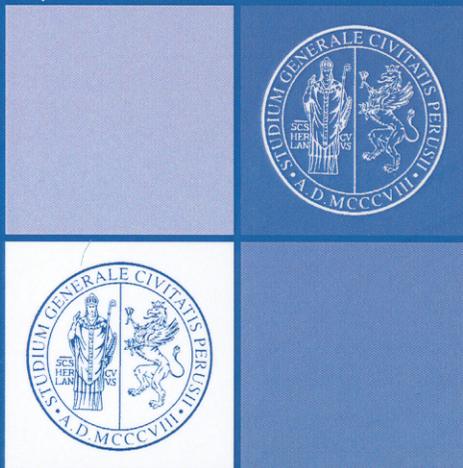


SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

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

ISSN 2280-0166 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1, comma 1, DCB Perugia



Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute
Editore

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. 4, ottobre-dicembre 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: paola.beatini@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 / Fabrizio Fornari, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara / 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 Bitti, 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 / Edvige Mancinelli, 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) / Rossana Pasquini, Università di Perugia / Enrico Petrangeli, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Giancarlo Pochetta, Università di Perugia / Carlo Romagnoli, ASL n. 2 dell'Umbria / Tiziano Scarponi, Società italiana di medicina generale (sezione Umbria) / Francesco Scotti, Gruppo tecnico interregionale per la salute mentale, Regione Umbria.

- 377 *In questo numero*
- Editoriale* 379 Promozione della salute dalla teoria alla pratica, una difficile avanzata
Lamberto Briziarelli
- Articoli* 383 Indagine sullo stato di salute degli studenti dell'Università di Perugia: i consumi di tabacco, alcol e energy drink
Silvano Monarca, Luca Dominici, Manola Peverini, Milena Villarini
- 408 Adolescenza e salute percepita. Dati dello studio HBSC a Torino
Silvio Geninatti, Alessandro Tricomi, Alessandra D'Alfonso
- 421 Implementazione e valutazione di un progetto per la prevenzione degli incidenti domestici in bambini dai 3 ai 6 anni
Fabio Previtali, Sonia Visioli, Lucia Zannini
- 433 Salute e invecchiamento attivo in Italia e nel Lazio secondo il sistema di sorveglianza "Passi d'Argento"
Lilia Biscaglia, Benedetta Contoli, Alberto Perra, Maria Alessandra Brandimarte, Silvia Iacovacci, Maria Chiara Antoniotti, Amedeo Baldi, Elvira Bianco, Giuliano Carrozzì, Luciana Chiti, Marco Cristofori, Amalia De Luca, Teresa Di Fiandra, Luana Penna, Rita Ferrelli, Stefania Salmaso e i coordinatori locali della Regione Lazio

	440	Attività motoria nella prevenzione primaria, secondaria e terziaria del disagio giovanile Claudia Frangella, Serena Fabri, Sergio Fazioli, Vincenzo Romano Spica
<i>Recensioni</i>	451	
<i>Schede</i>	453	
<i>Documenti</i>	456	Tabacco: Nota informativa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (aggiornata al maggio 2013), Ministero della Salute / S.It.I. Documento finale del XLIII Corso della Scuola Superiore di Epidemiologia e Medicina Preventiva "Giuseppe D'Alessandro": <i>Chi ha e chi non ha: le disuguaglianze di salute evitabili e le azioni di contrasto</i> , Erice, 10-14 aprile 2013, Gruppo di lavoro 'Diseguaglianze nella Salute', Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (S.It.I.) / Congresso S.It.I. Sezione Emilia Romagna 2013, "Alimentazione, salute, ambiente ed equità sociale" / Bruxelles, 23 ottobre 2013, Comunicato stampa, Pratiche per la salute nei luoghi di lavoro rivolte ai lavoratori con malattie croniche, Conferenza europea sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro, Dichiarazione di Bruxelles
<i>Notiziario</i>	469	Girona 2013, Resoconto del 22° Summer Course ETC / Conferenza EUPHA. Health Service Research: la dimensione internazionale nella ricerca comparativa sui servizi sanitari, Utrecht, Paesi Bassi, 15-16 maggio 2014 / Workplace health practices for employees with chronic illness - 22-23 ottobre 2013 / Pubblicato in Gazzetta il Piano d'azione italiano sulla disabilità / Progetto di lettura ad alta voce: una buona pratica della ASL Milano

IN QUESTO NUMERO

A conclusione dell'annata, presentiamo, *in questo numero*, una serie di articoli inviati dai nostri collaboratori e lettori, professionisti nelle Università e nei Servizi Sanitari: lavori di ricerca e analisi con diversi gruppi di popolazione orientati da un'ottica di prevenzione, educazione e promozione su specifici stili di vita e comportamenti a rischio. Al tema dei consumi di tabacco e alcol è dedicata l'indagine epidemiologica descritta nell'articolo di *Silvano Monarca et al*, uno studio trasversale che ha rilevato l'uso di sostanze tra gli studenti dell'Università degli Studi di Perugia.

Si evidenzia come il problema fumo e alcol sia presente e importante anche in questa specifica fascia di età. Sono proposte iniziative preventive partecipate che usino gli strumenti di comunicazione maggiormente utilizzate dai giovani.

Geninatti et al riferiscono dallo studio internazionale *Health Behaviour School-aged Chi-*

ldren (HBSC) i dati relativi alla salute percepita dei ragazzi di Torino. Anche se l'epidemiologia classica afferma che l'adolescenza è un periodo di buona salute, l'analisi presentata evidenzia come esista un'elevata percentuale di soggetti che dichiarano disturbi psicologici e somatici quotidiani, fornendo un quadro dettagliato delle dimensioni che caratterizzano il malessere

Sono prospettate ipotesi per la lettura di questa condizione, anche in riferimento ad alcuni stili di vita (alimentari, uso di tv e video), abilità sociali, capacità relazionali. Scopo della ricerca riportata da *Previtali et al* è quello di valutare gli esiti di un intervento di prevenzione degli incidenti domestici con i bambini della scuola materna di Novara e provincia, in termini di aumento delle conoscenze e di sviluppo di comportamenti di attenzione ai rischi.

Per la valutazione, in linea con le indicazioni della letteratura sulla ricerca con i bam-

bini, è stato utilizzato il disegno. L'intervento ha previsto anche una valutazione di gradimento del progetto da parte dei partecipanti.

L'articolo di *Biscaglia et al* riporta alcuni risultati riferiti alla Regione Lazio provenienti dal sistema di sorveglianza Passi d'Argento.

Passi d'Argento, ricordiamo, oltre a garantire un quadro importante sulle condizioni di salute della popolazione over 65, fornisce informazioni confrontabili nel tempo e tra diverse regioni sull'evoluzione dei determinanti di salute e di invecchiamento attivo. Lo studio propone indicazioni utili per la realizzazione di interventi e per l'of-

ferta di servizi socio-sanitari per questa fascia di popolazione.

Al tema della prevenzione del disagio giovanile attraverso le attività motorie preventive e adattate (AMPA), è dedicato il contributo di *Claudia Frangella et al*.

Gli Autori presentano lo stato dell'arte e una selezione degli studi di letteratura sull'argomento e descrivono la sperimentazione di un progetto integrato (attività motoria - intervento psicologico e socio-assistenziale) portato a termine in una casa famiglia di Roma. I risultati ottenuti evidenziano l'applicabilità e la fattibilità di tale approccio.

Editoriale

Promozione della salute dalla teoria alla pratica, una difficile avanzata

Health promotion from theory to practice, a difficult advanced

Lamberto Briziarelli
Redattore capo della Rivista

E' prassi diffusa, al termine di ogni anno, compiere un bilancio, più o meno completo, relativamente a quanto avvenuto in quell'intervallo di tempo. Mi sembra importante anche per noi, cultori della promozione della salute e dell'educazione sanitaria/alla salute, fare una riflessione su ciò che sta accadendo nel settore della sanità e della salute, rispetto ai discorsi che andiamo facendo, dopo la ridenominazione della nostra rivista.

Con l'ultimo numero del 2012 avevamo iniziato un percorso ambizioso di allargamento dell'ambito di competenze disciplinari e professionali nel nostro lavoro, promuovendo un processo di riflessione, di riformulazione/ri-visitazione attorno all'educazione sanitaria nel quadro di una nuova/ripensata promozione della salute. E nei primi tre numeri del 2013 abbiamo presentato una numerosa serie di contributi che hanno affrontato una grande quantità di temi, in risposta alle nuove minacce, agli ostacoli che nei profondi processi di trasformazione globale della/delle società

si frappongono al raggiungimento degli ambiziosi obiettivi che erano stati posti nell'ultima parte del secolo scorso. In particolare nel nostro Paese.

E così abbiamo affrontato una serie di tematiche innovative, lanciato numerose sfide, oltre il terreno nostro abituale della sanità, raccogliendo gli stimoli più avanzati provenienti dal mondo della ricerca e dalle raccomandazioni degli organismi internazionali, in primis l'OMS e l'Unione Europea. Si è parlato di salute e diritti, di eticità sul come misurare correttamente le disuguaglianze in salute ed in sanità, che si approfondano anziché ridursi, del legame inscindibile tra salute e benessere e quindi delle tre parole d'ordine per garantire entrambi, nel quadro dei determinanti sociali: sostenibilità, benessere, investimenti sociali; obiettivi categorici per una società che voglia garantire a tutti i cittadini la salute in egual misura. A tal fine abbiamo anche cercato di ri-tracciare un cammino virtuoso per il servizio sanitario nazionale e

fornire ulteriori indicazioni per la realizzazione di politiche per la salute, ai vari livelli della società. Nel quadro di una rinnovata visione della partecipazione dei cittadini e di una maggiore responsabilizzazione di tutti i soggetti, in un quadro comunitario, oltre la deriva qualunquista e populista dell'individualismo predicato a più voci.

In questo nostro tentativo di nuovo concerto hanno partecipato competenze di svariati settori del mondo della ricerca e delle professioni, costruendo un coro di voci univoco, concorde nell'indicare gli obiettivi e le strade per raggiungerli, sottoponendo anche a vive ma costruttive critiche teorie e concetti già consolidati, prospettando nuovi paradigmi teorici e pratici.

Accanto alla teoria ed agli stimoli culturali abbiamo anche voluto proporre una discreta quantità di esperienze di terreno, in vari campi dell'azione sanitaria e sociale, in diversi contesti, verso particolari gruppi di popolazione, per offrire un quadro ed avere anche il polso del cammino che si sta facendo e della pratica applicazione delle teorie.

Dal nostro punto di osservazione, da ciò che abbiamo letto e sentito, a prescindere dai contenuti della nostra rivista, ci sembra di poter dire che il gap tra affermazioni teoriche, ancorché scientificamente validate (e come tali riconosciute) e la pratica applicazione, nell'intero nostro Paese e nel resto del mondo, sia ancora molto ampio, se non addirittura aumentato. La promozione della salute mostra, come dicevo sopra, un avanzare lento, insufficiente rispetto agli stessi bisogni della società. Come dice l'OMS (Health 2020, A European policy framework and strategy for the 21st century) "la salute contribuisce ad aumentare la produttività, ad una più efficiente forza lavoro, ad un invecchiamento più sano, a minori spese durante la

malattia, oltre che ad altri benefici sociali". Un'affermazione senza dubbio veritiera, ancorché molto sensibile verso la deriva economicista che domina l'attuale mondo. Ma che dovrebbe far riflettere appunto gli stessi economisti e i decisori ad ogni livello, che ne seguono le indicazioni.

Ma vorrei verificare la mia affermazione anche sotto un altro profilo, quello delle disuguaglianze e delle profonde disparità sociali, delle distanze che allontanano sempre più i pochi benestanti dai moltissimi svantaggiati, in via di crescente impoverimento.

Abbiamo dedicato spazio a due particolari categorie della popolazione, i giovani e gli anziani (trascurando altri soggetti come gli handicappati, gli immigrati, i marginali), scegliendo consapevolmente due gruppi di soggetti considerati normali, non a rischio come invece oggettivamente sono; verso i quali l'attenzione della società è assai scarsa, per molte e differenti ragioni. E ci si accontenta, soddisfatti della misura media dei dati epidemiologici correnti, delle comparazioni statistiche complessive, che mostrano un paese ai primi posti della graduatoria dei servizi sanitari. Come fossimo oggettivamente tutti eguali.

Ma non si scava nelle diverse nicchie ecologiche e sociali, nelle differenze tra classi, età, generi, nelle famiglie, nei gruppi etnici.

E' questo il messaggio che riteniamo di dover dare dal nostro punto di osservazione, agli operatori sanitari e sociali ai decisori, politici, amministratori, dirigenti ad ogni livello della società, in ogni luogo dell'articolato mondo che abbiamo costruito.

E' necessario porre maggiore attenzione alle teorie, recuperando i modelli necessari di intervento e impostandone di nuovi rispetto al mutamento dei tempi. Ed operando in tal senso.

Richiamando, come auspicio per il lavoro dell'anno che sta per iniziare, una frase molto significativa di Ilona Kickbusch, relativa all'adozione di una nuova categoria di determinanti della salute, quelli "politici, capaci di combattere la distribuzione disuguale del potere, dei soldi, delle risorse".

Solo così probabilmente riusciremo a concretizzare realmente la da tanto auspicata "politica per la salute".

In concreto si tratta di far luogo ad un cambiamento di rotta, mediante un'applicazione delle teorie e degli indirizzi sinora proposti rispetto al concetto di "*salute in tutte le politiche*", affiancando al lavoro della struttura sanitaria quello degli altri comparti della società.

Il primo atto è quello di emanare, in luogo del piano sanitario nazionale un "*Piano globale per la salute*", nel quale ogni settore di intervento definisca nei propri obiettivi il contributo alla salvaguardia, promozione, tutela del bene comune primario. Solo in tal modo si potrà inverare il concetto di integrazione ed intersectorialità, tutti assieme per un fine comunemente definito.

Mentre la sanità, accanto ai suoi compiti tradizionali, sostanzialmente bene assolti nella maggior parte del Paese, della cura e riabilitazione, sviluppa proficuamente il piano di prevenzione, mediante l'obiettivo "guadagnare in salute", operando anche nell'opera di coinvolgimento della popolazione, attraverso la lotta contro di principali fattori di rischio (alimentazione, fumo, attività fisica, obesità, ecc.) gli altri comparti sviluppano contestualmente quelli che abbiamo indicato prima come "determinanti politici e sociali": lotta alle disuguaglianze, welfare state, redditi, lavoro, sicurezza, diritti civili, integrazione, ambiente fisico e sociale...

Gli strumenti operativi sono stati già indi-

cati in più regioni nei *Piani integrati di zona*, nei quali organi locali di governo e distretti sanitari articolano gli obiettivi del piano nazionale coordinando tutti i soggetti attivi della società, le forze sociali complessivamente considerate, imprenditorialità, sindacati, volontariato, rappresentanze della popolazione...

L'elaborazione di *Patti per la salute* a livello di centri di salute, di municipi, circoscrizioni cittadine consentiranno di affrontare tutte le problematiche locali nella loro concreta realtà, per problemi, per gruppi di popolazione, per ambienti, per attività, ecc.

Non si tratta di inventare nuovi organismi o nuovi soggetti istituzionali, nuove architetture ingegneristiche ma solo di portare a sintesi quanto già si fa e dare vita ad una concreta riorganizzazione del lavoro ed un preciso coordinamento, una collaborazione affiancata da un'opera attenta di monitoraggio delle varie attività e valutazione dei risultati.

Questo processo virtuoso di gestione coordinata delle varie attività a livello locale attorno alla salute della popolazione può trovare migliore estrinsecazione realizzando progressivamente una felice intuizione ministeriale di qualche anno fa, la *Casa della salute*. Anche questa nuova struttura, secondo gli esempi già messi in opera in qualche regione, non richiede nulla di particolarmente nuovo ma si realizza con il riutilizzo di edifici esistenti ed un lavoro di risistemazione/ricollocazione di attività già in essere, debitamente coordinate e gestite.

Tutto questo lavoro, senza dubbio fattibile, ha effettivamente un punto di debolezza, che richiede un impegno particolare: la ripresa di un'intensa attività promozionale, educativa, informativa nei confronti della popolazione. Essa è sempre più lontana dalle istituzioni, profondamente sfiduciata, convinta di

dover risolvere i problemi individualmente, nel proprio microcosmo domestico. Essendo oggettivamente e progressivamente sbiadito il concetto di solidarietà e ridotta la sua concreta applicazione.

Accanto a questo primo obiettivo, si dovrà inoltre riattivare un importante processo di responsabilizzazione dei singoli in quanto cittadini di uno stato, membri di una comuni-

tà, non un semplice aggregato di individui sconosciuti gli uni agli altri, senza volto. Garantendo ad essi l'esercizio dei diritti (accanto alla loro enunciazione di principio) ed ottenendo in tal modo l'accettazione dei doveri, che dovranno quindi essere assunti come contributi volontari alla salvaguardia dei beni comuni.

Articoli

Indagine sullo stato di salute degli studenti dell'Università di Perugia: i consumi di tabacco, alcol e energy drink

Investigation on health of the students of Perugia University: consumption of tobacco, alcohol and energy drinks

Silvano Monarca, Luca Dominici, Manola Peverini, Milena Villarini

Silvano Monarca, Luca Dominici, Manola Peverini, Milena Villarini
Dipartimento di Scienze Farmaceutiche, Università degli Studi di Perugia

Parole chiave: indagine epidemiologica, consumi di alcol, consumi di tabacco, consumi di energy drink, studenti universitari

RIASSUNTO

Obiettivi: gli studenti universitari, a causa della tensione nervosa e/o dello stress conseguenti l'impegno per il raggiungimento degli obiettivi accademici, sono considerati ad alto rischio per i consumi di alcol, tabacco e di energy drink. Nonostante ciò gli studi dedicati a tale problematica sono numericamente molto ridotti.

Lo scopo della presente ricerca è stato quello di rilevare i consumi di sostanze psicotrope legali (tabacco, alcol e energy drink) e di analizzare gli atteggiamenti e le conoscenze nei confronti di queste sostanze di oltre 300 studenti universitari ospiti delle residenze universitarie dell'ADISU (Agenzia per il Diritto allo Studio Universitario per l'Umbria) di Perugia.

Metodologia: a tale scopo è stato condotto uno studio trasversale e lo strumento utilizzato è stato un questionario anonimo auto-compilato.

Risultati: l'abitudine al fumo si è rivelata molto diffusa (maschi: 29,5% con un consumo medio di circa 11 sigarette/die; femmine: 21,4% con circa 8 sigarette/die) ed è risultata associata sia con le abitudini familiari che, in maniera ancora più evidente, con le abitudini degli amici. Le conoscenze dei danni tabacco-correlati sono risultate buone anche se solo un terzo circa degli studenti ha riferito correttamente la stima del numero di morti tabacco-correlate in Italia mostrando una preoccupante sottostima degli effetti negativi del tabagismo. Le principali fonti di informazione sui danni tabacco-correlati sono risultate essere i genitori (64,2%), mentre percentuali molto più basse di studenti hanno riportato nell'ordine: la scuola, i medici, i mass media e gli interventi mirati di educazione sanitaria.

Relativamente al consumo di alcolici è risultato che i soggetti astemi sono una minoranza (10% dei maschi e 17,2% delle femmine), poco frequente è risultato essere il consumo giornaliero (7,1% tra i maschi e 5,6% tra le femmine), mentre l'abuso episodico ma massiccio (binge drinking) ha visto coinvolti un maggior numero

di studenti (8,7% dei maschi e 9,1% delle femmine). Le conoscenze dei danni alcol-correlati sono risultate abbastanza diffuse circa gli effetti tossici più noti.

È infine risultato che gli energy drink sono consumati solo da una minoranza degli studenti.

Le principali associazioni tra i consumi in esame sono risultate quelle tra consumo di tabacco e consumo alcol e tra consumi di tabacco e alcol degli studenti e quelli dei loro genitori ed amici.

Key words: epidemiological investigation, alcohol consumption, tobacco consumption, energy drinks consumption, university students

SUMMARY

Objectives: university students face multiple stressors, especially academic overload and competition with peers, which can cause potential health risk behaviors such as smoking, alcohol drinking and energy drink use. To date very few studies have explored this field.

The aim of this study was to determine the prevalence of legal psychotropic substance use among over 300 college students of the University of Perugia (Italy) and to verify their attitudes and knowledge toward these substances.

Method: a descriptive cross-sectional study was conducted. Data were collected from university students on a voluntary basis using an anonymous self-administered questionnaire.

Results: the results showed a widespread use of tobacco: 29.5% daily smokers for males (11 cigarettes smoked per day) and 21.4% for females (8 cigarettes smoked per day) and these habits were closely related to peer and parental smoking. The level of the student knowledge concerning the health consequences of smoking was good, except for the even if only one third of students have reported correctly the number of tobacco-related deaths per year in Italy which was correctly reported only by one third of students. This result clearly shows that the interviewed students tend to underestimate the health risks of smoking. The principal source of information about health effects of smoking resulted to be their parents (64,2%), whereas lowest scores were reported for teachers, physicians, mass media and health education/promotion campaigns.

The results about alcohol consumption among enrolled university students showed that females were non-drinkers more frequently than males (17,2% of females and 10% of males). The prevalence of daily alcohol use was low (7,1% for males and 5,6% for females), whereas the most prevalent alcohol use was the heavy episodic drinking or binge drinking (8,7% for males and 9,1% for females). Among the interviewed university students there was an encouraging baseline level of knowledge regarding alcohol use and its toxic effects.

Finally, we found that energy drink consumption was not a popular practice among the university students. An expected relationship between use of tobacco and alcohol consumption was confirmed in this study, as well as their habits and the relationship between friend and parental use of tobacco and alcohol.

1. Introduzione

L'abuso di sostanze psicotrope legali, quali tabacco, alcol ed energy drink è un problema di grande importanza per la salute pubblica, a causa dei potenziali rischi per la salute che queste sostanze possono provocare e delle scarse conoscenze su di esse. In molti Paesi industrializzati gli studenti universitari sono considerati ad alto rischio a causa degli elevati consumi di alcol e tabacco; pur-

troppo i consumi di psicofarmaci e di energy drink non sono stati ancora sufficientemente studiati. Risulta quindi importante monitorare i consumi in questo gruppo di giovani e programmare interventi di educazione sanitaria perché di queste sostanze psicotrope legali venga fatto un uso razionale.

1.1. Consumi di tabacco e salute

Il consumo di tabacco rappresenta una delle

principali minacce per la salute dell'uomo, essendo non solo responsabile di circa 5 milioni di decessi ogni anno (1), ma essendo anche uno dei principali fattori di rischio per le malattie croniche, dai tumori alle patologie polmonari e cardiovascolari; inoltre si stima che 6.000 persone all'anno muoiano a causa del fumo passivo (2, 3). Globalmente il 14% di tutte le morti per malattie croniche tra adulti di oltre 30 anni è attribuibile al tabacco: in particolare è responsabile del 10% delle morti per malattie cardiovascolari, il 22% delle morti per tumori e del 36% delle morti per malattie respiratorie (4).

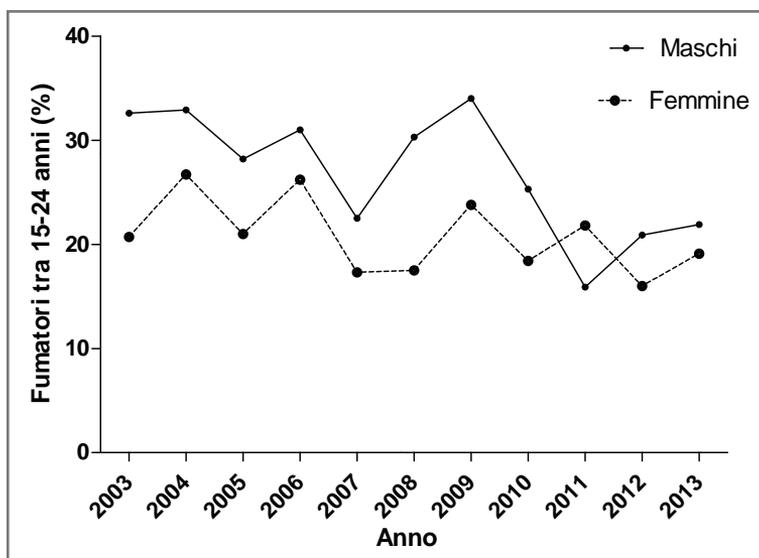
In Europa il fumo di tabacco è considerato il maggiore fattore di rischio evitabile, poiché causa più problemi sanitari rispetto all'ipertensione e all'abuso di alcol e di droghe con circa 700.000 morti tabacco-correlate. Secondo una recente stima, in Italia, dove l'abitudine fumatoria viene acquisita molto precocemente (circa il 90% inizia entro i 18 anni) le morti tabacco-correlate

superano 70.000 morti/all'anno. La valutazione della diffusione di questa abitudine è indispensabile per riuscire a definire politiche efficaci di salute pubblica volte sia a promuovere la cessazione che, soprattutto per i più giovani, a prevenire l'inizio e l'instaurarsi dell'abitudine.

In Italia l'indagine DOXA-ISS del 2013 (5) ha mostrato percentuali di fumatori tra i giovani di 15-24 anni del 21,9% tra i maschi e del 19,1% delle femmine, evidenziando una netta riduzione per i maschi (32,6%) e una pur minima diminuzione per i dati relativi alle femmine (20,7%), rispetto ad una analoga ricerca del 2003 (Fig. 1).

Se si esaminano i dati rilevati annualmente dal 2003 ai giorni nostri si osserva che l'ultima indagine del 2013 evidenzia che i giovani italiani iniziano a fumare in percentuali elevate prima dei 15 anni (16,7% nei maschi e 9,3% nelle femmine) e tra i 15 e i 17 anni (48% tra i maschi e 43,2% tra le femmine); questi dati raffrontati con quelli di dieci anni prima mo-

Fig. 1. Percentuali di fumatori di 15-24 anni in Italia (5)



strano un riduzione delle percentuali di fumatori precoci per i maschi (19,5% nel 2003) e per le femmine (12,3%), ma un aumento di quelle di giovani tra i 15-17 anni (43,2% per i maschi e 35,9% per le femmine).

La diffusione del tabagismo tra gli studenti universitari è uno dei principali problemi di sanità pubblica in numerosi Paesi (6-10). Vari fattori contribuiscono alla formazione di questa abitudine: per la maggior parte degli studenti il periodo universitario rappresenta il passaggio alla maturità e alla libertà di scelte di vita, compresa quella di fumare (11). La vita universitaria facilita la loro indipendenza e fornisce nuove opportunità, anche quella di sperimentare sostanze psicotrope, quali alcol, tabacco, psicofarmaci e droghe illegali (12), specie a coloro che subiscono tensione nervosa o stress per il raggiungimento di obiettivi accademici e per l'ansia provocata dalle incertezze del loro futuro (13). Alcune ricerche hanno dimostrato inoltre che gli studenti universitari fumano più frequentemente rispetto ai coetanei che non studiano (14, 15). Dal punto di vista della sanità pubblica le abitudini fumatorie degli studenti universitari sono importanti non solo perché potrebbero mantenersi per tutta la vita, ma anche per il loro ruolo futuro di professionisti e opinion leaders. Tuttavia è stato osservato che gli anni universitari rappresentano un periodo di transizione critico, ma è stato osservato che si tratta anche di un periodo in cui le abitudini sono maggiormente modificabili rispetto agli anni successivi (12), dunque i primi anni universitari rappresentano una importante opportunità per la cessazione precoce dell'abitudine fumatoria (16).

In Europa ed in particolare in Italia le ricerche sul tabagismo tra i giovani universitari sono poco numerose (10), mentre negli Stati Uniti le pratiche fumatorie vengono moni-

torate annualmente e ben descritte nelle università attraverso il progetto *Monitoring the Future*, che analizza dal 1975 consumi, atteggiamenti e conoscenze nei confronti di tabacco, alcol e droghe illegali da parte degli studenti di scuola media secondaria (17) e da parte degli studenti universitari e non universitari dai 19 ai 50 anni (18).

Un'indagine europea di diversi anni fa e mai più ripetuta sugli stili di vita e sugli atteggiamenti nei confronti della salute condotta tra studenti universitari di 21 paesi tra il 1990 ed il 2000, l'*European Health and Behaviour Study* (EHBS), ha mostrato che la percentuale di fumatori italiani era la più alta dopo quelle degli studenti greci e portoghesi, con percentuali che dal 1990 al 2000 erano passate per i maschi da 25,3% a 43,1% e per le femmine da 19,6% a 35,7% (19). Attualmente i consumi di alcol e altre droghe vengono monitorati ogni 4 anni solo tra gli studenti europei di 15-16 anni attraverso il progetto ESPAD (*European Survey Project on Alcohol and Other Drugs*). I risultati del 2011 mostrano percentuali di fumatori nei 30 giorni precedenti l'indagine superiori alla media europea tra i giovani italiani (36% tra i maschi rispetto alla media europea di 29% e 37% tra le femmine rispetto al 28%) (20).

1.2. I consumi di alcol

1.2.1. Alcol e salute

L'abuso di alcol è correlato con lo sviluppo di 60 diverse malattie, fra cui ipertensione, malattie coronariche e diversi tipi di cancro, ed è una causa concorrente per altre 200 malattie (21, 22). Dopo l'abuso di tabacco e l'ipertensione, il consumo di alcol è il terzo fattore che contribuisce al carico globale di malattia e di disabilità nei paesi industrializzati (23). Circa il 4% di tutte le morti nel mondo possono essere attribuibili all'alcol,

un numero maggiore delle morti per AIDS, violenza o tubercolosi. L'alcol è anche associato a problemi sociali molto gravi, quali la violenza, l'abuso dei minori e l'assenteismo. Nonostante la gravità dei problemi alcol-correlati, l'alcol non viene considerato nella giusta priorità dalla politica (24).

L'abuso di alcol è particolarmente grave per la salute degli uomini: esso è il principale fattore di rischio per la mortalità degli uomini di 15-59 anni, principalmente a causa degli incidenti, della violenza e delle malattie cardiovascolari. Globalmente il 6,2% di tutte le morti tra i maschi sono attribuibili all'alcol, mentre tra le donne questa percentuale è dell'1,1%.

Gli studenti universitari sono particolarmente a rischio per i problemi alcol-correlati per la loro tendenza a bere oltre i livelli raccomandati (25, 26) per cui le loro funzioni cerebrali, così importanti per lo studio, sono influenzate negativamente. Questo effetto dannoso è stato riscontrato anche attraverso studi su animali non ancora adulti che hanno mostrato deficit comportamentali e danni specialmente a livello cerebellare e dell'ippocampo. Ricerche sull'uomo hanno mostrato che il consumo di alcol durante l'adolescenza è associato ad effetti neurodegenerativi, mutamenti nelle funzioni cerebrali e effetti cognitivi negativi. Infine è stato rilevato che l'abuso di alcol specie in età adolescenziale influenza negativamente la capacità mnemonica e lo sviluppo intellettuale e può dunque costituire un ostacolo anche per le performance universitarie.

È stato dimostrato da alcuni studi che l'alcol influenza negativamente le funzioni cerebrali attraverso differenti meccanismi, provocando effetti sui canali ionici e sui recettori di neurotrasmettitori e inducendo citochine e vari enzimi (cyclooxygenase-2, COX-2, nitric oxide

synthase inducibile, iNOS) (27-30).

Da alcuni anni è stato studiato un particolare fenomeno molto diffuso tra i giovani denominato binge drinking, vale a dire il consumo episodico di elevate quantità di alcol, quantificato in oltre 5 drinks in una singola occasione. Studi sperimentali hanno dimostrato la particolare pericolosità del binge drinking sul cervello di animali non adulti a causa degli effetti negativi che l'alcol esercita sull'ippocampo (31). Questi risultati sono avvalorati da una ricerca su studenti universitari che ha evidenziato come il binge drinking sia associato a problemi mnemonici sia nei maschi che nelle femmine (32).

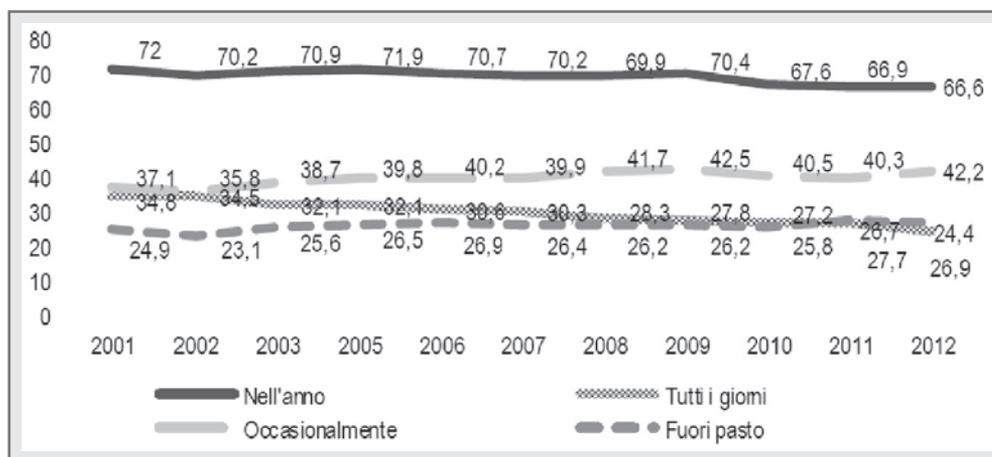
1.2.2. Consumi in Italia

Nel 2012 un'indagine ISTAT ha rilevato che il 66,6% della popolazione di età superiore ai 14 anni aveva consumato almeno una bevanda alcolica durante l'anno (33). Tale quota, stabile rispetto all'anno precedente, era in diminuzione rispetto a dati di un'analoga ricerca risalente a 10 anni prima (70,2%). È stato osservato che dal 2002 al 2012 il numero di consumatori giornalieri di bevande alcoliche è diminuito del 24,6%, specialmente tra le donne (-32,6%), mentre è aumentata la quota di quanti dichiarano di bere alcolici fuori dai pasti (dal 23,1% del 2002 al 26,9% del 2012) e di chi ne consuma occasionalmente (dal 35,8% nel 2002 al 42,2% nel 2012). Il tipo di bevande consumate è risultato cambiato: infatti la quota di chi consuma solo vino e birra è diminuita, mentre è aumentata quella di chi beve anche aperitivi alcolici, amari e superalcolici. Nel complesso, i comportamenti a rischio nel consumo di alcol hanno riguardato 7 milioni e 464 mila persone. Il trend discendente dei consumatori a rischio, già osservato nel 2011, è proseguito ed è diminuita sia la quota dei

consumatori giornalieri non moderati di alcol (dall'8,4% al 7,5%) sia quella dei binge drinkers (dal 7,5% al 6,9%). La popolazione più a rischio per il binge drinking è risultata essere quella giovanile dai 18 ai 24 anni, età relativa alla maggior parte degli studenti

universitari: il 14,8% dei giovani (20,1% dei maschi e 9,1% delle femmine) beve elevate quantità di alcol per lo più durante momenti di socializzazione, specie se frequentano assiduamente le discoteche (30,5%), vanno a eventi sportivi e concerti.

Fig. 2. Consumi di alcol in Italia (33)



1.2.3. Consumi di alcol tra studenti universitari

I consumi elevati di alcol sono la principale causa di incidenti e di morte tra gli studenti universitari e i giovani adulti e sono associati ad altre conseguenze negative, quali insuccessi negli studi, gravidanze indesiderate, malattie sessualmente trasmesse, dipendenza alcolica, furti e atti di violenza su di sé e sugli altri, con conseguenze sul loro futuro anche lavorativo (34-39).

Lo studio delle abitudini bibitorie tra gli studenti universitari viene considerato importante, oltre che per le conseguenze negative sulla salute, anche perché è stato dimostrato in studi di coorte che il forte consumo durante la vita universitaria si mantiene anche nella maturità (40). Inoltre i consumi degli universitari sono di solito più alti rispetto a quelli degli altri giovani (41, 42), poiché, tro-

vandosi spesso in un nuovo ambiente, senza punti di riferimento familiari, presentano una maggiore vulnerabilità dal punto di vista intellettuale, emotivo e sociale, per cui l'alcol sembra svolgere una funzione di facilitatore delle relazioni sociali e delle dinamiche di gruppo (43). Recentemente è stato evidenziato tra studenti universitari del Regno Unito una associazione tra consumi ed abuso di alcol e sintomi depressivi, ed una associazione negativa con la fede religiosa (10).

1.2.4. Consumi di alcol tra gli studenti universitari europei

Uno studio internazionale sulle varie ricerche effettuate in generale sui consumi di alcol tra gli studenti universitari ha evidenziato che queste indagini sono state effettuate quasi esclusivamente negli Stati Uniti e in Canada.

L'analisi sulle ricerche effettuate in 21 Paesi sviluppati e in via di sviluppo ha mostrato un'ampia variazione geografica nella prevalenza di bevitori a rischio, con oltre il 40% degli studenti di 17-30 anni che bevevano eccessivamente negli Stati Uniti ed in Europa. Le percentuali più alte di forti bevitori europei sono state riscontrate in Belgio, Irlanda e Polonia per gli uomini e in Irlanda e Inghilterra per le donne. Il bere eccessivo era associato con la vita fuori della famiglia, con il reddito e con il livello di istruzione dei genitori (25, 44).

Una analisi recente delle ricerche effettuate in Europa su questo tema ha evidenziato che il bere eccessivo è una pratica molto diffusa nelle università europee, specialmente durante gli incontri a carattere sociale e che complessivamente gli studenti maschi sono più a rischio per il bere eccessivo (maggiore frequenza e maggiore quantità), il quale è risultato essere associato all'assenza della famiglia, al vivere come single o in zone con alta densità di studenti universitari (39).

Circa 6.000 studenti universitari di 7 Paesi europei (Danimarca, Germania, Spagna, Lituania, Polonia, Bulgaria e Turchia) hanno preso parte ad uno studio trasversale sul problema dell'alcol (44). La più alta prevalenza di consumi è stata rilevata tra gli studenti bulgari e spagnoli. I bevitori a rischio erano il 24% dei maschi ed il 13% delle femmine. I fattori di rischio riscontrati erano il fatto di essere maschi, attraversare un periodo di depressione e dare scarsa importanza al successo scolastico. Il bando totale dell'alcol nelle università veniva appoggiato da percentuali di studenti molto variabili (dal 23% dei danesi fino all'88% dei polacchi). L'adesione al bando era più frequente tra le femmine e tra coloro che bevevano di meno.

Lorant et al. (38) hanno utilizzato un questionario on-line per rilevare i consumi di alcol

tra 7.000 studenti di una importante università belga. I risultati hanno evidenziato un consumo di 1,7 drink al giorno e circa 3 episodi di bere eccessivo al mese. I consumi erano associati con la residenza nel campus, specialmente in strutture molto affollate.

Consumi di alcol tra gli studenti universitari nord-americani

Negli Stati Uniti la vita nei college viene considerata un periodo associato alla più alta prevalenza di problemi alcol-correlati per i giovani (45), e in uno studio oltre un terzo degli studenti universitari sono stati considerati a rischio per abuso di alcol o addirittura per dipendenza alcolica (46).

Secondo il programma "2012 Monitoring the Future Study", l'81% degli studenti universitari statunitensi aveva provato almeno una volta a bere alcol (18). Il binge drinking nelle due settimane precedenti l'intervista è stato riportato dal 41% degli studenti maschi e dal 34% delle studentesse. La tendenza dei consumi eccessivi negli anni mostra una riduzione delle differenze da sessi, con la diminuzione tra i maschi e l'aumento delle femmine.

Gli studenti della Facoltà di Medicina in alcuni paesi mostrano di consumare alcol e tabacco a livelli superiori a quelli consigliati dalle linee guida (47-49). Queste abitudini sono sorprendenti, dal momento che gli studenti di medicina dovrebbero essere maggiormente informati degli effetti dannosi dell'alcol.

Una ricerca effettuata tra gli studenti di medicina dell'Università di Calgary in Canada ha confermato in parte questi risultati e in particolare ha evidenziato, mediante il questionario CAGE, un'alta proporzione di studenti a rischio per abuso di alcol (50).

Consumi di alcol tra gli studenti universitari italiani

Le indagini effettuate in Italia sui consumi di alcol sono molto scarse e, a parte una ricerca effettuata nel lontano 1977 tra gli ospiti della Casa dello Studente e della Studentessa dell'Università di Perugia (51), i cui risultati mostravano percentuali di consumatori di vino e superalcolici più alte tra i maschi, sono poche le ricerche di valenza internazionale.

Nel 2000 Digrande et al. hanno intervistato un campione di studenti dell'Università di Cagliari (52) e hanno rilevato che gli studenti maschi mostravano consumi più elevati, ed inoltre questi erano correlati con l'inizio del bere prima dei 17 anni, con l'uso di marijuana, con il fumo, con partner sessuali multipli e con l'uso di altre sostanze.

D'Alessio et al. (53) hanno intervistato 1.000 studenti (64,2% femmine e 35,8% maschi) di 4 università italiane e hanno osservato che gli astemi erano una minoranza (2%), i bevitori sociali erano il 57,6% (39,7% dei maschi e 69,5% delle femmine), i binge drinkers il 32,9% (47,4% dei maschi e 25,9% delle femmine) e i forti bevitori il 7,4% (12,9% dei maschi e 4,6% delle femmine). Il binge drinking e il bere eccessivo sono risultati associati ad un inizio più precoce con la sostanza rispetto a coloro che bevono moderatamente.

Più recentemente è stata effettuata una ricerca di valenza psicologica da Porretta et al. (54) su un campione di studenti universitari, per investigare la relazione tra utilizzo di sostanze psicoattive e scopi di vita. L'ipotesi era che le sostanze siano considerate un fattore che facilita il raggiungimento di alcuni tipi di scopi, in particolare quelli relativi all'area delle relazioni sociali e del benessere. Il campione era costituito da 698 studenti universitari di età compresa tra i 19 e i 30

anni (di cui il 37,8% maschi) iscritti a diversi anni di corso. I risultati hanno evidenziato un maggiore consumo di sostanze da parte dei maschi, degli studenti fuori sede e un incremento del consumo durante gli anni universitari. Il consumo di alcolici era ritenuto utile per facilitare il raggiungimento degli scopi di natura sociale.

1.3. Consumi di fumo e alcol

Diverse ricerche hanno mostrato un'associazione evidente tra fumo e alcol (55). Il fumo è fortemente associato all'alcol tra gli adolescenti (56, 57) e i giovani adulti (58), compresi gli studenti universitari (55, 59, 60). Sono state elaborate diverse ipotesi per questa associazione, ma la più frequente è la presenza di fattori di rischio simili, quali problematiche familiari e di relazione con i coetanei, lo stress, la facile disponibilità della sostanza (61, 62) e la vulnerabilità individuale (63, 64). In studi su volontari è stato dimostrato che la somministrazione di alcol porta ad un maggior consumo di tabacco (65) e ad una più forte dipendenza dal fumo (66, 67) ed un numero inferiore di ricerche mostrano anche un aumento del bere dopo un trattamento con nicotina (68, 69).

In Italia, secondo i dati ISTAT del 2012, chi eccede nel consumo di alcol spesso è un fumatore o un ex fumatore. Il 20,9% dei fumatori e il 19,3% degli ex fumatori presentano un consumo di alcol a rischio contro il 9,1% dei non fumatori (33).

1.4. Consumi di "energy drink"

Gli energy drink (ED) sono bevande energizzanti, in prevalenza analcoliche, bevute allo scopo di incrementare l'energia fisica e mentale e/o le performance sportive e cognitive e che contengono elevate quantità di caffeina e in genere altri additivi (taurina, carnitina e

altri aminoacidi, glucoronolattone, vitamine del gruppo B, ginseng, ginko biloba e altri derivati vegetali). I principali consumatori di ED sono giovani-adulti di età compresa tra 18 e 35 anni. Numerosi studi condotti su studenti universitari in Europa e negli USA hanno evidenziato una prevalenza di consumo di ED particolarmente elevata (70-72).

In Italia uno studio effettuato presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Messina ha messo in evidenza un consumo di ED da parte di circa il 57% degli studenti (73).

Il consumo associato di ED e alcol rappresenta un rilevante e crescente problema di salute pubblica. Negli Stati Uniti sono disponibili in commercio ED alcolici in cui la componente alcolica è già contenuta nella preparazione (74). Gli adolescenti che combinano le bevande energetiche con l'alcol hanno una scarsa percezione degli effetti dell'alcol, ma mostrano comunque una compromissione della coordinazione motoria e un prolungamento dei tempi di reazione.

Berger et al. (75) hanno recentemente evidenziato che l'uso di alcol mescolato con bevande energetiche sembra essere molto diffuso tra gli studenti universitari americani (in una università le percentuali di prevalenza dell'uso almeno una volta nella vita e nell'ultimo anno di mix di alcol e ED erano rispettivamente 75,2% e 64,7%) e può portare a comportamenti a rischio, quali rapporti sessuali non protetti, mascheramento dell'effetto depressivo dell'alcol, dipendenza, rischio di disidratazione, alterazioni del ritmo cardiaco e alterazioni della funzionalità renale.

2. Materiali e metodi

2.1. Popolazione studentesca in esame

Scopo della presente ricerca è stato il monitoraggio dei livelli di consumo di tabacco, alcol, energy drink, farmaci e psicofarmaci e la valutazione delle conoscenze e degli atteggiamenti nei confronti di queste sostanze psicotrope legali degli studenti di 7 Collegi Universitari di Perugia dislocati in differenti zone della città. Pertanto la popolazione esaminata non può considerarsi un campione rappresentativo né della popolazione studentesca universitaria perugina, né tanto meno di quella italiana. L'attuale indagine ha seguito in parte le modalità utilizzate nell'analoga ricerca condotta nel 1977 tra gli studenti delle Case dello Studente dell'Università di Perugia.

Nella presente pubblicazione vengono analizzati solo i dati relativi ai consumi di tabacco, alcol ed energy drink.

2.2. Lo strumento di rilevazione: il questionario

Il questionario anonimo auto-compilato consta di 74 domande ed è suddiviso nelle seguenti parti.

Caratteristiche generali dell'intervistato. Questa prima parte comprende domande sulla facoltà frequentata, l'età, la regione di provenienza, il livello di benessere avvertito in particolari contesti sociali, il grado di fiducia negli altri, i problemi principali della vita universitaria, la conoscenza e l'utenza di servizi sanitari e psicologici forniti dall'Università (progetto "Zaino" e assistenza medica per gli studenti fuori sede).

Abitudine fumatoria. Si tratta di domande sull'abitudine fumatoria da parte dell'intervistato, dei genitori e degli amici.

Conoscenze sugli effetti tossici del fumo. Questa sezione comprende domande sulle fonti d'informazione sugli effetti dannosi del fumo e sulla valutazione del carico globale di morti

tabacco-correlate in Italia.

Consumi di bevande alcoliche. Questa parte comprende domande sulle modalità di consumo delle bevande alcoliche da parte sia degli intervistati che dei loro genitori.

Episodi di consumo eccessivo di alcol (binge drinking). Si tratta di domande che riguardano il numero di volte in cui gli studenti hanno bevuto almeno 5 drinks in una singola occasione negli ultimi dodici mesi, negli ultimi trenta giorni e nell'ultima settimana.

Conoscenze sugli effetti tossici dell'alcol. Questa sezione comprende domande su: controlli alcolemici subiti, effetti dannosi dell'alcol, fonti di queste informazioni, differenze nella pericolosità dell'alcol tra uomini e donne e conoscenza dell'esistenza di gruppi di mutuo-aiuto.

Consumi di energy drink e attività fisica. Si tratta di domande sullo svolgimento dell'attività fisica, sul tipo di strutture utilizzate e sull'assunzione di energy drink.

Il questionario è stato dapprima testato su un piccolo campione di studenti e poi è stato somministrato alla popolazione studentesca in esame.

Per due giorni consecutivi nelle varie camere delle residenze sono stati distribuiti 434 questionari da due laureandi della Facoltà di Farmacia che fornivano una breve spiegazione sullo scopo dell'indagine e sul carattere anonimo dell'inchiesta. Dopo una settimana mediante fogli di avviso è stato ricordato agli studenti di riconsegnare i questionari in urne sigillate collocate nei vari collegi, al fine di garantire l'anonimato.

I dati relativi ai consumi di farmaci e psicofarmaci verranno analizzati in una successiva pubblicazione.

3. Risultati

3.1. Questionari compilati

Sono stati recuperati 327 questionari su 434 (percentuale di recupero in media del 75,3%, con differenze notevoli tra i vari collegi), dei quali 173 compilati dagli studenti e 154 compilati dalle studentesse.

L'elaborazione dei questionari è stata effettuata utilizzando due programmi di calcolo elettronico: Excel per lo spoglio dei dati ed l'SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) per Windows versione 10.0. per l'analisi statistica. Eventuali associazioni tra le variabili in studio sono state studiate attraverso il calcolo dell'OR e dei suoi limiti di confidenza mentre per l'analisi delle correlazioni è stato utilizzato il test di Spearman.

3.2. Valutazione dei risultati

La percentuale di *maschi* (52,9%) del campione era maggiore rispetto alla percentuale *femminile* (47,1%) e tra i maschi intervistati l'*età media* era di 23,17 anni contro i 22,65 delle femmine. Il 19% degli studenti era iscritto a facoltà sanitarie (medicina, farmacia e veterinaria), il 25,3% ad altre facoltà scientifiche e il 55,7% a facoltà umanistiche. Il 69% degli studenti proveniva da regioni diverse dall'Umbria.

3.2.1. Livello di benessere e di soddisfazione nei rapporti sociali

All'interno del questionario sono state poste due domande, una sul *livello di benessere* percepito e l'altra sul *livello di soddisfazione* nella vita, con l'indicazione di un voto da 0 a 10 (0 indica "per niente soddisfatto" e 10 "molto soddisfatto") (Tab. 1). In media gli studenti hanno dato al *livello di benessere* un voto pari a 8,04; leggermente più alto tra le femmine (8,12) rispetto a quello espresso dai maschi (7,98).

Per quanto riguarda il *livello di soddisfazione*

nella vita, il valore medio è di 8,34; anche in questo caso maggiore tra le femmine (8,41) rispetto al voto espresso dai maschi (8,28). La soddisfazione degli studenti per le proprie relazioni familiari è molto elevata (53,8%), mentre soltanto il 5,8% giudica questo tipo

di relazioni per niente o poco soddisfacente. In particolare le femmine che si dichiarano molto soddisfatte sono il 61% contro il 47,4% dei maschi, mentre la quota di per niente o poco soddisfatti è del 7,8% per le femmine e del 4,0% per i maschi.

Tabella 1. Grado di benessere e di soddisfazione nei rapporti sociali (valore percentuale e in parentesi numerosità osservata).

	Maschi (173)	Femmine (154)	Totale (327)
Livello di benessere*#	7,98±0,12	8,12±0,12	8,04±0,08
Livello di soddisfazione nella vita*			
(media ± es)	8,28±0,13	8,41±0,13	8,34±0,10
Soddisfazione nelle relazioni familiari			
Per niente o poco	4,0% (7)	7,8% (12)	5,8% (19)
Abbastanza	48,6% (84)	31,2% (48)	40,4% (132)
Molto	47,4% (82)	61,0% (94)	53,8% (176)
Soddisfazione nelle relazioni con amici			
Per niente o poco	6,9% (12)	6,5% (10)	6,7% (22)
Abbastanza	55,5% (96)	52,6% (81)	54,1% (177)
Molto	37,6% (65)	40,9% (63)	39,1% (128)
Soddisfazione nello studio			
Per niente o poco	23,1% (40)	21,4% (33)	22,3% (73)
Abbastanza	54,9% (95)	59,1% (91)	56,9% (186)
Molto	22,0% (38)	19,5% (30)	20,8% (68)
Soddisfazione nel tempo libero			
Per niente o poco	48,0% (83)	37,7% (58)	43,1% (141)
Abbastanza	41,0% (71)	50,0% (77)	45,3% (148)
Molto	10,4% (18)	12,3% (19)	11,3% (37)
Soddisfazione nella propria situazione economica			
Per niente o poco	43,0% (74)	43,5% (67)	43,2% (141)
Abbastanza	51,7% (89)	50,6% (78)	45,4% (148)
Molto	5,2% (9)	5,8% (9)	11,3% (18)

*Risposte da 0 (minimo di soddisfazione) a 10 (massimo di soddisfazione)

#Media ± es

Per quanto riguarda le relazioni amicali la percentuale degli studenti per niente o poco soddisfatti è del 6,7%, con poche differenze tra i sessi.

Per quanto riguarda la soddisfazione nello stu-

dio, a dichiararsi abbastanza soddisfatti sono il 56,9% degli intervistati, di cui il 54,9% di maschi ed il 59,1% di femmine. Gli studenti che si dichiarano per niente o poco soddisfatti sono il 22,3%.

Analizzando la *soddisfazione nel tempo libero*, a dichiararsi *per niente o poco soddisfatti* sono alte percentuali di studenti, specialmente i maschi (48%) rispetto alle femmine (37,7%). Il 43,2% degli intervistati dichiarano di essere *per niente o poco soddisfatti* della propria situazione economica.

3.2.2. Abitudini fumatorie

L'abitudine al fumo di tabacco registra una maggioranza di fumatori giornalieri (25,7%) rispetto ai saltuari (10,7%); analizzando la situazione in base al sesso, i maschi sono prevalentemente fumatori giornalieri (29,5% rispetto al 21,4%), mentre le femmine sono, in genere, fumatrici saltuarie (12,3% rispetto al 9,2%) (Tab. 2).

La *media di sigarette fumate al giorno*, per i fumatori giornalieri, è maggiore tra gli studenti (11,1 sigarette) rispetto alle studentesse (8,21). Tale situazione è confermata anche per i fumatori saltuari: i maschi fumano in media 12 sigarette alla settimana, mentre le femmine 6,6.

L'*età d'inizio dell'abitudine fumatoria* è simile tra i maschi e le femmine ed è inferiore per i

fumatori giornalieri (16,94 anni) rispetto ai saltuari (17,85); inoltre i fumatori giornalieri sono lievemente più precoci delle fumatrici, poiché iniziano intorno ai 16,86 anni contro i 17,06 delle donne. Non vi sono, invece, notevoli differenze tra i due sessi riguardo all'età d'inizio per il fumo saltuario.

Nell'analisi delle *abitudini fumatorie dei genitori* si osserva che la maggioranza degli studenti non ha genitori fumatori (31,2%), segue, con il 24,2%, la percentuale di coloro i quali hanno un genitore ex-fumatore, il 22,6% invece ha un solo genitore che fuma (26,6% tra le femmine e 19,1% tra i maschi), mentre il 12,5% ha entrambi i genitori che fumano. Anche in quest'ultimo caso la percentuale maggiore si osserva tra le femmine (15,6%) rispetto ai maschi (9,8%).

Si è stimato quindi il consumo medio di sigarette giornaliero e settimanale sia del padre che della madre dell'intervistato e si è visto che nel caso dei padri il consumo giornaliero è di 16,5 sigarette (dati non mostrati in tabella). I valori più elevati si registrano per i padri dei maschi; in particolare, tra i padri fumatori saltuari si riscontra una me-

Tabella 2. Abitudine al fumo di tabacco degli intervistati, dei genitori e degli amici.

	Maschi	Femmine	Totale
Fumatori giornalieri	29,5% (51)	21,4% (33)	25,7% (84)
Sigarette/giorno *	11,10±1,04	8,21±0,81	9,96±0,72
Età inizio	16,86±0,43	17,06±0,36	16,94±0,30
Fumatori saltuari	9,2% (16)	12,3% (19)	10,7% (35)
Sigarette/settimana	12,00±1,96	6,61±1,07	8,97±1,13
Età inizio	17,87±0,62	17,84±0,64	17,85±0,45
Genitori fumatori			
Entrambi	9,8% (17)	15,6% (24)	12,5% (41)
1 solo	19,1% (33)	26,6% (41)	22,6% (74)
Amici fumatori			
Tutti	23,7% (41)	25,3% (39)	24,5% (80)
Solo alcuni	16,2% (28)	8,4% (13)	12,5% (41)

* Media ± es

dia molto alta di sigarette fumate nel corso della settimana (25 sigarette/settimana), mentre la situazione per i padri delle ragazze è di 10 sigarette a settimana. Tale differenza si registra pure per i padri che fumano giornalmente, anche se qui il divario è meno consistente: 17,6 sigarette al giorno per i padri degli studenti maschi, contro 15 sigarette per i padri delle studentesse.

Per quanto riguarda l'*abitudine fumatoria degli amici*, la maggioranza degli studenti (24,5%) ha affermato che tutti gli amici fumano, il 12,5% che solo alcuni sono fumatori, mentre le percentuali di studenti che non hanno amici fumatori o che hanno amici ex-fumatori sono, rispettivamente, il 10,1% e lo 0,9%; il 52,3% non ha risposto alla domanda.

Il livello di informazione sulle principali patologie causate dal fumo, nel complesso, è abbastanza buono: infatti molti studenti hanno individuato l'insorgere o l'aggravarsi di disturbi a carico dell'apparato respiratorio (Tab. 3). Per l'esattezza, il 92,4% degli intervistati ha indicato il tumore al polmone ed il 74,0% la bronchite cronica.

I disturbi cardio-circolatori sono stati indicati da percentuali di studenti abbastanza elevate, anche se inferiori a quelle riportate per i disturbi respiratori (infarto: 69,4%; tachicardia: 56%). Il 68,5% degli intervistati ha prestato attenzione anche agli effetti anti-estetici provocati dal fumo, considerandolo responsabile dell'avvizzimento precoce della pelle. Percentuali inferiori (41,3%) hanno attribuito al fumo la comparsa di disturbi ses-

Tabella 3. Conoscenze e fonti di informazione sui danni alla salute da fumo di tabacco.

Danni tabacco-correlati riferiti	Maschi	Femmine	Totale
Tumore al polmone	91,3% (158)	93,5 % (144)	92,4% (302)
Bronchite cronica	72,3% (125)	76,0% (117)	74,0% (242)
Infarto al cuore	69,4% (120)	69,5% (107)	69,4% (227)
Avvizzimento della pelle	65,9% (114)	71,4% (110)	68,5% (224)
Alito cattivo	64,2% (111)	64,9% (100)	64,5% (211)
Tachicardia (disturbi al cuore)	53,8% (93)	58,4% (90)	56,0% (183)
Disturbi sessuali (impotenza)	48,6% (84)	33,1% (51)	41,3% (135)
Tumore alla vescica	13,9% (24)	7,8% (12)	11,0% (36)
Morti tabacco-correlate/anno (risposta corretta:70.000)	32,9% (57)	37,0% (57)	34,9% (114)
Fonti di informazione*	Maschi	Femmine	Totale
Genitori	59,5% (103)	69,5% (107)	64,2% (210)
Insegnanti	34,1% (59)	40,9% (63)	37,3% (122)
Medici ed altri operatori sanitari	20,2% (35)	18,8% (29)	19,6% (64)
Giornali e rotocalchi	15,6% (27)	11,7% (18)	13,8% (45)
Radio e TV	13,3% (23)	10,4% (16)	11,9% (39)
Interventi di educazione sanitaria	11,0% (19)	6,5% (10)	8,9% (29)
Non ho avuto informazioni	4,0% (7)	2,6% (4)	3,4% (11)

* I totali superano il 100% perché gli intervistati hanno potuto scegliere più di una risposta.

suali, quali l'impotenza, mentre i tumori alla vescica sono stati riportati solo dall'11% degli intervistati.

Per quanto riguarda la stima dei decessi totali attribuibili al fumo annualmente in Italia, emerge che il 45% degli studenti sottovaluta il problema, indicando la cifra, notevolmente inferiore al valore reale, di 5000 decessi, e il 5,5% ha indicato 500 decessi. La risposta corretta di 70.000 morti è stata fornita solo dal 34,9% degli studenti, con risposte esatte più frequenti tra le femmine (37%) rispetto ai maschi (32,9%) (Tab. 3).

Le principali fonti d'informazione sui danni fumo-correlati sono innanzitutto i genitori (64,2%), molto meno citati sono gli insegnanti (37,3%) ed infine i medici e gli altri operatori sanitari (18,9%). La radiotelevisione e i giornali e rotocalchi hanno mostrato percentuali ancora più basse, rispettivamente l'11,9% e il 13,8%.

Gli interventi di educazione sanitaria non hanno inciso sulle conoscenze dei danni causati dal fumo: infatti solo l'8,9% degli studenti in media hanno citato questa fonte, con i maschi che risultano un po' più coinvolti da iniziative educative di questo tipo (11% contro 6,5%).

Esiste infine anche una piccola percentuale (3,4%) di individui che non ha ricevuto alcun tipo di informazione al riguardo.

3.2.3. Consumi di bevande alcoliche e di energy drink

L'età dell'assaggio della prima bevanda alcolica è risultata essere in media 15,2 anni, simile per entrambi i sessi (Tab. 4).

La prima bevanda alcolica assaggiata è stata principalmente la birra (28,7%) e al secondo posto compare il vino (24,8%). Una percentuale non trascurabile (18,7%) riguarda giovani il cui primo assaggio è costituito dai su-

peralcolici. Gli studenti che dichiarano di essere astemi sono il 10% dei maschi ed il 17,2% delle femmine, mentre la maggioranza di essi consuma vino o birra con percentuali molto elevate tra i maschi (86,7%), lievemente superiori rispetto alle femmine (79,8%) e infine la maggioranza degli studenti bevitori consumano sia birra che vino (68,2% tra i maschi e 49,7% tra le femmine).

La birra mostra di ricevere una leggera preferenza rispetto al vino, infatti viene consumata esclusivamente dal 14,3% degli studenti, contro il 12,8% che beve solo vino. È stato osservato che la birra viene consumata pressoché in egual misura da maschi e femmine, mentre il vino viene preferito dalle ragazze (rispettivamente 17,9% e 8,2%).

Quanto alla frequenza con cui avvengono tali consumi, è stato riscontrato che chi beve quotidianamente sia ai pasti che fuori pasto sono più le femmine che i maschi, anche se in percentuali esigue (2,4% contro 1,9%).

La percentuale maggiore di chi beve occasionalmente durante il mese si riscontra tra le femmine (58,4% contro il 47,4% dei maschi). Il consumo settimanale mostra una percentuale media del 41,2%, delineando una situazione diametralmente opposta alla precedente: 45,5% per i maschi e 36% per le femmine.

Per quanto riguarda il consumo di superalcolici si osservano percentuali molto alte tra i maschi (50,9%), mentre tra le femmine le percentuali sono circa la metà (27,9%).

La frequenza di assunzione dei liquori si rivela piuttosto differente da quella riportata per il vino e la birra: la maggior parte degli intervistati (71%) di solito beve questi liquori in modo saltuario durante il mese, il 26% ne beve alcune volte durante la settimana, con una percentuale maggiore per i maschi (27,3%) rispetto a quella delle fem-

Tabella 4. Consumi di bevande alcoliche tra gli intervistati e i familiari.

	Maschi	Femmine	Totale
Età primo assaggio (media \pm es)	15,06 \pm 0,21	15,33 \pm 0,33	15,18 \pm 0,19
Consumatori di vino e birra			
Bevo vino	8,2% (14)	17,9% (27)	12,8% (41)
Bevo birra	13,5% (23)	14,2% (23)	14,3% (46)
Bevo entrambi	68,2 (116)	49,7% (75)	59,5% (191)
Sono astemio	10,0% (17)	17,2% (26)	13,4% (43)
Frequenza*			
Tutti i giorni anche fuori pasto	1,9% (3)	2,4% (3)	2,2% (6)
Tutti i giorni solo durante i pasti	5,2% (8)	3,2% (4)	4,3% (12)
Qualche volta la settimana	45,5% (70)	36,0% (45)	41,2% (115)
Qualche volta al mese	47,4% (73)	58,4% (73)	52,3% (146)
Consumatori di liquori forti			
	50,9% (88)	27,9% (43)	40,1% (131)
Frequenza*			
Tutti i giorni anche fuori pasto	1,1% (1)	0%	0,8% (1)
Tutti i giorni solo durante i pasti	2,3% (2)	2,2% (1)	2,3% (3)
Qualche volta la settimana	27,3% (24)	23,3% (10)	26,0% (34)
Qualche volta al mese	69,3% (61)	74,4% (32)	71,0% (93)
Consumi in famiglia			
Bevono entrambi i genitori	35,9% (60)	40,5% (62)	38,1% (122)
Beve un solo genitore	35,3% (59)	28,1% (43)	31,9% (102)
Entrambi i genitori sono astemi	28,7% (48)	31,4% (48)	30,0% (96)
Consumi di energy drink			
Spesso	0,6% (1)	0,7% (1)	0,6% (2)
A volte	20,5% (35)	22,8% (34)	21,6% (69)
Affatto	78,9% (135)	76,5% (114)	77,8% (249)

* Esclusi astemi e non rispondenti

mine (23,3%). I bevitori giornalieri sono soltanto l'1,1% dei maschi e lo 0,5% delle femmine.

Infine è stato osservato che gli intervistati bevono le diverse bevande alcoliche prevalentemente durante il week-end (95%), con percentuali simili per i due sessi.

La situazione all'interno delle famiglie degli

intervistati vede una preponderanza di casi in cui entrambi i genitori consumano bevande alcoliche: la percentuale media è risultata essere il 38,1%, con una leggera maggioranza dei genitori delle ragazze (40,5%) rispetto ai genitori dei ragazzi (35,9%). I casi in cui solo un genitore consuma bevande alcoliche sono piuttosto numerosi, con una percentuale

media di 31,9%, maggiore tra i genitori dei maschi (35,3% contro il 28,1%). Infine il 30% dichiara di avere entrambi i genitori astemi, con una percentuale maggiore per le ragazze (31,4%) rispetto ai ragazzi (28,7%) (Tab. 4). Per quanto riguarda l'uso di *energy drink* il 21,6% degli intervistati dichiara di berne saltuariamente, con differenze trascurabili tra i sessi (20,5% per i maschi e 22,8% per le femmine). Consuma abitualmente tali bevande solo lo 0,6% della popolazione studentesca, con consumi simili da parte di entrambi i sessi (Tab. 4).

Per quanto riguarda il luogo abituale di con-

sumo, la percentuale più elevata, pari al 67,8%, si riscontra tra gli studenti che bevono fuori casa, soprattutto in occasione di feste o in discoteca; seguono con il 23,7% coloro che bevono in casa, quando sono in compagnia dei propri amici (Tab. 5). Risultano essere una minoranza quei ragazzi che consumano bevande alcoliche a casa in solitudine o in compagnia dei familiari (rispettivamente il 2,9% ed il 5,7%).

Le rilevazioni delle percentuali di studenti che dichiarano di aver bevuto almeno 5 drink in una sola occasione (binge drinking) sono di particolare importanza per i potenziali ri-

Tabella 5 - Occasioni e luoghi di consumo di bevande alcoliche

	Maschi	Femmine	Totale
Occasioni di consumo			
Durante la settimana	6,7% (9)	1,9% (2)	4,6% (11)
Durante il week-end	93,3% (125)	97,1% (101)	95,0% (226)
Tutti i giorni	0% (0)	1,0% (1)	0,4% (1)
Luoghi di consumo			
A casa da solo	2,9% (4)	2,8% (3)	2,9% (7)
A casa con amici	27,3% (38)	18,9% (20)	23,7% (58)
A casa in famiglia	6,5% (9)	4,7% (5)	5,7% (14)
Fuori casa, specie alle feste o in discoteca	63,3% (88)	73,6% (78)	67,8% (166)

* Esclusi astemi e non rispondenti

schi per la salute dei giovani derivanti da questa modalità di consumo. Particolarmente elevate sono le percentuali di coloro che sono incorsi in tali episodi nel corso dell'ultimo anno (46,5%), ma con un numero medio di volte pari a 1,7 (Tab. 6), mentre i binge drinkers nel corso dell'ultimo mese mostrano una percentuale del 17,7% ed una media di episodi di 1,1. Ancora meno sono i ragaz-

zi che hanno assunto tale comportamento nel corso dell'ultima settimana, con un valore percentuale dell'8,9% ed una media di 1,3 episodi.

L'indagine ha rilevato che, per quanto riguarda le esperienze di controlli di alcolemia sulla strada a cui gli studenti sono stati sottoposti dalle forze dell'ordine, il 75,7% non è mai stato controllato, solo l'8,6% lo ha subito

Tabella 6. Numero di episodi di ebbrezza alcolica (binge drinking) e controlli alcolemici

	Maschi	Femmine	Totale
Bevitori di almeno 5 drink negli ultimi 12 mesi	49,7% (86)	42,9% (66)	46,5% (152)
Numero di volte/12 mesi (media \pm es)	1,84 \pm 0,19	1,50 \pm 0,14	1,69 \pm 0,12
Bevitori di almeno 5 drink negli ultimi 30 giorni	19,7% (34)	15,6% (24)	17,7% (58)
Numero di volte/30 giorni (media \pm es)	1,15 \pm 0,10	1,00 \pm 0,00	1,09 \pm 0,06
Bevitori di almeno 5 drink nell'ultima settimana	8,7% (15)	9,1% (14)	8,9% (29)
Numero di volte/ultima settimana (media \pm es)	1,46 \pm 0,24	1,17 \pm 0,11	1,32 \pm 0,14
Controllo alcolemia			
Non patentato	7,6% (13)	16,3% (25)	11,7% (38)
Mai controllato	74,4% (128)	77,1% (118)	75,7% (246)
Solo una volta	11,6% (20)	5,2% (8)	8,6% (28)
Più volte	6,4% (11)	1,3% (2)	4,0% (13)

almeno una volta e solo il 4% è stato controllato più volte.

Alla domanda relativa alle principali patologie causate dall'alcol, gli studenti rispondono, nel complesso, abbastanza correttamente: infatti molti di loro hanno riferito l'insorgere o l'aggravarsi di disturbi a carico del fegato (Tab. 7) e anche la percentuale di chi vede come principale conseguenza l'aumento del rischio di incidenti stradali è molto elevata (87,5%). Sono risultati molto meno riferiti i disturbi odontostomatologici e il cancro alla bocca è stato indicato solo dal 13,8% degli intervistati.

La comparsa di disturbi sessuali, quali l'impotenza, causati dall'alcol è stata indicata in media dal 39,8% degli studenti, senza sostanziali differenze tra i due sessi. Gli effetti dannosi sul feto sono stati riportati dal 52% dei maschi e dal 61,7% delle femmine, mentre l'indebolimento della memoria è stato indicato dal 48% dei maschi e dal 37% delle femmine. È piuttosto esigua (5,2%) la per-

centuale di coloro che attribuiscono all'alcol una maggiore insorgenza di casi di cancro al seno (Tab. 7).

Infine il 6,4% degli intervistati ha indicato in 500 il numero di decessi attribuibili all'alcol ogni anno, il 32,7% ha risposto 5.000, mentre la risposta corretta è di 30.000 morti/anno che è stata data dal 44,3%, con differenze tra i sessi (52,6% delle femmine e 37% dei maschi).

Le principali fonti di informazione circa i danni alcol-correlati sono risultati essere i genitori e la radiotelevisione, con percentuali pressoché simili (65,1% e 66,1%). Vengono poi menzionati i giornali o rotocalchi e gli insegnanti, anche in questo caso con percentuali non molto dissimili (50,5% e 48%) (Tab. 7). Al terzo posto vengono riferiti i medici e gli altri operatori sanitari, fonte d'informazione per il 41% degli intervistati. Gli interventi di educazione sanitaria ricevuti durante il periodo scolastico sono stati una fonte di conoscenze per il 39,1%, con i ma-

Tabella 7. Conoscenze e fonti di informazione dei danni sulla salute da abuso di alcol.

	Maschi	Femmine	Totale
Danni alcol-correlati riferiti			
Incidenti stradali	85,0% (147)	90,3% (139)	87,5% (286)
Cirrosi	76,3% (132)	82,5% (127)	79,2% (259)
Effetti dannosi sul feto	52,0% (90)	61,7% (95)	56,6% (185)
Indebolimento della memoria	48,0% (83)	37,0% (57)	42,8% (140)
Disturbi sessuali (impotenza)	40,5% (70)	39,0% (60)	39,8% (130)
Cancro alla bocca	15,6% (27)	11,7% (18)	13,8% (45)
Cancro al seno	5,8% (10)	4,5% (7)	5,2% (17)
Morti alcol-correlati/anno (risposta corretta: 30.000)	37,0% (64)	52,6% (81)	44,3% (145)
Fonti di informazione			
Genitori	57,2% (99)	74,0% (114)	65,1% (213)
Insegnanti	48,0% (83)	48,1% (74)	48,0% (157)
Medici ed altri operatori sanitari	39,9% (69)	42,2% (65)	41,0% (134)
Farmacisti	13,9% (24)	6,5% (10)	10,4% (34)
Giornali e rotocalchi	52,6% (91)	48,1% (74)	50,5% (165)
Radio e TV	66,5% (115)	65,6% (101)	66,1% (216)
Interventi di educazione sanitaria	41,6% (72)	36,4% (56)	39,1% (128)
Non ho avuto informazioni	5,8% (10)	5,2% (8)	5,5% (9)

schi che sono risultati più coinvolti da iniziative di questo tipo (41,6% contro 36,4%). Esiste infine anche una piccola percentuale (5,5%) di individui che riferiscono di non aver ricevuto alcuna informazione da nessuna fonte. Alla domanda su come gli intervistati valutassero il grado di pericolosità dell'alcol per l'uomo e la donna, la maggior parte (51%) ha risposto erroneamente, affermando che i due sessi sono esposti agli stessi rischi, mentre in realtà l'alcol si dimostra più dannoso per le donne, a causa della presenza di un diverso sistema enzimatico e quindi di un differente metabolismo di questa sostanza e a causa della presenza di minor quantità di acqua nel corpo femminile. La risposta corretta è stata fornita dal 26% degli studenti,

in misura maggiore dai maschi (29,5% contro il 22,1%). Il 4% ha considerato erroneamente l'alcol più pericoloso per la salute degli uomini. Per quanto riguarda il problema dell'alcolismo il 27,2% degli intervistati ha riferito di conoscere più di uno studente con questa dipendenza (dati non mostrati in tabella). Tra le associazioni più conosciute come gruppi di mutuo aiuto, è stata menzionata l'Associazione degli "Alcolisti Anonimi" al primo posto, con il 34,6%, mentre i servizi forniti dal SSN (SerT) sono stati ricordati dal 5%. E' stato rilevato che molti studenti (42,2%) non erano a conoscenza di alcun servizio di assistenza e solo il 13,8% di essi era a conoscenza sia dei SerT che degli "Alcolisti Anonimi".

3.2.4. Correlazioni tra le variabili

Abitudini fumatorie, consumi di alcol e energy drink

Incrociando i dati sui consumi di tabacco ed alcol è risultato evidente che la percentuale di bevitori tra coloro che fumano (40,1%) è di circa tre volte superiore a quella tra gli astemi (14,0%); tale dato sembrerebbe evidenziare una sempre maggiore tendenza da

parte dei ragazzi ad associare questi due abitudini che comportano gravi rischi per la salute (Tab. 8). In particolare chi fuma ha 4 volte la probabilità di bere rispetto a chi non fuma. Questa correlazione è molto più alta tra le femmine [OR = 7,70 (IC_{95%} 1,74-99,98)] che tra i maschi [OR = 2,25 (IC_{95%} 0,70-7,22)].

L'associazione positiva, ma non statistica-

Tabella 8 - Consumo di sigarette e energy drink a seconda delle abitudini bibitorie

Consumo di sigarette						
Maschi		Femmine		Totale		
	Fumatori	Non fumatori	Fumatori	Non fumatori	Fumatori	Non fumatori
Astemi	4% (6)	12,5% (13)	3,8% (2)	23,5% (24)	14,0% (6)	86,0% (37)
Bevitori	94,0% (63)	87,5% (91)	96,2% (50)	76,5 (78)	40,1% (113)	59,9% (169)
OR = 2,25 IC _{95%} 0,70-7,22		OR = 7,70 IC _{95%} 1,74-99,98		OR = 4,123 IC _{95%} 1,68-10,09		
Consumo di energy drink						
	Consuma	Non consuma	Consuma	Non consuma	Consuma	Consuma
Astemi	11,1% (4)	9,8% (13)	11,4% (4)	19,3% (22)	11,3% (8)	14,2% (35)
Bevitori	88,9% (32)	90,2% (120)	88,6% (31)	80,7% (92)	88,7% (63)	85,8% (212)
OR=0,867 (IC _{95%} = 0,26-2,84)		OR=1,853 (IC _{95%} = 0,59-5,80)		OR=1,300 (IC _{95%} = 0,57-2,95)		

mente significativa, tra consumi di energy drink e consumi di alcol è stata evidenziata solo tra le femmine [OR=1,853 (IC= 0,59-5,80)].

Consumi degli studenti e consumi in famiglia e tra gli amici

È stata riscontrata una associazione tra l'abitudine fumatoria degli studenti e quella dei genitori: infatti la probabilità di avere almeno un genitore fumatore tra i fumatori è risultata doppia [OR: 1,96 (IC=1,11-3,37)] rispetto a quella rilevata tra i non fumatori (Tab. 9).

È stata evidenziata anche un'associazione statisticamente significativa tra consumo di alcol degli intervistati e consumo di alcol dei famigliari: il 92% dei bevitori ha almeno un genitore che beve, mentre questa percentuale scende all'8% tra gli astemi [OR = 4,03

(IC= 2,06-7,82)]; correlazione di Spearman $p > 0,001$). In generale il comportamento degli intervistati ricalca quello dei loro genitori: infatti il 40,8% di coloro che dichiara di bere durante il week-end proviene da famiglie dove entrambi i genitori sono bevitori, contro il 25,3% degli studenti che hanno genitori astemi.

Anche gli studenti che hanno dichiarato di bere durante tutti i giorni della settimana provengono in prevalenza (54,5%) da famiglie i cui genitori consumano alcol: infatti di essi solo il 9,1% ha entrambi i genitori astemi.

5. Conclusioni

La ricerca ha avuto lo scopo di rilevare i consumi di sostanze psicotrope legali, quali tabacco, alcol e energy drink e di analizzare

Tabella 9 - Frequenza di consumo di tabacco o alcol personale e consumo tra i genitori

Fumo o alcol in famiglia	% Fumatori	% Non fumatori	% Bevitori	% Astemi
Almeno un genitore	62,8% (54)	46,6% (61)	92,0% (206)	8,0% (18)
Nessun genitore	37,2% (32)	53,4% (70)	26,0% (25)	74,0% (71)
	OR: 1,96 (IC _{95%} = 1,11-3,37)		OR = 4,03 (IC _{95%} = 2,06-7,82)	

atteggiamenti e conoscenze nei confronti di queste sostanze tra oltre 300 studenti universitari ospiti delle residenze dell'Università degli Studi di Perugia.

La ricerca ha innanzitutto mostrato che il livello di benessere percepito ed il grado di soddisfazione nei rapporti familiari e sociali di questo gruppo di studenti sono risultati elevati, mentre i livelli di soddisfazione nei confronti della gestione del proprio tempo libero e della propria situazione economica sono risultati inferiori.

Le abitudini fumatorie quotidiane degli studenti si sono rivelate molto diffuse, specialmente tra i maschi (29,5% di fumatori con un consumo medio di circa 11 sigarette/die contro 21,4% di fumatrici con circa 8 sigarette/die). Tali abitudini sono risultate più radicate in questo campione di giovani, di età media di circa 23 anni, rispetto a quelle del campione italiano di giovani tra i 15 e i 24 anni intervistato da ISS-DOXA nel 2013 (21,9% di fumatori quotidiani maschi e 19,1% di fumatrici).

Le abitudini degli studenti di entrambi i sessi sono risultate associate con le abitudini familiari e, in maniera ancora più evidente, con le abitudini degli amici.

Le conoscenze dei danni tabacco-correlati sono risultate buone per quanto riguarda il cancro polmonare, mentre sono state riportate meno frequentemente le risposte corrette relative alla bronchite e all'infarto e infine appaiono del tutto insufficienti le informa-

zioni riguardanti i disturbi sessuali e altri danni tumorali. Solo un terzo circa degli studenti ha riferito correttamente la stima del numero di morti tabacco-correlate in l'Italia (circa 70.000 morti/anno), per cui è da evidenziare la preoccupante sottostima del fenomeno tabagismo in Italia da parte della maggioranza degli studenti intervistati. Le principali fonti di informazione sui danni tabacco-correlati sono risultate essere i genitori (64,2%), mentre percentuali molto più basse di studenti hanno riportato nell'ordine: la scuola, i medici, i mass media e gli interventi mirati di educazione sanitaria.

Questi risultati sembrano indicare da un lato un elevato grado di coinvolgimento degli studenti nell'abitudine fumatoria, nonché numerose lacune sulle loro conoscenze dei danni correlati, dall'altro uno scarso impegno della scuola, dei medici e dei mass media nella diffusione di informazioni scientifiche corrette. Da ciò appare evidente la necessità che le Università abbiano fra le loro finalità anche quella di potenziare campagne informative rivolte ai giovani sui rischi tabacco-correlati e di offrire contemporaneamente ad essi un servizio di consulenza per la disassuefazione dal tabagismo.

Le rilevazioni relative all'alcol hanno mostrato che il consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani è piuttosto elevato: le percentuali di astemi sono risultate molto basse, specialmente tra i maschi (10% contro 17,2%). Poco frequente è risultato essere il consumo

giornaliero, che è senza dubbio il comportamento più a rischio per i danni cronici che comporta (7,1% tra i maschi e 5,6% tra le femmine), mentre l'abuso episodico ma massiccio, il binge drinking, che è il comportamento più a rischio per gli effetti sugli incidenti, la violenza e l'influenza negativa sulla memoria, ha visto coinvolti un maggior numero di studenti, con percentuali lievemente superiori tra le femmine per l'evento riportato nell'ultima settimana (8,7% per i maschi e 9,1% per le femmine). L'uso dell'alcol per lo sballo del week-end sembra quindi essere diventato il comportamento prevalente in entrambi i sessi.

Le conoscenze dei danni alcol-correlati sono risultate diffuse per gli effetti tossici più noti, quali gli incidenti stradali e la cirrosi epatica, ma molto limitate per altri importanti problemi, quali gli effetti fetotoossici, l'impotenza, l'indebolimento della memoria, il cancro alla bocca e il cancro al seno (in ordine decrescente). Un dato evidentemente molto importante è la scarsa conoscenza rilevata riguardo alla diversa pericolosità dell'alcol per gli uomini e per le donne: solo il 26% degli intervistati ha affermato correttamente che è più pericoloso per le donne, a causa della loro elevata suscettibilità. Infine il carico globale delle morti alcol-correlate in Italia è stato riferito in maniera corretta da meno della metà degli studenti, che quindi nella maggioranza sottovalutano il fenomeno.

E' risultato che gli energy drink, bevande che alcune ricerche indicano essere molto utilizzate assieme alle bevande alcoliche dagli studenti universitari negli Stati Uniti, vengono invece consumati solo da una minoranza degli studenti e l'associazione positiva con in-

consumo di bevande alcoliche è stata riscontrata solo tra le femmine.

Le principali associazioni tra i consumi in esame sono risultate quelle tra consumi di tabacco e consumi alcol da parte dei giovani, a conferma di quanto rilevato in altre ricerche, e tra consumi di tabacco e di alcol degli studenti e quelli dei loro genitori ed amici. In conclusione è opportuno sottolineare l'urgenza di monitorare i consumi di tabacco e di alcol tra gli studenti universitari, per cogliere precocemente i segnali di potenziali problemi per la loro salute, e la necessità di partecipare ad una azione collettiva con un maggiore impegno da parte degli operatori sanitari, dei mass-media, della scuola e dell'università per ridurre il consumo di queste sostanze psicotrope legali (40).

La presente indagine, i cui risultati saranno comunicati durante incontri con gli studenti delle residenze universitarie, vuole essere uno stimolo alla riflessione su queste abitudini che risultano essere tra i principali problemi sanitari e sociali.

In particolare sarebbe auspicabile che le Università per l'importanza del proprio ruolo si organizzino per fornire agli studenti informazioni scientifiche su tabacco e alcol e per predisporre servizi di consulenza e di assistenza per la disassuefazione dal tabagismo e per la prevenzione dei danni alcol-correlati. Un primo intervento potrebbe essere quello di coinvolgere gli stessi studenti nell'elaborazione di una strategia preventiva efficace e quindi programmare interventi preventivi partecipati, basandosi su forme di comunicazione nuove, quali ad esempio la peer education, anche attraverso il web ed i social network, da sottoporre infine ad una corretta valutazione di efficacia (38).

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 2006 Nov;3(11):e442.
3. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Pruss-Ustun A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*. 2011 Jan 8;377(9760):139-46.
4. World Health Organization. Global report on mortality attributable to tobacco. Geneva: WHO; 2012.
5. ISS-OSSFAD. Rapporti Annuali sul Fumo. Indagini DOXA-ISS. 2013(Istituto Superiore di Sanità).
6. Erdogan N, Erdogan I. Smoking at school: views of Turkish university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2009 Jan;6(1):36-50.
7. Al-Kaabba AF, Saeed AA, Abdalla AM, Hassan HA, Mustafa AA. Prevalence and associated factors of cigarette smoking among medical students at King Fahad Medical City in Riyadh of Saudi Arabia. *Journal of Family & Community Medicine*. 2011 Jan;18(1):8-12.
8. Al-Naggar RA, Al-Dubai SA, Al-Naggar TH, Chen R, Al-Jashamy K. Prevalence and of smoking and associated factors among Malaysian University students. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(3):619-24.
9. Huang B, Inagaki K, Yoshii C, Kano M, Abbott PV, Noguchi T, et al. Social nicotine dependence in Australian dental undergraduate students. *International Dental Journal*. 2011 Jun;61(3):152-6.
10. El Ansari W, Sebena R, Stock C. Do Importance of Religious Faith and Healthy Lifestyle Modify the Relationships Between Depressive Symptoms and Four Indicators of Alcohol Consumption? A Survey of Students Across Seven Universities in England, Wales, and Northern Ireland. *Substance Use & Misuse*. 2013 Sep 9.
11. Lee RL, Loke AJ. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nursing (Boston, Mass)*. 2005 May-Jun;22(3):209-20.
12. Wetter DW, Kenford SL, Welsch SK, Smith SS, Fouladi RT, Fiore MC, et al. Prevalence and predictors of transitions in smoking behavior among college students. *Health Psychol*. 2004 Mar;23(2):168-77.
13. Chatterjee T, Haldar D, Mallik S, Sarkar GN, Das S, Lahiri SK. A study on habits of tobacco use among medical and non-medical students of Kolkata. *Lung India*. 2011 Jan;28(1):5-10.
14. Solberg LI, Asche SE, Boyle R, McCarty MC, Thoele MJ. Smoking and cessation behaviors among young adults of various educational backgrounds. *American Journal of Public Health*. 2007 Aug;97(8):1421-6.
15. Gilpin EA, White VM, Pierce JP. What fraction of young adults are at risk for future smoking, and who are they? *Nicotine Tob Res*. 2005 Oct;7(5):747-59.
16. Thomas JL, An L, Luo X, Scherber RM, Berg CJ, Golden D, et al. Abstinence and relapse rates following a college campus-based quit & win contest. *J Am Coll Health*. 2010 Jan-Feb;58(4):365-72.
17. Johnston LD, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2012: Volume I, Secondary school students. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, The University of Michigan; 2013.
18. Johnston LD, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2012: Volume 2, College Students & adults Ages 19–50. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, The University of Michigan; 2013.
19. Steptoe A, Wardle J, Cui W, Bellisle F, Zotti AM, Baranyai R, et al. Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990–2000. *Preventive Medicine*. 2002 Aug;35(2):97-104.
20. Danielsson AK, Wennberg P, Hibell B, Romelsjö A. Alcohol use, heavy episodic drinking and subsequent problems among adolescents in 23 European countries: does the prevention paradox apply? *Addiction (Abingdon, England)*. 2012 Jan;107(1):71-80.
21. Norstrom T, Ramstedt M. Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug and alcohol review*. 2005 Nov;24(6):537-47.
22. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel

- G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction* (Abingdon, England). 2003 Sep;98(9):1209-28.
23. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*. 2002 Nov 2;360(9343):1347-60.
24. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO; 2011.
25. Dantzer C, Wardle J, Fuller R, Pampaloni SZ, Steptoe A. International study of heavy drinking: attitudes and sociodemographic factors in university students. *J Am Coll Health*. 2006 Sep-Oct;55(2):83-9.
26. Kypri K, Cronin M, Wright CS. Do university students drink more hazardously than their non-student peers? *Addiction* (Abingdon, England). 2005 May;100(5):713-4.
27. Valles SL, Blanco AM, Pascual M, Guerri C. Chronic ethanol treatment enhances inflammatory mediators and cell death in the brain and in astrocytes. *Brain Pathology* (Zurich, Switzerland). 2004 Oct;14(4):365-71.
28. Blanco AM, Pascual M, Valles SL, Guerri C. Ethanol-induced iNOS and COX-2 expression in cultured astrocytes via NF-kappa B. *Neuroreport*. 2004 Mar 22;15(4):681-5.
29. Blanco AM, Valles SL, Pascual M, Guerri C. Involvement of TLR4/type I IL-1 receptor signaling in the induction of inflammatory mediators and cell death induced by ethanol in cultured astrocytes. *J Immunol*. 2005 Nov 15;175(10):6893-9.
30. Zeigler DW, Wang CC, Yoast RA, Dickinson BD, McCaffree MA, Robinowitz CB, et al. The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine*. 2005 Jan;40(1):23-32.
31. Pascual M, Blanco AM, Cauli O, Minarro J, Guerri C. Intermittent ethanol exposure induces inflammatory brain damage and causes long-term behavioural alterations in adolescent rats. *The European journal of neuroscience*. 2007 Jan;25(2):541-50.
32. Parada M, Corral M, Caamano-Isorna F, Mota N, Crego A, Holguin SR, et al. Binge drinking and declarative memory in university students. *Alcoholism, Clinical and Experimental research*. 2011 Aug;35(8):1475-84.
33. ISTAT. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. *Statistiche Report Anno 2012* 2013.
34. Aertgeerts B, Buntinx F. The relation between alcohol abuse or dependence and academic performance in first-year college students. *J Adolesc Health*. 2002 Sep;31(3):223-5.
35. Singleton RA, Jr., Wolfson AR. Alcohol consumption, sleep, and academic performance among college students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2009 May;70(3):355-63.
36. Hingson RW, Heeren T, Zakocs RC, Kopstein A, Wechsler H. Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24. *Journal of Studies on Alcohol*. 2002 Mar;63(2):136-44.
37. Perkins HW. Surveying the damage: a review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *J Stud Alcohol Suppl*. 2002 Mar(14):91-100.
38. Lorant V, Nicaise P, Soto VE, d'Hoore W. Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. *BMC Public Health*. 2013;13:615.
39. Wicki M, Kuntsche E, Gmel G. Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addictive Behaviors*. 2010 Nov;35(11):913-24.
40. McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. *PLoS Medicine*. 2011;8(2):e1000413.
41. O'Malley PM, Johnston LD. Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *J Stud Alcohol Suppl*. 2002 Mar(14):23-39.
42. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS. Another look at heavy episodic drinking and alcohol use disorders among college and noncollege youth. *Journal of Studies on Alcohol*. 2004 Jul;65(4):477-88.
43. Corbin WR, Iwamoto DK, Fromme K. Broad social motives, alcohol use, and related problems: Mechanisms of risk from high school through college. *Addictive Behaviors*. 2011 Mar;36(3):222-30.
44. Stock C, Mikolajczyk R, Bloomfield K, Maxwell AE, Ozcebe H, Petkeviciene J, et al. Alcohol

- consumption and attitudes towards banning alcohol sales on campus among European University Students. *Public Health*. 2009 Feb;123(2):122-9.
45. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. *Drug and Alcohol Dependence*. 2004 Jun 11;74(3):223-34.
46. Knight JR, Wechsler H, Kuo M, Seibring M, Weitzman ER, Schuckit MA. Alcohol abuse and dependence among U.S. college students. *Journal of studies on alcohol*. 2002 May;63(3):263-70.
47. Akvardar Y, Demiral Y, Ergor G, Ergor A. Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004 Jun;39(6):502-6.
48. Keller S, Maddock JE, Laforge RG, Velicer WF, Basler HD. Binge drinking and health behavior in medical students. *Addictive Behaviors*. 2007 Mar;32(3):505-15.
49. Pickard M, Bates L, Dorian M, Greig H, Saint D. Alcohol and drug use in second-year medical students at the University of Leeds. *Medical Education*. 2000 Feb;34(2):148-50.
50. Thakore S, Ismail Z, Jarvis S, Payne E, Keetbaas S, Payne R, et al. The perceptions and habits of alcohol consumption and smoking among Canadian medical students. *Acad Psychiatry*. 2009 May-Jun;33(3):193-7.
51. Monarca S MM, Gasperini G, Bracalente B. Consumo di psicofarmaci e alcool: indagine tra gli studenti ospiti della casa dello studente dell'Università di Perugia. *Educazione Sanitaria e Medicina Preventiva* 1,1 Gennaio-Marzo 1978. *Il Pensiero Scientifico ED*; 1978.
52. Digrande L, Perrier MP, Lauro MG, Contu P. Alcohol use and correlates of binge drinking among university students on the Island of Sardinia, Italy. *Substance Use & Misuse*. 2000 Aug;35(10):1471-83.
53. D'Alessio M, Baiocco R, Laghi F. The problem of binge drinking among Italian university students: a preliminary investigation. *Addictive behaviors*. 2006 Dec;31(12):2328-33.
54. Porretta B, Cicognani, E, Zani, B. Scopi di vita e uso di sostanze psicoattive fra gli studenti universitari. *Psicologia della Salute*. 2010(3):31-46.
55. Jackson KM, Colby SM, Sher KJ. Daily patterns of conjoint smoking and drinking in college student smokers. *Psychol Addict Behav*. 2010 Sep;24(3):424-35.
56. Ritchey PN, Reid GS, Hasse LA. The relative influence of smoking on drinking and drinking on smoking among high school students in a rural tobacco-growing county. *J Adolesc Health*. 2001 Dec;29(6):386-94.
57. Wetzels JJ, Kremers SP, Vitoria PD, de Vries H. The alcohol-tobacco relationship: a prospective study among adolescents in six European countries. *Addiction (Abingdon, England)*. 2003 Dec;98(12):1755-63.
58. Jackson KM, Sher KJ, Cooper ML, Wood PK. Adolescent alcohol and tobacco use: onset, persistence and trajectories of use across two samples. *Addiction (Abingdon, England)*. 2002 May;97(5):517-31.
59. Weitzman ER, Chen YY. The co-occurrence of smoking and drinking among young adults in college: national survey results from the United States. *Drug and Alcohol Dependence*. 2005 Dec 12;80(3):377-86.
60. Reed MB, Wang R, Shillington AM, Clapp JD, Lange JE. The relationship between alcohol use and cigarette smoking in a sample of undergraduate college students. *Addictive Behaviors*. 2007 Mar;32(3):449-64.
61. Bobo JK, Husten C. Sociocultural influences on smoking and drinking. *Alcohol Res Health*. 2000;24(4):225-32.
62. Jackson KM, Sher KJ, Wood PK. Trajectories of concurrent substance use disorders: a developmental, typological approach to comorbidity. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 2000 Jun;24(6):902-13.
63. McGue M, Iacono WG, Krueger R. The association of early adolescent problem behavior and adult psychopathology: a multivariate behavioral genetic perspective. *Behavior Genetics*. 2006 Jul;36(4):591-602.
64. Jackson KM, Sher KJ, Wood PK. Prospective analysis of comorbidity: tobacco and alcohol use disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 2000 Nov;109(4):679-94.
65. Mitchell SH, de Wit H, Zacny JP. Caffeine withdrawal symptoms and self-administration

- following caffeine deprivation. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*. 1995 Aug;51(4):941-5.
66. Epstein AM, Sher TG, Young MA, King AC. Tobacco chippers show robust increases in smoking urge after alcohol consumption. *Psychopharmacology*. 2007 Feb;190(3):321-9.
67. Sayette MA, Martin CS, Wertz JM, Perrott MA, Peters AR. The effects of alcohol on cigarette craving in heavy smokers and tobacco chippers. *Psychol Addict Behav*. 2005 Sep;19(3):263-70.
68. Barrett SP, Tichauer M, Leyton M, Pihl RO. Nicotine increases alcohol self-administration in non-dependent male smokers. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006 Feb 1;81(2):197-204.
69. Kouri EM, McCarthy EM, Faust AH, Lukas SE. Pretreatment with transdermal nicotine enhances some of ethanol's acute effects in men. *Drug and Alcohol Dependence*. 2004 Jul 15;75(1):55-65.
70. Attila S, Cakir B. Energy-drink consumption in college students and associated factors. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif)*. 2011 Mar;27(3):316-22.
71. Malinauskas BM, Aeby VG, Overton RF, Carpenter-Aeby T, Barber-Heidal K. A survey of energy drink consumption patterns among college students. *Nutrition Journal*. 2007;6:35.
72. O'Brien MC, McCoy TP, Rhodes SD, Wagoner A, Wolfson M. Caffeinated cocktails: energy drink consumption, high-risk drinking, and alcohol-related consequences among college students. *Acad Emerg Med*. 2008 May;15(5):453-60.
73. Oteri A, Salvo F, Caputi AP, Calapai G. Intake of energy drinks in association with alcoholic beverages in a cohort of students of the School of Medicine of the University of Messina. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 2007 Oct;31(10):1677-80.
74. Brache K, Stockwell T. Drinking patterns and risk behaviors associated with combined alcohol and energy drink consumption in college drinkers. *Addictive Behaviors*. 2011 Dec;36(12):1133-40.
75. Berger L, Fendrich M, Fuhrmann D. Alcohol mixed with energy drinks: are there associated negative consequences beyond hazardous drinking in college students? *Addictive Behaviors*. 2013 Sep;38(9):2428-32.

Ringraziamenti - Si ringraziano: il prof. Maurizio Oliviero, Presidente dell'ADISU (Agenzia per il Diritto allo Studio Universitario per l'Umbria) di Perugia, per la sua sensibilità nell'aver accettato con entusiasmo il progetto e nell'aver favorito l'esecuzione di questa ricerca tra gli studenti ospiti delle residenze dell'Università di Perugia; la dr.ssa Patrizia Giorgi, dirigente del Servizio "Lo Zaino" per la preziosa collaborazione nella elaborazione del questionario; gli studenti Giovanna Bondatti e Federico Cipriani, laureandi della Facoltà di Farmacia, per aver realizzato fattivamente l'intera rilevazione mediante questionario.

Adolescenza e salute percepita. Dati dello studio HBSC a Torino

Adolescence and perceived health - HBSC study results in Torino (Italy)

Silvio Geninatti, Alessandro Tricomi, Alessandra D'Alfonso

Silvio Geninatti

ASL To 2, Responsabile Ricerche Statistiche ed Epidemiologiche

Alessandro Tricomi

Statistico

Alessandra D'Alfonso

ASL To 2, Responsabile Sistema Qualità e Gestione del Rischio

Parole chiave: adolescenza, salute percepita, HBSC, profili di rischio

RIASSUNTO

Obiettivi: nell'ambito dello studio HBSC applicato agli studenti del 1° anno della Scuola Media Superiore (n=2123) di Torino, una città del Nord Italia (900.000 abitanti) è stato indagato lo stato di salute percepito e la relazione con altre variabili di interesse.

Metodologia: è stato somministrato un questionario anonimo validato. Sono state applicate statistiche descrittive, test di consistenza interna Alfa di Cronbach, misure di associazione e relativi intervalli di confidenza ed infine un modello di Analisi delle Componenti Principali.

Risultati: a differenza di quanto risulta dagli indicatori utilizzati dagli epidemiologi (ospedalizzazione e mortalità) che suggeriscono come l'adolescenza sia una età caratterizzata da buona salute, è risultato che il 24% delle femmine e il 14% dei maschi sarebbe afflitto da un quotidiano malessere di tipo somatico mentre il 32% e il 22% da disturbi di tipo psicologico rispettivamente. Valori di OR positivi sono osservabili per fattori potenzialmente esplicativi quali esposizione a PC, TV e non fare colazione. Bassi punteggi nella sfera delle abilità sociale e fiducia in se stessi, del successo e integrazione scolastica e nelle relazioni tra pari sono associati a OR elevati (statisticamente significativi). Tre profili di adolescente sono stati poi estratti con l'ausilio della tecnica dell'Analisi delle Componenti Principali.

Key words: adolescence, perceived health, HBSC, risk profiles

SUMMARY

Objectives: in the framework of HBSC study applied to fifteen years high school students (n=2123) from Turin, a Northern Italy city (900.000 people) has been investigated perceived health status and relationship among other interested variables.

Methods: a validate anonymous questionnaire has been administered. Statistical analysis has been performed by application of common descriptive statistics, Cronbach Alpha internal consistency test, association measures including confidence interval calculation and finally a Principal Components Analysis has been applied.

Results: despite evidences from epidemiological commonly used indicators (hospitalization and mortality rates) that suggest adolescence like a healthy age, results show that 24% of girls and 14% of boys has been affected by everyday somatic symptomatology while 32% and 22% by psychological disorders respectively. OR significant scores have been observed analyzing potentially explanatory factors like video and TV exposure and no-breakfast habits. Lower scores in social skills, self-esteem, successful outcomes and scholastic integration domains are associated with high OR scores (statistically significant). Three adolescent profiles have been extracted using Principal Components Analysis Methods.

Introduzione

Background

Lo stato di salute non si distribuisce in modo omogeneo nella popolazione, le malattie croniche degenerative e le patologie oncologiche sono associate all'età. L'adolescenza è una età di buona salute e di scarso impatto di patologia. Le considerazioni che seguono sono da riferirsi a paesi, come l'Italia, considerata ad elevato reddito (17).

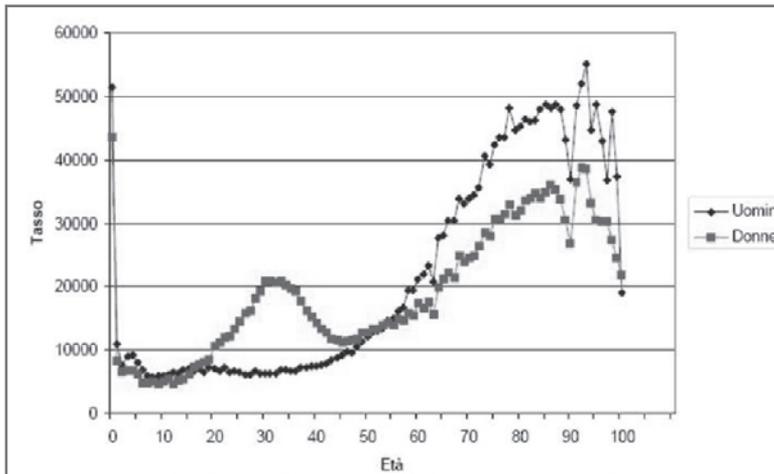
Indici di mortalità e di ospedalizzazione crescono con l'aumentare dell'età. I tassi di ricorso al ricovero ospedaliero in Piemonte, la regione dove è stato condotto lo studio, tra le classi di età che interessano l'adolescenza, sono tra i più bassi (grafico 4). Nell'area sub metropolitana di Torino, corrispondente al territorio dell'Azienda Sanitaria Locale che ha condotto lo studio, l'andamento del consumo di risorse sanitarie ha una distribuzio-

ne del tutto analoga⁽¹⁾. I dati di mortalità per tutte le cause calcolati tra i residenti della Regione Piemonte sono risultati per i maschi 19 e 63 per 10⁵, per le femmine 13 e 25 per 10⁵ rispettivamente per le classi di età comprese tra 10 e 14 e tra 15 e 19 anni. Solo nella classe di età precedente, tra 5 e 9 anni si osservano valori inferiori (18). Questi dati trovano riscontro nei tassi di mortalità calcolati per i paesi ad alto reddito che risultano per i maschi 19 e 67 per 10⁵ e per le femmine 12 e 29 per 10⁵ rispettivamente per le classi di età comprese tra 10 e 14 e tra 15 e 19 anni (17).

Le cause di morte in giovane età sono riferibili ad incidentalità stradale, a violenza e HIV/AIDS. Un peso rilevante è esercitato da fattori di tipo psichiatrico o da condotte di abuso (alcol, psicoattivi) che influenzano esiti fatali quali anoressia, violenza auto ed etero inflitta, suicidio (10,12,17).

¹ Fonte: Statistiche Azienda Sanitaria Locale To 2, Dati correnti

Grafico 4 Tassi di ospedalizzazione per 100.000 per età anagrafica



Epidemiologia Piemonte. Regione Piemonte anno 2009

Al di là dei possibili esiti letali, questi fattori costituiscono in ogni caso dei rischi per la salute di una certa gravità. I comportamenti sessuali influenzano anche la salute nella duplice prospettiva della gravidanza precoce e/o indesiderata e delle malattie sessualmente trasmesse.

In questi ultimi anni, il raggiungimento della condizione di adulto e della responsabilizzazione sociale si è dilatata nel tempo, e ciò ha delle implicazioni sul piano della salute. L'esposizione a malattie sessualmente trasmesse finisce per estendersi da qualche anno a più di una decina di anni, dal momento che l'età della prima esperienza sessuale può collocarsi tra i 15-16 anni e che la condizione di adulto, perlomeno per un certo numero di anni, comporta generalmente una minore promiscuità (13). La stabilizzazione della coppia e la condizione di genitorialità è associata ad un decremento dei rischi, la tendenza perciò a procrastinare queste condizioni comporta una estensione della vulnerabilità del

giovane.

Oltretutto, abitudini poco salutari ed esposizione a fattori rischio (sedentarietà, fumo di tabacco), anche se non determinano apprezzabili modificazioni dello stato di salute nel breve tempo, sono predittivi di importanti patologie che si svilupperanno più tardi in età adulta (13).

Investire nella salute dell'adolescente significa quindi investire nella salute nel senso più ampio del termine.

Esistono peraltro dei fattori che influenzano, anche in modo importante, la salute, tanto da potersi definire 'determinanti'. L'OMS definisce determinanti della salute 'le condizioni in cui le persone sono nate, cresciute, vivono, lavorano ed invecchiano' (19). Tralasciando gli aspetti strutturali che hanno a che vedere con le condizioni generali di vita, del sistema di welfare etc, sui quali i ricercatori sanitari scarsamente possono incidere, esistono determinanti cosiddetti prossimali relativi alla vita di tutti i giorni e all'ambiente

circostante che finiscono per influenzare l'adolescente: dalla famiglia al gruppo dei pari, alla scuola, al tessuto sociale di riferimento (14). Questi elementi stanno andando incontro ad un processo di dematerializzazione dovuta al sempre più diffuso utilizzo delle nuove tecnologie di comunicazione adottate da dispositivi mobili: l'accesso a Internet, la messaggeria istantanea, i social network. Questo processo se può essere descritto come una enorme opportunità, può costituire anche un potentissimo canale di accesso, quasi completamente blindato nei confronti dell'adulto, di contenuti potenzialmente dannosi per l'adolescente. In questa accezione l'adolescente può diventare un bersaglio privilegiato di aggressione mediatica e la spinta ad aderire a condotte non salutari (uso di tabacco, abuso di alcol, consumo di cibi ipercalorici e/o ad alto contenuto di zuccheri o di sale) si comporta in modo analogo ad una vera e propria epidemia (7,8,13).

Aderire ad iniziative che contribuiscono a descrivere e a monitorare il rapporto tra adolescenza e salute è sembrata una scelta adeguata.

Lo studio HBSC è stato promosso nel 1982 da Inghilterra, Finlandia e Norvegia e, nel corso degli anni, ha visto il coinvolgimento di un sempre maggior numero di Stati, tra cui anche Paesi extraeuropei quali USA e Canada. La versione 2009-2010 ha coinvolto 43 Paesi tra europei ed extraeuropei. Lo studio si caratterizza come un network di ricercatori, università e istituzioni governative, coordinate da un comitato internazionale costituito da membri eletti dai Paesi rappresentati. La ricerca in Italia è coordinata dall'Università degli Studi di Torino - Dipartimento di Sanità pubblica e Microbiologia. Questo studio ha permesso di raccogliere dati su tutte le regioni e province autonome, che

potranno così orientare in modo specifico le loro politiche sanitarie, sulla base dei dati raccolti. La disponibilità di dati rilevati in diverse zone d'Italia permette, come in tutti gli studi multicentrici, l'applicazione di interessanti modelli di analisi della varianza.

Costruire uno strumento di monitoraggio utile alla comprensione dei fattori che possono determinare esiti di salute tra gli adolescenti è lo scopo essenziale dell'iniziativa. Lo strumento è un questionario elaborato da un'équipe internazionale multidisciplinare, redatto in inglese e poi adattato nelle diverse lingue dei Paesi partecipanti. Le aree indagate sono quelle del benessere psico-fisico, delle abitudini alimentari, del tempo libero e della rete relazionale, costituita da famiglia, scuola e gruppo dei pari.

L'indagine presentata in questa relazione è stata condotta dall'ASL To 2 e si inquadra nella rilevazione quadriennale programmata per questa sorveglianza sui ragazzi da 11 a 15 anni (5).

A differenza dell'indagine standard, l'arruolamento dei soggetti ha riguardato la totalità dei ragazzi presenti negli istituti scolastici della zona d'interesse. La scelta di utilizzare il questionario HBSC è risultata opportuna perché legata alla necessità di impiegare uno strumento validato ed efficace nel fotografare la "realtà" adolescenziale allo scopo di indirizzare le scelte programmatiche dei decisori locali, oltre che interessante per verificare se il suo utilizzo, normalmente fatto su scale più grandi e su campioni rappresentativi di vaste popolazioni, potesse servire alle stesse finalità. Il questionario è stato compilato da parte dei ragazzi in forma completamente anonima, in modo da evitare che i rispondenti potessero incontrare difficoltà a dichiararsi sapendo di poter essere identificati.

Obiettivi

L'obiettivo del presente lavoro consiste nello:

- a) stimare, tra gli studenti, la percezione del proprio stato di salute;
- b) verificare la presenza di fattori potenzialmente esplicativi;
- c) verificare la presenza di fattori associati;
- d) determinare profili di rischio per salute percepita scadente.

Materiali e metodi**Tipo di studio**

Si tratta di uno studio trasversale. Le informazioni sono state raccolte tra la fine del 2009 e l'inizio del 2010 con l'utilizzo di un questionario anonimo validato auto compilato. La fase di compilazione è stata assistita e monitorata da personale appositamente formato.

Caratteristiche del campione

L'indagine, da cui trae origine lo studio è stata condotta nel territorio di quattro circoscrizioni (4, 5, 6 e 7; popolazione: 421.751 unità) del Comune di Torino corrispondenti all'area di competenza dell'ASL To 2. Il campione in oggetto è rappresentato dagli studenti delle prime classi delle Scuole Medie Superiori (n = 17) per un totale di 2123 adolescenti con età compresa tra i 14 e i 15 anni. La proposta è stata rivolta a tutte le scuole e a tutte le classi, l'adesione è stata volontaria.

La numerosità campionaria raccomandata dal protocollo internazionale ammonta a 1500 unità (20).

Gli ambiti di indagine

Complessivamente sono state raccolte informazioni in merito alle seguenti aree tematiche:

- comportamenti potenzialmente in grado

di influenzare lo stato di salute dell'individuo. Le domande in particolare sono volute ad indagare: alimentazione, attività fisica e sedentarietà, comportamenti a rischio, rapporti sessuali e fenomeni di violenza e di infortunio, atti di bullismo;

- risorse individuali e sociali che possono aiutare l'individuo a compiere delle scelte: percezione dell'immagine del proprio corpo, proprie capacità individuali, composizione del nucleo familiare, rapporto con la famiglia, con la rete amicale e con l'ambiente scolastico, gestione del tempo libero;
- conseguenze in termini di salute: le condizioni di salute e presenza di eventuali sintomi, Indice di Massa Corporea, la qualità della vita e livello di soddisfazione rispetto alla propria condizione di vita, presenza di malattie croniche, l'assunzione di farmaci e lo stress;
- fattori socio-culturali: l'insieme di elementi che caratterizzano lo sfondo culturale e sociale nel quale si trova inserito il soggetto che compila il questionario: le condizioni socio-economiche della famiglia di origine (titolo di studio dei genitori, livello dei consumi, quindi numero di macchine, di computer ecc.); l'ambiente di vita (quindi l'opinione dei soggetti intervistati circa il contesto abitativo e urbano nel quale vivono).

In relazione agli obiettivi dichiarati è stato selezionato un set di variabili riconducibili ad alcuni fattori identificati come a) esito, b) determinanti e c) fattori associati.

Percezione del proprio stato di salute (variabili di esito)

salute fisica

salute psicologica

Abitudini e stili di vita (variabili potenzialmente esplicative)

abitudini alimentari
 attività fisica
 esposizione a video e tv
Relazioni sociali (variabili potenzialmente associate)
 relazioni tra pari
 successo e integrazione scolastica
 abilità sociali e fiducia in se' stessi
 integrità del nucleo familiare

La distribuzione dei valori delle risposte ottenute per le variabili di interesse sono state sottoposte a preliminare analisi della consistenza interna. Qui di seguito vengono mostrate le tabelle riassuntive (Tabelle 1,2,3,4,5). Come si può notare per alcuni dei fattori descritti il valore di α non è elevato. In merito ad abitudini alimentari ($\alpha=0,33$), se la tendenza ad eccedere in ognuna delle 3 abi-

Tabella 1 - Esito indagato. Analisi della consistenza interna

Percezione dello stato di salute	α Cronbach standardizzato
malessere fisico	0,66
malessere psicologico	
senso della vita negativo	

Tabella 2 - Fattori potenzialmente esplicativi. Analisi della consistenza interni

Abitudini alimentari	α Cronbach standardizzato
frequenza nel consumo di dolci	0,33
frequenza nel consumo di bevande gassate	
abitudine di non fare colazione	
Esposizione a video e tv	
frequenza d'uso della televisione	0,59
frequenza d'uso della play station	
frequenza d'accesso a Internet	

N.B.: Il fattore 'Attività fisica' è riconducibile ad un solo item e prevede pertanto il coinvolgimento di una sola variabile.

Tabella 3 Fattori potenzialmente associati. Analisi della consistenza interna

relazioni tra pari	α Cronbach standardizzato
scarse amicizie	0,55
manca di accettazione dai pari	
scarsamente popolare	
successo e integrazione scolastica	
scarso interesse da parte degli insegnanti	0,44
scarso rendimento scolastico	
scuola non accogliente	
abilità sociali e fiducia in se stessi	
scarsa capacità di fronteggiare difficoltà	0,52
scarsa capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati	
scarsa propensione a risolvere i problemi	

N.B.: Il fattore 'Integrità del nucleo familiare' è riconducibile ad un solo item e prevede pertanto il coinvolgimento di una sola variabile.

Tabella 4 Frequenze di genere relative alla percezione di disturbi somatici

Percepire disturbi somatici	Maschi % (n)	Femmine % (n)	Totale % (n)
Circa ogni giorno	13,7 (155)	23,7 (219)	18,5 (388)
Più di una volta a settimana	22,1 (251)	32,0 (295)	26,4 (555)
Circa una volta a settimana	19,5 (221)	19,5 (180)	19,4 (408)
Circa una volta al mese	27,8 (316)	19,4 (179)	24,0 (503)
Praticamente mai	16,9 (192)	5,4 (50)	11,7 (246)

Tabella 5 Frequenze di genere relative alla percezione di disturbi psicologici

Percepire disturbi psicologici	Maschi % (n)	Femmine % (n)	Totale % (n)
Circa ogni giorno	22,4 (253)	32,4 (298)	26,7 (560)
Più di una volta a settimana	28,4 (321)	36,2 (333)	31,8 (667)
Circa una volta a settimana	22,3 (252)	18,2 (168)	20,6 (432)
Circa una volta al mese	17,6 (199)	10,8 (99)	14,4 (301)
Praticamente mai	9,5 (107)	2,5 (23)	6,5 (136)

tudini, è considerata in letteratura come una 'cattiva abitudine', non necessariamente queste caratteristiche si presentano contemporaneamente. Gli altri fattori esplicativi e associati mostrano valori di α da 0,44 a 0,59, mentre tra le variabili di esito la consistenza interna raggiunge lo 0,66.

In un secondo tempo sono state analizzate le relazioni esistenti tra fattori potenzialmente esplicativi e potenzialmente associati e gli outcome per mezzo della stima dell'Odds

Ratio (OR). In ultimo è stato adottato un modello di analisi delle componenti principali (ACP) al fine di identificare eventuali profili di soggetti con outcome sfavorevole. Al fine di consentire l'attivazione di quest'ultima procedura, i dati mancanti risultanti dal dataset sono stati elaborati con la tecnica di imputazione multipla secondo il metodo di Rubin (21).

I dati sono stati elaborati con ausilio di piattaforma SAS 9.1.3 Service Pack 4.

Risultati

Se si fa riferimento ai dati epidemiologici correnti che sostengono come l'adolescenza sia un periodo generalmente di buona salute, il quadro che ci viene consegnato dallo studio presenta elementi inattesi: tra le femmine il 24 e il 32% sarebbe afflitto da un quotidiano malessere di tipo somatico e di tipo psicologico (tabelle 4 e 5), proporzione che sale rispettivamente al 56 e al 69% se si tiene conto anche solo di una frequenza di disturbi percepita per più volte nell'arco di una settimana.

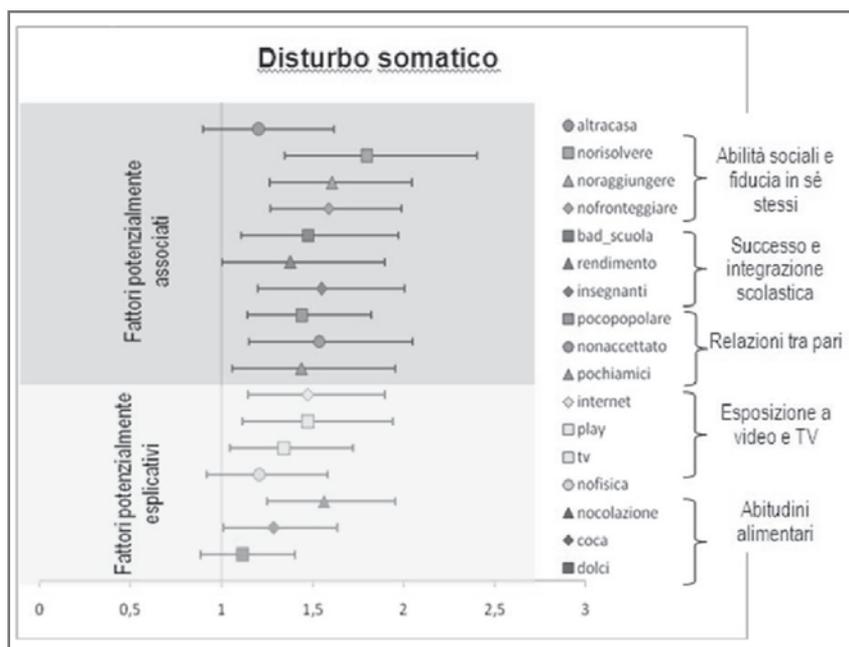
Tra i maschi (tabelle 4 e 5) le proporzioni sono inferiori ma certo non si può trascurare come il 14 e il 22% dei responder affermino di sentire rispettivamente malesseri somatici e psicologici ogni giorno, con un incre-

mento a 36 e 51% se la frequenza è invece plurisettimanale.

Il 5% delle femmine invece e il 17% dei maschi è risultato libero da disturbi somatici mentre il 3% delle ragazze e il 10% dei ragazzi non sperimentano alcun malessere psicologico.

Tra i fattori potenzialmente esplicativi per i disturbi somatici quotidiani (grafico 1) l'esposizione a video e TV risulta significativamente associato con un OR, per le singole voci, di circa 1,5, mentre tra le abitudini alimentari l'assenza di abitudine della colazione risulta un possibile determinante con valori convincenti (OR:1,6; ic 1,3-2,0). Tra i fattori potenzialmente associati (grafico 1) solo l'integrità del nucleo familiare non raggiunge la significatività statistica. La medesima

Grafico 1 OR e relativo intervallo di confidenza tra fattori potenzialmente esplicativi ed associati e percezione di disturbo somatico



situazione è osservabile per i fattori associati con la percezione di malessere psicologico (grafico 2), anche in questo caso l'appartenenza a due nuclei familiari non sembra essere un fattore collegato ai disturbi, mentre per tutti gli altri cioè abilità sociali e fiducia in sé stessi, successo e integrazione scolastica, relazione tra pari i valori di OR salgono fino a oltre 2 punti con intervalli di confidenza favorevoli.

Tra i fattori potenzialmente esplicativi valori di OR superiori al punto e mezzo vengono totalizzati da esposizione a video e play station (con TV appena inferiore) oltre che da non fare colazione (OR:1,9; ic 1,5-2,3) ma anche consumo di bibite gasate (OR:1,6; ic 1,3-2,0) tra le abitudini alimentari. Alla sedentarietà si accompagna un OR positivo (così come si osservava in occasione dei di-

sturbi somatici) come fattore di esposizione ma non viene confortato dai limiti dell'intervallo di confidenza.

Se si esaminano i risultati relativi alla percezione della qualità della vita (grafico 3) dove è stato impostato come outcome il ritenere la propria vita a) la peggiore possibile, oppure b) davvero orribile, oppure c) molto insoddisfacente, questi sono sovrapponibili a quelli ottenuti per l'area dei disturbi psicologici.

Dai risultati dell'analisi delle componenti principali (tabella 6) sono state estratte le prime 3 combinazioni ordinate secondo un punteggio complessivo di saturazione del modello e che spiegano il 36% della varianza. I valori riprodotti per ciascuna variabile possono essere letti come l'ammontare del peso che ogni singolo fattore esercita, in modo coordinato, sull'outcome in studio.

Grafico 2 OR e relativo intervallo di confidenza tra fattori potenzialmente esplicativi ed associati e percezione di disturbo psicologico

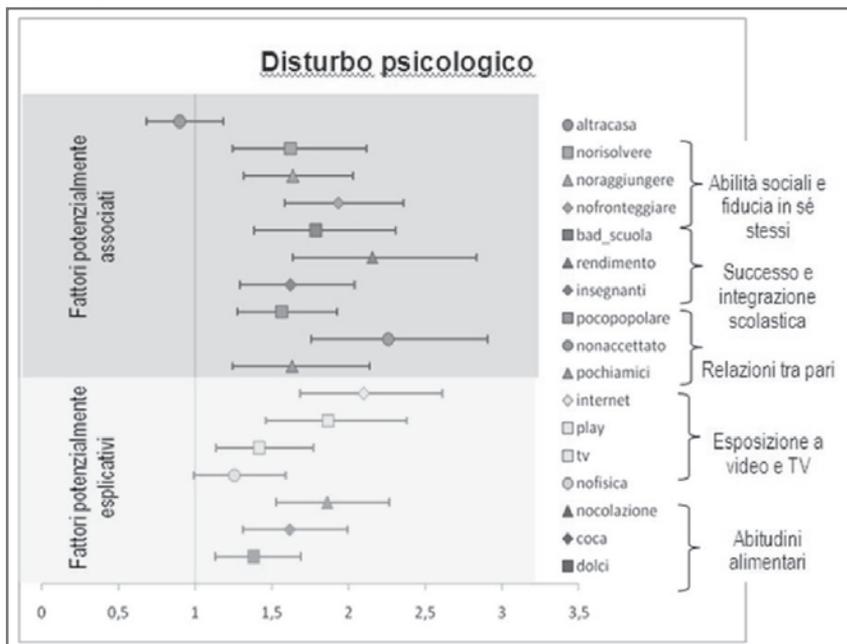
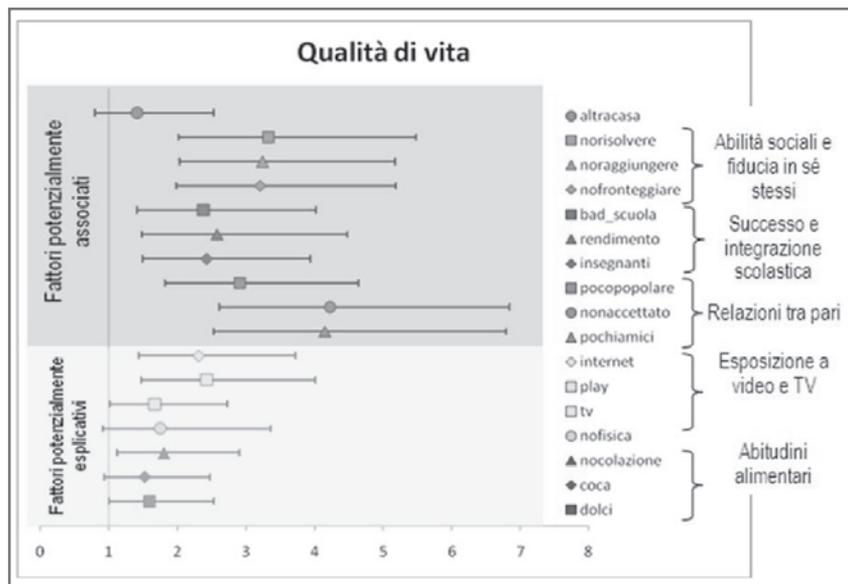


Grafico 3 - OR e relativo intervallo di confidenza tra fattori potenzialmente esplicativi ed associati e percezione di qualità della propria vita



Emergerebbe pertanto (profilo 1) come la percezione negativa del proprio stato di salute sarebbe sperimentata da soggetti scarsamente proattivi e sicuri di sé con una capacità relazionale tra pari piuttosto povera e con scarsa propensione all'attività fisica.

Al profilo 2 corrisponderebbero soggetti decisamente orientati all'uso di videoterminali, internet e TV, caratterizzati da una alimentazione 'a rischio', senza però problemi di fiducia in sé stessi e relazione tra i pari.

Il profilo 3 rappresenta emblematicamente l'insuccesso scolastico con punteggi particolarmente elevati perlomeno per due delle voci che compongono tale area.

Discussione

La diffusione del malessere percepito tra i giovani intervistati è inatteso, perlomeno per ciò che riguarda la dimensione del fenome-

no. Il riscontro con indicatori abitualmente utilizzati in epidemiologia (in particolare l'accesso al ricovero ospedaliero) escluderebbe la presenza documentata di una corrispondente morbosità. La capacità del sistema sanitario di riconoscere e diagnosticare forme morbose potrebbe non essere ottimale nel caso dell'adolescente (22, 23), l'atteggiamento di fiducia e la propensione a confidarsi con l'adulto che porta 'il camice bianco' che tende a costruirsi nel corso dell'età adulta, potrebbe essere modesto a tal punto da comportare l'evitamento di visite ed accertamenti diagnostici.

D'altro canto si potrebbe sostenere che i giovani studenti siano caratterizzati da una ipersensibilità che comporterebbe una sovrastima del livello individuale di malessere. La percezione di malattia riveste comunque un ruolo di grande rilievo nel determinarne an-

Tabella 6 Analisi delle componenti principali (ACP). Tabella degli autovettori

	Profilo 1	Profilo 2	Profilo 3
consumo di dolci	0,05	0,31	-0,01
consumo di bevande gassate	0,07	0,43	-0,06
abitudine di non fare colazione	0,18	0,12	0,09
assenza di attività fisica	0,22	-0,01	-0,06
uso di televisione	0,15	0,34	-0,17
uso di playstation	0,16	0,45	-0,18
uso di internet	0,18	0,45	-0,12
scarse amicizie	0,29	-0,22	-0,13
mancanza di accettazione tra i pari	0,34	-0,18	-0,09
scarsamente popolare	0,40	-0,15	-0,09
scarso interesse da parte degli insegnanti	0,14	0,05	0,63
scarso rendimento scolastico	0,21	0,12	0,37
scuola sentita come non accogliente	0,14	0,09	0,58
scarsa capacità di fronteggiare difficoltà	0,34	-0,11	-0,05
scarsa capacità di raggiungere obiettivi	0,35	-0,15	-0,02
scarsa capacità di risolvere problemi	0,38	-0,11	-0,11

N.B. Le celle bordate contengono i valori più elevati all'interno dei 3 differenti profili

damento e prognosi.

Sembrerebbe più plausibile l'ipotesi dell'esistenza di una forma 'benigna' di diffuso disagio che aggredisce la sfera psicologica e l'ambito somatico, in particolare gli organi bersaglio dell'ansia (capo e addome). I disturbi non arrivano a compromettere lo stato di salute esordendo in un quadro patologico vero e proprio, rimangono tuttavia ad un livello tale da influenzare negativamente lo stato del soggetto nel corso della giornata ma anche talvolta nottetempo manifestandosi come disturbi del sonno.

Le ipotesi che possono essere sostenute in merito all'origine dei disturbi suggerirebbe come l'esposizione a video terminali dal monitor del PC al monitor televisivo o alla play-station favorisca i disturbi somatici e

psicologici. La scarsa attenzione dedicata alla fase della colazione, che si rivela come possibile determinante dei disturbi, potrebbe essere trattata da una adeguata educazione alimentare che parte necessariamente attraverso il coinvolgimento del nucleo familiare ed in particolare i genitori.

I profili restituiti dall'analisi delle componenti principali andrebbero a confermare quanto è stato appena sostenuto (profilo 2). Il quadro di insuccesso descritto nel terzo profilo non smentisce l'importanza che riveste per l'adolescente il risultato scolastico.

Il primo profilo invece indica come la sintomatologia in studio si accompagni a scarsa sicurezza di sé, passività, sedentarietà e difficoltà relazionali.

I risultati quindi forniscono spunti per com-

battere il fenomeno con attività preventive, sembra invece più complesso intervenire a livello di trattamento. Sarebbero da potenziare strumenti specifici di ascolto e accoglienza del disagio giovanile oppure sarebbe più opportuno sviluppare le capacità di peer-supporting? Tra gli interlocutori adulti il medico di famiglia potrebbe esercitare un ruolo decisamente importante ma l'attivazione di strategie di coinvolgimento e risposta sembra un problema di non facile soluzione (22).

Da affiancare agli insegnanti la figura dello psicologo può apportare consistenti contributi nella duplice direzione di erogazione di consulenza per il personale docente e di interlocuzione diretta dell'adolescente nella dimensione individuale e di gruppo (1,2,24) In ogni caso si richiederebbe all'adulto di mantenere un adeguato livello di attenzione a questi aspetti senza sopravvalutare la portata del fenomeno né avvilirne il significato e minimizzarne l'esistenza.

BIBLIOGRAFIA

- Erikson EH. Identity; youth and crisis. New York: Norton; 1968.
- Palmonari A. Psicologia dell'adolescenza. Bologna: Il Mulino; 1997.
- Migliorini L, Piermari A, Rania N. La dispersione scolastica: analisi delle sue componenti e motivazioni. Psicologia dell'Educazione 2008; vol 2; n 2.
- HBSC study. 2009/2010 survey. <http://www.hbsc.org/>.
- D'Alfonso A, Geninatti S, Viola G. Salute ed attività fisica: effetti favorevoli osservati in un campione di studenti di Torino (studio HBSC). Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute 2012; vol 56(4).
- Jolin E M, Weller R A. Television Viewing and Its Impact on Childhood Behaviors. Curr Psychiatry Rep 2011; 13(2).
- Mathers M, Canterford L, Olds T, Hesketh K, Ridley K, Wake M. Electronic Media Use and Adolescent Health and Well-Being: Cross-Sectional Community Study. Acad Pediatr 2009; 9(5).
- Nakamura H, Ohara K, Kouda K, Fujita Y, Mase T, Miyawaki C, Okita Y, Ishikawa T. Combined influence of media use on subjective health in elementary school children in Japan: a population-based study. BMC Public Health 2012;13.
- Egger H, Angold A, Costello E J. Headaches and psychopathology in children and adolescents. J Am Acad Adolesc Psychiatry 1998;37(9).
- Lewandowski A S, Palermo T M. Parent–teen interactions as predictors of depressive symptoms in adolescents with headache. J Clin Psychol Med Settings 2009;16(4).
- Torsheim T, Wold B. School-Related Stress, School Support, and Somatic Complaints: A General Population Study. J of Adolescent Research 2001;16(3).
- Pitrou I, Shojaei T, Chan-Chee C, Wazana A, Boyd A, Kovess-Masféty V. The associations between headaches and psychopathology: a survey in school children. Headache 2010;50(10).
- Sawyer MS, Rima A A, Bearinger H L, Blakemore S, Dick B, Ezech C. A, Patton C. G. Adolescent Health 1- Adolescence: a foundation for future health. Lancet 2012; Vol 379.
- Viner M R, Ozer M E, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, Currie C. Adolescent Health 2- Adolescence and social determinants of health. Lancet 2012; Vol 379.
- Catalano F R, Fagan A A, Gavin E G, Greenberg T M, Irwin E C, Ross A D, Shek L T D. Adolescent Health 3- Worldwide application of prevention science in adolescent health. Lancet 2012; Vol 379.
- Patton CG, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Gore F, Degenhardt L, Richardson D, Astone N, Sangowawa O A, Mokdad A, Ferguson J. Adolescent Health 4-Health of the world,s

- adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet* 2012; Vol 379.
17. Patton C G, Coffey C, Sawyear S M, Viner M R, Haller M D, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers D C. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet* 2009; Vol 374.
 18. Epidemiologia Piemonte. Atlante di mortalità 2005 della Regione Piemonte. <http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/>.
 19. Commissione sui determinanti sociali della Salute. Closing the gap in a generation. 2008; Final Report WHO.
 20. Currie C, Zanotti C, et alii. Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study. International report from the 2009/2010 survey. Health policy for children and adolescents(6). 2012; <http://www.hbsc.org/>
 21. Rubin D B. Multiple imputation for survey nonresponse. New York: Wiley; 1987.
 22. D'Errico G, Latino A. L'adolescente: un'assistito invisibile. *Medicinae Doctor* 2007;n 30.
 23. Bertelloni S et alii. Novità in medicina dell'adolescenza. *Prospettive in Pediatria* 2008; Vol 38 n 52.
 24. Trombetta C. Lo psicologo scolastico – Competenze e metodologia professionale. Trento: Erickson; 2011.

Implementazione e valutazione di un progetto per la prevenzione degli incidenti domestici in bambini dai 3 ai 6 anni

Implementing and evaluating an intervention to prevent domestic injuries in 3-6 years old children

Fabio Previtali, Sonia Visioli, Lucia Zannini

Fabio Previtali

Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Locale di Novara

Sonia Visioli, Lucia Zannini

Dipartimento di Scienze Biobiochimiche per la Salute, Sezione di Igiene e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Milano

Parole chiave: infortuni domestici, scuola dell'infanzia, bambini 3/6 anni, prevenzione, valutazione

RIASSUNTO

Obiettivi: nei Paesi occidentali, gli infortuni domestici rappresentano la prima causa di morte nei bambini e del 20% dei ricoveri in età pediatrica. Il Ministero della Salute italiano ha inserito nel Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 una linea di azione sulla sicurezza in casa. Nel 2011 è stato avviato un progetto specifico di prevenzione per la scuola dell'infanzia, ad uso delle educatrici (*La valigia di Affy Finuapericolo*). Il progetto è stato finanziato dal Centro Controllo Malattie (CCM) e hanno aderito le Regioni: Piemonte (coordinatore), Valle d'Aosta, Veneto, Campania e Sicilia. Dopo una fase sperimentale, il progetto è stato proposto alle scuole dell'infanzia di Novara e provincia e 16 hanno aderito. Al termine dell'intervento, è stata approntata una ricerca per valutare: a la ricaduta in termini di aumento delle conoscenze dei bambini sui pericoli domestici e il gradimento del progetto.

Metodologia: dodici sezioni delle scuole d'infanzia aderenti al progetto hanno partecipato, per un totale di 274 bambini. Per valutare la loro ritenzione delle informazioni, è stato utilizzato il disegno, in linea con le indicazioni della letteratura sulla ricerca con bambini. La valutazione di gradimento del progetto è stata effettuata con un questionario somministrato alle educatrici.

Risultati: i disegni utilizzabili per la ricerca sono risultati 175 e sono stati analizzati da due ricercatori in cieco, che hanno individuato le tematiche in essi rappresentate. Le cadute, gli annegamenti, le ustioni e le lesioni da taglio sono i più rappresentati, mentre lo sono meno le folgorazioni, le intossicazioni e il soffocamento, con delle differenze nelle diverse fasce d'età. Per quel che riguarda invece gli ambienti degli incidenti domestici, risultano maggiormente rappresentati il giardino, le scale e la cucina.

I questionari segnalano che i bambini hanno espresso un alto gradimento del compito loro assegnato.

Conclusioni: benché il disegno si sia rivelato un ottimo strumento di valutazione della comprensione nei bambini dei messaggi preventivi relativi agli incidenti, esso non è particolarmente approfondito. In studi futuri, sarebbe auspicabile integrare i disegni con altri dati, per esempio discussioni di gruppo dei bambini, facilitate dalle educatrici. Inoltre, nelle aree in cui si è effettuato l'intervento, è auspicabile il monitoraggio dell'incidenza degli incidenti domestici, andando a verificare se, rispetto a popolazioni di controllo, si registra una diminuzione di mortalità e ricoveri.

Key words: domestic injuries, nursery schools, 3/6 year children, prevention, evaluation

SUMMARY

Objectives: in western countries, domestic injuries represent the primary cause for children's death and the cause of 20% of pediatric patients' hospital admissions. The Italian Health Minister has inserted in the National Prevention Plan 2005-2007 a line of action to improve security at home. In 2011, a specific project of prevention (named *La valigia di Affy Finiapericolo*) was developed for nursery schools, involving also teachers. The project was funded by the Center for Diseases Control, and the following Regions participated: Piemonte (coordinator), Valle d'Aosta, Veneto, Campania and Sicilia. After an experimental phase, the project was proposed to all the nursery schools of Novara and surroundings and 16 participated. At the end of the preventive intervention, a research was designed in order to evaluate: children's outcomes in terms of knowledge achievements on domestic injuries, and participants' satisfaction with the project.

Methods: among the nursery schools that adhered to the project, 12 classes participated in the study, involving a total of 274 children. To evaluate youngsters' knowledge achievements, drawings were utilized, in line with indications given by the literature on doing research with children. Satisfaction with the project was evaluated through an open ended questionnaire, filled out by teachers.

Results: for the research purposes, 175 drawings resulted appropriate, and they were analyzed by two blind researchers, who individuated the subjects represented in the drawings. Falls, drowning, burns and cut injuries were the most represented, while electrocutions, poisonings, suffocations were less outlined, and differences in children at different ages were found. Referring to the environments in which injuries took place, garden, stairs and kitchen resulted the most represented.

Questionnaires results show that children expressed high satisfaction with the assigned task.

Conclusions: even if drawings have revealed as an excellent instrument for evaluating the children's comprehension of the preventive messages on domestic injuries, they are not particularly detailed. In future studies, integrating drawings with other data, i.e. children's focus groups facilitated by teachers, could be more effective. Furthermore, it would be useful to monitor incidence of domestic injuries in those areas in which the preventive intervention has been carried out, verifying if a lower mortality and fewer hospital admissions are registered, when compared to control groups.

Introduzione

Il numero degli infortuni che avvengono tra le mura domestiche è molto elevato: l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica che nei Paesi occidentali gli infortuni domestici rappresentano la prima causa di morte nei bambini e il 20% dei ricoveri in età pediatrica (1). In Italia, i gruppi a maggior rischio di subire un incidente domestico sono i bambini in età prescolare e gli anziani

(2). Al fine di contrastare il fenomeno, l'OMS aveva posto tra i suoi obiettivi già per l'anno 2000 una diminuzione del 25% della mortalità per questo tipo di incidenti e, a seguito di questa indicazione, nel nostro Paese sono state intraprese numerose iniziative di implementazione della raccolta dei dati per avere un'informazione più completa sull'incidenza nazionale del fenomeno, nonché l'attivazione di interventi preventivi.

Per rispondere a questo bisogno di salute, il Centro Controllo Malattie (CCM) del Ministero della Salute ha inserito nel Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 una linea di azione sulla sicurezza in casa. La Regione Piemonte coordina un progetto nazionale di promozione alla salute finalizzato all'informazione ai genitori dei nuovi nati, affinché rendano la casa adatta alle esigenze di sicurezza del bambino. Le iniziative messe in atto hanno dapprima riguardato la formazione degli operatori del Dipartimento Materno Infantile e del Servizio Vaccinale del Dipartimento di Prevenzione sui rischi domestici e l'utilizzo di tecniche di counseling per rendere accettabili e comprensibili i messaggi da veicolare ai genitori, affinché rendessero la casa adatta alle esigenze di sicurezza del bambino; a supporto di detta iniziativa, sono stati realizzati inoltre dei dépliant pieghevoli in varie lingue, che risultano disponibili presso i reparti materno-infantile e gli ambulatori pediatrici e vaccinali.

Nel 2011 è stato deciso il coinvolgimento della scuola dell'infanzia, con un progetto specifico, perché le insegnanti rappresentano un target privilegiato, in quanto veicolano dei messaggi educativi e formativi ritenuti importanti ai bambini. Nasce così il progetto *La valigia di Affy Fiutapericolo – promozione della sicurezza in casa per i bambini dai 3 ai 6 anni*, finanziato dal CCM, sempre in collaborazione con la Regione Piemonte. A questa iniziativa hanno aderito cinque Regioni: Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Campania e Sicilia. La fase sperimentale ha previsto l'utilizzo di un prototipo realizzato in 45 esemplari, distribuito ad altrettante scuole delle Regioni partner di progetto, ed è stata sviluppata nel periodo febbraio-aprile 2011. In occasione della consegna del materiale, si è provveduto alla formazione delle insegnanti

in merito al suo utilizzo. Questa fase di sperimentazione ha consentito di apportare delle piccole migliorie al kit didattico.

Successivamente, all'interno della regione Piemonte, l'iniziativa è stata estesa alle altre scuole dell'infanzia presenti sul territorio. Ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) ha provveduto ad informare dell'iniziativa gli uffici scolastici provinciali e le scuole dell'infanzia presenti sul proprio territorio, organizzando inoltre degli incontri di formazione per gli insegnanti partecipanti. I kit didattici distribuiti presso le scuole della Regione sono stati complessivamente circa cinquecento durante il biennio 2012-2013.

Questa iniziativa di promozione della salute si distingue da altre similari, in quanto rivolta direttamente ai bambini in età prescolare (e quindi non ai genitori o ad altre figure di prevenzione e assistenza). Inoltre, essendo rivolta alla rimozione/riduzione dei fattori di rischio risulta essere un intervento di prevenzione primaria, sempre da privilegiare quando le condizioni ambientali lo rendono possibile (3).

Un progetto per la prevenzione degli incidenti domestici in età prescolare: "La valigia di Affy Fiutapericolo"

Obiettivi

Il progetto si proponeva di aumentare la consapevolezza dei bambini sui rischi presenti nell'ambito domestico, e sulle possibili conseguenze di comportamenti scorretti, e favorire la riflessione sulle azioni che loro stessi potevano compiere per prevenire gli incidenti domestici. L'iniziativa si prefiggeva di coinvolgere indirettamente anche le famiglie, tramite i bambini, e di favorire così la consapevolezza familiare del rischio infortunistico in ambiente domestico. A tal proposito, si evidenzia come il sistema di sorveglian-

za Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute (PASSI) (4, 5) riporti che più del 90% degli intervistati considera bassa o assente la possibilità di subire un incidente domestico.

Partecipanti al progetto

Dopo una prima fase di sperimentazione effettuata durante il 2011, il progetto *La valigia di Affy Fuotapericolo* è stato proposto alle Scuole dell'Infanzia presenti sul territorio dell'ASL NO di Novara tramite una lettera che illustrava l'iniziativa alle direzioni didattiche e all'ufficio scolastico provinciale. All'iniziativa hanno aderito 25 insegnanti, partecipando alla giornata di presentazione e al corso di formazione (2 pomeriggi) effettuato nel mese di novembre 2011. Il materiale è stato successivamente consegnato all'inizio del febbraio 2012. Sono state in questo modo coinvolte nell'intervento di prevenzione 16 scuole materne di Novara e di comuni limitrofi. Durante l'anno scolastico 2011/2012, il progetto è stato effettivamente realizzato presso 12 sezioni di Scuola dell'infanzia, per un totale di 274 bambini. L'intervento è stato attuato direttamente dalle insegnanti che, grazie alle loro capacità comunicative e relazionali, potevano dare ai contenuti la forma più adatta per essere facilmente compresi dai bambini.

Materiale didattico

Il materiale utilizzato per l'intervento di prevenzione *La valigia di Affy Fuotapericolo – promozione della sicurezza in casa per i bambini dai 3 ai 6 anni* consiste in una valigetta in cui sono presenti: un libro con 8 storie ove sono protagonisti 2 bambini: Luigino di 3 anni, Carlotta di 5 anni e il loro cane *Affy*, capace di fiutare il pericolo e rendere i bambini più attenti e consapevoli dei rischi; un pannello provvisto di tasche trasparenti, al-

cuni poster raffiguranti gli ambienti della casa, un mazzo di cartoncini con le illustrazioni degli oggetti presenti nell'ambiente domestico incorniciati di diversi colori, a seconda del tipo di pericolo rappresentato (servono per riconoscerli, per classificarli in categorie, per giocare a Memory o a Domino), un mazzo di sticker adesivi riproducenti i pericoli incorniciati con i medesimi colori utilizzati nei cartoncini, una guida per le insegnanti, ove sono riportate le attività didattiche da realizzare, e un opuscolo per i genitori.

Il materiale della valigetta è stato condiviso dal personale sanitario e docente durante la fase di progettazione dell'intervento ed è stato predisposto al fine di realizzare un percorso articolato in tre momenti:

- lo *Stimolo*: con la narrazione delle fiabe, arricchibile con momenti di drammatizzazione guidata dalle insegnanti;
- l'*Approfondimento*: attraverso giochi realizzabili con il pannello colorato provvisto di tasche per l'inserimento dei cartoncini;
- la *Consapevolezza*: attraverso lo svolgimento delle attività didattiche riportate nella guida per le insegnanti, o attraverso altre attività scelte dalle insegnanti come disegni, raccolte fotografiche, etc. stimulate dalle fasi precedenti.

La valutazione del progetto di prevenzione degli incidenti domestici

Al fine di valutare l'intervento preventivo, si è indagata la comprensione della percezione del pericolo domestico nei bambini che hanno partecipato al progetto, subito dopo la sua conclusione. In particolare, si è voluta verificare l'efficacia dell'intervento a partire dall'aumento delle conoscenze dei bambini sulla tematica degli incidenti domestici, nonché valutare il gradimento dell'iniziativa da parte loro.

Questa ricerca è stata effettuata all'interno di un contesto, come la scuola dell'infanzia, che presenta caratteristiche particolari. Uno degli aspetti relativi all'ambiente di ricerca con oggetto di studio i bambini è che "risultava preferibile fare ricerca nei luoghi dove quotidianamente vivono i bambini (scuola, famiglia, contesti ricreativi e ambienti extrascolastici) senza apportare modificazioni sensibili in questi contesti"(6); inoltre, in questo tipo di ricerca, è necessario dedicare molto tempo: "è importante acclimatarsi con i bambini, darsi il tempo per familiarizzare con loro così che possano esperire un senso di fiducia nel ricercatore". E' anche per questi motivi che è stato scelto di utilizzare le scuole come luogo di ricerca e le insegnanti come collaboratrici del progetto.

In considerazioni delle peculiarità dell'ambiente oggetto dello studio, nonché dell'età dei soggetti interessati, è stato deciso di utilizzare come strumenti di valutazione un questionario, somministrato alle insegnanti, e un disegno realizzato dai bambini.

Partecipanti alla valutazione

Poiché non tutte le sezioni delle Scuole dell'Infanzia coinvolte nel progetto di prevenzione si sono attenute alle regole indicate per la raccolta dei materiali di ricerca (si vedano qui sotto i *Metodi di rilevazione dei dati*), sono stati esclusi i disegni provenienti da tre sezioni (46 disegni). Il campione finale è risultato composto da 175 bambini (93 maschi e 82 femmine), di questi i bambini con almeno un genitore straniero sono stati 33 (12 maschi e 11 femmine) (Tabella 1).

Metodi di raccolta dati

Questionari

Il questionario per le insegnanti (*vedi Allegato 1*) è stato costruito per raccogliere informazioni sulle reazioni e sul grado di comprensione dei bambini in merito all'esecuzione del disegno, la necessità di fornire spiegazioni sulle tematiche affrontate e il gradimento dell'iniziativa da parte dei bambini. E' stato scelto di non assistere personalmente al momento di effettuazione del disegno,

Tabella 1 - Sezione partecipanti

Sezione	Scuola	Comune	bambini iscritti	disegni eseguiti
A/Rossa	G. Gramegna	Borgolavezzaro	21	17
B/Verde	G. Gramegna	Borgolavezzaro	28	27
Seconda	Galvani	Novara	21	20
2A	Bruno Munari	Novara fraz. Lumellogno	21	16
Grandi	Opera Pia Negroni	Novara	19	18
Aquiloni	Statale	Tornaco	20	19
5 anni	Statale	Novara fraz. Veveri	24	14
4 anni	Statale	Novara fraz. Veveri	28	26
3-Gialla	B. Munari	Oleggio	21	18
TOTALE			203	175

per evitare che un eventuale presenza estranea potesse influenzare il comportamento dei bambini durante lo svolgimento del compito e di utilizzare le insegnanti come osservatori, sia perché il progetto era stato sviluppato direttamente da loro sia perché erano soggetti privilegiati nell'osservazione dei comportamenti dei bambini nel contesto naturale della ricerca, ossia la scuola d'infanzia.

Disegni

Il disegno è stato scelto per avere un feedback del progetto direttamente dai bambini. In considerazione della fascia d'età interessata, risultava infatti estremamente difficoltoso ricorrere ad altri strumenti tipici per valutare le conoscenze acquisite grazie a un intervento di prevenzione come l'intervista, il focus group o il questionario, mentre il disegno, essendo una delle espressioni più tipiche di questa fascia d'età, si prestava con facilità allo scopo. "Il ricorso ai disegni è una buona tecnica di ricerca, poiché i bambini possono dare espressione al loro pensare e al loro sentire senza la presenza del ricercatore e quindi con una certa autonomia" (6). Sono molteplici le informazioni che possono essere raccolte attraverso questo strumento: "il disegno è certamente l'espressione più autentica e originale della personalità infantile; è un mezzo di comunicazione e, come il linguaggio, è capace di esprimere, oltre al livello di maturazione, anche i problemi, i sentimenti, le emozioni ed i conflitti del bambino" (7). Il disegno viene utilizzato anche da alcune tecniche di valutazione clinica infantile, come specchio di dinamiche emozionali e di un progressivo sviluppo cognitivo (8, 9).

Al fine di avere un materiale il più possibile omogeneo è stato chiesto alle insegnanti di rispettare le seguenti regole:

- i disegni dovevano essere eseguiti e rac-

colti alla fine del mese di maggio;

- occorre leggere tutte le storie, svolgere almeno un'attività per ogni tipo di pericolo ed azione che può dar luogo a incidente domestico, nonché descrivere tutti gli ambienti presenti nelle abitazioni;
- bisognava verificare che, al momento dell'effettuazione del disegno, ogni bambino disponesse di un foglio bianco formato A4 e di almeno i 6 colori base;
- bisognava spiegare ai bambini che l'attività proposta riguardava la realizzazione di un disegno effettuato liberamente in merito all'esperienza da loro vissuta durante lo svolgimento del progetto di *Affy*;
- bisognava assicurarsi che tutti bambini avessero compreso quanto richiesto, prima di iniziare l'attività; nel caso in cui qualcuno non avesse disegnato o avesse fatto un disegno fuori tema, bisognava lasciarlo fare e raccogliere quanto prodotto alla fine dell'attività;
- i disegni dovevano essere raccolti in forma anonima, ma classificati con un apposito codice alfanumerico contenente le iniziali del bambino, l'età, il sesso e l'eventuale presenza di genitori stranieri (*vedi* Allegato 2).

In occasione del ritiro dei disegni presso le scuole, si è provveduto alla compilazione o commento del questionario insieme alle insegnanti, al commento dei disegni realizzati (in alcuni casi le insegnanti avevano riportato direttamente sul disegno il suo significato, secondo quanto riferito dal bambino).

Metodi di analisi dei dati

I disegni sono stati analizzati da due ricercatori in cieco, che hanno individuato le principali tematiche rappresentate in essi, collegandole poi all'età del bambino, al sesso e alla eventuale presenza di genitori stranieri.

Da questa analisi, i ricercatori hanno individuato tre temi fondamentali: a) la *presenza del cagnolino Affy*, che nel progetto rappresentava un personaggio positivo, il quale aiutava il bambino nell'identificazione del pericolo, in modo ludico, creando un'utile associazione tra il personaggio cartoon e il pericolo reale; b) il *tipo di incidente* rappresentato (traumi/cadute, tagli/ferite, folgorazioni, ustioni, annegamento, intossicazioni e soffocamento); c) *l'ambiente/spazio* rappresentato (cucina, soggiorno, bagno, scale, camera, giardino). La frequenza di questi temi è stata poi conteggiata (es. quante volte il cagnolino *Affy* è stato disegnato, quante cadute o ferite ecc. sono rappresentate, quanti disegni raffigurano l'incidente in cucina ecc.). Questi elementi sono stati ritenuti indicativi della comprensione del bambino di: a) presenza di pericolo; b) tipologie di incidenti domestici che si possono verificare; c) ambienti in cui certi incidenti hanno tipicamente luogo. Quando non è risultato possibile distinguere nessuno degli elementi sopracitati il disegno è stato classificato come non riconoscibile.

I risultati del questionario somministrato alle insegnanti sono stati elaborati con il programma Excel.

Risultati

Questionari

Dall'analisi dei dati relativi ai questionari raccolti emerge che:

- a. in tutte e 9 le sezioni i bambini hanno espresso un alto gradimento del compito loro assegnato;
- b. in 8 sezioni su 9 quasi tutti i bambini hanno iniziato subito a disegnare, mentre in una sezione ha iniziato subito a disegnare poco meno della metà dei presenti;
- c. in 6 sezioni i bambini hanno espresso un

- grado di comprensione pari a del tutto/molto, nelle rimanenti 3 sezioni il grado di comprensione è stato di abbastanza (più della metà dei bambini aveva compreso);
- d. in 5 sezioni è stato necessario riprendere parzialmente gli argomenti e/o gli ambienti trattati. In base alle risposte fornite, gli argomenti che hanno richiesto una maggior rievocazione sono state: folgorazioni, intossicazioni e soffocamento; per quel che riguarda invece gli ambienti, è stato necessario riprendere in particolare la cucina e il giardino.

Disegni

Sulla base delle regole per l'effettuazione del disegno (si veda *Metodi di raccolta dati*) non sono stati ritenuti adeguati i disegni provenienti da Ghevio di Meina (n=19) perché realizzati durante il mese di marzo, cioè all'inizio delle attività e non alla fine. Sono stati scartati anche i disegni delle sezioni 7 e 8 della Scuola Negri di Oleggio (n=27), in quanto presso quelle sezioni le attività sono state svolte in modo parziale.

In totale, i disegni utilizzabili sono risultati 175. Il 10 % di questi disegni è risultato "non riconoscibile" (ossia tematica non inerente il progetto di prevenzione). Un'analisi più attenta consente di osservare come questo fenomeno possa essere ricondotto all'età dei bambini (13 disegni di bambini di 3 anni e 4 disegni di bambini con 4 anni) ed associabile pertanto ad una minore abilità nella realizzazione del disegno. Un altro aspetto degno di nota è l'assenza di raffigurazioni traumatiche o spaventose; pertanto, le scelte metodologiche adottate sono considerabili adeguate all'età dei bambini, che hanno comunque percepito il pericolo raffigurandolo nel disegno, ma senza riportare evidenti elementi traumatici.

Sono 67 i bambini che hanno raffigurato il cagnolino *Affy* (circa il 38 %) distribuiti in maniera proporzionale tra maschi e femmine (Grafico 4). Nei bambini con almeno un genitore straniero, *Affy* risulta rappresentato in circa il 24% dei disegni, con una predominanza significativa delle bambine nei confron-

ti dei maschi. Non sono state riscontrate differenze particolarmente significative tra maschi e femmine nella percezione del pericolo e nemmeno tra bambini con solo genitori italiani e bambini con almeno un genitore straniero (si veda Grafico 2).

Grafico 4 - Disegni non riconoscibili e presenza di Affy

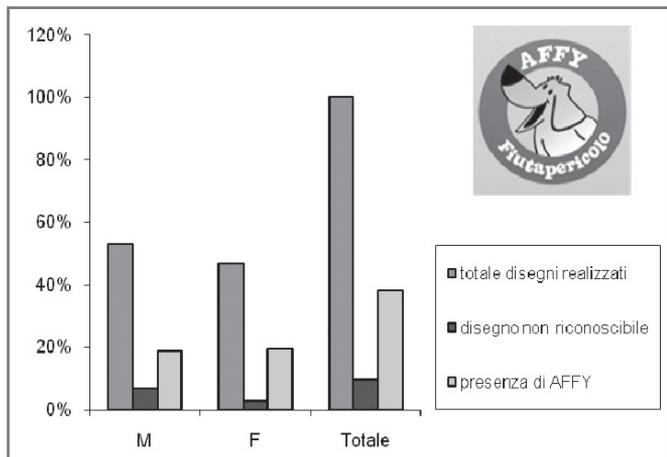
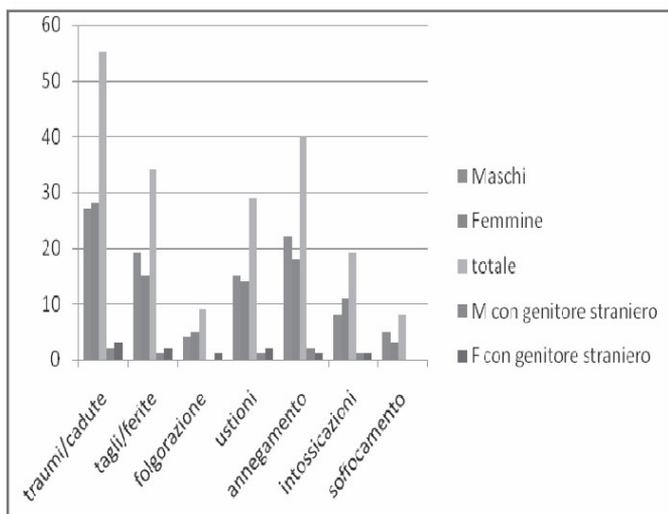


Grafico 2 - Tipo di lesione rappresentata nei disegni

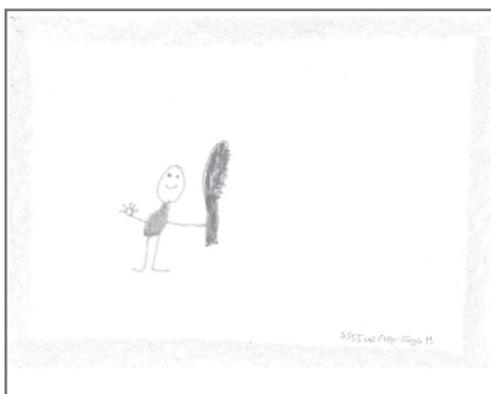


Per quel che riguarda invece la *tipo di incidente domestico*, risultano più rappresentate le cadute, gli annegamenti, le ustioni e le lesioni da taglio, mentre sono meno rappresentate le folgorazioni, le intossicazioni e il soffocamento (si veda il Grafico 2). Trattasi degli stessi temi che hanno necessitato di approfondimento da parte dei bambini, come emerso dai risultati del questionario somministrato alle insegnanti (domanda c). E' stato riscontrato che eventi come traumi/cadute, tagli/

ferite (Disegno 2), intossicazioni e soffocamento sono risultate più rappresentate nella fascia d'età dei 5 anni; la folgorazione (Disegno 1) è più presente nelle fasce d'età dei 5 e 6 anni mentre le ustioni e l'annegamento vengono rappresentate in particolare nei disegni dei bambini maschi di 4 anni.

Per quel che riguarda invece gli ambienti nei quali gli incidenti hanno luogo, risultano maggiormente rappresentati il giardino, le scale e la cucina (si veda il Grafico 3).

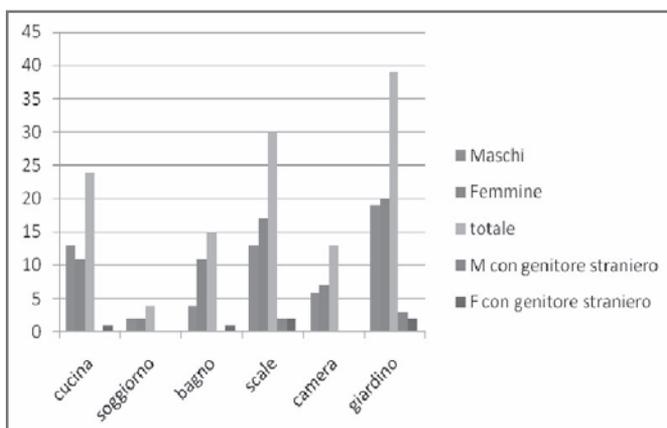
Disegno 2 - Bambina in bagno con il phon



Disegno 1 - Bambino con coltello



Grafico 3 - Disegni non riconoscibili e presenza di Affy



Associando l'ambiente in cui ha luogo l'incidente con l'età del bambino che ha fatto il disegno è stato possibile osservare come:

- la cucina, il soggiorno e le scale sono più rappresentate nella fascia d'età dei 5 anni;
- il bagno è più presente nei disegni delle femmine di 5 anni;
- la camera è più rappresentata nei disegni delle femmine di 4 anni e nei maschi di 5 anni;
- il giardino è più rappresentato nei disegni dei bambini di 4 anni.

Conclusioni

Lo scopo della ricerca era di valutare la ricaduta dell'intervento preventivo in termini di aumento delle conoscenze dei bambini sui pericoli domestici (e, indirettamente, di sviluppo di comportamenti di attenzione ai rischi presenti nelle abitazioni), nonché determinare il gradimento del progetto da parte dei partecipanti. Gli indicatori ottenuti dagli strumenti utilizzati hanno evidenziato un alto gradimento dell'iniziativa; difatti, la quasi totalità (è stato raccolto un solo foglio bianco) ha realizzato il disegno, ricordando con piacere il compito assegnato. È stato inoltre possibile rilevare una certa efficacia dell'intervento, in quanto i bambini sembrano aver recepito i principali messaggi del progetto, rappre-

sentando i vari tipi di incidenti domestici e gli ambienti in cui essi hanno luogo, anche a distanza di tempo. La necessità di riprendere alcuni argomenti/ambienti durante l'esecuzione del disegno è stata limitata a pochi aspetti e richiesta solamente da una parte di alunni in circa la metà delle sezioni. Si ritiene utile tuttavia evidenziare come il disegno, pur rappresentando un ottimo strumento diretto di valutazione della comprensione dei messaggi dell'intervento, restituisca un'informazione non particolarmente approfondita, che rappresenta pertanto un limite di questa ricerca. Un possibile approfondimento sugli indicatori raccolti tramite il disegno potrebbe avvenire tramite discussioni di gruppo, in presenza delle educatrici, all'interno della sezione, per cercare di arricchire l'informazione raccolta.

In ogni caso, la valutazione di interventi di questo tipo richiede il monitoraggio, nelle medesime aree in cui si è effettuato l'intervento, degli incidenti domestici, andando a verificare se, rispetto a popolazioni di controllo, in queste aree si registra una diminuzione di tali incidenti. Ulteriore ricerca è dunque necessaria per completare la valutazione di questo progetto di prevenzione degli incidenti domestici in età prescolare e per promuovere la salute in questo cruciale ambito d'intervento.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO-UNICEF, World report on child injury prevention. Geneve: WHO-UNICEF; 2008.
2. Istituto Superiore di Sanità, Istituto Superiore di Sanità, 23 maggio 2008. [Online]. Available: www.iss.it. [Accessed 13 ottobre 2011].
3. Briziarelli, L., Masanotti, G. Igiene del lavoro. Manuale per i tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro. Torino: Centro Scientifico; 2006.
4. Istituto Superiore di Sanità, Rapporto Nazionale PASSI, Roma, 2009.
5. Istituto Superiore di Sanità, Rapporto nazionale PASSI, Roma, 2010.
6. Mortari L. La ricerca per i bambini. Milano: Mondadori; 2009.
7. Pezzini, 14 dicembre 2006. [Online]. Available: www.mentesana.it. [Accessed 24 settembre 2012].
8. Greenhalgh T. (Ed.), Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice, London: BMJ Publishing Group; 1998.
9. Malchiodi, Using Drawing as Intervention with Traumatized Children, TLC's Journal: Research and Interventions 2001; vol. I, no. 1.

Allegato 1

Riquadro 1 - Il Questionario per le educatrici

Questionario maestre progetto Affy	
Gentile insegnante, in riferimento alla realizzazione di disegni riguardanti la tematica degli incidenti domestici, si chiede cortesemente di rispondere al questionario sottostante al fine di valutare il grado di partecipazione dei bambini.	
Scuola dell'infanzia:.....sez:	
indirizzo:.....recapito telefonico:	
numero bambini presenti:.....insegnante:	
a)	Dopo aver spiegato il mandato di fare un disegno, quanti bambini hanno iniziato subito a disegnare senza bisogno di ulteriori incoraggiamenti e/o spiegazioni?
	Tutti (o quasi, tranne un paio di eccezioni) <input type="checkbox"/>
	Abbastanza (la metà o più della metà) <input type="checkbox"/>
	Pochi (meno della metà) <input type="checkbox"/>
	Nessuno (o quasi, tranne un paio di eccezioni) <input type="checkbox"/>
b)	Indicare quanto il gruppo di bambini ha compreso il compito loro richiesto di fare un disegno riguardante gli incidenti domestici
	del tutto/molto <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> per niente <input type="checkbox"/>
c)	È stato necessario ricordare al gruppo di bambini quanto proposto durante gli incontri realizzati?
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Se Sì, quale argomento/ambiente è stato necessario riprendere?
➤	argomento:
	traumi/cadute: del tutto/molto <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> per niente <input type="checkbox"/>
	tagli/ferite: del tutto/molto <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> per niente <input type="checkbox"/>
	folgorazioni: del tutto/molto <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> per niente <input type="checkbox"/>
	ustioni: del tutto/molto <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> per niente <input type="checkbox"/>
	annegamento: del tutto/molto <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> per niente <input type="checkbox"/>
	intossicazioni: del tutto/molto <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> per niente <input type="checkbox"/>
	soffocamento: del tutto/molto <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> per niente <input type="checkbox"/>
➤	ambiente:
	cucina: del tutto/molto <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> per niente <input type="checkbox"/>
	soggiorno: del tutto/molto <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> per niente <input type="checkbox"/>
	bagno: del tutto/molto <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> per niente <input type="checkbox"/>
	scale: del tutto/molto <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> per niente <input type="checkbox"/>
	camera: del tutto/molto <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> per niente <input type="checkbox"/>
	giardino: del tutto/molto <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> per niente <input type="checkbox"/>
d)	Quanto i bambini hanno gradito l'iniziativa?
	del tutto/molto <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> per niente <input type="checkbox"/>

Allegato 2

Riquadro 2 - Schema di codifica dei disegni

1. lettera maiuscola iniziale nome bambino (se necessario aggiungere lettere minuscole per differenziare);
2. lettera maiuscola iniziale cognome bambino (se necessario aggiungere lettere minuscole per differenziare);
3. numero romano per età bambino
4. lettera I per genitori italiani, lettera X quando è presente almeno un genitore non italiano; quindi indicare la sezione/classe (prima, rossa sez.1) e nome scuola in minuscolo;
6. lettera maiuscola per indicare il genere del bambino.
es. Mauro Rossi, 5 anni, genitori italiani, sez rossa scuola infanzia Trecate
-MR5IsezrossaTrecateM;
se vi era anche un Michele Rossi, genitori italiani, sez rossa scuola infanzia Trecate potevano diventare:
-MaR5IsezrossaTrecateM (Mauro Rossi);-MiR5IsezrossaTrecateM (Michele Rossi).

Salute e invecchiamento attivo in Italia e nel Lazio secondo il sistema di sorveglianza “Passi d’Argento”

Health and active ageing in Italy and Lazio Region: the surveillance system “Passi d’Argento”

Lilia Biscaglia, Benedetta Contoli, Alberto Perra, Maria Alessandra Brandimarte, Silvia Iacovacci, Maria Chiara Antoniotti, Amedeo Baldi, Elvira Bianco, Giuliano Carrozzi, Luciana Chiti, Marco Cristofori, Amalia De Luca, Teresa Di Fiandra, Luana Penna, Rita Ferrelli, Stefania Salmaso e i coordinatori locali della Regione Lazio^(*)

Lilia Biscaglia
Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio

Benedetta Contoli, Alberto Perra, Luana Penna, Rita Ferrelli, Stefania Salmaso
ISS-CNESPS, Roma

Maria Alessandra Brandimarte
ASL Roma E

Silvia Iacovacci
ASL Latina

Maria Chiara Antoniotti
ASL Novara

Amedeo Baldi
ASL1 Massa e Carrara

Elvira Bianco
ASL Avellino

Giuliano Carrozzi
AUSL Modena

Luciana Chiti
ASL 3 Toscana

^{*} Giudiceandrea B. (ASL Roma A), Di Fabio M. (ASL Roma B), Trinito M.O. (ASL Roma C), Trivellini R. (ASL Roma D), Casagni L. (ASL Roma F), Coia M. (ASL Roma G), Falera A. (ASL Roma H), Trovato F. (ASL Viterbo), Micali O. (ASL Viterbo), Fovi G. (ASL Rieti), Bucca C. (ASL Frosinone)

Marco Cristofori
ASL 2 Terni

Amalia De Luca
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza

Teresa Di Fiandra
Ministero della Salute

Parole chiave: sorveglianza di popolazione, invecchiamento attivo, salute pubblica

RIASSUNTO

Obiettivi: obiettivo del sistema di sorveglianza sulla popolazione con 65 anni e più, denominato "PASSI d'Argento", è quello di fornire informazioni precise e tempestive, confrontabili nel tempo e fra diverse ASL/Regioni, sull'evoluzione dei fattori determinanti di salute e di invecchiamento attivo.

Metodologia: l'approccio è quello della sorveglianza di popolazione con indagini ripetute su campioni rappresentativi della popolazione in studio, costituita da soggetti con 65 anni e più, non ospitati in RSA al momento della rilevazione. In ogni Regione è stato estratto un campione rappresentativo mediante campionamento casuale semplice, stratificato per classi di età e genere, o mediante campionamento a cluster. La rappresentatività è stata sempre garantita a livello regionale, in alcuni casi anche a livello di ASL. Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario standardizzato, somministrato con intervista telefonica o faccia a faccia, da operatori delle regioni appositamente formati. L'analisi è stata condotta su dati pesati del pool nazionale utilizzando il software Epiinfo ver 3.5.3.

Risultati: dopo due indagini sperimentali condotte in 16 Regioni italiane, il sistema di sorveglianza "Passi d'Argento" è stato incluso nel Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2013 ed è stato implementato in 19 tra Regioni e Province autonome. L'indagine 2012-2013 ha permesso di raccogliere informazioni su un campione di 24.131 persone con 65 anni e più. Nel Lazio sono state raccolte informazioni su un campione rappresentativo di 2011 persone con 65 anni e più. Il tasso complessivo di risposta nel Lazio è stato del 86,6% (88,5% a livello nazionale), il tasso di rifiuto è stato del 9,4% (9,6% a livello nazionale).

Keywords: population surveillance, active ageing, public health practice

SUMMARY

Objects: the Surveillance System on Population over 64 years (PASSI d'Argento - Silvery Steps) aims to provide reliable, accurate and comparable information on health determinants and factors related to active ageing.

Methods: surveillance is done on a sample of home resident population over 64 years, stratified by sex and age classes, randomly selected from Local Health Units' list of resident. For the collection of data a standardised questionnaire has been developed. Phone or face-to-face interviews have been administered by trained social and health professionals involved in the surveillance. Uni- and multivariate analysis of data collected was performed using Epi-Info ver 3.5.3.

Results: after 2-year experimentation in 16 Regions, under technical and scientific coordination of the National Institute of Health, the Surveillance System on Population over 64 years has been included into the National Prevention Plan (2010–2013). The 2012-2013 survey was conducted in 19 Italian Region and information on a sample of 24.131 people aged 64 years and more were collected. In Lazio Region, information on a representative sample of 2011 people aged 64 years and more were collected. In Lazio response rate was 86,6% (88,5% at national level), refusal rate was 9,4% (9,6% at national level).

Introduzione

Il 2012 è stato proclamato “Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni” (1). Obiettivo dell'iniziativa promossa dall'Unione Europea, era quello di diffondere la cultura dell'invecchiamento attivo in Europa, attraverso la creazione di un vero e proprio “patto di solidarietà tra generazioni”. A questo scopo, nel dicembre 2012, il Consiglio d'Europa ha diffuso i “Principi guida per l'invecchiamento attivo e la solidarietà tra generazioni” (1). Si tratta di indicazioni operative per gli Stati Membri e i vari portatori di interesse finalizzate a promuovere l'invecchiamento attivo nelle tre aree: Lavoro, Partecipazione sociale e Vita indipendente.

Per permettere di valutare le politiche e gli interventi di promozione dell'invecchiamento attivo, sono necessari strumenti di monitoraggio e di valutazione adeguati. In Italia, molte delle politiche e degli interventi socio-assistenziali e socio-sanitari a favore delle persone con 65 anni e più, fanno capo alle differenti Regioni. A fronte di una realtà regionale estremamente eterogenea (2), nel nostro Paese si registra una generale mancanza d'informazioni sistematiche e dettagliate sui bisogni della popolazione con 65 anni e più, che permetta di razionalizzare le risorse disponibili, contrastando l'ampliarsi delle disuguaglianze sanitarie e sociali all'interno di questa fascia di popolazione. Per rispondere a queste esigenze, il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha sostenuto, negli anni 2008-2010, la sperimentazione in 16 Regioni italiane, di un sistema di sorveglianza sulla popolazione con 65 anni e più denominato “PASSI d'Argento” (3). Il sistema “PASSI d'Argento”, permette la raccolta e l'utilizzazione di indicatori utili per: a) descrivere la condizione e

i determinanti di salute della popolazione con 65 anni e più; b) monitorare gli interventi messi in atto e suggerire azioni efficaci e strategie d'intervento; c) valutare le politiche di invecchiamento attivo.

Dopo due indagini sperimentali (4,5) – che hanno permesso di raccogliere in 16 Regioni italiane, informazioni su un campione di oltre 8.000 persone con 65 anni e più – nel 2011 il CCM, in collaborazione con il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha promosso la messa a regime di tale sistema di sorveglianza. E' stata, quindi, avviata l'indagine 2012-2013 che ha visto la partecipazione di 19 tra Regioni e province autonome e la raccolta di informazioni su un campione di 24.131 persone con 65 anni e più. Nella Regione Lazio sono state raccolte informazioni su un campione di 2.011 soggetti, permettendo di descrivere le condizioni di salute e di invecchiamento attivo a livello regionale. Obiettivo di questo contributo è quello di descrivere il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento, fornendo informazioni su alcuni indicatori utili a valutare politiche e interventi di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo nella Regione Lazio.

Metodi e strumenti

L'approccio adottato in PASSI d'Argento è quello della sorveglianza epidemiologica di popolazione. La popolazione in studio è costituita dalle persone con 65 anni e più, non ospitate in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) al momento della rilevazione. Utilizzando le liste dell'anagrafe sanitaria, in ogni regione partecipante è stato estratto un campione rappresentativo mediante campionamento casuale semplice, stratificato per classi di età e genere, o mediante campionamento

a cluster. La rappresentatività è sempre garantita a livello regionale, in alcuni casi anche a livello aziendale.

La raccolta dei dati è realizzata mediante un questionario standardizzato messo a punto dall'ISS, e somministrato attraverso intervista telefonica o faccia a faccia, da operatori dei servizi socio-sanitari opportunamente formati. In alcuni casi, come previsto dal protocollo dell'indagine, le interviste sono state realizzate grazie ad un familiare o persona di fiducia che ha sostenuto e aiutato la persona durante l'intervista. La metodologia utilizzata nella sorveglianza PASSI d'Argento è stata già descritta altrove in maniera dettagliata (6).

Nell'indagine 2012-2013, nella regione Lazio è stato realizzato un campionamento casuale semplice stratificato per classi di età e genere. È stata garantita la rappresentatività a livello regionale e a livello aziendale per 3 ASL collocate rispettivamente sul territorio di Roma capitale, nella Provincia di Roma e in una delle altre province laziali (Latina).

Risultati

Di seguito sono presentati alcuni risultati dell'indagine PASSI d'Argento 2012-2013 nella Regione Lazio. Nel periodo compreso tra marzo e dicembre 2012, sono state raccolte informazioni su un campione di 2011 persone con 65 anni e più residenti nelle 12 ASL del Lazio. Il tasso complessivo di risposta nel Lazio è stato del 86,6% (88,5% a livello nazionale), il tasso di rifiuto è stato del 9,4% (9,6% a livello nazionale).

Le tabelle 1 e 2 mostrano alcuni indicatori relativi a: 1) fattori di rischio e alle condizioni di salute delle persone con 65 anni; 2) partecipazione, sicurezza e proprietà della casa tra le persone con 65 anni e più.

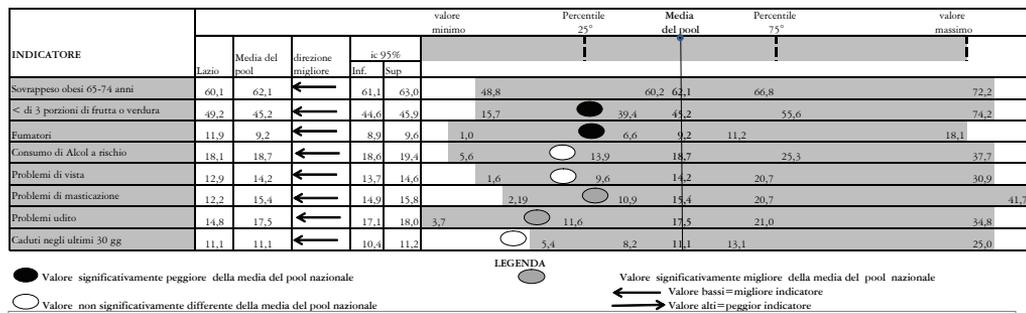
La stratificazione per genere, classe di età,

livello di istruzione e difficoltà economiche percepite permette di individuare sottogruppi di popolazione a maggior rischio rispetto ai diversi fenomeni presi in considerazione.

La figura 1 mostra, attraverso una "spine chart" (7), alcuni indicatori relativi ai fattori di rischio comportamentali e alle condizioni di salute delle persone con 65 anni e più. Per ogni indicatore è riportato il valore rilevato nel Lazio e il valore della media del pool nazionale (la linea centrale verticale) con l'indicazione di valori del 25° e del 75° percentile e del valore minimo e massimo (ai limiti della banda grigia) riscontrati fra le 115 aziende sanitarie che nel 2012-2013 hanno partecipato alla rilevazione dei dati. Il confronto dei dati del Lazio con i dati di pool è rappresentato con i pallini di 3 diversi colori (bianco, nero e grigio) a seconda che il valore sia significativamente migliore, peggiore o non statisticamente differente rispetto al valore medio del pool nazionale. La significatività della differenza si evince dal confronto fra gli intervalli di confidenza (indicati) del valore medio del pool nazionale e quelli del valore regionale. Se non vi è sovrapposizione di valori, la differenza (in meglio o in peggio che sia) è statisticamente significativa, mentre in caso di sovrapposizione non lo è.

Come evidenziato in figura 1, rispetto ai dati di pool, nel Lazio si rilevano valori significativamente superiori di soggetti fumatori e di persone che assumono un basso quantitativo di frutta e verdura. Al contrario, rispetto ai problemi di masticazione e di udito, a livello regionale si riscontrano valori significativamente più bassi. I dati complessivi forniscono tuttavia delle indicazioni di massima, che richiedono ulteriori analisi per individuare i sottogruppi di popolazione con 65 anni e più che risultano più svantaggiati rispetto ai problemi presi in considerazione. Va sottoli-

Figura 1 - Spine chart su fattori di rischio e condizioni di salute nelle persone con 65 anni e più nel Lazio e nelle 115 ASL partecipanti all'indagine 2012-2013



Con la "spine chart" come questa si rappresentano in un'unica immagine diversi indicatori. Per ogni indicatore viene riportato il valore della media del pool nazionale (con la linea centrale verticale), i valori del 25° e del 75° percentile (ai limiti della banda grigio scuro), il valore minimo e massimo (ai limiti della banda grigio chiaro) riscontrati fra le 115 aziende sanitarie che nel 2012-2013 hanno partecipato alla rilevazione dei dati. Il valore dell'indicatore per l'ASL o la regione cui si riferisce il rapporto viene indicato con un pallino di 3 diversi colori: GRIGIO, NERO o BIANCO a seconda che il valore sia significativamente migliore, peggiore o NON significativamente differente rispetto al valore medio del pool nazionale. La significatività della differenza si evince dal confronto fra gli intervalli di confidenza (indicati) del valore medio del pool nazionale e quelli del valore locale (regionale o aziendale). Se non vi è sovrapposizione di valori, la differenza (in meglio o in peggio che sia) è statisticamente significativa, mentre in caso di sovrapposizione non lo è. Attenzione: non basta, per una certa regione o azienda, avere un pallino grigio per escludere che l'aspetto indicato NON sia un problema di salute pubblica.

Fonte dei dati: Indagine PASSI d'Argento. Anno 2012-2013

neato inoltre che, non è sufficiente, per la regione avere un pallino verde per escludere che l'aspetto indicato non sia un problema di salute pubblica.

Conclusioni

Con l'invecchiamento della popolazione, le informazioni relative alle condizioni di salute e di invecchiamento attivo delle persone con 65 anni e più, e all'offerta di servizi e interventi socio-sanitari diventano sempre più importanti (8). I dati del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento forniscono un quadro dettagliato dello stato di salute e del potenziale disponibile derivante dalla messa in atto di adeguati interventi di promozione dell'invecchiamento sano e attivo. Le informazioni prodotte rendono possibile confronti fra diverse realtà locali e, nel tempo, all'interno della stessa area. In questo modo la sorveglianza permette di indirizzare, monitorare e valutare il sistema integrato di in-

terventi socio-assistenziali e socio-sanitari a favore della popolazione con 65 anni e più. Nel Lazio il sistema PASSI d'Argento è stato inserito all'interno del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2013. La sorveglianza di popolazione mette a disposizione dati di qualità, legati al fatto che le informazioni sono raccolte sulla popolazione generale e non sugli utenti di singoli servizi o su un gruppo di popolazione particolare o selezionato per un problema specifico (9).

L'utilizzazione dei dati di sorveglianza diventa essenziale per i livelli operativi laddove si programmano e si realizzano gli interventi a favore della popolazione con 65 anni e più, per esempio le ASL, i distretti o i grandi comuni. Nel Lazio, la disponibilità di informazioni rappresentative a regionale e a livello di 3 ASL collocate in territori geografici molto diversi (territorio di Roma capitale, nella Provincia di Roma e in una delle altre province laziali) permette di fornire un qua-

Tabella 2 - Partecipazione, sicurezza e proprietà della casa tra le persone con 65 anni e più per genere, classi di età, Livello di istruzione e difficoltà economiche percepite d oltre. Lazio, anno 2012

Indicatore	Valore rilevato su tutto il campione		Genere		Classi di età		Livello di Istruzione [§]		Difficoltà economiche percepite		
	%	IC 95%	Uomini	Donne	65-74 anni	75 anni e più	bassa	alta	nessuna	qualche difficoltà	molte
Partecipazione ed essere risorsa											
Aiuto a persone conviventi	15,5	13,6 - 17,4	13,4	17,0	15,7	15,3	17,3	14,1	15,6	17,7	20,5
Aiuto a persone non conviventi	12,4	10,8 - 14,0	10,7	13,7	18,9	5,6	10,3	14,7	15,5	13,9	10,2
Partecipazione ad attività di volontariato	4,6	3,54 - 5,7	3,3	5,6	6,0	3,2	2,2	6,9	7,5	4,2	3,6
Partecipazione ad attività sociali	26,3	24 - 28,6	29,3	24,0	32,2	20,1	20,8	31,5	38,8	24,8	19,5
Lavoro pagato	5,1	3,95 - 6,2	6,9	3,8	7,6	2,4	3,8	6,2	7,3	4,2	5,8
Partecipazione corsi di cultura/formazione	4,5	3,37 - 5,5	3,8	5,0	6,6	2,2	1,2	7,7	8,2	3,9	1,6
Sicurezza											
Quartiere poco o per niente sicuro	18,9	16,7 - 21,0	17,8	19,6	17,0	21,3	20,7	17,4	12,2	20,2	31,2
Presenza problemi nell'abitazione [°]	76,3	74,1 - 78,5	73,9	78,1	76,0	76,6	80,8	72,3	63,2	84,5	87,8
Proprietà della casa[°]	90,0	88,5 - 91,6	90,7	89,6	90,2	89,9	88,2	91,8	95,5	89,0	81,7

§ Istruzione bassa: nessuna, licenza elementare; istruzione alta: scuola media, superiore, laurea, abitazione fredda o in cattive condizioni

° Almeno uno tra i seguenti problemi: spese troppo alte, abitazione distante dai familiari, irregolare erogazione dell'acqua, **propria o del coniuge, comodato o usufrutto

Fonte dei dati: Indagine PASSI d'Argento. Anno 2012-2013

Tabella 1 - Fattori di rischio e condizioni di salute delle persone con 65 anni e più per genere, classi di età, livello di istruzione e difficoltà economiche percepite. Lazio, anno 2012

Indicatore	Valore rilevato su tutto il campione		Genere		Classi di età		Livello di Istruzione [§]		Difficoltà economiche percepite		
	%	IC 95%	Uomini	Donne	65-74 anni	75 anni e più	bassa	alta	nessuna	qualche difficoltà	molte
Percezione dello stato di salute											
molto bene/bene	30,7	28,2 - 33,2	39,2	24,7	36,9	22,9	20,0	40,5	40,4	29,0	15,1
discretamente	51,6	48,8 - 54,4	49,7	52,9	50,7	52,7	54,9	48,3	50,9	53,9	48,1
male/molto male	17,7	15,7 - 19,7	11,0	22,5	12,4	24,4	25,1	11,2	8,7	17,1	36,9
Soddisfazione per la vita che conduce											
molto/abbastanza	72,2	69,8 - 74,6	77,9	68,1	79,1	63,3	62,9	80,4	85,7	72,9	41,4
poco/per nulla	27,8	25,4 - 30,2	22,1	31,9	20,9	36,7	37,1	19,6	14,3	27,1	58,6
Fattori di rischio comportamentali											
Sovrappeso/obesi 65-74 anni	60,1	56,4 - 63,8	66,8	54,4	60,1	-	64,4	57,6	56,7	65,4	51,2
< di 3 porzioni di frutta o verdura	49,2	46,6 - 51,8	52,7	46,7	45,3	53,3	57,3	41,1	41,7	47,1	60,6
Fumatori	11,9	10,2 - 13,6	14,5	10,1	16,8	6,7	9,1	14,6	13,0	11,7	13,2
Consumo di Alcol a rischio	18,1	16,2 - 20,0	30,3	9,2	22,9	13,1	15,0	21,4	21,7	20,3	14,0
Fattori fisici e sensoriali											
Problemi di vista	12,9	11,1 - 14,6	10,1	14,8	6,7	19,3	15,8	9,7	6,2	6,9	20,2
Problemi di masticazione	12,2	10,6 - 13,9	9,9	13,9	8,9	15,7	17,0	7,4	3,4	8,6	22,0
Problemi udito	14,8	13,0 - 16,6	14,2	15,2	9,5	20,3	20,2	9,4	8,0	9,6	14,5
Salute mentale											
Con sintomi di depressione	23,8	21,4 - 26,3	16,1	29,4	20,4	28,2	27,9	20,2	15,9	21,5	45,8
Malattia cronica non trasmissibile											
Con ipertensione	60,1	57,5 - 62,7	9,3	12,4	8,7	13,6	13,1	9,1	8,8	9,8	16,8
Con 3 o più malattie croniche	13,3	11,3 - 14,7	12,2	13,5	7,2	19,0	16,6	9,7	7,1	9,2	17,4
Cadute											
Cadute negli ultimi 30 gg	11,1	9,4 - 12,7	9,3	12,4	8,7	13,6	13,1	9,1	8,8	9,8	16,8
Paura di cadere	47,4	44,9 - 49,9	32,5	58,1	37,6	57,6	55,1	39,6	34,3	47,8	63,2
Inabilità in 1 o più IADL*	40,5	38,1 - 42,8	34,3	45,0	22,4	59,4	52,9	27,8	24,0	33,7	50,5
Disabilità per 1 o più ADL**	14,2	12,5 - 16,0	13,4	14,8	5,6	23,2	18,3	9,5	4,2	6,8	17,9

§ Istruzione bassa: nessuna, elementare; Istruzione alta: scuola media, superiore, laurea. * IADL: Instrumental Activities of Daily Living; ** ADL: Activities of Daily Living

Fonte dei dati: Indagine PASSI d'Argento. Anno 2012-2013

dro completo delle condizioni di salute e di invecchiamento attivo della popolazione della regione, tenendo conto dei diversi contesti geografici e delle diverse condizioni socio-economiche che li caratterizzano.

Tutto il sistema di sorveglianza è reso sostenibile e utilizza le risorse dei servizi socio-sanitari, in maniera tale che gli operatori che in essi agiscono possano beneficiare della sorveglianza come un'opportunità per un percorso formativo e auto formativo che, in ul-

tima analisi, "capacita" l'intero sistema. Anche nel Lazio, la realizzazione dell'indagine ha favorito la creazione e il consolidamento di un network di oltre 100 operatori adeguatamente formati per realizzare le attività di sorveglianza e di comunicazione. In questo modo, il sistema PASSI d'Argento ha favorito la promozione di competenze e qualità professionale all'interno dei servizi socio-sanitari coinvolti nelle 12 ASL del Lazio.

BIBLIOGRAFIA

1. Council of the European Union. 'Council Declaration on the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations (2012): The Way Forward', 17468/12, SOC 992, SAN 322, 2012. Consultato il 29 ottobre 2013, disponibile all'indirizzo: <http://europa.eu/ey2012/BlobServlet?docId=9231&langId=en>
2. Scafato E, Farchi G, Gandin C. & Greco D. La salute dell'anziano tra cura e assistenza. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* 2003; 16 (11): 12-15. Consultato il 29 ottobre 2013, disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/publi/0311.1107337147.pdf>
3. Biscaglia L, Baldi A, Carrozzi G, Cristofori M, Perra A & il gruppo PASSI d'Argento. La sperimentazione di un sistema di sorveglianza della salute delle persone con 65 e più anni. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità - Insetto BEN* 2009; 22(7-8): i-iii. Consultato il 29 ottobre 2013, disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2009/luglio/1.asp>
4. Baldi A, De Luca A, Cristofori M, Carrozzi G, Biscaglia L, Contoli B, Perra A & Dittami A. Passi d'Argento: i risultati della prima indagine multiregionale. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità - Insetto BEN* 2010; 23(5):i-iii. Consultato il 29 ottobre 2013, disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2010/maggio/1.asp>
5. De Luca A, Perra A, Contoli B, Cristofori M, Baldi A, Carrozzi G, Biscaglia L, Chiti L, Antonioti MC, Mortello D & Dittami A. Passi d'Argento: dalla sperimentazione alla messa a regime. L'approccio di valutazione. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità - Insetto BEN* 2013; 24(5):i-iii. Consultato il 18 agosto 2012, disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2011/maggio/1.asp>
6. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento, Luzi P (Ed.). *Sperimentazione PASSI d'Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): verso un sistema nazionale di sorveglianza della popolazione ultra64enne*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/9). Consultato il 29 ottobre 2013, disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/publ/?lang=1&id=2722&tipo=5>
7. Battersby J. Using practice-level data to improve health. *Practice Nursing* 2012; 23 (4): 207-210.
8. The Lancet. How to cope with an ageing population. *Lancet* 2013; 382(12):1225. Consultato il 29 ottobre 2013, disponibile all'indirizzo: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62080-2/fulltext?rss=yes](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62080-2/fulltext?rss=yes)
9. Thacker SB & Stroup DF. Public Health Surveillance. In: *Applied Epidemiology: Theory to Practice* (Eds. R. C. Brownson and D. B. Petitti) 1998: 105-135. Oxford University Press: New York.

Attività motoria nella prevenzione primaria, secondaria e terziaria del disagio giovanile

Physical activity in primary, secondary and tertiary prevention of youth problems

Claudia Frangella, Serena Fabri, Sergio Fazioli, Vincenzo Romano Spica

Claudia Frangella

Dottore di ricerca in attività motoria e salute: aspetti biomedici e metodologici, Università degli Studi di Roma "Foro Italico"

Serena Fabri

Laureato magistrale in scienze delle attività motorie preventive e adattate, Università degli Studi di Roma "Foro Italico"

Sergio Fazioli

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Cultura della Materia, Università degli Studi di Roma "Foro Italico"

Vincenzo Romano Spica

Professore Ordinario di Igiene, Università degli Studi di Roma "Foro Italico"

Parole chiave: disagio giovanile, attività motoria, responsabilità sociale e personale, attività fisica e salute, prevenzione del disagio giovanile, educazione alla legalità

Obiettivi: approfondire il tema della morbosità evitabile connessa al disagio giovanile con particolare riguardo al ruolo preventivo delle attività motorie, al fine di considerare interventi pilota di promozione della salute nelle diverse dimensioni psicologiche, fisiche, sociali e spirituali. Modello applicativo ed esperienza di un intervento pilota integrato nel contesto di una struttura casa-famiglia.

Metodologia: stato dell'arte e selezione studi presenti in letteratura, definizione di progetti pilota adattati a diverse realtà tra cui: città dei ragazzi, carceri, casa famiglia. Sono stati inclusi un diario di bordo, un questionario, programmi di attività motoria personalizzati.

Risultati: l'attività motoria preventiva e adattata può svolgere un ruolo non solo nella prevenzione di malattie multifattoriali, ma anche nel contesto sociale nel disagio giovanile, anche attraverso l'educazione

alla legalità, la riabilitazione ed il reinserimento nella comunità. Si riporta un modello di impostazione per il coinvolgimento sistematico in attività sportive e ludico-ricreative di giovani in una casa famiglia. La letteratura e l'insieme delle osservazioni sostiene il ruolo delle AMPA anche nel superamento dell'emarginazione e del disagio, fondamentalmente attraverso dinamiche di gruppo. Elementi essenziali: stimoli sotto la guida di un adulto, rispetto di regole e compagni, raggiungimento di obiettivi comuni, incremento del senso di autoefficacia e autostima in una cornice più ampia di educazione alla corporeità ed alla legalità.

Key words: youth, physical activity, personal and social responsibility, physical activity and mental health, prevention

SUMMARY

Objective: to analyze the theme of preventable morbidity related to youth problems with particular regard to the preventive role of physical activities, in order to implement a pilot study of health promotion at psychological, physical, social and spiritual level. Application of the integrated pilot study in a young house family context.

Methods: state-of-the-art literature review, definition of a pilot study adapted to different situations including prisons and young house families. Daily diary, questionnaire and individualized physical activity programs have been included in the project.

Results: preventive and adapted physical activity can play a role not only in the reduction of non-communicable diseases, but also in the elimination of youth social problems, also through the diffusion of the principle of legality, the rehabilitation and reintegration into the community. Results confirmed that preventive and adapted physical activities play a role also in reducing marginalization processes, mainly through group dynamics. Essential elements: incentives under the guide of an adult person, rules and playmates respect, common goals achievement, increase of the sense of forcefulness and self-confidence in a wider context of education about corporeity and legality.

Introduzione

I giovani in età preadolescenziale e adolescenziale possono presentare problematiche connesse al disagio giovanile, che si manifesta generalmente come con profondo malessere, diffuso, con apatia, conflittualità, scarse relazioni sociali, insoddisfazione, scarso impegno nelle attività scolastiche, mancato senso di appartenenza ad un'area di aggregazione, accenno di disturbi alimentari e fenomeni di bullismo (1). Le implicazioni di tale fenomeno assumono significato epidemiologico rilevante sia in termini di patologie correlate, che di morbosità e mortalità evitabile (1). I fattori di rischio principali sono associati a vulnerabilità individuale, difficoltà familiari, fragilità del

contesto sociale nel quale il giovane vive, abuso di alcool, fumo e droghe. I fattori di protezione, sono connessi con le competenze individuali, cognitive, affettive e relazionali, la coesione familiare associata a buona comunicazione e socialità, la presenza di adulti significativi, possibilità di creare condizioni per affrontare una vita adulta (2). Diventa quindi necessario sensibilizzare sempre più gli adolescenti su tematiche riguardanti un corretto stile di vita al fine di far acquisire loro una maggiore consapevolezza promuovendo comportamenti salutari e positivi. In questo contesto si collocano le attività motorie preventive e adattate (AMPA), considerate come un valido strumento educativo sotto il profilo fisico, psi-

chico e sociale (3, 4) L'attività motoria come fattore di protezione per la salute, consente di acquisire uno stile di vita attivo in contrasto con la sedentarietà che ormai caratterizza il tempo libero degli adolescenti, e si presenta come uno strumento efficace sia per veicolare interventi di alfabetizzazione alla salute, sia per incidere sui meccanismi metabolici coinvolti nei processi patogenetici di malattie multifattoriali (Figura 1).

La conseguente riduzione dell'incidenza delle patologie e delle sequele ad esse correlate pone l'AMPA in un'ottica di prevenzione, sia essa primaria, secondaria e terziaria (4). Il ruolo dell'attività motoria si esplica anche nella crescita integrale dell'individuo. Il coinvolgimento globale del soggetto può rappresentare per gli adolescenti una valida occasione per scoprire se stessi, le proprie potenzialità e i propri limiti, e ciò che sono

Figura 1 - La Margherita di Lalonde modificata da: Lemma P. *La salute nell'era della globalizzazione*, Unicopli, 2005.



in grado di fare per raggiungere un obiettivo, senza sottovalutare l'importanza dell'aspetto sociale/relazionale e culturale in cui il soggetto è inserito. Non meno importante è il rispetto delle regole, favorito dalla pratica delle attività motorie, fondamentale soprattutto per gli adolescenti che vivono situazioni di disagio. L'attività motoria diventa un momento di crescita consentendo di "saggiare" come il portare a termine un'attività richieda impegno, costanza, fatica, valori. Occorre partire da questo parallelismo tra le competenze e i valori in campo motorio e le competenze e valori sociali nella vita, per educare alla legalità attraverso lo sport. Gli adolescenti vivono

in una società piena di malesseri e disagi ove spesso si comunica attraverso aggressività e sottomissione. Il disagio è una percezione soggettiva di malessere, che si manifesta nelle difficoltà della famiglia, nella vita di relazione, nella scuola, durante la costruzione della propria identità personale. Per evitare il disagio l'adolescente deve adattarsi nel suo bisogno di richieste ad un compromesso psicologico interno. Se questo non accade, a causa di una fragile strutturazione dell'identità, il disagio genera la devianza producendo comportamenti anticonformisti o condotte antisociali con ribellioni. In tal caso il giovane aderisce a qualsiasi ruolo socialmente definito anche se patologico (pe-

ricolosità sociale, bullismo). I Genitori, gli Educatori, gli Insegnanti devono cogliere il disagio comunicativo iniziale e devono aiutare il giovane a superare questo periodo di crisi, evitando i fattori di rischio. La promozione della salute, attraverso la Prevenzione, è il primo intervento che sviluppa attitudini, comportamenti e stili di vita funzionali. Ogni individuo raggiunge il proprio benessere psicologico secondo una sua interpretazione personale in base alle proprie condizioni ed alla sua interazione con l'ambiente. Indicatori di benessere psicologico sono l'autostima, l'autoefficienza, l'autocontrollo, l'autonomia, la crescita personale, lo scopo di vita, le relazioni positive interpersonali, l'abilità cognitiva. Gli adolescenti che vivono nel disagio non hanno quelle abilità cognitive che permettano loro un idoneo utilizzo delle cognizioni acquisite necessarie per l'inserimento nella società. Quindi la prevenzione del disagio giovanile si esplica con un controllo dei giovani nelle istituzioni, quali la Famiglia, la Scuola e le strutture socio-sanitarie. L'adolescente deve sviluppare positivamente le proprie potenzialità e deve essere seguito nei vari aspetti del comportamento, nei fattori di protezione e di rischio. L'educazione alla legalità implica anche una educazione ai legami, alle relazioni, al rispetto per le regole e per le regole, al fine di insegnare ai giovani ad essere capaci di legarsi agli altri per costruire insieme qualcosa di significativo. Il desiderio di fare gruppo e stare insieme, nello sport come nel contesto sociale, di relazionarsi ed interagire reciprocamente, rappresentano punti di forza importanti sui quali gli adulti possono far leva per far comprendere il senso e il valore della legalità.

Questo, infatti, si apprende attraverso i vissuti, privilegiando "la via del fare" per giun-

gere alla solidarietà, valorizzando l'unicità dei singoli in un "gioco di squadra". In questa prospettiva assume rilevanza lo sport, come metafora del vivere in comunità: stare alle regole, essere leali sono stimoli costanti proposti dall'attività sportiva; così come la possibilità che essa offre al soggetto di maturare il senso del limite e incoraggiare la collaborazione tra i compagni di squadra per raggiungere un obiettivo condiviso, rinforzando in tal modo la stima e l'appartenenza al gruppo, verso un obiettivo comune, dove gli avversari non sono nemici, ma "compagni di gioco". L'attività motoria dunque si rivela uno strumento educativo anche per sperimentare il confronto con l'altro, il rispetto delle regole, divenendo preziosa opportunità per prevenire e imparare a gestire i conflitti e promuovere atteggiamenti di giustizia e lealtà (5). Partendo da tali considerazioni è stato sviluppato un progetto all'interno di una casa-famiglia sita a Roma, ospitante ragazzi provenienti da situazioni di disagio sociale e di diversa nazionalità con l'obiettivo di promuovere l'acquisizione del Sé individuale e sociale (Figura 2 vedi pagina seguente).

Obiettivi

Approfondire il tema della morbosità evitabile connessa al disagio giovanile con particolare riguardo al ruolo preventivo delle attività motorie, al fine di considerare aspetti di plausibilità per interventi di prevenzione e promozione della salute basati sulle evidenze. Riportare sulla base di ricerche, osservazioni scientifiche disponibili ed esperienze applicative e riferimenti per la realizzazione di interventi pilota di promozione della salute nelle sue diverse più ampie dimensioni psicologiche, fisiche, sociali. Riferimenti ad un intervento pilota integrato

Figura 2 - La promozione del Sé individuale e del Sé sociale attraverso l'AMPA



nel contesto di una struttura casa-famiglia.

Materiali e Metodi

La ricerca bibliografica e la consultazione di testi specifici ha consentito un approfondimento degli aspetti socio-psicologici del disagio giovanile. Sono stati considerati anche siti internet istituzionali, biblioteche e banche dati per valutare lo stato dell'arte sull'attenzione data al fenomeno oggetto del presente studio in Italia e nel Mondo. La ricerca degli studi presenti in letteratura è stata effettuata principalmente mediante l'utilizzo del database PubMed, del National Center for Biotechnology Information (NCBI). Gli articoli selezionati hanno consentito la raccolta di informazioni sui benefici delle attività motorie per la prevenzione delle patologie multi-fattoriali ed in particolare sui benefici psicologici dell'attività motoria preventiva e adattata nei giovani. L'utilizzo di parole chiave, ad esempio "Youth, physical activity, personal and social responsibility, physical activity and mental health, prevention" ha consentito l'identifi-

cazione e l'analisi di due studi di particolare interesse svolti rispettivamente nel 2011 in Gran Bretagna (6) e nel 2010 in Grecia (7). Successivamente alla raccolta e rielaborazione del materiale, si è provveduto alla stesura dell'elaborato presentando i risultati di alcuni indagini ed offrendo un quadro dell'attuale situazione in merito all'AMPA negli adolescenti. Parallelamente alla fase di stesura dell'elaborato, sulla base dei risultati ricavati dall'analisi della letteratura è stato stilato un progetto sperimentale che ha avuto luogo in una casa famiglia di Roma. Per valutare i risultati è stato utilizzato un questionario (vedi *Allegati*), estrapolato e modificato dal libro "Attivare le risorse del gruppo classe". Il questionario sottoposto all'inizio e alla fine del progetto mirava a valutare otto diverse aree: clima positivo nel gruppo, abilità sociali individuali, autostima, autoefficacia, abilità sociali nel gruppo, empatia, abilità sportive e rispetto delle regole. Inoltre cinque domande aperte erano focalizzate sull'importanza attribuita all'attività motoria nel tempo libero e la

frequenza con cui essa veniva praticata. Una scala di valori tra 0 (no o per niente) e 4 (moltissimo) è stata utilizzata per la valutazione effettuata suddividendo gli item in base alle aree di appartenenza, al fine di ottenere un punteggio unico per le otto aree. I ragazzi, inoltre, sono stati invitati a compilare un diario, al termine di ciascuna sessione di allenamento, con le impressioni avute durante l'ora trascorsa insieme. Il diario utilizzato per tale valutazione rispecchiava le caratteristiche sulle quali si basa il diario di bordo proposto dagli educatori della casa-famiglia a ciascun giovane al termine di una attività sociale. È stata utilizzata inoltre una griglia di valutazione, adattata allo specifico contesto, che prevedeva item relativi all'area cognitiva, relazionale, affettiva e motoria (vedi *Allegati*). L'idea di sport assume una importante rilevanza non solo come strumento efficace per la prevenzione delle malattie, ma anche come occasione per veicolare programmi di alfabetizzazione alla salute ed informazioni per una crescita fisica sana, in una prospettiva più ampia, di educazione alla salute ed allo sviluppo socio-psicologico e relazionale. Attraverso l'attività motoria adattata è possibile offrire ai giovani possibilità di sperimentare i valori fondamentali non solo "in campo", ma nel proprio contesto e progetto di vita. In una applicazione pilota un intervento AMPA integrato eseguito in una casa famiglia, un gruppo sperimentale ha partecipato allo studio, ed un modello di attività fisica è stato realizzato. Alcuni ragazzi ospiti della casa famiglia, tre dei quali in età adolescenziale (12-13 anni) e uno di 9 anni hanno seguito un progetto motorio articolato in tre fasi, e strutturato con componenti/competenze provenienti dalle seguenti aree: scienze motorie, sociologia, psicologia,

medicina. Nella fase preliminare, al fine di conoscere le abilità, le aspettative, la capacità di socializzazione ed integrazione dei ragazzi, prima di effettuare il programma di allenamento motorio stabilito, sono state svolte tre lezioni sulla base delle quali è stato possibile formulare un programma di attività motoria preventiva e adattata studiato ad hoc, personalizzato. La fase centrale è stata caratterizzata dall'attuazione del programma di allenamento e ciascun partecipante allo studio è stato valutato individualmente tramite il questionario somministrato all'inizio della prima lezione e alla fine dell'ultima (follow-up). Parallelamente mediante la griglia valutativa è stato possibile estrapolare dati relativi alle quattro aree sopra indicate. Durante la fase finale della durata di un mese è stata effettuata la verifica e valutazione dei risultati. La parte pratica del progetto svolta in campo ha previsto 16 incontri in cui è stato attuato il programma di allenamento fisico ed educazione alla salute. Le sessioni di allenamento, effettuate due volte a settimana (suscettibili di variazioni), avevano una durata di 60 minuti ciascuna, così strutturati:

- 5 min. di riscaldamento generale aerobico mirato a creare uno stato di preparazione psicofisica e coordinativa ottimale per l'inizio dell'attività al fine di evitare eventuali infortuni e preparare l'organismo a sostenere il carico di lavoro successivo.
- 40 min. fase centrale basata sull'insegnamento dei fondamentali della pallamano (lancio e presa, passaggio e portar palla, tiro in porta, attacco e difesa) mediante esercizi a coppie e a terzine mirati a far acquisire le abilità tecniche favorendo simultaneamente la cooperazione tra i com-

ponenti del gruppo.

- 10 min. gioco attivo dedicata all'applicazione in campo delle tecniche acquisite.
- 5 min. di defaticamento mirato ad allungare la muscolatura favorendo un recupero più rapido ed efficace. Al termine di ogni seduta di allenamento i ragazzi hanno avuto a disposizione 10-15 minuti per compilare il proprio diario al fine di trascrivere le impressioni sull'attività svolta fornendo così all'educatore motorio un feedback sul lavoro svolto.

Il tutto veniva integrato con interventi di tipo psicologico-socioassistenziale condotti da psicologi e operatori socio-assistenziali, anche attraverso discussioni ed incontri informali.

Risultati

Il tema del disagio giovanile e delle strategie multidisciplinari di intervento, costituisce un ambito rilevante per il contesto della morbosità evitabile in sanità pubblica. Dalla analisi della letteratura scientifica si è osservata, infatti, una attenzione crescente nei confronti del fenomeno del disagio giovanile, dei comportamenti a rischio ad esso associati, delle soluzioni per la prevenzione primaria, secondaria e terziaria. L'approccio in oggetto da un punto di vista applicativo-metodologico più generale, può inserirsi nei diversi tempi della prevenzione, ma, nello specifico il caso riportato per la casa famiglia può rappresentare un contributo preliminare ed innovativo nell'ambito della prevenzione secondaria. Le implicazioni per l'ambito della promozione della salute, appaiono di interesse e rilevanti e sono sostenute sia da aspetti di plausibilità biologica connessi con l'azione dell'attività fisica sul metabolismo ed anche sui pathways dell'addiction, sia dalla effica-

cia su modelli di comportamento e stili di vita, come riportato in diversi studi (8, 9). I risultati costituiscono un primo esempio di applicabilità e fattibilità di tale approccio integrato. Nel delicato periodo adolescenziale caratterizzato da fasi di sperimentazione e incertezza, talvolta si possono inconsapevolmente assumere comportamenti ritenuti dannosi per la propria salute e per quella degli altri (10). Sulla base di queste ed altre considerazioni l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato un gruppo di life skills, la cui acquisizione e trasformazione da parte del soggetto consente l'assunzione di comportamenti attivi nei confronti della propria salute, divenendo il nucleo dei programmi di prevenzione e promozione della salute (11). Ed è nell'ambito della prevenzione che si collocano le attività motorie preventive e adattate ritenute un valido mezzo per sviluppare abilità fisiche, psicologiche e sociali promuovendo la crescita integrale dell'individuo. Vengono di seguito riportati i dati, secondo la metodologia adottata. L'analisi descrittiva dei dati ricavati dal questionario di valutazione del soggetto 1 ha mostrato, al termine del progetto, una diminuzione in tutte le aree prese in considerazione. L'attività motoria nella sua vita è risultata di notevole importanza con soddisfazione per il suo rendimento sportivo. Nel soggetto 2 è emerso un miglioramento significativo nelle aree inerenti il clima positivo nel gruppo, le abilità sociali individuali, l'autostima, le abilità sociali nel gruppo e l'empatia, tuttavia sono rimaste stabili l'area dell'abilità sportive e l'autoefficacia, è invece diminuita l'area riguardante il rispetto delle regole. Il soggetto ha tuttavia dichiarato di essere soddisfatto del suo rendimento sportivo e di dare molta importanza all'attività mo-

toria. Nel soggetto 3 al termine del progetto è stato riscontrato un aumento significativo nelle aree concernenti clima positivo nel gruppo, autoefficacia, empatia. Le aree dell'autostima e delle abilità sociali di gruppo sono rimaste stabili, la diminuzione è stata riscontrata nelle aree riguardanti abilità sociali individuali, rispetto delle regole e abilità sportive. Dalle domande aperte è emerso che il soggetto 3 dava poca rilevanza alla attività motoria nella sua vita ritenendosi solo parzialmente soddisfatto del suo rendimento sportivo. Il soggetto 4 ha partecipato soltanto alla compilazione del questionario iniziale pertanto non si dispone dei dati conclusivi. Le modifiche negli aspetti relazionali, affettivi, cognitivi e motori sono state valutate mediante l'utilizzo della griglia di valutazione che ha messo in luce per il soggetto 1 un miglioramento nell'area cognitiva, relazionale e motoria e una lieve diminuzione nell'area affettiva, per il soggetto 2 un miglioramento nell'area cognitiva, relazionale e in quella motoria (stabile l'area affettiva). Il soggetto 3 presentava un incremento dell'area relazionale mentre l'area cognitiva e quella motoria sono rimaste stabili e nell'area affettiva si è avuta una diminuzione, per il soggetto 4 che ha partecipato solo inizialmente al progetto senza portarlo a termine non si dispone di dati qualitativi. Nel diario di bordo è stato riportato, da tutti i partecipanti allo studio, il divertimento e il piacere percepito nella pratica dell'attività motoria in particolar modo durante il gioco di squadra. E' stata quindi apprezzata la collaborazione mirata a raggiungere uno scopo comune rispettando le regole e accogliendo gli altri partecipanti. Il soggetto 3 ha anche sottolineato, in diverse occasioni il ruolo svolto dall'attività motoria che gli

ha consentito di non pensare ad un momento difficile che stava attraversando favorendo un maggior rilassamento, e come l'attività in campo rappresentasse un'opportunità di fare un'esperienza divertente insieme ai compagni. Nell'insieme sia il confronto con se stessi e gli altri è stato favorito dall'attività fisica in gruppo, favorendo non solo la crescita degli aspetti legati alle relazioni interpersonali, ma anche con l'allenatore/guida, confermando anche il ruolo di abbattimento degli effetti barriera tramite il contesto motorio-sportivo. Le attività motorie e sportive, svolte a scuola o nel tempo libero, dovrebbero essere valorizzate all'interno di una prospettiva più ampia, finalizzata anche alla identificazione di problematiche psicologiche o sociali, e favorendo dunque l'acquisizione di interventi mirati e stili di vita positivi, proprio anche attraverso la valorizzazione del gioco e dello sport come momenti di socializzazione, apprendimento ed integrazione. Le AMPA potrebbero svolgere un ruolo rilevante non soltanto nella prevenzione di obesità, ipertensione o altre patologie multifattoriali, e nella prevenzione primaria del disagio giovanile, ma anche in soggetti border line (prevenzione secondaria) evitando cronicizzazione ed insorgenza di ulteriori sequele e problematiche associate. Non meno importante il ruolo nella prevenzione riabilitativo-sociale favorendo recupero e reintegro nella società di soggetti in cui gli effetti sono ormai conclamati, come per aspetti connessi al complesso fenomeno delle tossicodipendenze o degli interventi negli istituti detentivi per minori (12, 13). Ne è un esempio il progetto pilota basato su gruppi di ascolto istituito in un Carcere Giudiziario al termine degli anni 90. I gruppi di ascolto, nei quali i giovani detenuti di età com-

presa tra i 18 e i 30 anni, avevano la possibilità di raccontarsi e ascoltare gli altri, al termine del progetto misero in luce la diminuzione dello stato di ansia acuta e di stress causato dalla perdita della libertà e una diminuzione dell'uso di psicofarmaci (13). L'argomento riveste quindi una parti-

colare complessità e non esiste un approccio univoco per la soluzione. Le recenti evidenze scientifiche, mostrano come anche il contributo delle attività motorie possa svolgere un ruolo positivo all'interno di un intervento integrato fondato su nuove strategie e tradizionali conoscenze.

BIBLIOGRAFIA

1. Brandi G, Liguori G, Romano Spica V. Igiene e Sanità Pubblica per Scienze Motorie. Quaderni sanitari per scienze motorie. vol. 1, Roma: Antonio Delfino Editore; 2010.
2. Ciucci R, Salvini A. Disagio giovanile, dalla conoscenza alla prevenzione. Comune di Livorno, 1995.
3. International Conference on Health Promotion "Carta di Ottawa". Ottawa, 1986
4. Romano Spica V, Frangella C. Attività fisica e promozione della salute. Sport e medicina 2009; (3) 15-23.
5. Frattini G, Melica S, Salvetti, C. Movimento, Sport ed Espressione Corporea. Trento 2011: 1-270 [http://hdl.handle.net/10807/31194]
6. Thonson Coon J, Boddy K, Stein K, Whear R, Barton J, Depledge MH. "Does participating in Physical Activity in outdoor natural environments have a greater effect on Physical and Mental wellbeing than Physical Activity indoors? A systematic review. Environmental Science and Technology 2011; (45) 1761-1772.
7. Hassandra, M., Goudas, M. An evaluation of a physical education program for the development of students' responsibility. Hellenic Journal of Psychology, 2010; 7: 417-419.
8. Montuori E, Raffo M, Giampaoli S, Frangella C, Di Rosa E, Romano Spica V. Tabagismo e attività motoria. Sport e Medicina 2011; (3) 35-42.
9. Williams DJ, Streat WB. Physical Activity as a Helpful Adjunct to Substance Abuse Treatment. Journal of Social Work Practice in the Addictions 2004; 4.
10. Hurrelmann K. Health promotion for adolescents: preventive and corrective strategies against problems behavior. Journal of Adolescence 1990; 13: 231-250
11. Maulini C. Pedagogia benessere e sport. Roma: Aracne; 2006.
12. www.wikigiene.it
13. Brenna V, Fazioli S. Progetto per la riduzione del Disagio nei detenuti della Casa Circondariale Maschile Rebibbia N.C. Roma. Cattedra di Economia Sanitaria P.T.V., 2000.

Allegati

QUESTIONARIO					DATA:					
NOME e COGNOME:				ETA'	Sesso:					
Ti preghiamo di leggere le seguenti affermazioni e indicare con la massima franchezza il grado di corrispondenza con la tua esperienza										
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
0	no o per niente;	1 un po';	2 abbastanza;	3 molto;	4 moltissimo					
1	Mi sento apprezzato dai miei compagni e dagli amici									
2	Riesco ad essere simpatico con i miei compagni e i miei amici									
3	Mi trovo bene con i miei compagni									
4	Riesco ad essere amico dei miei compagni									
5	Mi sento capace di affrontare le difficoltà dell'apprendimento									
6	Mi trovo bene con i miei insegnanti									
7	Vado a scuola volentieri									
8	Mi interessa quello che dicono i miei compagni ed amici									
9	I miei compagni si interessano a quello che dico									
10	Durante la ricreazione mi diverto con i miei compagni									
11	Sono spesso soddisfatto delle esperienze fatte a scuola									
12	Gli insegnanti mi apprezzano									
13	In classe ci aiutiamo reciprocamente									
14	Mi è facile intervenire per chiedere spiegazioni									
15	Nella nostra classe si svolgono delle attività in cui mi sento bravo									
16	Mi piace lavorare in gruppo									
17	Sono capace di eseguire un compito da solo									
18	Riesco a dare il mio contributo nel lavoro di gruppo									
19	Riesco a completare il lavoro assegnato									
20	Vado d'accordo con i miei compagni									
21	Rispetto i miei compagni									
22	Difendo i miei compagni che subiscono un'ingiustizia									
23	I miei compagni mi stimano e mi apprezzano									
24	Mi sento capito									
25	Aiuto i miei compagni quando hanno bisogno									
26	I miei compagni mi aiutano quando sono in difficoltà									
27	A scuola non sempre mi sento tranquillo e sereno									
28	Posso contare sugli insegnanti									
29	Posso contare sui compagni									
30	Gli altri si fidano di me									
31	Sono sensibile e attento ai sentimenti e alle emozioni delle persone significative per me									
32	Cerco di capire i bisogni e i problemi degli altri									
33	In classe ci stimiamo									
34	Mi impegno a coltivare le mie amicizie									
35	Ascolto con attenzione gli altri									
36	Gli altri ascoltano con attenzione le mie proposte									
37	Scherzo volentieri per creare un clima di amicizia									
38	So aiutare chi ha bisogno									
39	Rispetto le idee altrui									
40	Rispetto i sentimenti altrui									
41	Faccio proposte costruttive quando emergono conflitti									
42	Condivido le mie cose									
43	Coopero con gli altri per il bene comune									
44	So prevedere e anticipare le conseguenze del mio comportamento									
45	Rifletto prima di agire									
46	Sono autonomo nello svolgimento dei compiti									
47	In una discussione manifesto con chiarezza le mie idee									
48	Cerco di imparare dai miei errori									
49	Sono adattabile									
50	So autocontrollarmi									
51	So affrontare gli insuccessi									
52	So tollerare le frustrazioni, lo sforzo e la fatica									
53	Di fronte alle difficoltà aumento il mio impegno									
54	Sono tenace nel raggiungere gli obiettivi prefissati									
55	Manifesto apertamente i miei sentimenti senza ferire gli altri									
56	Sono soddisfatto di me stesso									
57	In classe ci confidiamo i nostri problemi									
58	Mi impegno in quello che devo fare									
59	Ho fiducia in me stesso									
60	Mi sento accolto dai miei compagni									
61	Cerco di pensare al positivo									
62	Svolgo i compiti con il desiderio di imparare									
63	Cerco di essere ottimista									
64	Quando sbaglio mi incoraggio per migliorare									
65	Sono preciso nello svolgere i compiti									
66	Mi piace leggere									
67	So organizzarmi nello studio									
68	So collaborare con gli altri									
69	Sono capace di rispettare le regole della classe									
70	In una discussione cerco di conoscere il punto di vista degli altri									
71	In classe sappiamo collaborare in vista di un obiettivo comune									
72	So riconoscere quando un compagno ha bisogno di aiuto									
73	In una discussione riesco a far valere una mia idea									
74	Mi metto nei panni degli altri per capire come si sentono									
75	Sappiamo trovare un accordo dopo un litigio									
76	Sono gentile									
77	Riesco a rendere allegri gli altri									
78	Gli altri sono gentili con me									
79	Riesco a rispettare le regole concordate con gli adulti									
80	Seguo le regole quando gioco con gli altri									
81	Sono bravo nella pratica degli sport che mi piacciono									
82	So di poter migliorare nello sport se mi alleno									
Ti preghiamo di rispondere alle seguenti domande:										
1	Quali aspetti della tua vita scolastica ed extra scolastica vorresti migliorare?									
2	Quale peso dai all'attività sportiva?									
3	Pratichi uno sport?									
4	Se sì quale?									
5	Sei soddisfatto del tuo rendimento nello sport?									

Nome:		Cognome:				
COSA OSSERVARE		0	1	2	3	4
Area Cognitiva						
Comprende il proprio ruolo						
Rispetta le regole						
Cerca strategie efficaci per difendersi e spiega le sue scelte						
Cerca strategie efficaci per attaccare e spiega le sue scelte						
Comprende l'utilità delle azioni realizzate:						
per lanciare						
per passare la palla						
per fare goal						
Sa identificare le azioni fondamentali di gioco						
Sa anticipare le mosse dell'avversario						
Area Relazionale						
Rispetta l'avversario						
Propone nuove regole nel gioco						
Rispetta i vincoli del lavorare in gruppo						
Sa dosare la sua supremazia						
Non umilia l'avversario						
Sa aiutare i compagni in difficoltà						
Si mette a disposizione dei compagni spontaneamente						
Area Affettiva						
Si demoralizza facilmente						
Si entusiasma						
Esprime sentimenti di:						
delusione						
indifferenza						
aggressività						
gioia						
supremazia						
sottomissione						
è tenace						
è volenteroso						
non cede						
è testardo						
è arrendevole						
Area Motoria						
Quanto è in grado di:						
tirare						
passare la palla						
palleggiare						
saltare						
essere rapido nelle azioni degli arti inferiori						
resistere agli attacchi						
anticipare le mosse dell'avversario						
scegliere la traiettoria di lancio adeguata						

RECENSIONI

Hilary Rose et Steven Rose, *Geni, cellule e cervelli. Speranze e delusioni della nuova biologia*, "Collana Le scienze", Codice Edizioni, Torino, 2013, pp. 402

Sono passati ormai 15 anni da quando Times dedicò la copertina alla figura dello scienziato imprenditore Craig Venter ritratto con addosso mezzo camice e mezza giacca a simbolizzare l'avvenuta ibridazione tra due mondi che fino ad allora erano stati separati. Al centro della scommessa c'erano molte poste. Infatti Venter in primo luogo rifiutava di agire sulla base dei criteri che secondo Merton, sociologo della scienza, regolano l'agire degli scienziati e che si basano sui valori di comunismo (delle conoscenze), universalismo (non ha importanza chi sei, ma cosa dice e come viene fatta la tua produzione scientifica), disinteresse (verso i premi monetari) e scetticismo organizzato, dandosi la possibilità di fare "una vagonata di soldi" grazie alla brevettazione delle conoscenze prodotte con le "sue" ricerche; il fulcro delle sue attività verteva sulla ricerca genomica, mirando a brevettare informazioni sui geni scoperti al fine di godere delle fortune che sarebbero scaturite dalla disponibilità di farmaci personalizzati, di test di predittività verso malattie a grande diffusione e così via.

Così facendo, lo scienziato imprenditore appropriandosi delle conoscenze sulla vita, si collocava immediatamente tra i pionieri di un modo di produzione che vuole mettere a valore la vita e così si qualifica come biocapitalismo tout court, in una corsa che avrebbe visto l'adesione entusiastica di ricercatori attivi in altri settori della biologia, tra cui la ricerca sulle cellule staminali e sulle neuroscienze.

Quindici anni dopo il testo dei coniugi Rose ci resti-

tuisce un quadro d'insieme della parabola e delle delusioni cui fallimento del progetto degli scienziati imprenditori, tracciando un bilancio delle varie fasi che investimenti colossali in mitiche "sturt up", speranze di liberazione dalle malattie sul versante in discesa della cura personalizzata, annunci di grandi scoperte gridate sulla stampa quotidianamente e insormontabili difficoltà applicative dovute alla complessità del bios hanno permesso di far emergere.

Rinviando al testo, un classico della categoria degli "science studies", scritto in una forma sufficientemente divulgativa da risultare comprensibile anche per il non ricercatore e arricchito di molti punti di vista, tra cui vanno segnalati tanto la critica femminista quanto un approccio attento ai diritti delle varie specie viventi, in questa sede preme sottolineare alcuni elementi di sintesi che i Rose ci mettono a disposizione.

Cosa hanno avuto in comune gli scienziati imprenditori che si sono messi a lavorare per mettere a valore la vita sia che si trattasse di geni, di staminali o del cervello? Per i Rose essi hanno assorbito acriticamente dal capitalismo una visione riduzionistica e meccanicistica del mondo, che, così come permette di pensare alle risorse petrolifere come qualcosa da sfruttare in modo intensivo senza tenere conto degli effetti sull'ambiente e sulla salute (è solo uno tanti esempi possibili), ha ritenuto biologicamente plausibile l'esistenza di una concatenazione rigida tra gene, proteina codificata ed espressione di una malattia, al pari della possibilità di impiantare cellule staminali in un tessuto biologico contando su una loro attivazione indipendente dal contesto, fino ad assumere che il cervello in quanto organo contenga anche le funzioni proprie della mente.

A questo riduzionismo biologista (che a posteriori appare anche piuttosto ingenuo) si sono contrapposti

sia l'essenza intimamente sistemica del vivente, con la sua estrema plasticità che gli permette di interagire, in tempi biologici, con le evoluzioni ambientali sia la natura incerta della conoscenza, un ulteriore elemento la cui sottovalutazione ha giocato un ruolo decisivo nell'empasse che oggi subisce chi ha cercato di mettere a valore la vita, dato che le ipotesi scientifiche se permettono di spiegare aspetti prima ignoti, non esauriscono interamente la conoscenza sui fatti che pure contribuiscono a spiegare, presentando pertanto nuclei di incertezza anche nel core delle loro ipotesi interpretative.

Così il testo narra con dovizia di particolari come i circa 20.000 geni che possediamo sono lo stesso numero di quelli che caratterizzano il moscerino della frutta; abbiamo il 50% di geni in comune con la banana ed il 98,5% di geni in comune con lo scimpanzé il che non permette di spiegare su base genetica le palesi differenze; se invece passiamo a valutare quanti geni sono implicati nelle principali malattie cronico degenerative, allora emerge che ce ne sono in gioco almeno un centinaio e tutti con un peso che non va oltre l'1-2%: troppi per ottenere risultati consistenti. Alla fine, gli studi sui geni sembrano aver lasciato questo messaggio: il genoma è una specie di vocabolario, ma la scelta delle parole che andranno a comporre il fenotipo di un determinato individuo, viene fatta dall'epigenoma, cioè dal complesso dei meccanismi regolatori che avvolgono il genoma e che, sulla base di opportuni stimoli ambientali accendono o spengono il gene (attraverso processi di metilazione) risentendo in questa funzione del ruolo di inquinanti ambientali che possono funzionare da interferenti endocrini, alterando la funzione epigenetica.

Così, mentre tutte le ipotesi patogenetiche preesistenti sulle malattie cronico degenerative mostrano la natura incentra delle conoscenze su cui fino ad oggi abbiamo basato le nostre convinzioni ed i nostri approcci preventivi, diagnostici e terapeutici, poca materia resta agli scienziati biocapitalisti per mettere a valore la vita. Per il momento bios o me-

glio zoe sono troppo sistemici e sofisticati per i semplicistici schemi interpretativi messi in campo dal riduzionismo meccanicistico.

Seguendo le analoghe parabole che hanno subito i paralleli tentativi di metter a valore la vita con staminali e neuroscienze, un senso di sollievo di impossessa del lettore che, finalmente vede ergersi qualcosa in grado di contenere la furia accelerazionista del biocapitale, che riesce a fare a pezzi rappresentanza democratica, culture secolari, sistemi di welfare che hanno garantito benessere e relativa equità ad intere generazioni di popolosi paesi: la complessità del vivente, che, ci ha protetti da orribili procedure di recinzione e sfruttamento delle conoscenze e dai conseguenti dispositivi di messa a valore della, su un terreno avrebbe visto il biofascismo che regola la gestione degli allevamenti animali per non parlare delle sperimentazioni animali, si faceva sempre più vicino.

Ora le cose sono cambiate: il vaso di Pandora del bios da mettere a valore non si è aperto e con esso è rimasta chiusa la prospettiva di una cura onnipotente perché in grado di rimediare al vulnus che noi infliggiamo all'ambiente e tramite esso (ora lo sappiamo con un minor grado di incertezza) anche a noi stessi attraverso la sregolazione della funzione epigenomica. Si aprono praterie per la prevenzione collettiva e per l'applicazione del principio di precauzione; il ritorno a pratiche di condivisione che caratterizza oggi l'enorme cumulo di conoscenze prodotte sul genoma sempre più condivise dai ricercatori (lo stesso Craig Venter, constatato che i brevetti recintavano conoscenze non utilizzabili in chiave di farmacologia deterministica e medicina predittiva, dal 2005 diffuse a chi ne faccia richiesta i dati delle proprie scoperte, limitandosi a vendergli il software per analizzarli. . . .) apre spazi per una declinazione dei principi mertoniani nei processi di scienza aperta ora resi possibili dallo sviluppo delle competenze cognitive nella società.

Carlo Romagnoli

SCHEDE

Marco Ingrosso, *Il fisioterapista in Italia. Un professionista della cura riabilitativa*, 312 pagine, 20 euro <http://www.aracneeditrice.it/aracneweb/index.php/catalogo/9788854864542-detail.html>

La ricerca qui presentata costituisce la prima indagine nazionale sulla figura del fisioterapista in Italia. Si tratta di una professione sanitaria in crescita sia sul piano quantitativo, in termini di addetti e di scelte formative, sia su quello qualitativo, ossia di capacità, autonomia operativa e fondazione scientifico-culturale del proprio sapere.

L'indagine si compone di tre parti fra loro coordinate. Nella prima viene presentato il quadro storico-normativo e formativo-organizzativo entro cui si definisce questa professione sanitaria. La seconda parte della ricerca è dedicata ad un'analisi e valutazione della condizione della professione in Italia condotta attraverso interviste semi-strutturate e focus-group rivolti alla dirigenza regionale e nazionale dell'Associazione Italiana Fisioterapisti. La terza parte presenta e discute i risultati di un'indagine campionaria rivolta ad un numero consistente e significativo di fisioterapisti in servizio attivo.

L'indagine raccoglie, accanto a dati fattuali, le opinioni e valutazioni degli appartenenti alla categoria su diversi temi centrali quali: i percorsi formativi attuali e attesi, le prospettive occupazionali, le condizioni di lavoro, le percezioni relative all'identità, al riconoscimento, alle relazioni con le altre categorie sanitarie e con i pazienti. Un ampio approfondimento è dedicato ai temi della scienza, della corporeità,

delle relazioni di cura, evidenziando specificità inedite che questa figura possiede.

Il volume si rivolge a tutti coloro che praticano o intendono praticare questa professione, ma anche agli studiosi di professioni e servizi di cura che troveranno dati e riflessioni relativi a problematiche di interesse generale quali l'organizzazione dei servizi riabilitativi, le pratiche di benessere, la formazione sanitaria, le relazioni di cura e quelle interprofessionali.

F.A.B.

Gordon A.J., Conley J.M., Gordon J.M., *Medical consequences of marijuana use: a review of current literature*. Curr Psychiatry Rep. 2013 Dec; 15 (12): 419

Una rassegna della letteratura medica relativa agli studi che dal 1998 al 2013 hanno indagato l'eventuale associazione tra esposizione (legale ed illegale) alla marijuana e patologie somatiche. L'interesse per una questione siffatta origina da una duplice constatazione. La prima ravvisabile nella penuria di lavori su un argomento simile a fronte di una vasta produzione concernente i disagi sociali e mentali da consumo di marijuana; la seconda identificabile nel crescente impegno, per gli operatori sanitari, nell'ambito delle patologie marijuana-correlate dato il crescente ricorso a tale sostanza. Incremento in parte illegale ed in parte ascrivibile alla legalizzazione della marijuana a scopo ricreativo e terapeutico in almeno 16 Stati USA.

Il documento si articola in un'introduzione volta a

restituire soprattutto un quadro generale dei dati relativi al consumo di marijuana seguita da un breve capitolo concernente la sua fisiologia quindi da una serie di sezioni ciascuna dedicata agli esiti dell'analisi di letteratura in merito ai rischi da possibili associazioni tra uso di marijuana e patologie queste ultime suddivise per sistemi corporei e gruppi nosologici. Malattie infettive; neoplasie; dismetabolismi; rischi per patologie della cavità orale, polmonari, cardiovascolari, neurologiche, oftalmiche, urogenitali, (a review of current dibattito di riflessione o il profilo socio-culturale miche, urogenitali digestive ed immuno-ematologiche. Nelle conclusioni l'asserzione che la presente review - che prescinde dal dibattito in corso sull'utilizzo terapeutico o ricreativo della marijuana e dall'analisi degli effetti sulla morbilità socio-comportamentale e sulla salute mentale- sembra provare, in svariati casi su base biologica, un'associazione tra esposizione alla marijuana ed effetti sulla salute fisica. Oltre a dichiarare alcune criticità intrinseche al lavoro gli autori richiamano comunque alla necessità di ulteriori approfondimenti. Segnaliamo con piacere questa review, che pure nasce e si svolge in un contesto piuttosto difforme dal nostro sotto il profilo socio-culturale, per la possibilità da essa fornita di costituire uno spunto di riflessione *altro e complementare* per gli operatori sanitari che si occupano di dipendenze specie in un momento di aspro dibattito su questioni simili come quello attuale.

E.M.

Sørensen T., Kleiner R., Ngo P., Sørensen A., Bøe N., *From Sociocultural Disintegration to Community Connectedness Dimensions of Local Community Concepts and Their Effects on Psychological Health of Its Residents*, Psychiatry Journal, Volume 2013.

Un documento che analizza una serie di studi di promozione della salute mentale di comunità realizzati nelle Isole Lofoten, in Norvegia a partire dagli

anni '90. Studi in cui si ricorre al concetto di integrazione socio-culturale per individuare e descrivere quelle proprietà di una comunità locale correlate alla salute psicologica dei suoi appartenenti.

Il lavoro consta di un'introduzione in cui si sottolinea il passaggio culturale da una psichiatria sociale che concatenava la stratificazione sociale alla prevalenza dei disturbi psichiatrici ad una che sottolinea il primato, secondo l'approccio ecologico amplificato di Leighton, dell'integrazione socioculturale di una comunità locale rispetto alla presenza e distribuzione dei disturbi mentali.

Da qui la spinta prioritaria di tale ricerca a contribuire alla costruzione di strategie efficaci e sostenibili per la promozione della salute e del benessere mentale- nonché per la prevenzione, l'intervento ed il trattamento- soprattutto a livello di comunità locale con tutti i limiti della definizione del costrutto di "comunità". Obiettivo principale del lavoro connettere il concetto di integrazione- disintegrazione socio-culturale, secondo la sua evoluzione negli studi di promozione della salute mentale di Lofoten, ad altri concetti adottati per descrivere la comunità locale ed i suoi riflessi sulla salute mentale.

A seguire i capitoli: "Lofoten e gli studi di Promozione della Salute Mentale a Lofoten"; "Integrazione- disintegrazione socio-culturale e la sua applicazione a Lofoten"; "Confronto tra vari costrutti -la "comunità coesa" in prospettiva"; "Senso di comunità ed altri concetti correlati"; "Capitale individuale e sociale"; "Supporto sociale"; "Senso di coerenza"; "Empowerment"; "Misure di comunità"; "Promozione comunitaria e salute mentale".

Nelle conclusioni gli autori ribadiscono il valore di precedenti studi probanti la correlazione sia tra la presenza di alcuni generi di fattori individuali (stress percepito, depressione, determinanti situazionali tipo eventi esistenziali indesiderati) e l'indebolimento dell'integrazione sociale comunitaria; sia la presenza di altri determinanti interpersonali (orientamento emotivo positivo, supporto strumentale) ed il rafforzamento dell'integrazione sociale comunitaria stessa. Infatti, proprio a partenza da tali premesse, nasce il progetto Lofoten volto, mediante la combinazione di attività riducenti gli oneri di vita stressanti ed in-

cremento dell'interazione sociale, alla promozione della salute mentale a livello di comunità. Negli ultimi anni, diversi gruppi hanno iniziato ricerche simili avvalendosi della strategia di Lofoten. In tal senso uno studio su rigenerazione urbana e salute mentale, a Manchester, ha scoperto come un più elevato livello di qualità della vita percepito si associasse ad un maggiore senso di appartenenza alla comunità, ad un calo del sentimento di isolamento, ad un rafforzamento della leadership e ad un ampliamento delle opportunità di svago. Bassa qualità della vita percepita si associava alla sensazione che la zona fosse in declino. Gli studi norvegesi palesano quanto il concetto e la misura dell'integrazione socio-culturale risultino preziosi per comprendere come le caratteristiche di una comunità possano influenzare la salute mentale delle persone e la loro relazione con altri costrutti sociali e psicologici. Un lavoro utile nella pianificazione dei servizi di salute mentale e dimostrazione concreta di attuazione di progetti di promozione della salute mentale medesima. Concet-

ti e metodi dello studio Lofoten potrebbero apportare contributi rilevanti per ulteriori studi e azioni all'interno di quelle comunità locali in cui si verifica l'incrocio tra l'individuo, la sua rete sociale e la sua comunità locale cioè un'estensione del "profilo di salute mentale comunitaria" di Dalgard.

Suggeriamo la lettura di tale review che, sebbene piuttosto densa e realizzata in un contesto abbastanza dissimile dal nostro, offre, anche grazie ad una innegabile ricchezza di riferimenti culturali, svariati spunti di riflessione in merito al ruolo giocato dalla comunità locale sulla salute mentale dei propri appartenenti.

E.M.

Le schede sono state redatte da: Filippo Antonio Bauleo, Edvige Manicnelli

DOCUMENTI

Tabacco

Nota informativa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (aggiornata al maggio 2013)

Ministero della Salute ^(*)

Fatti principali

- Il tabacco uccide la metà dei propri consumatori
- Il tabacco uccide circa 6 milioni di persone ogni anno, delle quali oltre 5 milioni a causa del consumo¹ diretto di tabacco e più di 600.000 per l'esposizione al fumo passivo: se non verranno intraprese iniziative urgenti, il totale dei decessi annui potrebbe salire a più di 8 milioni entro il 2030.
- Circa l'80% del miliardo di fumatori del mondo vive nei paesi a basso e medio reddito.
- Il consumo globale di prodotti del tabacco è in aumento, sebbene sia in diminuzione in alcuni paesi a reddito alto e medio-alto.

Un'importante causa di morte, malattia e impoverimento

L'epidemia del tabacco è una delle più grandi minacce alla salute pubblica che il mondo abbia mai fronteggiato. Uccide circa 6 milioni di persone l'anno, delle quali oltre 5 milioni sono consumatori diretti di tabacco e più di 600.000 sono non fumatori esposti al fumo passivo. Approssimativamente, ogni 6 secondi muore una persona a causa del tabacco, il che equivale a un decesso su dieci negli adulti. Quasi la metà degli attuali fumatori finirà per morire a causa di una malattia collegata al tabacco.

Circa l'80% del miliardo di fumatori del mondo vive in paesi a basso e medio reddi-

^(*) Traduzione non ufficiale a cura del Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione, Direzione generale dei rapporti europei ed internazionali (DGREI), Ufficio III - Rapporti con l'OMS e altre agenzie ONU

¹ L'espressione "consumo di tabacco" traduce l'inglese *tobacco use*, che si riferisce non solo al fumo, ma anche ad altre modalità di consumo del tabacco, quali la masticazione e il fiuto (*N.d.T.*)

to, nei quali il carico di malattia e mortalità collegato al tabacco è più pesante.

I consumatori di tabacco che muoiono precocemente privano le proprie famiglie di una fonte di reddito, fanno aumentare i costi dell'assistenza sanitaria e frenano lo sviluppo economico.

In alcuni paesi, i bambini delle famiglie povere vengono spesso mandati a lavorare nelle piantagioni di tabacco per produrre reddito familiare. Questi bambini sono particolarmente vulnerabili alla "malattia del mosaico del tabacco", che è causata dalla nicotina assorbita attraverso la pelle nel maneggiare le foglie umide di tabacco.

Un killer graduale

Dato che esiste un intervallo di diversi anni tra il momento in cui le persone iniziano a consumare tabacco e quello in cui la salute ne risente, l'epidemia delle malattie collegate al tabacco, con la relativa mortalità, è appena agli inizi.

- Il tabacco ha causato 100 milioni di decessi nel XX secolo. Se le tendenze attuali continuano, ne potrebbe causare circa un miliardo nel XXI secolo.
- Senza misure di contrasto, i decessi collegati al tabacco aumenteranno fino a raggiungere gli 8 milioni l'anno entro il 2030. Più dell'80% di questi decessi si verificherà nei paesi a basso e medio reddito.

L'importanza cruciale della sorveglianza

Un buon monitoraggio è in grado di dar conto dell'estensione e delle caratteristiche dell'epidemia di tabacco e di indicare il modo

migliore per sviluppare politiche adeguate. Solo 59 paesi, che rappresentano meno della metà della popolazione mondiale, monitorano il consumo di tabacco attraverso inchieste rappresentative a livello nazionale rivolte a giovani e adulti, con cadenza almeno quinquennale.

Il fumo passivo uccide

Il fumo passivo è il fumo che riempie i ristoranti, gli uffici o altri spazi chiusi quando le persone consumano prodotti del tabacco come le sigarette, i *bidi*² e i narghilè. Ci sono più di 4.000 prodotti chimici nel fumo di tabacco, tra i quali è noto che almeno 250 sono dannosi e più di 50 sono cancerogeni. Non esiste un livello sicuro di esposizione al fumo passivo.

- Negli adulti, il fumo passivo causa gravi malattie cardiovascolari e respiratorie, tra cui le cardiopatie coronariche e i tumori al polmone. Nei neonati provoca la sindrome della morte improvvisa del lattante. Nelle donne incinte, è causa di sottopeso alla nascita.
- Quasi la metà dei bambini respira regolarmente aria inquinata da fumo di tabacco nei luoghi pubblici.
- Più del 40% dei bambini ha almeno uno dei genitori che fuma.
- Il fumo passivo provoca ogni anno più di 600.000 decessi precoci.
- Nel 2004, i bambini rappresentavano il 28% dei decessi attribuibili al fumo passivo.

Ogni persona dovrebbe poter respirare aria libera dal fumo. Le leggi contro il fumo proteggono la salute dei non fumatori, sono po-

² Il *bidi*, o *beedi*, è una sigaretta di fattura artigianale in cui il tabacco è avvolto in una foglia essiccata; di origine indiana, oggi viene esportata in molte parti del mondo ed è diffusa soprattutto tra gli strati più poveri della popolazione (N.d.T.)

polari, non danneggiano gli affari e incoraggiano i fumatori a smettere.

- Meno dell'11% della popolazione mondiale è protetto da leggi nazionali complessive contro il fumo.
- Il numero di persone protette dal fumo passivo è più che raddoppiato, passando da 354 milioni nel 2008 a 739 milioni nel 2010.

I consumatori di tabacco hanno bisogno di aiuto per smettere

Gli studi dimostrano che poche persone comprendono i rischi specifici del tabacco per la salute. Ad esempio, un'inchiesta del 2009 in Cina ha rivelato che solo il 38% dei fumatori era consapevole che fumare provoca cardiopatie coronariche e solo il 27% sapeva che è causa di ictus.

Tra i fumatori consapevoli dei pericoli del tabacco, la maggior parte vuole smettere. Il sostegno psicologico e la prescrizione di farmaci aumenta di più del doppio la probabilità di successo di un fumatore che cerca di smettere.

- A livello nazionale, servizi globali di assistenza sanitaria che aiutino a smettere di fumare sono disponibili solamente in 19 paesi, che rappresentano il 14% della popolazione mondiale.
- Nel 28% dei paesi a basso reddito e nel 7% di quelli a medio reddito non esiste alcuna forma di assistenza per chi vuole smettere di fumare.

Le avvertenze illustrate funzionano

Le pubblicità contro il tabacco di forte impatto e le avvertenze grafiche sui pacchetti – soprattutto quelle che includono immagini – riducono il numero di bambini che iniziano a fumare e fanno aumentare quello dei fumatori che smettono.

Le avvertenze grafiche sono in grado di convincere i fumatori a proteggere la salute dei non fumatori, riducendo il fumo tra le pareti domestiche ed evitando di fumare vicino ai bambini. Gli studi condotti in Brasile, Canada, Singapore e Thailandia dopo l'introduzione di pacchetti con avvertenze grafiche illustrate concordano nel dimostrare che le avvertenze grafiche aumentano in misura significativa la consapevolezza delle persone rispetto ai danni derivanti dal consumo di tabacco.

Anche le campagne di informazione di massa possono ridurre il consumo di tabacco, inducendo le persone a proteggere i non fumatori e convincendo i giovani a smettere di consumare tabacco.

- Solamente 19 paesi, che rappresentano il 15% della popolazione mondiale, si atten- gono alle migliori pratiche per le avvertenze illustrate, che dovrebbero includere avvertenze scritte nelle lingue locali e coprire in media almeno la metà della superficie anteriore e posteriore dei pacchetti di sigarette. Nessun paese a basso reddito ha raggiunto il livello previsto da queste buone pratiche. Le avvertenze illustrate sono obbligatorie in 42 paesi, che rappresentano il 42% della popolazione mondiale.
- Più di 1,9 miliardi di persone, vale a dire il 28% della popolazione mondiale, vivono nei 23 paesi che negli ultimi due anni hanno attuato almeno una decisa campagna di comunicazione di massa contro il tabacco.

I divieti sulla pubblicità fanno diminuire i consumi

I divieti su pubblicità, promozione e sponsorizzazione del tabacco possono ridurre il consumo di tabacco.

- Il divieto totale di ogni pubblicità, promozione e sponsorizzazione del tabacco

potrebbe in media far diminuire il consumo di tabacco del 7%, mentre per alcuni paesi la diminuzione dei consumi arriverebbe al 16%.

- Solo 19 paesi, che rappresentano il 6% della popolazione mondiale, hanno introdotto il divieto totale di ogni pubblicità, promozione e sponsorizzazione del tabacco.
- Circa il 38% dei paesi ha restrizioni minime su pubblicità, promozione e sponsorizzazioni del tabacco o non ne ha affatto.

La tassazione scoraggia il consumo di tabacco

La tassazione sul tabacco è il modo più efficace di ridurre il consumo di tabacco, soprattutto tra i giovani e i poveri. Un incremento della tassazione che faccia aumentare i prezzi del tabacco del 10% porta a una diminuzione del consumo di tabacco del 4% circa nei paesi ad alto reddito e fino all'8% in quelli a medio e basso reddito.

- Solamente 27 paesi, che rappresentano meno dell'8% della popolazione mondiale, hanno una quota di tassazione che ammonta a più del 75% del prezzo di vendita finale.
- Secondo i dati disponibili, gli introiti provenienti dalla tassazione del tabacco sono in media 154 volte più alti rispetto alla spesa per il controllo del tabacco.

La risposta dell'OMS

L'OMS è impegnata nella lotta contro l'epidemia globale del tabacco. La Convenzione quadro per la lotta al tabagismo dell'OMS è entrata in vigore nel febbraio del 2005. Da allora, è diventata uno dei trattati con la più

ampia adesione nella storia delle Nazioni Unite, con 176 Parti, che equivalgono all'88% della popolazione mondiale. La Convenzione quadro è il più importante strumento di controllo del tabacco dell'OMS e costituisce una pietra miliare nella promozione della sanità pubblica. È un trattato basato sulle evidenze scientifiche che riafferma il diritto delle persone al più alto livello di salute raggiungibile, offre un quadro normativo per la cooperazione sanitaria internazionale e stabilisce alti standard cui conformarsi.

Nel 2008, l'OMS ha introdotto un metodo pratico, con un buon rapporto costo-benefici, per migliorare l'applicazione concreta delle disposizioni della Convenzione quadro dell'OMS. Si tratta delle misure cosiddette MPOWER³, che individuano i migliori approcci per la riduzione del consumo del tabacco.

Ognuna delle misure MPOWER corrisponde ad almeno una disposizione della Convenzione quadro dell'OMS per la lotta al tabagismo.

Le sei misure MPOWER sono:

- Monitorare il consumo di tabacco e le politiche di prevenzione
- Proteggere le persone dal consumo di tabacco
- Offrire aiuto per abbandonare il consumo di tabacco
- Avvertire circa i pericoli del tabacco
- Rafforzare i divieti su pubblicità, promozione e sponsorizzazione del tabacco
- Aumentare la tassazione sul tabacco.

Per ulteriori informazioni consulta: rapporti dell'OMS

³ L'acronimo (ricavato dalle iniziali dei verbi inglesi su cui si incentrano rispettivamente le 6 misure: *Monitoring, Protect, Offer, Warn, Enforce e Raise*) richiama il verbo *empower* (rafforzare, potenziare), creando un gioco linguistico non riproducibile nella traduzione (*N.d.T.*).

S.It.I.

Documento finale del XLIII Corso della Scuola Superiore di Epidemiologia e Medicina Preventiva “Giuseppe D’Alessandro”:
Chi ha e chi non ha: le disuguaglianze di salute evitabili e le azioni di contrasto

Erice, 10-14 aprile 2013

Gruppo di lavoro ‘Diseguaglianze nella Salute’, Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (S.It.I.)

Il possibile ruolo dell’igiene e della sanità pubblica nel contrasto alle disuguaglianze, con particolare riferimento ai Dipartimenti di Prevenzione

A più di 150 anni dall’unità d’Italia, è confortante riconoscere che la salute sia stata capace di unire il nostro Paese più di ogni altra dimensione del benessere. Le dinamiche cui abbiamo assistito negli ultimi due decenni lasciano però emergere un nuovo divario Nord/Sud che riguarda contemporaneamente: l’esposizione ai fattori di rischio; lo stato di salute; la qualità delle cure. Un divario di salute che corrisponde al divario sociale, i cui meccanismi di generazione sono noti (seppur con alcune lacune conoscitive da approfondire) e affrontabili con idonee politiche. Oggi disponiamo di conoscenze

sufficienti per agire sulla base delle priorità individuate. Questo profilo sollecita la responsabilità della programmazione (per lo sviluppo e la coesione e per la sanità) e delle professioni, in coerenza con le raccomandazioni dell’Unione Europea sulla solidarietà nella salute.

All’interno di tali scenari l’ambito della prevenzione può evidentemente giocare un ruolo significativo. In particolare, la sfida del contrasto alle disuguaglianze nella salute (con specifico riferimento alle disuguaglianze nella vulnerabilità ai fattori di rischio), intercetta in modo significativo una fase di ripensamento collettivo del ruolo del Dipartimento di Prevenzione (DP), con una maggiore propensione all’interdisciplinarietà e multiprofessionalità ed un forte richiamo alla situazione socio-economica¹. Ciò comporta l’auspicio

¹11 Vedi Documento conclusivo della Prima Convention Nazionale dei direttori dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie, tenutasi a Bologna il 5 aprile 2013 (www.societaitalianaigiene.org, “Atti di Congressi”)

che il DP sia capace di proiettarsi con maggior efficacia verso il territorio e di intercettare le dinamiche di generazione delle disuguaglianze, di cui i gruppi di popolazione maggiormente vulnerabili e 'hard to reach' sono 'sensori' di equità nella salute. Alcune significative esperienze locali (come ad esempio quella in corso a Verona), dimostrano la concreta possibilità di muoversi in questa direzione da parte del DP; ne sono alcuni esempi gli interventi partiti dall'evidenza di minor copertura dello screening mammografico da parte delle donne straniere, di maggior esposizione ad intossicazione da monossido di carbonio nelle abitazioni degli stranieri, di maggiore esposizione ai fattori di rischio nelle persone detenute.

In termini metodologici, il riferimento principale che potrebbe alimentare e sostenere un più incisivo e moderno intervento dei DP rispetto alle disuguaglianze nella salute è quello che va sotto il nome di 'Approccio basato sui Determinanti Sociali della Salute' (*SDH approach*), messo a punto dall'Institute of Health Equity dell'University College of London (UCL) diretto dal Prof. Michael Marmot la cui allieva – Jessica Allen – è stata relatrice al Corso.

Tale approccio si propone di orientare le azioni di sanità pubblica locale di contrasto dei quattro principali fattori di rischio (fumo, alcool, sedentarietà, sovrappeso) verso un approccio *upstream* che cerchi di influenzare in modo più stabile e radicale le differenze sociali nella diffusione dei fattori di rischio, attraverso interventi che agiscono sulle 'cause delle cause' che le spiegano a livello di tutta la popolazione e non solo nei gruppi più vulnerabili. Lo strumento dell'*SDH approach* dovrebbe permettere alla sanità pubblica di evitare il riduzionismo del *lifestyle drift* e di perseguire obiettivi più ambiziosi di promozione di sa-

lute in tutta la popolazione attraverso un approccio di 'universalismo proporzionale' che dovrebbe saper aggredire il gradiente sociale con cui si manifestano la maggior parte dei problemi di salute.

Alcuni primi esperimenti di introduzione dell'approccio SHD di progetti di prevenzione in Italia sono stati condotti in ambito formativo o pilota sotto il nome di equity audit e hanno permesso di riconoscere alcune criticità che vanno affrontate con adeguati strumenti.

In sintesi, l'esigenza che è emersa non è tanto quella di un nuovo strumento di trattamento delle conoscenze a scopo di azione, che si aggiunga alle tante griglie/modelli di valutazione già esistenti nei diversi contesti (need analysis, risk assessment, technology assessment, guidelines, clinical audit, equity audit, health impact assessment, strategic assessment...), bensì di lenti dell'equità (equity lens) che si possano applicare ad ogni griglia di analisi, considerata come se fosse una 'montatura'.

In sostanza ogni operatore/servizio è libero di utilizzare gli strumenti/montatura ritenuti più consoni al contesto e momento storico di riferimento e con cui ha maggiore confidenza (ad es.: griglia per l'elaborazione di Linee guida se è interessato a produrre Linee guida, o per il risk management se è quello il suo specifico ambito di azione), purché vi 'applichi' le lenti dell'equità; l'equity audit propone dunque delle lenti per l'equità in modo da trattare il problema in modo sensibile all'equità dei risultati.

Tra le dimensioni della stratificazione utilizzate per guardare alla salute della popolazione di riferimento con le 'equity lens', possono essere considerate tutte le dimensioni della posizione sociale che in modo indipendente possono influenzare la storia/pathway della

persona o della famiglia di origine, come istruzione, occupazione, classe sociale, reddito, beni posseduti e rete familiare, così come tutte le dimensioni del contesto, come la deprivazione materiale e sociale del territorio, così come tutte le loro interazioni con età, genere e 'origine etnica'.

Nell'auspicio che l'istituzione del nostro Gruppo di Lavoro possa rappresentare un reale impegno della SItI nel contrasto alle disuguaglianze sociali nella salute, e che a tal fine il GdL possa esercitare una efficace azione di proposta e supporto, va ricordato che l'ambizioso obiettivo di una maggiore giustizia sociale nella salute (perfettamente coerente al dettato costituzionale) vede oggi, a livello nazionale, una molteplicità di attori e di interventi. Tra questi possono essere citati: il Gruppo di lavoro interregionale della Commissione Salute delle Regioni su Equità nella Salute e nella Sanità (gruppo ESS coordinato dalla Regione Piemonte); l'orientamento prioritario del finanziamento degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2012 verso la riduzione delle disuguaglianze di salute, attraverso una emersione dei progetti regionali più capaci di perseguire tale obiettivo (investimento: svincolo di 50 milioni di euro del finanziamento vincolato agli obiet-

tivi di piano); l'orientamento prioritario del finanziamento del programma CCM 2012 verso una maggiore capacità di monitoraggio delle disuguaglianze di salute (investimento circa 1 milione di euro).

Gli ambiti in cui la nostra Società scientifica può fornire un più efficace contributo sono quelli: della formazione, della ricerca e dell'azione di sanità pubblica (che alla ricerca è strettamente collegata).

Sia la formazione che la ricerca hanno la finalità di colmare le attuali lacune conoscitive, di sensibilizzare e qualificare maggiormente gli attuali e futuri operatori di sanità pubblica sui temi e gli approcci correlati alle disuguaglianze nella salute; l'attivazione di filoni di ricerca su queste tematiche nell'ambito della prevenzione ha la principale finalità di far emergere le dinamiche in grado di generare le disuguaglianze, orientando così gli interventi dei servizi di prevenzione². In tutte queste attività appare strategica la capacità di mettere insieme le varie anime della SItI, ed in particolare di coinvolgere i giovani colleghi in formazione.

Giovanni Maria Fara, a nome di Giuseppe Costa, Maurizio Marceca, Massimo Valsecchi

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI ESSENZIALI

- Associazione Italiana di Epidemiologia. Atti del Congresso "Salute e Sanità a 150 anni dall'unità d'Italia". *Epidem Prev* 2011; 35 (5-6)
- Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet* 2012;

380: 1011-29

- Marmot M, Atkinson T, Bell J et al. The Marmot Review. Strategic review of Health Inequalities in England post- 2010. UCL, 2010
- <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/who-european-review>

² Vedi Prima Relazione del Gruppo di lavoro sulle 'Disuguaglianze nella salute' alla Giunta SItI del 30 Novembre 2012

Congresso S.It.I. Sezione Emilia Romagna 2013 *“Alimentazione, salute, ambiente ed equità sociale”*

Documento conclusivo

Il Congresso SitI sezione Emilia Romagna, alla sua seconda edizione, il 25 novembre 2013, con oltre 170 partecipanti ha affrontato temi di straordinaria importanza ed attualità per la salute umana ed ambientale. Salute umana, alimentazione e salute dell'ambiente sono indissolubilmente legate.

Studi sulle conseguenze ecologiche delle moderne pratiche agricole e dei rilevanti scarti alimentari, hanno evidenziato numerosi effetti che le scelte alimentari possono avere sull'ambiente: dal consumo delle risorse idriche, alla contaminazione di terreni ed acque sino al degrado del territorio. Dall'altra parte fenomeni di inquinamento ambientale, legati alle pratiche produttive, possono condizionare pesantemente la qualità degli alimenti basti pensare alle diverse emergenze alimentari legate a contaminazioni ambientali di terra, aria ed acqua.

Di questo si è ampiamente trattato nell'appuntamento bolognese che non ha trascurato i temi della security alimentare ovvero della necessità che tutti abbiano accesso ad un cibo sicuro e allo stesso tempo in grado di fornire il giusto apporto nutrizionale per mantenersi in salute ed avere una vita attiva.

A tal proposito si sono evidenziati i risultati di recenti studi internazionali che hanno confermato l'importanza di un'alimentazione che faccia riferimento alle caratteristiche quali – quantitative della dieta mediterranea per la prevenzione di tumori e malattie cardiovascolari mentre gli aspetti nutrizionali diventano sempre più rilevante nella genesi delle patologie cronico degenerative (obesità, diabete, tumori, malattie cardio-cerebrovascolari) al punto che negli Stati Uniti hanno superato per importanza il fumo di tabacco.

Le evidenze scientifiche parlano chiaro e gli igienisti italiani, del mondo accademico e dei servizi di prevenzione, sono chiamati ad un rinnovato impegno sia sul fronte della sicurezza alimentare, igienica e nutrizionale, che su quello della tutela ambientale anche al fine di tutelare l'equità sociale e lo sviluppo economico del Paese che vede nel comparto agro-alimentare uno dei settori ancora trainanti (+7% dell'export nei primi nove mesi 2013 rispetto ad analogo periodo dello scorso anno). A tal fine La S.It.I. ha chiesto, in occasione di un recente incontro con il Ministro della Salute Lorenzin, di potenziare il sistema dei Dipartimenti di Prevenzione e la rete nazionale dei Laboratori di Sanità pubblica, pro-

ponendo un progetto obiettivo nazionale in tema di sicurezza alimentare e nutrizione che preveda il coinvolgimento di Regioni, Istituto Superiore di Sanità, Società Scientifiche, Produttori, Associazioni dei consumatori. Quanto al rapporto ambiente e salute, la S.It.I. sottolinea come l'Igiene ambientale sia ancora compito dei Dipartimenti di Prevenzione e Sanità pubblica a garanzia del primo Livello Essenziale di Assistenza: la salute collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Ad un particolare impegno sul fronte della formazione, è chiamato il Mondo Accademico, in collaborazione coi servizi territoriali, per migliorare i curricula dei laureati, in particolare tecnici della prevenzione, ed assistenti sanitari, dietisti, degli specialisti in igiene e medicina preventiva in un contesto sempre più complesso che richiede il contributo di molteplici professionalità e l'indispensabile collaborazione coi medici di famiglia. La SitI Emilia Romagna propone alla SitI Nazionale, attraverso i propri gruppi di lavoro Igiene degli alimenti, sicurezza alimen-

tare e tutela della salute dei consumatori, diseguaglianze in salute, salute ed ambiente, la cura di una serie di approfondimenti sui temi trattati, tenuto conto delle evidenze scientifiche e delle buone pratiche, da mettere a disposizione di ricercatori, operatori di prevenzione, cittadini, amministratori e decisori. A questi ultimi, in particolare, l'onere di tenere nella dovuta considerazione l'attività svolta ai fini preventivi dai Dipartimenti di Prevenzione/Sanità Pubblica ed i Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione che non possono finire indiscriminatamente sotto l'accetta dei tagli trasversali ma vanno salvaguardati e rilanciati, pena la messa in pericolo della salute collettiva e dello sviluppo economico del Paese.

La S.It.I. ricorda i prossimi appuntamenti: il Congresso Nazionale di Riccione 1-4 ottobre 2014 e il Congresso Nazionale di Milano, la conferenza EUPHA in concomitanza con EXPO ottobre 2015.

Bologna 25 novembre 2013

Bruxelles, 23 ottobre 2013

Comunicato stampa

Pratiche per la salute nei luoghi di lavoro rivolte ai lavoratori con malattie croniche

Conferenza europea sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro

Dichiarazione di Bruxelles

Brussel, 23 October 2013

Press release

Workplace Health Practices for Employees with Chronic Illness

European Conference on Promoting Workplace Health

Brussels Declaration

Il carico di malattie croniche

Le malattie croniche rappresentano una delle maggiori sfide per la salute della popolazione in Europa e in tutto il mondo. Sono la principale causa di mortalità e morbosità in Europa e hanno un forte impatto sull'aspettativa di vita vissuta in buona salute. Vi sono inoltre prove dell'impatto delle malattie croniche sul mercato del lavoro che dimostrano

che queste condizionano i guadagni, la partecipazione della forza lavoro, il turnover e la disabilità.

Uno studio OCSE¹ del 2010 ha concluso che: *“Troppi lavoratori lasciano definitivamente il mercato del lavoro a causa di problemi di salute o disabilità, e troppo poche persone con una ridotta capacità lavorativa riescono a restare occupate ... I cambiamenti economici e del mercato del lavoro*

¹ OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development, “Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers”, 2010. Disponibile nel sito: http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/disability_synthesis_2010_en.pdf

si stanno sempre più dimostrando un ostacolo, per le persone con problemi di salute, per tornare a lavorare o mantenere il posto di lavoro”.

A causa delle carenze nel mercato del lavoro e dell'alta percentuale di lavoratori che soffrono di problemi di salute e malattie croniche, è importante aumentare l'occupabilità sostenibile in modo da utilizzare in modo ottimale il potenziale di tutti i lavoratori. Le strategie volte a incrementare l'occupabilità sostenibile devono evidenziare le potenzialità dei lavoratori con malattie croniche e focalizzarsi non solo sulla loro attuale occupabilità ma anche su quella a lungo termine.

La campagna PH Work

La strategia Europa 2020 per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva (COM(2010)2020)² stabilisce l'obiettivo di “raggiungere in tutta l'UE un tasso di occupazione pari al 75% per le persone di età compresa tra i 20 e i 64 anni”. Tuttavia, il 23.5% della popolazione attiva dei 27 paesi membri dell'UE ha riferito di soffrire di una malattia cronica e il 19% di avere problemi di salute da diverso tempo.

La campagna “Promuovere un lavoro salutare per i lavoratori con malattie croniche - Salute pubblica e lavoro (PH Work)”, avviata dal Network Europeo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro, contribuisce a raggiungere occupazione sostenibile come componente della strategia globale. Con lo slogan “Lavoro. Adatto a tutti. Mettiamo in moto l'Europa”, favorisce il coordinamento, la comunicazione e la collaborazione tra operatori sanitari e luoghi di lavoro e focalizza maggiormente i temi legati al

lavoro (tra cui l'adattamento del posto di lavoro, la riorganizzazione dei compiti, l'assegnazione di incarichi lavorativi in base alle capacità, la gestione del sostegno).

La campagna (2011-2013) è stata studiata per contribuire ad implementare efficaci pratiche di salute nei luoghi di lavoro, stimolando nelle aziende europee attività e politiche per mantenere e incoraggiare il ritorno al lavoro di lavoratori con malattie croniche ed evitare il trasferimento o il prepensionamento dei lavoratori per disabilità.

Nella prima fase del progetto PH WORK, sono stati raccolti in molti paesi europei i dati sulle strategie di lavoro sostenibile esistenti, sulle politiche e le buone pratiche, per quanto concerne i lavoratori con malattie croniche. Sono stati selezionati 34 modelli di buone pratiche in 17 paesi. Questa informazione ha rappresentato la base per un insieme di linee guida per le strategie complessive WHP (promozione della salute nei luoghi di lavoro) e per interventi finalizzati a trattenere al lavoro i lavoratori malati cronici. La seconda fase del progetto PH WORK è consistita in una campagna volta a diffondere in Europa queste linee guida e ulteriori raccomandazioni, in modo da favorire l'occupabilità sostenibile dei lavoratori con condizioni croniche, che possono così continuare a essere una parte preziosa della forza lavoro.

La conferenza europea sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro

Una conferenza europea (Bruxelles, 22-23 ottobre) su “Pratiche di salute nei luoghi di lavoro per addetti con malattie croniche” ha

² Communication from the Commission COM (2010) 2020 final, Europe 2020: “A strategy for smart, sustainable and inclusive growth 2010”. Disponibile nel sito: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:EN:PDF>

concluso la campagna a livello europeo. La conferenza e la campagna sono co-finanziate dal programma Salute della Commissione europea. La conferenza di chiusura del PH WORK è stata organizzata dal Network europeo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro e dalla Fondazione Prevent in collaborazione con l'Istituto Nazionale Belga per la Salute e l'Assicurazione Invalidità (INAMI - RIZIV).

Dichiarazione di Bruxelles

I membri del Network europeo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro hanno firmato la dichiarazione di Bruxelles, che comprende 10 raccomandazioni a livello di politiche europee e nazionali:

- focalizzarsi sulla prevenzione delle malattie croniche nel luogo di lavoro;
- individuare le malattie croniche in una fase iniziale;
- cambiare il paradigma dalle prestazioni ridotte al mantenimento dell'attuale e futura capacità lavorativa;
- focalizzarsi su abilità e risorse individuali e non solo su diagnosi mediche e su limitazioni o restrizioni;
- occuparsi delle discriminazioni nei confronti delle persone con malattie croniche;
- mettere all'ordine del giorno della politica l'importanza e la priorità del ritorno al lavoro;
- aumentare le opportunità di occupazione delle persone con malattia cronica;
- il lavoro deve premiare, il lavoro deve includere un rapporto costo-benefici positivo;
- cooperazione stretta e sistematica di tutti gli attori rilevanti e degli stakeholder;
- colmare i gap di conoscenze esistenti ed estendere le esperienze e gli interventi ba-

sati sulle conoscenze.

Con il progetto PH WORK sono state raccolte buone pratiche di aziende che – nell'ambito di attività di promozione della salute – prestano particolare attenzione ai lavoratori con malattie croniche e alla loro occupabilità. Sono stati individuati numerosi fattori che favoriscono il successo di una strategia o di un intervento:

- approccio integrale (prevenzione integrale, strategie di mantenimento del lavoro e di rientro al lavoro nella strategia complessiva dell'azienda);
- attenzione incentrata sulle capacità/ risorse invece che sulle diagnosi mediche o sui limiti/ carenze dei lavoratori;
- avviare e promuovere un principio positivo (approccio del saper fare);
- creare e organizzare un ruolo attivo per i lavoratori coinvolti;
- essere consapevoli dei tabù e dei pregiudizi (nei confronti dei lavoratori con una malattia cronica);
- la partecipazione a iniziative per la salute collettiva ha un effetto positivo sulla cultura aziendale;
- cercare un approccio vantaggioso per tutti (WIN-WIN), ad esempio lavorare congiuntamente con altre iniziative e politiche nella società nel suo complesso.

La dichiarazione di Bruxelles e le slide finali della conferenza sono disponibili su:

www.workadaptedforall.eu

I documenti di background e le linee guida pratiche per i lavoratori possono essere scaricati anche dal sito. La rassegna generale e l'analisi delle buone pratiche sono disponibili sul sito web di ENWHP

www.enwhp.org/enwhp-initiatives/9th-initiative-ph-work/models-of-good-practice.html

Fonti:

- Sito web della campagna PH WORK:
<http://www.enwhp.org/enwhp-initiatives/9th-initiative-ph-work.html>
- Sito web della conferenza:
<http://www.workadaptedforall.eu>
Ulteriori informazioni si possono ottenere dalla segreteria di ENWHP:
- Nettie Van der Auwera, coordinatore del Progetto PH Work
Tel. 0032 16910972
nettie.vanderauwera@prevent.be
- Veronique De Broeck, coordinatore della Segreteria ENWHP
Tel. 0032 16910916
veronique.debroeck@prevent.be

Network europeo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro (ENWHP)

ENWHP è un network informale di istituti nazionali

per la salute e la sicurezza occupazionale, la sanità pubblica, la promozione della salute e di istituzioni statali di assicurazione sociale, con lo scopo di migliorare la salute e il benessere nei luoghi di lavoro e di ridurre l'impatto di cattive condizioni di salute relazionate al lavoro sulla forza lavoro presente nell'Unione europea.

www.enwhp.org

Fondazione Prevent

La Fondazione Prevent sviluppa e diffonde conoscenze sul lavoro sostenibile. Da un lato, vuole migliorare le condizioni di lavoro in un'economia sana, innovativa e produttiva. Dall'altro, intende migliorare l'occupabilità dei lavoratori in un mercato del lavoro in cambiamento.

www.prevent.be

Traduzione dall'inglese di Giovanni Bauleo

NOTIZIARIO INFORMAZIONI

Girona 2013 Resoconto del 22° Summer Course ETC

Dal 14 al 26 luglio di quest'anno si è svolto a Girona il ventiduesimo corso estivo organizzato dal Consorzio europeo per la formazione in Sanità Pubblica e Promozione della Salute (ETC- PHHP).

Fondato nel 1990 da parte degli istituti di Public Health di Gothenburg, Liverpool, Valencia e Zagabria, a seguito di un progetto di collaborazione tra l'ufficio regionale europeo dell'OMS e ASPHER (Associazione Europea delle Scuole di Sanità Pubblica) nato per esplorare la possibilità di sviluppare un programma europeo di formazione, l'ETC PHHP coinvolge, a oggi, dieci tra istituti e scuole di Sanità Pubblica europei e, nel corso degli ultimi venti anni, ha organizzato corsi estivi con l'obiettivo di elaborare strumenti pratici per il miglioramento delle strategie di Promozione della Salute in Europa.

Dal 1991, anno del primo corso estivo, sono stati organizzati 22 corsi a cui hanno partecipato 543 persone provenienti da 32 paesi europei e da 12 paesi extra europei.

Dal 2003 i corsi si svolgono in collaborazione con EUMAPH, il Programma Europeo di Master in Promozione della Salute.

Il summer-course 2013, che aveva come indirizzo "Costruire ponti e sinergie per la salute" ha coinvolto 31 partecipanti provenienti da 12 diversi paesi, tra cui 2 paesi extraeuropei: Canada e Porto Rico, e di diverse aree professionali: medici, infermieri, assistenti sanitari, antropologi, psicologi, pubblicisti, amministrativi, ecc.

L'obiettivo del corso era di analizzare ed esplorare le attuali e innovative conoscenze, competenze e risorse nel campo della Promozione della Salute, attraverso anche la condivisione delle esperienze dei partecipanti, sondando le strategie di creazione e mantenimento delle fondamentali sinergie tra diversi professionisti, cittadini e comunità per il miglioramento della Salute e del benessere.

Come ogni anno il corso è stato suddiviso in due parti: il Distance Learning, che si è svolto dal 6 maggio al 30 giugno 2013 e la partecipazione diretta al corso residenziale dal 15 al 26 luglio 2013.

La parte di apprendimento a distanza ha avuto lo scopo di assicurare che i partecipanti avessero una conoscenza di base comune, per poter dialogare, durante il corso, con il medesimo linguaggio. Per fare questo è stata fornita una bibliografia minima concernente la promozione della salute, la salutogenesi, e la creazione e il mantenimento di reti e sinergie.

Durante la formazione a distanza è stato chiesto ai partecipanti di redigere un saggio su un'esperienza di promozione della salute, con l'obiettivo dichiarato, di far ragionare su progetti già effettuati alla luce delle nuove conoscenze acquisite tramite la lettura degli articoli proposti. Per raggiungere questo obiettivo è stato anche chiesto preventivamente ai partecipanti di riflettere sul significato di alcuni termini come "collaborazione", "reti" e "sinergie", sul metodo di misurazione di tali parametri, sulla possibilità di successo o meno delle reti e delle collaborazioni in sanità pubblica, sui benefici e gli svantaggi per le collaborazioni pubbliche e private e sui principali ostacoli per ottenere delle collaborazioni e reti di succes-

so e di presentare degli esempi pratici di sinergie, reti e collaborazioni in promozione della salute a livello internazionale, nazionale o regionale e di riflettere criticamente sul lavoro svolto da una di esse, concentrando l'attenzione su un determinato livello o sull'interazione tra i diversi livelli.

Nell'ultima fase della formazione a distanza è stato chiesto ai partecipanti di preparare una descrizione di gruppo del proprio paese di provenienza, con il doppio scopo di presentarlo agli altri studenti del corso, e di costituire dei primitivi gruppi di lavoro che avrebbero potuto lavorare con le medesime conoscenze all'interno dei singoli paesi. E' infatti dalla collaborazione nata attraverso questo semplice esercizio tra i quattro partecipanti italiani, due provenienti dalla scuola di specializzazione di Igiene di Perugia e due dal corso di laurea per assistenti sanitari di Cagliari che nasce questo resoconto.

Conclusa la fase di apprendimento a distanza, tutti i partecipanti si sono riuniti a Girona per prendere parte all'ETC Course 2013.

Il corso è iniziato con un simposio dedicato a Concha Colomer, fondatrice dell'ETC, scomparsa ...anni fa. Il simposio, che ha toccato i temi della partecipazione comunitaria, dell'empowerment, della salutogenesi portando esperienze condotte in vari paesi europei e della commissione europea stessa, è stata l'occasione per discutere con tutti gli addetti ai lavori della Catalunya dei temi alla base del corso ETC-PHHP. Il corso vero e proprio, iniziato martedì 15 si è sviluppato nell'arco delle due settimane con un alternarsi di lezioni prevalentemente teoriche in plenaria al mattino e lavori a piccolo gruppo al pomeriggio. I piccoli gruppi di 5-6 corsisti facilitati da due docenti ognuno, erano costituiti da partecipanti tutti di diversa nazionalità e di diversa formazione e professionalità, in modo che il lavoro di gruppo potesse arricchirsi delle diverse competenze e diversi background personali.

I gruppi pomeridiani, come in ogni edizione del corso, avevano il compito di produrre un progetto di intervento di Promozione della Salute, ideato e organizzato autonomamente dal gruppo stesso.

La mattina invece, in plenaria, si sono svolte lezioni di didattica formale, sulle tematiche riguardanti il concetto di "costruire reti", di "promozione della salute" e degli obiettivi che si propone di attuare, sono stati descritti diversi progetti di promozione della salute attuati in diversi paesi e sono stati rivalutati e discussi i concetti e i modelli di partecipazione, salutogenesi, empowerment, governance multilivello, e lavoro in rete, sono stati presentati diversi esempi ricerche-intervento e si sono sondate le possibilità del social network per la promozione della salute.

L'organizzazione del corso, costituita dall'alternanza temporale tra plenarie più formali e lavori di gruppo ha permesso di arricchire il lavoro pomeridiano degli stimoli dati dalle lezioni della mattina e contemporaneamente, di solidificare le lezioni teoriche nella pratica del progetto.

I lavori di gruppo, vero *core* del corso, è stato quindi il luogo in cui mettere in pratica sia le nozioni ricevute nel distance learning, sia le lezioni teoriche mattutine, il tutto mettendosi letteralmente in gioco all'interno di un gruppo, che, per le differenze di provenienza e di formazione, imponeva e allenava insieme la capacità di creare sinergie efficaci.

Il confrontarsi con diverse persone di diversa provenienza e di diverso punto di vista, prima di essere una risorsa è stata una difficoltà da comprendere e superare, e le diverse modalità di pensare ad un progetto, anche per chi era alla prima esperienza in questo senso, sono state difficoltà che si sono nel tempo del corso trasformate in ricchezze e tutti i gruppi, dopo un inizio non per forza facile, hanno attivato sul campo, aiutati dai facilitatori, dinamiche che hanno permesso di raggiungere l'obiettivo di scrivere un progetto e di imparare dall'esperienza effettuata che cosa vuol dire progettare in gruppo, usando l'esperienza e le capacità altrui.

Il risultato tangibile è stata la produzione di 5 progetti di promozione della salute realmente attuabili, riguardanti la promozione di una sana alimentazione, la promozione della salute infantile, la creazione di luoghi di incontro per la comunità, il potenziamento delle reti sociali e la migliore connessione tra diverse generazioni.

Il risultato reale del corso intero invece è stato quello di aver imparato a progettare con il razionale della salutogenesi e aver messo in pratica realmente i concetti base della promozione della salute e del lavorare in gruppo.

L'aver messo insieme persone di diversa provenienza a lavorare e a sperimentare questi concetti ha generato, come ultimo risultato, una rete di contatti sia in Italia che in Europa, che ha, ora, un linguaggio comune e una comune modalità progettuale, una ricchezza che difficilmente non genererà cambiamenti e miglioramenti nella progettazione in promozione della salute,

L'appuntamento per il prossimo summer course è per il prossimo anno, dal 20 Luglio al 2 Agosto 2014 a Rennes, crediamo che possa essere per tutti, come lo è stato per noi, un'importantissima occasione per poter imparare dalle esperienze di altri professionisti e per capire come meglio impostare progetti e interventi di promozione della salute.

Riccardo Casadei, Silvia Ribiscini, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Perugia

Tiziana Gambula, Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria, Università di Cagliari

Maria Francesca Piazza, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Università di Cagliari

Conferenza EUPHA. Health Service Research: la dimensione internazionale nella ricerca comparativa sui servizi sanitari
 Utrecht, Paesi Bassi, 15 - 16 maggio 2014

La Conferenza sarà un forum per discutere i contenuti e questioni metodologiche legate alle problematiche legate alla dimensione internazionale della ricerca comparativa sui servizi sanitari. Questo evento, condotto su piccola scala (circa 40-60 partecipanti) sarà articolato in presentazioni orali con spazio per la di-

scussione approfondita di circa 10-12 paper. In almeno una sessione nel corso della conferenza, i partecipanti avranno anche l'opportunità di riflettere e condividere idee su proposte di ricerca. L'Invito a presentare abstract è aperto fino al 3 febbraio 2014. I contributi dovranno concentrarsi sulla ricerca comparativa internazionale o sui risultati di uno studio a livello nazionale che sia ritenuto interessante da confrontare con gli studi di altri paesi.

Costi e iscrizione

Il costo di partecipazione è di euro 75 Per iscriversi, inviare una e-mail a: hsr_europe@nivel.nl

Date chiave:

- Call for abstract : aperto fino a Lunedì 3 febbraio 2014 .
- Notifica accettazione abstract: Lunedì 17 Febbraio 2014 .
- iscrizione al convegno: aperto (e-mail).
- Conferenza : da Giovedì 15 maggio 2014 ore 13.00 - Venerdì 16 maggio, 2014 ore 13.00 (info: hsr_europe@nivel.nl)

EUPHA-ASPHER - Prevenzione sanitaria strategica in Europa

Si è tenuta a Bruxelles la VI *European Public Health Conference organizzata da EUPHA e ASPHER ed intitolata Health in Europe: are we there yet? Learning from the past, building the future.*

La cerimonia inaugurale ha visto la partecipazione di Tonio Borg, commissario Europeo per la salute e i consumatori, che ha elencato le recenti direttive sottolineando l'importanza di considerare le spese per la prevenzione un investimento e non un costo come spesso viene fatto. Il Direttore generale dell'OMS - Europa - Zsuzsanna Jakab - ha illustrato come le politiche in tema di salute debbano soprattutto tendere a ridurre le disuguaglianze, contenere le epidemie di malattie non infettive, assicurare l'accesso universale alle cure che devono essere di buona qualità e considerare alla radice i problemi sanitari, inclusi i determinanti sociali di malattia. La Jakab ha men-

zionato le politiche di prevenzione come mezzo per raggiungere gli obiettivi OMS per il 2020. Sir Muir Gray, grande esperto di sanità pubblica e co-fondatore della Cochrane Collaboration, ha catalizzato l'attenzione della sala con spunti innovativi sulla sanità pubblica del 21° secolo ed evocando lo smartphone come simbolo di una diversa partecipazione dei cittadini.

Nel 2015 la Public Health Conference sarà a Milano. L'VIII edizione della Public Health Conference (PHC) si svolgerà a Milano dal 14 al 17 ottobre 2015 e sarà intitolata *Public Health In Europe: from global to local; principles, methods and practice*. Chair della conferenza sarà il Presidente-eletto della S.It.I. Carlo Signorelli mentre Walter Ricciardi, attuale Presidente EUPHA, presiederà il Comitato scientifico. A Bruxelles è stata distribuita la brochure preliminare del Congresso di Milano che si svolgerà contemporaneamente al 48° Congresso Nazionale della S.It.I.

La *Public Health Conference* del 2014 si svolgerà a Glasgow dal 19 al 22 novembre ed è intitolata *Mind the gap: reducing inequalities in health and health care*.

(da Igienisti on-line Supplemento a S.It.I. - Notizie 18/11/13 11:30, <http://www.igienistionline.it/cms>)

Workplace health practices for employees with chronic illness - 22-23 ottobre 2013

La conferenza sul tema "Salute pratiche di lavoro per i dipendenti con malattie croniche", tenutasi a Bruxelles il 22-23 ottobre 2013 ha concluso la nona iniziativa della Rete europea per la promozione della salute sul posto di lavoro. L'iniziativa incentrata sulla promozione di un lavoro sano per i dipendenti con malattie croniche (sanità pubblica e lavoro, o Public Health Work). Durante l'iniziativa PH Work, una campagna europea è stata lanciata in 17 Paesi, incoraggiando le imprese ad attuare strategie sanitarie globali per quanto riguarda la conservazione o ritorno al lavoro dei dipendenti malati cronici. Esempi di buone pratiche sono stati raccolti e linee guida sono

state sviluppate per impostare pratiche di salute sul luogo di lavoro. L'obiettivo principale delle campagne a livello nazionale/regionale, è stato quello di sviluppare e mantenere una comunità di portatori di interesse, sia coinvolgendo le imprese utenti finali e le parti interessate a livello sovra-aziendale che si impegnano a promuovere attivamente valori, conoscenze e buone pratiche che favoriscono il mantenimento e il ritorno al lavoro dei dipendenti malati cronici. La conferenza di chiusura PH Work ha presentato i risultati dell'iniziativa, le linee guida e alcuni modelli di buone pratiche, che sono stati considerati i migliori per il trasferimento in altri paesi.

Publicato in Gazzetta il Piano d'azione italiano sulla disabilità

La ratifica italiana della Convenzione sui diritti delle Persone con Disabilità dell'ONU (CRPD) ha aperto un nuovo scenario di riferimento giuridico, culturale e politico. Da quel momento le persone con disabilità non devono più chiedere il riconoscimento dei loro diritti, bensì sollecitare la loro applicazione e implementazione, sulla base del rispetto dei diritti umani. Le persone con disabilità divengono parte integrante della società umana e lo Stato italiano deve garantire il godimento di tutti i diritti contenuti nella Convenzione per sostenere la loro «piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri» (Preambolo, lettera e, CRPD).

Con questa premessa si apre il Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, messo a punto dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e ora adottato formalmente con il Decreto del Presidente della Repubblica 4 ottobre 2013, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 28 dicembre scorso.

Il Programma si articola in 7 Linee d'azione: (1) Revisione del sistema di accesso, riconoscimento/certificazione della condizione di disabilità e modello di intervento del sistema socio-sanitario; (2) Lavoro e occupazione; (3) Politiche, servizi e modelli orga-

nizzativi per la vita indipendente e inclusione nella società; (4) Promozione e attuazione dei principi di accessibilità e mobilità; (5) Processi formativi ed inclusione scolastica Potenziare l'inclusione scolastica degli alunni con BES prevedendo sistematicamente il coinvolgimento di tutti gli operatori scolastici; (6) *Salute, diritto alla vita, abilitazione e riabilitazione*; (7) Cooperazione internazionale L'obiettivo è la formulazione di un Piano di azione per le persone con disabilità della Cooperazione Italiana.

Riportiamo il testo integrale della Linea 6 - *Salute, diritto alla vita, abilitazione e riabilitazione*

Sostegno alla fase prenatale e neonatale

L'obiettivo è promuovere il bambino con disabilità e tutelarne i suoi bisogni sin dalla primissima infanzia e garantire che le donne con disabilità possano accedere sulla base di uguaglianza a servizi ginecologici e riproduttivi.

Per farlo si prevede si sviluppare:

- l'accoglienza in contesti adeguati di bambini con disabilità abbandonati in culla o nella prima infanzia;
- servizi di supporto ed orientamento per le madri che decidono di portare a termine una gravidanza a rischio;
- accessibilità fisica e tecnico - professionale dei servizi sanitari diretti alle donne.

Politiche sulla salute delle persone con disabilità, integrazione Sanitaria e Socio-Sanitaria e Punto unico di Accesso ai Servizi

L'obiettivo è facilitare l'accoglienza e la presa in carico di tutti i cittadini, con una condizione di salute, per superare la criticità di una frammentazione dei servizi, della scarsa conoscenza dei percorsi socio-sanitari da parte dei cittadini, nonché della complessità dei percorsi amministrativi per l'erogazione dei presidi, delle cure e altri servizi di supporto.

Si prevede per questo la figura del Disability&Case Manager che dovrà essere in grado di esaminare le esigenze e la situazione individuale e di relazionarsi direttamente con il cittadino, per strutturare con lui una risposta adeguata ai bisogni. Inoltre il Case Ma-

nager potrebbe fungere anche da facilitatore, veicolo per un'informazione corretta sulla salute, nel momento in cui il cittadino si trovi di fronte a scelte di cura e presa in carico particolarmente complesse. Questa azione potrebbe eliminare alcune barriere rispetto all'accessibilità dell'informazione. Ulteriori vantaggi potrebbero essere identificati nella riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni, una tempestiva risposta nell'assistenza sanitaria e/o sociale, un indirizzamento verso gli attori del SSN (sul territorio o in ospedale) che possano garantire una identificazione precoce delle patologie e la attuazione immediata di un piano di trattamento e presa in carico individuale.

Tutto questo richiede un sistema di gestione dei servizi sanitari moderno, efficace ed efficiente, che supporti il lato clinico della gestione di una condizione di salute, ma che sappia creare momenti di gestione condivisa delle attività di presa in carico e soprattutto coordinate a livello di servizi di comunità.

Interventi in ambito di abilitazione e riabilitazione continua Assicurare il diritto all'empowerment delle persone con disabilità tramite interventi per la riabilitazione e abilitazione precoce e per quella continua nonché gli specifici interventi riabilitativi e ambulatoriali, a domicilio o presso i centri socio riabilitativi ed educativi a carattere diurno o residenziale.

Per farlo il Piano prevede la realizzazione di un programma di riforma delle attività di riabilitazione e abilitazione attraverso l'armonizzazione normativa e ordinamentale in base ai principi ed alle prescrizioni dell'art. 26 della Convenzione ONU, a partire dai bisogni abilitativi delle persone con disabilità con necessità di sostegni intensivi come le disabilità intellettive e relazionali e la salute mentale.

Tale innovazione normativa deve includere la valutazione e l'identificazione di ausili, strumentazione e strategie dirette all'autodeterminazione delle persone con disabilità, nonché del sostegno tra pari. Infine deve includere la riforma dei criteri di accreditamento. Servirà poi fornire un contributo nell'ambito della ricerca nel campo della riabilitazione continua e della

abilitazione orientate all'empowerment che possa rispondere ad alcune necessità emergenti e a modalità innovative di organizzazione e programmazione dei servizi territoriali (ivi incluso il peer counselling), e che possa utilmente trasferito in contesti come la scuola, il lavoro o l'abitazione.

Le azioni che vanno intraprese - spiega il Piano - devono seguire la via della riduzione nella frammentazione dei servizi di riabilitazione. Frammentazione che può essere ridotta anche attraverso l'apporto della Classificazione ICF in merito all'uniformare i linguaggi tra diversi servizi di cura e presa in carico. Linguaggio ICF che accompagni l'operationalizzazione delle modalità di riabilitazione, degli interventi e dei Servizi, a partire dalla definizione di disabilità, quale principio della Convenzione ONU

(www.quotidianosanità.it)

Progetto di lettura ad alta voce: una buona pratica della ASL Milano

ASL Milano, Sistema Bibliotecario Urbano del Comune Milano, Biblioteche dei Comuni di Cinisello Balsamo e di Sesto San Giovanni, SiMPeF, Nati per Leggere Lombardia e UNICEF hanno realizzato il progetto "Lettura e Salute" per offrire delle opportunità di incontro, di informazione e di lettura ad alta voce.

Una delle otto azioni promosse dal programma Genitori più promuove la lettura ad alta voce ai bambini a partire dai 6 mesi di vita. È dimostrato che un processo costante di alfabetizzazione consente a ogni individuo di sviluppare abilità cognitive e sociali che lo rendono capace di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo consapevole e di essere in prima persona responsabile del mantenimento del proprio stato di salute, processo definito con una terminologia usata a livello internazionale health literacy. Si è ormai concordi che la lettura ad alta voce fin dalla prima infanzia favorisce nel bambino l'health literacy e l'approccio alla parola scritta, migliora inol-

tra la capacità di attenzione e la disposizione alla lettura e alla scuola.

La fase pilota del progetto ha coinvolto, tra settembre e novembre a Milano e provincia, molti operatori del sistema sanitario, bibliotecari, pediatri di famiglia, tanti bambini e tante famiglie per scoprire insieme, i vantaggi e le opportunità offerti dalla lettura ad alta voce.

Sono stati organizzati 9 incontri nei Consultori Familiari Integrati di ASL Milano per promuovere un corretto approccio ai libri e alla lettura ad alta voce rivolti ai genitori con bambini nel primo anno di vita. Durante questi incontri sono stati illustrati alcuni libri presenti nelle biblioteche e proposti dei momenti di lettura ad alta voce per far sperimentare alla coppia genitore-bambino l'utilizzo del libro in tutte le sue varianti e potenzialità con il supporto degli esperti dell'ASL, delle Biblioteche e dei Pediatri di famiglia. In alcuni casi è stata presente anche una mediatrice culturale.

Nelle Biblioteche aderenti al progetto sono poi stati realizzati 8 incontri per promuovere comportamenti salutari tra i bambini e in famiglia, come suggerito dal programma ministeriale Guadagnare salute. Gli esperti di ASL Milano, supportati da un pediatra di famiglia e dai bibliotecari, hanno affrontato alcune tematiche selezionate tra le azioni di GenitoriPiù (allattamento materno, sana alimentazione in famiglia, vaccinazioni, gioco e movimento, prevenzione dell'esposizione al fumo passivo, sicurezza in casa e fuori) e risposto ai quesiti dei genitori.

Per questa prima fase pilota di Lettura e Salute è stata messa in funzione una importante macchina organizzativa. Gli eventi sono stati pubblicizzati attraverso materiali di comunicazione elaborati ad hoc (brochure, locandine, inviti) distribuiti nelle biblioteche, in diversi servizi sanitari dell'ASL e nel territorio di ASL Milano. È stato poi messo in onda uno spot pubblicitario di Nati per Leggere proiettato nelle sale cinematografiche e su alcune reti televisive. È stata data ampia diffusione al progetto e agli incontri sui giornali locali e nazionali, attraverso i siti internet degli enti partner e i tweet di ASL Milano. Infine, ASL Milano ha messo a disposizione un numero ver-

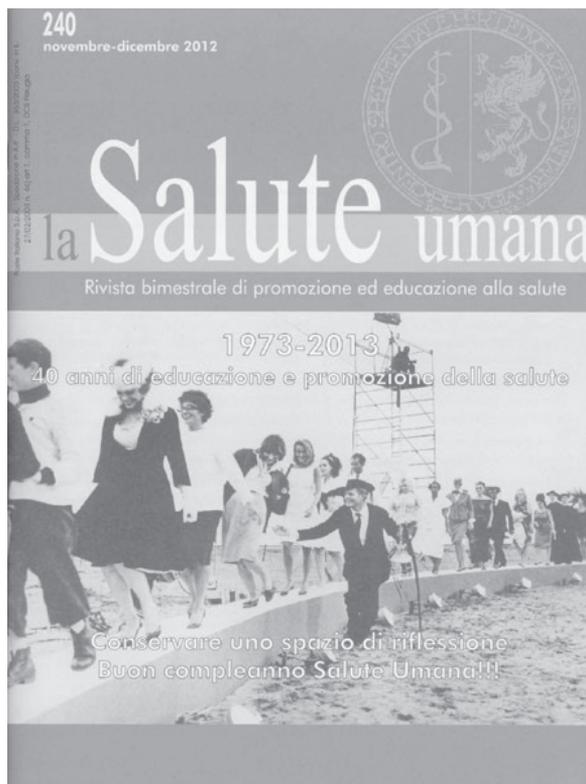
de per dare informazioni sul progetto e sugli eventi. Il gradimento e l'interesse mostrato dalle famiglie è stato elevato ed è in via di definizione il nuovo ciclo di incontri di Lettura e Salute per l'anno 2014 che vedrà un'estensione del progetto e degli eventi anche ad altri consultori e biblioteche e un ruolo ancora più partecipato dei pediatri di famiglia.

Letture e Salute, con il suo approccio multi professionale e intersettoriale, cerca di favorire processi di empowerment individuale e collettivo, di attivare reti e nuove collaborazioni per promuovere un cambiamento culturale e un nuovo approccio alla promozione della salute così come proposto nella Carta di Ottawa.

L'aspirazione è arrivare a considerare gli incontri di Lettura e Salute come parte integrante delle attività dell'ASL e delle Biblioteche, di organizzare momenti di lettura ad alta voce in un gran numero di ambulatori pediatrici e, soprattutto, di promuovere l'iniziativa nella popolazione più bisognosa e vulnerabile, la più difficile da raggiungere, con la finalità di contribuire alla tutela della salute e alla riduzione delle disuguaglianze sociali.

Maria Enrica Bettinelli, pediatra, socio SIPS delegazione Lombardia

(da: Società Italiana Promozione della Salute
www.sipsalute.it)



la Salute umana

Testata bimestrale del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria
Università degli studi di Perugia

Direttore responsabile 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: tinarelli@antropologiamedica.it / paola.beatini@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 responsabile 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 dicembre 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.

Tabelle 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