulations. When these are sound from a human rights perspective, they may provide firmer bedrock for defining health than vaguer international human rights declarations. An example from Norway is the national Law on work environment in force at the time of this writing. Paragraph 4, Section 2 of the Law states that the work environment must meet these requirements:

- Work shall be organised in ways that protects the worker's integrity and dignity.
- Work shall be shaped to give workers the possibility for contact and communication with other workers
- Workers shall not be exposed to harass-

ment or other excessive conduct

- Workers shall, as far as possible, be protected from violence, threats and invidious stress due to contact with other people.

It should not take great imagination to envision how these codified rights could be the foundation for research on workplace health promotion. Research on worker well-being and quality of life, for example, might initially examine worker experience with regard to these four requirements, perhaps in an entire employment sector or industry. Workplaces scoring very well on meeting all these requirements could then be constituted as a reference group, and base rates of poor worker functioning (with regard to well-being and quality of life) be established through research in the reference group workplaces. This would also provide the basis to document gaps in the industry, between required levels of worker protections and sub-optimal levels of protection. Excess rates of poor functioning could then be calculated, with the results of this surveillance used to stimulate improvements in industry-wide work environments.

Summary

This paper is not a naïve call for health promotion researchers to abandon their present programmes of research and become disciples of a human rights approach. Health promotion research must address a wide range of health endpoints, including positive health, but including also disease and disability endpoints, using the established research frameworks and methods, and with health operationalized in the ways that are currently common and accepted. But some of our effort should be shifted to the study of health as defined from the human rights perspective, wherein health is defined as the

normal condition of people having access to the critical conditions for health. For this to happen, we, the health promotion research community, will have to better educate ourselves about health and human rights. Our conferences should increase emphasis on health and human rights and our journals should devote more space to the subject. In the context of our research, we should cease endless debate about the meanings of health and agree that health is only definable for specific measures and in specific contexts, and that this is perfectly ok. We do not mean the contexts of people's daily lives; we mean the contexts of the research problems we tackle. Within the framework of specific health measures and research contexts, we should define health as

the normal state in a reference group living under the critical conditions for health. When we say that health is a human right, we are using shorthand to say that people have the right to live under the conditions that are critical if their human potential is to be fulfilled. Therefore, we should prefer reference groups whose relevant rights are respected, and not just the groups in a society who have the most economic and material advantage. We should make the appropriate measurements in the reference group, and also in study groups, and make comparisons. Finally, we should engage in health promotion, including advocacy, with the goal that all people should enjoy the critical conditions required to enjoy health.

REFERENCES

- Boorse C. A rebuttal on health. In: J. M. Humber, and R. F. Almeder, eds. *What is disease?* New Jersey: Humana Press 2010; 1-134.
- Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003; 57: 254-258.
- Bull T, Riggs E, Nchogu S.N. Does health promotion need a Code of Ethics? Results from an IUHPE mixed method survey. *Global Health Promotion* 2012; 19 (3): 8-20.
- Bustreo F, Doebbler C.F. Making health an imperative of foreign policy: the value of a human rights approach. *Health and Human Rights* 2010; 12(1): 47-59.
- CSDH Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
- de Onis M, Garza C, Victoria CG, Bhan MK, Norum K.R. eds. *The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): Rationale, planning and implementation.* Food and Nutrition Bulletin 2004; 25(1): S3-S84.
- Farmer P. *Pathologies of power: health, human rights and the new war on poverty.* Los Angeles: University of California Press; 2003.
- Gruskin S. Rights-based approaches to health: something for everyone. *Health and Human Rights* 2006; 9(2): 5-9.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Peonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JWM, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? *BMJ* 2011; 343:d4163 doi: 10.1136/bmj.d4163.
- Lee J, van Ginkelde H. Preface. In: M. Onis, C. Garza, C.G. Victoria, M.K. Bhan, K.R. Norum, eds. *The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): Rationale, planning and implementation.* Food and Nutrition Bulletin 2004; 25(1): S3-S84.
- Lupton D. *Medicine as Culture, Second Edition.* London: Sage publications 2003.
- Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, Annas GJ.

- Health and human rights: a reader. New York: Routledge; 2011.
- Nolan A. Global health and human rights: legal and philosophical perspectives. New York, Routledge; 2010.
 - Olweus D. Bullying at School. What We Know and What We Can Do. Oxford: Blackwell Publishers; 1993.
 - Taket A. Health equity, social justice and human rights. New York: Routledge; 2012.
 - UN General Assembly. Universal declaration of human rights. Resolution adopted by the General Assembly 10, 1948; no. 12.
 - UN General Assembly. Convention on the Rights of the Child, 20 November 1989, United Nations, Treaty Series, 1989; vol. 1577, p. 3, available at: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b38f0.html> [accessed 12 March 2013].
 - WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa Canada; 1986.

La sostenibilità degli interventi di promozione della salute: risultati di una ricerca valutativa¹

The sustainability of health promotion projects: results of an evaluation study

Donatella Belotti, Giancarlo Pocetta, Laura Pilotto

Donatella Belotti

Dipartimento di Prevenzione - A.S.S. n.4 "Medio Friuli" Udine

Giancarlo Pocetta

Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria - Università degli studi di Perugia

Laura Pilotto

Dipartimento di Prevenzione - A.S.S. n. 4 "Medio Friuli" Udine

Parole chiave: sostenibilità, promozione della salute, progettazione, valutazione di qualità, stili alimentari

RIASSUNTO

Obiettivo: presentare il concetto di sostenibilità con particolare riferimento alla promozione della salute attraverso i principali autori che si sono soffermati su questo tema; elaborare un approccio empirico alla valutazione della sostenibilità nell'ambito di un progetto comunitario di promozione di stili alimentari appropriati.

¹ Questo articolo sintetizza i risultati di un più ampio lavoro svolto per la preparazione della tesi di Master di I Livello in "Progettazione Coordinamento e Valutazione di interventi integrati in promozione ed educazione alla salute" da parte della dott.ssa Donatella Belotti. Il Master è stato svolto nell'Anno Accademico 2009-2010 presso il Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria dell'Università di Perugia. Relatore della tesi: prof. Giancarlo Pocetta.

Un abstract dello studio è stato presentato nella 2° edizione della manifestazione nazionale realizzata nell'ambito delle iniziative previste dal programma Guadagnare Salute "Le sfide della promozione della salute dalla sorveglianza agli interventi sul territorio" (Venezia, 21 giugno 2012).

Metodologia: revisione della letteratura scientifica; elaborazione e somministrazione di un questionario destinato agli stakeholders del progetto.

Risultati: la sostenibilità è un concetto multidimensionale che si articola intorno a tre ambiti chiave: fattori legati alla progettazione e gestione dell'intervento, agli attori organizzativi, e al contesto in cui si colloca l'intervento. Il questionario basato su questi assunti ha mostrato una discreta affidabilità sia nella fase di somministrazione sia nella capacità di rilevare dati all'interno delle tre aree individuate. Fattori critici sono stati individuati in: variabilità e frequente avvicendamento nella composizione degli stakeholders; gestione dei momenti e dei luoghi di confronto intersettoriale; sul piano valutativo, l'adozione di una solida base teorica.

Discussione e conclusioni: la ricerca oltre a fornire una sistematizzazione teorico metodologica del concetto di sostenibilità applicato al settore della promozione della salute, ha evidenziato come l'inclusione di questa dimensione nella valutazione dell'intervento abbia determinato una consapevolezza maggiore negli attori coinvolti. In questo si ravvisa un contributo allo sviluppo di empowerment comunitario oltre che una facilitazione all'adozione di un approccio intersettoriale.

Key words: sustainability, health promotion, health promotion planning, quality assessment, healthy nutrition

SUMMARY

Objectives: to present the concept of sustainability, with emphasis on health promotion, through a review of the main authors who have focused on this issue; to develop an empirical approach to the evaluation of the sustainability of a community project promoting healthy eating habits in schoolchildren.

Methodology: review of the scientific literature, development and use of a questionnaire directed to the project's stakeholders.

Results: sustainability is a multidimensional concept that focuses on three key areas: factors related to the design and management of the project, to the organizational actors, and to the context in which the intervention takes place. The questionnaire developed from these assumptions showed a discrete reliability during the phase of administration and in the ability to detect data within the three areas identified. Critical factors have been identified as: diversity in the composition and participation of the stakeholders, management of time and places for project development, and, at the evaluation level, the adoption of a solid theoretical foundation.

Discussion: this research, in addition to providing a theoretical and methodological framework of the concept of sustainability applied to health promotion, shows that the inclusion of this dimension in the evaluation has led to a greater awareness in all the stakeholders involved. This can be viewed as a step in the development of community empowerment as well as facilitating the adoption of an intersectoral approach.

Introduzione

In un contesto di limitazione delle risorse destinate alle politiche pubbliche per la salute, risulta necessario valutare la sostenibilità di programmi ritenuti "teoricamente" efficaci.

In particolare per la Promozione della Salute, in cui è alta la complessità degli interventi e sono molti i fattori in gioco nel determinare la flessibilità.

Per questo è necessario sviluppare una mag-

giore comprensione del concetto di sostenibilità e dei fattori specifici che lo costituiscono e sperimentare degli approcci operativi efficaci rispetto a programmi concreti. Il presente articolo propone un contributo in entrambi i settori; nella prima parte verrà presentata una rassegna dei principali modelli teorici di sostenibilità e di alcuni risultati di ricerche internazionali, nella seconda parte verranno presentati i risultati di un'esperienza di un approccio alla sostenibi-

lità in un progetto di promozione degli stili alimentari in ambito scolastico a distanza di cinque anni. Il progetto denominato “Merenda per tutti” ha interessato i Comuni dell’Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 “Medio Friuli” aderenti alla rete regionale di Città Sane.

Definizioni, Modelli, Evidenze

Nel Glossario dei termini della Valutazione, il significato di “sostenibilità” è il seguente: “La permanenza dei benefici sui destinatari e sul territorio anche dopo la conclusione di un programma”. Lo stesso testo include la sostenibilità tra gli elementi che sono necessari per valutare la qualità di un intervento sottolineando che essa dipende dalle caratteristiche del contesto specifico e del mandato valutativo (1). Anche l’OMS (2) ha proceduto a definire la sostenibilità nel campo della Promozione della salute come: “Le azioni sostenibili di promozione della salute sono quelle in grado di mantenere i propri vantaggi per le comunità e le popolazioni oltre alla loro fase iniziale di implementazione”. Altri autori hanno definito la sostenibilità di un programma in diversi modi tra cui: sopravvivenza, continuazione, mantenimento, istituzionalizzazione, incorporazione, integrazione e routinizzazione. Shediac-Rizkallah e coll. (3), in particolare, danno 6 definizioni di sostenibilità, dividendole poi in 3 gruppi:

- livello individuale: sostenibilità come capacità di continuare a produrre benefici per la popolazione target ed estenderli a nuovi utenti (enfasi sui benefici);
- livello istituzionale: sostenibilità come istituzionalizzazione e cioè la continuazione delle attività nell’ambito dell’istituzione che ha implementato il progetto, adattandosi nel tempo alle nuove esigenze dell’ente;
- livello comunitario: sostenibilità come un processo che sviluppa la capacità della co-

munità di continuare le attività e iniziative anche quando il promotore originale non è più partecipe (o diminuisce significativamente la sua partecipazione) (empowerment).

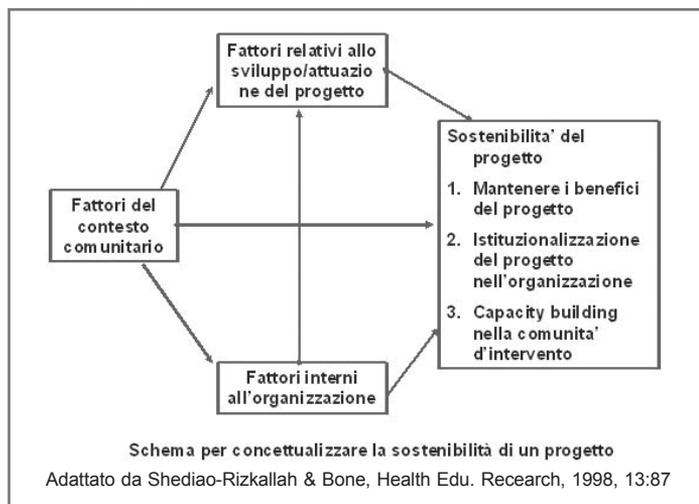
In ogni caso, concludono gli autori, la sostenibilità è un concetto multidimensionale, dinamico che include tutti i vari processi di continuazione di un progetto.

Gli stessi inoltre sviluppano uno schema, ripreso poi da molti altri autori, che illustra i fattori che possono incidere, positivamente o negativamente, sulla sostenibilità di un progetto. Come si può notare nella fig.1, si possono distinguere 3 categorie relative a fattori del project design e attuazione, del setting istituzionale e della comunità.

Savaya et al. (4), riprendendo questo schema, illustrano le categorie come segue:

- fattori relativi al project design e attuazione
 - il modello teorico su cui si basa l’intervento
 - l’efficacia dimostrata dei risultati
 - la flessibilità del progetto o capacità di adattarsi al contesto
 - la capacità delle risorse umane impiegate (preparazione e formazione)
 - le strategie economiche per finanziare il progetto
- un processo continuo di valutazione
- fattori relativi al setting istituzionale
 - la stabilità e flessibilità delle istituzioni che implementano il progetto, incluso la capacità di integrazione
 - la presenza di un “program champion” che promuove attivamente il progetto
 - il supporto e la flessibilità a livello decisionale (manager, etc.)
 - integrazione del progetto nelle attività correnti dell’istituzione
- fattori relativi alla comunità
 - supporto della comunità in senso lato per il progetto

Fig. 1 - La Sostenibilità di un progetto: schema concettuale



- legittimazione politica, ovvero il supporto delle amministrazioni ai vari livelli (comunale, regionale etc.)
- il contesto socio-economico: altre priorità, competizione da altri progetti, disponibilità di risorse.

Sulla base della loro revisione della letteratura essi aggiungono anche una quarta categoria che concerne il “funding body”, e cioè le caratteristiche dell’ente che ha sponsorizzato inizialmente il progetto che, per proprie ragioni, potrebbe richiedere una progettazione della sostenibilità a priori o, al contrario, prevedere una fase di cessazione. Sulla base di questi contributi pertanto, la sostenibilità si presenta come un continuum lungo il quale posizionare i programmi sotto osservazione.

L’Health Communication Unit di Toronto (5) identifica 8 principi fondamentali da considerare nel definire la sostenibilità (o meno) di un programma:

- La Sostenibilità è un elemento importante nel processo di cambiamento di un comportamento.
- La Sostenibilità è essenziale per il successo

di un progetto di promozione della salute ed è un componente chiave della progettazione.

- La Sostenibilità è possibile, probabile e desiderabile.
- Progettare per la sostenibilità nell’arco della vita del progetto migliora la sua attuazione.
- Gli Approcci alla sostenibilità includono elementi di sviluppo di risorse che non si riferiscono solo ad aspetti economici, anzi potrebbero addirittura non includerli.
- La valutazione è fondamentale per la sostenibilità perché solo gli elementi efficaci di un progetto dovrebbero essere sostenuti.
- I Componenti che vengono sostenuti possono sembrare diversi da quello che erano all’inizio.
- Non tutti i progetti o attività meritano di essere sostenuti.

Nel 2009 l’Altarum Institute (6), su commissione dell’U.S. Department of Health Services (HHS), ha condotto un’approfondita revisione della letteratura sulla sostenibilità dei programmi/progetti relativi alla Pro-

mozione della Salute, concludendo che non esiste un consenso sulla definizione e concettualizzazione della sostenibilità, ma identificando 5 modelli che sintetizzano le varie tipologie di sostenibilità ed i fattori associati in termini di input e attività.

Tuttavia, anche se manca un consenso su una precisa definizione del concetto, sfogliando la letteratura si possono trovare elementi in comune che identificano i fattori che facilitano la sostenibilità di un progetto quando l'input iniziale viene meno. L'Altarum Institute infatti nota che, esaminando tutti i modelli riportati nella letteratura, gli elementi comuni vanno oltre la necessità di reperire fondi per continuare, anzi altri fattori sono più importanti nel dimostrare il valore del progetto. Tra questi sono significativi: una buona base teorica, un'implementazione chiara e ben organizzata, un favorevole rapporto costo efficacia, la soddisfazione sia del target che dell'ente e, naturalmente, che i risultati prodotti siano quelli desiderati. Altri fattori includono anche la presenza di un soggetto che dimostri un elevato interesse nell'adozione e riuscita del progetto (champion) e infine lo sviluppo di una strategia di sostenibilità sin dall'inizio del progetto.

O'Loughlin et al. (7) hanno valutato la sostenibilità di circa 200 progetti, promossi dalla Canadian Heart Health Initiative, con un'indagine qualitativa che prevedeva la somministrazione di un questionario e interviste approfondite con i responsabili dei vari progetti. Le analisi dei risultati hanno dimostrato che gli interventi che non usavano personale retribuito o interventi integrati in setting già esistenti e finanziati avevano una probabilità di sostenibilità quasi quattro volte più grande. Inoltre gli interventi che avevano subito modifiche di adattamento durante la realizzazione avevano una probabilità quasi tre volte maggiore di continuare. Anche la

concordanza tra gli obiettivi dell'intervento e quelli dell'ente che attua il progetto (intervention-provider fit) era importante in quanto gli interventi che si adattavano bene alla mission, agli obiettivi e alle *routine* dell'organizzazione ospitante, avevano maggiori probabilità di rimanere attivi. Anche in questo caso, un fattore rilevante era la presenza di un champion.

Harvey e Hurworth (8) hanno valutato 2 programmi attuati nello stato di Victoria (Australia) che avevano prodotto ottimi risultati. Un progetto in tutte le scuole pubbliche riguardava la prevenzione dell'uso di sostanze ed era finanziato per 3 anni dal governo; l'altro, sull'alimentazione sana in un'unica scuola, proponeva un programma innovativo che richiedeva agli alunni (e alle famiglie) di creare un orto a scuola, coltivarlo e imparare a preparare pasti sani e gradevoli con quello che avevano raccolto. I due autori, tramite interviste semi strutturate, hanno esaminato in dettaglio i due programmi per rilevare quali fattori fossero responsabili per la loro sostenibilità. Per fare questo hanno utilizzato uno schema basato sui fattori identificati nella letteratura, e organizzato sulla suddivisione di Shediak-Rizkallah (3). La loro analisi dimostra che per quanto riguarda i fattori di sostenibilità relativi allo sviluppo ed implementazione del progetto i seguenti fattori erano presenti in entrambi i progetti: coerenza con i bisogni locali, partecipazione attiva degli stakeholders, capacità di inserirsi nella struttura organizzativa esistente, collegamenti con enti esterni ma coinvolti nel progetto, presenza di piani per la sostenibilità. I fattori relativi al contesto in cui erano stati attuati i progetti includevano la stabilità e forza dell'ente che aveva implementato il progetto, il clima favorevole del setting, il coinvolgimento e supporto della leadership, la presenza di champions

interni ed esterni, la formazione di alleanze, la disponibilità di esperti, e l'adeguatezza delle risorse umane. Per il progetto di prevenzione dell'uso di sostanze anche l'approccio theory-based si era rilevato importante. Infine, tra i fattori relativi al contesto sociale in generale, il coinvolgimento della comunità e un clima politico e sociale favorevole avevano avuto un impatto positivo sulla sostenibilità.

Savaya e coll.(4) hanno in pratica utilizzato lo stesso schema per valutare 6 progetti condotti in Israele, 3 dei quali sopravvissuti dopo che il supporto iniziale (soprattutto economico) era cessato mentre gli altri 3 avevano cessato di esistere. Anche questi autori hanno condotto la loro analisi tramite interviste semi-strutturate con i responsabili chiave e una lettura approfondita del materiale relativo ai vari progetti. I risultati di questa analisi comparativa rivelano che tutti e sei i progetti avevano una buona base progettuale, incluso l'utilizzo di un modello teorico, e le rispettive valutazioni avevano dimostrato risultati efficaci. I fattori quindi che distinguevano i sopravvissuti dai non, si basavano sull'aver un piano di *marketing* con una strategia di supporto economico che coinvolgeva varie fonti, il responsabile dell'ente del progetto che implementava il progetto che, come champion, aveva dimostrato grandi capacità nel sostenere il programma ed infine che il progetto era ritenuto una delle priorità dell'ente. Inoltre, l'iniziativa si era integrata bene nella struttura organizzativa (coerente con la missione dell'ente e con altri programmi già attivi) la quale si era dimostrata flessibile nell'adattarsi alla nuova progettazione. Infine i progetti sopravvissuti avevano sviluppato alleanze e collaborazioni con altri enti, con le strutture governative (politiche) e con la comunità in generale, formando così un network di supporto impor-

ante, se non addirittura essenziale, alla eventuale sostenibilità del progetto.

Un'esperienza di valutazione sul campo

I risultati della revisione della letteratura scientifica presentati nella prima parte di questo contributo sono stati utilizzati per mettere a punto una valutazione della sostenibilità di un intervento di promozione di appropriati comportamenti alimentari che ha coinvolto i Comuni aderenti alla rete italiana Città Sane della Regione Friuli Venezia Giulia. Il Progetto "Merenda per tutti" è stato proposto, nell'ottobre 2006, dalla Presidenza della Rete regionale di Città Sane - Friuli Venezia Giulia (FVG) a tutti i Comuni della Regione che aderiscono al Progetto O.M.S., in conformità con le priorità relative alla prevenzione dell'obesità.

L'obiettivo generale era quello di favorire lo sviluppo di una "cultura condivisa" di promozione della salute tra scuola, famiglia, territorio e strutture sanitarie, a sostegno di alleanze e collaborazioni affidabili e competenti nell'educazione alimentare, in particolare dei bambini delle scuole primarie. L'obiettivo specifico era quello di attivare una collaborazione concreta con i Comuni, le Scuole, i pediatri, i genitori e le imprese del territorio per realizzare percorsi di educazione alimentare sostenibili nel tempo. Il progetto aveva una durata di sei mesi e i risultati attesi erano che, al termine del progetto, almeno il 50% dei Comuni aderenti al progetto avrebbero redatto accordi di programma fra Scuole, Sanità e territorio per la realizzazione di progetti condivisi e almeno il 30% delle scuole avrebbe presentato per l'anno scolastico successivo, una proposta di progetto multidisciplinare di educazione alimentare e/o di promozione dell'attività fisica. I Comuni aderenti alla proposta erano 14, di cui 8 appartenenti all'Azienda Servizi Sanitari n.4

“Medio Friuli” (ASS), che è il territorio nel quale si svolge il progetto di ricerca presentato in questo articolo.

La strategia e le azioni di questo progetto, essenzialmente basate sulla “Teoria dell’apprendimento sociale” di Bandura, erano in sintesi:

- individuazione e creazione di gruppi di progetto multidisciplinari in ogni Comune (operatori sanitari, insegnanti, genitori, amministratori locali, e altri portatori di interesse) per una progettazione condivisa e adozione di protocolli d’intesa tra Comune, Direzioni Didattiche/Istituti Comprensivi ed ASS;
- realizzazione di due laboratori di formazione in collaborazione con la Facoltà di Scienze della Formazione dell’Università di Trieste, per insegnanti ed operatori sanitari finalizzati a condividere i riferimenti concettuali, strategici e metodologici della promozione della salute;
- realizzazione di iniziative di Comunità: un incontro pubblico in ogni Comune per informare la popolazione del percorso in atto e per favorire il consenso e la partecipazione alle iniziative di promozione di una corretta alimentazione previste per gli alunni delle scuole; settimana della merenda ideale, settimana dello sport nelle scuole primarie.

Nel gennaio 2007, l’ASS assunse i compiti di gestione scientifica, organizzativa ed operativa, fu costituito il Gruppo di Progetto composto da alcuni operatori del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) e da un collaboratore esterno esperto del mondo della scuola a cui fu attribuito il compito di coordinare i rapporti con le scuole. Il GP avviò le azioni di Progetto costituendo 5 Gruppi Locali di Progetto composti dai Referenti delle diverse Istituzioni interessate (ASS, Scuola, Comune), dai ge-

nitore e da tutti i portatori di interesse individuati a livello locale. In febbraio e marzo 2007 furono programmati e realizzati gli incontri in ogni Gruppo Locale di Progetto nel corso dei quali, partendo dall’approfondimento della conoscenza delle esperienze locali (in alcuni casi molto avanzate) furono individuate le modalità di collaborazione fra Istituzioni e soggetti diversi e programmate le azioni per sensibilizzare le comunità locali sul tema di una sana alimentazione.

L’importanza strategica delle alleanze fra soggetti portatori di interessi diversi e del confronto fra pari, fra cui i diversi Comuni impegnati nel progetto per la tutela della salute della comunità, fu costantemente sottolineata per promuovere la consapevolezza dei presenti sulle proprie potenzialità e sulle responsabilità sociali insite nei diversi ruoli. Nel corso dei mesi di marzo ed aprile, ogni Comune organizzò un incontro pubblico rivolto a tutta la comunità per informarla del percorso in atto e per favorire il consenso e la partecipazione alle iniziative di promozione di una corretta alimentazione previste per gli alunni delle scuole. Parallelamente furono organizzati, in collaborazione con la Facoltà di Scienze della Formazione dell’Università di Trieste, due laboratori di formazione per insegnanti ed operatori sanitari finalizzati a condividere i riferimenti concettuali, strategici e metodologici che possono consentire di svolgere efficacemente il ruolo di educatori alla salute. Il consenso e lo spirito di collaborazione cresciuti intorno a queste iniziative hanno sostenuto la proposta dei Comuni di adozione di protocolli d’intesa tra Comune, Direzioni Didattiche/Istituti Comprensivi ed ASS per “elaborare ed avviare programmi/progetti condivisi per l’attuazione di iniziative annuali e/o pluriennali in tema di educazione a sani stili di vita, mettendo a disposizione le competenze le risorse umane

e finanziarie disponibili.” L’intesa prevedeva altresì che le azioni fossero condotte nell’ottica di un processo partecipato, condiviso ed interistituzionale, atto a sviluppare una modalità di lavoro in rete prevedendo il coinvolgimento dei soggetti pubblici e privati interessati del territorio.

Al termine del Progetto, il Protocollo d’intesa fu stipulato da 9 dei 14 Comuni aderenti e 5 Direzioni Scolastiche su 11 si impegna-

rono ad inserire nei loro Piani dell’Offerta Formativa (POF) una proposta di progetto multidisciplinare di educazione alimentare e/o attività fisica. Una valutazione complessiva dell’esperienza fatta formalmente dal responsabile di progetto con il gruppo di lavoro sulla base dei risultati attesi (comunicazione personale, dati non pubblicati) portò all’identificazione di alcuni punti di forza e di debolezza. (Tab. 1)

Tab. 1 - Punti di forza e debolezza del progetto

<p><u>Punti di forza</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L’adesione alla Rete dei Comuni di Città Sane esprime la volontà politica di un’Amministrazione di impegnarsi per la salute della comunità. La partecipazione a questo Progetto, da parte dei Comuni che hanno riconosciuto l’importanza della promozione di una sana alimentazione, ne è stata la logica conseguenza. ▪ I Comuni che avevano precedentemente avviato e sostenuto iniziative partecipate sui temi della salute, hanno compreso più rapidamente gli obiettivi e collaborato più efficacemente per la riuscita del progetto. ▪ La scelta di investire nella collaborazione di un ex Direttore Scolastico come referente con il mondo della Scuola fu determinante per facilitare i rapporti con la scuola, le Direzioni Scolastiche e la comunicazione con gli insegnanti. ▪ I laboratori di formazione sono stati delle occasioni importanti di confronto fra operatori diversi ed hanno contribuito a far crescere negli operatori sanitari una maggior consapevolezza della complessità del sistema scolastico. ▪ Gli insegnanti coinvolti si sono dimostrati molto sensibili all’argomento, motivati a consolidare le collaborazioni avviate ed a proseguire nella formazione mirata a sviluppare percorsi educativi efficaci. ▪ I genitori coinvolti nei gruppi e nell’iniziativa si sono dimostrati molto attivi ed interessati una maggior condivisione con la scuola dei percorsi educativi
<p><u>Punti di debolezza</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcuni Comuni aderirono al Progetto senza condividere la decisione con le Direzioni Scolastiche, con il risultato che alcune di queste si sentirono “calare dall’alto” l’iniziativa, quando non addirittura “sole” nel portarla avanti. ▪ La richiesta di collaborazione ed alleanza era stata rivolta alla scuola ad anno scolastico avviato, quando la programmazione scolastica era già definita. ▪ In alcuni casi sia il Comune che la scuola non ritennero un loro specifico compito coinvolgere i genitori e fare in modo che anche loro si sentissero parte integrante del progetto. ▪ La breve durata del Progetto non ha permesso la crescita ed il consolidamento dei Gruppi locali di Progetto e probabilmente ha influito sulla sostenibilità dello stesso.

La situazione a giugno 2011 era la seguente. Dei 14 Comuni inizialmente aderenti al Progetto, i 6 esterni al territorio dell'ASS n.4 "Medio Friuli", furono presi in carico dalle ASS di competenza territoriale; degli 8 rimanenti, un Comune non confermò la sua adesione per mancanza di disponibilità da parte della scuola. Il protocollo d'intesa fu confermato in 5 Comuni, mentre le scuole di tutti i Comuni inserirono il progetto nel POF, solo in un Comune il Gruppo di Progetto appariva non consolidato.

La valutazione della sostenibilità: materiali e metodi

Sono stati presi in esame i progetti tuttora attivi nei 7 Comuni dell'ASS. I dati sono stati raccolti tramite un questionario strutturato composto da 14 domande chiuse formulate sulla base dei fattori di sostenibilità del modello Shediak-Rizkallah et al.(3). Due fattori: Marketing del progetto e Conoscenza della Teoria, non sono stati inclusi nel questionario. Lo schema in Tab. 2 mostra la corrispondenza tra le aree del modello e gli item del questionario.

Il questionario è stato somministrato ai referenti di progetto appartenenti ai vari enti (ASS, Comune, Scuola e Famiglia) tramite intervista telefonica o in presenza dell'intervistatore. Il questionario richiedeva di precisare l'Ente di appartenenza, il ruolo ricoperto e il coinvolgimento nel progetto (in anni). I soggetti che hanno partecipato all'indagine erano stati precedentemente informati dell'iniziativa dai referenti di progetto dell'ASS. La fase informativa e di reclutamento del campione è durata circa 30 giorni.

Risultati

Sono stati raccolti 9 questionari per ciascun ente: Scuola, Comune, ASS e Famiglia. I risultati sono riportati nella Tab. 3; dove nella

seconda colonna è riportato il riferimento di ciascun item alle aree dei fattori di sostenibilità del modello di Shediak-Rizkallah. Mentre per l'ASS, la Scuola ed il Comune il progetto viene considerato abbastanza o ben consolidato, più di metà dei genitori non lo considerano tale. Sette su 9 rispondenti (ASS e Comune) riconoscono la presenza di una forte leadership, mentre 5 su 9 genitori no. Relativamente alla formazione specifica, 4 su 9 (Comune, ASS e Scuola) riconoscono di aver svolto un percorso formativo, mentre per 5 su 9 (Comune e ASS) questo non è avvenuto. E' interessante notare che tutti gli operatori scolastici e quasi la totalità degli altri intervistati, hanno valutato positivamente il progetto, mentre 3 su 9 genitori non si sono espressi in merito. Rispetto alla domanda sulla sostenibilità, Scuola, Comune e ASS hanno risposto di aver discusso la sostenibilità oltre il periodo previsto per la conclusione del progetto, mentre 5 su 9 della Famiglia hanno risposto negativamente. La maggioranza degli intervistati ha risposto che l'implementazione del progetto ha richiesto solo piccole modifiche per adattarsi alla situazione locale. D'altra parte, però, si osserva che mentre per tutti gli operatori sanitari il lavoro effettuato per sviluppare il progetto rientra nell'attività istituzionale, solo 4 operatori scolastici sono dello stesso parere e 3 hanno risposto che il lavoro effettuato non rientra nell'attività scolastica. Si può dire che la quasi totalità degli intervistati (eccetto: 1 referente comunale e 2 genitori), alla domanda: "gli obiettivi del Progetto coincidono con quelli della propria Istituzione?" ha risposto affermativamente. Alla domanda se il progetto è simile ad altri, 5 operatori scolastici su 9 e tutti gli operatori sanitari hanno risposto affermativamente, mentre 5 referenti comunali su 9 hanno risposto di no. Relativamente alla percezione dell'impegno, gli

Tab. 2 - Corrispondenza tra le aree del modello basato su Shediak-Rizkallah, e gli item del questionario

Fattori di sostenibilità del Progetto/ Domande del questionario
Coerenza con i bisogni locali <i>Gli obiettivi del progetto coincidono con quelli della sua Istituzione</i>
Partecipazione attiva degli stakeholder <i>Le collaborazioni sviluppate con altri enti sono state importanti per lo sviluppo del progetto</i>
Capacità di adattamento <i>Riguardo alle modifiche per adattare il Progetto al contesto locale, come le definirebbe</i> <i>Questo tipo di Progetto è simile ad altri realizzati nella sua Istituzione</i> <i>In generale è stato complesso o impegnativo attuare il Progetto</i>
Capacità di inserirsi nella struttura organizzativa esistente <i>Il lavoro richiesto per sviluppare il Progetto rientra nelle attività svolte normalmente nel suo Ente</i> <i>Questo tipo di Progetto è simile ad altri realizzati nella sua Istituzione</i>
Formazione <i>Il Personale coinvolto nell'attuazione del Progetto ha ricevuto una formazione specifica</i>
Collegamenti con Enti esterni ma coinvolti nel Progetto <i>Le collaborazioni sviluppate con altri enti sono state importanti per lo sviluppo del Progetto</i>
Valutazione e monitoraggio continuo del Progetto <i>Il Progetto è stato valutato positivamente</i>
Presenza di piani per la sostenibilità <i>Durante lo sviluppo del Progetto se ne è mai discussa la sostenibilità oltre il periodo previsto per la sua conclusione</i>
Fattori di sostenibilità del Contesto/ Domande del questionario
Stabilità e maturità dell'Ente che attua il Progetto (mission e obiettivi chiari e articolati) <i>Gli obiettivi del Progetto coincidono con quelli della sua Istituzione</i> <i>Giudica positivamente le ricadute del Progetto per la sua Istituzione e per i destinatari dell'intervento</i>
Clima ricettivo del setting <i>Il lavoro richiesto per sviluppare il Progetto rientra nelle attività svolte normalmente nel suo Ente</i> <i>Riguardo alle modifiche per adattare il Progetto al contesto locale, come le definirebbe</i>
Coinvolgimento e supporto della leadership <i>C'è stata una persona che ha dimostrato una forte leadership nel promuovere il Progetto</i>
Campioni interni ed esterni <i>C'è stata una persona che ha dimostrato una forte leadership nel promuovere il Progetto</i>
Formazione di alleanze <i>Le collaborazioni sviluppate con altri enti sono state importanti per lo sviluppo del progetto</i>
Disponibilità di esperti <i>Il Personale coinvolto nell'attuazione del Progetto ha ricevuto una formazione specifica</i>
Risorse umane adeguate (in termini di numeri) <i>Lo sviluppo del Progetto ha richiesto l'assunzione di personale dedicato</i>
Fattori di sostenibilità della Comunità/ Domande del questionario
Clima politico e sociale <i>Le collaborazioni sviluppate con altri Enti sono state importanti per lo sviluppo del Progetto</i>
Coinvolgimento della Comunità <i>Sono stati coinvolti anche volontari (genitori, associazioni...)</i>

Tab. 3 - Risultati del questionario per ente

Item n.	Modello Shediac-RizKallah		ASS	Scuola	Comune	Famiglia
1		Ad oggi, quanto pensa sia consolidato il progetto				
		Il progetto non è più attivo	0	0	0	0
		Non è consolidato	3	0	1	5
		È abbastanza consolidato	4	4	5	2
		Il progetto è ben consolidato	2	5	3	2
2	Contesto	C'è o c'è stata una persona che ha dimostrato una forte leadership nel promuovere il progetto				
		SI	7	6	7	4
		NO	2	2	1	5
		Non so	0	1	1	0
3	Progetto Contesto	Il personale coinvolto nell'attuazione del progetto ha ricevuto una formazione specifica				
		SI	4	4	4	3
		NO	5	3	5	2
		Non so	0	2	0	4
4	Contesto	Il progetto è stato valutato positivamente				
		SI	7	9	8	5
		NO	1	0	1	1
		Non so	1	0	0	3
5	Progetto	Durante lo sviluppo del progetto se ne è mai discussa la sostenibilità oltre il periodo previsto per la sua conclusione				
		SI	8	7	8	3
		NO	1	2	1	5
		Non so	0	0	0	1
6	Progetto Contesto	Riguardo alle modifiche per adattare il progetto al contesto locale, come le definirebbe				
		No modifiche	2	1	1	0
		Piccole modifiche	6	7	8	6
		Grandi modifiche	1	1	0	3
		Non so	0	0	0	0
7	Progetto Contesto	Il lavoro richiesto per sviluppare il progetto rientra nelle attività svolte normalmente dal suo ente				
		SI	9	4	7	8
		In parte	0	2	2	0
		NO	0	3	0	1
		Non so	0	0	0	0

segue ... Tab. 3 - Risultati del questionario per ente

Item n.	Modello Shediac-RizKallah		ASS	Scuola	Comune	Famiglia
8	Progetto	Questo tipo di Progetto è simile ad altri realizzati nella sua Istituzione				
		SI	9	5	3	3
		NO	0	4	5	3
		Non so	0	0	1	3
9	Contesto	Gli obiettivi del progetto coincidono con quelli della sua Istituzione				
		SI	9	9	8	7
		In parte	0	0	1	1
		NO	0	0	0	1
		Non so	0	0	0	0
10	Progetto	In generale è stato complesso o impegnativo attuare il progetto				
		Molto	5	0	2	0
		Abbastanza	4	6	4	3
		Poco	0	0	2	2
		Per niente	0	3	1	4
11	Contesto	Lo sviluppo del progetto ha richiesto l'assunzione di personale dedicato				
		SI	0	0	1	1
		NO	9	9	8	4
		Non so	0	0	0	4
12	Comunità	Sono stati coinvolti anche volontari (genitori, associazioni...)				
		SI	6	3	6	4
		NO	3	5	2	4
		Non so	0	1	1	1
13	Progetto Comunità	Le collaborazioni sviluppate con altri enti sono state importanti per lo sviluppo del progetto				
		SI	7	8	8	6
		In parte	2	1	0	3
		NO	0	0	1	0
		Non so	0	0	0	0
14	Contesto	Giudica positivamente le ricadute del progetto per la sua istituzione e per i destinatari dell'intervento				
		SI	5	9	8	9
		In parte	4	0	0	0
		NO	0	0	1	0
		Non so	0	0	0	0

operatori sanitari sembrano essere quelli che hanno percepito una maggiore complessità nell'attuazione del progetto (9 su 9 molto/abbastanza), 6 su 9 operatori scolastici e personale del Comune lo hanno trovato abbastanza faticoso, mentre 4 su 9 genitori, per niente. Osserviamo inoltre che, eccetto la famiglia, la quasi totalità degli intervistati afferma che non c'è stata assunzione di personale dedicato. Alla domanda sul coinvolgimento di volontari, genitori o associazio-

ni, mentre 6 su 9 (ASS e Comune) rispondevano in modo affermativo, 5 su 9 della scuola rispondevano negativamente. Infine quasi la totalità degli intervistati ha risposto di ritenere importanti per lo sviluppo del Progetto le collaborazioni con gli enti e che il giudizio sulle ricadute in generale del Progetto sui destinatari è stato positivo.

La Tab. 4 riporta la frequenza di risposte positive ottenute da ogni fattore del modello di Shediac-Rizkallah.

Tab. 4 - Percentuale di risposte positive rispetto ai criteri di sostenibilità

fattori sostenibilità progetto	% risposte positive
coerenza bisogni locali	92
partecipazione stakeholder	50
capacità adattamento	69
inserimento struttura esistente	67
formazione specifica	44
collaborazione con altri enti	81
valutazione positiva progetto	83
discussa sostenibilità	69
fattori sostenibilità contesto/comunità	
stabilità/maturità ente	89
clima ricettivo setting	82
leadership/campioni presente	67
formazione alleanze	81
disponibilità esperti	44
risorse umane adeguate	83
clima sociopolitico	81
coinvolgimento comunitario	50

Discussione

Dall'esame dei risultati dei questionari emerge che c'è una percezione diversa tra la famiglia e le altre istituzioni rispetto al consolidamento del progetto. La famiglia ha difficoltà nel riconoscere il consolidamento del progetto, non intravede una chiara *leadership*, valuta meno positivamente degli altri il progetto e per lo più non ricorda di averne discusso la sostenibilità. Queste affermazioni

semberebbero corrispondere a uno scarso coinvolgimento delle famiglie, come evidenziato spesso in letteratura, ma la spiegazione potrebbe risiedere anche nel gap di conoscenze progettuali tra i genitori e gli altri partners del progetto. Questo avrebbe richiesto l'impiego di altre metodologie, tipo focus group o campagne informative, per approfondire con i genitori gli obiettivi e le metodologie del progetto (9). Considerato che la scuola

rappresenta già da anni il setting privilegiato per interventi di educazione alimentare specialmente in collaborazione con le ASS, ma anche con altri soggetti, sorprende un po' che in questo caso gestire e mantenere un progetto come «Merende per tutti» non rientri per lo più nell'attività normalmente svolta e venga considerato pertanto un impegno faticoso pur se importante e coincidente con i propri obiettivi. I Comuni non hanno espresso particolari difficoltà: il dato potrebbe essere interpretato positivamente considerando la loro appartenenza alla rete Città Sane e l'esperienza progettuale accumulata attraverso la partecipazione ad altri progetti. Per l'ASS il lavoro effettuato per sviluppare il progetto rientra nell'attività svolta normalmente, ma il fatto che gli operatori sanitari lo ritengano molto impegnativo potrebbe dipendere dal ruolo di coordinamento che si sono trovati a svolgere, generalmente non di loro pertinenza. Tutti i soggetti istituzionali affermano che gli obiettivi del progetto coincidono con quelli della propria Istituzione, questo appare come un punto di forza per la sostenibilità del progetto. La proporzione di risposte affermative rispetto al coinvolgimento dei volontari da parte dei genitori e della scuola è bassa, ma resta una perplessità sulla comprensione di questa domanda. Infatti, è possibile che l'ASS e il Comune abbiano considerato i genitori come "volontari" mentre gli altri come stakeholders. Dati positivi ai fini della sostenibilità, appaiono quello dell'accordo di tutti i partners sull'importanza delle collaborazioni con gli altri enti e sul giudizio positivo sulle ricadute, pur non chiaramente esplicitate, del progetto sui destinatari. Pur tenendo presente che il progetto nei vari Comuni aveva avuto percorsi diversi, in particolare in termini di partecipazione, in generale si può affermare che il progetto presenta caratteristiche e condizioni che

ne consentono la sostenibilità, tranne che per due fattori: formazione specifica e disponibilità di esperti, per i quali la percentuale scende al disotto del 50%. Entrambi i fattori, però, derivano dalla domanda sull'aver avuto una formazione specifica, che in effetti era stata fatta solo per operatori sanitari e scolastici. Probabilmente sarebbe stato più utile (chiaro) aggiungere al questionario una domanda specifica sulla disponibilità di esperti da consultare durante lo sviluppo del progetto. La presenza di un champion, altro elemento chiave secondo la letteratura, viene riconosciuta da tutti tranne dalla famiglia, il che dovrebbe far riflettere sul grado di partecipazione dei genitori o loro rappresentanti nell'ambito dei singoli progetti. La facilità di inserimento di un progetto nella normale attività di un ente è un altro fattore che in buona parte facilita la sostenibilità nel tempo di un progetto. Fa riflettere la risposta degli operatori scolastici, meno della metà hanno ritenuto che lo sviluppo del progetto rientra nella loro attività routinaria. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che il progetto richiedeva un "monitoraggio" delle merende piuttosto che un tradizionale percorso di educazione alimentare, più consono al loro ruolo.

Conclusioni

I progetti di promozione della salute per essere efficaci devono essere sviluppati in un tempo abbastanza lungo affinché i cambiamenti ottenuti si consolidino nell'individuo, nel contesto e nella comunità. La sostenibilità è un aspetto generalmente poco considerato nella progettazione, ma risulta indispensabile per la credibilità degli obiettivi e il consolidamento dei risultati. I progetti oggetto di questo articolo, a distanza di cinque anni, tempo abbastanza lungo per consentire ai cambiamenti di diventare "il nuovo modo

di comportarsi”, risultano abbastanza consolidati anche se, sulla base dei dati raccolti, è necessario impegnarsi soprattutto con la famiglia per rinforzare la sua partecipazione. Un aspetto che vogliamo sottolineare riguarda l'importanza delle collaborazioni tra gli altri enti che sono in grado di supportare i progetti nel tempo a livello istituzionale, anche se i singoli referenti (es: rappresentanti politici o dirigenti scolastici) cambiano o partecipano relativamente. A questo proposito, durante le interviste, è chiaramente emersa, soprattutto da parte delle amministrazioni comunali, la richiesta di confronto con gli altri Comuni. Questa esigenza è stata raccolta dal SIAN ritenendo i Gruppi di Progetto come dei punti di forza: questa occasione di confronto sugli stessi temi ma in

contesti differenti, potrà essere un valore aggiunto utile per proseguire nella direzione della sostenibilità delle azioni intraprese.

Infine una più accurata valutazione dei risultati finora raggiunti, insieme ai diversi Gruppi di Progetto, potrebbe essere un punto di partenza per la valutazione della loro sostenibilità in quanto permetterebbe di sostenere solo gli elementi efficaci che, nel ciclo di vita del progetto, potrebbero cambiare.

Si può concludere che nei progetti presi in considerazione, come evidenziato anche in letteratura, una implementazione chiara e ben organizzata, un buon rapporto costo-efficacia, la soddisfazione dei partners sulle ricadute positive e i risultati prodotti e la coerenza con gli obiettivi possono rendere sostenibile un progetto.

BIBLIOGRAFIA

1. Bezzi C. Glossario della Ricerca Valutativa, Versione 6.0, 13 novembre 2010 <http://www.valutazione.it/PDF/Glossario.pdf>.
2. OMS Glossario della Promozione della Salute – nuovi termini. Ed. Italiana a cura di DoRS, 2006 http://www.dors.it/alleg/0204/Glossario%20WHO%20Health%20Promotion_Art%20HPI_DEFita.pdf.
3. Shediak-Rizkallah C, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Ed Research* 1998;13(1):87-108.
4. Savaya C et al. Sustainability of Social Programs: A Comparative Case Study Analysis. *Am J Eval* 2008;29(4):478 - 493.
5. The Health Communication Unit Overview of sustainability. Version 8.2. Centre for Health Promotion, University of Toronto http://www.thcu.ca/resource_db/pubs/698133998.pdf.
6. The Altarum Institute. Defining Sustainability of Federal Programs Based on the Experiences of the Department of Health and Human Services Office on Women's Health's Multidisciplinary Health Models for Women. The U.S. Department of Health and Human Services Office on Women's Health, 2009.
7. O'Loughlin J, Renaud L, Richard L, Sanchez-Gomez L, Paradis G. Correlates of the sustainability of community based heart health promotion interventions. *Prev Med* 1998;27:702-712.
8. Harvey G, Hurworth R. Exploring program sustainability: identifying factors in two educational initiatives in Victoria. *Eval J Australasia* 2006;6(1):36 - 44.
9. Pettigrew S, Pescud M, Donovan RJ. Stakeholder support for school food policy expansions. *Health Ed Research* 2012; first published online June 21, 2012 doi:10.1093/her/cys076.

Conoscenze, attitudini e comportamenti in tema di doping e integratori alimentari in un campione di praticanti il gioco del calcio: risultati di uno studio trasversale pilota in Italia

Football players' knowledge, attitudes and behaviors towards doping and nutritional supplements: results from a pilot cross-sectional study in Italy

Daniele Masala, Guglielmo Giraldi, Silvia Miccoli, Brigid Unim, Angela Meggiolaro, Walter Ricciardi, Giuseppe La Torre

Daniele Masala

Dipartimento di Scienze della salute e dello sport, Università di Cassino

Guglielmo Giraldi, Silvia Miccoli, Brigid Unim, Angela Meggiolaro

Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma

Walter Ricciardi

Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore Roma

Giuseppe La Torre

Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma

Parole chiave: doping, conoscenze, attitudini, giovani atleti, giocatori di calcio

RIASSUNTO

Obiettivo: l'obiettivo del presente studio è di valutare attitudini, conoscenze e comportamenti di un campione di giovani calciatori non professionisti riguardo al tema del doping e degli integratori alimentari.

Metodi: l'indagine analizza i dati derivanti da uno studio trasversale che ha previsto la somministrazione di un questionario a giocatori di calcio non professionisti di tre province di residenza italiane (Frosinone, Napoli e Cagliari).

L'analisi descrittiva è stata realizzata attraverso il calcolo di frequenze assolute e relative. E' stata condotta un'analisi univariata tramite il test del chi-quadrato.

Risultati: i giocatori coinvolti sono stati 80. Per l'88,8% dei *responder* è importante vincere nello sport, mentre vincere a tutti i costi viene ritenuto essenziale dal 55% ed il 45% invece si dimostra contrario a questa affermazione. Tra coloro che hanno subito infortuni durante l'attività sportiva, il 93,8% ritiene che nello sport sia importante vincere ($p=0,003$), rispetto al 66,7% che non ne ha subito. Il doping è considerata una pratica illegale (32,5%), diffusa solo nei professionisti (28,8%) o presente a tutti i livelli (22,5%). Riguardo all'assunzione degli integratori, il 45% risponde di non aver mai fatto uso di aminoacidi ramificati o creatina, mentre coloro che dichiarano di aver assunto entrambi sono il 27,5%. Per il 41,3% degli intervistati, per diventare un atleta di altissimo livello occorre una predisposizione individuale, per il 32,5% una preparazione adeguata e per il 26,3% in alcuni casi si deve ricorrere all'assunzione di steroidi anabolizzanti.

Conclusioni: riguardo alle conoscenze dei giocatori sul doping e l'uso degli integratori emerge negli atleti partecipanti una preoccupante disinformazione. Sono necessari programmi educativi che coinvolgano sia la scuola sia le famiglie, anche attraverso il lavoro di diverse figure professionali e professionisti sanitari, in modo da attuare precisi e mirati interventi di prevenzione.

Keywords: doping, knowledge, attitudes, young athletes, football players.

SUMMARY

Objective: the aim of this study is to assess attitudes, knowledge and behaviours of a sample of young non-professional players relating to doping and dietary supplements.

Methods: the survey analyzes data from a cross-sectional study accomplished through the administration of a questionnaire to non-professional soccer players from three Italian provinces of residence (Frosinone, Napoli e Cagliari).

Descriptive analysis was carried out through the calculation of absolute and relative frequencies.

Univariate analysis was performed using the chi-square test.

Results: eighty players were included. For 88,8% of responders is important to win in sport, 55% consider essential to win at all costs while 45% declare the contrary. Among those who have suffered injuries during sports, 93,8% believe that to win in sports is important ($p=0,003$), compared to 66,7% who did not have injuries. About 32,5% consider doping an illegal practice, which is widespread only among professionals for 28,8% or present at all levels for 22,5%. Regarding supplements utilization, 45% had never made use of branched chain amino acids or creatine, while 27,5% claim to have taken both. According to the sample, to become a top level athlete an individual predisposition (41,3%), an adequate preparation (32,5%) and anabolic steroids (26,3%) are required.

Conclusions: regarding the knowledge of the players on doping and the use of nutritional supplements, alarming misinformation emerged from the present study. Educational programs involving schools and families are needed, also through the work of various professional figures and healthcare workers, specific and targeted intervention programs could be realized.

Introduzione

L'utilizzo di sostanze dopanti per migliorare la pratica sportiva non è un fenomeno nuovo: è anzi ben documentato che non è una pratica ad esclusivo appannaggio degli atleti professionisti (1,2). Una definizione ampiamente utilizzata, configura come rea-

to di doping la somministrazione o l'assunzione di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e l'adozione o la sottoposizione a pratiche mediche non giustificate da condizioni patologiche, idonee a modificare le condizioni psicofisiche o biologiche dell'organismo al fine di

alterare le prestazioni degli atleti (3,4).

Il moltiplicarsi dei casi di doping nelle manifestazioni sportive (5,6) ha contribuito a sensibilizzare l'opinione pubblica e le Istituzioni sul fenomeno; a tale proposito è nata la *World Anti-Doping Agency* (WADA) (7), l'organizzazione del C.I.O. (Comitato Olimpico Internazionale) responsabile del coordinamento e del controllo del doping nello sport in tutte le sue forme.

La lista delle sostanze proibite viene pubblicata e annualmente aggiornata dalla WADA: sono state immesse nel programma di monitoraggio sostanze stimolanti (solo durante la competizione), gli steroidi anabolizzanti (sempre), stupefacenti (solo in competizione) e i glucocorticoidi (solo fuori gara) (8).

Per quanto riguarda il ruolo degli integratori alimentari nello sport, dalla letteratura scientifica emergono aspetti controversi sulla loro reale efficacia e utilità: con questo termine si intendono quelle sostanze come aminoacidi, vitamine e minerali assunte per via orale (9,10,11). L'utilizzo di queste sostanze è piuttosto diffuso considerata la loro facile reperibilità (12) e soltanto negli Stati Uniti si stima che ne abbiano fatto uso oltre 3 milioni di persone (13).

La personalità dell'atleta, il suo stato socio economico e il contesto in cui gareggia, possono contribuire a sviluppare un comportamento affine all'assunzione di sostanze dopanti nel tentativo di migliorare costantemente le *performance* sportive; tali fattori dovrebbero essere pienamente indagati al fine di sostenere efficaci e mirati interventi anti-doping (2).

Diversi studi sono stati condotti per individuare le attitudini degli atleti in tema di doping e integratori per comprendere la valutazione positiva o negativa che gli stessi attribuiscono al fenomeno (14,15,16), ma

pochi sono i dati che riguardano gli atleti più giovani e in particolare i calciatori (17, 18).

Il calcio è lo sport di squadra più popolare al mondo con circa 200.000 professionisti e 240 milioni di giocatori amatoriali (19). La *Fédération Internationale de Football Association* (FIFA) ha riconosciuto che i rischi associati a questo sport, legati alla somministrazione di sostanze illecite, debbano essere gestiti in modo efficace basandosi su strategie di educazione e prevenzione (20). A tale proposito è stata istituita la *FIFA's Medical Assessment and Research Centre* (F-MARC) con lo scopo di indagare sui rischi per la salute dei giocatori di calcio (21).

L'obiettivo del presente studio è, quindi, di valutare le conoscenze, le attitudini e i comportamenti di un campione di giovani calciatori non professionisti riguardo al tema del doping (ormone della crescita, steroidi anabolizzanti) e degli integratori alimentari (aminoacidi, creatina).

Materiali e metodi

La descrizione della ricerca è stata condotta attraverso le linee guida proposte dal documento STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), utilizzate per gli studi osservazionali (22).

Disegno dello studio, setting e partecipanti

Lo studio, di tipo trasversale, analizza i dati derivanti dalla somministrazione di un questionario ad un campione opportunistico di giocatori di calcio in tre province di residenza (Frosinone, Napoli e Cagliari). Il presente lavoro si focalizza esclusivamente su atleti maggiorenni.

Principali misure di outcome

Sono stati intervistati giocatori amatoriali di calcio in materia di conoscenze, attitudi-

ni e comportamenti verso il doping (ormone della crescita, steroidi anabolizzanti) e gli integratori alimentari (aminoacidi, creatina).

Struttura del questionario

Il questionario somministrato, validato in uno studio pilota (23), è suddiviso in tre sezioni.

La prima sezione comprende le informazioni socio-demografiche (età, genere, livello di istruzione, città di residenza).

La seconda sezione riporta domande sulla possibilità di essere in accordo o in disaccordo su alcune tematiche come la possibilità di vincere nello sport, vincere per soddisfare le aspettative degli altri, il ruolo dello psicologo nello sport, possibilità di accettare l'utilizzo di farmaci per migliorare le prestazioni, stima di se stessi, stima da parte dell'allenatore e stima da parte dei compagni.

La terza parte comprende opinioni, conoscenze e comportamenti in tema di doping (ormone della crescita, steroidi anabolizzanti), attività sportiva praticata, ruolo di gioco svolto, ore dedicate all'attività sportiva, conoscenze sull'obbligo della visita d'idoneità agonistica, utilizzo d'integratori (aminoacidi, creatina), eventuali problemi di salute durante la pratica sportiva, assunzione di integratori o steroidi anabolizzanti in relazione all'allenamento, conoscenza ed effetti degli steroidi anabolizzanti.

Analisi statistica

I dati rilevati sono stati inseriti in un database utilizzando il programma "Excel" e sono stati analizzati statisticamente con il software SPSS 19.0 per Windows.

L'analisi descrittiva è stata realizzata attraverso il calcolo di frequenze assolute e relative.

E' stata condotta un'analisi univariata tramite il test del chi-quadrato.

Il livello di significatività è stato fissato a $p < 0,05$.

Risultati

Descrizione del campione in studio

Hanno partecipato all'indagine 80 giocatori amatoriali di calcio (Tabella 1) e l'80% del campione rientra nella fascia d'età *under* 21. Il Lazio con Frosinone è la provincia di residenza del 78,8% dei *responder*, la Campania con la provincia di Napoli del 11,3% e la Sardegna con Cagliari del 10%. L'88,8% dei soggetti possiede un titolo di studio di scuola media superiore, il 7,5% di scuola media inferiore e il 3,8% universitario. Alcuni degli sportivi, oltre al calcio, praticano soprattutto tennis e nuoto (il 20% per entrambi).

Tab. 1 - Caratteristiche dei giocatori di calcio partecipanti allo studio

Caratteristiche del campione	N (%)
Totale	80 (100)
<i>Genere</i>	Maschio 80 (100)
<i>Fascia di età</i>	18-21 64 (80)
	22-28 16 (20)
<i>Livello di istruzione</i>	Media inferiore 6 (7,5)
	Media superiore 71 (88,8)
	Università 3 (3,8)
<i>Altri sport praticati oltre al calcio</i>	Atletica 3 (3,8)
	Tennis 16 (20)
	Ciclismo 5 (6,3)
	Nuoto 11 (13,8)
	Pallacanestro 6 (7,5)
	Pallamano 0 (0)
	Pallavolo 5 (6,3)
	Pugilato 1 (1,3)
Arti marziali 0 (0)	
<i>Ore settimanali dedicate all'attività sportiva</i>	? 8 ore 49 (61,3)
	Da 4 a 7 ore 18 (22,5)
	Da 1 a 3 ore 13 (16,3)
<i>Ruolo giocato per chi pratica sport di squadra</i>	Difensore 21 (26,3)
	Centrocampista 18 (22,5)
	Attaccante 21 (26,3)
	Portiere 1 (1,3)
	Pivot 1 (1,3)
	Playmaker 2 (2,5)
<i>Problemi di salute durante la carriera sportiva</i>	Alzatrice 1 (1,2)
	Di tipo muscolare 47 (58,8)
	Di tipo osteo-articolare 36 (45)
	Altri (es. lussazioni) 3 (3,7)
Nessuno 16 (20)	

Il 61,3% dei giocatori si allena per e" 8 ore a settimana. I ruoli giocati in squadra sono prevalentemente "attaccante" e "difensore" (il 26,3% rispettivamente) e "centrocampista" (22,5%). Il 58,8% dei soggetti è andato incontro a problemi di salute di tipo muscolare durante la carriera sportiva, il 45% a disturbi di tipo osteo-articolare e il 20% non ha mai avuto problemi di salute. *Aspetti psicologici ed opinioni che influenzano la pratica sportiva*

In merito ai giudizi di autostima ed eterostima, il 92,5% degli intervistati ha stima di se stesso, il 80% dell'allenatore e l'87,5%

dei propri compagni di squadra.

In tabella 2, vengono illustrati alcuni risultati relativi ad aspetti psicologici che potrebbero influenzare la pratica sportiva: per l' 88,8% dei *responder* è importante vincere nello sport, mentre vincere a tutti i costi viene ritenuto essenziale dal 55% ed il 45% invece si dimostra contrario a questa affermazione. Per il 7,5% ("molto d'accordo") e per il 51,3% ("d'accordo") dei partecipanti occorre vincere per soddisfare le aspettative degli altri (allenatori, genitori, ecc.) e il 63,8% degli stessi giudica utile la presenza dello psicologo sportivo.

Tab. 2 - Frequenza percentuale dei giudizi su alcuni aspetti psicologici che influenzano la pratica sportiva.

Parametri	Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo
<i>Nello sport è importante vincere</i>	21 (26,3)	50 (62,5)	6 (7,5)	3 (3,8)
<i>E' importante vincere a tutti i costi</i>	13 (16,3)	31 (38,8)	20 (25)	16 (20)
<i>Occorre vincere per soddisfare le aspettative degli altri</i>	6 (7,5)	41 (51,3)	13 (16,3)	20 (25)
<i>Lo psicologo nello sport è utile</i>	8 (10)	43 (53,8)	13 (16,3)	16 (20)
<i>L'uso dei farmaci aiuta gli atleti</i>	20 (25)	41 (51,3)	9 (11,3)	10 (12,5)
<i>I farmaci sono accettabili per migliorare le prestazioni</i>	4 (5)	13 (16,3)	20 (25)	43 (53,8)
<i>Uso personale di farmaci per migliorare le prestazioni</i>	2 (2,5)	1 (1,3)	8 (10)	69 (86,3)
<i>Usare farmaci per vincere</i>	2 (2,5)	1 (1,3)	7 (8,8)	70 (87,5)

Il 21,3% degli atleti si ritiene complessivamente d'accordo nel considerare accettabile l'assunzione di farmaci per migliorare le prestazioni ed il 2,5% ("molto d'accordo") ne farebbe anche un uso personale per vincere. L'88,9% dei giocatori di calcio residenti nella provincia di Frosinone, rispetto a coloro che provengono dalla provincia di Napoli (il 44,4%) e dalla provincia di Cagliari (il 37,5%), non ritiene che l'uso dei farmaci nello sport si possa accettare per migliorare le prestazioni ($p < 0,001$).

Nella fascia di età compresa tra 22 e 28 anni l'87,5% considera utile l'aiuto dello psicologo nello sport rispetto agli atleti *under* 21 (57,8%; $p = 0,02$). I *responder* che si allenano per più di otto ore a settimana (il 95,9%) affermano che vincere nello sport sia importante rispetto a coloro che si allenano da quattro a sette ore (il 83,3%; $p = 0,02$) e da una a tre ore (il 69,2 %; $p = 0,004$).

Tra coloro che hanno subito infortuni durante l'attività sportiva, il 93,8% ritiene che nello sport sia importante vincere

($p=0,003$), rispetto al 66,7% che non ne ha subito.

Conoscenze su doping e integratori

Tra gli atleti il 57,5% ritiene che, per aumentare la forza e la massa muscolare, sia necessario allenarsi più ore al giorno, mentre l'1,3% afferma che oltre ad un allenamento più intenso si debbano assumere gli steroidi anabolizzanti.

I giocatori di calcio intervistati (Tabella 3) considerano il doping una pratica illegale (il 32,5%), diffusa solo nei professionisti (il 28,8%) o presente a tutti i livelli (il 22,5%); il 63,8% degli stessi ritiene che gli steroidi anabolizzanti siano ormoni sessuali maschili e il 23,8% del campione non si esprime a tale proposito. Il campione si dimostra informato riguardo agli effetti nocivi sull'or-

ganismo che possono essere causati dall'assunzione prolungata di steroidi anabolizzanti, infatti, il 43,8% riconosce tutte le patologie indicate come causa diretta dell'uso del doping (danni al fegato: 20%, alterazioni testicolari negli uomini: 12,5%; ipertrofia delle corde vocali nella donna con cambio anche permanente del tono della voce: 1,3%). Il 65% dei *responder* dichiara che l'assunzione di ormoni della crescita rientri nel fenomeno doping ed il 20% non è in grado di rispondere.

L'obbligo della visita per l'idoneità sportiva per gli atleti "agonisti" è noto al 96,3% dei *responder* ed il 75% si è sottoposto a visita; inoltre, l'88,8% dichiara di non aver ricevuto informazioni sul doping da parte del medico dello sport.

Attitudini e comportamenti degli atleti

La maggior parte del campione (il 96,3%) ritiene che ricorrere alle sostanze illecite per migliorare le prestazioni sportive sia da evitare perché rischioso per la salute e scorretto dal punto di vista sportivo.

Riguardo ai comportamenti del campione sull'assunzione degli integratori, il 45% risponde di non aver mai fatto uso di aminoacidi ramificati o creatina nella pratica sportiva, mentre coloro che dichiarano di aver assunto entrambi sono il 27,5%.

Tra i *responder* che utilizzano gli integratori, l'13,8% ne fa uso perché suggeriti dalla pubblicità e il 23,8% su consiglio dell'allenatore e il 17,5% del medico.

Il 55% degli sportivi afferma che valerebbe la proposta dell'allenatore o di un compagno di squadra di assumere gli integratori, ma solo dopo essersi informato sulle eventuali controindicazioni; il 36,3%, invece, non li assumerebbe in nessuna circostanza. Sull'utilizzo di steroidi da parte di amici, il 97,5% dichiara che cercherebbe di dissuaderli illustrando loro i possibili problemi

Tab. 3 - Conoscenze del campione in materia di doping e integratori

Conoscenze del campione		N (%)	
Totale		83 (100)	
<i>Il doping è</i>	Una pratica diffusa nei professionisti	Si	23 (28,8)
		No	57 (71,3)
	Una pratica resa comune dai mass media	Si	5 (6,3)
		No	75 (93,8)
	Una pratica illegale	Si	26 (32,5)
		No	54 (67,5)
Una pratica diffusa a tutti i livelli	Si	18 (22,5)	
	No	62 (77,5)	
<i>Gli steroidi anabolizzanti sono</i>	Ormoni sessuali femminili	0 (0)	
	Ormoni sessuali maschili	51 (63,8)	
	Sostanze non ormonali	10 (12,5)	
	Non so	19 (23,8)	
<i>Effetti causati da assunzione prolungata di steroidi anabolizzanti</i>	Danni al fegato	Si	16 (20)
		No	64 (80)
	Lesioni ai testicoli nel maschio	Si	10 (12,5)
		No	70 (87,5)
	Ipertrofia delle corde vocali nella donna	Si	1 (1,3)
		No	79 (98,8)
	Tutti gli effetti precedenti	Si	35 (43,8)
		No	45 (56,3)
	Nessuno degli effetti	Si	0 (0)
		No	80 (100)
Non so	Si	23 (28,8)	
	No	57 (71,3)	
<i>È considerato doping</i>	Assunzione di creatina	Si	8 (10)
		No	72 (90)
	Assunzione di proteine	Si	0 (0)
		No	80 (100)
	Assunzione di aminoacidi ramificati	Si	7 (8,8)
		No	73 (91,3)
	Assunzione di ormone della crescita	Si	52 (65)
		No	28 (35)
Non so	Si	16 (20)	
	No	64 (80)	
<i>Conoscenza dell'obbligo della visita sportiva per gli atleti "Agonisti"</i>	Si	77 (96,3)	
	No	3 (3,8)	

indotti da tali sostanze.

Il 56,3% ritiene che il doping sia un problema ignorato a causa della reticenza nell'affrontare l'argomento, mentre il 36,3% pensa che il motivo della poca conoscenza del fenomeno sia legato al fatto che nelle scuole la problematica non è affrontata.

Per diventare un atleta di altissimo livello occorre una predisposizione individuale per il 41,3% degli intervistati, per il 32,5% una preparazione adeguata e per il 26,3% in alcuni casi si deve ricorrere all'assunzione di steroidi anabolizzanti.

Discussione

Il fenomeno del doping è da anni al centro dell'attenzione scientifica e mediatica ed è sicuramente una problematica ancora attuale, sia a livello professionistico che dilettantistico, in Italia ed all'estero (24,25,26, 27). La FIFA a tale proposito ha messo in atto strategie di prevenzione sul fenomeno: i suoi rappresentanti hanno sviluppato una stretta collaborazione con i rappresentanti della WADA sin dal 1999 (28).

Il campione preso in considerazione in questo studio è rappresentato in massima parte da atleti di età inferiore ai 21 anni, di sesso maschile, residenti nella regione Lazio e in possesso di un titolo di studio di scuola media-superiore.

Il profilo psicologico degli atleti e l'eventuale legame con l'attitudine al doping nel nostro studio, è confermato dallo studio di Houlihan (29) che afferma che per l'88,8% è importante vincere nello sport e per più della metà vincere ad ogni costo; mentre il 21,3% afferma che assumerebbe farmaci, legali e/o non per migliorare le proprie prestazioni. Tuttavia, la spiccata attitudine alla competizione emersa dal nostro studio non sarebbe giustificabile soltanto da un'ottica contrattistica o di mercato, trattandosi di

giocatori non professionisti, ma andrebbe letta, in generale, come un tentativo di emergere dal punto di vista sportivo. L'importanza attribuita alla vittoria sarebbe più un riflesso della categoria di giocatori che si definisce professionista.

Riguardo alle conoscenze dei giocatori sul doping e l'uso degli integratori emerge una preoccupante disinformazione. Più della metà degli intervistati ritiene che, per aumentare forza e massa muscolare non sia sufficiente allenarsi per diverse ore al giorno e l'1,3% afferma che sia necessario ricorrere anche a steroidi anabolizzanti. Se da un lato sembrerebbe accresciuta la consapevolezza dei danni e della tossicità arrecata dagli anabolizzanti, con la loro identificazione nella categoria di "doping" (dal 63,8%), l'assunzione di numerosissime altre sostanze che prendono il nome di "integratori", il cui profilo di tossicità farmacologica, nonché ammissibilità, sono spesso non precisate per eventuali effetti dopanti, continuerebbe a rimanere poco chiara.

Sarebbe auspicabile, come già fatto da progetti di educazione in altri Paesi (30, 31, 32), che anche in Italia l'informazione e la responsabilizzazione sul tema del doping iniziasse in età preadolescenziale e coinvolgesse sia la scuola che le famiglie di giovani ragazzi che iniziano ad avvicinarsi alle attività sportive. Si potrebbe anche agire sulla prevenzione in ambito comportamentale, fornendo come alternativa al ricorso a sostanze illecite il miglioramento dell'allenamento personale e un'educazione alimentare corretta e mirata (9, 33, 34).

La pubblicità mediatica gioca sicuramente un ruolo chiave nel propagandare nuove sostanze che rientrano nel limbo degli integratori, e sono ancora troppo pochi gli atleti che si rivolgerebbero ad un medico o all'allenatore prima di assumere integratori

evidentemente “da banco” (35).

Nel nostro campione un atleta su quattro, ritiene indispensabile il ricorso a steroidi anabolizzanti per raggiungere determinati livelli di preparazione agonistica, probabilmente l'importanza eccessiva data dalla nostra stessa società alla vittoria e all'apparenza fisica contribuisce in parte all'aumentato ricorso a farmaci per migliorare la prestazione fisica nello sport, anche i valori della società nei confronti dello sport e degli atleti dovrebbero essere rivisitati anche alla luce di questi risultati (16).

Il presente studio ha dei limiti riguardanti la scelta opportunistica del campione e la partecipazione su base volontaria, di conseguenza si tratta di un campione non perfettamente rappresentativo della popolazione generale. Altri limiti sono la natura autoriferita dei dati raccolti, sebbene sia stato impiegato un questionario validato (23). Sarebbe interessante scoprire quali tendenze e atteggiamenti nei confronti del doping sono diffusi tra le donne e in altri ambiti sportivi, come la danza o l'atletica femminile.

Il punto di forza del presente lavoro è la possibilità di confrontare opinioni, conoscenze e abitudini di atleti amatoriali del centro-sud Italia nell'arco di dieci anni. La presente indagine, infatti, conferma i risultati di uno studio precedente (24) sulle dimensioni del problema doping nello sport dilettantistico. I dati dei due studi dimostrano una larga diffusione di tale fenomeno anche nel cosiddetto sport amatoriale sebbene le motivazioni al successo non sembrano paragonabili a quelle degli atleti professionisti: questo è un dato preoccupante che dovrebbe far riflettere e che rende gli interventi di prevenzione di primaria importanza.

Nel contrastare il fenomeno doping assumono notevole importanza diverse figure

professionali oltre al medico dello sport, come l'allenatore e i dirigenti delle società sportive che dovrebbero rappresentare dei sicuri riferimenti. In questo contesto dovrebbero inserirsi anche i medici di medicina generale che andrebbero visti come consulenti e coadiuvanti dell'attività e del rendimento fisico dell'atleta, considerando che questi rappresentano il primo riferimento dell'atleta non professionista. È attraverso un lavoro di gruppo finalizzato alla tutela della salute di chi pratica sport, partendo magari dalla cultura da impartire nella scuola di I e II livello e conseguentemente nelle famiglie, che è possibile attuare precisi e mirati programmi di prevenzione.

Il regolamento della WADA prevede l'esecuzione di test anti-doping per sostanze dopanti, in grado di migliorare la *performance* (es. sostanze anabolizzanti, ormoni, ecc), e per droghe illegali come la marijuana, le anfetamine e la cocaina. Va precisato che i test per le sostanze stupefacenti vengono effettuati solo durante la competizione sportiva ma non fuori gara. I dati di un recente studio (36) suggeriscono che l'esecuzione dei test per sostanze stupefacenti fuori competizione è in grado di modificare il comportamento degli atleti e quindi ha un impatto positivo sul loro stato di salute e benessere; infatti, la maggior parte dei campioni che risultano positivi ai controlli, lo sono a causa dell'utilizzo di sostanze illecite a scopo ricreativo, e quindi, fuori dalle competizioni sportive.

L'applicazione del programma “Politica contro droghe illecite” (*Illicit Drugs Policy - IDP*) in Australia ha evidenziato un calo costante del numero di positivi alle prove nell'arco di 7 anni (da 22 a 6 prove positive/anno). Il programma IDP si basa sulla minimizzazione del rischio/ del danno, contrariamente al modello punitivo applicato dalla

WADA, ed è focalizzato sulla prevenzione e sull'inizio precoce dell'intervento che consiste in *counselling* della squadra e gestione clinica degli atleti risultati positivi al test. La gestione del consumo di sostanze illecite della WADA si concentra esclusivamente sulle sanzioni, senza considerare l'intento di un atleta -spesso l'uso di sostanze illecite è opportunistico, discrezionale e non per even-

tuali effetti di potenziamento delle prestazioni- e il danno arrecato a sé stessi e allo sport.

I risultati dello studio condotto da Harcourt et al. (36) dimostrano che le strategie di minimizzazione del danno potrebbero essere considerate nella gestione delle sostanze illecite, insieme alle sanzioni, e quindi completare l'approccio della WADA.

BIBLIOGRAFIA

- Bloodworth AJ, Petróczi A, Bailey R, Pearce G, McNamee MJ. Doping and supplementation: the attitudes of talented young athletes. *Scand J Med Sci Sports* 2012;22(2):293-301.
- Petróczi A. Attitudes and doping: a structural equation analysis of the relationship between athletes' attitudes, sport orientation and doping behaviour. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2007; 2:34
- World Anti-Doping Code 2009. World Anti-Doping Agency: Montreal, Quebec, Canada 2009. Disponibile su: http://www.doping-prevention.sp.tum.de/fileadmin/files/Doping_in_general/wada_code_v2009_En.pdf. Ultimo accesso 27 settembre 2012.
- Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping. Art 2 Legge 14 dicembre 2000, n. 376 - G.U. n. 294 del 18 dicembre 2000
- Dauncey H, Hare G. The Tour de France: a pre-moderncontest in a post-moderncontext. *Int J History Sport* 2003; 20:1-29.
- Tsivou M, Kioukia-Fougia N, Lyris E, Aggelis Y, Fragkaki A, Kiouisi X, et al. An overview of the doping control analysis during the Olympic Games of 2004 in Athens, Greece. *Analyt Chim Act* 2006; 555:1-13
- World Anti-Doping Agency: Montreal, Quebec, Canada. Disponibile su: <http://www.wada-ama.org>. Ultimo accesso 15 settembre 2012
- World Anti-Doping Agency: The 2007 Prohibited List of substances. Disponibile su: http://www.wada-ama.org/rtecontent/document/2007_List_En.pdf. Ultimo accesso 10 settembre 2012
- La Torre G, Iovine D, Masala D, Lecce L, Mannocci A, Capelli G, et al. E' possibile prevenire l'uso dei farmaci nello sport con l'informazione, Risultati di un trial nei body-builders. *Movimento* 2004; 20: 33-39.
- Petróczi A, Naughton DP, Pearce G, Bailey R, Bloodworth A, McNamee M. Nutritional supplement use by elite young UK athletes: fallacies of advice regarding efficacy. *J Int Soc Sports Nutr* 2008; 15(5):22.
- Petróczi A, Naughton DP, Mazanov J, Holloway A, Bingham J. Limited agreement exists between rationale and practice in athletes' supplement use for maintenance of health: a retrospective study. *Nutr J* 2007 ; 6:34
- Palmer ME, Haller C, McKinney PE, Klein-Schwartz W, Tschirgi A, Smolinske SC, et al. Adverse events associated with dietary supplements: an observational study. *Lancet* 2003; 361:101-106
- Sobal J, Marquart LF Vitamin/mineral supplement use among athletes: a review of the literature. *Int J Sport Nutr* 1994; 4:320-34
- Nieper A. Nutritional supplement practices in UK junior national track and field athletes. *Br J Sport Med* 2005;39:645-649.
- Calfee R, Fadale P. Popular ergogenic drugs and supplements in young athletes. *Pediatrics* 2006; 117(3): e577-e589. Yesalis CE, Bahrke MS. Doping among adolescent athletes. *Baillie're's Clin Endocrinol Metab* 2000; 14(1): 25-35
- Yesalis CE, Bahrke MS. Doping among adolescent athletes. *Baillie're's Clin Endocrinol Metab* 2000; 14(1): 25-35

17. Kayser B, Smith ACT. Globalisation of anti-doping: the reverse side of the medal. *BMJ* 2008; 337: a584.
18. Laure P. In praise of the non-dominant senses of doping behaviour. In: Møller V, McNamee MJ, Dimeo P, eds. *Elite sport, doping and public health*. Odense: University Press of Southern Denmark, 2009: 119-134.
19. Junge A, Rösch D, Peterson L, Graf-Baumann T, Dvorak J. Prevention of soccer injuries: a prospective intervention study in youth amateur players. *Am J Sports Med*. 2002 Sep-Oct;30(5):652-9
20. FIFA Anti-Doping Regulation. Disponibile su http://www.fifa.com/mm/document/affederation/medical/01/17/17/09/anti-doping_inhalt_10_en.pdf. Ultimo accesso 11/02/2013
21. Kunz M. Big count: 265 million playing football. *FIFA Magazine* 2007;10-15-
22. Little J, Higgins JPT, Ioannidis JPA, Moher D, Gagnon F, von Elm E, Khoury MJ, et al. Strengthening the REporting of Genetic Association Studies (STREGA) –An Extension of the STROBE Statement. *Ital J Public Health* 2009; 6: 244-6.
23. La Torre G, Limongelli F, Marini L, D'Acunto M, Brancaccio P, D'Angiò G. Conoscenze, attitudini e comportamenti nei confronti del doping: aspetti metodologici della ricerca e studio pilota. *Ital J Sport Sci* 2000; 7(2):37-44.
24. La Torre G, Limongelli F, Masala D, D'Acunto M, Maddalena F, Perna P, et al. Conoscenze, attitudini e comportamenti nei confronti del doping e degli integratori alimentari in un campione di atleti del Centro-Sud Italia. *Med Sport* 2001; 54 (3): 229-234.
25. La Torre G, Limongelli F, Masala D, Brancaccio P, D'Aponte A, Canonico R, et al. Determinants of drug use in sport: a survey of Italian athletes. *Ital J Public Health* 2004; 1 (3-4): 91-95.
26. Ama PF, Betnga B, Ama Moor VJ, Kamga JP. Football and doping: study of African amateur footballers. *Br J Sports Med* 2003;37(4):307-10.
27. Waddington I, Malcolm D, Roderick M, Naik R. Drug use in English professional football. *Br J Sports Med* 2005; 39(4):e18.
28. Dvorak J, Graf-Baumann T, D'Hooghe M, Kirkendall D, Taennler H. FIFA's approach to doping in football. *Saugy M. Br J Sports Med* 2006;40 (1):i3-i12-
29. Houlian B. *Morire per Vincere. Sport e Doping. Sapere* 2000. Strasburgo: Edizioni multimediali,1999.
30. Goldberg L, Elliot DL, Clarke G, MacKinnon DP, Zoref L, Moe E, et al. The adolescents training and learning to avoid steroids (ATLAS) prevention program: Background and results of a model intervention. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150: 713-721.
31. Elliot DL, Goldberg L, Moe EL, De Francesco CA, Durham MB, Hix-Small H. Preventing Substance Use and Disordered Eating, Initial Outcomes of the ATHENA (Athletes Targeting Healthy Exercise and Nutrition Alternatives) Program. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:1043-1049.
32. Knutsson I, Linell A. Health Impact Assessment in a Swedish context: The Route 73 case study. *Ital J Public Health* 2007; 4 (3):181-186.
33. MacKinnon DP, Goldberg L, Clarke GN, Elliot DL, Cheong J, Lapin A, et al. Mediating Mechanisms in a Program to Reduce Intentions to Use Anabolic Steroids and Improve Exercise Self-Efficacy and Dietary. *Behavior Prev Sci* 2001;2(1):15-28.
34. Giraldi G, De Luca d'Alessandro E. Dietary habits in Italy: the importance of the Mediterranean diet. *Ann Ig* 2012; 24 (4):311-7.
35. Palmi I, Rossi S, Zuccaro P. La tutela della salute nelle attività sportive e la lotta contro il doping. 1° Convegno nazionale, Roma 19-1-2004. *Not Ist Super Sanità* 17 (2): 7-10.
36. Harcourt PR, Unglik H, Cook JL. A strategy to reduce illicit drug use is effective in elite Australian football. *Br J Sports Med* 2012; 46(13):943-5.

Consumo e dipendenza da fumo, alcol e droga in un campione di 2078 adolescenti campani: lo stato dell'arte

Consumption and addiction to smoking, alcohol and drug use in a sample of 2078 adolescents from Campania: state of the art

Rossella Bellopede, Oreste Caporale, Giuseppina Muto, Renato Caputi, Mario Gaudiosi, Nicola Grimaldi, Marco Amodio, Giovanni Panico, Anna Romano, Gabriella Fabbrocini, Fabrizio Pallotta, Maria Triassi

Rossella Bellopede, Oreste Caporale, Giuseppina Muto, Renato Caputi, Mario Gaudiosi, Nicola Grimaldi, Marco Amodio, Giovanni Panico, Anna Romano
Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Gabriella Fabbrocini
Sezione di Dermatologia clinica, allergologica e venereologica, Dipartimento di Patologia sistematica medico-chirurgica, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Fabrizio Pallotta
Comunità La Scheggia, Ente ausiliario Regione Campania

Maria Triassi
Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

In collaborazione con il Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL NA2 nord Direttore: dott. Giorgio Di Lauro

Parole chiave: alcol, fumo, droga, scuola, locali pubblici

RIASSUNTO

Obiettivo: obiettivo del presente lavoro è stato analizzare, attraverso la somministrazione di un questionario articolato in 47 domande, dati riguardanti l'abitudine al fumo, l'uso e l'abuso di fumo, alcol e droga tra 2078 ragazzi di scuole e locali pubblici (pubs, discoteche, bar) di Napoli e provincia. Importante è stato inoltre valutare i veicoli di informazione che riguardano l'uso e l'abuso di queste sostanze.

Metodologia e strumenti: lo studio ha previsto la raccolta dei dati attraverso la somministrazione di un questionario in 8 strutture scolastiche e 12 locali pubblici di Napoli e Provincia. Il questionario è stato compilato da 1641 ragazzi di diverse scuole e da 437 ragazzi in diversi locali. I dati raccolti sono stati poi elaborati con il software SPSS 17.0 per Windows.

Risultati: i dati analizzati hanno messo in evidenza come ci sia una grande diffusione e conoscenza delle sostanze d'abuso tra i giovani di Napoli e provincia. Maggiore informazione, nonché la consapevolezza dei danni indotti dalle sostanze da abuso rivolta a tutti i cittadini, soprattutto agli adulti e ai medici di base potrebbero indurre un cambiamento radicale nelle abitudini di consumo di queste sostanze tra gli adolescenti.

Keywords: alcohol, smoking, drug, school, public places

SUMMARY

Objective: the objective of this work was to analyze, through the administration of a questionnaire divided into 47 questions, data on smoking habits, the use and abuse of tobacco, alcohol and drug use among 2078 children in schools and public places of Naples and Province. It was also important to assess the vehicles of information regarding the use and abuse of these substances.

Methods and materials: the study involved the collection of data through a questionnaire in 8 schools and 12 public places of Naples and Province. The questionnaire was completed by 1641 students from different schools and 437 children in different local places. The collected data were then processed with the software SPSS 17.0 for Windows.

Results: the analyzed data showed that there is a widespread and knowledge of substance abuse among young people of Naples and the province of Naples. More information, as well as the awareness of the damage induced by drugs of abuse aimed at all citizens, especially for adults and primary care physicians could lead to a radical change in the habits of consumption of these substances among adolescents.

Introduzione

Il fumo di tabacco è uno dei principali fattori di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie rappresentando la prima causa di morte evitabile nel mondo (1). Catrame, monossido di carbonio e molte altre sostanze tossiche quali cadmio e arsenico sono inalate fumando sigarette e la dipendenza fisica alla nicotina contenuta nel tabacco si instaura velocemente.

Fumando i giovani vogliono dare l'impressione di essere adulti, esibendo così un comportamento trasgressivo o emulando gli amici che fanno uso di sigarette. I giovani sottovalutano la dipendenza dal fumo proprio perché sottovalutano o non conoscono affatto i danni che il fumo provoca all'organismo (12-

16).

Il consumo e l'abuso di alcol fra i giovani e gli adolescenti è un fenomeno preoccupante e in forte crescita sia a livello internazionale che nazionale (3,4).

In Italia secondo i dati ISTAT 2010 (2) i comportamenti a rischio nel consumo di alcol (consumo giornaliero non moderato) e il binge drinking (sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione) riguardano 8 milioni e 624 mila persone, il 16,1% della popolazione di 11 anni e più (5,6). Le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1) rilevano che l'alcol è la prima causa di morte tra i giovani in Europa: un decesso su quattro, tra i ragazzi di età compresa tra i 15 e i 29 anni è dovuto al consumo di alcol. I gio-

vani bevono alcol in maniera irregolare ed in grosse quantità. Per molti di essi bere è “figo”, parafrasando il gergo giovanile, e spesso vogliono apparire più grandi credendo di poterlo fare con una birra o un drink. Anche la pressione sociale del gruppo assume un ruolo: si beve per essere accettati più facilmente dai propri coetanei (17). Il consumo di alcol può dare inizialmente degli effetti piacevoli quali rilassamento e disinibizione seguiti da effetti indesiderati come agitazione, irritabilità, depressione e abbattimento dell'umore che possono essere contrastati con un nuovo consumo di alcol. Il rischio, tuttavia, è di entrare in un circolo vizioso e di diventare dipendenti dall'alcol.

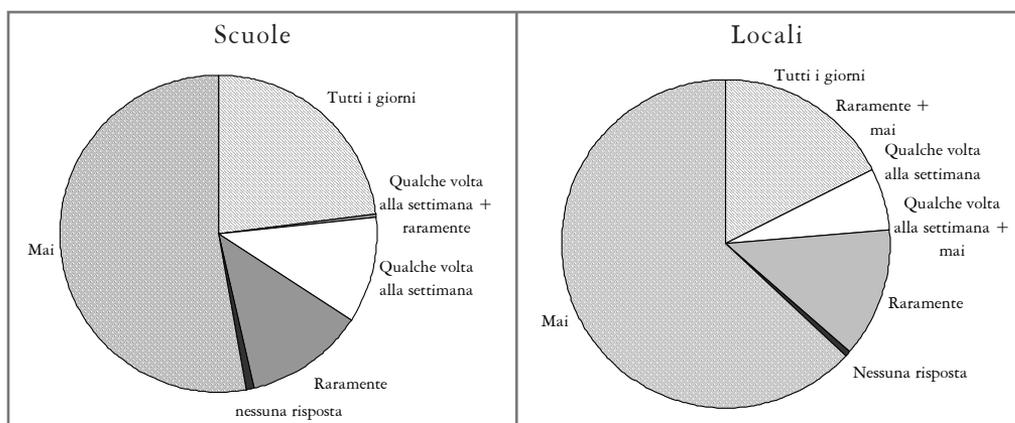
Molti giovani provano la *cannabis* (7,8). Essa amplifica o attenua umori, modifica e diminuisce la percezione, la capacità di concentrazione e di reazione, così come l'attenzione e la memoria a breve termine. Provare sostanze che inducono dipendenza è un fenomeno diffuso tra i giovani e il consumo di cannabis tra ragazzi molto giovani è un grave problema e deve essere considerato come un evidente segno di disagio tra gli adolescenti (9,10).

Materiali e metodi

La prima fase del nostro studio ha previsto la raccolta dei dati attraverso la somministrazione di un questionario (riportato in allegato) in 8 strutture scolastiche e 12 locali pubblici (pubs, discoteche, bar) di Napoli e Provincia. Il questionario è stato compilato da 1641 ragazzi di diverse scuole (di età compresa tra 13 e 21 anni) e da 437 ragazzi in diversi locali pubblici (di età compresa tra 14 e 30 anni). Il questionario si compone di 47 domande a risposta multipla che riguardano l'uso di sostanze quali fumo, alcol e cannabis. In base all'obiettivo del lavoro sono state considerate solo alcune domande tra quelle proposte e i dati così raccolti sono stati poi elaborati con il software SPSS 17.0 per Windows.

L'analisi dei dati raccolti ha consentito di rilevare che il 17,48% dei ragazzi nelle scuole fuma tutti i giorni, il 5,97% fuma qualche volta alla settimana, il 12,8% fuma raramente e il 63,07% non fuma rispetto ai risultati ottenuti per i locali pubblici dove il 23,10% fuma tutti i giorni, il 10,8% fuma qualche volta alla settimana, il 12,30% fuma raramente e il 52,8% non fuma (fig.1).

Fig. 1 - Distribuzione percentuale dell'abitudine al fumo nella popolazione target

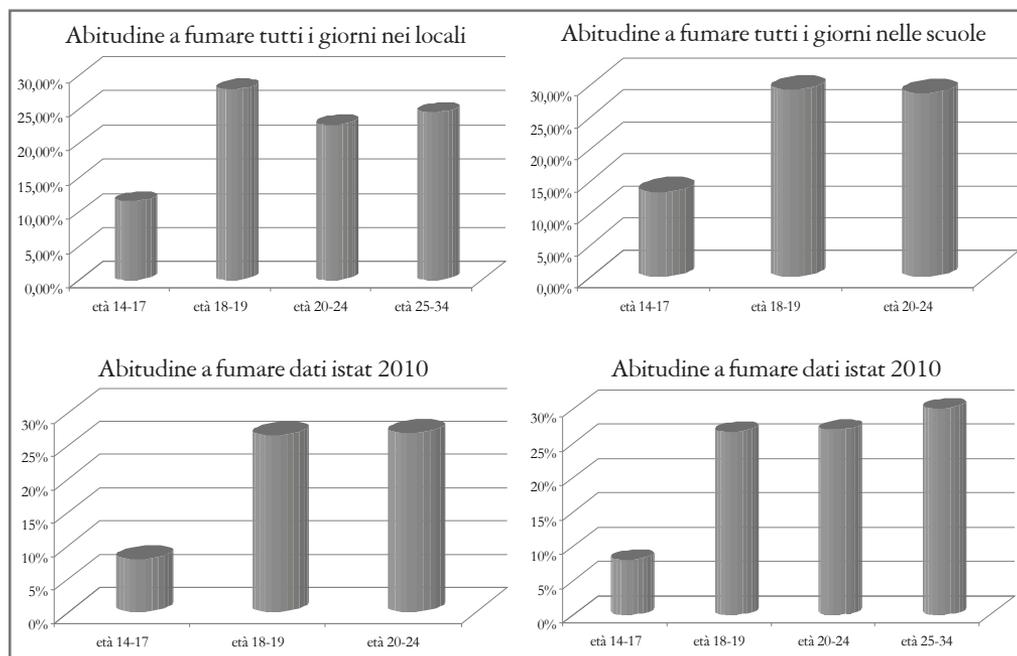


La percentuale delle risposte non pervenute sono state dello 0,42% per i ragazzi delle scuole e dello 0,70% per i ragazzi dei locali pubblici.

L'analisi di questo dato stratificato per *sex* ha messo in evidenza che i soggetti fumatori di sigarette *tutti i giorni* sono il 18,5% tra i ragazzi di sesso maschile e il 15,5% tra le ragazze di sesso femminile delle scuole, mentre sono il 22,2% tra i maschi e il 24,6% tra le femmine intervistate nei locali pubblici. Confrontando le diverse *fasce di età* per questa abitudine al fumo si riscontra un dato del 13,2% per la fascia d'età che va dai 14 ai 17

anni, del 29,1% per la fascia di età 18-19 anni e del 28,6% per la fascia di età 20-24 anni nelle scuole; è stato calcolato, invece, il 11,5% per la fascia di età 14-17 anni, del 27,9% per la fascia di età 18-19 anni, del 22,7% per la fascia di età 20-24 anni e del 24,5% per la fascia di età 25-34 relativa ai frequentatori dei locali. Questi dati sono poi stati comparati con i dati ISTAT 2010, che mostrano una percentuale dell'8% per la fascia di età 14-17 anni, del 26,6% per la fascia di età 18-19, del 26,9% per la fascia di età 20-24 e del 32,3% per la fascia di età 25-34 anni (fig. 2).

Fig. 2 - Distribuzione percentuale dell'abitudine a fumare tutti i giorni nelle diverse fasce di età



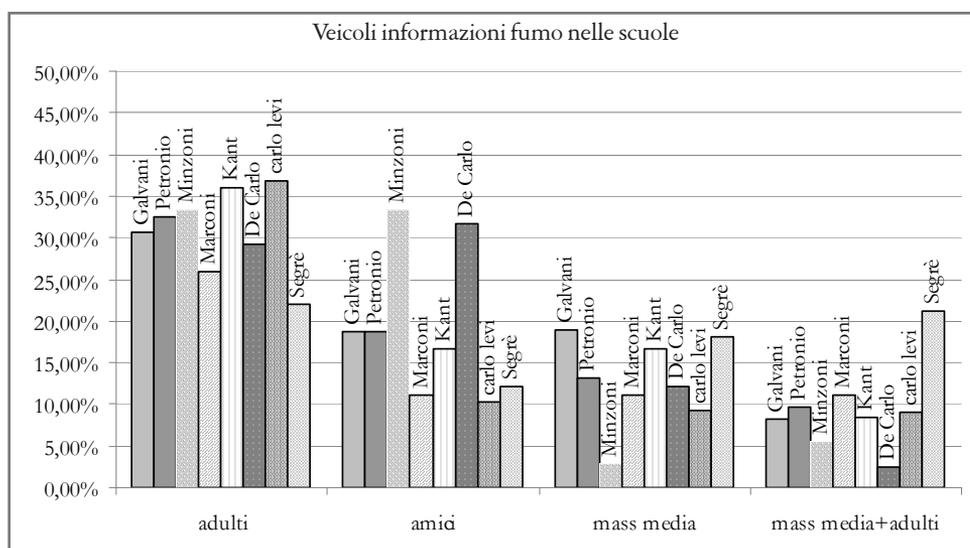
Interessante è stata la valutazione dei dati relativi al livello di *informazione sul fumo* nella popolazione target che ha mostrato un trend percentuale sovrapponibile sia nell'ambito delle scuole che dei locali pubblici. Nelle scuole, infatti, il 93,72% dei ragazzi di-

chiara di avere ricevuto informazioni riguardanti il fumo, il 6,09% ha dichiarato di non averne ricevuto, mentre il 0,20% non ha fornito informazioni in merito. Per i ragazzi che frequentano i locali pubblici il 91,3% ha dichiarato di aver ricevuto informazioni riguar-

do il fumo, l'8,5% dichiara di non aver ricevuto questo tipo di informazioni e il 0,20% non ha fornito risposta. Molto importante è stata poi l'analisi dei dati relativi al veicolo di informazione per questa abitudine. Nell'ambito delle scuole il 29,31% dei ragazzi ha dichiarato di essere informato dagli adulti, il 16,51% dagli amici, il 15,90% dai mass media e il 12,06% sia dai mass media che

dagli adulti. I questionari somministrati nei locali pubblici evidenziano che il 36% dei frequentatori dichiara di ricevere informazioni dagli adulti, il 20% dagli amici, il 19% dai mass media e il 7% sia dai mass media che dagli adulti. Questi dati sono stati stratificati per tipologia di scuole e locali pubblici in cui è stato somministrato il questionario (fig. 3 e 4).

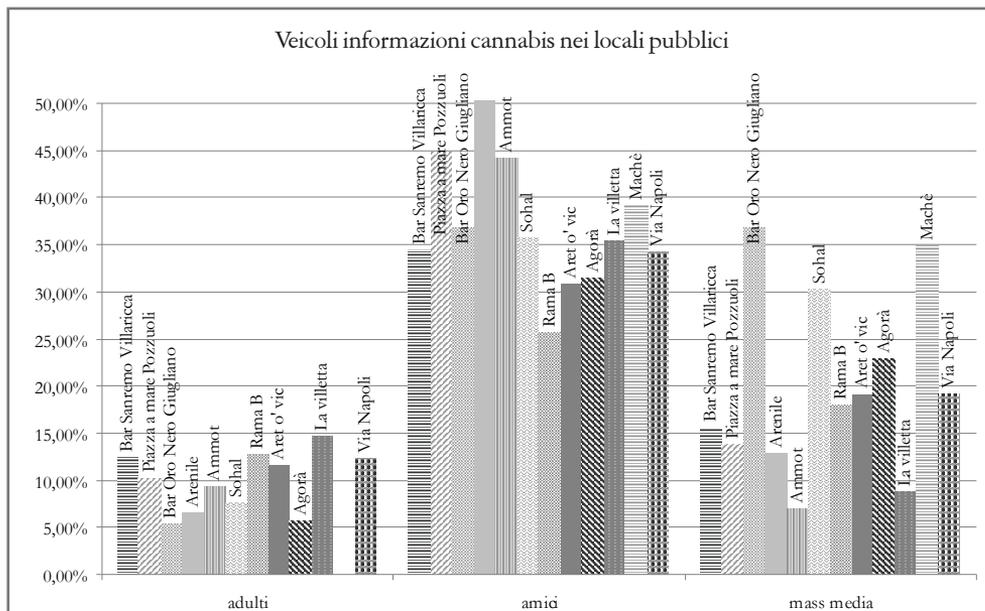
Fig. 3 - Distribuzione percentuale delle informazioni ricevute sull'abitudine a fumare nelle scuole



Per quanto riguarda l'elaborazione dei dati ottenuti dai questionari riguardanti la *conoscenza della cannabis* tra i ragazzi delle scuole e dei locali pubblici, i risultati appaiono piuttosto omogenei. Nelle scuole l'85% dei maschi e il 71,8% delle femmine ha dichiarato di conoscere la cannabis; nei locali pubblici l'84,9% dei maschi e il 70,3% delle femmine ha confermato questo dato. Anche nella elaborazione del dato riguardante il *veicolo di informazione su questa sostanza* il dato appare, di fatto, molto omogeneo. Il 31,50% dei ra-

gazzi nelle scuole ha dichiarato di essere stato informato dagli amici, il 20,84% dai mass media, il 7,25% dagli adulti; il 37,20% dei ragazzi dei locali pubblici ha dichiarato di essere stato informato dagli amici, il 19,20% dai mass media, il 9,60% dagli adulti. Nel 18,28% dei questionari somministrati nelle scuole e nel 19% dei questionari somministrati nei locali pubblici non è stata avuta risposta alcuna. Anche in questo caso il dato è stato stratificato per tutti i locali pubblici e le scuole oggetto della valutazione (fig. 5).

segue... Fig. 5 - Distribuzione percentuale delle informazioni ricevute sulla cannabis tra i ragazzi delle scuole e dei locali



Per quanto riguarda la *conoscenza dell'associazione di alcool e stupefacenti* i giovani maschi risultano più informati rispetto alle giovani donne (8,6% tra i maschi delle scuole e 10,6% tra i maschi dei locali pubblici rispetto al 4% delle donne nelle scuole e al 4,3% per le donne nei locali pubblici). La percentuale più alta in merito a questa metodologia di consumo si rileva nelle fasce di età 18-21 anni (13,5% nelle scuole e 19-24 (11,20%) nei locali pubblici. Tuttavia non emerge dalle risposte ottenute dai questionari un profilo determinante per quanto riguarda il veicolo di informazione per questo tipo di associazione, avendo ottenuto sia per i locali pubblici che per le scuole una percentuale elevata di "nessuna risposta".

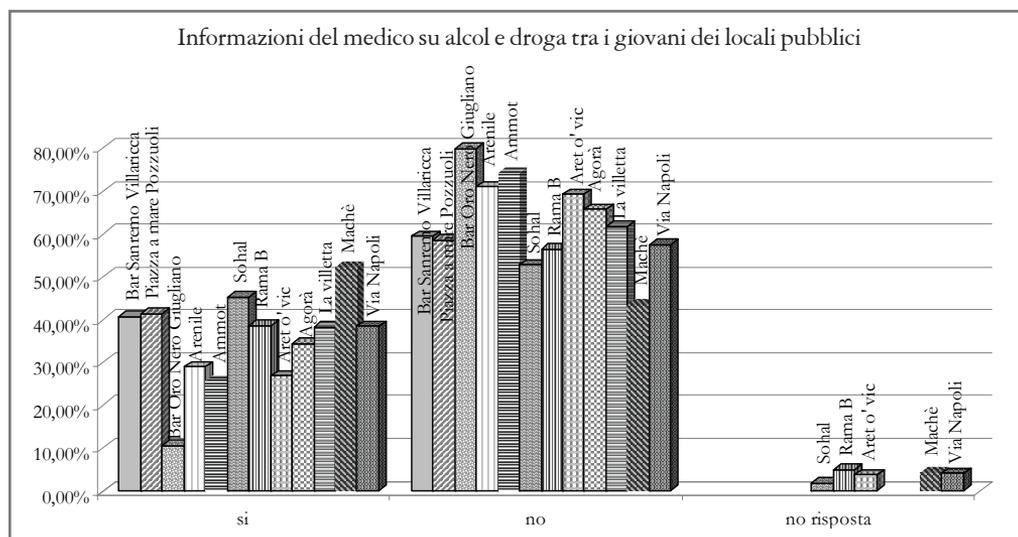
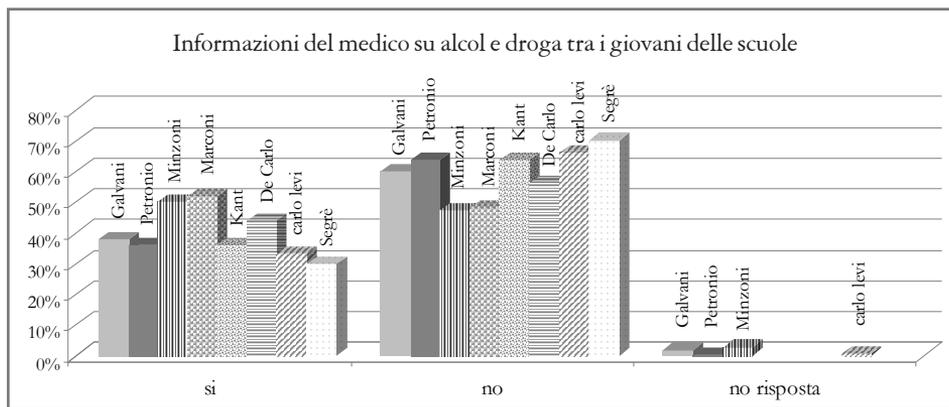
I *veicoli di informazione per l'associazione vino e alcol* rilevato dai dati totali dei questionari e poi suddiviso per tipologia di scuole e locali

pubblici risultano essere soprattutto gli adulti (39,7% nelle scuole e 40,73% nei locali pubblici), seguiti dai mass media (12,9% nelle scuole e 9,4% nei locali pubblici) e dagli amici (13,4% nelle scuole e 6,3% nei locali).

Riguardo alle *informazioni rilasciate dal medico di famiglia* ai giovani per il rischio derivante dall'uso di alcool e droghe risulta che il 63,70% dei giovani delle scuole e il 62% tra i ragazzi dei locali pubblici non riceve informazioni adeguate in merito a questa problematica (Fig. 6).

Sono state poi analizzate le domande del questionario relative alla conoscenza da parte dei giovani della *ecstasy* (intesa come la più classica delle droghe diffuse tra i giovani) e delle "nuove droghe" quali *spice* e *smart drugs*: l'83,5% e l'88,1% dei ragazzi nelle scuole e nei locali pubblici, infatti, dichiara di conoscere l'ecstasy mentre il 74,8% e il 78,9%

Fig. 6 - Distribuzione percentuale delle informazioni ricevute dal medico su alcol e droga tra i ragazzi delle scuole e dei locali pubblici



(ragazzi dei locali pubblici) e il 77% e l'84,8% (ragazzi delle scuole) dichiara di non conoscere rispettivamente le smart drugs e gli spice.

Interessante appare anche il dato relativo alla conoscenza del "binge drinking" la cui terminologia non sembra essere conosciuta abbastanza, nonostante sia un fenomeno assai diffuso (3,4,5,6,7) tra i giovani: il 75,5% dei ragazzi nelle scuole e il 67,5% dei ragazzi

nei locali non conosce questo termine (fig.7). La bevanda *Red Bull* si dimostra molto conosciuta sia tra i giovani delle scuole che tra quelli dei locali pubblici (99,3% e 98,5%) come mostrato in fig.8; tuttavia l'associazione di *Red Bull* e *alcolici* si mostra più evidente tra i ragazzi delle scuole rispetto ai ragazzi dei locali pubblici che associano queste due bevande soprattutto nella fascia di età più elevata (25-30 anni) (fig. 9).

Fig. 7 - Distribuzione percentuale della conoscenza del termine "Binge Drinking"

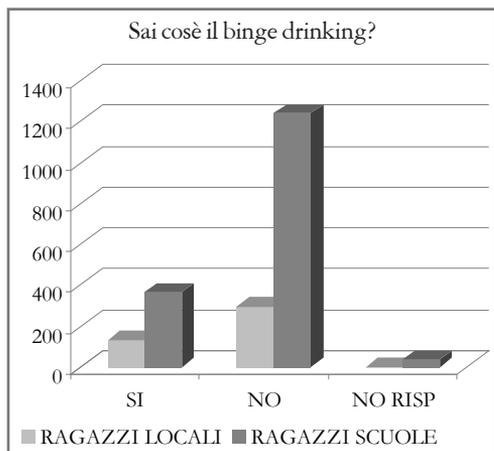
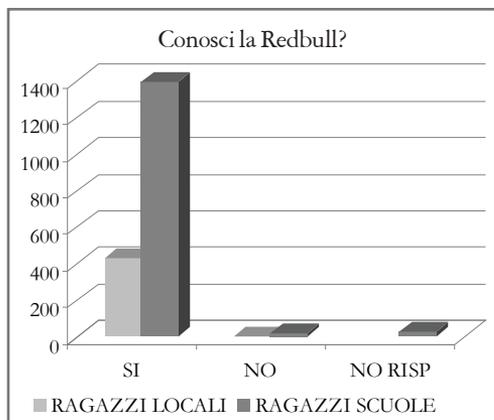


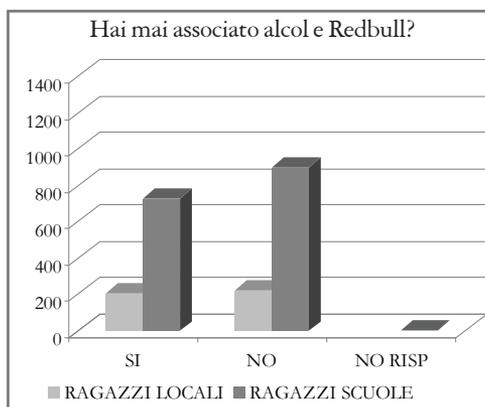
Fig. 8 - Distribuzione percentuale del dato "conoscenza red bull" tra i ragazzi dei locali pubblici e delle scuole



Conclusioni e discussione

La valutazione conclusiva dei dati appena descritti ha rilevato che la percentuale dei *soggetti fumatori* del nostro campione è maggiore rispetto al dato nazionale ISTAT 2010 (2), in particolare per quanto riguarda la fascia di età 14-17 anni e per quella 18-19 anni. Interessante è stata la valutazione del dato

Fig. 9 - Distribuzione percentuale del dato "conoscenza red bull" e "associazione alcol e redbull"



riguardante il *veicolo di informazione per l'abitudine a fumare* che è risultato in maggiore percentuale la categoria "adulti" sia per i ragazzi del campione scuole che per quelli del campione locali pubblici.

La conoscenza dell'*associazione di alcool e stupefacenti* tra i giovani intervistati ha evidenziato una percentuale più alta nel genere maschile sia per le scuole che per i locali soprattutto nelle fasce di età 18-21 anni nelle scuole e 19-24 nei locali pubblici. Tuttavia non emerge dalle risposte ottenute dai questionari un profilo determinante per quanto riguarda il *veicolo di informazione per questo tipo di associazione*, avendo ottenuto sia per i locali pubblici che per le scuole percentuali elevate di "nessuna risposta".

Dai dati ottenuti si evidenzia che *l'associazione vino e alcool* è ben conosciuta tra i giovani e i *veicoli di informazione* risultano essere soprattutto gli adulti.

L'analisi dei questionari somministrati nelle scuole e di quelli somministrati nei locali pubblici ha evidenziato una buona *conoscenza della sostanza "cannabis"* tra i giovani, sia tra i maschi che tra le femmine. In particolare è

stato importante confermare il dato *veicolo di informazione* che risulta essere dato in buona percentuale dagli "amici", così come previsto dal gruppo di lavoro.

Un dato interessante emerso dall'elaborazione dei dati è stato quello relativo alle eventuali *informazioni rilasciate dal medico di famiglia* ai giovani riguardo il rischio derivante dall'uso di alcol e droghe. Purtroppo dai risultati elaborati emerge ancora una scarsa informazione a riguardo, sia tra i giovani delle scuole che tra quelli dei locali pubblici: il 63,70% dei giovani delle scuole e il 62% tra i ragazzi dei locali pubblici ha dichiarato di non ricevere informazioni a riguardo.

E' stato piuttosto interessante analizzare il dato relativo alla conoscenza del "*binge drinking*": il 75,5% dei ragazzi nelle scuole e il 67,5% dei ragazzi nei locali pubblici non conosce questo termine.

Come era possibile aspettarsi la bevanda *Red Bull* si dimostra molto conosciuta sia tra i giovani delle scuole che tra quelli dei locali pubblici (rispettivamente in percentuali di 99,3% e 98,5%); tuttavia *l'associazione di Red Bull e alcolici* si mostra più evidente tra i ragazzi delle scuole rispetto ai ragazzi dei locali pubblici che associano queste due bevande soprattutto nella fascia di età più elevata (25-30 anni). In tale contesto appare evidente e critico il risvolto sanitario, sociale ed economico che deriva dai problemi correlati all'abuso di bevande alcoliche e delle nuove droghe nei giovani, più volte affrontato anche dalla legislazione italiana. Il Piano Sani-

tario Nazionale 2003-2005 (11), confermando tra gli strumenti fondamentali di prevenzione delle malattie cronico-degenerative (1) l'adozione di stili di vita sani, ha identificato soprattutto la prevenzione dell'abuso di bevande alcoliche quale specifica tematica da inserire nei programmi di prevenzione dell'uso e abuso di sostanze che creano dipendenza patologica. Tuttavia un cambiamento radicale nelle abitudini di consumo di bevande alcoliche, nonché la consapevolezza dei danni indotti da questo comportamento sociale a rischio richiede oltre che l'intervento legislativo una strategia globale di sensibilizzazione ed informazione rivolta a tutti i cittadini ed in maniera particolare alle fasce di età maggiormente a rischio.

Anche la lotta al tabagismo rappresenta una delle grandi priorità delle politiche di Sanità Pubblica a livello mondiale. L'attuale normativa italiana per la limitazione del fumo negli ambienti di vita e di lavoro presenta un bilancio positivo soprattutto per quanto riguarda la limitazione dei danni per i non fumatori, conseguente ai divieti di fumo nei locali pubblici e negli uffici.

Questa indagine, svolta in collaborazione con la Comunità "*La Scheggia*" operante in modo attivo sul territorio dell'ASL NA2 nord, ha avuto e ha come obiettivo quello di operare un'efficace prevenzione attraverso la conoscenza delle abitudini e degli stili di vita soprattutto di coloro verso i quali gli sforzi congiunti degli Enti in sinergia con le realtà territoriali devono essere incrementati.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Organizzazione Mondiale della Sanità, Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale. Copenaghen: WHO; 2007.
2. ISTAT Anno 2010. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Roma: ISTAT; 2010.
3. Pergamo AB, Drogo GML. I giovani e l'alcol. Roma: Armando; 2002.
4. Pierlorenzi C, Senni A. L'alcolismo: prospettive di ricerca ed intervento. Roma: Carrocci; 2001.

5. Arcidiacono C, Caianiello E. Nuovi stili di consumo alcolico negli adolescenti italiani: allarme sociale al Nord e fenomeno invisibile al Sud. Dipartimento di Scienze Relazionali "G. Iacono" Università degli Studi di Napoli Federico II.
6. Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Gandin C, Martire S, Russo R. L'alcol e i giovani - un'analisi dei fattori determinanti l'abuso. Centro collaboratore WHO per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate - Osservatorio Nazionale Alcol. CNESPS. Roma: Istituto Superiore di Sanità (ISS); 2007.
7. Il consumo di alcol, tabacco e cannabis tra i giovani. Cosa potete fare come genitori, insegnanti o formatori professionali. www.suchtpraevention-zh.ch
8. Gillespie NA, Henders AK, Davenport TA, Hermens DF, Wright MJ, Martin NG, Hickie IB. The Brisbane Longitudinal Twin Study: Pathways to Cannabis Use, Abuse, and Dependence Project-Current Status, Preliminary Results, and Future Directions. *Twin Res Hum Genet.* 2012; Nov 28:1-13.
9. Albisser S, Schmidlin J, Schindler C, Tamm M, Stolz D. Water Pipe Smoking and Its Association with Cigarette and Cannabis Use in Young Adults in Switzerland. *Respiration* 2012; Nov 16.
10. Fernández-Artamendi S, Fernández-Hermida JR, García-Fernández G, Secades-Villa R, García-Rodríguez O. Motivation for Change and Barriers to Treatment among Young Cannabis Users. *Eur Addict Res.* 2013;19(1):29-41. doi: 10.1159/000339582. Epub 2012 Aug 28.
11. <http://www.salute.gov.it/psn/psnHome.jsp>
12. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ.* 2000; Aug 5;321(7257):355-8.
13. Garattini S, La Vecchia C, Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi. Milano: Editrice Kurtis; 2002.
14. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. *BMJ* 1994; Oct 8; 309(6959):901-11.
15. Crispo A, Brennan P, Jöckel KH, Schaffrath-Rosario A, Wichmann HE, Nyberg F, Simonato L, Merletti F, Forastiere F, Boffetta P, Darby S. The cumulative risk of lung cancer among current, ex-and never-smokers in European men. *Br J Cancer* 2004; Oct 4, 91(7):1280-6.
16. Sharma R, Grover VL, Chaturvedi S. Tobacco use among adolescent students and the influence of role models. *Indian J Community Med.* 2010; 35 (2):272-5. doi: 10.4103/0970-0218.66891.
17. Lemert EM. Devianza, problemi sociali e forme di controllo. Milano: Giuffrè; 1981.

Il Distretto, la Casa della Salute e la Sanità d'iniziativa *The District, the House of Health and the proactive medicine*

Enrico Desideri, Anna Canaccini

Enrico Desideri
Direttore Generale ASL 8 Arezzo

Anna Canaccini
Direttore UO Politiche del Territorio e Medicina di Comunità ASL 8 Arezzo

Parole chiave: continuità delle cure, sanità d'iniziativa, pazienti diabetici

RIASSUNTO

Obiettivi: l'articolo riporta l'esperienza dell'ASL di Arezzo finalizzata a costruire una nuova organizzazione centrata su Distretto, Casa della salute e sanità d'iniziativa.

Metodologia: è descritto il modello organizzativo del Distretto con i suoi strumenti di governo/gestione e le modalità operative atte a garantire la continuità di cura ospedale-territorio. Sono riportati i primi risultati dello sviluppo della sanità d'iniziativa aziendale sui pazienti diabetici.

Risultati: la nuova organizzazione e la conseguente operatività ha dato risultati positivi sull'adesione dei pazienti ai percorsi di cura: la sanità di iniziativa dimostra la sua efficacia nella gestione delle malattie croniche.

Key words: continuity of care, proactive medicine, diabetic patients

SUMMARY

Objectives: The paper reports the experience of ASL Arezzo whose aim is to create a new organization which is focused on District, House of Health and proactive medicine.

Methodology: The organizing model of the District with his tools of governance/ management is outlined. Operating procedures intended to ensure continuity of care are outlined as well. The first outcomes of the development of proactive medicine on patients with diabetes are reported.

Results: the new organization and its implementation led to positive outcome on the admission of patients to care pathways: the proactive medicine proves to be effective in the management of chronic diseases.

La necessità di rifondare il territorio facendo nascere un nuovo Distretto è nata dalla esigenza di promuovere la presa in carico globale del cittadino sul territorio, assicurando la continuità h. 24 soprattutto in riferimento ai bisogni correlati alla cronicità, riprogettando l'intera filiera dei suoi servizi secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera a bassa complessità, coniugando il tutto anche all'obiettivo di contenimento dei costi unitamente al miglioramento della qualità e sicurezza delle Cure.

Nella nostra azienda tale rifondazione è partita dalla creazione di un Distretto Zona "forte" previsto nel Regolamento Aziendale, in grado di trasmettere ai cittadini fiducia e sicurezza rispetto ai servizi erogati, assicurare la continuità Ospedale Territorio e l'integrazione socio-sanitaria. Un Distretto equipaggiato con un sistema di obiettivi e indicatori per valutare l'efficienza e la qualità dell'assistenza erogata, dotato di un proprio budget, con una particolare attenzione ad un uso delle risorse appropriato e caratterizzato da responsabilità ed autonomia. Un Distretto, infine, dove si rileva il fabbisogno e la domanda di salute e dove si sviluppa la gestione operativa delle attività sanitarie e socio-sanitarie del territorio di competenza, attraverso la creazione di una rete che comprenda al suo interno il sistema delle Cure Intermedie (RRSSAA, Hospice, Ospedali di comunità, MO.di.CA), i servizi sociali, l'Ospedale, le strutture ambulatoriali, i MMG con i medici della Continuità Assistenziale, i PdF.

Il Distretto deve trasmettere al cittadino per i servizi erogati nel territorio la stessa fiducia e sicurezza riconosciuta all'Ospedale, dotandosi di idonei strumenti di governo e di gestione.

Gli strumenti di governo / gestione del Distretto sono rappresentati da:

- ufficio di Direzione / di Coordinamento di Zona Distretto, all'interno dei quali sono presenti un rappresentante eletto dei MMG, uno dei PdF, uno per la Specialistica Ambulatoriale, un rappresentante delle Associazioni del Volontariato, Il coordinatore per le attività infermieristiche ed il coordinatore per le attività della riabilitazione, i Responsabili delle UUFF del territorio (Attività Sanitarie di Comunità, Salute Mentale Infanzia e adolescenza, Assistenza sociale, assistenza Dipendenze
- Coordinatore Sanitario (che nella nostra Azienda è in tutte e 5 le Zone Distretto un MMG)
- Coordinatore Sociale
- Sistema Informativo Socio Sanitario Integrato con i Comuni che insistono sul Distretto
- Budget.

La Continuità di Cure Ospedale - Territorio e la integrazione socio-sanitaria è garantita attraverso la esistenza della:

- Agenzia Ospedale Territorio, team funzionale multi professionale aziendale con proiezione in tutte le Zone/Distretto, che si interfaccia con la struttura ospedaliera di degenza, il cui scopo è quello di:
 1. gestire il percorso delle dimissioni ospedaliere con particolare riguardo per quelle definite "difficili";
 2. programmare l'accesso all'offerta assistenziale territoriale con un canale di informazione costante con i MMG;
 3. garantire attraverso un adeguato check-out la gestione ottimale dei pazienti al momento della dimissione;
 4. favorire l'integrazione tra il presidio ospedaliero e l'organizzazione socio sanitaria del territorio, in particolare con la rete dei Punti unici di accesso

- (P.U.A.) e con le funzioni dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.)
- Il punto Unico di Accesso (PUA) caratterizzato dalla integrazione socio-sanitaria e dove viene preso in carico il bisogno espresso da parte del cittadino;
 - La Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) caratterizzata anch'essa dalla integrazione multi professionale, che valuta il bisogno espresso e redige un piano di assistenza personalizzato.

Ma la creazione di un Distretto forte passa anche attraverso la riorganizzazione delle Cure Primarie, che si attua mettendo in atto strategie di sviluppo e di integrazione organizzativa sia a livello "orizzontale" (modelli a rete multiprofessionali) che "verticale" (sistemi assistenziali integrati con l'ospedale). E il primo passo compiuto nella nostra Azienda è stato quello di prevedere un nuovo sviluppo organizzativo della MG, partendo dall'Accordo Integrativo Aziendale per la MG firmato a novembre 2010, che ha rappresentato la premessa alla collaborazione con la MG per una risposta sinergica e completa alla domanda di salute sempre più diversificata, con la finalità di costruire una alleanza che consente di produrre salute. Le scelte strategiche contenute nell'Accordo sono rappresentate dal perseguimento di specifici obiettivi di salute (prevenzione oncologica, valutazione del rischio cardio vascolare, prevenzione fratture soggetti a rischio, AFA, obesità), dal buon uso delle risorse (farmaco, diagnostica, trasporti sanitari, appropriatezza dei ricoveri, riduzione fughe) e da un nuovo sviluppo organizzativo (creazione delle AFT, delle UCCP-Case della Salute).

Il primo passo per il superamento dell'attuale modello di lavoro individuale e per l'evoluzione organizzativa dell'area delle Cure Primarie verso un lavoro in team, si è

realizzato con la creazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) di Medici di Medicina Generale, aggregazione monoprofessionale (MMG e medici di CA), composta da circa 20 medici, che svolge azioni di governance nel settore della farmaceutica, diagnostica, trasporti, ausili, specialistica, eroga ove possibile la diagnostica di 1 livello, gestisce la cronicità mediante la realizzazione del CCM.

All'interno della AFT ogni medico partecipante, pur rimanendo fisicamente nel proprio studio, inizia ad operare quotidianamente considerandosi "in rete", seppur funzionale, con altri medici di MG con i quali condivide il supporto informatico. Ad aprile 2012 sono state costituite nell'Az. USL 8 13 AFT e sono stati individuati i relativi Coordinatori, scelti con elezione dai MMG. A seguito della stipula dell'Accordo Integrativo Aziendale della Continuità Assistenziale deliberato a settembre 2012, sono stati "agganciati" ad ogni AFT i medici titolari di CA che svolgono la loro attività all'interno della AFT stessa.

Laddove è presente la Casa della Salute, la condivisione della rete informatica dei MMG con la CA ha già reso possibile la continuità assistenziale h. 24, 7 giorni su 7.

Esiste poi un ulteriore livello, ancora più complesso, di associazionismo rappresentato dalla Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) che nella nostra realtà corrispondono alle Case della Salute. Le UCCP sono aggregazioni strutturali multiprofessionali comprendenti almeno 20 MMG (Assistenza Primaria + Continuità Assistenziale) e le altre figure professionali del territorio: infermieri, specialisti, assistenti sociali, fisioterapisti, personale amministrativo.

Quasi in parallelo alla stipula dell'Accordo Aziendale per la MG, nella nostra Azienda si è andata sviluppando la rete delle Case

della Salute, iniziata con l'apertura di quella di Castiglion Fiorentino avvenuta nel 2010, alla quale hanno fatto seguito quella di Castel Focognano, Subbiano, Monte S. Savino - Civitella e Poppi.

La Casa della Salute rappresenta un nodo di una rete integrata e omogenea di presidi e di servizi territoriali, organizzato per la presa in carico della domanda di salute e di cura e quindi per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitari.

La Casa della Salute è la sede pubblica in cui la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale e dove trovano collocazione in uno stesso spazio fisico i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali. Essa ospita al suo interno nella forma più complessa i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Famiglia, i medici della Continuità Assistenziale, i servizi amministrativi, infermieristici territoriali, i servizi distrettuali e sociali, le prestazioni specialistiche, il Consultorio, le Cure Intermedie.

Si tratta pertanto di un modello organizzativo multi professionale che ha il ruolo di potenziare la rete dei servizi territoriali attraverso la condivisione della stessa sede e la partecipazione a percorsi e processi assistenziali condivisi, tra i quali troviamo di estremo interesse la realizzazione della Sanità di iniziativa con il Chronic Care Model (CCM).

Il progetto Sanità di iniziativa è stata introdotta in Regione Toscana con il PSR 2008-2010, dove viene introdotto con queste parole: "... *Il sistema non aspetta sulla soglia dei servizi il cittadino, ma orienta l'attività verso chi meno sa e meno può e che per questo si trova a rischio continuo di caduta assistenziale e persino di non espressione del bisogno ... Assume il bisogno di salute prima che la malattia cronica insorga, si manifesti o si aggravi per*

prevenire l'evoluzione della malattia stessa..."

Il CCM è di un modello gestionale ed operativo basato sulla interazione tra paziente informato/esperto e un team multiprofessionale, integrato da aspetti di sanità pubblica (attenzione alla prevenzione primaria e ai determinanti di salute) e una presa in carico globale su tutto il percorso di salute dei cittadini.

Nell'Az. USL 8 il progetto è partito come in tutta la Regione Toscana nel 2010, con 8 moduli in fase pilota, che sono poi diventati 9 moduli nel 2011, con il 30% della popolazione totale coinvolta nel progetto, per poi passare nel 2012 a 12 moduli con coinvolgimento del 40% della popolazione. Obiettivo per l'anno 2013 è coprire il 60% facendo coincidere il modulo con ciascuna AFT. Occorre ricordare che ciascun modulo comprende in media 10 MMG con una popolazione assistita di 10.000 persone. Il progetto ha coinvolto pazienti affetti da 4 patologie croniche: scompenso cardiaco, diabete, ictus e BPCO (figura 1).

A circa 2 anni dall'avvio del progetto è stato possibile effettuare una prima verifica sui cambiamenti che il CCM sta determinando, da una parte ad un migliore controllo della malattia e dall'altro ad un più equo accesso alle cure.

Mettendo a confronto l'adesione alle raccomandazioni per la determinazione almeno annuale della emoglobina glicata, del profilo lipidico, della microalbuminuria, della creatinina e della visita oculistica (tutti parametri contenuti nel percorso diagnostico per il diabete condiviso in Azienda tra MMG e medici specialisti) da parte di un gruppo di pazienti arruolati nel progetto CCM e un gruppo di non arruolati è stato evidenziato un miglioramento circa l'adesione ai percorsi di cura più appropriati, come riportato nelle figure 2, 3, 4.

Figura 1 - Sviluppo della progettualità aziendale

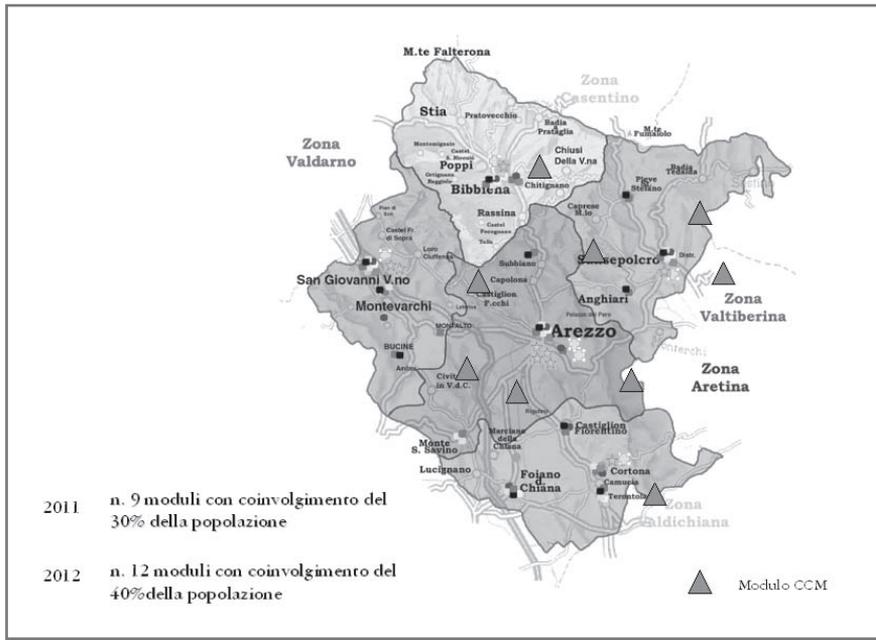


Figura 2 - Primi risultati: l'adesione ai percorsi di cura

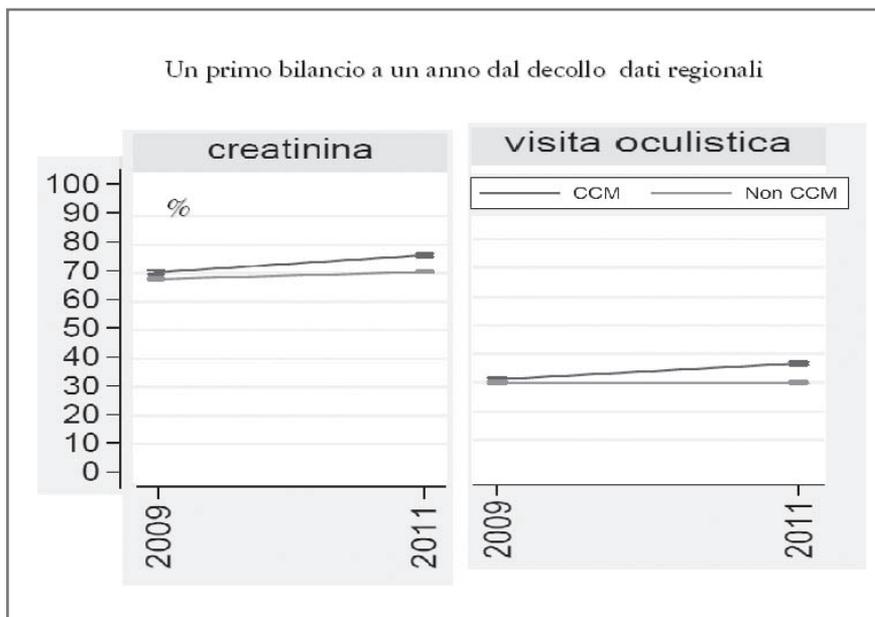


Figura 3 - Primi risultati: l'adesione ai percorsi di cura

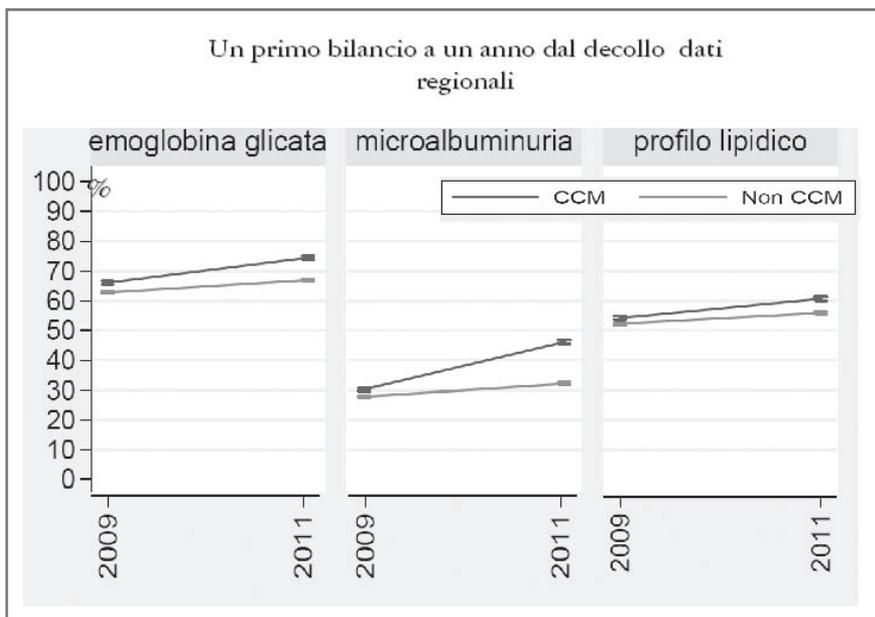
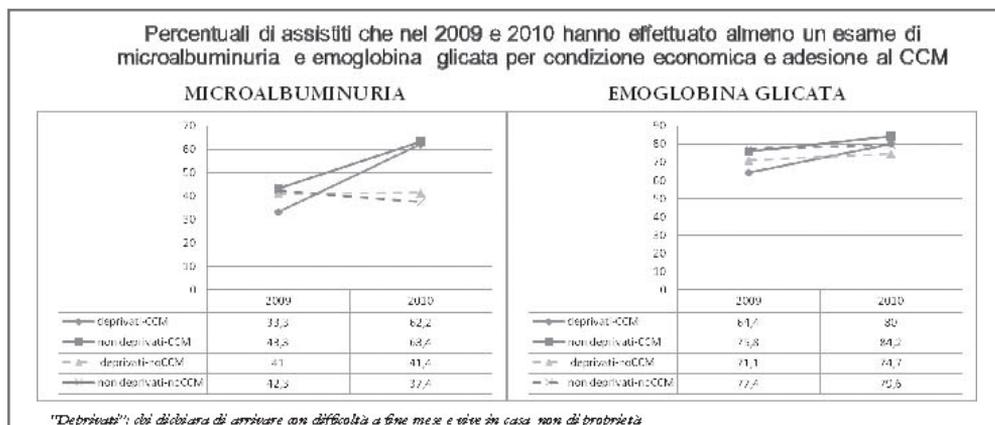


Figura 4 - Primi risultati: l'adesione ai percorsi di cura



E' stato inoltre dimostrato che l'attuazione del CCM ha annullato la disuguaglianza di accesso alle cure tra soggetti in condizione socio economica differente, che invece si osserva nella popolazione non ancora seguita dal CCM, come riportato nel grafico 4. Ma la rifondazione del Territorio non si ferma a quanto esposto fino ad ora. Siamo appena agli inizi, i lavori proseguono, anzi si

rendono ancora più indispensabili se pensiamo al contenimento dei costi e alla garanzia di sostenibilità del sistema che la situazione attuale di necessità ci chiede e contemporaneamente alla necessità da parte del Territorio di intercettare, prendere in carico e dare risposta ai bisogni assistenziali di tutti.

BIBLIOGRAFIA

1. Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 29.07.2009.
2. Piano Sanitario Regione Toscana 2008-2010.
3. Palfrey S. Daring to practise Low-Cost Medicine in a High-Tech Era, *N Engl J Med* 2011, 364:21.
4. Dirindin N. Salvaguardare il sistema di welfare, riconvertire le risorse, *Politiche sanitarie* 2012; 13, 2.
5. Accordo integrativo regionale per la MG Delibera Regione Toscana n. 1231/2012.

Il Contratto della merenda: l'adesione per 5 anni migliora le abitudini alimentari dei bambini delle scuole primarie

The Contract for a healthy snack: participating for 5 years improves primary school children's eating habits.

Cecilia Savonitto, Laura Pilotto

Cecilia Savonitto

ASS n. 4 "Medio Friuli - Servizio Igiene degli alimenti e Nutrizione (fino al 31.12.2011)

Laura Pilotto

ASS n. 4 "Medio Friuli" - Promozione della salute (fino al 30.6.2012)

Parole chiave: contratto-merenda-frutta/verdura - bambini scuole primarie

RIASSUNTO

Obiettivo: lo studio si è posto l'obiettivo di valutare i cambiamenti degli ultimi 5 anni di un progetto di educazione alimentare proposto alle scuole primarie che richiedeva ai genitori di sottoscrivere un Contratto che li impegnava a dare ai bambini solo frutta e verdura per la merenda di metà mattina.

Metodi: somministrazione di un questionario sugli stili di vita ai genitori dei bambini in prima elementare nel 2007-2008; riproposizione dello stesso questionario 5 anni più tardi quando i bambini erano in 5^a elementare.

Risultati: l'80% dei genitori ha risposto al primo questionario e l'82% al secondo. L'analisi ha dimostrato che i consumi di frutta, verdura e bevande zuccherate/gassate da parte dei bambini dai 6 agli 11 anni, si modificano coerentemente con quanto riportato in altre indagini. Tuttavia i bambini che hanno partecipato al Contratto per 5 anni hanno acquisito comportamenti più virtuosi dei non partecipanti: il 78.9% vs il 65.3% ($p < 0.01$) mangia frutta una o più volte al giorno, il 78.1% vs il 67.3% ($p = 0.04$) verdura una o più volte al giorno, l'81.7% vs 70.3% beve bevande zuccherate meno di una volta al giorno ($p < 0.02$). In conclusione il Contratto per la merenda si è dimostrata una strategia efficace nel promuovere comportamenti alimentari salutari nei bambini delle scuole primarie.

Key words: contract-snack-fruit/vegetables-elementary school-aged children

SUMMARY

Objective: the purpose of this study was to evaluate the last 5 years of an ongoing nutrition education project

which asked the parents of primary school children to sign a contract agreeing to send only fruit or vegetables for the midmorning school snack.

Methods: pre-intervention survey on lifestyles conducted among the parents of all the children beginning 1^o grade in 2007-08; follow-up survey 5 yrs later when the children were in 5th grade.

Results: the participation to the survey was 80% and 82% in the first and 5th year respectively. The analysis of the consumption of fruit, vegetables and sweetened beverages revealed trends during the 5 years consistent with those reported in the literature. However, the children who participated to the Contract for 5 years did significantly better than the non-participants: fruit once a day or more 78.9% vs 65.3% ($p < 0.01$), vegetables once a day or more 78.1% vs 67.3% ($p < 0.04$), sweetened drinks less than once a day 81.7% vs 70.3% ($p < 0.02$). In conclusion the Contract for a healthy snack proved to be an effective intervention in promoting healthy nutritional behaviors in school children.

Introduzione

Da molti anni l'OMS e diverse istituzioni internazionali sono impegnate per attuare strategie, programmi e campagne per la prevenzione dell'obesità, un problema di salute eziologicamente complesso che si è diffuso in modo allarmante fra tutte le popolazioni, senza differenze di età, genere e ceto sociale. Recenti indagini italiane stimano un tasso di sovrappeso e di obesità rispettivamente del 23% e 12% tra i bambini di 8-9 anni (OKKIO alla salute 2010)(1), del 20% e 3.6 % tra gli adolescenti di 11 anni (Health Behavior in School Children – HBSC 2006) (2), del 41% e 11% per gli uomini e del 23% e 10% per le donne (PASSI 2011) (3). Anche fra i ragazzi del Friuli Venezia Giulia (FVG) la prevalenza del sovrappeso/obesità è preoccupante seppur inferiore alla media nazionale: nei bambini corrisponde al 17% per il sovrappeso e al 5% per l'obesità (Okkio FVG 2010) (4), negli adolescenti rispettivamente al 14% e 2% (HBSC FVG 2010) (5). L'eccessivo consumo di cibi ipercalorici unitamente alla sedentarietà sono, fra le concause, quelle più spesso oggetto di interventi di prevenzione. Fra le strategie di contrasto più frequentemente adottate risalta la promozione del consumo di frutta e verdura (F&V), perchè l'epidemiologia ha dimostrato che un ade-

guato consumo di questi alimenti ha un evidente effetto protettivo nei confronti dell'obesità e di malattie croniche come il diabete tipo 2, l'ipertensione e alcuni tipi di cancro (6-8). Di fatto varie indagini condotte anche a livello europeo dimostrano che la maggior parte della popolazione non consuma le 5 porzioni di F&V al giorno raccomandate dalle Linee guida per una sana alimentazione, promosse ufficialmente in molti Paesi. La letteratura internazionale riporta numerosi progetti mirati a favorire questi consumi fin dalla prima infanzia. L'esperienza ha infatti insegnato che le abitudini alimentari acquisite da piccoli possono essere mantenute da adulti, mentre il passaggio dall'infanzia all'adolescenza è spesso associato a comportamenti alimentari non salutari (6). La scuola, luogo di apprendimento per eccellenza, è considerata, dopo la famiglia, il setting privilegiato in quanto facilita l'adozione di comportamenti tramite l'influenza dei pari e degli adulti (modeling) e l'orientamento al rispetto di regole (policies) non facilmente applicabili nel setting familiare. Recenti revisioni sistematiche (6,9-12) sull'efficacia di interventi per promuovere una sana alimentazione nell'ambito scolastico hanno documentato che i progetti più efficaci sono quelli multicomponenti, che includono un intervento didat-

tico da parte degli insegnanti, una maggior disponibilità di F&V a scuola e il coinvolgimento della famiglia. Diversamente gli interventi basati solo su attività didattiche pratiche tipo laboratori del gusto, corsi di cucina, orti scolastici, etc si sono dimostrati di efficacia limitata. Infine anche i progetti che puntano principalmente sul cambiamento "ambientale" del setting scolastico tramite la sola distribuzione di F&V a scuola, gratis o a pagamento (13-16) si sono dimostrati efficaci, ma l'effetto diminuisce e/o scompare quando cessa la distribuzione, specialmente fra i meno abbienti (13,17-19). L'efficacia dei progetti dipende anche dalla durata degli interventi che varia da un minimo di poche settimane a due-tre anni e dal tempo intercorso tra la fine del progetto e la valutazione dello stesso (6).

Anche in base a questi risultati l'Unione Europea ha lanciato nel 2009 un programma di distribuzione di F&V nelle scuole primarie a cui l'Italia ha aderito nell'anno scolastico 2009-10. Le valutazioni sull'efficacia di questo intervento non sono state ancora pubblicate (9).

Nell'anno scolastico 2003-2004 la collaborazione tra le 5 scuole del 4° Circolo didattico di Udine, la Clinica Pediatrica dell'Università di Udine, il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria (ASS4) e le famiglie ha consentito l'avvio del progetto "il Contratto della Merenda" (CdM). Prevedeva l'impegno dei genitori a dare ai propri figli frutta/verdura come merenda per tre giorni la settimana, a non dar loro cibi alternativi o aggiuntivi rispetto a quelli concordati e a favorire l'accettazione, negli altri giorni, delle merende proposte dalla scuola (yogurt, pane speciale) tramite il Comune - Progetto Città Sane e il contributo di diversi sostenitori (Camera di commercio, Associazioni e imprese alimentari).

L'obiettivo era ridurre l'eccessivo consumo di merende ipercaloriche e bevande zuccherate, già rilevato con osservazioni specifiche, offrendo attivamente, come alternativa, merende più salutari, in particolare F&V, nell'intento di favorire il controllo del sovrappeso.

L'innovatività del progetto consisteva nel richiedere ai genitori di firmare un contratto scritto e nel vincolo posto alla partecipazione: in ogni classe doveva aderire almeno il 60% di bambini, in ogni scuola il 50% (20). La partecipazione non era obbligatoria ma, per raggiungere il numero di aderenti richiesto, si contava sull'opera di persuasione e sull'influenza dei pari fra i ragazzi, i genitori e gli insegnanti (modeling). Alcuni genitori e insegnanti si sono resi disponibili a svolgere formalmente, insieme agli operatori sanitari, un ruolo di programmazione e monitoraggio delle diverse azioni del progetto, costituendosi in un Gruppo misto che si riuniva almeno 3 volte all'anno. I risultati positivi conseguiti nei primi tre anni hanno favorito l'adesione al CdM, dal 2006-2007, da parte degli altri tre Circoli didattici della città (16 plessi) e la sua riprogrammazione negli anni seguenti.

A cinque anni dall'estensione e consolidamento del Progetto nella maggioranza delle scuole primarie pubbliche di Udine, questo studio si è posto l'obiettivo di misurare i cambiamenti negli stili di vita della coorte di bambini iscritti nel 2007-2008 e di valutare, in particolare, la sua associazione con i consumi di frutta, verdura e merende ipercaloriche (bevande zuccherate/gassate).

Metodologia

All'inizio dell'anno scolastico 2007-08 è stata condotta un'indagine fra i genitori dei bambini frequentanti la classe prima di tutte le scuole primarie pubbliche di Udine tramite

un questionario anonimo sulle loro abitudini di vita (pre-test). La prima parte del questionario richiedeva alcuni dati del bambino e del nucleo familiare (sesso, scuola frequentata, numero componenti famiglia, titolo di studio dei genitori). La seconda parte comprendeva 15 domande sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica (AF) e in particolare sui consumi di F&V e bevande zuccherate/gassate. Le risposte possibili per F&V erano: 3 o più volte al giorno, 2 volte al giorno, una volta al giorno, 3 o più volte alla settimana, meno di 3 volte alla settimana, mai; per le bevande erano più di una volta al giorno, una volta al giorno, 3 o più volte alla settimana, meno di 3 volte alla settimana, mai.

Nella primavera del 2012, ai genitori dei bambini di quinta, approssimativamente quelli frequentanti la prima nel 2007, è stato inviato lo stesso questionario integrato con altre due parti: la prima era composta di 4 domande tipo scala Likert mirate a conoscere le opinioni sull'educazione alimentare a scuola, la seconda chiedeva ai genitori che avevano aderito al CdM, in quali anni scolastici lo avevano fatto e i vantaggi e le difficoltà nell'aderire e mantenere l'adesione (domande a risposte multiple).

I risultati del questionario iniziale (a.s. 2007-08) sono stati confrontati con quelli del 2° questionario per valutare la significatività dei cambiamenti avvenuti in quell'arco di tempo nella coorte suddivisa in: bambini che avevano aderito per almeno uno o 5 anni al CdM e bambini che non avevano mai aderito (controlli). Il confronto dei consumi di F&V e bevande zuccherate/gassate è stato fatto raggruppando le categorie riportate nel questionario e definendo, anche sulla base delle tendenze riportate in diverse indagini, come "buone abitudini" (BA) il consumo di "frutta una o più volte al giorno", "verdura una o più volte al giorno" e "bevande zuccherate/gas-

sate meno di una volta al giorno".

La diffusione delle BA fra tutti i bambini in prima e in quinta e' stata confrontata con quella dei bambini mai aderenti e di quelli che avevano aderito al CdM

1) almeno per un anno (compresa la quinta elementare)

2) per 5 anni

3) in quinta elementare (2011-2012).

Ulteriori analisi sono state fatte sulle BA in base al genere e ai titoli di studio della madre. Sono state valutate le opinioni dei genitori sull'importanza della scuola nell'educazione alimentare, come alleata della famiglia per questa educazione e come aiuto nel vincere i rifiuti alimentari dei figli. Per ultimo è stata presa in considerazione la praticità della merenda fornita distinguendola tra aderenti e mai aderenti.

I dati dei questionari sono stati inseriti e analizzati tramite il database Epi Info™, version 3.5 (CDC, Atlanta, USA). L'analisi statistica ha previsto l'utilizzo del Chi quadro per stabilire eventuali differenze statisticamente significative.

Risultati

Le scuole primarie di Udine partecipanti al Progetto nel 2007-2008 erano 12 su 21 con 1472 bambini aderenti, e nel 2011-12, 16/21 (1877 aderenti) con una percentuale media di adesione degli iscritti del 73%.

L'indagine condotta sui comportamenti di tutti i bambini iscritti alla classe prima nel 2007, tramite il questionario inviato ai genitori, è stata considerata come test iniziale. Sono stati raccolti 479 questionari, pari all'80% di quelli distribuiti (595 su 601 iscritti). Alla fine dell'anno scolastico 2011-12 lo stesso questionario, con alcune aggiunte, è stato inviato ai genitori dei bambini di quinta delle stesse scuole. Sono stati distribuiti 638 questionari (su 643 iscritti) e ne sono

stati raccolti 521, pari all'82% (fig. 1). Delle 21 scuole, 4 risultavano non aver mai aderito, mentre altre due avevano aderito dal 2011-12.

Il confronto dei dati riferibili alla stessa coorte a distanza di 5 anni (tab. 1) non rivela differenze significative per quanto riguarda la composizione del nucleo familiare, l'abitudine a fare i pasti assieme e la soddisfazione dei genitori per la qualità, quantità e varietà dell'alimentazione dei figli. Il numero dei bambini che, crescendo, fa colazione ogni giorno è diminuito del 5.7%, mentre non ci sono variazioni importanti nel consumo dello spuntino pomeridiano (-1.7% in quinta). Il numero dei bambini che dedica settimanalmente più tempo all'AF è aumentato (da 63.9% a 79.8% per l'attività organizzata e per più di 4 ore alla settimana da 3.7% a 29%), come pure il numero dei bambini che va a scuola a piedi o in bicicletta regolar-

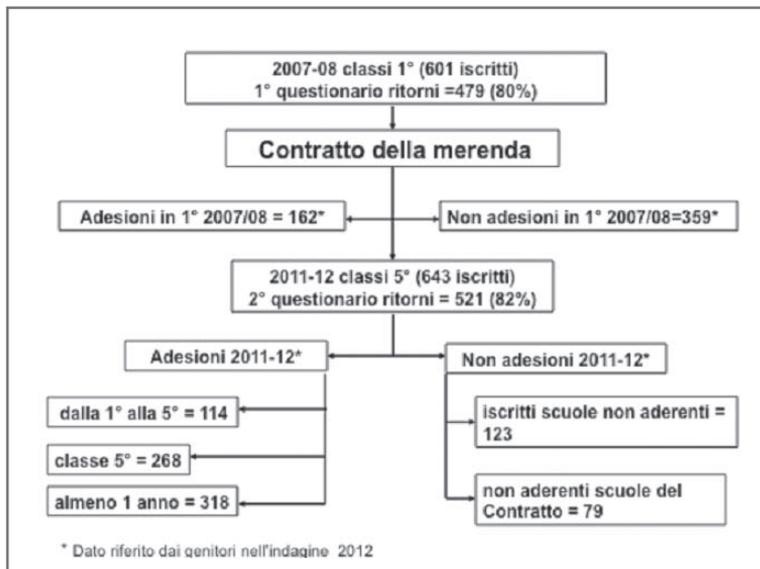
mente o almeno qualche volta (53% vs 44.1%), senza differenze significative tra gli aderenti e non al progetto. Aumenta anche il numero di ore passate davanti alla televisione e/o PC, da 1 a 3 ore al giorno per il 60.4% in prima al 71.1% in quinta.

La percentuale dei genitori che non svolge regolarmente AF invece aumenta (da 33.6% a 39.1%).

Confrontando le frequenze in prima e in quinta elementare, si è osservato un aumento di bambini che bevono bevande zuccherate/gasate meno di una volta al giorno (da 53.7% a 71.9% $p < 0.001$) e mangiano verdura una o più di una volta al giorno (da 62.4% a 69.2%), mentre non ci sono sostanziali cambiamenti nel consumo di frutta una o più volte al giorno (da 72% a 71.3%) (fig. 2).

Alla domanda "Avete aderito al progetto "Il Contratto della Merenda"?" 318 (61%) hanno risposto affermativamente: fra questi 268

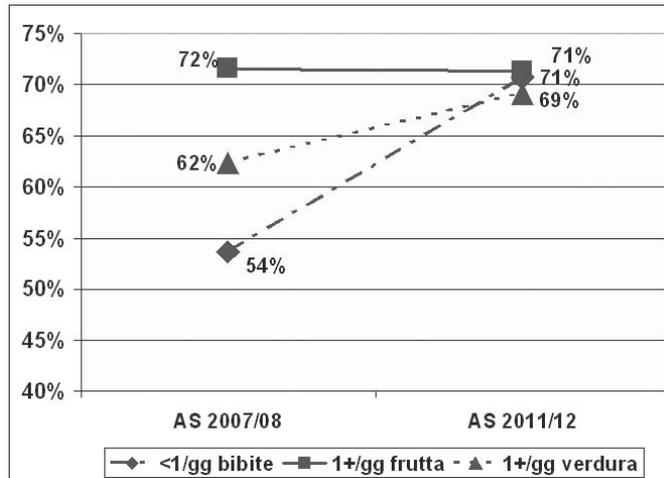
Fig. 1 - Adesione al Progetto "Il Contratto della merenda" nel 2007-08 e nel 2011-12 e nell'intervallo fra questi anni scolastici



Tab. 1 - I risultati delle indagini 2007-08 e 2011-12

	2007-08	2011-12
Sesso dei figli iscritti alle scuole primarie (M)	46.6%	48.9%
Num figli		
1	136	122
2	260	263
3	60	90
4 o più	17	26
Titolo studio della madre		
Laurea	29.7%	29.2%
Superiori	53.4%	51.5%
Medie	16.9%	20%
Titolo studio del padre		
Laurea	27.2%	24.1%
Superiori	52.3%	54.2%
Medie	20.5%	22.1%
Fa colazione ogni giorno	95.4%	89.7%
Fa spuntino pomeridiano	94.5%	92.8%
Famiglia assieme per		
Colazione	42.4%	37.8%
Pranzo	19.8%	23.6%
Cena	90.6%	92.3%
Genitori soddisfatti dell'alimentazione del figlio per		
Qualità	96.3%	94%
Quantità	83.9%	85.3%
Varietà	83.4%	79%
Fa attività fisica organizzata	63.2%	79.8%
Quante ore/settimana		
<2	32%	15.1%
2-4	64.3%	55.9%
>4	3.7%	29%
Attività fisica libera		
Autunno/inverno >1 ora/giorno	12.8%	25.2%
Primavera/estate >1 ora/giorno	69.2%	65.4%
Va a scuola a piedi o in bicicletta		
Si	29.8%	32.2%
No	55.9%	47%
Qualche volta	14.3%	20.8%
Quante ore al giorno guarda Tv, videogiochi, PC		
<1 ora	37.9%	24.9%
1-2 ore	50.4%	53.9%
2-3 ore	10%	17.2%
> 3 ore	1.7%	4.1%
Regolare attività fisica dei genitori		
Entrambi	27.2%	28%
Solo uno	39.1%	32.9%
No	33.6%	39.1%
Adesione al Contratto (almeno per 1 anno)	---	61%
Adesione al contratto per titolo di studio della madre		
Laurea		56%
Superiori		61%
Medie		65%

Fig. 2 - Evoluzione in 5 anni, della diffusione dei consumi di frutta, verdura e bevande zuccherate/gassate nella coorte di bambini iscritti in prima elementare nel 2007-2008



nell'anno scolastico 2011-12, 114 per 5 anni; 202 non avevano mai aderito (fig 1). Confrontando le BA di tutti gli aderenti con quelle dei mai aderenti si è rilevata una differenza statisticamente significativa solo nei consumi di frutta, 74.8% vs 65.3%, $p=0.02$ rispettivamente (bevande 70.9% vs 70.3%, verdura 70.4% vs 67.4%).

Considerando la/il durata/mantenimento dell'adesione si sono poi analizzati i dati relativi alle BA dei bambini aderenti al CdM per 5 anni rispetto a quelli della coorte originale e dei mai aderenti. I consumi di verdura (78.1% vs 62.4%, $p=0.002$) e di bevande zuccherate/gassate (81.7% vs 53.7%, $p=0.000$) dei bambini che hanno aderito per 5 anni sono significativamente migliorati rispetto a quelli dei bambini di prima elementare, ad eccezione dei consumi di frutta (71.6% vs 78.9%). Ulteriori differenze statisticamente significative si sono osservate fra le BA degli stessi bambini (CdM per 5 anni) con quelli dei mai aderenti: frutta 78.9% vs 65.3%, $p=0.01$, verdura 78.1% vs 67.3%, $p=0.05$

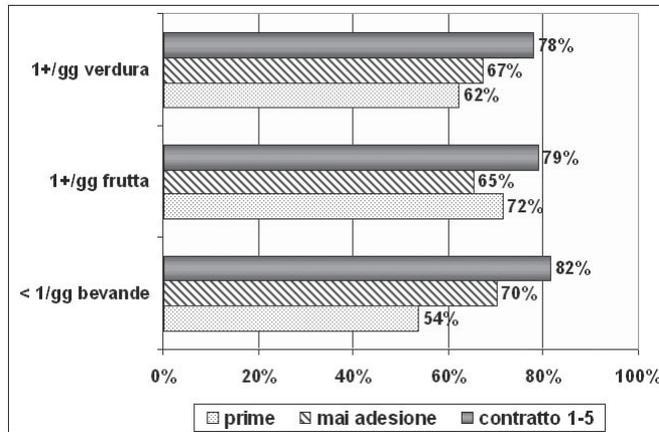
bevande 81.7% vs 70.3%, $p=0.03$ (fig. 3).

Valutando i comportamenti dei bambini che partecipavano al CdM in quinta (potrebbero aver aderito anche solo nell'anno 2011-12) e dei mai aderenti, si è rilevato che gli aderenti erano più orientati alle BA, anche se non in modo così evidente: più frutta 74.3% vs 65.3% ($p=0.04$), e verdura 71.5% vs 67.3%, meno bevande 71.7% vs 70.3%, rispettivamente.

Le BA sono pressochè ugualmente diffuse tra le bambine e i bambini aderenti al CdM: frutta 73.5% vs 76.6%, verdura 70.7% vs 70.6%, bevande 74% vs 68.8%, rispettivamente. Il confronto fra gli aderenti e non, distinti per genere, non rileva differenze significative nelle bambine (bevande 74% vs 65.7%, frutta 73.5% vs 72.3%, verdura 70.7% vs 71.4%, rispettivamente), mentre dimostra che i maschi che hanno partecipato al CdM consumano più frutta: 76.6% vs 58.8% ($p=0.004$) (bevande 68.8% vs 77.8%, verdura 70.6% vs 64.2%).

Considerando i comportamenti secondo i ti-

Fig. 3 - Confronto fra le frequenze dei consumi di frutta, verdura e bevande zuccherate/gassate dei bambini iscritti in prima elementare nel 2007-2008, di quelli che non hanno mai aderito al Contratto della Merenda (mai adesione) e che hanno aderito per 5 anni (CdM 1-5)



toli di studio delle madri si rileva che quelle con la licenza media hanno aderito in percentuale maggiore delle altre: il 65% contro il 61% di quelle con diploma di scuola superiore, e il 56% con laurea. Il consumo di bevande zuccherate/gassate da parte dei bambini, dalla prima alla quinta, non è influenzato in generale dal titolo di studio delle madri, ma è ridotto significativamente fra i figli delle laureate ($p=0,004$) e delle diplomate ($p=0,0001$) che hanno aderito almeno un anno al CdM. Dallo stesso confronto risulta che i bambini delle laureate consumano significativamente anche più frutta ($p=0,03$) e verdura ($p=0,002$). (Tab. 2)

Nel 2012 si è anche chiesto ai genitori di esprimere la loro opinione sul rapporto tra scuola e famiglia riguardo l'educazione alimentare dei figli. Le domande erano 4 con 5 opzioni di risposta (moltissimo, molto, abbastanza, poco e per niente). Dalla Tab. 3 si evidenzia che i genitori che hanno aderito al CdM almeno per un anno tendono ad avere una percezione più positiva della collabora-

zione con la scuola per l'educazione alimentare dei bambini. Infine rispetto all'adesione al progetto e al suo mantenimento, le risposte più frequenti relative ai vantaggi coincidevano con il riconoscimento di obiettivi comuni fra scuola e famiglia (63%) e la volontà del figlio di partecipare ad un'iniziativa che coinvolge tutti i bambini (49%), mentre le difficoltà maggiori sono risultate la resistenza del figlio a mangiare alimenti non sempre graditi (41% in tutti gli aderenti e 36% negli aderenti per 5 anni) e la "monotonia della merenda" (17%).

Discussione e Conclusioni

Secondo le indagini statistiche nazionali più recenti (ISTAT 2009) sugli stili di vita, dai 6 ai 10 anni il consumo quotidiano di verdura/ortaggi tende a crescere (dal 53 al 59% una volta al giorno), mentre quello di frutta a diminuire (dal 70% al 68%), quest'ultimo in particolare nei maschi. Okkio alla salute 2010 (4) riporta che in FVG circa 7 bambini su 10 mangiano F&V una o più volte al dì, mentre

Tab. 2 - Consumi di frutta, verdura e bevande zuccherate/gassate secondo il titolo di studio delle madri. Indagine in prima e quinta elementare secondo l'adesione al CdM

Titolo	Bibite < 1 volta al giorno			Frutta 1 o + al giorno			Verdura 1 o + al giorno		
	2007	2012		2007	2012		2007	2012	
		Mai aderenti	aderenti		Mai aderenti	aderenti		Mai aderenti	aderenti
Laurea	61.2%	66.2%	80.8%	76.9%	62.9%	89.7%	64%	71%	84.6%
Superiori	54.4%	74%	74.7%	75%	68%	75.5%	64.4%	64%	68.4%
Medie	37.2%	68.6%	53.9%	58.2%	60%	56.3%	55.7%	68.6%	58.7%

Tab. 3 - Opinioni dei genitori

	Molto/issimo		Abbastanza		Poco/per niente	
	CdM SI	CdM NO	CdM SI	CdM NO	CdM SI	CdM NO
Educare i bambini ad una alimentazione salutare a scuola è importante	93.3%	84.5%	6.3%	13%	0.3%	2.5%
La scuola può essere un'alleata nell'educare mio/a figlio/a ad un'alimentazione salutare	82.2%	76.5%	11.5%	20%	0.3%	3.5%
Educare i bambini ad una alimentazione sana può aiutare mio/a figlio/a a superare rifiuti/resistenze	79.9%	61.9%	20.8%	30.5%	3.2%	7.6%
La fornitura della merenda da parte della scuola è pratica	75.4%	43%	22%	38.3%	2.5%	18.7%

4 su 10 bevono bevande zuccherate nella stessa quantità. Però a 11 anni (HBSC-FVG 2010) (5), solo 4 ragazzi su 10 mangiano F&V una volta al giorno, mentre il 16% beve la stessa quantità di bevande.

Questo studio si è posto l'obiettivo di valutare i cambiamenti nei consumi di F&V e bevande zuccherate/gassate da parte dei bambini coinvolti in un progetto pluriennale, multicomponente e basato sulla Social Learning Theory. Attraverso l'analisi delle risposte ai questionari compilati nel 2007 e nel 2012 dai genitori della stessa coorte di iscritti alla scuola primaria, si è rilevato che i bambini, crescendo, hanno mantenuto mediamente i consumi di frutta, aumentato quelli di verdura e diminuito quello delle bevande zuccherate. I consumi di verdura dei nostri

bambini sono comunque già a 6 anni, maggiori di quelli rilevati dall'ISTAT 2009.

I bambini che hanno aderito al CdM almeno per un anno hanno acquisito abitudini alimentari migliori di coloro che non hanno mai aderito. Ancora di più quelli che hanno aderito per 5 anni: infatti il numero di bambini che consuma F&V una o più volte al giorno è aumentato significativamente rispetto a quello dei mai aderenti, così come è diminuito quello dei bambini che beve bevande ipercaloriche (8 su 10 meno di una volta al giorno). Le BA si sono diffuse significativamente fra questi ragazzi al netto del trend naturale atteso e rilevato nei non aderenti, attribuibile in buona parte alla variazione di gusti con l'età. Inoltre quasi la metà dei bambini che hanno aderito al CdM per 5 anni

consuma frutta (45%) e verdura (44%) nelle porzioni raccomandate, contro solo il 23% e 35% rispettivamente dei mai aderenti. Fra gli aderenti al CdM non ci sono rilevanti differenze di genere nelle BA, mentre, fra i non aderenti, le bambine hanno evidentemente comportamenti più corretti rispetto al consumo di F&V.

Fra i non aderenti (39% della popolazione indagata) la percentuale che, in quinta elementare, consuma frutta una o più volte al giorno (65%) si è ridotta rispetto a quella dei bambini di 1° (indagine 2007=72%) ed è inferiore al dato ISTAT 6-10 anni.

Esiste un'evidente relazione inversa tra adesione al CdM e titolo di studio della madre: le madri con la sola media inferiore hanno aderito al CdM in percentuale più alta delle altre, specialmente delle laureate. Per contro c'è una relazione lineare tra la frequenza delle BA e il titolo di studio: i figli delle laureate sembrano avere più frequentemente BA forse perchè, a casa, vi è maggior disponibilità e attitudine. Si conferma quanto riportato in letteratura (21,24). Tali differenze si accentuano nel gruppo dei bambini che ha aderito al CdM.

La partecipazione al CdM sembra avere influito anche sull'opinione dei genitori sulla collaborazione tra scuola e famiglia per l'educazione alimentare dei figli. Infatti gli aderenti sono molto più positivi dei mai aderenti, specialmente sull'effetto che la scuola può avere nel vincere le resistenze dei figli verso i cibi "nuovi", segnalata come una delle maggiori difficoltà. Queste resistenze comunque, oltre che non aver una solida motivazione nella quantità o monotonia della merenda (dati non riportati), non hanno portato alla rinuncia al CdM. Il successo del CdM è dovuto a diversi fattori, in particolare alla strategia del contratto scritto. La letteratura scientifica sull'utilizzo di un "contratto" per modificare il comportamento

era praticamente inesistente quando è iniziato il progetto ed è tuttora abbastanza scarsa e generalmente riferita a contratti individuali tra paziente e operatore sanitario (smettere di fumare, compliance con la terapia) (25). In questo progetto la scelta di un contratto scritto è stata fatta deliberatamente come metodo per coinvolgere i genitori sul piano psicologico ("Devo rispettare un contratto") e pratico (impegno a preparare la frutta e/o verdura per la merenda). I genitori, anche attraverso i propri rappresentanti nel gruppo di progetto, erano influenzati positivamente, come i loro figli, dalla peer pressure, perchè senza l'adesione della maggioranza la classe del loro figlio sarebbe stata esclusa. La merenda di metà mattina è stata individuata proprio come possibile punto di incontro e di condivisione tra la famiglia e la scuola, auspicando ricadute positive anche sui consumi nel resto della giornata. Diversi studi scientifici infatti confermano che proibire merende pre-confezionate e ipercaloriche a scuola non comporta un aumentato consumo di queste a casa (14,26).

Alcune scuole, al momento, hanno raggiunto il decimo anno di adesione, per cui il CdM è praticamente diventato una prassi, anche se viene riproposto ai genitori ogni anno per rinforzare la loro partecipazione attiva. Il fatto che la famiglia sia tenuta a fornire la frutta può accrescere la disponibilità di F&V anche a casa, rinforzare positivamente il suo ruolo di modello per i comportamenti alimentari e contribuire a evitare il problema riscontrato da tanti altri progetti di una diminuzione dell'effetto dovuta alla cessata distribuzione della F&V da parte della scuola o da altri enti (13,17-18,27).

Il CdM dunque comporta una modifica "ambientale" ovvero l'adozione, in famiglia e a scuola, di una regola nella composizione della merenda. Assieme al modeling degli insegnanti, dei genitori e dei coetanei, la regola

traduce in pratica la Social Learning Theory di Bandura sulla quale il progetto pilota (20) si era basato. Inoltre, poichè uno degli obiettivi era quello di far aderire quanti più bambini (e scuole) possibili, il disegno del progetto ha escluso la possibilità di randomizzazione dei soggetti, puntando invece su una sperimentazione naturale (nuova regola della merenda). Quindi la valutazione pre e post è stata fatta nella stessa coorte e coloro che non hanno mai aderito sono stati identificati come gruppo di controllo (28-30).

La scarsa differenza nei consumi di frutta tra gli aderenti al progetto e i mai aderenti potrebbe essere dovuta al fatto che negli ultimi 3 anni scolastici alcune scuole hanno aderito del programma nazionale "Frutta nelle scuole" grazie al quale la frutta è stata distribuita gratuitamente a tutti i bambini. Di conseguenza la maggiore disponibilità di frutta a scuola può avere influito sul consumo giornaliero dei mai aderenti.

naliero dei mai aderenti.

In conclusione, pur con le dovute limitazioni metodologiche insite in un "natural experiment" (limitato controllo sulle influenze esterne, precarietà dei finanziamenti, dinamiche scolastiche, concomitanti progetti), si può asserire che la partecipazione al CdM non solo ha migliorato le abitudini alimentari dei bambini, ma ha dimostrato l'interesse/volontà dei genitori a condividere un intervento educativo anche prolungato e la sostenibilità del progetto stesso con un'accettabile ripartizione dei costi e delle risorse. L'aumento progressivo delle adesioni, le ricadute positive sulle condotte alimentari dei bambini e la sostenibilità a lungo termine possono rassicurare i decisori sull'appropriatezza dell'impegno assunto e supportare il suo prosieguo per ridurre ulteriormente le disuguaglianze emerse nell'accesso dei bambini ad alimenti salutari.

BIBLIOGRAFIA

1. Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D (ed). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Istituto Superiore di Sanità 2012, xii, 139 p. Rapporti ISTISAN 12/14 <http://www.iss.it/binary/publ/cont/dodici14web.pdf>
2. Gruppo di lavoro HBSC Italia. Studio HBSC Italia 2010. Presentazione dei dati nazionali. http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/pdf/HBSC2010.pdf
3. Istituto Superiore di Sanità. Rapporto nazionale Passi 2011: sovrappeso e obesità. <http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2011/EccessoPonderale.asp>
4. Carletti C, Cattaneo A, Rincorosi R, Zanier L. OKkio alla Salute Regione FVG: Risultati dell'indagine 2010 <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/reportregionali2010/FVG.pdf>
5. Istituto Superiore di Sanità. Stili di vita e salute dei giovani in età scolare. Rapporto sui dati regionali HBSC 2009-2010 Friuli Venezia Giulia. http://www.hbsc.unito.it/it/images/pdf/hbsc/fvg_hbscreport2010_definitivo.pdf
6. Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, van Lenthe F J, Brug J, Oppert JM, De Bourdeaudhuij I. Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature. *Br J Nutrition* 2010; 103: 781-97.
7. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, Armstrong R, Prosser L, Summerbell CD. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD001871. DOI:10.1002/14651858.CD001871.pub3.
8. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series no. 916. Geneva: WHO, 2003.
9. de Sa J, Lock K. Will European agricultural policy

- for school fruit and vegetables improve public health? A review of school fruit and vegetable programmes. *Eur J Public Health* 2008; 18: 558-68.
10. Hendrie GA, Brindal E, Corsini N, Gardner C, Baird D, Golley RK. Combined home and school obesity prevention interventions for children: what behavior change strategies and intervention characteristics are associated with effectiveness? *Health Educ Behav* 2012; 39:159-71.
 11. Sharma M. International school-based interventions for preventing obesity in children. *Obes Rev* 2006; 8:155-67.
 12. Te Velde SJ, Brug J, Wind M, et al. Effects of a comprehensive fruit- and vegetable-promoting school-based intervention in three European countries: the Pro Children Study. *Br J Nutr* 2008; 99:893-903.
 13. Fogarty AW, Antoniak M, Venn AJ, et al. Does participation in a population-based dietary intervention scheme have a lasting impact on fruit intake in young children? *Int J Epidemiol* 2007; 36:1080-85.
 14. Bere E, Veierød MB, Klepp KI. The Norwegian School Fruit Programme: evaluating paid vs. no-cost subscriptions. *Prev Med* 2005; 41:463-70.
 15. Bere E, Veierød MB, Bjelland M, Klepp KI. Free School Fruit sustained effect 1 year later. *Health Educ Res* 2006; 21:268-75.
 16. Bere E, Veierød MB, Skare O, Klepp K-I. Free School Fruit - sustained effect three years later. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2007; 4:5.
 17. Wells L, Nelson M. The national school fruit scheme produces short-term but not longer-term increases in fruit consumption in primary school children. *Br J Nutr* 2005; 93:537-42.
 18. Tak NI, te Velde SJ, Brugg J. Long-term effects of the Dutch Schoolgruitem project: - promoting fruit and vegetable consumption among primary school children. *Public Health Nutrition* 2008; 12:1213-23.
 19. Hoffman JA, Thompson DR, Franko DL, Power TJ, Leff SS, Stallings VA. Decaying behavioral effects in a randomized, multi-year fruit and vegetable intake intervention *Prev Med* 2011; 52:370-75.
 20. Carlin E, Savonitto C, Pilotto L, Savoia A, Vidal E, Tenore A. The "Contract for a healthy snack": a winning strategy for nutritional education in an Italian primary school district. *Ital J Pediatr* 2006; 32: 221-28.
 21. Bere E, van Lenthe F, Klepp K-I, Brug J. Why do parents' education level and income affect the amount of fruits and vegetables adolescents eat? *Eur J Public Health*, 2008;18:611-15.
 22. Rasmussen M, Krolner R, Klepp KI, et al. Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: quantitative studies. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2006; 3:22.
 23. Pearson N, Biddle SJH, Gorely T. Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutrition* 2008; 12:267-83.
 24. Hilsen M, van Stralen MM, Klepp KI, Bere E. Changes in 10-12 year old's fruit and vegetable intake in Norway from 2001 to 2008 in relation to gender and socioeconomic status - a comparison of two cross-sectional groups. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011; 8:108.
 25. Bosch-Capblanch X, Abba K, Prictor M, Garner P. Contracts between patients and healthcare practitioners for improving patients' adherence to treatment, prevention and health promotion activities. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD004808. DOI: 10.1002/14651858.CD004808.pub3.
 26. Schwartz MB, Novak SA, Fiore SS. The impact of removing snacks of low nutritional value from middle schools. *Health Educ Behav* 2009; 36:999-1011.
 27. Bere E, Hilsen M, Klepp K-I. Effect of the nationwide free school fruit scheme in Norway. *Br J Nutrition* 2010;104:589-94.
 28. Pettycrew M, Cummins S, Ferrell C, Findlay A, Higgins C, Hoyd C, Kearns A, Sparks L. Natural experiments: an underused tool for public health? *Public Health* 2005; 119:751-57.
 29. Ramanathan S, Allison K R, Faulkner G, Dwyer JJM. Challenges in assessing the implementation and effectiveness of physical activity and nutrition policy interventions as natural experiments. *Health Promotion International*, 2008; 23:290-97.
 30. Craig P, Cooper C, Gunnell D. Using natural experiments to evaluate population health interventions: new Medical Research Council guidance. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66:1182-86.

Che cosa accade in Casa della carità? Un'osservazione protratta nel tempo degli ospiti e dei loro percorsi in una struttura di accoglienza milanese

What happens in the house of charity? Protracted observation of the guests and their careers in a reception centre in Milan

Barbara D'Avanzo, Emanuela Geromini, Silvia Landra, Fiorenzo De Molli

Barbara D'Avanzo
Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Emanuela Geromini, Silvia Landra, Fiorenzo De Molli
Fondazione Casa della carità "Angelo Abriani", Milano

Parole chiave: senza fissa dimora, valutazione, indicatori di esito, lavoro sociale, miglioramento di qualità.

RIASSUNTO

Obiettivi: descrivere la popolazione accolta nella Casa della carità (Cdc), struttura di accoglienza per persone in grave condizione di marginalità, e studiarne le caratteristiche associate alla durata di permanenza e alla collocazione all'uscita.

Metodologia: la popolazione entrata tra il 2004 e il 2009 è stata descritta e seguita fino alla fine del 2011. Le persone entrate nel 2010 e nel 2011 sono state confrontate con la totalità delle persone che avevano chiesto accoglienza in quegli anni.

Risultati: dal novembre 2004 al dicembre 2009 vi sono stati 725 episodi di accoglienza rivolti a 677 persone. In un terzo dei casi riguardavano donne, nella maggioranza dei casi persone sotto i 50 anni, in un quarto dei casi italiani. Il 50% degli episodi di accoglienza avevano durate inferiori o uguali a tre mesi, il 22% entro 10 giorni. La durata mediana era 4 mesi e nel 2008, 6 mesi nel 2010 e 5 nel 2011. Le caratteristiche associate alle permanenze superiori ai sei mesi erano sesso maschile, nazionalità italiana, essere in Italia da più di un mese, avere punti di riferimento esterni alla Cdc, avere problemi di salute fisica o mentale. La collocazione più frequente all'uscita era una collocazione stabile (240 casi), più frequente nelle persone con lavoro, punti di riferimento, in Italia da più tempo. Gli accolti erano circa il 10% dei richiedenti, con una probabilità aumentata nelle donne, nelle persone sotto i 30 anni, negli italiani e nelle persone che vivevano per strada, e diminuita nei rumeni e nei marocchini.

La popolazione accolta era variegata e portatrice di bisogni diversi. La Cdc ha accolto persone in condizioni di grave bisogno, ma le permanenze più lunghe riguardavano in molti casi persone con caratteristiche compatibili con l'autonomia. L'aumento delle durate di permanenza deve venire monitorato e interpretato.

Keywords: homeless population, evaluation, outcome indicators, social work, quality improvement

SUMMARY

Objectives: to describe the population admitted to the Casa della carità (Cdc), a facility for homeless people, and to study the characteristics associated to length of stay and accommodation found at leaving.

Methods: subjects admitted between 2004 and 2009 were described, and followed until 2011. The sample of those admitted in 2010 and 2011 (85) was compared to all those who asked to be admitted (944).

Results: since November 2004 to December 2009, 725 admissions occurred in a total of 677 subjects. In one third of cases those admitted were women, and in the large majority of admissions subjects was under 50 years, and in a fourth Italians. Fifty percent of the admissions lasted three months or less, 22% lasted 10 days or less. Median stay was 4 months in 2008, 6 in 2010 and 5 in 2011. Characteristics associated to length of stay more than 6 months were male sex, being Italian, being in Italy since more than 1 month, having some contacts outside the Cdc, having physical or mental health conditions. The most common accommodation after leaving Cdc was a stable one (for 240 discharges), and it was more frequent in those having an occupation, with some contacts outside Cdc, and those who had arrived to Italy one month or less before. Among those who asked to be hosted, only 10% were admitted. The probability was higher in women, in those aged <30, in Italians and in those who were living in the street; those coming from Romania and Moroc had a decreased probability to be admitted. The population served was highly heterogeneous and expressed heterogeneous needs. The Cdc assisted many people in extreme needs, but long durations of stay were more frequent among those who had characteristics favorable to an autonomous accommodation. The trend of increasing durations of stay deserves close monitoring.

Introduzione

All'origine di questo lavoro vi è la necessità di trattare il lavoro sociale come un'attività valutabile. Questo significa assumere che tale attività produca risultati quantificabili e verificabili, confrontabili con i risultati conseguiti da soggetti e organismi diversi, nonché modificabili e migliorabili. Vi è quindi l'esigenza di confrontare e di migliorare, e al tempo stesso di affermare il lavoro sociale come un lavoro efficace.

A Milano si concentra la percentuale maggiore di persone senza fissa dimora presenti in Italia: il 28% di tutte le persone senza fissa dimora presenti in Italia, che l'indagine condotta dall'ISTAT con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, la Caritas e la Federazione Italiana Organismi per le Perso-

ne senza Fissa Dimora (per brevità: indagine ISTAT, 2012) quantificava tra 43.425 e 51.872 individui, utilizza servizi con sede a Milano, e il 16% servizi con sede a Roma. E' cruciale che il grande sforzo compiuto dagli organismi pubblici e privati no-profit venga non solo riconosciuto ma anche valutato, affinché la risposta offerta sia la più orientata ad obiettivi e la più efficace possibile, e affinché la richiesta pressante non induca all'offerta di risposte orientata dall'emergenza a discapito di strategie più ampie e condivise.

Applichiamo questo approccio all'attività svolta dalla Casa della carità (Cdc), struttura di accoglienza nata a Milano nel 2004 con l'intento di dare una risposta ragionata e integrata ai bisogni delle persone in condizioni di grave marginalità, e, *in primis*, senza fissa

dimora. Con una struttura che può ospitare fino a 120 persone e in cui lavorano 23 operatori e circa 20 volontari che prestano stabilmente la loro opera, la Cdc realizza progetti personalizzati di accompagnamento e cura mettendo in campo competenze educative, sociali, cliniche, psichiatriche, giuridiche, relazionali e volte alla costruzione di nuove reti sociali. Le azioni sinteticamente definite di accompagnamento e cura prevedono:

1. risolvere situazioni di emergenza abitativa per persone e famiglie a rischio di perdere un tetto o che già vivono sulla strada;
2. aiutare a trovare una casa o un alloggio stabile;
3. aiutare a trovare lavoro;
4. offrire tutela legale giudiziale e stragiudiziale sia per gli stranieri che per gli italiani (permesso di soggiorno, residenza, posizione sanitaria, cause pendenti, risarcimenti, dilazione di multe e debiti) mantenendo aperto il dialogo con le istituzioni;
5. attenuare la solitudine, offrire un contesto relazionale;
6. favorire competenze e abilità relazionali e sociali;
7. offrire cure mediche e psichiatriche a persone multiproblematiche;
8. mantenere viva una riflessione e un'attività culturale strutturata e continua sull'intervento volto alla marginalità, nella prospettiva di prefigurare uno specifico modello di intervento. Fin dalla sua fondazione, infatti, la Cdc si pone l'obiettivo di coniugare l'azione con il pensiero critico per ipotizzare modelli di intervento sulla marginalità urbana.

Tutto questo viene perseguito con modalità che vogliono essere in linea con il carattere relazionale e tecnico del lavoro e con la multiproblematicità del campo di intervento, e che prevedono di:

- riprogettare in itinere gli interventi rendendo il più possibile espliciti obiettivi e metodi dell'agire;
- dotare ogni équipe che lavora con gli ospiti di una supervisione tecnica periodica;
- riunire mensilmente gli operatori per approfondire temi di tipo clinico, giuridico, sociale;
- favorire il confronto con altre realtà che operano con modalità simili;
- coinvolgere gli ospiti nella riflessione sulle emergenze sociali;
- promuovere iniziative che presentino e valorizzino le culture e stili relazionali portati dagli ospiti;
- promuovere incontri di sensibilizzazione per i cittadini sui temi della marginalità urbana.

Nella più ampia prospettiva di trattare il lavoro sociale svolto dalla Cdc come un lavoro verificabile, valutabile e migliorabile, la Cdc ha messo in campo la raccolta di dati di esito psicosociale per descrivere le condizioni in cui le persone si trovano al loro arrivo e gli obiettivi che vengono posti per verificarli alla fine dell'esperienza di accoglienza. A questo scopo, oltre all'analisi qui condotta delle informazioni raccolte di routine, è stato messo a punto uno strumento relativo al *funzionamento* della persona in varie aree sia personali che sociali, attualmente utilizzato con tutti gli ospiti della Cdc e i risultati della cui applicazione verranno presentati prossimamente. Inoltre, accanto all'attività valutativa di natura quantitativa, sono stati condotti dei *focus group* con gli ospiti che miravano a stimolare dei *feed-back*, il più possibile autentici e non condizionati, sulla qualità di quanto veniva offerto loro nella Cdc (9). Obiettivo specifico di questo lavoro è quello di presentare le caratteristiche della popolazione ospitata e di applicare indicatori di esito per valutare l'utilità e la qualità del lavoro

svolto. Ciò è stato possibile grazie alla raccolta sistematica delle caratteristiche salienti delle persone accolte fin dai primi giorni di attività della Cdc. Queste sono state utilizzate per la descrizione della popolazione e per la creazione di due variabili utilizzabili come indicatori di esito: la durata della permanenza e il tipo della collocazione della persona all'uscita dalla Cdc. I dati analizzati sono quelli relativi alle persone accolte singolarmente, e non ai nuclei familiari.

Metodi

Per ogni persona accolta nella Cdc è stato inserito un set di informazioni significative in un database. Il database è organizzato per episodio di accoglienza, e l'analisi qui condotta ha come unità il singolo episodio di accoglienza. Più episodi possono quindi riguardare uno stesso soggetto. Indaghiamo 725 episodi di accoglienza riconducibili a 677 soggetti del periodo novembre 2004-dicembre 2010. Tutte le caratteristiche derivavano dai documenti di identità, da altri documenti di cui la persona era in possesso, e da un colloquio della durata di 15-20 minuti. Le variabili indagate sono state raccolte da un unico operatore per i primi quattro anni e successivamente da una seconda operatrice, con un grado di consistenza verosimilmente buono o molto buono.

I dati analizzati sono relativi alle persone entrate nella Cdc tra il novembre 2004 e il dicembre 2009. I dati relativi alle uscite dei soggetti dalla Cdc sono state registrate fino al 2010 per quanto riguarda la collocazioni e fino a tutto il 2011 per quanto riguarda le date. Le caratteristiche degli ospiti sono state analizzate in associazione alle durate di permanenza e alla collocazione all'uscita. Per le variabili indagate, sono state prodotte le normali statistiche descrittive, con gli opportuni test di significatività statistica delle

differenze tra le frequenze. Le durate di permanenza sono state indagate con l'analisi di sopravvivenza per i dati dal 2004 al 2011.

La differenza tra le caratteristiche delle persone ospitate e quelle richiedenti è stata indagata utilizzando il campione relativo al 2010 e al primo trimestre del 2011, perché solo in questi anni sono state sistematicamente registrate le informazioni essenziali per condurre il confronto. Le persone richiedenti sono state viste da operatori prevalentemente volontari, regolarmente supervisionati da operatori strutturati, in un colloquio di circa 15 minuti.

Risultati

Dal novembre 2004 al marzo 2010 vi sono stati 725 episodi di accoglienza rivolti a 677 persone accolte in Cdc. In un terzo dei casi si trattava di donne, la larga maggioranza era sotto i 50 anni, e gli italiani rappresentavano un quarto della popolazione (Tabella 1). Nel 45% dei casi le persone non erano né coniugate né conviventi e nel 48% dei casi non avevano un'istruzione superiore alle medie inferiori. Le persone riferivano di non avere né amici né parenti in circa l'11% degli episodi di accoglienza, e in 113 casi, pari al 16%, le persone avevano un lavoro.

Si trattava di una popolazione che disponeva di una buona capacità di muoversi in ambito burocratico e nei servizi amministrativi e che aveva punti di riferimento nella città al di fuori della Cdc.

Nel periodo novembre 2004-dicembre 2009, un totale di 41 persone (25 donne e 16 uomini) hanno avuto due episodi di accoglienza, 2 uomini tre episodi e uno quattro episodi.

Durate di permanenza. Il 50% degli episodi di accoglienza avviati tra il 2004 e il dicembre 2009 avevano durate inferiori o uguali a tre mesi, e le durate entro 10 giorni riguardavano il 22% degli episodi.

Tabella 1 - Distribuzione degli episodi di accoglienza per caratteristiche delle persone accolte nel periodo 2004-2010 per le principali caratteristiche indagate (725 episodi)*

	n.	%	% M	% F
Sesso				
maschi	464	64		
femmine	261	36		
Età				
<30	272	38	39	34
30-49	321	44	42	48
≥50	113	16	16	15
Stato civile,				
coniugato/convivente	221	30	29	34
mai coniugato	326	45	49	37
Scolarità				
elementari/medie inferiori	347	48	50	44
superiori, laurea	237	33	29	37
Nazionalità				
italiana	173	24	70	62
non italiana	552	76	30	38
Lavoro, sì	113	16	17	13
Salute				
seguito dal servizio di salute mentale	123	17	15	19
problemi fisici	74	10	11	8
dipendenza da sostanze	42	6	7	4
nessun problema	457	63	63	63
Capacità in ambito burocratico, presenti	520	72	70	74
Punti di riferimento esterni a Cdc, presenti	562	78	77	78
Tempo dall'arrivo in Italia (solo stranieri)				
<1 mese	66	12	13	10
≥1 mese <12 mesi	139	25	29	18
≥1-5 anni	202	37	31	45
≥5 anni	101	18	18	18

* I valori relativi ai non noti non vengono riportati

Nella curva di sopravvivenza si osserva che le curve relative alle uscite avvenute negli anni 2009, 2010 e 2011 sono quelle sotto cui si trovano le aree più ampie, corrispondenti a percentuali più elevate di popolazione che protraeva più a lungo la permanenza in Cdc. La dura-

ta mediana degli episodi di accoglienza passava da 3 mesi e 28 giorni nel 2008 a 6 mesi e 21 giorni nel 2009 per mantenersi di 6 mesi nel 2010 e 5 mesi e 7 giorni nel 2011.

Nell'analisi che assume la durata di permanenza come variabile categorica, episodi di durata

inferiore o uguali a tre mesi erano più frequenti nelle donne, nelle persone più giovani, nelle persone arrivate in Italia da meno di un mese (l'88% di quelli che erano in Italia da un mese lasciavano la Cdc dopo tre mesi o meno), nei soggetti che non avevano altri punti di riferimento e contatti nella città e nelle persone senza problemi di salute fisica o mentale.

Gli episodi di permanenza superiore ai sei mesi erano più frequenti tra gli uomini, gli italiani, le persone che erano in Italia da più di un mese, quelle che avevano punti di riferimento esterni alla Cdc, e tra quelle che avevano problemi di salute fisica o mentale (Tabella 2). Le durate di permanenza tra i tre e i sei mesi non si associa-

vano in generale alle caratteristiche dei soggetti, ma fanno eccezione il tempo trascorso dall'arrivo in Italia e la condizione lavorativa.

Collocazione all'uscita. La collocazione più frequente all'uscita dalla Cdc era una collocazione stabile (tutte le collocazioni definite come: 'sta da solo', 'condivisione', 'famiglia', 'tornato al paese', 'comunità per rifugiati politici') verificatasi alla conclusione di 240 episodi di accoglienza, ed era seguita dalla collocazione in dormitorio, che era la soluzione individuata in 174 casi, e poi dalle collocazioni "non note". "Altro tipo" di collocazione ('rimpatriato', 'campo nomadi', 'in strada', 'deceduto', 'carcere o CPT', 'allontanato da Cdc', 'ospedale', 'emigrato in

Tabella 2 - Durate di permanenza degli episodi di accoglienza del periodo 2004-2010 per le principali caratteristiche indagate dei soggetti (696 episodi di accoglienza conclusi)

Caratteristiche	Durata della permanenza in Cdc						p
	≤3 mesi (361)		3-6 mesi (119)		>6 mesi (210)		
	n.	%	n.	%	n.	%	
maschi	203	46	74	17	158	36	<0.0001
femmine	158	61	45	17	52	20	
<30 anni	144	55	36	14	78	30	<0.0001
30-49 anni	156	50	61	20	93	3	
≥50 anni	46	43	22	21	38	36	
italiani	69	42	29	18	66	40	=0.01
non italiani	292	55	90	17	144	27	
in Italia da <1 mese**	58	88	3	5	3	4	<0.001
in Italia >1mese<1 anno	59	44	28	21	44	33	
in Italia da >1 anno<5 anni	96	49	39	20	59	30	
in Italia da >5 anni	41	44	18	19	34	36	
ha punti di riferimento nella città	250	47	103	19	182	34	<0.0001
non ha punti di riferimento nella città	76	63	15	13	25	21	
lavora	46	41	33	29	33	29	<0.0001
non lavora	287	49	86	15	175	30	
nessun problema fisico o di salute mentale	249	56	79	18	115	26	<0.0001
seguito/a dal CPS, dipendenza, problemi fisici	88	40	40	18	93	42	

* I valori relativi ai non noti non vengono riportati.

** Percentuali calcolate sui soli soggetti stranieri.

altro paese) riguardava 90 casi. Nelle permanenze più brevi la collocazione "non nota", verosimilmente frutto di un'assenza di progetto in questi casi, risultava largamente la più frequente (Tabella 3).

Non vi erano differenze nell'accesso ad un tipo di collocazione stabile tra uomini e donne, se non per la maggiore facilità delle donne di trovare un posto come badanti. La collocazione stabile all'uscita da Cdc era più frequente nei

Tabella 3 - Destinazione delle persone accolte e poi uscite tra il 2004 e il 2010 (696 episodi di accoglienza conclusi)

Destinazione	Durata di permanenza				totale
	≤3 mesi	3-6 mesi	>6 mesi	non noto	
collocazione stabile	103 (43%)	51 (21%)	84 (35%)	2 (1%)	240
dormitorio	95 (55%)	24 (14%)	54 (31%)	1 (1%)	174
badante	24 (46%)	14 (27%)	14 (27%)	0	52
altro, deceduto	46 (51%)	13 (14%)	31 (34%)	0	90
non nota	93 (66%)	17 (12%)	27 (19%)	3 (2%)	140
totale	361	119	210	6	696

casi di persone con una scolarità superiore, un lavoro, che avevano punti di riferimento, che erano in Italia da più tempo al momento dell'arrivo nella Cdc (Tabella 4). La collocazione in dormitorio era più probabile tra i soggetti sotto i 30 anni, gli italiani, gli stranieri arrivati in Italia da meno di un mese, le persone che non avevano punti di riferimento esterni alla Cdc, e tra quelle che non avevano un lavoro. La collocazione alla fine dell'episodio di accoglienza non era nota più negli stranieri che negli italiani.

Confronto tra le persone richiedenti ospitalità e quelle ospitate. Nel 2010 e nei primi tre mesi del 2011 si sono rivolte alla Cdc per chiedere ospitalità 944 persone che non sono state accolte e 85 che sono state accolte. E' stato possibile confrontare i due gruppi rispetto ad alcune caratteristiche:

1. sesso, con le donne più rappresentate tra le persone accolte: la probabilità di venire accolti era nelle donne superiore di 3.5 volte rispetto agli uomini;
2. età, con un aumento di probabilità di venire accolte di 1.4 volte nelle persone sotto i 30 anni rispetto a quelle più vecchie;

3. paese di provenienza, con una minore presenza tra gli accolti di persone originarie del Marocco e della Romania rispetto alla loro presenza tra le persone richiedenti (con una probabilità di venire accolti di 0.3 volte per le prime e di 0.5 per le seconde rispetto alle altre nazionalità); la percentuale di italiani accolti è più alta di quella che si osserva tra i richiedenti non accolti e corrisponde a un aumento di probabilità di 1.5 volte di essere accolti rispetto ai non italiani;
4. condizione abitativa al momento della richiesta di accoglienza: la probabilità di venire accolti era 1.6 volte più elevata nelle persone che vivevano per strada al momento della richiesta.

Discussione

Tra i risultati più significativi che abbiamo osservato vanno messi in evidenza:

1. la popolazione che la Cdc ha potuto accogliere è il 10% di quella che vi si era rivolta chiedendo ospitalità. Esiste un forte bisogno di accoglienza nella città di Milano, a

Tabella 4 - Destinazione delle persone alla fine degli episodi di accoglienza accolte del periodo 2004-2010 per le principali caratteristiche indagate dei soggetti (696 episodi di accoglienza conclusi)*

Caratteristiche	Collocazione all'uscita da Cdc						p
	stabile (240)		dormitorio o altro (274)		non nota (140)		
	n.	%	n.	%			
maschi	154	33	180	39	88	20	ns
femmine	86	33	84	32	52	20	
<30 anni	93	34	108	40	49	19	<0.0001
30-49 anni	111	35	111	35	61	20	
≥50 anni	35	31	43	38	17	16	
italiani	55	32	79	46	22	13	0.05
non italiani	185	34	185	34	11 8	22	
in Italia da <1 mese**	15	23	39	59	12	18	<0.001
in Italia >1 mese<1 anno	38	29	60	45	35	26	
in Italia da >1 anno≤5 anni	86	44	77	39	32	16	
in Italia da >5 anni	35	38	41	44	17	18	
ha punti di riferimento nella città	207	39	231	43	99	18	<0.0001
non ha punti di riferimento nella città	24	20	75	63	21	18	
lavora	60	54	36	32	16	14	<0.001
non lavora	176	32	272	49	10 5	19	
nessun problema fisico o di salute mentale	166	36	199	44	83	19	0.01
seguito/a dal CPS o con problemi fisici	72	32	109	49	41	18	

* I valori relativi ai non noti non vengono riportati.

** Percentuali calcolate sui soli soggetti stranieri.

cui altre agenzie danno risposta, ma che verosimilmente rimane in gran parte inavaso. Molte di queste persone si trovano in una situazione di estremo bisogno, e questo determina un aumento di probabilità di venire accolte. La Cdc rivolge particolare attenzione alla soluzione di situazioni di disagio estremo.

- Esiste un filtro nell'accoglienza che spiegherebbe una probabilità di venire accolte più elevata delle donne e delle persone sotto i 30 anni, e dimezzata per le persone provenienti dalla Romania o dal Marocco rispetto alle altre nazionalità (benché sia i rumeni che i marocchini fossero ampiamente rappresentati). Non sappiamo se la sele-

zione della popolazione accolta avvenga sulla base di criteri volti a incidere sulla composizione della popolazione accolta in Cdc, con lo scopo, anche non esplicito, di mantenere all'interno di Cdc un equilibrio, ad esempio, tra i due sessi e le diverse etnie. La probabilità più elevata delle donne di venire accolte potrebbe dipendere dalla loro maggiore propensione all'autonomia e quindi a permanenze più brevi, o ai minori problemi di comportamento che le donne presentano.

- La popolazione accolta era variegata, probabilmente suddivisa in sottopopolazioni diverse portatrici di bisogni specifici. Tale varietà è rispecchiata nelle diverse durate

di permanenza e dalle collocazioni all'uscita. Molte persone sono "passate" per brevi o brevissimi periodi, molte sono rimaste per un periodo compatibile con la definizione di un percorso e il raggiungimento di obiettivi, alcune si sono fermate molto a lungo. Un piccolo numero è uscito per rientrare più di una volta, indicando pertanto di non avere trovato una soluzione abitativa; per persone arrivate in Italia da poco, Cdc ha rappresentato il passaggio da un dormitorio come un altro, vista la frequenza, per queste persone, a lasciare Cdc per un dormitorio; per persone che erano in Italia da più tempo, progetti più strutturati e lunghi possono essere serviti a creare condizioni di maggiore stabilità. Le lunghe durate di permanenza si associavano a due esiti: da una parte all'uscita in una collocazione stabile, suggerendo che progetti a lungo termine possono produrre esiti importanti, quali la collocazione stabile e autonoma. Non siamo tuttavia in grado di capire se, in questi casi, l'utilizzo prolungato della Cdc abbia rappresentato una fase utile ad avviare un percorso di autonomia, oppure se situazioni che si protraevano nonostante le persone disponessero di abilità abbiano trovato alla fine un'alternativa non ulteriormente rifiutabile. Dall'altra parte, le lunghe permanenze si associavano ad un funzionamento adeguato delle persone, e suggeriscono il rischio di un adattamento reciproco tra la Cdc e persone dotate di una certa autonomia.

4. Vi era un'alta prevalenza di persone extracomunitarie o dei paesi dell'Est Europa, che fa del servizio offerto dalla Cdc un servizio primariamente dedicato a questa popolazione. Questo dato va messo in relazione sia alle politiche dell'immigrazione in Italia che alle caratteristiche delle popolazioni che vengono in Italia, spesso senza qualifi-

che consentano una collocazione veloce nel mondo del lavoro. Questi aspetti – varietà della popolazione e alta prevalenza di stranieri – sono, in linea generale, in accordo con quanto riportato dall'indagine ISTAT, in particolare rispetto alla prevalenza di stranieri, alla distribuzione per sesso, per età, e di persone che avevano un reddito da lavoro.

5. Gli episodi di accoglienza di breve e di brevissima durata rappresentavano una parte significativa di tutta l'attività della Cdc. Di essi sarebbe importante mettere a fuoco l'utilità, e se anche con persone con bisogni circoscritti e relativamente limitati – ospitalità per un breve periodo, soluzione di un problema burocratico – la Cdc metta in campo specificità delle modalità e dello stile di intervento e risposta ai bisogni. Come dimostrano le occorrenze più frequenti di dati mancanti, lavorare su questa parte dell'attività di Cdc potrebbe essere più difficile, e richiedere una messa a fuoco dei quesiti e degli strumenti del tutto specifica.
6. Le durate di permanenza sono aumentate nel tempo. Vi sono diverse ipotesi formulabili per l'interpretazione di questo effetto. Va presa in considerazione la difficoltà, che gli operatori riferiscono come in crescita, di trovare collocazioni esterne e condizioni necessarie all'autonomia, quali il lavoro e il supporto al reddito; ma va considerato anche un effetto legato al carattere *istituzionale* della struttura di accoglienza come tale. E' possibile che l'offerta di risorse e interventi concepiti come volti all'autonomia sorreggano e promuovano la permanenza nella Cdc, soprattutto in persone dotate di un certo grado di autonomia, nel caso delle quali il reciproco adattamento di soggetto e struttura potrebbe risultare particolarmente agevole.

Abbiamo cercato di illuminare quanto accade

in Cdc, le persone che vi vengono ospitate e il percorso che vi svolgono da un'angolatura diversa rispetto a quella *interna* al lavoro che si svolge nella quotidianità. Lo abbiamo fatto identificando dei parametri in base ai quali affermare se il passaggio da Cdc ha prodotto per le persone accolte i risultati attesi ed auspicati. I parametri sono rappresentati dal tipo di collocazione, con l'assunzione che una collocazione stabile sia meglio di una collocazione in dormitorio, e dalla durata di permanenza, con l'assunzione che la struttura di accoglienza debba funzionare come uno strumento di superamento della precarietà e di educazione all'autonomia. Tuttavia, siamo consapevoli che il passaggio ad una struttura provvisoria come il dormitorio non rappresenti necessariamente un insuccesso, come non sempre lo è una lunga permanenza nella Cdc. Analogamente, siamo consapevoli che molte delle condizioni che consentono la ripresa di una vita in autonomia possono collocarsi al di fuori dell'individuo e del lavoro condotto con l'individuo stesso, e che pertanto l'esito ottenuto non possa essere giudicato *tout court* come successo o fallimento dell'attività della Cdc.

L'immensa letteratura scientifica sulla popolazione homeless tratta numerosi e diversi aspetti (Bray, 2009) – le cause della povertà estrema, i grandi programmi per la ricollocazione abitativa, la salute fisica, l'offerta di assistenza nelle strutture di accoglienza, le caratteristiche della popolazione senza fissa dimora ospitata nelle strutture, la prevalenza di disturbi mentali e i programmi dedicati alle persone homeless con disturbi mentali – ma la produzione di lavori che si prestino a un confronto diretto con i dati qui presentati è limitata. I confronti, inoltre, vanno sempre presi con cautela, perché le popolazioni studiate sono sempre diverse e non sempre sono specificabili le fonti di variabilità. Sono tuttavia utili gli spunti offerti da alcuni lavori re-

centi. In particolare, il lavoro di Aubry et al. (2012), condotto in Canada su 329 persone che vivevano per la strada, ha mostrato una composizione della popolazione non dissimile da quella della Cdc, con una classe di soggetti, circa il 29% delle persone, con un elevato funzionamento e senza nessun problema fisico o di dipendenza; una classe contenente il 23% delle persone, caratterizzata da problemi di salute mentale o abuso di sostanze; una classe pari al 22% delle persone, in cui vi erano problemi fisici e mentali; il 27% di persone caratterizzate dalla presenza di problemi di abuso di sostanza, nella Cdc del tutto minoritarie. Uno studio spagnolo (8) descriveva tre gruppi distinti di popolazione senza fissa dimora a Madrid, con un primo gruppo caratterizzato essenzialmente dalla presenza di problemi economici, un secondo gruppo caratterizzato da problemi di salute e di abuso di sostanze, e un terzo gruppo con gravi abusi nell'infanzia, gravi problemi di salute mentale e grave abuso di alcool.

Vi sono due indagini fondamentali condotte in Italia di recente. La prima (4) ha contato in una notte indice 3860 persone senza fissa dimora a Milano, la cui maggioranza era stata trovata in strutture di accoglienza. Nonostante questa cifra sia verosimilmente molto sotto-stimata e le caratteristiche delle persone riguardino solo il gruppo autoselezionato di quelle che avevano accettato di essere intervistate, questi dati ci dicono che quasi due terzi non erano italiani, il 19% aveva un'istruzione di scuola superiore o universitaria e il 30% aveva qualche forma di lavoro. L'indagine ISTAT del 2011 ha mostrato che l'età media delle persone senza fissa dimora in Italia era di 42 anni, la popolazione femminile rappresentava il 14%, e i non italiani erano il 59%. Questi dati confermano che la Cdc ha accolto un popolazione che includeva una proporzione più elevata di donne e di stranieri rispetto alla po-

polazione senza fissa dimora presente a Milano. Le difficoltà delle persone che arrivano in Italia dai paesi a maggiore emigrazione è indicata anche dall'indagine ISTAT: tra gli stranieri, il 20% era senza fissa dimora già prima di arrivare in Italia.

Altre indagini confermano il dato sulla eterogeneità dei gruppi (1). Il rapporto della Task Force Presidenziale dell'American Psychological Association (1) sottolinea l'importanza di disporre, di fronte a bisogni, potenzialità, aspettative e culture molto diverse, di un'adeguata diversificazione delle competenze e della formazione e di un aggiornamento costante, anche in un'ottica di multiculturalità.

Rispetto alla durata del periodo trascorso senza fissa dimora, secondo il Dipartimento per la Casa e lo Sviluppo Urbano degli Stati Uniti, nel 2008 il 60% delle persone era rimasto in una struttura di accoglienza per le emergenze non oltre un mese (1). Un altro lavoro condotto negli Stati Uniti ha mostrato che, nell'arco dei sei mesi di osservazione, la durata mediana di vita in condizioni di senza fissa dimora era 188 giorni per i maschi e 194 per le donne. La permanenza in una struttura di accoglienza provvisoria o per la strada era significativamente più lunga nelle persone oltre i 44 anni di età e in quelle che avevano avuto una storia di carcerazione (5,6). L'indagine ISTAT riporta che il 9% degli stranieri e il 5% degli italiani non aveva mai avuto una casa, ma gli italiani avevano durate di vita senza fissa dimora più lunghe degli stranieri, con il 24% degli italiani con durate di oltre quattro anni versus il 9% degli stranieri.

Anderson e Christian (2) e Jakubec et al. (7) hanno sottolineato la necessità di offrire alle persone senza fissa dimora "più di una casa". Il progetto di Cdc nasce da una posizione del tutto simile: in termini di modalità di lavoro e progetto sulla persona si tratta di offrire una cura rivolta ai molteplici bisogni, fisici, eco-

nomici, psicologici e di relazione, e che ripristini un senso e una direzione nella vita delle persone. Per un altro verso, spiega la difficoltà a collocare le persone in situazioni di autonomia abitativa, data la necessità che l'abitare autonomo sia accompagnato da un lavoro retribuito in modo sufficiente a sopravvivere, e dal supporto in diverse aree: attività quotidiane di mantenimento e gestione della casa e del denaro, rapporti con le diverse agenzie sociali e sanitarie, nonché nella creazione o nel mantenimento di relazioni e scambi sociali (7). La difficoltà a rispondere a questi bisogni può spiegare il permanere nella Cdc per periodi lunghi di alcune persone che dispongono di capacità compatibili con una vita autonoma.

Tra i limiti di questo studio ne citiamo solo alcuni, rispetto ai quali vanno pensate – o sono in atto – prospettive operative di lavoro. L'efficacia delle attività di Cdc può essere stimata in modo convincente solo a distanza di tempo. Questo lavoro era nato nell'ipotesi di poter recuperare informazioni ad alcuni mesi di distanza sulle persone che si erano trasferite in collocazioni stabili e autonome per verificarne la tenuta, ma l'obiettivo si è rivelato irraggiungibile. Documentare la tenuta nel tempo delle collocazioni stabili rimane comunque un obiettivo importante. Lo studio canadese di Aubry et al (3) ha mostrato che ciò è fattibile su numeri non trascurabili di soggetti (190) e a distanza di un anno, e ha mostrato che nell'anno di osservazione vi erano stati tra 1.67 e 2.39 cambi di collocazione e che la proporzione di persone ancora stabilmente collocate andava dal 63% all'81%.

Dal punto di vista del benessere psicologico, della salute e delle abilità sociali della persona si è ritenuto di non disporre di uno strumento adeguato: questo è stato sviluppato e i risultati della sua applicazione verranno presentati prossimamente. Infine, data la specificità delle modalità e del razionale del lavoro della

Cdc, e l'attenzione a tenerne vivi i principi nell'operatività quotidiana, è necessario che alla descrizione degli esiti si accompagni la descrizione dei processi, sia per analizzare la coerenza tra principi e azioni, che per attribuire gli effetti a specifiche attività o modalità di lavoro. Anche su questo la Cdc sta lavorando.

Partendo dai dati empirici qui presentati, l'elemento più cogente intorno a cui riflettere ci sembra quello del prolungamento delle durate di permanenza delle persone, non allo scopo di renderle forzatamente più brevi, ma per identificare i meccanismi interni ed esterni di tale effetto. In quali casi sono necessarie, ovvero legate ad una scelta consapevole connessa ad obiettivi altrimenti non raggiungibili? Permanenze prolungate possono rappresentare l'assenza di progetto? In che misura la struttura di accoglienza assume una modalità *istituzionale*, limitando troppo a lungo l'orizzonte dei progetti sulle persone alle sue mura? Esistono condizioni e caratteristiche, dei soggetti accolti e della struttura accogliente, che

potrebbero facilitare tale effetto?

L'altro aspetto importante ci sembra consista nella necessità di qualificare e valutare il lavoro condotto con le persone che si fermano in Cdc per periodi brevi o brevissimi.

Vogliamo infine precisare ancora una volta con quale spirito è stato intrapreso questo lavoro: avviare un processo di valutazione significa porsi in un'ottica di qualità, nei molteplici significati di questa parola: efficienza, come capacità di utilizzare le proprie risorse al meglio per ottenere i risultati desiderati, coniugata con l'efficacia, la reale utilità di ciò che viene fatto per i destinatari delle azioni messe in campo; capacità di disegnare e mantenere vive "buone pratiche", ovvero attività, stili di lavoro e organizzativi che incorporino e realizzino i principi a cui si ispirano; capacità di sottoporre a critica e di modificare se necessario quelle stesse pratiche; soprattutto, assunzione della responsabilità di quanto viene fatto per le persone accolte.

REFERENZE

1. American Psychological Association, Presidential Task Force on Psychology's Contribution to End Homelessness. Helping people without homes: The role of psychologists and recommendations to advance research, training, practice, and policy. 2010. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/end-homelessness.aspx>.
2. Anderson I, Christian J. Causes of homelessness in the UK: a dynamic analysis. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 2012; 13:105-118.
3. Aubry T, Klodawsky F, Coulombe D. Comparing the housing trajectories of different classes within a diverse homeless population. *American Journal of Community Psychology* 2012; 49:142-155.
4. Braga M, Corno L. Being an Homeless: Evidence from Italy. Università degli Studi di Milano, 2009.
5. Bray JH. Helping people without homes. Report of the APA Presidential Task Force on Psychology's Contribution to End Homelessness. APA 2009.
6. Caton CL, Dominguez B, Schanzer B, Hasin D, Shrout PE, Felix A, McQuiston H, Opler LA, Hsu E. Risk factors for long-term homelessness: findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *American Journal of Public Health* 2005; 95:1753-1759.
7. Jakubec SL, Tomaszewski A, Powell T, Osuji J. "More than the house": a Canadian perspective on housing stability. *Housing, Care and Support* 2012, 15:99-108.
8. Munoz M, Panadero S, Santos E, Quiroga M. Role of stressful life events in homelessness: an intergroup analysis. *American Journal of Community Psychology* 2005, 35:35-47.
9. Abenante D, Tomai L, D'Avanzo B. Cosa vuol dire stare in Casa della Carità? *Prospettive Sociali e Sanitarie* 2011, 9-10:16-20.
10. Fio.PSD, Caritas, ISTAT, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Le persone senza dimora. Indagine 2011. Roma: ISTAT; 2012.

SCHEDE

Bice Previtera, *L'integrazione ospedale-territorio nel sistema sanitario nazionale*, Armando Curcio Editore, 2013, 926 pp., euro 98,00

Segnaliamo volentieri questo poderosissimo volume che si inserisce in una problematica che da tempo appassiona studiosi ed operatori della sanità e non riesce a trovare soluzioni soddisfacenti, salvo poche eccezioni, per rendere più efficace il lavoro del servizio sanitario nazionale: la separatezza fra due pezzi fondamentali del sistema, l'ospedale ancora Moloch indiscusso seppure criticato e la medicina di territorio.

Il tema centrale del discorso, filo conduttore dell'opera, si sviluppa progressivamente attraverso un iter assai articolato che prende in considerazione in pratica tutti gli aspetti del sistema sanitario, dalla storia all'analisi di praticamente tutte le sue componenti, per ciascuna delle quali viene fatta una disamina molto attenta, prendendo in considerazione aspetti gestionali operativi, strumentali. Esempi di concrete realizzazione rendono ben evidenti le argomentazioni presentate dall'autrice. Essa comunque, al di là degli aspetti tecnici approfondisce anche tematiche di ordine politico e culturale, che ampliano notevolmente il quadro complessivamente presentato.

Il lettore potrà trovare spunti per la programmazione, gestione, valutazione accanto a elementi teorici delle varie problematiche all'interno del tema generale della salute e dei vari momenti per la sua tutela e promozione nelle varie articolazioni del servizio sanitaria, come anche capitoli dedicati a singoli gruppi di

popolazione o a specifici problemi di malattia.

L'approccio usato per l'elaborazione del tema centrale enunciato nel titolo va oltre il senso meccanicistico dei termini di intersettorialità ed integrazione, collocandoli all'interno di un processo di interconnessione di rete (anche di conoscenza), nel quale la cooperazione è intesa come un coordinamento di tutti, in base a regole e standard ben definiti ed efficaci. L'intersettorialità diventa dunque non solo mera collaborazione bensì convergenza, come somma delle singole esperienze, conoscenze, scoperte tecnologiche verso un fine comune, realizzando valori "molto più alti della somma delle singole scoperte", come viene detto dal prof. Ricciardi nella presentazione.

L'Autrice spiega in modo interessante come il lavorare assieme, l'integrarsi fra gli addetti alle diverse attività, possa avvenire costruendo un comune sentire, basato su un conoscenza acquisita collettivamente con scambi continui, nei lavori di gruppo, nei laboratori, insomma in un processo di formazione continua compiuto da tutti, congiuntamente. Accompagnato da un processo di partecipazione democratica, sgombro da ideologie, preconcetti e pregiudizi.

L.B.

Minelli Liliana, Laino Daniela, Chiavarini Manuela, *L'evento nascita in Umbria*, Morlacchi Editore U.P., Perugia 2013

Il volume riferisce con precisione di dati il rapporto del progetto MCHC (*Maternal and Child Health*)

Cave), condotto nella regione Umbria, in base ai dati tramite il Codifica di assistenza al parto. I dati generali confermano l'aumento dell'indice di natalità, e anche dell'indice di fertilità nelle donne immigrate rispetto alle locali. Nei dettagli si seguono le tendenze rispetto alle varie modalità del parto, incluso, ovviamente, il cesareo e le condizioni del nato e della madre. Si evincono informazioni significative per la politica sanitaria nel settore.

Nella regione nascono circa 8.500 bambini l'anno, la metà nei due maggiori ospedali delle Aziende delle città delle due province, gli altri si distribuiscono in nove punti nascita con meno di 500 assistenze l'anno, con i noti limiti di queste condizioni; si costata, infatti, che pur ritenendo che si tratti di parti a basso rischio, si registra un eccesso del 50% di parti cesarei. Altro punto da tenere sotto controllo l'evento del parto pretermine, in aumento e basso peso alla nascita.

Infine, altro elemento da sorvegliare, l'eccesso delle indagini prenatali invasive, una tendenza ovunque molto diffusa, non priva di rischi e costi inutili, se non ben valutati.

Il lavoro ricco di dati e di analisi dettagliate offre al legislatore, ma anche ai professionisti, nonché agli utenti, elementi rilevanti per un ulteriore sviluppo del settore, in un quadro, quello dell'organizzazione sanitaria regionale, ancora in buona salute.

M.A.M.

Modonutti Giovanni Battista, Prevenzione, giovani e ... i rischi del vivere quotidiano, Edizioni Goliardiche, Udine, 2012

Segnaliamo un testo dedicato ai giovani e ai comportamenti a rischio assai ricco di contributi. Apre il volume un saggio del nostro redattore capo Lamberto Briziarelli, che imposta il tema della salute da diritto del singolo a patrimonio della comunità, un'introduzione che si muove su due direttrici centrali: il principio "salute in tutte le politiche" e – come afferma lo stesso autore – "l'auspicato e mai ottenuto riordino del servizio sanitario nazionale". Il quadro generale della promozione della salute nei giovani viene sviluppato da Roberto Bucci: *nuovi e vecchi* stili di vita e rischi per la salute, *nuovi e vecchi* comportamenti giovanili. Quindi è presentato da G. Mangiaracina un nuovo razionale e un'ipotesi di modella per la prevenzione che ingloba anche l'importante questione dei determinanti di salute. Due i setting della promozione della salute approfonditi: la scuola e l'ambiente di lavoro. I capitoli successivi approfondiscono con saggi e rapporti di ricerche due dei comportamenti a rischio da sempre oggetto di lavoro edegli educatori sanitari: il consumo di bevande alcoliche (comportamenti a rischio e percezione del rischio) e fumo di tabacco: aspetti sociali, il ruolo dell'industria del tabacco, l'epidemiologia del tabagismo.

F.A.B.

*Le schede sono state redatte da: Lamberto Briziarelli,
Maria Antonia Modolo, Filippo Antonio Bauleo*

DOCUMENTI

Castelbrando 6: Documento conclusivo

Castelbrando 6: Final document

a cura della Presidenza del Convegno della S.It.I.

L'incontro biennale di Castelbrando, alla sua sesta edizione, il 30 e il 31 Maggio 2013, presenti oltre 400 igienisti italiani ha risposto pienamente agli obiettivi posti. Il tema era di straordinaria importanza ed attualità: "Promuovere la salute per concorrere al superamento della crisi". Naturalmente si deve prioritariamente "ridurre i costi inutili, tutelare le fasce deboli, rappresentate in questo momento da oltre nove milioni di cittadini, sviluppare la prevenzione attiva". Le quattro sezioni di lavoro sono state anticipate da una lezione magistrale del medico e storico della medicina prof. Giorgio Cosmacini. Decine di relatori e numerosi intervenuti nelle discussioni che ne sono seguite, hanno evidenziato che anche ai tempi della maggior crisi economica e sociale degli ultimi decenni, si deve lottare, per promuovere la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, elementi

determinanti ed indispensabili per lo sviluppo equo e per il benessere. Nel convegno è uscito con forza che il Servizio Sanitario Nazionale deve essere unitario e globale (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione). La prevenzione attiva che ha raggiunto livelli europei nella lotta delle malattie infettive, specie con i vaccini sicuri ed efficaci che sono a disposizione, deve fare un salto di qualità affrontando finalmente ed in modo organico il tema non più rinviabile della lotta efficace alle patologie di maggior rilevanza sociale in Italia come per esempio le malattie cardiocerebrovascolari, i tumori, le malattie dell'apparato respiratorio, le malattie del sistema nervoso e psichiatriche. Pure determinante con il concorso degli igienisti deve diventare l'impegno straordinario del Servizio Sanitario nel suo complesso per il contrasto della cronicità. Essa è causa di sofferenze enormi per i

soggetti colpiti, per le loro famiglie, per i carichi assistenziali necessari e per i costi assai onerosi che ne conseguono. La stessa prevenzione va liberata, con assoluta urgenza, da una sequela di attività inutili, obsolete e spesso assai onerose per i cittadini. Appare pertanto scandaloso che da una decina di anni giaccia in Parlamento un disegno di legge che si prefiggeva di abrogare attività che non sono necessarie e che sono prive di qualsiasi evidenza scientifica. Nel convegno è stato chiesto con forza alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e di Bolzano di approvare urgentemente leggi che scarichino oneri impropri dai Servizi di prevenzione e balzelli insopportabili sui cittadini. Esempi positivi in questo senso non mancano. Basta dunque con i certificati di sana e robusta costituzione, con i libretti sanitari per gli alimentaristi, con le visite mediche per i soggetti che svolgono attività sportiva non agonistica e/o amatoriale. Castelbrando6 ha portato avanti altre questioni di assoluto valore per i cittadini come per esempio il rilancio dell'assistenza primaria che si basa anche su un nuovo ruolo della Medicina Generale e del rapporto indispensabile tra il Territorio e l'Ospedale. Non è più tollerabile sia per ragioni etiche che professionali che si continuino a disattendere perfino agli accordi pattuiti nei rinnovi dei contratti e delle convenzioni per la Medicina Generale. Si ricorda che dal corrente mese di Maggio, l'assistenza primaria e la continuità assistenziale devono essere garantite 24 ore su 24, sette giorni su sette giorni (Decreto Legislativo 158/12, convertito nella legge 189/12). Il convegno ha ribadito l'importanza del rapporto sia tra "l'ambiente e la salute" che tra "la salute e l'alimentazione". In questo senso sono state denunciate le carenze preoccupanti delle Agenzie Regionali per la Protezione del-

l'Ambiente (ARPA), nonché i gravi provvedimenti presi dalla Regione Liguria che di fatto ha abrogato i SIAN e della Regione Toscana che ha indebolito pericolosamente la organizzazione e lo sviluppo dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione. Ci sono Regioni invece che hanno lanciato programmi assai importanti specie nel campo della prevenzione vera ed efficace delle malattie cardiovascolari, utilizzando finanziamenti sia ministeriali che regionali invertendo tendenze e esperienze del passato non del tutto esemplari. Una novità forte che è uscita dal Convegno riguarda il rinnovato e deciso impegno degli igienisti a concorrere a riordinare la rete degli ospedali italiani sulla base di criteri scientifici, di standard internazionali, di performance validate, della necessità e della urgenza di qualificare l'assistenza e la spesa ospedaliera. E' stato ricordato che il Livello Essenziale di Assistenza (LEA) in continuo ed inarrestabile aumento dal punto di vista dei costi è quello della assistenza ospedaliera a causa anche delle diseconomie e dei disservizi che perdurano nella così detta assistenza sanitaria di base o distrettuale. E' arrivato dunque il momento che tutte le strutture e le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie debbano rientrare in un moderno sistema della qualità, della certificazione, dell'accreditamento all'eccellenza. Le prestazioni sanitarie, pubbliche e private, a partire da quelle ospedaliere devono avere una verifica seria, responsabile, tecnica e scientifica dei risultati ottenuti e devono essere confrontate tra di loro sia a livello regionale che nazionale. Chi non riesce a rimanere negli standard di qualità e di sicurezza deve essere aiutato a rientrare in detti parametri, pena la revoca di qualsiasi autorizzazione e convenzione. Castelbrando6, come il Convegno Siculo Calabro di Giugno a Palermo, ed altri ancora sono anche

momenti essenziali ed importanti di incontro e di approfondimento dei principali temi della prevenzione e della sanità pubblica che avranno una rilevanza ancora più grande a seguito dei lavori del prossimo Congresso Nazionale della SItI che avrà luogo a Taormina-Giardini Naxos dal 17 al 20 Ottobre 2013. Anche in quella occasione avremo una larga e qualificata partecipazione anche di operatori non medici specialmente di Assistenti Sanitari e di Tecnici della prevenzione che hanno contribuito alla piena riuscita del Castelbrando6. La crisi in atto impone inoltre investimenti più oculati nella formazione e nella ricerca scientifica. Le Regioni con il concorso delle Società Scientifiche più direttamente interessate hanno il dovere non più rinviabile di programmare con le Università, riordinate, piani e programmi di formazione dei laureati ma anche e soprattutto degli specialisti che, come

avviene nei Paesi più progrediti, si avvalgano in modo non episodico, ma organico e strutturale dei Servizi, delle Unità Operative e dei Dipartimenti, a partire da quelli di prevenzione, che sono presenti sull'intero territorio nazionale. Infine Castelbrando6 ha dimostrato se ce n'era bisogno che per salvare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non esiste solo il problema di rivendicare più risorse, ma soprattutto quello di eliminare gli sprechi, di aggiornare finalmente i LEA, di garantire l'assistenza ai cittadini compresi i soggetti più fragili, di qualificare maggiormente la spesa sanitaria e di immettere la tutela della salute nella programmazione dei vari comparti sia a livello nazionale che regionale nonché in tutte le attività principali che possono concorrere all'uscita dalla crisi e finalmente al rilancio occupazionale, sociale ed economico dell'Italia.

NOTIZIARIO INFORMAZIONI

Note a margine della 2^a Conferenza Nazionale sulle cure domiciliari - 11° Congresso Nazionale CARD - (Roma, 22-24 maggio)

In continuità con la prima Conferenza sulle cure domiciliari organizzato dalla CARD (Roma, 2011), in questa seconda Conferenza le cure a casa sono state poste alla ribalta perché si pensa continuamente a rappresentare la massima espressione visibile del lavoro dei distretti, pur espresse in maniera spesso molto diversa nei differenti contesti distrettuali italiani. E questa diversità non impedisce di cogliere l'elemento unificante della volontà di trovare risposte qualificate ad una domanda sempre più ampia e qualificata, espressa da utenti, professionisti, organismi istituzionali e di rappresentanza.

Le parole chiave sono state: *home care e distretto; centralità della persona; integrazione; innovazione e sviluppo.*

Queste si ritrovano, estese, nel nuovo manifesto aggiornate CARD delle cure domiciliari in 7 punti (www.carditalia.org).

Nel corso delle tre giornate, in una trentina di sessioni in cui sono stati presentati oltre 100 contributi scientifici, sono state valutate le possibili modalità di interazione e gli sviluppi organizzativi per rendere le cure a domicilio un pilastro dei servizi sociosanitari e del welfare in generale.

I lavori hanno trattato posizioni concettuali e pratiche correnti prioritarie nei distretti: l'assistenza ai malati con malattie long term; con scompenso cardiaco, BPCO, diabete, stati terminali, parkinsonismi; una

sessione era dedicata ai nuovi farmaci anticoagulanti, anche per definire il contributo dei distretti in questi nuovi percorsi.

In apertura si è sperimentata con successo la novità di moduli di formazione intensiva su alcuni aspetti fino ad ora poco frequentati ma di grande attualità: a) la HTA nei distretti e la valutazione economica dei programmi sanitari di assistenza territoriale; b) la gestione del rischio nell'assistenza domiciliare; c) l'audit sugli eventi maggiori in home care.

In sintesi, i Distretti possono oggi esibire valide testimonianze del loro ruolo di protagonisti attivi, organizzazioni uniche in grado di coinvolgere positivamente "i territori", tra cui la medicina di famiglia (una sessione ad hoc), procedere all'integrazione sociosanitaria, realizzare reti e percorsi integrati in grado di affrontare al meglio le situazioni più problematiche e di lunga durata. Al Congresso hanno partecipato operatori di tutte le professioni, con un'attenzione specifica alla medicina di famiglia ed alle professioni sanitarie.

Consenso unanime è stato espresso sul fatto che un vero progresso della home care, anche per corrispondere ai LEA, va misurato sui risultati, sull'impatto sulle persone. Il Distretto si presenta come l'indispensabile organizzazione in grado di sviluppare una "regia" intelligente, unitaria, seria, competente e consapevole, rivolta a realizzare sistemi aperti con nuovi e solidi equilibri tra cure formali ed informali, ad accogliere molteplici soggetti produttori delle varie componenti della home care, l'innovazione, la ricerca e lo sviluppo. Naturalmente si auspica che a livello di decisioni politiche tutto questo venga ascoltato e recepito.

Infatti, non ci siamo nascoste le attuali criticità, la

principale delle quali si riassume nella domanda cruciale: perché la home care in Italia “non decolla”?

In sintesi, i fatti che sembrano prevalere sono:

a) confusione di nomi e di contenuti: tra l’ “*assistenza domiciliare*”, che dovrebbe riferirsi solamente a servizi di tipo sociale, quindi tarati su bisogni di natura socioassistenziale, pertanto erogati dai Comuni e NON di competenza delle Aziende Sanitarie, e le “*cure domiciliari*”, a valenza ed obiettivo sanitario-clinico e pertanto necessariamente di competenza delle Aziende Sanitarie. Queste ultime tuttavia, nonostante enunciati promettenti, continuano a relegarle tra i propri servizi residuali, data la sostanziale inconsistenza che spesso si osserva. Ancora, il termine ADI (assistenza domiciliare integrata) può riferirsi oggi sia alle prestazioni erogate dai MMG, ex contratto nazionale, svolte insieme agli infermieri del distretto, sia alle pratiche integrate sociosanitarie. Questi equivoci andrebbero chiariti, anche rispetto alla definizione dei LEA.

Si è quindi confermata l’anticipazione pregressuale che oggi sembra opportuno e necessario proporre di introdurre nell’uso comune un’altra terminologia. Il termine inglese “home care”, non per conformismo accademico, sembra l’unico termine in grado di sintetizzare gli aspetti dell’assistenza sociale e sanitaria, con enfasi sulla necessità che divenga “costituzionalmente” di tipo integrato, includendovi quindi anche l’integrazione con le sempre più necessarie tecnologie di home care. Si dovrebbe quindi parlare più appropriatamente di “*integrated home care*”, che trova fondamento su quattro “pilastri” costitutivi: l’assistenza e la cura formale-istituzionale di tipo sanitario e di tipo sociale; quella di ambito informale (paziente-utente, famiglia, care giver, “badante”, volontari, ecc.); ed infine quella sostenuta dalle tecnologie avanzate (sensori vitali, ambientali, domotica, informatica; telecontrollo, telemonitoraggio, teleassistenza, ecc.). Forse così le parole potranno aiutare i fatti. Le “buone cure a casa” richiedono azioni congiunte, integrate, attive a 360 gradi, in grado di superare frammentazioni, rischiose compartimentazioni

tra competenze, discipline professionali, settori istituzionali, enti o appartenenze diversi; quindi interventi “globali”, non solamente clinico-medico-sanitari, bensì più completi in grado di incidere sulla persona in toto (presa in carico globale), in cui cura ed assistenza sono visti ed agiti come inseparabili. Il Distretto si colloca in quest’ottica: con attenzione globale (olistica) al contesto di vita, alla famiglia, ai care giver, ai contributi irrinunciabili della medicina di famiglia, degli specialisti, degli infermieri e delle altre professioni sanitarie, dei professionisti dei servizi sociali e degli operatori delle cure informali.

b) difetto e/o difformità di esplicitazione degli obiettivi e contenuti della home care. Ovvero, si osserva diffusa incertezza sulla mission e vision dei servizi domiciliari (di pertinenza delle ASL), di cosa a loro si richieda (prestazioni? presa in carico? di quale durata?) e che cosa da loro ci si aspetti (si voglia ottenere); manca la definizione esplicita di quali siano i ritorni-risultati rispetto ad investimenti e costi-spese.

c) mancato riconoscimento delle cure domiciliari quale servizio specialistico, quindi dotato di precisi requisiti (da cui la necessità dell’accreditamento professionale, organizzativo), da collocarsi in un contesto organizzativo “solido”, ovvero in una struttura organizzativa aziendale che abbia come mandato specifico prioritario la sua realizzazione. Questa non può che essere, a giudizio di CARD, il distretto, struttura della ASL deputata a costruire tutta la gamma dei nuovi servizi extra-ospedalieri e le reti di cure primarie, ad essere motore della continuità di cura e dell’integrazione intra ed intersettoriale. Del resto, per analogia, sarebbe sorprendente assistere alla collocazione di servizi specialistici propri dell’ospedale, (specialmente se dotati di tecnologie - es. emodinamica, endoscopia, ecc.) al di fuori del contesto organizzativo ospedaliero e della disciplina-madre. Infatti, questa scorretta impostazione porta ad osservare oggi la proliferazione di iniziative, per altro molto limitate o circoscritte, di servizi domiciliari, inevitabilmente parcellizzati e frammentati, in cui piccole prestazioni eseguite a domi-

cilio (prelievi, medicazioni) sono viceversa presentate come grandi risorse e conquiste. E ciò avviene sia in ambito pubblico, che “para-pubblico” o privato (profit e non-profit). Il tutto resta non inaspettatamente molto lontano dagli assunti del rispetto della continuità e dell’integrazione, dalla garanzia di approcci unitari e soluzioni olistiche, che a gran voce e con chiarezza sono richieste dai cittadini-contribuenti e contraddistinguono l’attività domiciliare di elevata qualità a supporto alle persone, con la difficile capacità di presa in carico globale del paziente nel lungo termine.

- d) tendenza a costituire i servizi domiciliari su paradigmi e logiche ospedaliere, sostanzialmente attenti ad erogare volumi crescenti di prestazioni, pur singolarmente magari di alto livello, ma temporizzati e non parimenti tesi a realizzare percorsi “intelligenti”, complessi, globali-unitari-coordinati e continuativi di terapia-cura-assistenza. Non a caso si vedono ancora in uso (ed in lancio) le “ospedalizzazioni a domicilio”, estensioni di specialità ospedaliere, denominati anche in altro modo (es. “ospedale a casa”), ma – al di là dei termini – sempre vetustamente ospedale-centrici. La integrated home care è invece cosa totalmente diversa da una “hospital ward at home”, nelle premesse, nella produzione, negli esiti; quantomeno nell’aspetto delle pratiche di valutazione multidimensionali ed azioni in team multiprofessionali e multidisciplinari.
- e) scarsa visibilità e capacità comunicativa verso il grande pubblico, ed anche verso i professionisti di settore sanitario (prevalentemente di ambito ospedaliero, ma non solo). Anche dove efficace ed efficiente, il servizio domiciliare rimane per lo più noto, conosciuto (e magari anche apprezzato) da chi ne è stato utente o testimone diretto, mai considerato opzione irrinunciabile in un sistema sanitario e sociosanitario avanzato (infatti, a differenza di altri servizi, è raro leggere di rivendicazioni in tal senso da parte di cittadinanza o di professionisti sanitari o sociali). Viceversa, molte inchieste e ricerche di settore giungono unanimemente a documentare un giudizio di grande rilevanza di questa opzione assistenziale, di questi servizi, giudicati ora

sostanzialmente incompleti dal punto di vista quali/quantitativo nell’offerta istituzionale, con la criticità (critica) della famiglia quale apparentemente irreversibile baricentro e nucleo-attore centrale del percorso. Il divario tra domanda ed offerta, tra bisogno/domanda e risposta/offerta è divenuto nel tempo crescente ed apparentemente incolmabile.

- f) insufficiente attenzione e tensione, capacità programmatica e realizzativa di buone pratiche domiciliari integrate, da destinarsi primariamente ad inserirsi nella logica della long term care. A riguardo, si sono ripetutamente ricordati i risultati della ricerca FIASO-Cergas che ha rilevato come le cure domiciliari assorbono non oltre l’1% dei budget delle Aziende Sanitarie, a dimostrazione del ruolo residuale, nonostante eventuali proclami di segno diverso-opposto.
- g) inadeguata comprensione-dimostrazione del fatto che, a pari esigenze assistenziali, la home care ben strutturata può essere impiegata per cure di elevata qualità e sicurezza di livello pari o superiore a quanto ottenibile nei tradizionali setting ospedalieri e residenziali. Quando di provata efficacia ed economicità, ed applicata con appropriatezza diviene **ALTERNATIVA** ad altri setting oggi correntemente in uso, non solamente complementare, generando così risparmi od ottimizzazioni di spesa, non costi aggiuntivi per il sistema. Il ridimensionamento degli ospedali non può non tenerne conto.
- h) insufficiente inserimento dei medici di famiglia, anche a causa delle attuali norme dei contratti nazionali e di una loro resistenza (obsoleta) ad integrarsi in un sistema territoriale moderno ed efficiente (“out-of-hospital services/ community services” - primary health care services” - che dir si voglia), in cui spiccano i servizi domiciliari. E’ un vero peccato che la competenza clinica della home care italiana oggi non possa contare su una piena consapevole e diffusa presenza dei MMG e debba essere vicariata da altri, penalizzando la continuità, la completezza, i budget aziendali.

Intervenire su questi elementi (ma non solo) costituisce il lavoro dei prossimi anni.

Due sessioni della Conferenza sono state dedicate alla

ICT (informaton communication technology), ovvero alle possibilità offerte dall'informatica e dalle tecnologie comunicative e strumentali. Oggi sono disponibili "cartelle-fascicoli elettronici personali" in grado di rendere immediatamente aggiornabili ed accessibili su web le informazioni di rilevanza clinica ed assistenziale, prerequisito indispensabile per la continuità e l'appropriatezza decisionale ad alto impatto sul paziente. Sono inoltre offerte dal mercato numerose possibilità di controllo remoto di parametri vitali (pressione arteriosa e frequenza cardiaca, sat. O₂, glicemia, peso, ecc.) ed ambientali (fumo, gas, acqua, movimento) che rendono possibili il telemonitoraggio e la messa in sicurezza degli ambienti di vita. L'uso delle nuove tecnologie per la home care (*hi tech*) potrebbe talora essere percepita in contrapposizione alla caratteristica maggiormente auspicata ed orgogliosamente rivendicata da molti operatori e cittadini in questo campo: il valore della relazione operatore-paziente (*hi-touch*). La "tech" è spesso pregiudizialmente (erroneamente) avvertita come distante dai contenuti "umanizzanti" richiesti in primis ai servizi di cura alla persona, tanto più dalla home care. CARD ha focalizzato la questione in uno slogan che, ovviamente con i limiti dello strumento, cerca di superare questo dilemma: "dall'assistenza *"hi-tech* o *"hi-touch*" è necessario passare ad una *"hi-teach integrated home care"*, in cui si congiunge il "tocco umano e la tecnologia", in un processo in cui tutti apprendono ed insegnano: pazienti ed operatori istituzionali, familiari e care giver, operatori informali. CARD vuole così richiamare l'attenzione per consolidare le strategie e le pratiche volte a conciliare l'ascolto dei bisogni, l'azione specializzata, l'apprendimento del self care, del self-management; la possibilità di adottare un nuovo modello di salute, in cui è centrale la capacità del soggetto-famiglia di affrontare e sostenersi nella malattia di lunga durata. Questo del resto in sintonia con il recente concetto di "Health as ability to cope and adapt." avanzato da WHO (BMJ 2011, Huber et al), già anticipato dal PSN 1998 in cui con lungimiranza si parlava di "convivere attivamente con la cronicità".

In conclusione, l'obiettivo finale della home care è diventare cardine del processo non solamente della deospedalizzazione, bensì della "ri-ospitalizzazione

del territorio". Il fine ultimo, nuovo slogan caro a CARD, è "abitare il futuro a casa".

Schematicamente si possono sintetizzare alcune proposte conclusive della Conferenza:

- adoperarsi per la promozione e la diffusione della integrated home care, con le caratteristiche di cui sopra, da affidare ai Distretti
- dare energia nuova alla volontà e alla capacità dei Distretti di renderla davvero alternativa, a parità di bisogni di cure ed assistenza, rispetto alle cure usuali erogate in setting tradizionali, con costi sostenibile e vantaggiosi; spesa non aggiuntiva ma sostitutiva, ad alto rendimento
- acquisire nei Distretti maggiore capacità di
 - ° trovare nuove modalità di formazione permanente del personale (specializzazione)
 - ° realizzare l'integrazione sociosanitaria effettiva, nei tre livelli: istituzionale, gestionale, professionale
 - ° riequilibrare sapientemente e saggiamente robuste (credibili) cure formali con quelle informali (sussidiarie), riconoscendo l'enorme lavoro di cura (ineludibile ed inevitabile) delle famiglie, ed inserire in questo nuovo contesto l'innovazione dei nuovi dispositivi ICT, delle nuove piattaforme informatiche (uniche che consentono effettiva condivisione delle informazioni anche di elevata rilevanza clinica), delle strumentazioni biomedicali e dei sensori vitali ed ambientali; nel pieno rispetto dei principi e delle pratiche di umanizzazione e personalizzazione degli interventi di cura ed assistenza a domicilio
 - ° dimostrare il valore (value) dell'uso della *integrated home care*, nuovo termine omnicomprensivo della congiunzione di cure sanitarie ed assistenza-supperto sociale, del "tocco umano e tecnologico", per elevare la qualità di vita delle persone e dei familiari care givers, dei servizi, di facile accessibilità, con costi sostenibili di questi nuovi approcci
 - ° ridurre (evitare) il deterioramento delle condizioni personali e familiari, contenendo l'incremento dell'uso inappropriato dei servizi, gli accessi inappropriati in ospedale e Pronto Soccorso, anche grazie al monitoraggio efficace a distanza (con le tecnologie appropriate) di situazioni cliniche ed ambientali condizionate dall'instabilità e dalla per-

dita ingravescente dell'autonomia. Tutto questo a protezione e sicurezza della fragilità e delle malattie long term, per una concreta affermazione della proattività e della prevenzione delle recidive delle malattie long term, delle criticità ed emergenze evitabili, dell'esclusione sociale.

Paolo Da Col, referente nazionale CARD,
Area Cure Domiciliari

Riflessioni sul Congresso Mondiale di riabilitazione psicosociale Milano 10-13 novembre 2012

Il concetto di riabilitazione ha fatto il suo ingresso nel campo della salute mentale poco più di trent'anni fa, con la prospettiva aperta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) attraverso la distinzione tra malattia, menomazione, disabilità e handicap. Anche se l'eccessiva semplificazione di una progressione lineare dalla malattia all'handicap, in cui la malattia è al vertice della catena causale, fa considerare questo schema oggi in parte superato, il valore innovativo del suo trasferimento alla psichiatria risultò a quel tempo evidente. Infatti la *disabilità*, definita come limitazione o perdita di capacità funzionali prodotte da una *menomazione*, e l'*handicap*, risultante dall'interazione tra il contesto e il soggetto malato potevano essere indicate come oggetto della riabilitazione, indipendentemente dalla malattia. Per effetto di questa nuova prospettiva fu fondata nel 1986 la *World Association for Psychosocial Rehabilitation* (WAPR), che tenne in quell'anno il suo primo congresso.

Un passo successivo fu compiuto nel 1996 da una dichiarazione di consenso dell'OMS, che definiva la riabilitazione psicosociale come un processo che fornisce agli individui con una disabilità o un handicap dovuto a una malattia mentale le opportunità per raggiungere un livello ottimale di funzionamento indipendente nella società. A questo fine la riabilitazione doveva investire diversi livelli, dalle istituzioni

di cura ai contesti abitativi e lavorativi fino all'intera società, diventando parte essenziale e integrante della presa in carico complessiva degli individui portatori di disabilità col coinvolgimento di numerosi soggetti: gli utenti, gli operatori, le famiglie, i datori di lavoro, i dirigenti e gli amministratori dei servizi, la comunità intera. Questa visione, più che delimitare un campo specifico, accentuava l'aspetto trasversale della riabilitazione rispetto all'intero spettro delle pratiche psichiatriche, come divenne più evidente con l'adozione nel 2001 da parte dell'OMS di una nuova classificazione delle disabilità, che superava i limiti di quella del 1980, cioè l'ICF (Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute). Si è trattato di una radicale innovazione, che ha accantonato la visione sequenziale ancora presente nella dichiarazione del 1996, proponendo un modello circolare e interattivo in cui l'equilibrio tra condizioni di salute, risorse personali, fattori ambientali, funzionamento somatico e psicologico, determina livello e qualità di partecipazione dell'individuo all'ambiente sociale. Proprio le implicazioni per la salute mentale di questo modello complesso hanno avuto un posto di rilievo nell'ultimo congresso della WAPR, che si è tenuto a Milano nel novembre 2012. Dal 1986 la WAPR ha organizzato undici congressi e quello di Milano ci offre l'occasione di fare il punto su un settore che ha visto negli ultimi anni tumultuose trasformazioni.

Il titolo del congresso era *Cambiare le idee le pratiche i servizi* e in effetti, forse al di là delle intenzioni degli stessi organizzatori, nel corso delle giornate che hanno impegnato oltre 1500 partecipanti sono emersi molti cambiamenti significativi nello scenario della riabilitazione psicosociale.

La partecipazione è stata rilevante per quantità e qualità, sia dal punto di vista della provenienza geografica, che della distribuzione per discipline e categorie professionali. Riguardo al primo aspetto ben 70 paesi di tutti i continenti sono stati rappresentati, con un contributo significativo dall'America Latina, dall'Africa e dall'Asia Orientale, che ha permesso di confrontare pratiche e punti di vista che oltrepassano i confini ormai angusti dell'Europa occidentale e del Nordamerica, da cui tradizionalmente proviene il

pubblico che popola i congressi psichiatrici. Si è anzi verificata un'inversione rispetto alle attese, per cui da paesi limitrofi all'Italia come la Francia e la Germania non c'è stato l'afflusso sperato, mentre è stata sorprendente la presenza dal Brasile, dal Canada, dalla Corea, dal Giappone e dall'Australia.

Alla varietà geografica ha fatto riscontro la varietà multidisciplinare. Per la prima volta gli psichiatri non sono stati il gruppo più numeroso in un congresso della WAPR, sorpassati dagli psicologi. E' stata assai significativa la presenza di educatori e tecnici della riabilitazione e più rilevante che in precedenti occasioni la partecipazione degli utenti. La WAPR ha rafforzato la sua caratteristica di essere al tempo stesso una società scientifica, un'organizzazione multidisciplinare aperta a tutte le professioni d'aiuto, senza identificarsi con nessuna di esse, un gruppo di pressione per i diritti umani delle persone con disturbi mentali, un luogo dove si confrontano utenti, professionisti, ricercatori e amministratori.

Quali indicazioni nuove sono emerse dal congresso di Milano? Innanzitutto la riabilitazione psicosociale non va considerata una tecnica, ma un approccio strategico che interviene all'interfaccia tra l'individuo con la sua soggettività, la sua rete interpersonale e il contesto sociale allargato. In secondo luogo il punto di vista della riabilitazione è umanistico, non meramente umanitario e tiene assieme il rigore scientifico con l'etica e i valori. In terzo luogo la riabilitazione si rivolge non alla cronicità ma alla disabilità nel funzionamento sociale e l'inclusione sociale è il suo obiettivo unificante. Oggi sappiamo che difficoltà nel funzionamento sociale sono presenti all'esordio di molti disturbi mentali gravi e forse anche lo precedono, per questo il congresso ha dato ampio spazio alla riabilitazione negli interventi precoci. Anche in condizioni acute, come i disturbi post-traumatici da stress in conseguenza di disastri il ruolo della riabilitazione va riconosciuto. Infine il bersaglio della riabilitazione sono i fattori di rischio psicosociali connessi allo sviluppo e al mantenimento delle disabilità sociali correlate ai disturbi mentali, ma non necessariamente causate da essi. Per questo lo sguardo dell'epidemiologia sta dando un contributo importante, per esempio con una nuova generazione

di studi di esito, in cui gli indicatori a livello sociale e interpersonale sono distinti da quelli clinici tradizionali.

Nel il resoconto di un congresso raramente si considerano gli aspetti organizzativi ed economici, su cui invece ci soffermiamo perché sono risultati elementi formali che hanno avuto un valore sostanziale.

L'organizzazione si è mossa con una modalità partecipativa e responsabilizzante, costituendo un comitato promotore, formato da trenta componenti rappresentativi di diverse realtà professionali, scientifiche e geografiche, responsabili della buona riuscita, anche economica, del congresso. Questo gruppo ha avuto un ruolo centrale nella definizione del programma, nelle scelte strategiche e di contenuto più importanti: dal formato, ai relatori delle plenarie e dei simposi principali, alla gestione dell'ospitalità e delle spese, svolgendo una funzione straordinaria nel coinvolgere operatori dei servizi pubblici e del terzo settore, familiari e utenti, sia come relatori che come semplici partecipanti.

Nella fase preparatoria la crisi economica si è manifestata in tutta la sua inaspettata e inedita gravità. La disponibilità ad un supporto economico di istituzioni locali e nazionali si è vanificata, con l'eccezione di un piccolo contributo regionale. Tra i finanziatori l'industria farmaceutica è stata il grande assente. Nessuna azienda ha sponsorizzato l'evento con un finanziamento diretto e soltanto due sono intervenute acquistando iscrizioni per la cifra complessiva di 10.000 euro. Piccoli contributi, fra i 500 e i 6000 euro, sono venuti da organismi del terzo settore, servizi e case editrici. Nel complesso questo tipo di supporto, diffuso e modesto, ha permesso di raccogliere 32.000 euro. La frammentarietà ha consentito rappresentatività e coinvolgimento dei numerosi attori presenti sulla scena della salute mentale.

Questi aspetti economici hanno avuto alcune conseguenze: il congresso è stato sobrio e povero per gli aspetti accessori, ma ricco in partecipazione e dibattito. Senza un afflusso di partecipanti superiore a ogni previsione gli organizzatori sarebbero andati in bancarotta.

Nel programma sono stati inclusi alcuni fra i temi più importanti e innovativi del dibattito in salute

mentale: i determinanti sociali dei disturbi mentali; il ruolo crescente delle organizzazioni non governative nell'offerta di cura; la revisione critica delle terapie farmacologiche, l'efficacia dell'approccio psicosociale agli interventi precoci.

In aggiunta ai formati congressuali sono state offerte due modalità di presentazione che hanno riscosso successo: le sessioni video e lo *speakers' corner*. In apposite sessioni sono stati presentati numerosi video e prodotti multimediali, che hanno documentate esperienze dirette di disagio ma anche di inclusione sociale, mentre lo *speakers' corner* ha permesso a numerosi relatori di svolgere le proprie presentazioni in uno spazio aperto e informale, con un'interazione diretta col pubblico, imponendo uno stile caratterizzato da essenzialità dei dati quantitativi, efficacia di comunicazione e intreccio tra domande e risposte.

La riuscita del congresso è stata dovuta all'entusiasmo degli organizzatori, alla semplicità delle scelte e alla sinergia tematica tra scienza, etica ed esperienza, senza sacrificare la qualità dell'offerta scientifica. È possibile prefigurare un modello organizzativo di grandi eventi che rinuncia agli sprechi, promuove la partecipazione e accoglie ospiti da ogni parte del mondo.

Angelo Barbato, Barbara D'Avanzo,
Martine Vallarino

Laboratorio di Epidemiologia e Psichiatria Sociale,
Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri,
Milano

ICGM 2013 - International Conference on Gender and Migration: Critical Issues and Policy Implications

11-13 Maggio 2013, Marmara University, Istanbul-Turchia

La Conferenza di Istanbul su Migrazione e Differenze di Genere è stata un successo di pubblico e di contenuti. La conferenza è stata organizzata dal London Centre for Social Studies (LCSS) in collaborazione con il Gender Institute at the London School

of Economics (LSE), il Centro di ricerca Politica e Migrazione dell'Università di Swansea ed il Dipartimento di Sociologia dell'Università degli Studi di Marmara di Istanbul.

Le sessioni plenarie (tre) hanno riguardato Genere e migrazione: teoria, politica e pratica; Rapporti tra teoria, politica e pratica nell'agenda politica globale per affrontare i problemi di parità di genere nel contesto migratorio; Processo di migrazione rurale-urbano e dinamica della partecipazione al mercato del lavoro delle donne migranti. Le interessanti comunicazioni orali sono state inserite in 24 sessioni parallele; le principali tematiche trattate hanno riguardato Transnazionalismo e diaspore di genere, Genere e migrazione per lavoro, Violenza di genere e migrazioni forzate, Migrazione e genere nei media, Sanità e donne migranti, Relazioni familiari delle donne migranti. La discussione creatasi intorno agli argomenti delle varie sessioni -che ha visto protagonisti antropologi, sociologici, medici ed economisti secondo un approccio multidisciplinare integrato- ha approfondito, sia dal punto di vista teorico che attraverso dati oggettivi ed esperienziali, il concetto di genere come costruzione sociale, l'identità e le interrelazioni di genere, le ineguaglianze nel fenomeno migratorio, la tradizione e le relazioni di potere, la migrazione forzata e i contesti legali e sociali, i modi in cui il *gender* permea una varietà di pratiche, identità ed istituzioni implicate nella migrazione che portano a diversi impatti politici e differenti risultati.

Indipendentemente dalle cause della migrazione, ci sono una serie di combinazione di fattori che possono giocare un ruolo diverso per gli uomini e per le donne nel processo di migrazione. Mentre in molti casi la migrazione può migliorare le condizioni di vita delle donne, fornendo più reddito e un migliore status sociale, in altri casi - soprattutto se sono immigrate irregolari - le donne possono anche andare incontro ad abusi e discriminazioni più degli uomini.

Alla conferenza hanno partecipato più di 120 studiosi provenienti da circa 40 nazioni; dall'Italia hanno partecipato 11 ricercatori provenienti da Università di Palermo (Roberta Teresa Di Rosa), Università di Napoli (Lea Nocera), Università di Bologna (Madia Ferretti), Istituto Nazionale Migrazione e Povertà

(Maria Concetta Segneri) e Università di Perugia (Ilaria Bernardini, Martina Celidoni, Manuela Chiavarini, Donatella Lanari, Liliana Minelli, Luca Pieroni e Luca Salmasi).

I ricercatori italiani presenti alla Conferenza hanno contribuito allo svolgimento dei lavori presiedendo sessioni e presentando sei interessanti contributi:

11 Proximity facing migration: family violence and abuse in migrant women's experience (Roberta Teresa Di Rosa).

12 The hard search for modernity: the Turkish female worker migration in Germany (Lea Nocera).

13 Female Genital Mutilations and International Protection: when there is a right in the acceptance and in the refusal of a corporeal modification (Maria Concetta Segneri, Madia Ferretti).

14 Migration policy and child birth outcome of migrant women: positive externality from the anti-migration law in Italy (Luca Pieroni, Luca Salmasi).

15 Self-perceived health and depression: the case of older Eastern European immigrants living in Europe (Donatella Lanari, Ilaria Bernardini, Martina Celidoni, Manuela Chiavarini, Liliana Minelli).

16 Socio-demographic determinants of migrant women and access equality to prenatal care in Italy (Manuela Chiavarini, Donatella Lanari, Liliana Minelli, Luca Pieroni, Luca Salmasi)

Manuela Chiavarini, Dottore di ricerca in Educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia

Status Report on Alcohol and Health in 35 Paesi Europei - 2013

L'alcol è al terzo posto tra i fattori di rischio per carico di malattia e in Europa è il consumo di alcol è quasi il doppio della media mondiale. La Regione Europea è stata la prima regione OMS ad adottare una politica specifica a supporto degli Stati membri nel 1992, e più recentemente, un piano d'azione per l'attuazione della strategia globale per ridurre l'uso nocivo di alcol nel 2011.

Un compito importante per l'Ufficio regionale OMS

per l'Europa è quello di monitorare l'avanzamento, l'impatto e l'attuazione del piano d'azione. Nel 2002, l'Ufficio ha istituito il sistema informativo europeo su alcol e salute, che ora fa parte integrante del sistema informativo globale. Il database comprende una serie di indicatori specifici per l'Europa, e dal 2008 è stato sviluppato in collaborazione con la Commissione europea. L'informazione raccolta è, quindi, utilizzata per controllare sia la strategia sull'alcol dell'Unione europea che il Piano d'azione europeo per ridurre l'uso nocivo di alcol 2012-2020.

Il Rapporto appena pubblicato riguarda gli Stati membri dell'UE, la Croazia (entrata a far parte dell'Unione europea il 1° luglio 2013), l'Islanda, il Montenegro, la Serbia, l'ex Repubblica jugoslava di Macedonia e la Turchia (paesi candidati), la Norvegia e la Svizzera.

Il rapporto è suddiviso in tre parti. La prima copre i consumi e danni. La seconda parte riguarda le politiche di risposta nei 10 settori di azione del piano d'azione europeo. La terza parte presenta in modo innovativo le principali fasi e azioni nello sviluppo delle politiche attive intraprese per ridurre i danni alcol-correlati per paese e per anno (2006-2012). Prossimamente sarà attivato un database online che fornirà informazioni aggiornate con scadenze regolari.

World Tobacco Day

L'eliminazione della pubblicità, della promozione e della sponsorizzazione dei prodotti del tabacco è stato il tema dell'edizione 2013 del World No Tobacco Day. Questo tema rientra tra gli obiettivi definiti nella Convenzione Quadro per il controllo del tabacco (Who Framework Convention for Tobacco Control, Who Fctc) e in particolare coincide con l'implementazione dell'articolo 13 che impone a tutti gli Stati membri firmatari la piena abolizione entro 5 anni dalla loro adesione alla Convenzione. È ormai provato, infatti, che abolendo qualsiasi forma di pubblicitaria dei prodotti del tabacco si contiene sia l'iniziazione al fumo sia il mantenimento dell'abitudine. Il raggiungimento di questo obiettivo si declina

su 4 fronti, contrastando: i messaggi illusori e fuorvianti delle campagne promosse dall'industria del tabacco, l'esposizione dei giovani ai prodotti del tabacco, la mancanza di autodisciplina/autoregolazione da parte dell'industria del tabacco, l'inefficacia delle abolizioni parziali. Nonostante ciò, il *Who Report on the global tobacco epidemic, 2011* documenta che solo il 6% della popolazione mondiale è effettivamente protetto da questa fonte di influenza. Tutto ciò mette in evidenza come il problema del fumo si stia sempre più spostando da una questione di comportamenti individuali più o meno consapevoli a un determinante di salute della popolazione, da affrontare con politiche sanitarie coordinate.

Programma Ccm 2013

Approvato il programma annuale di attività per il 2013 del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie. Così come previsto dal DM 1 marzo 2013 anche quest'anno il programma sarà prioritariamente dedicato al sostegno del Piano nazionale della prevenzione e del programma Guadagnare Salute, nonché al supporto di progetti strategici di interesse nazionale.

Della disponibilità economica per il 2013, pari a 19.001.665 euro, salvo accantonamenti, circa i due terzi sono stati ripartiti a favore delle linee progettuali (implementazione di Pnp e Guadagnare Salute e di progetti strategici di interesse nazionale) e un terzo circa per lo svolgimento delle azioni centrali (funzionamento, attività e personale). Al fine di sostenere le Regioni nell'attuazione del Pnp si è ritenuto opportuno riconfermare per l'anno 2013 la struttura dei programmi dei due precedenti anni, essenzialmente mutuata sulla struttura del piano stesso, individuando, oltre alla sorveglianza epidemiologica innovativa, quali aree di intervento la prevenzione universale, la medicina predittiva, la prevenzione nella popolazione a rischio, la prevenzione delle complicanze e recidive di malattia. All'ambito dei progetti strategici di interesse nazionale afferiscono, progetti trasversali e di sistema di supporto alle Regioni, coerenti con la

missione del Ccm ma non direttamente riferibili al Pnp o a Guadagnare salute. Il programma Ccm 2013 ribadisce l'iter procedurale adottato negli ultimi anni. Al fine di rendere gli interventi promossi sempre più vicini alle esigenze

del territorio, anche quest'anno gli accordi di collaborazione necessari alla realizzazione dei progetti saranno direttamente stipulati tra il ministero della Salute e le singole Regioni e Province Autonome, Iss, Inail ed Agenas.

8th World Alliance for Risk Factor Surveillance Global Conference (WARFS 2013)

L'8° Conferenza Globale dell'Alleanza Mondiale per la Sorveglianza dei Fattori di Rischio (WARFS 2013) si terrà dal 29 ottobre al 1 novembre 2013 a Pechino, Cina. Questa conferenza segue una serie di conferenze molto interessanti a cominciare da USA (Atlanta), 1999; Finlandia (Tuusula), 2001; Australia (Noosa), 2003; Uruguay (Montevideo), 2005; Italia (Roma), 2007; Italia (Venezia) 2009, e Canada (Toronto), 2011. WARFS 2013 è co-ospitato dal Centro cinese per il controllo e la prevenzione delle malattie e la cinese Preventive Medicine Association.

WARFS è il gruppo di lavoro globale sulla sorveglianza dei fattori di rischio della Unione Internazionale per la Promozione della Salute e l'Educazione alla salute (IUHPE). Supporta lo sviluppo di azioni di sorveglianza dei fattori di rischio (BRFS) come strumento per la evidence-based Public Health, riconoscendo l'importanza di questa fonte di informazione per informare, monitorare e valutare la prevenzione delle malattie e la promozione della salute. WARFS mira a (1) integrare la sorveglianza come strumento principale del lavoro corrente di promozione della salute, (2) mettere a punto la definizione e la struttura concettuale di BRFS che possono essere condivisi e discussi a livello globale, (3) servire come riferimento per ricercatori, professionisti BRFS, ed i paesi che si stanno sviluppando BRFS, e (4) condividere risultati ed esperienze con la comunità IUHPE per facilitare la discussione per quanto riguarda il

ruolo di BRFS. La IUHPE è una organizzazione non-profit globale la cui missione è di promuovere la salute globale e contribuire al raggiungimento di equità nella salute tra e all'interno dei paesi del mondo. WARFS 2013 continuerà a perseguire gli obiettivi di cui sopra concentrandosi su "sfide nello sviluppo di Behaviour Risk Factors Surveillance globale per il monitoraggio malattie non trasmissibili e i determinanti sociali della salute".

Società Italiana per la Promozione della salute

La SIPS conta ad oggi 264 soci presenti in 18 regioni italiane. Le regioni Liguria e Toscana hanno eletto i loro organi regionali e contano ad oggi il maggior numero di iscritti. Varie altre regioni hanno superato il numero minimo statutario per procedere alla convocazione delle assemblee regionali. In altre regioni sono iniziate le campagne di iscrizione. Dalla data della fondazione siamo cresciuti in media di 15,5 iscritti al mese. Nei prossimi mesi i gruppi SIPS del Lazio e del Molise terranno le loro prime Conferenze regionali.

(rif. Newsletter SIPS n. 14 giugno anno II, www.sipsalute.it).

Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Nei giorni 30-31 maggio 2013 si è svolto il Convegno Nazionale SItI "CASTELBRANDO 6": PROMUOVERE LA SALUTE PER CONCORRERE AL SUPERAMENTO DELLA CRISI. Sono intervenuti 400 partecipanti che hanno lavorato 2 giorni sul programma messo a punto dai due presidenti, **Vittorio Carreri** (Coordinatore Onorario del Collegio Operatori) e **Sandro Cinquetti** (Coordinatore del Collegio degli Operatori). Al termine i partecipanti hanno condiviso una mozione finale che sot-

tolinea come si debbano eliminare gli sprechi, aggiornare i LEA, garantire l'assistenza ai soggetti più fragili, qualificare la spesa sanitaria e immettere la tutela della salute nella programmazione dei vari comparti nonché in tutte le attività principali che possono concorrere all'uscita dalla crisi e finalmente al rilancio occupazionale, sociale ed economico dell'Italia. Gli atti del Convegno saranno pubblicati su una rivista igienistica nazionale accreditata.

Rete Italiana Culture DELLA Salute (Rics) CIPES/AIES - I Conferenza Nazionale

Giovedì 13 e venerdì 14 giugno 2013 si è svolta la I Conferenza Nazionale di Educazione e Promozione della Salute della RICS presso l'aula Celli del Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, vale a dire l'aula storica del "vecchio" Istituto di Igiene, uno dei templi della sanità pubblica universitaria italiana. È stata la prima uscita della nuova associazione di promozione sociale che vuole rispondere alle numerose istanze che la sanità pubblica genera nelle moderne visioni di sviluppo della società, proseguendo la tradizione della Scuola di Igiene di Perugia nel cui alveo, sotto la guida di Alessandro Seppilli, sono nate e si sono sviluppate CIPES e AIES.

Volevamo essere accoglienti e coinvolgenti e la Conferenza è stata partecipata ed emozionata, ma la valutazione dell'evento avverrà nel tempo e sarà positiva se la sua traccia sarà persistente nelle persone che abbiamo incontrato. Sono state presenti 87 persone durante la prima giornata e 75 nella seconda. La rete è arrivata a contare 52 soci, 5 dei quali collettivi (AIES Sicilia, CIPES Piemonte, AIES Ortonovo, SISM, DOORS).

La prima sessione della Conferenza ha ospitato nel pomeriggio della prima giornata, una riflessione sui temi della promozione della salute dando voce alle esperienze che si realizzano tra i soci di riferimento della Rete è stata ricca di riflessioni importanti; le moderazioni delle tre tematiche in programma (i "Temi", le "Esperienze" e i "Luoghi" della Promozio-

ne della salute) sono state interpretate da Maria Antonia Modolo, Sante Bajardi e Lamberto Briziarelli in modo esemplare; i moderatori, con la loro grande esperienza, hanno saputo guidare i primi passi della nuova associazione.

La sera della prima serata la Conferenza, volendosi porre come punto d'incontro con altri soggetti, ha voluto offrire con la collaborazione di Agiscuola, la proiezione del film "Cesare deve morire" dei fratelli Taviani, in quanto costituente il punto terminale del percorso multidimensionale di "Salute e Carcere" che ha preceduto l'evento. Luciana Della Fornace, Presidente di Agiscuola, ha introdotto la proiezione e Grazia Volpi, produttrice del film, ha partecipato alla discussione che è stata un momento di arricchimento per i partecipanti.

La seconda giornata si è aperta affrontando il nodo cruciale degli stili di vita su alimentazione e sedentarietà, facendo incontrare nutrizionisti e igienisti sul terreno comune della salute pubblica. La collaborazione con la SINU ha dato ricchezza e qualità alla sessione e la scelta di affrontare contemporaneamente i temi della nutrizione e quelli dell'attività motoria ha raccolto unanime consenso.

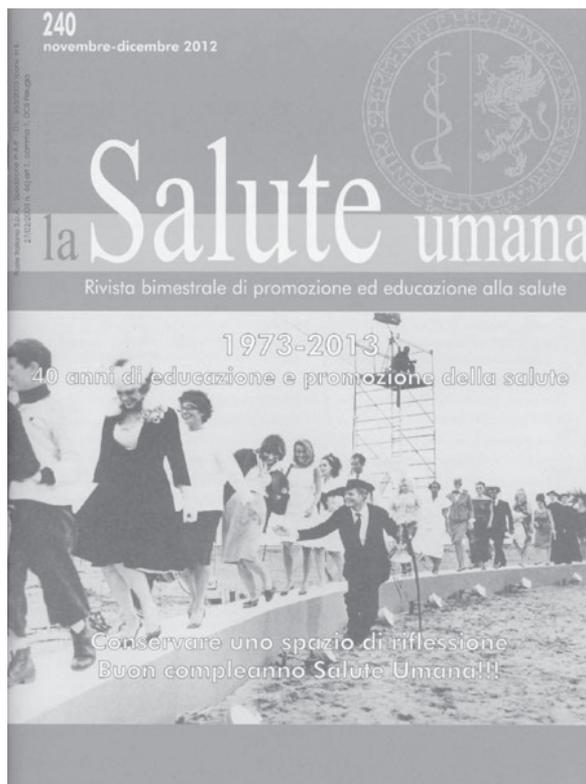
E' stata molto interessante la presentazione dei libri

"101 motivi per smettere di fumare" e "Come smettere di fumare con la sigaretta elettronica" che ha coinvolto fortemente il pubblico sul tema del controllo del tabagismo.

A seguire si è tenuta la tavola rotonda centrata sui racconti di SIMM (Medicina della Migrazione), RIISG (Insegnamento Salute globale) e SISM (Segretariato Italiano Studenti in Medicina), che hanno narrato le storie della nuova sanità pubblica, discutendo sui temi cari alla salute globale: i determinanti sociali di salute, la cooperazione allo sviluppo, la salute dei migranti.

E alla fine la parola è tornata agli attori dell'associazione per scambiare conoscenze e aspirazioni nella sessione finale di comunicazioni/poster. 10 comunicazioni orali e 14 poster è stato il contributo dato dai soci e fino all'ultima comunicazione il clima è stato straordinariamente positivo.

Giancarlo Pocetta, Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria, Università degli studi di Perugia

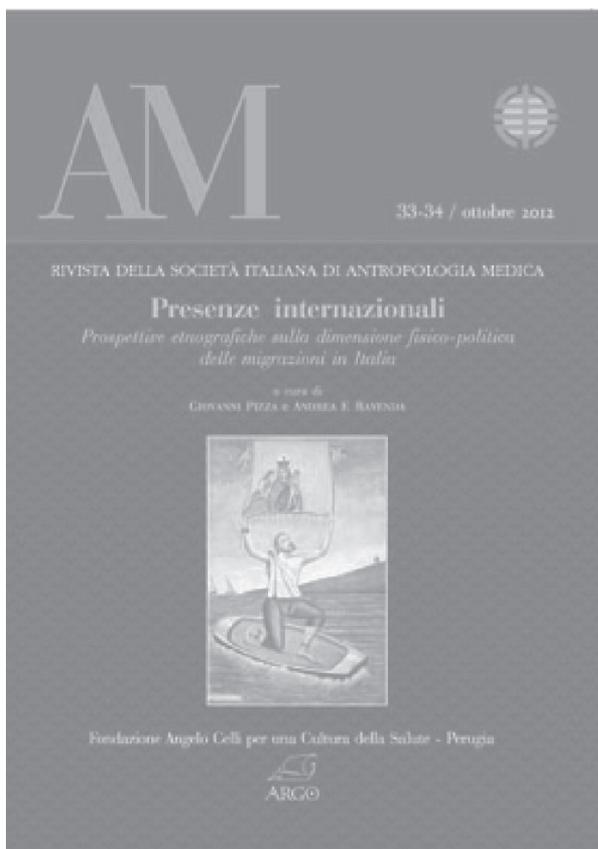


la Salute umana

Testata bimestrale del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria
Università degli studi di Perugia
Direttore Maria Antonia Modolo

Edita dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

Per informazioni e abbonamenti:
Centro sperimentale per l'educazione sanitaria
via del Giochetto, 6 , 06126 Perugia - tf. 075.5857355-57
e-mail: abbriv@unipg.it / redriv@unipg.it



AM

Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica

Testata semestrale della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

Realizzata con la collaborazione della Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli Studi di Perugia

Direttore Tullio Seppilli

Per informazioni: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute
Strada Ponte d'Oddi, 9 (ex Monastero Santa Caterina vecchia), 06125 Perugia
Tel. 075 41.508 - Fax 075 584.0812

OSSERVATORIO PERMANENTE SUI GIOVANI E L'ALCOOL®



L'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool nasce nel marzo 1991 con l'intento di raccogliere e mettere a disposizione della comunità scientifica e della collettività nazionale informazioni e scientificamente attendibili sulle modalità di consumo di bevande alcoliche e sulle relative problematiche nella popolazione giovanile italiana.

In questi anni la missione dell'Osservatorio è stata quella di promuovere ricerche, in un'ottica di integrazione interdisciplinare finalizzata ad ottenere una visione globale del fenomeno. A partire da un approccio bio-psico-sociale delle problematiche alcool correlate, l'Osservatorio ha voluto integrare ed allargare la dimensione "sanitaria" del problema approfondendo gli aspetti psicosociali ed antropologico-culturali dei comportamenti individuali e collettivi, compresi gli aspetti economici e quelli politico-legislativi.

Ispirandosi ai principi dell'"alcologia sociale" che, specie a livello europeo, trova sempre più consensi, l'Osservatorio ha esercitato un ruolo primario nell'identificare strategie di prevenzione dell'eccedenza efficaci e consapevoli delle differenze culturali e comportamentali.

La crescente attenzione per le problematiche alcool correlate ha posto l'esigenza di strutturare maggiormente l'Osservatorio dal punto di vista organizzativo, ampliando il numero dei suoi partner.

I mutamenti delle realtà giovanili e la crescente globalizzazione hanno inoltre reso necessario un allargamento delle tematiche ai comportamenti alimentari e agli stili di vita dei giovani ed un rafforzamento del network europeo, per garantire la realizzazione di ricerche comparate e l'elaborazione di strategie di prevenzione adattabili in diversi paesi.

In questa ottica una sempre maggiore enfasi verrà posta sulla promozione di collaborazioni internazionali che permetteranno il confronto e lo scambio di esperienze e la collaborazione reciproca fra strutture ed esperti ai massimi livelli.

Obiettivi

Nel fornire aggiornate informazioni sul comportamento connesso al bere della popolazione l'Osservatorio vuole essere:

- Uno strumento per operatori e policy makers del settore
- Un'affidabile fonte di interpretazione sul consumo d'alcool e politiche sociali
- Un'agenzia permanente di valutazione e monitoraggio dei fenomeni delle misure preventive

Il complesso di queste attività è finalizzato alla promozione di un consumo d'alcool responsabile. In quanto laboratorio di riflessione sulle fenomenologie di consumo legate all'alcool, l'Osservatorio si pone in particolare i seguenti obiettivi:

- Fornire in modo permanente dati ed informazioni aggiornate sui comportamenti degli italiani nei confronti del bere
- Promuovere fra le varie fasce e categorie della popolazione italiana un comportamento responsabile nei confronti dell'alcool
- Contribuire a prevenire i consumi smodati, gli eccessi e l'insieme dei comportamenti a rischio legati all'assunzione di alcool
- Contribuire a sviluppare e definire politiche alcol correlate più efficaci, attraverso una maggiore attenzione alle caratteristiche regionali delle comunità locali di auto regolarsi

Presidente onorario: Umberto VERONESI

Presidente: Giancarlo TRENTINI

Vice-Presidenti: Michele CONTEL, Amedeo COTTINO

Presidente del laboratorio scientifico: Enrico TEMPESTA



Finito di stampare nel mese di giugno 2013

Norme editoriali

La rivista pubblica

- 1) Editoriali
- 2) Contributi originali: a) articoli originali; b) rapporti di esperienze; c) atti di convegni
- 3) Recensioni e schede
- 4) Documenti
- 5) Notiziario

Editoriali, recensioni, schede, documenti e notiziario vengono curati o richiesti dal Comitato di Redazione.

L'accettazione dei contributi originali è subordinata al giudizio del Comitato di Redazione e del Comitato Scientifico.

I contributi, anche dei lavori non pubblicati, non verranno restituiti. Gli articoli impegnano esclusivamente la responsabilità dell'Autore.

E' riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella rivista e ne è vietata la riproduzione anche parziale, senza citarne la fonte.

I rapporti di esperienze debbono seguire il seguente schema: obiettivi, metodi e strumenti, risultati.

Gli Articoli dovranno pervenire alla Redazione su supporto cartaceo e magnetico o per e-mail, utilizzando un formato di tipo diffuso (ambiente windows).

Debbono avere nella prima pagina il nome e cognome degli Autori, il titolo, le parole chiave in italiano e in inglese, il riassunto in 20 righe in italiano e inglese (articolato in obiettivi, metodologia, risultati), e l'indicazione dell'Istituto o Ente o Organizzazione in cui gli Autori operano.

La Bibliografia sarà redatta secondo il Vancouver Style.

Su foglio a parte andrà specificato il nominativo con relativo indirizzo dell'Autore di riferimento.

Table e figure e grafici non devono di norma eccedere il numero di 5. Ogni tabella/grafico/figura dovrà essere redatta su foglio separato, numerata consecutivamente secondo l'ordine di citazione del testo e corredata da titolo e/o didascalia.

Documenti e comunicazioni devono essere inviati a:

Redazione di "Sistema Salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute"
c/o Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria, Università degli Studi di Perugia
via del Giochetto, 6 / 06126 Perugia
tel 075.5857357-56-55 - fax 075.5857361
e-mail: redriv@unipg.it - paola.beatini@unipg.it