

Guadagnare Salute:

I progressi delle Aziende Sanitarie
per la salute in Italia



24 - 25 Settembre 2009
Castel Sant'Elmo - Napoli

A cura di:
Susanna Lana, Chiara Cattaneo,
Paolo D'Argenio, Barbara De Mei

Guadagnare Salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia

Napoli, 24-25 settembre 2009
Castel Sant'Elmo

ATTI DEL CONVEGNO

a cura di

Susanna Lana*, Chiara Cattaneo*, Paolo D'Argenio, Barbara De Mei***

** Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto
Superiore di Sanità Roma*

*** Agenzia Sanitaria Campania, Napoli*

Hanno partecipato all'organizzazione della Manifestazione:

-Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto superiore di sanità:

Eva Appelgren, Pierfrancesco Barbariol, Monica Bolli, Patrizia Carbonari, Chiara Cattaneo, Barbara De Mei, Arianna Dittami, Lorenzo Fantozzi, Gianluigi Ferrante, Susanna Lana, Paola Luzi, Stefania Luzi, Gabriella Martelli, Francesca Meduri, Valentina Minardi, Alberto Perra, Valentina Possenti, Stefania Salmaso, Paola Scardetta

-Agenzia regionale sanitaria della Campania:

Grazia Corato, Paolo D'Argenio, Massimo Di Gennaro, Amedeo Giordano, Federica Minaci, Marina Morelli

-Agenzia di comunicazione Zadig:

Eva Benelli, Davide Coero Borga, Stefano Menna, Angelo Todone

-Tessanetwork di Teresa Burzigotti

-Formicablu:

Marco Boscolo, Francesca Conti, Lisa Lazzarato, Giulia Rocco, Angela Simone

-Efferre Congressi

-Facta Manent: Alessandro Spinosa

-Gruppo tecnico del Sistema di sorveglianza Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia (PASSI):

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), Istituto Superiore di Sanità, Roma

Sandro Baldissera, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Valentina Minardi, Alberto Perra, Giada Minelli, Valentina Possenti, Stefania Salmaso (*responsabile scientifico del progetto*)

Dipartimento di Sanità pubblica, Azienda USL di Cesena

Nicoletta Bertozzi

Dipartimento di Statistica, Università degli studi Ca' Foscari, Venezia

Stefano Campostrini

Dipartimento di Sanità pubblica, AUSL Modena

Giuliano Carrozzi

Agenzia Sanitaria Campania

Paolo D'Argenio

Dipartimento di Prevenzione, ASL Caserta 2

Angelo D'Argenzio

Servizio osservatorio epidemiologico, Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento

Pirous Fateh-Moghadam

UO Epidemiologia, Dipartimento prevenzione AUSL Roma C

Massimo O. Trinito

Direzione generale della prevenzione sanitaria, Dipartimento prevenzione e comunicazione, Ministero della Salute, Roma

Stefania Vasselli

Agenzia Zadig Roma

Eva Benelli, Stefano Menna

Hanno svolto attività di referee per i contributi del convegno scientifico:

Sandro Baldissera, Nicoletta Bertozzi, Paolo D'Argenio, Angelo D'Argenzio, Barbara De Mei, Pirous Fateh-Moghadam, Stefano Menna, Alberto Perra, Lorenzo Spizzichino (Dip. Prevenzione e Comunicazione, Ministero della Salute, Roma), Massimo Oddone Trinito, Stefania Vasselli

INDICE

Presentazione	3
Programma del Convegno Scientifico	4
Note per la consultazione	9
Abstract	
Sessione parallela 3A	11
Sessione parallela 3B	21
Sessione parallela 3C	31
Sessione parallela 4A	41
Sessione parallela 4B	51
Sessione parallela 4C	133
Sessione parallela 5A	151
Sessione plenaria 6	173
Miscellanea	201
Lista degli abstract	263

PRESENTAZIONE

La manifestazione “Guadagnare Salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia”, ospitata a Napoli, a Castel Sant’Elmo il 24 e 25 settembre 2009, ha rappresentato il primo di una serie di incontri nazionali, dedicati ai sistemi di sorveglianza, previsti dal programma nazionale Guadagnare Salute. L’evento, promosso dall’Istituto Superiore di Sanità e coordinato dal progetto “Programma di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi del programma Guadagnare Salute” affidato al Centro nazionale di epidemiologia sorveglianza e promozione della salute su mandato del Ministero della Salute, ha raffigurato la prima vera occasione per riunire esperti e operatori che si occupano di prevenzione, promozione della salute e sorveglianza epidemiologica.

Nella prospettiva intersettoriale sposata dal programma Guadagnare Salute hanno partecipato alla manifestazione oltre mille operatori, esponenti della società civile, pubblici e privati, interni ed esterni al mondo della salute, ma comunque interessati all’adozione di stili di vita sani. I partecipanti si sono divisi tra la conferenza intersettoriale regionale campana “La salute in tutte le politiche: Guadagnare salute in Campania” che ha aperto l’intera manifestazione, il convegno scientifico, la mostra partecipativa “Città della Salute”, le tavole rotonde dell’Agorà e tutti gli altri appuntamenti previsti dall’intenso programma dell’evento (sessione di poster scientifici, corsi, riunioni, incontri, visite agli stand).

Il convegno scientifico, articolato in 3 sessioni plenarie e in 8 parallele, ha rappresentato il momento clou della parte scientifica della manifestazione. Gli esperti di prevenzione e di sorveglianza epidemiologica hanno avuto l’opportunità di conoscere i dati e l’evidenze più aggiornata su malattie croniche e principali determinanti di salute della popolazione.

Sono state affrontate e discusse anche le strategie e gli interventi più adeguati per la riduzione dell’impatto delle malattie non trasmissibili, a tutti i livelli: internazionale, nazionale e locale. Il convegno è stato anche l’occasione per fornire una visione dei problemi di salute, alla luce dei dati ottenuti mediante il sistema di Sorveglianza Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia (*Passi*) e dei risultati degli altri programmi di sorveglianza, in particolare quelli promossi nell’ambito del Programma Guadagnare Salute, nonché per evidenziare l’importanza della pianificazione di strategie di comunicazione per la promozione di stili di vita salutari.

Il bilancio delle due giornate di lavoro è stato positivo e questo è il risultato dell’impegno di tutti coloro che hanno condiviso esperienze e iniziative e che hanno contribuito in vari modi alla realizzazione dell’evento.

PROGRAMMA DEL CONVEGNO SCIENTIFICO

24 Settembre 2009

Ore 12.30 - 13.30

Registrazione dei partecipanti

Ore 13.30 - 14.00

Saluto di benvenuto del Vice Ministro del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Prof. Ferruccio Fazio

Saluto di benvenuto dell'Assessore alla Sanità della Regione Campania

Prof. Mario Santangelo

Sindaco di Napoli

On.le Rosa Russo Iervolino

Saluto di benvenuto del Commissario Azienda Sanitaria Locale di Napoli

Dott.ssa Maria Grazia Falciatore

Presentazione della Manifestazione

Dott.ssa Stefania Vasselli

Sessione 1 Plenaria - La Prevenzione delle malattie croniche: un obiettivo possibile!

Ore 14.00 - 15.00

Moderatori: *Fabrizio Oleari, Walter Ricciardi, Emanuela Balocchini*

- Il contrasto alle malattie croniche non trasmissibili: lo scenario istituzionale
Fabrizio Oleari
- Il Nuovo Piano Nazionale della Prevenzione
Luigi Macchi
- Il Programma *Guadagnare Salute*
Daniela Galeone

Sessione 2 Plenaria – Sorveglianza di sanità pubblica: strumento per *Guadagnare Salute*

Ore 15.00 - 16.30

Moderatori: *Maria Triassi, Pierluigi Macini*

- I sistemi di sorveglianza per il contrasto alle malattie non trasmissibili
Stefano Campostrini
- La famiglia di indagini e sorveglianze messe a punto a sostegno di *Guadagnare Salute*
Stefania Salmaso
- PASSI per *Guadagnare Salute*: i risultati della sorveglianza nel 2008
Paolo D'Argenio

- Esperienze locali per *Guadagnare Salute*
Silvia Boni
- Piani regionali per *Guadagnare Salute*
Emanuela Balocchini

Ore 16.30 - 18.00

Sessione Parallela 3A - La promozione di sani stili di vita: il ruolo degli operatori sanitari

Moderatori: *Roberto Carloni, Maria Donata Giaimo*

- Introduzione
Roberto Carloni
- Il ruolo degli operatori sanitari: le evidenze scientifiche
Massimo Bisconcin
- I dati Passi sui consigli
Sandro Baldissera
- Progetto integrato per la prevenzione della sindrome metabolica: i risultati
Emilia Guberti
- La bilancia della salute”: servizi sanitari e medici di famiglia alleati nella prevenzione dell’obesità
Stefania Santolli
- Discussione e conclusioni
Maria Donata Giaimo

Ore 16.30 - 18.00

Sessione Parallela 3B – Rilevazione dei dati epidemiologici: il ruolo dell’assistente nei sistemi di sorveglianza

Moderatori: *Alberto Betta, Giuliana Bodini*

Discussant: *Barbara De Mei*

- Presentazione della sessione
Alberto Betta, Giuliana Bodini
- Il cambiamento di ruolo e funzione dell’operatore di sanità pubblica: nuove competenze nella sorveglianza di sanità pubblica
Ilva Osquino
- La sostenibilità della sorveglianza PASSI. L’opinione degli operatori dell’Emilia-Romagna,
Lara Bolognesi
- Il monitoraggio dei diari dell’intervistatore in Piemonte: risultati di un’indagine
Andrea Nucera
- Discussione
- La Formazione in Umbria continua: i nuovi intervistatori della salute
Vincenzo Casaccia
- La formazione continua degli operatori PASSI nel Veneto
Silvia Milani
- Discussione e conclusioni

Ore 16.30 - 18.00

Sessione Parallela 3C – Fattori di Rischio Cardiovascolare

Moderatori: *Simona Giampaoli, Salvatore Panico*

Discussant: *Marina Maggini*

- Presentazione della sessione
Simona Giampaoli, Salvatore Panico
- Il punto di vista dei Medici di Medicina Generale nella prevenzione e nella sorveglianza dei fattori di rischio Cardiovascolare
Ovidio Brignoli
- I dati Passi sui fattori di rischio CV. Ipertensione, Colesterolo, Fumo, Diabete
Massimo O. Trinito, Sandro Baldissera
- Interazione con la misurazione del Progetto Cuore
Giuliano Carrozzi, Simona Giampaoli, Carlo Alberto Goldoni
- L'uso della carta e punteggio del rischio cardiovascolare nella prevenzione degli incidenti vascolari maggiori: l'esperienza della sorveglianza PASSI nelle ASL TORINO1-4
Silvana Malaspina
- Progetto di prevenzione cardiovascolare primaria nell'Ulss 4 "Alto vicentino": un laboratorio per guadagnare salute?
Fabrizia Polo
- Discussione e conclusioni

Ore 18.00 Chiusura dei lavori

25 Settembre 2009

Ore 9.00 - 11.00

Sessione Parallela 4A – I dati del monitoraggio a sostegno della prevenzione oncologica

Moderatori: *Antonio Federici, Renato Pizzuti*

- Presentazione della sessione
Antonio Federici, Renato Pizzuti
- La valutazione di impatto delle campagne di screening
Eugenio Paci, Carlo Naldoni
- I dati PASSI sugli screening nazionale: screening organizzato e prevenzione individuale nel confronto tra regioni
Nicoletta Bertozzi, Gianluigi Ferrante
- Screening mammografico e del tumore del collo dell'utero in Puglia nel 2008: i risultati dello Studio PASSI
Enzo Coviello
- Integrazione dei dati dei sistemi correnti e di PASSI nell'identificare i gruppi a maggior rischio di non adesione: l'esperienza dell'Umbria
Marco Petrella
- Discussione e conclusioni

Ore 9.00 - 11.00

Sessione Parallela 4B – Alimentazione e attività fisica

Moderatori: Antonio Cutolo, Margherita Caroli

Discussant: *Donato Greco*

- La sorveglianza sui bambini: OKkio alla SALUTE
Angela Spinelli
- La sorveglianza sugli adolescenti: HBSC
Franco Cavallo
- La sorveglianza sulla popolazione adulta: le informazioni di PASSI
Angelo D'Argenzio
- Progetto quadrifoglio in 12 anni coinvolti 127.000 studenti
Pio Russo Krauss
- Esperienze pratiche di promozione del movimento nella vita quotidiana
Lucia De Noni
- Discussione

Ore 9.00 - 11.00

Sessione Parallela 4C – Thanks for NOT smoking!

Moderatori: *Daniela Galeone, Maurizio Laezza* (Regione Emilia – Romagna)

- Presentazione sessione a cura dei moderatori
- I dati PASSI sul fumo
Stefania Vasselli
- Le altre informazioni relative al monitoraggio della Legge 3/2003 e la loro integrazione con i dati PASSI
Lorenzo Spizzichino
- L'uso dei dati per un approccio integrato degli interventi di prevenzione cura e controllo
Sandra Bosi
- Operatori della salute liberi dal fumo: valutazione di un progetto di un Centro Interdipartimentale di Prevenzione e Cura del Tabagismo
Rosanna Ciarfeo Purich
- Comunicare per Guadagnare salute: l'abitudine al fumo nell'Azienda USL2
Carla Bietta
- Discussione

Ore 11.30 – 13.00

Sessione Parallela 5A - Alcol e sicurezza stradale

Moderatori: *Emanuele Scafato, Luigi Salizzato*

- Alcol e sicurezza stradale: i risultati del sistema PASSI
Pirous Fateh Moghadam, Valentina Minardi
- Prevenzione degli incidenti stradali alcol correlati in Piemonte. Presentazione di un progetto multicentrico
Paola Capra

- La prevenzione degli incidenti alcol correlati in Veneto: il progetto “non lasciamoci con l’amaro in bocca”
Emilio Cipriani
- La prevenzione degli incidenti stradali nella ex ASL Napoli 4
Maura Isernia
- Discussione e conclusioni
Luigi Salizzato

Ore 11.30 – 13.00

Sessione Parallela 5B – Tavola rotonda: *Guadagnare ... con “Guadagnare Salute”*

Moderatore: *Francesca Racioppi*

Introduzione

Francesca Racioppi

Presentazioni dei partecipanti

Roberto Ciati, Maurizio Zucchi, Giuseppe Fattori, Margherita Caroli

Discussione e conclusioni

Ore 14.00 – 15.30

Sessione Plenaria 6 - Comunicazione e prospettive future di *Guadagnare Salute*

- Le attività di comunicazione per i sistemi di sorveglianza epidemiologica
Barbara De Mei
- Nuovi strumenti partecipativi per la comunicazione: l’esperienza della “Città della Salute”
Eva Benelli
- Dai giovani per i giovani: costruzione di una campagna di promozione della salute
Alessandra Fabbri
- La costruzione sociale dei Profili e Piani di salute in Provincia di Cuneo: strategie, attori, metodi, strumenti
Maria Grazia Tomaciello
- Dalla città della salute alle “giornate della salute”
Daniela Rodorigo
- Discussione

Ore 15.30 – 16.00

Conclusione del Convegno

Daniela Galeone, Barbara De Mei

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

Il presente lavoro raccoglie tutti gli abstract accettati nell'ambito del Convegno scientifico della Manifestazione "Guadagnare Salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia".

I contributi vengono presentati in base alla sessione per cui sono stati selezionati.

I riassunti sono presentati in ordine alfabetico per primo autore. Gli abstract che sono stati selezionati come poster sono contrassegnati dalla lettera P, mentre gli abstract che sono stati selezionati come comunicazioni orali sono contrassegnati dalla lettera C.

In Miscellanea sono presenti i contributi che, pur non rientrando nelle sessioni principali del convegno, sono stati accettati per l'interesse degli argomenti proposti.

Alla fine del volume è presente una lista numerata degli abstract presenti nella pubblicazione.

Si rende noto che la valutazione degli abstract si è basata sui seguenti criteri:

- a. Abstract che hanno riportato i risultati di indagini e sorveglianze
 - i. Interesse ed originalità (0-2)
 - ii. Correttezza metodologica (0-2)
 - iii. Uso ed usabilità dei risultati (0-2)
 - iv. Qualità del testo, intesa come: coerenza, consequenzialità dei concetti e pulizia (0-2)
- b. Abstract che hanno riportato interventi di promozione della salute
 - i. Interesse ed originalità (0-2)
 - ii. Correttezza metodologica (0-2)
 - iii. Livello dell'implementazione, inteso come: stadio di progetto, intervento attivato, intervento attuato e valutato (0-2)
 - iv. Qualità del testo, intesa come: coerenza, consequenzialità dei concetti e pulizia (0-2)

Sessione Parallela 3A

La promozione di sani stili di vita: il ruolo degli operatori sanitari

1. C. “LA BILANCIA DELLA SALUTE”: SERVIZI SANITARI E MEDICI DI FAMIGLIA ALLEATI NELLA PREVENZIONE DELL’OBESITÀ

Beviglia G., Stura R., Brusa M., Rendo C., Caprino G., Ghiazza E., Santolli S.
ASL Alessandria

Il controllo della malattie cronico-degenerative dieta correlate è una delle principali attività di prevenzione da sviluppare in ogni ASL, tenuto anche conto dei dati della mortalità generale, della prevalenza del sovrappeso e dei costi delle patologie invalidanti relative a tale fenomeno e dell’allarme segnalato dall’OMS. Considerato che l’alleanza e la sinergia fra servizi sanitari rappresenta la strategia più efficiente ed efficace per ottenere reali risultati di modificazione dello stato di salute generale, attraverso il rispetto delle competenze specifiche e la condivisione di risorse e di percorsi di salute strutturati ‘ad hoc’, il SIAN ASL AL ha aderito al Progetto Intersettoriale “La bilancia della salute”, promosso dalla Struttura Assistenza Sanitaria Territoriale nell’ambito delle attività delle équipes territoriali dei Medici di medicina generale (MMG) in collaborazione con il GES (“Gruppo per l’Educazione alla Salute”) e la SOS Dietologia ospedaliera ASL AL, rivolto ai MMG al fine di:

- ✓ contrastare i rischi ed i problemi di salute associati a sovrappeso/obesità nella popolazione generale;
- ✓ attivare un percorso strutturato rivolto alla popolazione adulta a rischio;
- ✓ mettere in rete servizi che si occupano di obesità

Poiché centrale risulta essere il ruolo dei MMG per un invio appropriato dell’utenza verso il percorso strutturato, il Progetto è stato presentato ad ogni équipe di medici per favorirne la condivisione degli obiettivi e delle modalità operative. L’azione che il MMG è stato chiamato a svolgere nella sua attività ambulatoriale, è tesa primariamente a sensibilizzare, informare e motivare 20 assistiti, adulti, per i quali non erano ancora in corso interventi relativi alla loro condizione di sovrappeso/obesità, decidendo, in base alle caratteristiche del paziente, di supportarli direttamente, se già disponibili al cambiamento, oppure inviarli ai Servizi specialistici (Dietologia Clinica in presenza di patologie; Ambulatorio di consulenza nutrizionale del SIAN, soggetti con fattori di rischio, per un intervento di tipo educativo) con accesso diretto, gratuito per la 1° visita. Il reclutamento è stato condotto da maggio a dicembre 2008. Dei 61 pazienti inviati al SIAN, il 44.27% è tornato al 1° controllo (dopo 30-45 giorni) presentando una riduzione media ponderale di 1.2 punti di BMI, e di questi il 19.67% ha continuato a frequentare l’ambulatorio, ottenendo un calo ponderale medio, a 6 mesi dalla prima visita, di 2.5 punti di BMI. Il drop out dopo la I visita era sovrapponibile a quello relativo ai pazienti recatisi all’ambulatorio di consulenza nutrizionale nello stesso periodo, sempre per invio del medico curante, ma al di fuori del progetto. Attraverso un report nutrizionale è stato possibile informare il medico inviante sullo stato nutrizionale del suo paziente, nonché sul follow up eseguito. Un risultato importante è stato l’incremento delle richieste di consulenza nutrizionale all’ambulatorio del SIAN nei mesi successivi la conclusione del progetto del 42%, a dimostrare l’efficacia dell’“alleanza” fra servizi e professionisti della sanità pubblica.

2. PROGRAMMA DI INTERVENTO SUI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI BASE AL FINE DI PROMUOVERE LA CONOSCENZA E L'OPERATIVITÀ DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA P.A.S.S.I. NELL'AMBITO DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1 CENTRO

Esposito L.*, Cutillo A.*, Sandomenico E.**, Simonetti A.*

* *Servizio di Epidemiologia e Prevenzione - A.S.L. Napoli 1 Centro*

***Unità Operativa di Prev. Collettiva - Distretto Sanitario di base n.52 - A.S.L. Napoli 1 Centro*

Introduzione. Il Programma di attività e di iniziative da intraprendere da parte delle AA.S.S.L.L. italiane per favorire lo sviluppo prima della fase sperimentale (anni 2005/06) e poi del Sistema di Sorveglianza istituzionale P.A.S.S.I. (dall'anno 2007 in poi) prevedeva, secondo le indicazioni del Nucleo centrale operativo (Ministero della Salute, Cnesps, Iss) l'invio di lettere informative con un format specifico, un logo appropriato, ecc. agli assistiti (m+f, 18-69 aa.) dell'A.S.L., selezionati a caso, per la proposta di una intervista telefonica con apposito questionario standardizzato ed in modo analogo a tutta una serie di figure di operatori sanitari, per lo più dirigenti medici, a vari livelli della azienda sanitaria. Inoltre soprattutto per i luoghi di aggregazione più frequentati dagli assistiti dell'A.S.L., quali ambulatori dell'azienda sanitaria, ambulatori dei Medici di medicina generale, farmacie, ecc. è stato previsto e proposto dal nucleo centrale operativo l'utilizzo di appositi sussidi informativi, quali pieghevoli e locandine con un format specifico, un logo appropriato, ecc.

Obiettivo. Utilizzare i sussidi informativi proposti dal nucleo centrale operativo, quali lettere informative, pieghevoli e locandine, con un format specifico, un logo appropriato, ecc. adattati alle esigenze dell'A.S.L. Napoli 1 Centro, approntare e produrre tali sussidi per poi inviarli agli assistiti, selezionati ogni trimestre, ed agli operatori medici in particolare ai medici di medicina generale ed ai pediatri di base dell'azienda sanitaria napoletana, che si attestano su un numero totale di circa novecento operatori. In definitiva promuovere la conoscenza e l'operatività del Sistema di Sorveglianza P.A.S.S.I.

Metodi. Nelle AA.SS.LL. della Regione Campania il Sistema di sorveglianza P.A.S.S.I. è condotto dai Servizi di Epidemiologia e Prevenzione in collaborazione con i Servizi Informatici centrali delle stesse aziende e/o degli enti comunali. Per ogni trimestre di attività del sistema di sorveglianza vengono selezionati dall'anagrafe assistiti dell'A.S.L., con criterio random e con specifica tecnica di campionamento, 75 assistiti da intervistare tramite telefonata diretta. In via preliminare vengono inviate le lettere informative nominative individuali prima ai rispettivi medici di famiglia e poi agli stessi assistiti. Questa procedura, utilizzata sin dall'inizio della fase sperimentale del programma di sorveglianza, è stata messa a confronto con un'altra alternativa. Questa prevede il contatto telefonico diretto con il medico di famiglia dell'assistito da intervistare, da parte del coordinatore aziendale, per informare il medico e richiedere a questi di contattare il proprio assistito, al fine di fornire adeguate informazioni e sostenere l'intervista, concordando se

possibile data e ora preferiti per l'intervista. Queste informazioni vengono poi comunicate al servizio di epidemiologia.

Risultati. Dal confronto tra le due procedure, in sintesi invio postale di 75 lettere informative ai medici di famiglia più invio di altrettante lettere informative agli assistiti da intervistare vs contatti telefonici diretti con i medici di famiglia, in numero inferiore a 75, nella fase attuale di attuazione del programma si rende necessario il contatto telefonico con il medico in circa il 30-35% dei casi, alias soggetti da intervistare; nel restante 65-70% dei casi il contatto diretto con l'assistito da intervistare ha un esito positivo. La verifica della maggiore efficacia della procedura alternativa è da ricondurre in una maggiore riduzione dei ritardi nel completare le interviste degli assistiti selezionati per ogni trimestre.

Conclusioni. Considerata l'esiguità delle risorse di personale disponibili presso i servizi delle AA.SS.LL., una gestione più agevole degli interventi informativi da attuare sia sugli assistiti che sui loro medici di famiglia, cercando di ottimizzare la distribuzione del materiale informativo predisposto ad hoc, lettere informative agli operatori medici sul programma generale di attività, pieghevoli e locandine da distribuire ai medici di medicina generale presso i distretti sanitari di base, oltre agli ambulatori dell'A.S.L., ai Centri di Diabetologia, alle farmacie, ecc., lettere nominative individuali ai medici di famiglia da inviare preferibilmente per e-mail, contatti telefonici diretti con i medici di famiglia, consente di espletare nei tempi previsti le interviste agli assistiti e prevedere così un'analisi dinamica degli eventuali cambiamenti degli stili di vita, nella direzione auspicabile per un maggiore guadagno in termini di salute della collettività.

3. C. PROGETTO INTEGRATO PER LA PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA: I RISULTATI

Guberti E.*, Bianco L.*, Cecchini L.***, Garulli A.**, Marchesini G.°, Nascetti S.*, Poletti G.**, Risi M.C.*, Rizzoli C.*, Tacconi C.***, Veronesi M.*

*Servizio Igiene Alimenti e nutrizione **Dipartimento Sanità Pubblica ***Dipartimento Cure Primarie - Azienda USL di Bologna

° U.O Malattie Metabolismo Azienda Ospedaliera S.Orsola – Malpigli – Università di Bologna

Introduzione. In linea con il Piano Nazionale della Prevenzione il progetto sviluppa un modello integrato per la prevenzione della sindrome metabolica mettendo in rete i servizi di prevenzione e diagnosi e cura valorizzando il ruolo del medico di medicina generale.

Obiettivi. Sperimentare l'efficacia di un modello integrato per la prevenzione della sindrome metabolica (SM) mettendo in rete i servizi di prevenzione e diagnosi e cura.

Valori attesi al follow up dopo un anno: miglioramento abitudini alimentari in almeno il 60% della popolazione target, svolgimento di adeguata attività fisica da parte di almeno il 50% degli interessati, riduzione del 5% di peso corporeo in almeno il 30% dei soggetti coinvolti.

Materiali e Metodi:

1. Reclutamento di pazienti a rischio di sindrome metabolica con obesità viscerale ed almeno 1 fattore di rischio per SM attraverso i Medici di Medicina Generale (MMG).
2. Coinvolgimento dei soggetti reclutati in un percorso motivazionale di gruppo, supportato da specialisti dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione e Medicina dello Sport (nutrizionisti, psicologi, medici dello sport), finalizzato a far sperimentare graduali modifiche comportamentali (alimentazione, attività fisica), verso uno stile di vita più salutare
3. Verifica dei risultati raggiunti dopo 1 anno.

Riassunto dei Risultati. Dei 100 arruolati (2007-2008) hanno mantenuto l'adesione al progetto 86 soggetti: 27 uomini e 52 donne, fra 39 e 60 anni.

Dopo 1 anno i soggetti che svolgono attività fisica per almeno 150 minuti a settimana sono passati dal 32 al 49% ed almeno il 60% ha modificato favorevolmente il consumo di alimenti (aumentata regolarità dei pasti, aumentato consumo di vegetali e pesce, riduzione di salumi e dolci).

L'81% ha ridotto o mantenuto il peso, nel 36.4% di questi la riduzione è stata superiore al 5% del peso iniziale. La riduzione media di peso è di 2.4 Kg, (mediana = 1.5 Kg, range -23.5 +14 Kg) con variazione media di -2.75% (IC 95% = -4.0; -1.5). Assenti differenze significative fra sessi.

Conclusioni. I risultati autorizzano ad estendere l'esperienza ad altri nuclei di cure primarie prevedendo momenti di formazione per promuovere il counseling da parte dei MMG e l'attivazione di supporti a gruppi di auto-aiuto per l'implementazione ed il mantenimento nel tempo dei risultati.

4. P. LA RICETTA VERDE

Rocca G., Paganoni R., Bortolotti G., Imbalzano G.
ASL Bergamo

Introduzione. L'attività fisica regolare (30 minuti al giorno di cammino sostenuto) agisce su diversi fattori di rischio, cardiovascolare e tumorale, contribuisce alla riduzione della pressione arteriosa e del peso corporeo, migliora le condizioni dell'apparato osteoarticolare e muscolare, migliora l'umore e favorisce la socializzazione. Per tutti questi motivi l'attività fisica potrebbe essere prescritta dal Medico di fiducia ai propri assistiti, come se fosse un farmaco.

Obiettivi. Predisporre uno strumento efficace di promozione dell'attività fisica ad uso del medico di medicina generale, sottoforma di ricetta e finalizzato alla riduzione della sedentarietà nella popolazione adulta .

Metodi. Dopo un'analisi in letteratura su esperienze simili in altri contesti, si è arrivati a predisporre degli strumenti di promozione dell'attività fisica per il medico di famiglia: dalla locandina da appendere nelle sale d'attesa degli studi medici, agli opuscoli da consultare per i pazienti, fino alla vera e propria prescrizione dell'attività fisica attraverso la "ricetta verde", cioè una scheda personalizzata che raccoglie i dati anamnestici del paziente, i fattori di rischio presenti, e un "programma terapeutico" che tiene monitorato il tipo e la quantità di attività fisica prescritta e effettuata. Sono contenuti anche alcuni suggerimenti pratici per mantenere un buon livello di vita attiva, e un calendario di appuntamenti per la valutazione della "compliance" alla "terapia".

Risultati. Sono stati effettuati incontri di formazione per circa 700 Medici di Medicina Generale della provincia di Bergamo sui benefici dell'attività fisica come fattore promuovente la salute, e sulla prescrizione dell'attività fisica attraverso la ricetta verde. Nel corso degli incontri si è arrivati alla condivisione del progetto concordando anche i contenuti della ricetta verde.

Conclusioni. Associata alla promozione di interventi comunitari che sostengono l'attività fisica, come ad esempio i gruppi di cammino per gli adulti, i Piedibus per i bambini, e gli interventi di sensibilizzazione delle amministrazioni comunali per la costruzione di piste ciclopedonali o percorsi all'aria aperta, la prescrizione dell'attività fisica attraverso la ricetta verde può rappresentare un valido strumento a disposizione del Medico di Medicina generale per contrastare la sedentarietà.

5. P. FATTORI COMPORTAMENTALI E CONSIGLI DEI SANITARI NEGLI STRANIERI RESIDENTI IN EMILIA-ROMAGNA

Sampaolo L.¹, Carrozzi G.¹, Bolognesi L.¹, Goldoni C.A.¹, Bertozzi N.², Angelini P.³, Mattivi A.³, Agostini D.⁴, Blundo G.⁴, Cesari P.⁵, De Lisio S.⁴, De Togni A.⁶, Fabbri F.⁵, Ferrari A.M.⁷, Mingozi O.⁸, Morri M.⁹, Nieddu A.¹⁰, Pandolfi P.⁴, Prati E.², Sacchi A.R.¹¹, Sangiorgi D.², Silvi G.⁹, Stefanelli I.¹², Vitali P.², Finarelli A.C.³

Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUSL di: 1Modena, 2Cesena, 4Bologna, 5Rimini, 6Ferrara, 7Reggio-Emilia, 8Forlì, 9Ravenna; 10Parma; 11Piacenza; 12Imola; 3Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna

Introduzione. In Emilia-Romagna, come in Italia, sono scarse le informazioni su stato di salute, abitudini di vita, offerta ed utilizzo dei programmi di prevenzione della popolazione straniera. Diversi studi suggeriscono la presenza in questa popolazione di una potenziale minor attenzione alla prevenzione primaria/secondaria e maggiori difficoltà di accesso ai programmi preventivi.

Obiettivo. Verificare lo stato di salute della popolazione straniera residente e stimare la prevalenza di comportamenti potenzialmente a rischio e l'interesse degli operatori sanitari per i fattori comportamentali degli stranieri.

Metodologia. La Sorveglianza PASSI è realizzata mediante interviste telefoniche mensili (condotte con un questionario standardizzato da personale delle ASL appositamente formato) ad un campione di residenti di 18-69 anni, estratto dalle anagrafi sanitarie con un campionamento casuale stratificato per sesso ed età; in Emilia-Romagna tutte le 11 AUSL partecipano a PASSI.

In questo studio si sono analizzate le 3.960 interviste del biennio 2007/2008 relative alle persone 18-49enni, vista la ridotta numerosità di stranieri sopra i 50 anni nel campione come nella popolazione. Le analisi sono state effettuate su dati pesati per correggere eventuali minime differenze tra gli strati di campionamento sesso-età specifici rispetto la popolazione regionale; le associazioni tra le diverse variabili in studio, compresa la cittadinanza, sono state verificate tramite regressione logistica multivariata.

Risultati. In Emilia-Romagna gli stranieri 18-49enni intervistati sono stati 334, pari all'8% del campione di quella fascia d'età; il tasso di risposta è risultato del 90% (86% per gli italiani). Gli stranieri percepiscono il proprio stato di salute in modo più favorevole rispetto agli italiani: l'82% riferisce di stare molto bene/bene ed il 94% di non soffrire di sintomi depressivi rispetto al 76% e 92% degli italiani. Gli stranieri riferiscono alcuni comportamenti più salutari: dichiarano di fumare meno, 23% (IC95% 17,9-27,4) contro 34% (32,5-36,0), di consumare meno alcol, 40% (34,7-46,2) contro 72% (70,0-73,0), e di utilizzare con più frequenza i dispositivi di sicurezza stradale (96% usa la cintura anteriore e 36% quella posteriore contro rispettivamente 88% e 22%). Risultano invece essere meno attenti degli italiani rispetto all'attività fisica: il 27% (21,1-32,0) si riferisce sedentario rispetto al 18% (16,8-19,6) degli italiani.

Gli stranieri intervistati riferiscono di non aver mai misurato pressione arteriosa o colesterolemia in percentuali maggiori, rispettivamente 18% (13,4-22,7) e 44% (38,4-50,6) contro 8% (6,7-8,7) e 22% (20,4-23,3). La percentuale di donne straniere 25-49enni che

hanno effettuato un Pap-test preventivo negli ultimi tre anni è minore rispetto alle italiane, 65% (55,2-75,8) contro 87% (84,6-89,4), come pure minore è quella delle donne straniere vaccinate per la rosolia, 25% (31,7-17,4) contro 53% (50,0-55,1). Gli intervistati con cittadinanza straniera riferiscono l'attenzione degli operatori sanitari ai comportamenti potenzialmente a rischio e i consigli preventivi ricevuti in percentuali minori: ad esempio l'attività fisica è stata chiesta al 18% (13,0-23,6) contro 38% (35,7-39,7) e consigliata al 19% (13,1-24,6) contro 33% (30,7-34,7), il Pap-test è stato consigliato al 47% (35,6-57,5) contro 67% (63,3-69,8).

Conclusioni. La Sorveglianza PASSI si basa su dati riferiti ed indaga gli stranieri residenti in grado di parlare e comprendere bene la lingua italiana e quindi quelli potenzialmente più integrati e meno deprivati: il loro stato di salute appare complessivamente buono, coerentemente con l'effetto "migrante sano" e con atteggiamento positivo verso alcuni fattori di rischio in parte anche dovuto alle culture d'origine. Tuttavia l'approccio verso i servizi sanitari e preventivi (misurazione pressione e colesterolemia, screening, vaccinazioni) evidenzia margini di miglioramento. Le informazioni riportate, pur con la cautela imposta dai limiti metodologici, suggeriscono la necessità di intensificare le attività di promozione della salute rivolta alla popolazione straniera, adattandole alle culture dei paesi d'origine.

Sessione Parallela 3B

Rilevazione dei dati epidemiologici: il ruolo dell'assistente nei sistemi di sorveglianza

6. C. LA SOSTENIBILITÀ DELLA SORVEGLIANZA PASSI. L'OPINIONE DEGLI OPERATORI DELL'EMILIA-ROMAGNA

Bolognesi L.¹, Carrozzi G.¹, Bertozzi N.², Angelini P.³, De Togni A.⁴, Fabbri F.⁵, Ferrari A.M.⁶, Goldoni C.A.¹, Mattivi A.³, Mingozzi O.⁷, Nieddu A.⁸, Pandolfi P.⁹, Sacchi A.R.¹⁰, Sampaolo L.¹, Sangiorgi D.², Silvi G.¹¹, Stefanelli I.¹², Finarelli A.C.³.

Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUSL di: 1Modena, 2Cesena, 4Ferrara, 5Rimini, 6Reggio Emilia, 7Forlì, 8Parma, 9Bologna, 10Piacenza, 11Ravenna, 12Imola; 3Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna, Servizio Sanità Pubblica

Introduzione. Il sistema di sorveglianza PASSI fa parte della strategia del Ministero della Salute per il contrasto delle patologie croniche. PASSI viene condotto principalmente da operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Distretti: ciò costituisce un punto di forza in quanto assicura un'elevata qualità dei dati raccolti, ma contemporaneamente anche un punto di potenziale debolezza rispetto alla tenuta del sistema nel tempo. In Emilia-Romagna tutte le Aziende USL hanno aderito a PASSI fin dall'indagine trasversale del 2005 avendone intuito le sue grandi potenzialità; per la sua rilevanza e per l'impegno profuso viene prestata molta attenzione al suo funzionamento, sia a livello regionale che aziendale.

Obiettivi. Indagare la percezione degli operatori della regione Emilia-Romagna verso la sorveglianza PASSI, in particolare gli aspetti positivi e negativi e i fattori favorenti e ostacolanti la sua sostenibilità, anche allo scopo di raccogliere proposte di indicazioni operative.

Metodi. L'ascolto della rete PASSI è stato effettuato mediante un questionario composto da domande chiuse ed aperte, somministrato in forma anonima a tutti gli intervistatori (70) e ai coordinatori aziendali e loro collaboratori (16) nel periodo novembre/dicembre 2008. Le risposte alle domande chiuse e aperte (dopo opportuna riclassificazione) sono state elaborate mediante il software Epi Info.

Risultati. Al questionario hanno aderito l'86% degli intervistatori e il 100% dei coordinatori. Il 72% degli intervistati riferisce che la sorveglianza PASSI aggiunge informazioni non precedentemente disponibili in ambito aziendale, in particolare fornisce informazioni locali (71%) e su temi non precedentemente indagati (32%). Il 79% di coloro che avevano già partecipato anche agli studi trasversali hanno compreso il cambio di prospettiva offerto dal passaggio ad un sistema di sorveglianza, giudicando come aspetti più importanti la possibilità di avere trend temporali (58%), confronti geografici (26%), una piattaforma comune (26%) e una crescita professionale (23%). Oltre l'80% degli operatori ritiene che PASSI sia principalmente utile alle Aziende Sanitarie e alla Regione, il 26% sottolinea che è un'opportunità professionale anche per l'operatore; solo l'1% non vi ravvisa alcuna utilità. Riguardo alla tenuta del sistema nel tempo, il 45% degli intervistati lo ritiene sostenibile, il 49% non lo ritiene tale e il 6% si astiene. Sono stati individuati quali principali fattori ostacolanti la sorveglianza: la percezione di un mancato riconoscimento dell'attività professionale (70%), gli elevati carichi di lavoro (32%) e la frustrazione o la mancanza di motivazione (31%). Tra le proposte formulate per superare queste criticità e favorire la sostenibilità di PASSI, tre operatori su quattro suggeriscono una valorizzazione

economica dell'impegno aggiuntivo richiesto (78%), soprattutto per quello effettuato fuori orario, e una forte "istituzionalizzazione" del sistema accompagnata da un maggiore riconoscimento professionale (76%). Il 48% suggerisce inoltre la necessità di campagne di comunicazione strutturate e continuative di promozione dell'adesione all'intervista. Il 34% degli intervistati propone un alleggerimento dei carichi di lavoro mediante l'allargamento della base degli operatori o con meccanismi di rotazione. Quasi il 20% chiede che le informazioni raccolte vengano effettivamente usate e circa il 10% desidera più formazione e un più forte coinvolgimento nell'elaborazione ed utilizzo dei dati.

Conclusioni. Il questionario è stato percepito da tutti gli operatori come una buona opportunità per far sentire la propria voce; l'elevata adesione indica una forte volontà di migliorare e rafforzare il sistema, nonostante la presenza di qualche segnale di stanchezza. L'indagine ha fornito interessanti elementi di riflessione per la messa in opera di azioni favorevoli l'istituzionalizzazione e la valorizzazione dell'attività degli operatori attuabili, e in parte già attuate, a tutti i livelli: regionale, di area vasta e aziendali.

7. P. UN APPROFONDIMENTO SUL RUOLO DEGLI INTERVISTATORI PASSI, L'ESPERIENZA DEL VENETO

Campostrini S.*, Gallina E.*, Milani S**

* *Università di Ca' Foscari Venezia*

** *Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 13 Mirano*

Introduzione. A gennaio 2009, dopo il secondo corso di formazione a cascata per intervistatori PASSI tenutosi nel Veneto, si è sentita l'esigenza di capire il punto di vista degli intervistatori sul funzionamento del sistema e sulle difficoltà incontrate per raggiungere gli obiettivi prefissati.

Obiettivi:

- realizzazione di una indagine rivolta alle intervistatrici e agli intervistatori del sistema di sorveglianza PASSI per evidenziare eventuali problematiche emerse nella conduzione dell'attività prevista.
- ottenere suggerimenti per risolvere le criticità presenti.

Materiali e metodi. La popolazione di riferimento è costituita da tutti gli intervistatori e le intervistatrici PASSI (76 operatori sanitari delle AULSS partecipanti nel 2007 e 2008).

I questionari sono stati inviati per posta elettronica agli intervistatori, dopo una telefonata di presentazione dell'iniziativa ai Coordinatori Aziendali delle Aziende ULSS.

Hanno risposto gli intervistatori di 15 AULSS su 18 partecipanti alla sorveglianza (tasso di risposta del 71.4%).

Risultati. I principali risultati emersi dall'indagine sono i seguenti:

- la maggioranza degli intervistati, 96%, ritiene il corso di formazione sufficiente per affrontare i compiti assegnati nell'ambito della sorveglianza, ma l'80% ritiene utili ulteriori approfondimenti;
- il personale si ritiene carente in alcuni aspetti della conduzione telefonica dell'intervista, in particolare trova difficoltà a leggere le domande come sono scritte (32%) e a ripetere la domanda senza spiegarla o interpretarla (25%);
- molti operatori (56%) trovano difficile formulare alcune domande perché sono ripetitive (48%), perché sono imbarazzanti da formulare (23%) e perché spingono alla riformulazione a causa della lunghezza del testo (19%);
- per quanto riguarda l'organizzazione all'interno delle singole AULSS, si sono riscontrate differenze notevoli nel tempo assegnato per lo svolgimento delle interviste; i supporti logistici forniti non sono ritenuti sufficienti da circa la metà (53%) degli intervistatori.

Conclusioni. Per migliorare l'attività di sorveglianza PASSI gli intervistati ritengono che sia messo a disposizione più tempo per le interviste (23%), locali che garantiscano maggior riservatezza e più cellulari (19%); alcuni ritengono necessarie riunioni periodiche con il gruppo di lavoro (15%).

8. C. PASSI - LA FORMAZIONE IN UMBRIA CONTINUA: I NUOVI INTERVISTATORI DELLA SALUTE

Casaccia V.¹, Cristofori M.², Bietta C.³, Tosti A.⁴ per il gruppo regionale PASSI
(1) U.O. Epidemiologia ASL 4; (2) PASSI U.O. Epidemiologia ASL 4; (3) U.O.
Epidemiologia ASL2; (4) Referente regionale PASSI

Introduzione. Con l'adesione al progetto "Sorveglianza PASSI", anche la Regione Umbria ha avviato, fin dal 2005, un sistema di sorveglianza di popolazione sui fattori di rischio comportamentali e sul monitoraggio dei programmi di prevenzione delle malattie croniche. La formazione degli operatori rappresenta un presupposto indispensabile per la realizzazione di un sistema di sorveglianza con tali caratteristiche che sono:

- una visione condivisa della sorveglianza, delle sue finalità e delle sue potenzialità da parte di tutti gli attori coinvolti
- la conoscenza approfondita delle caratteristiche specifiche del sistema di sorveglianza
- l'utilizzo di procedure operative omogenee in ogni regione (anche in relazione alla base dati che verrà utilizzata).

Obiettivi. Formare gli intervistatori e comunque tutti gli operatori del sistema di sorveglianza PASSI in modo omogeneo e continuativo, favorendo la formazione e lo spirito del "gruppo" con la condivisione di percorsi ed esperienze.

Metodi. A distanza di due anni dal primo corso di formazione è stato necessario riproporre l'evento formativo per inserire nuovi intervistatori. Nell'ottica della socializzazione di esperienze e per favorire l'espressione dello spirito di gruppo, sono stati coinvolti fattivamente anche gli intervistatori già formati con un ruolo di tutoraggio. Il corso strutturato come da protocollo in due giornate di lezioni frontali e role-playng, un tirocinio pratico di 15 giorni nelle rispettive sedi e un workshop finale, ha previsto il coinvolgimento di tutti gli operatori PASSI a livello regionale.

Risultati. Il corso ha visto la partecipazione di 13 nuovi operatori (intervistatori o addetti al data entry) e di 22 già formati nella precedente edizione. Nelle giornate dell'11 e 12 giugno 2009 gli intervistatori in formazione hanno appreso tutte quelle che sono le caratteristiche del sistema di sorveglianza, il ruolo fondamentale dell'intervistatore per la buona riuscita dello studio, le tecniche per eseguirlo e infine l'importanza della comunicazione dei risultati. Dopo i 15 giorni di tirocinio, il 30 giugno si è svolto il workshop finale dove alcuni intervistatori già formati hanno relazionato al resto del gruppo su alcuni temi della sorveglianza PASSI, stimolando lo scambio di idee, di tecniche e svelando alcuni "trucchi del mestiere".

Conclusioni. il Sistema PASSI, attraverso la formazione pianificata e continuativa, ha cementato un gruppo di operatori della sanità che, anche se distanti fra loro nello spazio, parlano lo stesso linguaggio, operano alla stessa maniera, ma soprattutto rappresentano allo stesso modo la sanità umbra che entra nelle case.

Per il gruppo regionale PASSI: M. Petrella; D. Felicioni; U. Bicchielli; e tutti gli intervistatori

9. P. LO STUDIO PASSI E IL RAPPORTO CON IL MMG: UNA CRITICITÀ DA SUPERARE

Evangelio M., Vinci M., Luccarelli L., Fontana M.A., Leo D., Cipriani R.
ASL Taranto

Introduzione. La sorveglianza PASSI nasce dalla sempre crescente esigenza di conoscere comportamenti e stili di vita non corretti, diventati una vera e propria emergenza sanitaria. L'obiettivo di Passi è quindi quello di monitorare lo stato di salute della popolazione adulta, attraverso una raccolta permanente e sistematica di dati con la finalità di realizzare interventi mirati di Sanità Pubblica. La raccolta di questi dati avviene attraverso interviste telefoniche ad utenti campionati, precedute da una lettera di presentazione al Medico di Medicina Generale (MMG) dell'utente.

Obiettivi. Per la sostenibilità e il miglioramento continuo del sistema è fondamentale sviluppare gli aspetti positivi emersi ma soprattutto evidenziare eventuali criticità la cui individuazione è stata oggetto della nostra ricerca.

Metodi. E' stato messo a punto un protocollo per la registrazione delle criticità via via riscontrate nel corso delle attività. Compilando delle schede appositamente predisposte gli intervistatori hanno segnalato le difficoltà incontrate nell'espletamento delle interviste telefoniche. Tale rilevazione è riferita a un periodo di 20 mesi di attività con più di 600 interviste effettuate.

Risultati. Fra i principali elementi ostacolanti sono emersi: il mancato riconoscimento professionale degli intervistatori considerati alla stregua degli operatori dei call-center; le difficoltà tecnico/operative per assecondare gli utenti sugli orari di svolgimento delle interviste; la scarsa informazione ricevuta dai cittadini campionati e la carente (talvolta assente) informazione degli stessi MMG.

Sembrerebbe, pertanto, emergere che il comune denominatore della quasi totalità delle criticità sia da attribuire al mancato coinvolgimento dei MMG, risultando necessario porre in essere le azioni volte a colmare tale lacuna.

Conclusioni. E' fondamentale enfatizzare il ruolo del MMG nell'attuare interventi di prevenzione primaria e secondaria, in quanto rappresenta il fulcro di tutte le attività del SSN.

La pubblicazione dei report regionali ed aziendali, quale feed-back informativo, può essere un metodo di coinvolgimento. L'idea di alcune Aziende Sanitarie della nostra penisola è stata quella di "spacchettare" i dati per singoli argomenti di salute indagati, divulgandoli poi con comunicati stampa a cadenza periodica sui principali giornali a diffusione locale.

Altra metodologia di coinvolgimento è l'organizzazione di un percorso formativo, con crediti ECM, che preveda l'informazione sulla Sorveglianza, le modalità di svolgimento, gli operatori coinvolti, il ruolo del MMG, la comunicazione dei dati ottenuti e le strategie operative intraprese dalla Azienda Sanitaria in materia di Prevenzione. Tale percorso permette di sfruttare "l'effetto alone": ogni medico ne parla ad un certo numero di colleghi, ai quali viene trasferito il messaggio, per cui le informazioni raggiungono un numero maggiore di destinatari.

10. C. LA FORMAZIONE CONTINUA DEGLI OPERATORI PASSI NEL VENETO: “DALLA SORVEGLIANZA DEGLI STILI DI VITA ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE”

Milani S. *, Meneghetti M. *, Michieletto F. **, Napoletano G. ***

* *Dipartimento di Prevenzione Azienda ULSS 13 Mirano*

** *Servizio Sanità Pubblica e Screening, Direzione Prevenzione, Regione Veneto*

*** *Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 20 Verona*

Introduzione. A due anni di distanza dall'avvio del Sistema di sorveglianza PASSI è sempre più sentita l'esigenza, sia dagli operatori coinvolti direttamente nell'attività di sorveglianza, sia dai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione di collegare i risultati della sorveglianza con le azioni di prevenzione da avviare e/o adeguare nelle Aziende ULSS. Per questo motivo si è progettato un corso di formazione per intervistatori PASSI che si svolgerà nell'autunno del 2009.

Obiettivi. Il personale dei Dipartimenti di Prevenzione, oltre alle tradizionali attività per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive e da lavoro, è chiamato a confrontarsi con problematiche che riguardano la prevenzione delle malattie croniche e la modifica dei loro determinanti. Per affrontare queste tematiche in continua evoluzione è necessario mettere a punto strumenti e competenze già presenti nel bagaglio formativo e professionale del personale dei D. P.

In particolare si ritiene importante approfondire:

- la conoscenza dei programmi di prevenzione e delle linee guida per il controllo dei fattori di rischio modificabili delle malattie croniche (fumo, alcol, inattività fisica, ipertensione, ipercolesterolemia, sovrappeso, ...);
- la conoscenza delle esperienze già realizzate o in corso di realizzazione nelle AULSS del Veneto nell'ambito di Guadagnare Salute.

Materiali e metodi. Il corso di formazione si articolerà in sei sessioni di mezza giornata ciascuna e andrà ad affrontare le seguenti tematiche: rischio cardiovascolare, abitudini alimentari e stato nutrizionale della popolazione adulta e dell'infanzia, attività fisica, fumo di tabacco, alcol e problemi alcol correlati, vaccinazioni dell'adulto.

Risultati. Dato che il corso di formazione ha l'obiettivo di aumentare e migliorare non tanto il “sapere” quanto il “saper fare” dei partecipanti, cioè la competenza più che la sola conoscenza, in tutti i moduli formativi sono state previste esercitazioni pratiche comprendenti lo studio di casi, di problemi concreti e di esperienze emblematiche. Ai partecipanti sarà inoltre richiesto di ipotizzare la realizzazione di alcuni programmi di prevenzione nella propria realtà lavorativa.

I docenti del corso di formazione sono operatori dei Servizi delle Aziende ULSS del Veneto impegnati nei programmi di Guadagnare Salute o in programmi di prevenzione sperimentali finanziati dalla regione del Veneto.

Conclusioni. Con il corso di formazione proposto si offrono ai partecipanti strumenti pratici e operativi per affrontare con competenza e in modo qualificato le problematiche di Sanità Pubblica attuali e per contribuire a realizzare nella propria realtà lavorativa quanto previsto dai programmi di prevenzione nazionali e regionali.

11. C. MONITORAGGIO DEI DATI RACCOLTI: APPROFONDIMENTI

Nucera A., Antoniotti M.C.
Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL NO

Introduzione. Al fine di monitorare l’atteggiamento della popolazione italiana, dal 2007 è stato avviato il sistema di sorveglianza nazionale PASSI. La raccolta dati avviene mediante somministrazione telefonica di un questionario e viene seguita costantemente da un sistema, a disposizione di tutti gli operatori, che consente la valutazione in itinere della sorveglianza e l’adozione di tempestivi provvedimenti correttivi, garantendo un’elevata qualità dei dati.

Obiettivi. Fornire informazioni più dettagliate sulla mole di lavoro (interviste e tentativi di chiamata) effettuato dagli intervistatori e confrontarli per ASL e semestre; offrire indicazioni sugli orari più favorevoli per ottenere un’intervista.

Metodi. Le analisi sviluppate sul dataset “diari dell’intervistatore” hanno come oggetto interviste e tentativi di chiamata che sono stati ridistribuiti in 3 nuove fasce orarie: Ore Lavorative (07:00-14:59 dei giorni feriali); Ore Intermedie (15:00-16:59 dei giorni feriali); Ore Straordinarie (dopo le 17:00 dei giorni feriali, i giorni festivi e il sabato).

Risultati. Fra giugno 2007 e dicembre 2008 in Piemonte sono state raccolte 8618 interviste per 19651 tentativi di chiamata. Nel I semestre, per ottenere un’intervista sono stati effettuati 2,5 tentativi di chiamata; nei semestri successivi 2.

Mediamente, il 46% delle interviste raccolte (nell’arco dei III semestri) è stato effettuato in ore certamente lavorative, il 13% in ore intermedie, il rimanente in ore straordinarie. Se complessivamente non sembra esserci variabilità tra i semestri, invece considerando le singole ASL, emergono diversi modi di impiego delle ore sia tra le ASL sia tra i semestri. Si nota, per esempio, che la percentuale di interviste effettuate in ore lavorative nel I semestre dalla ex ASL 13 è circa il doppio della percentuale riscontrata nel III semestre. Relativamente ai tentativi di chiamata, i primi 2 dei 6 previsti nel I semestre sono stati effettuati maggiormente in ore lavorative, mentre gli ultimi quattro in ore straordinarie. Nei semestri successivi le percentuali di impiego si mostrano meno variabili.

Considerando il momento in cui sono state raccolte le interviste, la percentuale cambia in funzione del sesso e della fascia di età. Per esempio le donne sono state intervistate maggiormente in ore lavorative di giorni feriali, mentre tra gli uomini nei giorni feriali ma in ore straordinarie.

Conclusioni. Il rapporto tra tentativi di chiamata e interviste è diminuito nel tempo e tendenzialmente è possibile un ulteriore calo visto le difficoltà dovute all’accorpamento di alcune ASL nel III semestre e l’entrata nel PASSI di nuovi intervistatori. La mole di lavoro è distribuita egualmente tra ore lavorative e ore straordinarie. Infine, viene data un’indicazione su quale sia il momento più idoneo per intervistare, in funzione dell’età e del sesso.

12. P. INTERVISTATORI PASSI DEL LAZIO: CRITICITÀ E BISOGNI FORMATIVI PER UN RUOLO ATTIVO

Salvagni M.*, Fabi A.°

* *Asl Roma C - Dipartimento di Prevenzione – U.O. Epidemiologia e Sistema Informativo*

° *Asl Roma C - Dipartimento di Prevenzione – U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica*

Introduzione. Nella Sorveglianza PASSI, tutti gli operatori sanitari sono coinvolti nel miglioramento della conduzione ordinaria del Sistema, ma è auspicabile che possano avere un ruolo attivo e diretto nella comunicazione ed utilizzazione dei dati. A tal fine sono stati indagati alcuni aspetti relativi alle caratteristiche degli intervistatori e ai loro ambiti lavorativi, alla loro percezione di sostenibilità del Sistema e alle esigenze formative che ritengono necessarie.

Obiettivi. Disegnare il profilo degli intervistatori PASSI del Lazio;
analizzare le criticità percepite nella conduzione delle interviste;
valutare la possibilità per gli intervistatori di utilizzare i dati PASSI nel proprio ambito lavorativo.

Metodi. A luglio 2009 è stato inviato agli intervistatori delle Asl del Lazio un questionario composto da cinque sezioni: dati anagrafici, prerequisiti, bisogni formativi, organizzazione della formazione sul Sistema e sostenibilità di PASSI. I dati sono stati informatizzati con Access® ed analizzati con EpiInfo 3.5.

Risultati. Il questionario è stato autocompilato, in forma non anonima, e restituito da 56 operatori (50 donne e 6 uomini) su 59 di 11 Asl su 12. L'età media dei rispondenti è di 46 anni (range 24-63). Il 60% sono Infermieri, il 24% Assistenti sanitari, il 9% Coordinatori infermieristici, il 7% appartiene ad altre figure sanitarie. Il 20% degli intervistatori possiede un titolo di studio avanzato (Laurea specialistica, Master).

Il 91% degli intervistatori lavora nel territorio, l'80% di questi nel Dipartimento di Prevenzione. Usa un P.C. nell'attività lavorativa l'80% dei rispondenti; di questi il 28% lo usa più di 3 ore al giorno. Solo 32 operatori sono impegnati in specifici progetti di sanità pubblica, la metà dei quali partecipa al Piano Nazionale di Prevenzione.

Alla domanda aperta sui fattori che incidono sulla sostenibilità di PASSI, gli intervistatori ritengono prioritarie una maggiore collaborazione con i MMG e una maggiore adeguatezza degli strumenti di lavoro (entrambi 11 segnalazioni); è ritenuta importante anche diffusione di più dati, aumentare il personale coinvolto e adeguare l'incentivazione (tutte con 6 segnalazioni). Quasi la totalità ritiene PASSI utile per la propria Azienda, il 73% lo ritiene anche un'opportunità professionale. L'85% dei rispondenti sono disposti ad utilizzare e comunicare i dati PASSI nell'ambito lavorativo: per farlo il maggior bisogno formativo (espresso dal 71% degli operatori) è stato individuato nell'area "Applicativi informatici per la gestione e comunicazione dei dati".

Conclusioni. Gli operatori ritengono PASSI uno strumento utile per la propria Azienda e la propria crescita professionale; legano la sua sostenibilità a una maggior disponibilità di risorse, una più efficace collaborazione con i MMG, una più efficiente Anagrafe e un'utenza più informata.

Gli intervistatori sono in maggioranza disposti a comunicare ed utilizzare i risultati della sorveglianza nel proprio contesto lavorativo ma, a tal fine, hanno esplicitato bisogni formativi specifici.

Sessione Parallela 3C

Fattori di Rischio Cardiovascolare

13. P. PROGETTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE PER LA PREVENZIONE DI FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARI

Bontempi S.¹, Agostinetto M.¹, Dotto O.¹, Pasqualetto M.¹, Ferretto C.², Schiavon L.³, Dal Mas V.⁴, Virgili A.¹, Magarotto G.¹

1 Spisal Ulss 12 Veneziana

2 Università di Udine sede di Mestre

3 Collegio IPASVI Provincia di Venezia, Distretto Mestre Centro Ulss 12

4 Azienda Dottor GROUP Spa

Introduzione. Le malattie cardiovascolari riconoscono un'eziologia multifattoriale che comprende fattori di rischio non modificabili, quali l'età, il sesso e la familiarità, e fattori di rischio modificabili, come l'abitudine al fumo di sigaretta, il consumo di alcol, l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia, il diabete e l'obesità.

Obiettivi. Per ridurre in una comunità lavorativa l'esposizione a fattori di rischio modificabili per le patologie cardiovascolari, lo SPISAL dell'Aulss 12 Veneziana e il Collegio IPASVI della provincia di Venezia, hanno sperimentato un programma innovativo di promozione agli stili di vita sani coinvolgendo i lavoratori di un grande cantiere edile.

Materiali e metodi. La scelta dell'azienda cui proporre l'iniziativa è stata effettuata tra le realtà produttive che hanno partecipato con progetti di promozione alla salute al concorso "Azienda Sana - la salute in azienda 2007", bandito dalla Regione Veneto, INAIL Venezia, AULSS 12 Veneziana e Unindustria Venezia. Tra queste è stata scelta la ditta Dottor Group spa, una delle imprese vincitrici del concorso, che si è dichiarata immediatamente disponibile a realizzare iniziative riguardanti la salute dei lavoratori impegnandosi, con ruolo attivo, a coinvolgere nell'iniziativa la dirigenza e le maestranze di un importante cantiere di restauro ubicato nel centro storico della città lagunare per tutta la durata dei lavori prevista in 390 giorni.

Dopo alcuni incontri con la direzione dell'azienda in cui è stato condiviso il progetto e le modalità di realizzazione, si è proceduto con la sensibilizzazione dei lavoratori tramite la creazione e la diffusione di materiale informativo sui vari fattori di rischio cardiovascolari. Personale sanitario infermieristico era quindi a disposizione, presso l'infermeria del cantiere, per rispondere a domande personali, offrire counselling ed effettuare gli accertamenti sanitari previsti a coloro che aderivano all'iniziativa.

I parametri rilevati comprendevano:

- misure antropometriche e successivo calcolo del BMI;
- abitudine al fumo di sigaretta e al consumo di bevande alcoliche o di sostanze stupefacenti;
- abitudini alimentari;
- attività fisica praticata;
- pressione arteriosa;
- glicemia, colesterolemia e trigliceridemia capillari.

I dati anamnestici e gli esiti delle misurazioni rilevati sono stati raccolti sia su un foglio elettronico, per la loro successiva elaborazione, che su un quaderno individuale, consegnato al diretto interessato e chiamato "Quaderno della Salute", nel quale sono stati riportati anche messaggi di promozione della salute.

Successivamente sono state selezionate le persone che presentavano una condizione di rischi cardiovascolari rilevanti per le quali il programma prevedeva un'azione informativa ed educativa di rinforzo; il criterio di inclusione in tale gruppo prevedeva il superamento di uno o più dei seguenti parametri:

- BMI > 25 kg/m²;
- pressione arteriosa > 140/80 mmHg;
- glicemia > 120 mg/dl a digiuno o > 150 mg/dl nel post-assorbimento;
- colesterolemia > 200 mg/dl;
- trigliceridemia > 150 mg/dl.

Risultati e discussione. All'iniziativa hanno aderito volontariamente in orario di servizio tutti i lavoratori presenti nel cantiere lagunare, appartenenti sia alla ditta appaltante che a quelle appaltatrici; complessivamente si sono registrati 244 accessi, di cui 144 prime visite e 100 controlli.

Sulla base dei dati raccolti dalle prime visite emerge nel complesso che il 53% dei lavoratori è considerato normopeso, il 59% è fumatore, il 50% assume regolarmente 1-2 bicchieri/die di bevande alcoliche (di cui una persona beve circa 1.5 L/die) e il 7.2% ha fatto uso sporadico in età giovanile di cannabinoidi. Inoltre il 73% degli intervistati effettua abitualmente 3 pasti/die ed il 56% non pratica attività sportiva.

Per quanto concerne i rilievi degli accertamenti sanitari sono stati riscontrati valori pressori alterati nel 37% dei casi, iperglicemia a digiuno nel 1.3% e postprandiale nel 3.5%. Nel 4 e 11% dei casi analizzati sono stati rilevati rispettivamente valori di ipercolesterolemia e ipertrigliceridemia.

La seconda fase dell'iniziativa prevedeva, sul gruppo selezionato di lavoratori considerati maggiormente a rischio di patologia cardiovascolare, ripetuti controlli dei parametri alterati e una più puntuale azione educativa sugli stili di vita incentrata prevalentemente sulle abitudini alimentari e sui rischi indotti dal fumo di sigaretta.

Al termine di tali interventi è stato appurato che il 4.1% dei fumatori ha cessato di fumare e che nel 71.4% dei casi di iperglicemia (a digiuno o post assorbimento) si è ottenuto una normalizzazione del parametro glicemico. Tuttavia, verosimilmente a causa del breve periodo di tempo dedicato complessivamente al progetto, non sono state riscontrate modificazioni rilevanti sul valore del BMI dei lavoratori in soprappeso o obesi.

Conclusioni. L'iniziativa ha permesso di constatare l'importanza e l'efficacia di interventi informativi all'interno degli ambienti di lavoro per correggere gli stili di vita scorretti e di conseguenza per ridurre sensibilmente l'esposizione a fattori di rischio cardiovascolari modificabili. Tuttavia emerge la necessità di incrementare l'attività di counselling inerente l'abitudine al fumo di sigaretta e la corretta alimentazione.

E' stata inoltre riscontrata una rilevante partecipazione all'iniziativa dei lavoratori i quali hanno inoltrato la richiesta di continuare a partecipare al progetto esportandolo anche in altri cantieri edili. Obiettivo futuro sarà quello di creare, in base dell'esperienza conseguita, un modello di intervento che possa essere esportabile anche in altre aziende che operano nel comparto dell'edilizia o in altri settori produttivi.

14. P. IL “CAMPER DELLA SALUTE”: UN INTERVENTO DI PREVENZIONE SECONDARIA IN TRE COMUNI DELLA PROVINCIA DI BENEVENTO

Bozza A. *, Citarella A. **, Felice Civitillo U. *, Cataffo A. *, De Cunto G. *

*Distretto Sanitario Bn2 , **Servizio Epidemiologia - Asl Benevento I

Obiettivo. Nel periodo 2005-2007 è stato condotto un intervento di prevenzione cardiovascolare in tre comuni della provincia di Benevento finalizzato a: a) individuare soggetti con fattori non conosciuti di rischio cardiovascolare; b) stimare, con la carta del rischio italiana, la probabilità di ammalare di malattia cardiovascolare nei 10 anni successivi. **Materiali e Metodi:** il “camper della salute”, un camper attrezzato, ha accolto i cittadini della fascia di età 40-69 anni, convocati con “reclutamento attivo”. Ogni persona ha ricevuto: una intervista sui fattori di rischio cardiovascolari, la misurazione di peso e altezza, della pressione arteriosa, del colesterolo totale e HDL, della glicemia, un ECG e il calcolo del rischio di ammalarsi di malattie cardiovascolari a 10 anni. Sono stati individuati soggetti con ipercolesterolemia, ipertensione, iperglicemia, che non erano a conoscenza del problema. I dati sono stati informatizzati all’atto dell’intervista con l’utilizzo di un database creato in ambiente “Access” ed elaborati dal SEP dell’ASL BN1. **Risultati:** ha risposto all’invito il 38% dei soggetti a Castelpoto (185), il 23,1% a Torrecuso (278) e il 19,5% a Cautano (148) con una età media di 55 anni, 45% maschi e 55% donne per un totale complessivo di 608 cittadini. I valori di rischio per diabete, ipertensione e colesterolemia sono stati sovrapponibili ai dati rilevati nel sud Italia nel “progetto cuore”; mentre si è registrato un aumento dell’obesità: Castelpoto il 31% nei maschi e il 29,7 % nelle donne, a Torrecuso il 29% uomini e il 39% donne, a Cautano il 38% tra gli uomini e il 43% tra le donne. La sedentarietà è risultata a Castelpoto per gli uomini il 77,4% e per le donne 80,2%, a Cautano per gli uomini il 35% e per le donne il 43%, a Torrecuso il 94% per gli uomini e il 97% per le donne. Il rischio cardiovascolare a 10 anni del nostro campione è stato del 30% nel 2,7 % dei soggetti, tra il 20-30% nel 4,9% dei soggetti e infine tra 15-20% nel 6,5 % dei soggetti. Il 14,1% (85) dei soggetti visitati sono risultati ad alto rischio (livello IV-V-VI) e sono stati rivalutati ad un anno; hanno aderito al follow-up il 28,2% (24) di cui il 29,2% (7) hanno avuto una diminuzione di due classi di rischio, il 16,6 % (4) hanno diminuito il rischio di una classe, nel 29,2% (7) il rischio è rimasto invariato, mentre nel 25% (6) vi è stato un aumento di una classe di rischio. **Conclusioni:** nelle piccole comunità indagate si è rilevato come debba essere attuato un attento intervento di prevenzione cardiovascolare mirato alla lotta all’obesità la cui prevalenza è molto superiore a quella rilevata nel “progetto cuore” dell’ISS nella popolazione del sud. Di pari passo all’obesità va la sedentarietà che interessa la metà della popolazione indagata. E’ stato inoltre realizzata sul campo un’alleanza per la salute tra istituzioni, così come indicato dal Piano Nazionale della Prevenzione nell’ambito della prevenzione cardiovascolare.

Bibliografia: 1) S. Giampaoli, S. Panico, L. Palmieri, N. Magrini, M. Ferrario, S. Pede, D. Vanuzzo.- L’identificazione degli individui ad elevato rischio coronario nella popolazione italiana: indicazioni dell’Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Italian Heart Journal Suppl 2001,2 (10):1098-1106.

15. P. ALCUNI FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARI IN TOSCANA NEL 2008: I RISULTATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI

Cecconi R.[^], Mazzoli F.^{**}, Fiumalbi C.[^], Bartolini D.[^], Mannocci F.^{*}, Cappelletti A.[^],
Carucci E.^{*}, Garofalo G.[^]

[^]Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze; ^{*}Scuola di specializzazione Igiene e Sanità
Pubblica – Università degli Studi di Firenze; ^{**}Dipartimento di Prevenzione ASL 3 Pistoia

Introduzione. In Italia le malattie cardiovascolari sono responsabile del 44% di tutti i decessi. L'ipertensione arteriosa è uno dei fattori di rischio associato a malattie quali ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco. Ridurre del 10% il colesterolo consumato nella popolazione generale abbasserebbe del 20-30% l'incidenza di malattie cardiache mentre ridurre di un terzo il sale consumato ridurrebbe i casi di ictus del 20%. Valutare le caratteristiche di diffusione di questi fattori di rischio e le Carte di Rischio cardiovascolare concorrono a tale scopo.

Obiettivi. Stimare la prevalenza di popolazione cui è stata misurata la pressione arteriosa e la colesterolemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo, la prevalenza di ipertesi e/o ipercolesterolemici in trattamento, la prevalenza di coloro che riferiscono di aver calcolato con il medico il proprio rischio cardiovascolare con la Carta del Rischio.

Metodi. Dati autoriferiti del Sistema PASSI, rilevati mediante interviste telefoniche su un campione casuale stratificato di residenti di età 18-69 anni, iscritti all'anagrafe sanitaria per un totale di 3425 soggetti intervistati in Toscana nel 2008.

Risultati. La pressione arteriosa è stata controllata negli ultimi due anni nell'86% degli intervistati e il 19,6% riferisce ipertensione. L'analisi multivariata conferma che sono soprattutto le persone in soprappeso, di età 50-69 anni, con basso livello di istruzione a riferire diagnosi di ipertensione. Il 72,5% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico; all'88,6% dei casi è stato consigliato di ridurre il consumo di sale, al 79,8% di controllare il peso corporeo e all'82% di svolgere regolarmente attività fisica. La colesterolemia è stata misurata almeno una volta nella vita nel 79,7% degli intervistati e il 20,4% riferisce ipercolesterolemia, L'analisi multivariata conferma che sono soprattutto le donne e i soggetti di età 50-69 anni ad aver riferito la misurazione del colesterolo. Il 24,4% riferisce ipercolesterolemia. L'analisi multivariata conferma che riferiscono ipercolesterolemia soprattutto le persone in soprappeso, di età 50-69 anni, con basso livello di istruzione. Il 26,5% riferisce di essere in trattamento farmacologico. A circa l'85% è stato consigliato di ridurre il consumo di carni e formaggio, al 78,6% di svolgere regolare attività fisica, mentre al 71% di controllare il peso, al 76% maggior consumo di frutta e verdura. La percentuale cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare in Toscana è il 5,7%. Dall'analisi multivariata emerge che gli operatori sanitari mostrano una maggiore attenzione in presenza di almeno un fattore di rischio cardiovascolare e di un'età avanzata.

Conclusioni. Sebbene molti possono essere i benefici derivanti da un trattamento farmacologico dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia, occorre sottolineare che il trattamento farmacologico non può essere sostitutivo di stili di vita corretti. Inoltre in Toscana non risulta ancora stata fornita un'adeguata informazione ai MMG sull'utilità della carta del rischio.

16. C. PROGETTO DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE PRIMARIA NELL'ULSS 4 "ALTO VICENTINO": UN LABORATORIO PER GUADAGNARE SALUTE?

Mantoan D.*, Toffanin R., Polo F., Banovich F., Salvadori P.L., Busato G., Saugo M., Valsecchi M.¹

Ulss 4 "Alto Vicentino", Ulss 20 1

Introduzione. La Regione Veneto ha formalizzato un progetto triennale (2007/2009), sperimentale, denominato "Progetto Cariverona-Regione Veneto: prevenzione cardiovascolare". Il progetto è costituito da due programmi: di prevenzione primaria e di prevenzione secondaria. Il primo ben si inserisce nel più ampio programma ministeriale "Guadagnare Salute".

Obiettivi. Consistono nell'aumentare le conoscenze, rilevare i fattori di rischio cardiovascolare e contrastare i principali fattori di rischio comportamentali: fumo, alcol, alimentazione, attività fisica.

Altro obiettivo importante è quello di sperimentare con la Comunità Locale modelli di promozione della salute.

Metodi. Si prevede la chiamata attiva dei 10.660 40-69enni assistiti da 19 MMG associati in 2 Unità Territoriali di Assistenza Primaria.

Il MMG fa la valutazione iniziale con strumenti validati, la conferma diagnostica ed istituisce, se opportuno, la terapia farmacologica. I nuovi casi di diabete, ipertensione, ipercolesterolemia; i casi noti ma non ancora in terapia; i casi già trattati con stili di vita migliorabili; i fumatori vengono avviati a 2 infermiere formate per l'effettuazione del counselling. L'intervento dura 3 mesi (colloquio iniziale + 5 telefonate ogni 15 gg + rivalutazione finale). Gli interventi di modifica degli stili di vita possono essere attuati in forma individuale, in gruppi informali o in situazioni strutturate con la collaborazione dei Comuni. Alla fine del progetto viene inviata a ciascun partecipante una lettera personalizzata a firma congiunta del MMG e dell'infermiere, che riporta i risultati conseguiti.

In un gruppo di Medici di Medicina Generale di nuova istituzione il progetto è stato avviato con un modello gestito maggiormente dalle infermiere.

Risultati. Nelle prime 60 settimane c'è stata un'adesione del 62% (su 3.235 persone), influenzata da sesso, età, Comune del paziente. E' stato avviato al counselling il 49% dei valutati; ha aderito il 66%. I fattori di rischio rilevati sono: fumo 15%, attività fisica e consumo di frutta/verdura inadeguati 32% e 53%, sovrappeso 54%, obesità centrale 34%, ipertensione 41%, diabete 6%, ipercolesterolemia 29%. Nelle prime 435 persone con counselling a 3 mesi completato risultano significativamente modificati: astensione dal fumo +2.5%, normopeso +2.1%, girovita nella norma +4.7%, attività fisica adeguata +14.3%, introito adeguato di frutta/verdura +18.9%.

Conclusioni. La prevalenza dei fattori di rischio rilevata è complessivamente in linea con i dati italiani dell'OEC e con lo studio PASSI. Le équipes di assistenza primaria possono efficacemente avviare un ampio numero di pazienti al counselling infermieristico anziché direttamente all'istituzione di un trattamento farmacologico cronico e continuativo.

Alcune realtà territoriali dell'Ulss hanno espresso iniziative concrete nel creare occasioni di salute facilitanti scelte sane. In particolar modo nel campo dell'attività fisica, tramite la mappatura e l'aggiornamento continuo delle occasioni per agevolare il movimento, la raccolta di piantine evidenziando i percorsi pedonali di lunghezza e durata certa, la formazione di gruppi cammino.

17. C. L'USO DELLA CARTA E PUNTEGGIO DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE NELLA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI VASCOLARI MAGGIORI: L'ESPERIENZA DELLA SORVEGLIANZA P.A.S.S.I. NELLE ASL TORINO1-4

Meda M., Modolo G., Vizzani G., Malaspina S., Calamia A., Capocéfalo R., Ciquera A.M., Corvasce A., Costa R., Cuccia R., Fracchia P., Strippoli A., Villani C., Vurchio R.
Dipartimento di Prevenzione ASL TO1

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte (44%) e la cardiopatia ischemica occupa una frazione cospicua (28% tutti i decessi). In Piemonte, ogni anno, muoiono più di 5000 persone per malattie ischemiche cardiache e anche se la percentuale è inferiore al valore nazionale (del 12% per gli uomini, del 16% per le donne), la numerosità degli eventi richiede interventi di prevenzione primaria volti ad individuare le fasce di popolazione a maggior rischio di patologia cardiovascolare per orientare gli interventi e impostare un corretto trattamento. Interlocutori privilegiati, per il loro rapporto con i cittadini, sono i MMG cui spetta un ruolo di primo piano nell'identificazione dei comportamenti a rischio fra i loro assistiti. Un valido strumento è la carta e il punteggio del rischio cardiovascolare; per questo è importante misurare il grado di conoscenza e il suo utilizzo da parte dei MMG.

Fonte di informazioni è stata la sezione del questionario PASSI dedicata al rischio cardiovascolare. Il campione di cittadini torinesi, intervistati nei primi otto mesi dello studio (giugno 2007-marzo 2008), è costituito da 896 persone di età compresa fra 18 e 69 anni. Ad una porzione di essi è stata posta la domanda sulla carta del rischio cardiovascolare.

Fra gli 896 intervistati, 624 erano i soggetti fra 35-69 anni ai quali è stata posta la domanda sull'uso della carta del rischio cardiovascolare da parte del loro MMG. Il 4% (in linea con la media regionale) ha risposto affermativamente: l'1,6% dei soggetti 35-49aa e il 6,1% dei soggetti 50-69aa. Tale percentuale è ancora del 4% in presenza di almeno un fattore di rischio cardiovascolare. Uno studio condotto in Piemonte nel 2007, su un campione di 352 MMG, ha indagato (attraverso un questionario ad hoc) la conoscenza e l'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare. Dallo studio emerge che la maggioranza dei MMG la conosce e ne possiede una copia (>90%); solo un terzo degli intervistati la utilizza con tutti i pazienti nelle fasce d'età indicate, mentre la maggior calcola il rischio cardiovascolare solo ai pazienti già noti per essere a maggior rischio.

Mentre la sorveglianza PASSI (che indaga la percezione dei cittadini) sembra mostrare un limitato interesse da parte dei MMG verso l'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare, dall'indagine effettuata sui MMG emerge una situazione opposta. L'adozione di una comunicazione medico-paziente più trasparente potrebbe superare questa apparente contraddizione: conoscendo con precisione il rischio calcolato dal proprio medico, il paziente verrebbe stimolato ad adottare stili di vita più sani.

Sessione Parallela 4A

I dati del monitoraggio a sostegno della prevenzione oncologica

18. C. SCREENING DEL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO IN PUGLIA NEL 2008: I RISULTATI DELLO STUDIO PASSI

Aprile V. e il Gruppo di Lavoro Sistema Passi della Regione Puglia
Dipartimento di Prevenzione ASL Lecce

Introduzione. Da luglio 2007 lo screening del Tumore del Collo dell'utero organizzato è stato progressivamente attivato in Puglia. I dati raccolti dallo Studio PASSI nel 2008 permettono di rilevare indicatori fondamentali per monitorare la fase di avvio di questo importante strumento di prevenzione nella Regione.

Obiettivi. Stimare la prevalenza di donne che hanno ricevuto l'invito allo screening e che hanno effettuato un Pap-test. Valutare i fattori associati ad una maggiore adesione al programma di screening. Confrontare tali parametri con quelli rilevati in Puglia e in ambito nazionale nello studio PASSI 2005.

Metodi. Le interviste raccolte nel 2008 sono state 1761. Per questa analisi sono stati considerati i dati pesati relativi a 746 donne di età compresa tra 25 e 64 anni. E' stata stimata la prevalenza e saggiata l'associazione tra l'esecuzione del Pap-test secondo le linee guida e le variabili classe di età, stato civile, istruzione e difficoltà economiche con un modello di regressione logistica.

Risultati. In Puglia nel 2008, il 12,7% delle donne tra 25 e 64 anni ha ricevuto una lettera di invito della ASL con una differenza statisticamente significativa tra le 6 ASL della Regione (nella ASL Foggia è stata registrata la percentuale più alta: 32,5%). Il 57,7% delle donne, tra i 25 e i 64 anni ha effettuato almeno un Pap-test negli ultimi tre anni, nell'indagine PASSI 2005 il valore corrispondente è stato leggermente più basso 54,7%. Nelle ASL Bari e Brindisi è stato superato il livello di copertura di Pap-test eseguita negli ultimi 3 anni ritenuto accettabile, pari al 65%. Nella ASL Bari prevale lo screening spontaneo (44,8%) rispetto a quello organizzato (23,1%) mentre nella ASL Brindisi si raggiunge una sostanziale equivalenza tra lo screening organizzato (34,0%) e lo spontaneo 37,6%. Il Pap-test è stata effettuato dal 65,4% delle donne raggiunte da 3 interventi di promozione e dal 38,5% delle donne non raggiunte da alcun intervento. La frequenza di effettuazione del Pap-test è risultata significativamente più elevata nelle donne tra 35 e 49 anni.

Conclusioni. Rispetto all'indagine del 2005 la percentuale di donne che ha effettuato un Pap-test non ha subito importanti variazioni. E' rilevante che la migliore copertura sia raggiunta nella ASL di Brindisi dove i Pap-test eseguiti come screening organizzato equivalgono quelli dello screening spontaneo. Gli interventi di promozione dimostrano la loro efficacia; pertanto un maggiore impegno organizzativo potrebbe permettere di raggiungere una più elevata copertura.

Germinario C, Coviello E, Cipriani R, De Luca A, Pollice A, Termite S, Caputi G, De Palma M, Tafuri S e gli intervistatori delle ASL Bari, Bat, Brindisi, Foggia, Lecce e Taranto.

19. P. ALLEANZE E PARTNERSHIP PER L'INCREMENTO DELL'ADESIONE AL PROGRAMMA DI SCREENING DEL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO

Bellardini P.*, Iacovacci S.*, Sabatucci I.***, Di Cesare A.*

* Azienda USL Latina

**Università "La Sapienza" Roma

Introduzione. Nell'ambito dei Programmi di Screening, così come in altri ambiti della prevenzione, i tassi di adesione e di copertura della popolazione costituiscono fattori critici e condizionanti il successo dei programmi stessi. Precedenti studi riportano che la percentuale di adesione è influenzata da fattori quali lo stato socio-economico, il grado di scolarità, l'età, il luogo di nascita, etc. e da interventi di promozione efficaci. Il Sistema di Sorveglianza PASSI-Rapporto Regione Lazio 2007-2008 conferma questi dati e dimostra come la percentuale di adesione aumenti in modo statisticamente significativo nelle persone che ricevono sia un consiglio da parte del MMG, sia una lettera di invito della ASL e che sono raggiunte da una specifica campagna informativa.

Obiettivo. Sviluppare alleanze e partnership con gli operatori sanitari, con i movimenti e con le associazioni della società civile al fine di promuovere una adesione informata e consapevole al programma di prevenzione del cervicocarcinoma anche nelle fasce della popolazione che partecipano meno ai programmi.

Metodi. Sono state avviate tre attività di collaborazione diretta: 1. con le delegate sindacali delle associazioni di categoria, al fine di rafforzare la motivazione per la prevenzione nei luoghi di lavoro. 2. con i centri per gli immigrati, sia offrendo attivamente il test di I livello che seguendo le donne con Pap Test anomalo. 3. con i Medici di Medicina Generale, per la sensibilizzazione nei confronti dei programmi di screening.

Risultati. Le attività di partnership con altre associazioni hanno contribuito - dal 2007 al 2008 - ad un aumento dell'adesione al Pap test dal 42.6% al 47.22% e ad un aumento anche per il secondo livello dall'85% all'87.5%

Conclusioni. Il coinvolgimento rigoroso, strutturato e sistematico dei cittadini - utenti, nelle varie forme ed espressioni attivate, attraverso l'avvio di un processo di empowerment e partnership della cittadinanza ci ha permesso di aumentare l'adesione dal 2007 al 2008 sia per il I° livello che per il II° livello. In futuro si pensa di estenderlo alla piccola imprenditoria, al commercio ed all'agricoltura a cui afferiscono utenti che hanno scarsa disponibilità di tempo e fruiscono meno dei percorsi di prevenzione rispetto a donne con una maggiore cultura.

20. C. SCREENING MAMMOGRAFICO IN PUGLIA NEL 2008: I RISULTATI DEL PASSI

Germinario C. e il Gruppo di Lavoro Sistema Passi della Regione Puglia

* *DIMO Sezione di Igiene – Università di Bari – Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia*

Introduzione. Da luglio 2007 lo screening mammografico organizzato è stato progressivamente attivato nelle 6 ASL della Puglia. I dati raccolti dal PASSI nel 2008 permettono di rilevare indicatori fondamentali nella fase di avvio di questa importante misura di prevenzione nella regione.

Obiettivi. Stimare la prevalenza di donne che hanno ricevuto l'invito allo screening e che hanno effettuato una mammografia (Mx). Valutare i fattori associati con una maggiore adesione al programma di screening. Confrontare tali parametri con quelli rilevati in Puglia nello studio PASSI 2005 e con quelli relativi all'ambito nazionale.

Metodi. Si sono analizzati i dati della sorveglianza PASSI. In Puglia le interviste raccolte nel 2008 sono state 1761. Per questa analisi sono stati considerati i dati pesati relativi a 312 donne in età compresa tra 50 e 69 anni. Sono state stimate le prevalenze e saggiata l'associazione tra l'esecuzione della Mx secondo le linee guida e le variabili classe di età, stato civile, istruzione e difficoltà economiche con una regressione logistica.

Risultati. In Puglia nel 2008 l'11,4% delle donne tra 50 e 69 anni ha ricevuto una lettera di invito della ASL con una differenza statisticamente significativa tra le 6 ASL della regione (ASL BAT e Bari registrano percentuali nettamente più alte). Tra 50 e 69 anni il 71.7% delle donne ha fatto una Mx nella vita e il 47.9% negli ultimi due anni. Nell'indagine PASSI 2005 i valori corrispondenti sono stati 56.8 e 41.4%. Nella ASL BAT e Brindisi è stata superata la copertura di Mx negli ultimi 2 anni ritenuta accettabile, pari al 60%. Tuttavia, nella ASL BAT prevale l'adesione allo screening organizzato (34.6% vs 30.8%) mentre nella ASL Brindisi prevale lo screening spontaneo (16.9% vs 44.1%). La Mx è stata effettuata dal 68.7% delle donne raggiunte da 3 interventi di promozione e dal 22.1% delle donne non raggiunte da alcun intervento. Nessuna variabile indagata è significativamente associata all'esecuzione della Mx, ma tale pratica è più frequente nelle donne tra 50 e 59 anni, coniugate, senza difficoltà economiche e con livello di istruzione più elevato.

Conclusioni. Rispetto all'indagine del 2005 sono stati rilevati importanti cambiamenti nell'attuazione dello screening mammografico in Puglia. In alcune ASL lo screening organizzato ha già raggiunto dei risultati mentre nella maggior parte il programma non è stato ancora attivato. Gli interventi di promozione dimostrano la loro efficacia anche nel nostro contesto. E' perciò prevedibile che un maggiore impegno organizzativo permetta di raggiungere una più alta copertura. L'importanza delle difficoltà economiche nel condizionare l'adesione alle linee guida e l'alta prevalenza di questa condizione tra le donne intervistate suggerisce l'opportunità di interventi di promozione mirati a questa categoria di donne per raggiungere una migliore adesione allo screening.

¹ Aprile V, Coviello E, Cipriani R, De Luca A, Pollice A, Termite S, Caputi G, De Palma M, Tafuri S e gli intervistatori delle ASL Bari, Bat, Brindisi, Foggia, Lecce e Taranto.

21. P. SCREENING PER LA PREVENZIONE DELLA MORTALITÀ PER TUMORE DEL COLON RETTO NELL'ASL (AZIENDA SANITARIA LOCALE) NAPOLI 3 SUD

Gigli L.*, Isernia M.*, Russo Spena S. *, Fusco M.^, Palombino R.*

Servizio Epidemiologia A S L Napoli 3 Sud ex Napoli 4, ^ Registro Tumori di popolazione Regione Campania

Introduzione. Il cancro del colon retto (CCR) è una delle neoplasie a più elevata morbosità e mortalità nei Paesi occidentali; in Italia rappresenta la seconda causa di morte per tumore. Il progetto per la prevenzione del tumore del colon retto è in fase di realizzazione nella ex ASL Napoli 4 in attuazione di quanto previsto dai piani nazionali e regionali della prevenzione.

Obiettivi. Il progetto prevede di identificare, in fase precoce, le forme neoplastiche invasive e di garantire l'offerta attiva del test del sangue occulto nelle feci a tutta la popolazione target compresa tra i 50 e 74 anni con frequenza biennale. Inoltre assicura, al cittadino risultato positivo, un percorso diagnostico-terapeutico gratuito che presenti garanzie di qualità in tutte le sue fasi, attraverso l'applicazione di protocolli definiti e la formazione del personale

Metodi. E' stato istituito un gruppo di coordinamento tecnico scientifico che ha già assolto i compiti di:

- Analizzare i programmi di screening già attivi e di seguire le indicazioni nazionali
- Coinvolgere attivamente i medici di medicina generale per la fase di reclutamento della popolazione target
- Definire gli obiettivi, i percorsi organizzativi e gestionali e gli indicatori di qualità
- Definire i bisogni informativi ed informatici
- Valutare il fabbisogno delle risorse umane, tecnologiche e strutturali
- Realizzare la condivisione dei percorsi con gli operatori coinvolti

Risultati.

- E' stato elaborato un protocollo operativo con tutti i percorsi dal I ° livello fino alla presa in carico terapeutica
- E' stato stipulato un accordo con i Medici di Medicina Generale per il reclutamento della popolazione target, con la Federfarma per collaborazione delle farmacie convenzionate e con i grossisti farmaceutici per la raccolta dei campioni
- E' stato progettato e predisposto materiale informativo da distribuire ai MMG, alle farmacie, agli ambulatori e ai presidi ospedalieri e in tutte le altre sedi pubbliche di maggiore affluenza della popolazione
- E' stato definito un piano formativo per i medici di medicina generale e per gli operatori dei distretti e per i farmacisti territoriali.

Conclusioni. Il programma nella ASL Napoli 4, dopo una prima fase per la messa a punto e la correzione di eventuali criticità, sarà avviato a partire dal mese di ottobre 2009.

Un'organizzazione coordinata ed efficiente è indispensabile per l'attivazione e la gestione di programmi di screening; richiede inoltre la collaborazione di diverse figure

multidisciplinari in un lavoro di gruppo integrato. Il grande valore di questo progetto è determinato dal fatto che si rivolge ad una popolazione sana indotta ad un percorso diagnostico terapeutico, che deve essere assistito in tutte le sue fasi.

22. C. GLI SCREENING IN UMBRIA: L'INTEGRAZIONE TRA SISTEMA INFORMATIVO E SISTEMI DI SORVEGLIANZA

Petrella M., Bietta C., Vallesi G., Giaimo D.*
U.O.S. Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione Azienda USL 2 Umbria, Perugia
**Servizio Prevenzione, Regione Umbria*

Introduzione. L'analisi integrata tra dati dei sistemi di sorveglianza e dei sistemi informativi dei programmi territoriali consente una valutazione più dettagliata delle caratteristiche degli screening in termini sia di partecipazione che di caratteristiche favorevoli all'adesione.

Obiettivo. Validazione/integrazione delle due fonti informative per individuare a livello locale i fattori che favoriscono l'adesione a ciascun programma di screening.

Metodi. Fonte di dati: Sistema PASSI (Umbria, 2008); Sistema informativo screening (AUSL2, 2008).

Analisi dei dati: Epi Info.

Risultati. Dalla letteratura scientifica emergono due principali classi di fattori favorevoli alla partecipazione ai programmi di screening: strutturali, legati alla qualità del servizio offerto; individuali, legati alle caratteristiche della persona. Su questa base sono stati analizzati i dati PASSI (Umbria) e dei sistemi informativi (AUSL2), effettuando per ciascuno screening regressioni logistiche multivariate. Nel modello sono state inserite le variabili presenti nelle banche dati utilizzate, correlate in letteratura con l'adesione.

Dal *Sistema PASSI*, aver effettuato lo screening secondo le linee guida è significativamente associato a:

- Pap test (N=517): età (35-49anni), mancanza di difficoltà economiche, consiglio del medico, lettera di invito.
- Mammografia (N=244): età (50-59anni), cittadinanza italiana, lettera di invito.
- Colon-retto (N=472): età (60-69anni), consiglio del medico, lettera di invito.

Dai sistemi informativi, la partecipazione allo screening è fortemente associata a:

- Pap test (N=45.415): classi d'età più giovani; nascita in Italia; distretto (1, 2, 3).
- Mammografia (N=28.451): età (55-64anni); nascita in Italia; distretto (2, 3, 4).
- Colon-retto (N=28.493): classe d'età più avanzata, sesso femminile, nascita in Italia.

Conclusioni. La ricchezza delle informazioni di contesto fornite dal PASSI e la solidità di quelle provenienti dai sistemi informativi mostrano un quadro della partecipazione agli screening in linea con le informazioni riportate in letteratura. I dati della sorveglianza campionaria presentano ancora qualche limite per il colon retto, appena partito in Umbria; quelli dei sistemi informativi, riferiti al solo 2008 per vicinanza coi dati PASSI, sono parziali rispetto al percorso dei round. Malgrado ciò le variabili presenti nei rispettivi sistemi consentono di valutare il ruolo di molti dei fattori evidenziati dalla letteratura e altri potrebbero essere approfonditi se gli screening vengono supportati da un adeguato sostegno epidemiologico. Inoltre, laddove è possibile il confronto, i dati di servizio e quelli campionari appaiono coerenti. Il PASSI in particolare conferma la presenza di fasce di

popolazione fragili, meno pronte ad usufruire della proposta preventiva, su cui intervenire adeguando informazione e modalità di offerta.

Emergono anche differenze a livello sub-locale da approfondire dal punto di vista di eventuali problemi organizzativi.

Sessione Parallela 4B

Alimentazione e attività fisica

23. P. CONIUGARE PIACERE E SALUTE? SI PUÒ! UNA CAMPAGNA DI PREVENZIONE NELLA RISTORAZIONE COLLETTIVA AZIENDALE

Albertini A.*, Dell'Acqua R.**, Sora R.**, Venturini E.**, Di Pietro P.***, Gianvito G.***

* Azienda Usl Bologna e Università di Ferrara

** Sodexo Italia

*** C&G Comunicazione

Introduzione. La campagna è frutto della sinergia tra SSN e Ristorazione Collettiva Aziendale. Si articola in modo interfattoriale intervenendo direttamente sul fattore di rischio alimentare con un'offerta di piatti equilibrati, il controllo dell'uso di sale e un'adeguata idratazione, parallelamente alla lotta al tabagismo e al consumo di alcol, e indirettamente sull'attività motoria.

L'intervento intersettoriale è promosso e realizzato dall'impresa di ristorazione che ha sottoscritto, attraverso l'associazione europea di categoria, la Piattaforma sulla lotta all'obesità, e riesce a coinvolgere nel nostro Paese settori operanti a diversi livelli (economico/commerciale, sanitario, universitario, della comunicazione); vi aderiscono le imprese occupazionali che appaltano il servizio di ristorazione e, in fase progettuale e di monitoraggio, il Comitato Scientifico.

Obiettivi. Promuovere conoscenze e consapevolezza sulla salute sia verso i consumatori finali sia verso gli operatori (cuochi e personale di sala) per sviluppare abilità personali utili alla prevenzione (empowerment, decision making, coping), e modello di riferimento per abitudini equilibrate anche al di fuori del luogo di lavoro e per il nucleo familiare; controllare lo stress con una pausa che sia realmente uno stacco dal lavoro.

Metodi. Oltre a menu ben identificati vicino alle gastronomie e descritti nutrizionalmente sul tabellone del menu, è stato predisposto ad hoc materiale di comunicazione/informazione (argomentazioni aggiornate stampate sui buoni pasto, approfondimenti e attività interattive sul portale Web dedicato) e formativo/educativo ("giochi" e indicazioni pratiche stampati sulle tovagliette, sviluppati nei manifesti collegati e sul sito).

Previste dal protocollo la valutazione di processo e di impatto anche attraverso sessioni di focus group misti con cuochi e personale di sala e cucina, rappresentanti dei consumatori finali, committenti. La gestione informatizzata degli acquisti consente all'Azienda di verificare, mese per mese, l'andamento delle materie prime utilizzate: ciò permette analisi differenziate della qualità nutrizionale dell'offerta leggibili come scelte di consumo, in quanto il commensale compone il proprio menu liberamente.

Risultati. In tre anni sono stati raggiunti 9460 destinatari intermedi (dai decision making aziendali ai cuochi) e circa 480.000 destinatari finali (adulti occupati).

Per quanto riguarda i buoni pasto, il sito è stato visitato ad oggi da 70.000 utenti.

Conclusioni. Fattori chiave: proposta innovativa, offerta alimentare che induce un consumo virtuoso, informazioni rigorose e mezzi di diffusione differenziati.

Criticità: un ritmo serrato nella comunicazione riduce la soglia di attenzione.

24. P. OKKIO ALLA SALUTE – PASSI. ALIMENTAZIONE ED ATTIVITÀ FISICA NELLA ROMA G

Alicata F., Ruscio V., Amati L., Montecchi M., Pescetelli S.
Asl Roma G

Introduzione. La ASL Roma G nel 2008 ha partecipato al progetto “OKKIO ALLA SALUTE” a livello aziendale e quindi possiamo completare i dati degli adulti del progetto PASSI con quelli dei bambini dell’età di nove anni. I due studi eseguiti in maniera completamente diversa si completano a vicenda dando un quadro complessivo del problema obesità e sovrappeso nella ASL RMG.

Materiali e metodi. Il progetto OKKIO infatti è stato standardizzato nei particolari scegliendo la fascia di età, usando bilance uguali in tutta Italia e applicando una metodica unificata per la rilevazione del peso e dell’altezza. Il progetto PASSI si basa su misurazioni eseguite e riferite dall’utente. Il progetto OKKIO ha sicuramente dei dati più affidabili e veritieri, mentre il progetto PASSI ha un costo di esecuzione molto più basso e comunque è utilizzato da più anni dal CDC di Atlanta¹.

Risultati. Nel progetto PASSI la popolazione campionata nella ASL RMG compresa tra i 18 ed i 69 anni ha un eccesso ponderale pari al 43%, (32% sovrappeso 11% obesi)². Nello studio OKKIO i bambini in eccesso ponderale è pari al 35% (22% sovrappeso e 13% obesi)³.

Il progetto OKKIO ha rilevato le seguenti percentuali per quanto riguarda il consumo di frutta

Il 2% consuma 5 porzioni di frutta e verdura; il 35% da 2-4 porzioni; il 34% 1 sola porzione; il 29% da meno di una porzione a zero.

A livello della Regione Lazio il 98% della popolazione dichiara che mangia frutta e verdura almeno una volta al giorno:

11% consuma 5 porzioni giornaliere,

37% 3-4 porzioni al giorno

50% 1-2 porzioni

Dati più precisi relativi alla ASL RMG del progetto Passi verranno aggiunti quando saranno disponibili.

Dai dati Passi nella ASL RMG il 40% della popolazione è da considerarsi sedentaria fa poca o per niente attività fisica.

Il 25% dei bambini del progetto OKKIO è da considerarsi inattivo e soltanto il 10% fa un’attività fisica adeguata per l’età.

Conclusioni. I dati dei due studi mettono in mostra in maniera evidente e in modo diverso che nella ASL esiste un problema di Obesità e di inattività fisica e di alimentazione non corretta. Lo studio Passi permette di avere un monitoraggio dell’andamento della situazione continuo mentre il progetto OKKIO ci da dei dati scientifici puntuali e confrontabili con altri studi eseguiti con la stessa metodica .

Sono due studi complementari e che ci permetteranno di monitorare i vari interventi eseguiti sul territorio.

Bibliografia

1) <http://www.cdc.gov/obesity/data/trends.html>

2) Sistema di Sorveglianza PASSI - Rapporto regionale 2007-2008

3) OKKIO alla Salute risultati dell’indagine 2008 - ASL RMG

25. IL MERCEOLOGICO CONDIVISO TRA STRUTTURE PUBBLICHE QUALE STRUMENTO DI PROMOZIONE DEL CONSUMO DI PRODOTTI SANI

Alonzo E., Cannizzaro V., La Carrubba R., Marcone E., Raiti M.E., Trupia B., Lizzio R., Fardella M.

Ausl 3 Catania

In collaborazione con: Farruggia Emanuele (Servizio Alimenti di Origine Animale- SIAOA Ausl 3), Leonardi Francesco (Servizio Dietologia Az. Osp. Cannizzaro Catania), Trovato Giuseppe (Servizio Dietologia Az. Osp. Vittorio Emanuele Catania), Zaffuto Vincenza (Direzione Sanitaria di Presidio Policlinico Universitario di Catania), Zanon Vincenzo (Direzione Sanitaria P.O Garibaldi-Nesima- A.R.NA.S Garibaldi – Catani), Dipartimento Osservatorio Epidemiologico (Doe) - Assessorato Sanità Regione Sicilia, Assessorato Regionale Agricoltura e Foreste- Regione Sicilia

Introduzione. Il Sian dell’Ausl 3 Catania ha avviato un progetto, che si inserisce nelle aree tematiche di “Guadagnare Salute” e nel “Progetto di Prevenzione Regionale del sovrappeso e dell’obesità”, portato avanti dalla Regione Sicilia, per elaborare un merceologico di riferimento, per la ristorazione collettiva, che porti all’innalzamento della qualità nutrizionale dei pasti collettivi e consente di richiedere con voce univoca alle aziende di ristorazione presenti sul territorio l’applicazione di uno stesso standard di qualità.

Obiettivi. Obiettivo principale del progetto è avviare un confronto tra Strutture Sanitarie Pubbliche, Associazioni di volontariato (Tribunale dei Diritti del Malato) e Imprese di Ristorazione collettiva, con la collaborazione dell’Assessorato Regionale Agricoltura e Foreste, per predisporre un merceologico condiviso da porre a disposizione dei committenti (Comuni, Scuole, Ospedali, strutture socio-sanitarie residenziali, ecc) di pasti per ristorazioni collettive (scuole, ospedali, case di riposo, istituti residenziali per minori, disabili, ecc.).

Metodi. Il progetto prevede una realizzazione con l’avvio iniziale di un confronto all’interno della ASL (tra SIAN, Commissioni Vitto dei Presidi Aziendali, Tribunale dei Diritti del Malato e Ristorazioni Collettive), estendendolo alle Altre Aziende Ospedaliere presenti sul Territorio. L’Assessorato Regionale Agricoltura e Foreste è coinvolto per la individuazione e promozione dei prodotti locali tipici e tradizionali. E’ previsto il monitoraggio finale per verificare quante Amministrazioni recepiranno il nuovo merceologico.

Risultati. Il progetto è stato avviato nel febbraio 2008, coinvolgendo gli attori interni alla AUSL 3. E’ stato realizzato, sotto il coordinamento del SIAN, il confronto tra Commissioni Vitto dei sei Presidi Ospedalieri Aziendali, basandosi sulle rilevazioni effettuate dalla commissione vitto e su quelle di gradimento pasto da parte degli utenti dell’ultimo triennio 2004-2007. E’ stata avviata la collaborazione con il Servizio Igiene Alimenti Origine Animale, le quattro Strutture Ospedaliere cittadine e con l’Assessorato Regionale Agricoltura e Foreste.

Conclusioni. Il progetto ha già dato i primi risultati, attualmente è stato stilato il merceologico di riferimento per la ristorazione scolastica ed è stato inviato alla Regione per essere approvato e successivamente pubblicato, in modo da essere utilizzato uniformemente in tutto il territorio regionale.

26. P. OKKIO ALLE 3 A (ALIMENTAZIONE, ATTIVITÀ MOTORIA & ABITUDINI)

Amicizia D.¹, Antognetti E.², Baldini P.², Baldassini A.², Beschi S.³, Boccaccio L.⁴, Bozic S.⁵, Campus P.⁶, Carpi A.⁷, Catarsi S.⁸, Cecconi R.⁶, Chiesa S.⁷, Dabove L.⁶, Delinardis F.⁶, Demontis S.³, Di Donato M.R.⁶, Fantino M.C.¹⁰, Favareto F.⁶, Ferrando G.⁶, Ferrari M.⁶, Fontana C.¹⁰, Frascà A.⁶, Gennaro M.³, Magliano A.¹⁰, Malio I.¹⁰, Manfellotto I.¹¹, Marchello C.⁷, Montaldi M.³, Mignano C.⁶, Musti L.⁶, Paolini T.², Parodi A.⁹, Oreste P.¹², Pascali F.⁶, Patrone M.S.⁶, Piastra G.⁷, Renzoni A.⁷, Rizzitelli E.¹, Salani C.⁶, Simoncini A.⁴, Tagliaferro G.⁶, Torrisi C.⁹, Tosca P.⁸, Vignolo M.⁹, Viziano E.⁴, Zolezzi A.⁶
1 Unige – Dissal; 2 ASL5; 3 ASL 1; 4 Comune Genova; 5 Comune Arenzano; 6 ASL3; 7 ASL4; 8 ASL5; 9 Istituto G. Gaslini; 10 ASL2; 11 Comune Cogoleto; 12 Regione Liguria

Introduzione. La notevole diffusione di patologie legate a comportamenti quali sedentarietà e abitudini alimentari scorrette, importanti determinanti nella genesi di sovrappeso e obesità, riguarda un numero crescente di bambini anche in Liguria. Interventi di provata efficacia per favorire l'adozione di stili di vita sani richiedono il coinvolgimento di scuola, famiglia e comunità.

Il progetto Okkio alle 3 A nasce dalla collaborazione tra Regione Liguria, Istituto Gaslini, le ASL Liguri, Pediatri libera scelta, Uffici scolastici regionali e provinciali e prende spunto dai risultati della prima indagine ligure "OKkio alla salute" condotta nel 2008 sui bambini di 8 anni ed in continuità con il progetto di promozione della salute "AAA: alimentazione, attività, abitudini" realizzato dall'Istituto G. Gaslini in alcune scuole elementari genovesi nel biennio 2005-2006.

Poiché i problemi legati al cibo nascono e si stabilizzano precocemente si è scelto di sviluppare un programma di educazione alimentare e motoria in età prescolare durante l'anno scolastico 2009-2010 e mantenerlo attivo negli anni successivi.

Obiettivi:

- misurare conoscenze di educatori e famiglie nei confronti di alimentazione corretta e attività motoria
- stimolare sani stili di vita nei bambini delle scuole materne e nelle loro famiglie attraverso gli educatori con il coinvolgimento dei portatori di interesse presenti nel territorio

Metodi:

- costituzione di gruppo operativo regionale per ideazione e pianificazione del progetto
- coinvolgimento delle scuole materne dei distretti liguri
- formazione di gruppi locali costituiti da personale della scuola, genitori, refezione scolastica e operatori sanitari per la valutazione dei bisogni utilizzando uno specifico questionario
- formazione regionale degli educatori
- utilizzo di schede e materiali didattici preparati ad hoc e sito web dedicato
- ideazione e pianificazione dell'azione con i bambini
- ricerca-azione con bambini e famiglie

- valutazione progetto: somministrazione questionario KAP (knowledge attitude practice) a educatori e famiglie prima e dopo l'intervento per valutare modifiche di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti dei rispettivi gruppi.

Risultati. Il risultato atteso consiste nell'acquisizione e mantenimento di uno stile di vita sano sia da parte degli educatori e dei familiari, che in futuro adotteranno atteggiamenti e comportamenti più corretti, sia da parte dei bambini, che potranno acquisire durante l'anno quelle abilità e competenze che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana.

Conclusioni. Uno stile di vita sano acquisito fin dalla prima infanzia proteggerà i bambini coinvolti nel progetto da sovrappeso e sedentarietà e a lungo termine andrà a modificare quanto emerso dall'indagine "OKkio alla salute": in Liguria il 29% dei bambini di 8 anni presenta eccesso ponderale e il 33% è esposto ogni giorno a TV/videogiochi per almeno 3 ore.

27. P. UNA COMUNITÀ IN MOVIMENTO. STRUMENTI PER PROMUOVERE L'ATTIVITÀ MOTORIA NEL CONTESTO LOCALE

Bassetti G., Blancato S., Caprino G., Coffano M.E., De Luca R., Dettoni L., Gambarino C., Paltrinieri G., Parodi G., Suglia A., Tomaciello M.G.
ASL AL, ASL CNI, ASL TO1, ASL TO3, Università di Torino – Facoltà di Scienze Motorie (SUISM), Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS Regione Piemonte)

Introduzione. Nell'ambito del Piano regionale di Prevenzione attiva 2005-2007, relativamente all'azione sorveglianza e prevenzione dell'obesità, la Regione Piemonte ha attivato, tra gli altri, un gruppo di lavoro multisettoriale e multidisciplinare, composto da operatori della Sanità Pubblica, Dors, SUISM, dedicato a sostenere e promuovere lo svolgimento di attività motorie nelle comunità locali.

Obiettivi. Il gruppo ha svolto un ruolo di supporto progettuale e documentale rispetto al tema della promozione dell'attività fisica nella popolazione (quaderni di documentazione, seminario regionale "Una comunità in movimento", ricognizione pilota di interventi e progetti locali, integrazione con altri piani e programmi di prevenzione,...).

Metodi e risultati. Nello specifico, il gruppo ha curato la redazione di due strumenti:

- Glossario dell'attività fisica (definizioni delle varie forme di attività fisica: gioco, sport - agonistico e non agonistico -, attività fisica fatta per mansione lavorativa, attività fisica come spostamento, attività fisica nella quotidianità,...) per l'importanza e la necessità di una terminologia comune.
- Repertorio strumenti di indagine e fonti di dati utili (cornice teorico-metodologica sui modelli di cambiamento dei comportamenti e degli stili di vita; individuazione delle fonti di dati e degli strumenti utili all'analisi della situazione e dei bisogni della popolazione; individuazione e descrizione di strumenti operativi utili al monitoraggio e all'assessment - questionari, focus group, mappe del territorio - da sperimentare nelle diverse realtà territoriali, che "fotografano" e analizzano gli stili di vita e le caratteristiche e le risorse dell'ambiente e del contesto sociale

Conclusioni. Gli strumenti sono destinati e saranno diffusi ad: amministratori locali e operatori sanitari con l'obiettivo di offrire loro risorse per individuare e promuovere azioni mirate e calibrate di contrasto alla sedentarietà e di sostegno all'attività fisica. Tutti i documenti prodotti dal gruppo di lavoro saranno resi disponibili sull'Area Focus Obesità del sito DoRS (<http://www.dors.it/obesita>).

28. P. CORRI E CAMMINA. UN PROGETTO PER RENDERE FACILE L'ABITUDINE AL MOVIMENTO

Beltrami P.*, Astorino G.*, Centis E.*, Marolla A.*, Carati F.°, Francia F.*, Casadio F.°, Pandolfi P.*

*Az. USL di Bologna

°UISP Bologna

Introduzione. L'Azienda USL di Bologna, assieme alla UISP (Unione Italiana Sport Per tutti) e al Comune di Bologna, sta realizzando l'iniziativa "Corri e cammina", un progetto di promozione dell'attività fisica rivolto ai cittadini. I dati riferiti ai 50 Comuni nel territorio dell'Az. USL di Bologna rilevano che il 25% della popolazione non pratica attività fisica e conduce una vita del tutto sedentaria. L'intento è di rendere facile l'approccio al movimento, coinvolgendo un numero sempre maggiore di persone in attività semplici e non competitive. Il cammino può essere praticato da tutti, richiede un minimo di risorse economiche, non ha controindicazioni e gli effetti benefici sulla salute e la qualità della vita sono ampiamente dimostrati. Inoltre, l'attività non competitiva, vuole stimolare le persone a fare attività fisica nei diversi momenti della giornata (la mattina presto e il tardo pomeriggio) a seconda delle propensioni individuali.

Obiettivi. L'obiettivo primario è di rendere più attivo lo stile di vita dei cittadini, stimolandoli a camminare almeno 30 minuti al giorno più volte la settimana (secondo quanto suggerito dall'OMS). L'iniziativa si propone, inoltre, di creare una rete di alleanze che permetta la gestione nel lungo termine del progetto e la sua trasferibilità.

Metodi. Saranno individuati alcuni punti strategici (aree verdi, parchi, piste ciclabili ecc.), diffusi sul territorio, in cui verrà definito un circuito breve chiamato "binario". In ogni circuito operano più capigruppo (capitreno) che conducono gruppi (treni) diversi in base all'andatura scelta: camminata più o meno veloce, leggera corsa, ecc. Ogni capotreno indossa una maglietta con il numero corrispondente al tempo di percorrenza del circuito (da un minimo di 6 minuti al km, a un massimo di 11). Le regole sono semplici, chi vuole può presentarsi alle 6 (mattino e pomeriggio) e partire con il capotreno del gruppo scelto in base all'andatura; se arriva più tardi aspetta in stazione (tenda montata e posizionata dal capotreno) e quando vuole scende dal treno.

I cittadini vengono informati dell'iniziativa tramite volantini, cartoline, locandine affisse, un giornalino semestrale e un sito web dedicato al progetto.

Risultati. Le persone che partecipano all'iniziativa, prima di aggregarsi al gruppo e di iniziare l'attività, compilano un breve questionario che valuta la percezione del proprio stato di salute, e una scheda di registrazione che raccoglie i dati relativi a: sesso, età, altezza, peso, abitudine al fumo e attività fisica.

Conclusioni. La valutazione sarà realizzata a fine progetto (prevista il 6 settembre). Si ritiene che l'iniziativa rappresenti al momento un progetto pilota da replicare in modo nel corso della prossima primavera.

L'esperienza finora acquisita suggerisce che il gruppo rende piacevole l'attività svolta, genera un senso di aggregazione e appartenenza e contribuisce a mantenere alta l'attenzione per l'impegno che si è preso.

29. P. PREVENZIONE: IL COUNCELLING NUTRIZIONALE PER BAMBINI E RAGAZZI. L'ESPERIENZA DELL'U.O. NUTRIZIONE E UO MEDICINA SPORTIVA DELL'ASL DI VARESE

Bianchi M.A. *, Piotto L. *, Pacchetti R. *, Renna V. *, Frattini P., Bulgheroni P., Marmondi E.G., Roi C., PLS della Provincia di Varese

**Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Cure primarie e Continuità Assistenziale*

A proposito di obesità infantile l'ASL di Varese nel 2005 ha attivato un progetto con i Pediatri di libera scelta: il Counselling Nutrizionale per supportare un cambiamento di abitudini alimentari nei ragazzi.

Nel 2007 è stato attivato un **Counselling Nutrizionale e Motorio** in collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta, che hanno avuto cura di individuare tra i loro pazienti i soggetti in sovrappeso/obesi.

La ASL ha predisposto con ospedale e territorio un **percorso diagnostico terapeutico** sul sovrappeso ed obesità per l'individuazione dei bambini in sovrappeso/obesi da indirizzare al Counselling Nutrizionale e Motorio ai fini di modificarne gli stili di vita con riduzione o mantenimento del peso.

Fasi del Counselling:

- l'attività di counselling prevede incontri con genitori e bambini a cadenza bimestrale.
- **Primo incontro:** discussione delle criticità con bimbo e genitori; valutazione del bimbo con diario alimentare e diario sulla attività motoria settimanale; valutazioni antropometriche e loro confronto sui cut-off di Cole, circonferenza vita, pressione arteriosa ed ECG. Anamnesi motoria, valutazione motoria generale.
- Discussione sulle conclusioni e predisposizione di consigli per una dieta regolare e indicazioni relative all'attività fisica.
- **Controlli:** anamnesi alimentare e motoria. Discussione sulle criticità riscontrate sia sull'alimentazione sia per l'attività fisica. Valutazione delle modifiche sullo stile di vita. Valutazione antropometrica.

Dal 2007 al 2008 sono stati visitati 1008 pazienti:

*Nel 2007 sono state effettuate 487 visite (di cui 100 prime visite e 387 controlli) a bambini/ragazzi di età compresa tra i 4 ed i 17 anni, inviati dai 117 pediatri di libera scelta presenti sul territorio.

Tra queste 275 visite sono state effettuate su femmine e 212 su maschi.

Nel corso delle prime visite il 57% risulta obeso ed il 35% in sovrappeso; mentre nei controlli risultano il 35% obesi ed il 55% in sovrappeso.

*Nel 2008 sono state effettuate 521 visite (di cui 119 prime visite e 402 controlli) a bambini/ragazzi di età compresa tra i 4 ed i 17 anni, inviati dai 117 pediatri di libera scelta presenti sul territorio.

Nel corso delle prime visite il 42% risulta obeso ed il 58% in sovrappeso; mentre nei controlli risultano il 35% obesi ed il 55% in sovrappeso.

Dalla valutazione dei dati annuali emerge che esiste un'inversione di tendenza del fenomeno sovrappeso ed obesità a seguito della modifica degli stili di vita. I bambini e le loro famiglie hanno, durante il percorso di counselling, effettuato modifiche sostanziali in termini di scelte alimentari e di movimento spontaneo e strutturato.

30. P. I DATI EPIDEMIOLOGICI PER GUADAGNARE SALUTE: STATO NUTRIZIONALE, ABITUDINI ALIMENTARI E ATTIVITÀ FISICA NELLA REGIONE UMBRIA

Bietta C., Petrella M., Giaimo D*

U.O.S. Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione AUSL 2 Umbria, Perugia

**Servizio Prevenzione, Regione Umbria*

Introduzione. La lettura integrata delle informazioni disponibili fornite dall'ISTAT e quelle generate a livello locale (indagine campionaria OKkio alla salute; sistema di sorveglianza PASSI), unita alla conoscenza del territorio, ha permesso la ricostruzione del contesto epidemiologico di riferimento relativamente a stato nutrizionale, abitudini alimentari e attività fisica degli umbri.

Obiettivo. Descrivere i cambiamenti avvenuti nel tempo in ciascun ambito di indagine.

Fornire, sulla base delle criticità emerse, alcune indicazioni aggiuntive, sia in termini di priorità operative che di potenziale valutazione delle azioni realizzate al riguardo.

Metodi. Fonti di dati: ISTAT indagini "La vita quotidiana"; Sistema di Sorveglianza PASSI; indagine campionaria OKkio alla salute.

Risultati. Dai dati disponibili emerge che 1 bambino su 3 e il 43% dei 18-69enni in Umbria è il eccesso ponderale. Questa condizione aumenta con l'età ed è più diffusa tra i maschi e in chi ha un minor livello di istruzione. Non si osservano differenze territoriali. Inoltre aderisce al "5 a day" solo il 10% dei 18-69enni e il 3% dei bambini. I bambini fanno poca attività fisica, anche per la diffusione di attività sedentarie durante il tempo libero. ¼ della popolazione adulta è sedentaria. Complessivamente gli operatori sanitari si interessano al problema consigliando di perdere peso e di fare attività fisica con regolarità.

Il documento dettagliato sugli argomenti trattati, corredato di una versione sintetica, è stato inizialmente sottoposto all'attenzione di operatori della prevenzione e decisori, al fine di poterne garantire il suo miglior utilizzo. Quindi, all'interno della cornice di guadagnare salute, è stato realizzato un convegno internazionale su promozione e prescrizione dell'attività motoria in cui il documento ha costituito la descrizione del contesto epidemiologico di riferimento. Inoltre è stato costruito un messaggio sintetico destinato ai ragazzi e predisposto per essere divulgato nelle scuole.

Conclusioni. Attraverso le informazioni ottenute, viene confermata anche per l'Umbria la presenza di problemi e l'azione di fattori di rischio segnalati dagli studi scientifici, relativamente a stato nutrizionale, abitudini alimentari e attività fisica. Tutto questo permette di motivare maggiormente gli amministratori e gli operatori verso azioni specifiche.

Inoltre le informazioni disponibili forniscono una dettagliata linea di partenza sulla cui base valutare i risultati delle azioni di promozione, sia rispetto a modifiche precoci (miglioramento della percezione, adeguamento dei comportamenti, etc.), sia rispetto a modifiche a lungo termine (arresto e inversione di tendenza della epidemia di obesità, per esempio). Resta quindi come impegno degli operatori della salute la comunicazione dei risultati, con un maggior sforzo comunicativo nei confronti dei non addetti, in particolare verso i decisori e verso l'opinione pubblica di cui i decisori devono tener conto.

31. P. ALIMENTI ALLA LUCE DEL SOLE

Carlucci D., Menechella M.A.
Azienda Sanitaria Locale BN 1

Introduzione. Le recenti emergenze sanitarie in materia di alimenti, il cresciuto livello di attenzione e sensibilità dei consumatori rispetto alle scelte alimentari e le attuali norme in materia, che indicano la sicurezza alimentare un diritto dei consumatori e un dovere dei produttori, rappresentano il contesto in cui nasce il progetto.

Obiettivo. Il progetto vuole fornire ai giovani consumatori informazioni utili e puntuali per consentire di leggere e capire le etichette dei prodotti alimentari, al fine di acquisire una capacità critica rispetto alle scelte.

Destinatari del progetto sono gli studenti delle classi terze delle scuole medie e delle classi quarte delle scuole elementari, riconoscendo agli alunni un ruolo chiave tra ciò che hanno appreso a scuola e i comportamenti e le scelte della famiglia.

Materiali e metodi. L'articolazione del progetto prevede un incontro programmatico con gli insegnanti interessati e la consegna dei questionari da somministrare agli studenti, appositamente preparati, che forniranno elementi utili per calibrare gli interventi in aula.

Seguono una lezione d'aula frontale ed una visita di studio in un ipermercato della città per verificare sul campo ciò che è stato rappresentato in aula.

La lezione d'aula è presentata con l'ausilio del supporto informatico (Programma Power Point).

Al termine di essa si procede alla verifica dell'apprendimento attraverso gruppi di lavoro.

Le visite di studio sono state guidate da esperti delle aziende che hanno dato ospitalità.

In alcune scuole durante le lezioni frontali sono state coinvolte le mamme degli studenti che hanno poi chiesto di approfondire le tematiche trattate, per cui è nato, come gemmazione del progetto "Incontriamoci in cucina", incontro destinato agli adulti.

Conclusioni. Sono stati prodotti opuscoli con le informazioni di sicurezza alimentare fornite che sono diventati uno strumento utile a servizio delle famiglie. Il Progetto ha partecipato all'evento "X Edizione Settimana della Cultura Scientifica e della Creatività Studentesca" organizzato dall'Ufficio Scolastico Provinciale raccogliendo molti consensi dai visitatori dello stand.

Al termine degli incontri a scuola sono state organizzate conferenze in cui sono state presentati i dati di ritorno del progetto e l'opuscolo prodotto.

"Incontriamoci in cucina" è stato rappresentato alla cittadinanza in diversi comuni della provincia, con il coinvolgimento degli insegnanti delle scuole aderenti al progetto, delle Associazioni di Volontariato e delle Amministrazioni comunali.

Il 12 maggio u.s. il Progetto "Alimenti alla luce del sole" è stato premiato tra le migliori Buone Pratiche Intersettoriali di Guadagnare Salute dal Formez, nell'ambito del Forum della P.A. presso la Fiera di Roma.

32. P. LA COMMISSIONE MENSA: UNA RISORSA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Corazza P, Savonitto C

S.O.C. Igiene Alimenti e Nutrizione ASSn°4 “Medio Friuli”

Nel territorio dell’Azienda Sanitaria “Medio Friuli”(ASS4) la qualità del servizio di ristorazione e dei menù scolastici viene monitorata attraverso le Commissioni Mensa (CM), costituite da rappresentanze di genitori, insegnanti, comune, azienda sanitaria, ditta di ristorazione. Partecipando alle CM, gli operatori del SIAN hanno compreso che questi organismi possono rappresentare una risorsa per la promozione della salute nelle scuole. Nel 2007 l’ASS4 ha sottoscritto con la Direzione didattica (5 scuole, 956 alunni) e il Comune di Codroipo (UD) un protocollo d’intesa per attuare un progetto triennale di educazione alimentare e promozione dell’attività fisica in 2 scuole primarie. Ha quindi proposto sin dall’inizio il coinvolgimento della CM, riconoscendone le potenzialità e il ruolo strategico. È emerso che gli alunni consumavano merende troppo abbondanti, che festeggiavano i compleanni portando da casa dolci e bibite senza limitazioni e che non tutte le classi effettuavano 2 ore di attività fisica alla settimana. Per ridurre l’assunzione di dolci e bevande zuccherate e aumentare l’attività fisica si è concordato un programma con i seguenti obiettivi:

Obiettivi:

- Garantire l’offerta a 650 alunni, di una merenda sana: 3 volte/settimana yogurt e pane offerti dal comune e dalla ditta, anche a chi non fruiva della mensa; 2 volte frutta e verdura fornite da casa con la collaborazione dei genitori;
- festeggiare i compleanni con attività di gioco in alternativa ai dolci;
- favorire il movimento aumentando il tempo di ricreazione di 10 minuti e utilizzando un’area verde adiacente alle scuole, attrezzata dal comune a questo scopo.

Metodi:

- Costituzione di un gruppo di progetto con alcuni rappresentanti della CM, in particolare i genitori;
- incontri di sensibilizzazione dei genitori, anche individuali;
- collaborazioni con i pediatri di libera scelta;
- corso di formazione per insegnanti (9 ore);
- sostegno dei media locali;
- verifica del gradimento del progetto attraverso questionari agli alunni e ai genitori.

Risultati:

- Tutti gli alunni hanno aderito al progetto e l’86% dei genitori ha dichiarato di voler proseguire;
- nel Piano dell’Offerta Formativa sono stati inseriti: la merenda concordata, un nuovo regolamento per le feste e l’aumento del tempo di ricreazione;
- l’esperienza è già stata estesa in una scuola della Direzione e si sta avviando in altre due.

Conclusioni. Partire dalla CM per creare un gruppo di progetto si è rivelata una strategia appropriata ed efficace. Le persone che compongono la CM sono sensibili ai temi dell’alimentazione e sono rappresentative della comunità. Il loro consenso si è manifestato attraverso il sostegno e la diffusione delle decisioni prese dal gruppo di progetto, favorendo

il consolidarsi del percorso. L'impegno di insegnanti e genitori della CM è un segnale positivo per la sostenibilità del progetto nel tempo e per la possibilità che le buone abitudini impostate a scuola vengano mantenute anche a casa.

33. C. ESPERIENZE PRATICHE DI PROMOZIONE DEL MOVIMENTO NELLA VITA QUOTIDIANA

De Noni L., Lauria A., Valenari L., Soave D., Ciddio P., Morgante S.

* *Dipartimento di Prevenzione (DP), ASL 20 Regione Veneto, Verona*

Introduzione. A fronte delle evidenze relative ai benefici di uno stile di vita attivo sono ormai consolidati i comportamenti sedentari della popolazione. Nel Veneto, analogamente a quanto avviene nelle altre regioni italiane, nel 2007 solo il 33% delle persone interpellate riferiva livelli di attività fisica sufficienti e il 20% risultava totalmente sedentario (Dati Studio Passi). Fin dal 2002 è stato attivato il Progetto veneto di promozione dell'attività fisica nell'ambito del Piano Triennale dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica, parte delle azioni da esso previste sono ora state inserite nel Progetto Nazionale di Promozione dell'attività motoria (AM) coordinato dall'ASL di Verona e ispirato alla strategia di "Guadagnare salute".

Obiettivi. Contrastare la sedentarietà fin dall'età infantile facendo leva sulla possibilità di attuare il movimento nella vita di tutti i giorni. Rilevare i fattori ambientali e sociali che ostacolano l'attività motoria per promuovere azioni positive sui determinanti di salute. Sostenere un ambiente urbano che favorisca uno stile di vita attivo in tutte le fasce di popolazione senza differenze di status socio-economico.

Metodi. L'organizzazione urbana rende sempre più difficile praticare AM non strutturata; l'uso dell'auto per coprire anche distanze brevi e l'inadeguatezza degli spazi pubblici che non permettono di muoversi in modo sicuro a piedi o in bicicletta favoriscono comportamenti sedentari. Il DP dell'ASL 20 del Veneto ha promosso e sostenuto specifici interventi diretti a favorire la mobilità attiva nell'ambiente urbano attraverso i gruppi di cammino per anziani, i pedibus e i bicibus per i bambini, la mobilità attiva nei trasferimenti casa-lavoro; anche le iniziative organizzate per gruppi a rischio e fasce deboli (portatori di patologia cronica e malati psichiatrici), si sono realizzate secondo questa metodologia. Parallelamente è stata svolta un'intensa attività di concertazione e partecipazione alla stesura e valutazione degli strumenti urbanistici comunali, provinciali e regionali per coinvolgere gli enti preposti alla pianificazione territoriale nella costruzione della salute.

Risultati. In 17 ASL su 21 della regione sono stati attuati interventi di promozione del cammino e della bicicletta, di mappatura e recupero di spazi urbani per la mobilità attiva, di sistemazione di spazi e percorsi per la sicurezza di pedoni e ciclisti insieme a interventi educativi e di formazione degli operatori. Il numero di soggetti coinvolti non è facile da quantificare ma è tuttavia rilevante sia per il numero di bambini partecipanti (alcune migliaia) che per numero di scuole e comuni coinvolti. In 14 ASL sono stati organizzati gruppi di cammino per anziani o per portatori di patologie croniche, con numero di soggetti coinvolti variabile a seconda dei contesti (nell'ASL 20 sono stati costituiti circa 20 gruppi di cammino coinvolgenti alcune centinaia di anziani).

Conclusioni. Le iniziative dirette esplicitamente a favorire il movimento nella vita quotidiana hanno dimostrato di poter contribuire significativamente all'incremento dell'AM. Queste iniziative attuate secondo i principi delle buone pratiche (rilevazione dei bisogni, intersettorialità e multifattorialità, partecipazione) si sono dimostrate efficaci e sostenibili, particolarmente gratificanti dal punto di vista relazionale e svincolate dallo status socio-economico.

34. P. INDAGINE CONOSCITIVA SULLE ABITUDINI ALIMENTARI E STILI DI VITA DI UN GRUPPO DI DIRIGENTI ED OPERATORI SANITARI DELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO

Diamare S. *, Corvino M. **, Di Benedetto R. ***, Fiore P. ***, Gallo M. ****, Grippo N. **, Longanella W. **, Lopreiato S. ***, Ortolani R. *****, Ruotolo C. *****, Sepe C. *****, Simonetti A. *****, Polito G*.

**Coordinamento Rete HPH & HS (Health Promoting Hospitals & Health Services), Servizio Controllo Qualità ASL Napoli 1 Centro*

*** D.S. Loreto Mare ASL Napoli 1 Centro*

**** Dipartimento Prevenzione*

***** D.S. P.O. C.T.O*

****** Servizio Epidemiologia*

****** Diabetologia P.O. S. Gennaro*

****** Servizio Controllo Qualità ASL Napoli 1 Centro*

Introduzione. Il programma della rete HPH & HS si propone di accrescere l'empowerment degli operatori e dei pazienti circa temi di promozione della salute a favore del miglioramento dell'assistenza, di sani stili di vita e dell'integrazione ospedale-territorio. L'ASL Napoli 1 ha adottato tale programma a partire dal 2003 divenendo nel 2004 capofila della rete HPH & HS per la regione Campania. Nell'ambito della linea di attività "Nutrizione e Stili di Vita" si è inteso avviare un'indagine conoscitiva sulle abitudini alimentari e gli stili di vita di un gruppo di dirigenti ed operatori sanitari dell'ASL Napoli 1 Centro mediante la somministrazione di un questionario a risposta multipla predeterminata elaborato e valutato da Servizio Controllo Qualità, Servizio Epidemiologia, Dipartimento Prevenzione, U.O. Diabetologia P.O., S. Gennaro, D. S. Loreto Mare e CTO, e diffuso a cura dei referenti HPH ospedalieri.

Obiettivo. Stimare la proporzione di operatori sanitari che adotta corretti stili alimentari calcolando l'IMC, lo svolgimento o meno di attività fisica, i vari consumi individuali.

Metodi. Il questionario composto da 17 domande a risposta multipla predeterminata è stato somministrato a 284 operatori sanitari di cui: 82 Direttori di U.U.O.O, e 202 afferenti al Personale del Comparto così ripartiti: 81 coordinatori infermieristici di U.U.O.O, e 121 tecnici della prevenzione negli ambienti di lavoro (TPALL). L'analisi finora condotta si è limitata a 202 soggetti così suddivisi:

- 82 Direttori di U.U.O.O
- 120 Personale del Comparto

effettuata con l'uso del programma Epi Info e si è proceduto all'Elaborazione di una griglia condivisa mediante incrocio di alcune variabili.

Risultati. L'analisi dei dati consente di evidenziare che

Nel gruppo dei Direttori delle UU.OO emerge:

- una prevalenza di sovrappeso (33 normopeso, 5 obesi, 35 sovrappeso) 45,20%, 6%, 47,9%
- il 51,2% attualmente svolge attività fisica
- 32,4% consuma il panino a pranzo

- 55,6% consumo di cibi ipercalorici
- 100% consumo di ortaggi,verdura, frutta fresca

Nel gruppo del Comparto si rileva:

- una prevalenza di normopeso (54 normopeso, 39 sovrappeso, 19 obesi)
- il 32% attualmente svolge attività fisica
- il 98,3% consumo di frutta fresca ed il 96,6% consumo di ortaggi e verdura
- il 20% consuma il panino a pranzo e il 27,5% fa un pasto completo
- 55,8% consuma cibi ipercalorici

Conclusioni. L'analisi dei dati conforta nel ritenere fondamentale ai fini di una maggiore diffusione delle conoscenze alimentari la realizzazione di un corso di formazione ad hoc diretto a quanti costituiscono front office con i pazienti al fine di una sempre più articolata ed efficace conoscenza dei corretti stili di vita. Rispetto a tale fase successiva l'indagine effettuata costituirà anche un fotografia ex ante imprescindibile ai fini della valutazione di efficacia del corso stesso.

35. IL TEMPO DELLE MELE: GIORNATE DEL BENESSERE PSICOCORPOREO

Diamare S.*, Polito G.*, D'Agostino L. M.**, Savarese A.***, Scalera L.***, Amendolara V. **** Lodato S. *****

* *Coordinamento Rete HPH & HS (Health Promoting Hospitals & Health Services), Servizio Controllo Qualità ASL Napoli 1 Centro*

** *SIMP (Società Italiana Medicina Psicosomatica) sez. locale di Napoli*

** *Settore Verifica Controllo Qualità ARSAN*

*** *Promozione della Salute ASL Napoli 1 Centro*

**** *Coldiretti*

***** *D. S. ASL Napoli 1 Centro*

Introduzione. Il progetto “Il tempo delle mele - Giornate di benessere psicocorporeo” della Rete HPH & HS (Health Promoting Hospitals & Health Services) della regione Campania è stato realizzato attraverso una partnership tra Assessorato all'Agricoltura e alle Attività Produttive della Regione Campania, ASL Napoli 1 Centro, Coldiretti Campania e con il patrocinio dell'ARSAN. Il fulcro del progetto è rappresentato da una serie di incontri nella Villa Comunale di Napoli, in occasione dei Farmer's Market, realizzati dalla Coldiretti, finalizzati a fornire ai consumatori informazioni utili per acquisire sani stili di vita e consapevolezza dello stretto legame tra alimenti – agricoltura – ambiente – territorio – salute, affrontando la tematica con un approccio divulgativo ed emozionale e con modalità interattive e non repressive. Il Progetto si inserisce nel più ampio programma della rete HPH & HS della Campania: “Nutrizione e Stili di vita” che propone la diffusione di attività di prevenzione, riduzione e controllo dei principali fattori di rischio dei disordini e disturbi del comportamento alimentare, nonché un orientamento psicologico verso attività motorie atte alla ristrutturazione dell'immagine corporea vissuta in maniera problematica. Il simbolo utilizzato è la mela poiché essa rappresenta la metafora di un passaggio da uno stato di dipendenza inconsapevole da messaggi acritici dei mass media, alla autonomia del mangiar sano, alla coscienza dei nostri reali bisogni, alla protezione ed alla salute del nostro corpo ed alla bonifica del nostro territorio per adottare consapevolmente e responsabilmente sani stili di vita.

Obiettivi:

1. Favorire il riappropriarsi del vissuto corporeo e di una motricità consapevole, di tempi adeguati alla comunicazione ed alla sana e sicura alimentazione attraverso la riscoperta di tradizioni e di prodotti locali
2. Sensibilizzare ad attività posturali, motorie e di integrazione dell'immagine corporea
3. Diffondere attività di controllo e di riduzione della prevalenza dei principali fattori di rischio dei Disturbi del Comportamento Alimentare
4. Promuovere sinergie operative interistituzionali e intersettoriali
5. Ridurre le distanze fra le Istituzioni ed il consumatore - cittadino - utente

Metodi:

1. Agorà: apprendimento in piazza
2. Attività di animazione
3. Laboratori psico - corporei e di degustazione

4. Campagne di sensibilizzazione

Risultati e Conclusioni. Si è avviata un'azione di sistema intersettoriale fra istituzioni, strutture sanitarie e media, per catturare l'attenzione della comunità. Il progetto è in itinere e sono stati effettuati incontri sulle seguenti tematiche:

1. La comunicazione ed il nutrimento dell'anima
2. Come respirare durante il pasto
3. La dieta mediterranea e OGM
4. La postura e il carattere dell'individuo
5. Sicurezza alimentare

Sono previsti inoltre :

6. Il movimento e l'intelligenza del corpo
7. Giocare nella vita per apprendere: Fattorie didattiche

Gli incontri hanno avuto una notevole risonanza registrando un progressivo incremento di adesioni e partecipazione attiva della Cittadinanza.

36. P. DALLA SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE ALLA PROGETTAZIONE DI INTERVENTI EDUCATIVI: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Fabbri A., Tripodi A., Andreotti L., Biavati C., Cecchetti R., Celenza F., Contarini V., Cortesi C., De Giorgi S., Di Martino E.*, Guberti E., Mattioli M., Melandri G., Rizzoli C., Stefanelli I.

Servizi Igiene degli Alimenti e Nutrizione – Aziende. USL Regione Emilia Romagna

**Servizio Veterinario e Igiene degli Alimenti Regione Emilia Romagna*

Introduzione. La Regione Emilia Romagna ha attivato dal 2002 un progetto pluriennale di Sorveglianza Nutrizionale, rivolto ai soggetti in età evolutiva (età = 6-9-14-17 anni) per valutare la prevalenza di sovrappeso ed obesità e raccogliere informazioni sulle abitudini alimentari e motorie. Le informazioni ottenute hanno favorito una progettazione più mirata degli interventi di promozione della salute, in ambito regionale, indirizzati a tali fasce di età.

Scopo. Aumentare l'efficacia degli interventi educativi nella comunità attraverso l'individuazione delle problematiche da affrontare con priorità, e l'applicazione di strategie di intervento partecipate che tengano conto delle esigenze e delle indicazioni fornite da bambini e ragazzi e dai loro familiari.

Materiali e metodi. Le indagini sono state effettuate dal 2003 al 2008, su un campione rappresentativo di bambini e ragazzi (2681= 6 anni; 2955=9 anni; 4377=14 anni; 2507=17 anni); a seconda delle fasce di età sono stati utilizzati, garantendo l'anonimato, questionari compilati dalle famiglie e/o da ciascun bambino/ragazzo. Particolare attenzione è stata posta alle conoscenze e competenze in campo nutrizionale ed alla percezione di salute e dello stato di sé di bambini e famiglie. Parallelamente è stata effettuata una formazione degli operatori sulla "prevenzione dell'obesità infantile ed adolescenziale basata sulle prove", secondo il progetto del Ministero della Salute e del CCM.

Risultati. I bambini ed i ragazzi hanno complessivamente un ottimo livello di conoscenze in ambito nutrizionale, distinguono gli alimenti ad alto valore nutrizionale, rispetto a quelli a minor valore nutritivo e sanno quali comportamenti siano più salutari. Tale conoscenza tuttavia non risulta supportata da un adeguato comportamento alimentare e motorio, nonostante una diffusa aspirazione alla magrezza. La nutrizione viene da bambini e ragazzi auspicata come materia scolastica, soprattutto di tipo esperienziale, mentre scarso interesse viene posto a materiali informativi illustrati. Nei familiari la nascita di un figlio induce molti miglioramenti delle abitudini, specie alimentari, favorendo la possibilità di radicare sani comportamenti anche nel bambino. Punto di riferimento fondamentale in campo nutrizionale è il Pediatra di Libera Scelta (PLS), soprattutto nei primi anni di vita.

La Sorveglianza Nutrizionale unita all'addestramento secondo la metodologia EBP di operatori sanitari e della comunicazione, ha consentito alle varie AUSL, di progettare in modo partecipato e realizzare campagne efficaci di educazione e promozione della salute nella comunità. Diverse di queste esperienze sono state riconosciute dal CCM quali "Buone Pratiche di prevenzione", nell'ambito delle attività previste da "Guadagnare Salute".

Conclusioni. Gli interventi di promozione della salute, dovrebbero influenzare non solo le conoscenze ma anche i comportamenti, attraverso un percorso di apprendimento attivo

che trasformi la sapienza “teorica” in sapienza “pratica”. Nell’ambito di interventi multisettoriali per la promozione di sani stili alimentari e motori, i PLS rappresentano riferimenti essenziali per le famiglie al fine di favorire una crescita in salute del bambino e la diffusione più generale di abitudini di vita virtuose, quindi alleati importantissimi nella realizzazione e sviluppo di progetti attuali e futuri.

37. LA SANA ALIMENTAZIONE

Eventuali soggetti terzi coinvolti nell'attività:

Comune di Monte di Procida, Scuola D. Alighieri, IC Vespucci, I Baby Garden, I Tonino Schiano, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia, Ristorante l'Orizzonte.

Struttura proponente

Area Dipartimentale di Epidemiologia e Prevenzione

Durata del progetto/attività e anno di svolgimento:

sei mesi (da Novembre 2007 a Maggio 2008)

Comuni su cui ricade l'attività:

Comune di Monte di Procida

Evidenza epidemiologica che ha determinato la necessità di realizzare l'intervento

Molte patologie croniche come le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie, le malattie dismetaboliche, l'obesità, hanno come denominatore comune un'alimentazione non salutare. Indirizzare la popolazione giovanile ad uno stile alimentare salutare, esige, almeno, due azioni: rendere consapevoli i destinatari delle correlazioni esistenti tra alimentazione sana e patologie (alimentazione come fattore protettivo); garantire un'informazione capillare capace di raggiungere e motivare con successo le categorie maggiormente a rischio.

Destinatari dell'intervento/attività

Insegnanti ed alunni delle:

- scuole materne
- terze e quarte classi delle scuole elementari
- seconde classi delle scuole medie inferiori
- terze e quarte classi delle scuole medie superiori

Obiettivi

obiettivi formativi: aumentare la consapevolezza del rischio

- a. principi della dieta mediterranea come dieta salutare (quanto siamo lontani con le nostre abitudini ed attitudini dall'alimentazione salutare?)
- b. malattie cronic-degenerative ed alimentazione (quando si è a rischio, chi è a rischio, chi è già malato, che pericoli si corrono?)

Obiettivi organizzativi

- a. sviluppare una rete integrata per la promozione della salute
- b. favorire le collaborazioni interistituzionali

Descrizione. Processo di formazione a cascata: curata dal personale della ASL Napoli 2 verso i docenti con consegna dei materiali di supporto. Informazione ed approfondimento tra gli scolari/studenti con la guida dei docenti. Verifica dello stato delle attività in corso di svolgimento mediante incontri con esperti (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia, Medici del Dipartimento di Prevenzione della ASL Napoli2 e del Distretto Sanitario).

Collaborazione tra i diversi attori coinvolti (amministrazione comunale, istituti scolastici, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia, personale medico ASL, famiglie) nella programmazione e realizzazione di una "giornata evento", con la partecipazione di Sponsor del settore alimentare e della ristorazione collettiva.

Strumenti. Si sono svolti Focus Groups ripetuti al fine di creare un linguaggio comune tra operatori sanitari ed insegnanti, per stimolare gli scolari/studenti alla produzione di

elaborati di vario tipo sull'argomento trattato, elaborati da presentare in un clima di festa durante la Giornata-Evento conclusiva.

Contatti ed indirizzi:

Unità Operativa Semplice di EPIDEMIOLOGIA n°2, Quarto

Resp.: Dr.ssa Anna Farro

38. GUADAGNARE SALUTE A SCUOLA

Fedele M.R. *, Amispergh G. **, Fariello E. ***

* *Comune di Napoli Servizio Diritto allo studio*

** *SIAN Dipartimento di Prevenzione ASL NA 1 Centro*

*** *Servizi Veterinari Dipartimento di Prevenzione ASL NA 1 Centro*

Introduzione. Il servizio a domanda individuale di refezione scolastica, che interessa una media giornaliera di 30.000 alunni, rappresenta un momento significativo non solo per l'opportunità che esso dà per la continuazione dell'attività didattica, ma anche per la promozione alla salute attraverso l'educazione alimentare. Su tali premesse si è realizzato un percorso collaborativo tra il soggetto erogatore e i servizi sanitari.

Obiettivi. L'obiettivo perseguito dall'ASL NA1 Centro e dal Comune di Napoli è quello di garantire la sicurezza igienico-nutrizionale dei pasti offerti, contribuire ad una campagna di educazione alimentare per una sana e corretta alimentazione, contribuire all'integrazione degli alunni affetti da patologie o intolleranze alimentari oppure appartenenti a minoranze etnico religiose.

Metodi. L'integrazione delle professionalità dei due Enti si è realizzata dal 2001 in tutte le fasi del servizio di refezione scolastica, individuando nel Capitolato Speciale d'Appalto lo strumento prioritario per un servizio di qualità. Infatti in esso vengono chiaramente definite le modalità di erogazione del servizio, le caratteristiche merceologiche degli alimenti, le tabelle dietetiche con gli apporti nutrizionali adeguati ai LARN per una corretta alimentazione, nonché le tabelle dietetiche per le più diffuse patologie alimentari. Inoltre è stata attuata, da parte degli Enti interessati, la sorveglianza sul rispetto del capitolato stesso e l'attività di formazione e informazione in materia di educazione alimentare rivolta al personale scolastico, alle famiglie ed ai bambini.

Risultati. Per la valutazione dei risultati sono stati verificati i seguenti parametri: adesione al servizio, inconvenienti igienico-sanitari registratisi, richiesta di diete speciali e personalizzate. In particolare negli ultimi 5 anni si è registrato un numero costante di pasti annui erogati a fronte di una continua e sensibile diminuzione della popolazione scolastica, la riduzione di inconvenienti igienico-sanitari, l'aumento del numero di diete speciali e personalizzate.

Gli indicatori di cui sopra sono i più significativi e maggiormente rilevabili in relazione alla dimensione del servizio che viene erogato giornalmente a decine di migliaia di utenti distribuiti su tutto il territorio di Napoli.

Conclusioni. Il modello sinergico fin qui esposto ha dimostrato la sua efficacia attraverso il miglioramento costante del servizio erogato e, favorendo tutte le azioni a supporto dell'educazione alimentare, ha contribuito a migliorare lo stile alimentare. Infatti, seppure non facilmente obbiettivabile, si è registrata una maggiore adesione al consumo di alimenti quali frutta e verdura presenti nel menu proposti secondo le indicazioni di una sana e corretta alimentazione nel menu di refezione scolastica.

39. P. GUADAGNARE SALUTE CON UN CLICK: LA SFIDA DI SAPERMANGIARE.MOBI

Gennaro L., Ghiselli A.

INRAN- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione

Introduzione. Ormai tutti sanno cosa fare, per migliorare il proprio stile di vita. Nonostante questo, il controllo del proprio comportamento a tavola sfugge, nel caos mediatico delle informazioni vere e false che vengono da schermi e carta stampata. Da qui la necessità di trovare nuove modalità di comunicare.

La letteratura scientifica dimostra che le scelte salutari possono essere più semplici con indicazioni personalizzate, che facilitano l'aumento delle conoscenze e il raggiungimento degli obiettivi. I consigli mirati possono essere elargiti efficacemente su carta stampata, ma via internet si raggiungono più persone e a costi inferiori.

Per questo l'INRAN ha creato il sito *sapermangiare.mobi*, che vuole soddisfare la voglia di conoscenza ed il bisogno di consigli, aggiornati e indipendenti da interessi commerciali.

Obiettivi. Scopo principale del sito, in linea con "Guadagnare salute", è di rendere facili le scelte salutari, fornendo informazioni corrette, coerenti e indipendenti, senza urlare, come invece spesso accade sui media. Si vuole, in questo modo, combattere la disinformazione e fornire alle persone gli strumenti per renderle consapevoli della propria alimentazione e capaci di scegliere serenamente.

Metodi. Gli utenti del sito accedono a numerosi servizi: sezioni di informazione, per approfondire a più livelli; tabelle di composizione degli alimenti, anche per comparare i nutrienti e le calorie di un alimento o di una dieta rispetto al proprio fabbisogno energetico; una sezione dedicata all'alcool, per capire se si è bevuto troppo per guidare, ma anche se si beve troppo in generale; un servizio tutor che a valle di una settimana di diario alimentare restituisce consigli sugli errori e le cattive abitudini della propria alimentazione, dando spunti per correggerli. Ampio spazio per le Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana, declinate in diversi livelli di approfondimento e anche in video.

Ma la caratteristica veramente innovativa è la possibilità di connettersi al sito con il proprio cellulare: per compilare a ogni pasto il proprio diario alimentare, per trovare risposta immediata alle curiosità su nutrienti e calorie di un alimento, per controllare se abbiamo bevuto troppo per guidare, ecc.

Infine, *sapermangiare* è anche una pagina su Facebook, dove, stimolati dai moderatori, gli utenti possono fare domande, aprire e partecipare a discussioni, dialogando anche con altri all'insegna di quell'interattività che è la caratteristica principale dei social network e del web 2.0.

La garanzia di un Ente pubblico di ricerca esclusiva sugli alimenti e la nutrizione rende il tutto particolarmente affidabile per il cittadino.

Risultati e conclusioni. Verranno mostrate le statistiche di accesso, le registrazioni e i commenti degli utenti. Sarà descritta la modalità di validazione scientifica da avviare non appena il sito, lanciato il 2 luglio, avrà finito la fase di rodaggio e controllo per il funzionamento dei servizi e delle risorse.

40. P. ACTIVE: UN PROGETTO EUROPEO PER EDUCARE DIVERTENDO

Gennaro L.¹, Giannetti C.¹, Fogliano V.²

IINRAN- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione

2 Università di Napoli "Federico II" – Dipartimento di Scienza degli Alimenti

Introduzione. Il WHO documenta quanto sia difficile trovare un approccio che da solo si riveli veramente valido per prevenire l'obesità, ma riconosce l'efficacia riscontrata negli interventi educativi nelle scuole, luogo di elezione -insieme alla famiglia- per insegnare ai bambini i principi basilari di un sano stile di vita. La letteratura scientifica è ricca di indicazioni, in questo senso: l'intervento migliore si è dimostrato quello svolto da personale (ovviamente qualificato) esterno alla scuola e abbinato ai giochi; il trasferimento di poche informazioni semplici, con metodi comunicativi efficaci, facilita molto l'apprendimento. I cartoni animati, con la loro capacità di persuadere e spingere all'emulazione i bambini, rappresentano un formidabile veicolo di trasmissione di comportamenti.

Obiettivi. ACTIVE (Animation for Children to Teach and Influence Values and Views on healthy Eating and physical activity) è un progetto realizzato con il supporto della Commissione Europea (Executive Agency for Health and Consumers). Intende accrescere la consapevolezza dei bambini di 5-8 anni circa la sana alimentazione e l'attività fisica, utilizzando proprio i cartoni animati, ovvero la forma di comunicazione che loro più amano e da cui sono più catturati. Parallelamente, il progetto vuole sensibilizzare insegnanti e genitori allo scopo di prevenire e combattere l'obesità. E la più ampia divulgazione del cartone è strategica in questa prospettiva.

Metodi. ACTIVE coinvolge una Società di animazione, Istituzioni e Musei della Scienza che stanno lavorando insieme ai bambini di 6 paesi Europei per creare insieme un cartone animato che insegni loro, coinvolgendoli e divertendoli, il valore di uno stile di vita sano che comprenda alimentazione equilibrata e attività fisica quotidiana.

Il prodotto finale sarà disponibile per le emittenti televisive e per il web, gratuitamente e in diverse lingue, a partire dall'estate 2010, e sarà accompagnato da un manuale educativo per l'utilizzo nelle scuole. Il cartone e il manuale, insieme, costituiranno un innovativo supporto per gli educatori nell'insegnare ai bambini a mantenersi in forma divertendosi.

Risultati e conclusioni. I partners di ACTIVE, con la collaborazione dei bambini dei diversi paesi Europei, stanno costruendo insieme il cartone, valutandone ogni aspetto durante la realizzazione stessa. Focus group e questionari svolti in parallelo alla lavorazione consentono di valutare l'effettiva efficacia dei personaggi e dei messaggi scelti, e la loro adeguatezza per l'età target del Progetto (5-8 anni). I tre episodi previsti sono stati focalizzati sulla prima colazione, sulle merende e sull'importanza del movimento ogni giorno, seguendo le indicazioni sulle preferenze e lo stato delle conoscenze emerse dal primo questionario sottoposto ai piccoli partecipanti. Seguiranno altri due momenti di confronto, uno per la valutazione delle storyboards, l'altro sulla versione finale del cartone e sul manuale per la didattica.

Le opinioni espresse in questo documento sono degli autori e non riflettono in alcun modo quelle della Commissione Europea.

41. P. ASSOCIAZIONE TRA ATTIVITÀ FISICA E PRINCIPALI STILI DI VITA IN UN GRUPPO DI ADOLESCENTI ROMAGNOLI

Gentilini F.¹, Monti C.¹, Di Marco M.¹, Bakken E.², Savelli G.³, Bergamaschi A.⁴

1. Istituto Oncologico Romagnolo, 2. Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL Rimini, 3. Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL Ravenna, 4. Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica - Università degli Studi di Bologna

Introduzione. L'attività fisica regolare negli adolescenti, oltre ai molteplici benefici all'organismo, rappresenta una valvola di sfogo, stimola l'apprendimento e la socializzazione, abitua al rispetto delle regole, all'impegno e al confronto, sviluppa la consapevolezza del lavoro di gruppo e accresce l'autostima. La promozione di queste abilità personali e sociali può essere, inoltre, correlata alla minore assunzione da parte degli adolescenti di comportamenti a rischio come la dipendenza da fumo, alcol e droghe.

Obiettivo. La presente indagine è volta a verificare come la pratica di un'attività fisico-sportiva regolare è correlata ad altri corretti stili di vita.

Metodo. In 13 Istituti di Istruzione Superiore delle Province di Ravenna e Rimini, nell'anno scolastico 2008/2009, si è realizzata un'indagine sui principali stili di vita fra gli studenti iscritti alla classe prima attraverso un questionario autosomministrato. Le principali aree indagate, oltre alla pratica della attività fisica, sono state il consumo quotidiano di frutta e verdura, l'uso mensile di alcol, l'abuso di alcol nell'ultimo anno, il consumo giornaliero di tabacco ed infine la percezione della propria salute valutata con un punteggio da 0 (pessima) a 10 (ottima). L'attività fisica è stata rilevata quantificando le volte in cui viene praticata durante la settimana e costituendo 2 gruppi: coloro che la praticano almeno una volta a settimana e coloro che la praticano saltuariamente o mai.

Risultati. Il 77,4 % dei ragazzi dichiara di svolgere settimanalmente una attività fisica. Emergono differenze legate al genere e al tipo di scuola frequentata: i maschi sono più attivi delle femmine (81,4% vs. 71.6%), come pure i liceali rispetto agli studenti frequentanti gli istituti professionali (79.9% vs. 74%). Fare attività fisica tutte le settimane è associato in modo significativo anche ad un maggior consumo quotidiano di frutta e verdura (82.3% vs. 70.6%), allo stato di non fumatore (70.6% vs. 78.8%) ed infine ad una migliore percezione della propria salute (valori da 8 a 10) 79.3% vs. 71.3%. Non emergono, invece, correlazioni tra pratica fisica e consumo o abuso di alcol.

Conclusioni. I risultati dell'indagine confermano l'importanza di promuovere l'attività fisica tra gli adolescenti. Le associazioni emerse paiono rilevare, anche tra gli adolescenti ravennati e riminesi coinvolti, quanto riportato dalla letteratura nazionale e internazionale circa gli effetti positivi di una regolare attività fisica sulla percezione del proprio stato di salute e sul rischio di tabagismo tra giovani. Anche l'associazione tra attività fisica e consumo di frutta e verdura può essere ricondotta ad una maggior propensione verso comportamenti favorevoli per la salute da parte di chi è più attivo fisicamente. L'assenza di differenze riscontrata per l'uso/abuso di alcol tra chi pratica e non pratica attività fisica regolare, pare indicare la necessità di indagare più approfonditamente il consumo di alcolici tra gli adolescenti, che si conferma un'area di particolare criticità.

42. P. LA PARTECIPAZIONE DEI GENITORI AL SISTEMA DI SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE DELLA POPOLAZIONE PRE-ADOLESCENTE “OKKIO ALLA SALUTE”: INDAGINE QUALITATIVA

Giusti A., Cattaneo C., Scardetta P.

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. Numerosi studi hanno dimostrato che la partecipazione dei genitori nelle azioni di prevenzione dell'obesità ha un effetto positivo anche a lungo termine e sempre più spesso si ricerca la loro partecipazione attiva [1,2]. Lo studio qualitativo qui presentato ha avuto come obiettivo principale l'identificazione di modalità di coinvolgimento delle famiglie nelle attività previste dal progetto coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità “OKkio alla SALUTE”, così come percepite dai diretti interessati.

Obiettivi. Descrivere la percezione delle famiglie sulla dimensione sociale del sovrappeso/obesità; il grado di consapevolezza dello stato nutrizionale dei bambini 7-10 anni e gli aspetti relativi alla gestione dell'alimentazione; il ruolo dei diversi attori nella prevenzione del sovrappeso/obesità; le strategie d'azione percepite come efficaci e le modalità di coinvolgimento attivo delle famiglie.

Metodi. Due ricercatrici con esperienza hanno realizzato l'indagine, basandosi su un approccio fenomenologico. Il campionamento è stato di convenienza; i gruppi identificati sono stati i genitori di bambini della scuola primaria, gli insegnanti e i decisori all'interno delle scuole e gli operatori socio-sanitari. I focus group hanno avuto una durata variabile di 45-90 minuti e sono stati registrati su supporto audio e video, previo consenso informato. Le conversazioni sono state integralmente trascritte. Per la codifica e l'indicizzazione delle trascrizioni è stato usato il software N.Vivo 7.0.

Risultati. Sono stati condotti 3 focus group e 2 interviste (settembre-ottobre 2007), coinvolgendo un totale di 29 partecipanti. È emersa la consapevolezza della complessità del fenomeno da parte dei partecipanti e la necessità di azioni sinergiche, integrate e coordinate aventi come protagonista e sede privilegiata la scuola. La scuola è infatti il luogo dove è possibile raggiungere tutti i bambini e dove, al contempo, si incontrano tutti gli attori strategici del mondo educativo, sanitario e sociale. Le azioni nella scuola dovrebbero essere concrete e abbracciare aspetti sia organizzativi sia di contenuto in modalità curricolare, privilegiando un approccio positivo e proattivo di promozione della salute piuttosto che di prevenzione della malattia. Gli interventi dovrebbero essere in ogni caso pianificati, realizzati e valutati coinvolgendo le famiglie e gli stessi ragazzi. Si rileva anche la necessità urgente di interventi politici di sostegno alle azioni, oltre che di protezione della salute. Le strategie per promuovere la partecipazione sono la comunicazione diretta e personalizzata da parte con un adulto ritenuto autorevole, come l'insegnante o il rappresentante di classe. Va rispettato il diritto dei genitori e dei bambini alla non partecipazione.

Conclusioni. L'indagine ha consentito di descrivere alcune categorie interpretative del fenomeno del sovrappeso/obesità nei bambini. Le linee d'azione proposte dai partecipanti offrono spunti su cui basare futuri interventi.

Riferimenti bibliografici

1. Potvin L, Cargo M, McComber AM, Delormier T, Macaulay AC. Implementing participatory intervention and research in communities: lessons from the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project in Canada. *Social Science & Medicine* 2003;56(6):1295-305.
2. Hesketh K, Waters E, Green J, L. Salmon L, Williams J. Healthy eating, activity and obesity prevention: a qualitative study of parent and child perceptions in Australia. *Health Promotion International* 2005;20(1):19-26. doi:10.1093/heapro/dah503

43. P. PROMOZIONE DI UNA ALIMENTAZIONE SALUTARE NELL'AMBITO DEL PROGETTO "SANI STILI DI VITA"

Guberti E.*, Coppini C.*, Sardo Cardalano M.*, Navacchia P.*, D'Amore G.***, Beccari T.***, Pinelli G.**

**Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna*

***UISP Ente di Promozione Sportiva - Provincia di Bologna*

Introduzione. La Sorveglianza Nutrizionale 2003-05 in Emilia Romagna evidenzia che il 23% dei bambini di 9 anni nel territorio AUSL Bologna è in sovrappeso e il 6% obeso. Le cause dell'obesità infantile vanno individuate in un'alimentazione squilibrata qualitativa-quantitativa a fronte di un dispendio energetico sempre più limitato.

Da qui una proposta educativo-motivazionale "Sani stili di vita" per favorire la diffusione della pratica regolare dell'attività motoria e l'abitudine ad un'alimentazione sana ed equilibrata.

Punto di forza del progetto è stata l'intersectorialità con il coinvolgimento attivo di diversi soggetti: AUSL Bologna, UISP, Scuola, Granarolo, Coop-Adriatica, Camst-Ristorazione ed Università di Bologna (Corso Laurea in Dietistica).

Nell'ambito del progetto complessivo, che prevede una stretta integrazione fra promozione dell'attività fisica ed alimentazione, viene qui messo a fuoco l'aspetto relativo ad una sana alimentazione.

Obiettivi. Promuovere l'abitudine ad un'alimentazione quali-quantitativa salutare ed in particolare il consumo di frutta e verdura e nello specifico 1) incrementare il consumo della prima colazione sino ad interessare almeno il 90% dei alunni, 2) incrementare del 20% il consumo di frutta e verdura.

Metodi. Gruppo/target: nove classi quarte primarie per complessivi 170 alunni e rispettivi genitori con uno/due insegnanti per classe.

Il Progetto, attivato nel 2007, ha visto il coinvolgimento degli insegnanti sin dalla fase progettuale ed il coinvolgimento attivo degli alunni impegnati in laboratori del gusto, ricerche su abitudini alimentari della tradizione.

Il progetto si è articolato in due anni scolastici, secondo le seguenti fasi:

1. conoscitiva - somministrazione di questionari su abitudini alimentari ad alunni, genitori e insegnanti per raccogliere i dati su abitudini alimentari;
2. interventi didattico-educativi svolti con continuità e raccolti nel Manuale "Il mio diario per crescere alla grande", incontri motivazionali coi genitori con consegna di materiale informativo;
3. valutazione dell'efficacia degli interventi mediante somministrazione di questionari prima e dopo gli interventi.

Risultati. Dopo 18 mesi di educazione alimentare "non tradizionale" (con laboratori del gusto, ricerche sulla colazione del mattino in momenti storico-sociali passati "interviste fatte dai bambini a nonni e bisnonni", elaborazioni grafiche) è aumentata del 10% l'abitudine alla prima colazione passando dall'80 al 90%, è cresciuto il consumo di frutta fresca come spuntino del 20% a discapito di snack confezionati dolci o salati.

La difficoltà ad incrementare il consumo di verdura, invariato dopo il primo anno di progetto, dovuto verosimilmente alla insufficienza qualitativa-quantitativa dell'offerta sia in mensa che a casa, è stato in parte recuperato nel secondo anno del progetto attraverso un

maggiore coinvolgimento dei genitori che ha portato ad un incremento del consumo di verdura (+ 3%) e di frutta (+ 4%) nei pasti serali a casa.

Conclusioni. Il percorso non si è limitato alla semplice trasmissione di notizie su adeguati modelli nutrizionali ma ha favorito la conquista di un atteggiamento positivo che consenta ai bambini di scegliere una alimentazione equilibrata, senza mortificare i propri gusti, nella scuola ed in ambito familiare.

I primi risultati appaiono incoraggianti ma indicativi della necessità di perseguire un maggiore coinvolgimento dei genitori, oltre che della ristorazione scolastica, per implementare e consolidare i risultati attraverso l'alleanza con gli insegnanti nel percorso educativo proposto dal progetto.

44. P. INTERVENTO DI PROMOZIONE DI ALIMENTAZIONE PROTETTIVA PER LA SALUTE E CORRETTI STILI DI VITA IN UN AZIENDA MANIFATTURIERA DI BOLOGNA

Guberti E.*, Bianco L.*, Coppini C.*, Nascetti S.*, Rizzoli C.*, Spano M.*, Veronesi M.*, Guiducci G.***, Mattioli S.***, Ruo M.**

*Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione Azienda USL di Bologna

** ACMA SPA Bologna

*** Laboratorio di Epidemiologia, U.O. Medicina del Lavoro, Università di Bologna

Introduzione. L'Unione Europea incoraggia i Paesi Membri a collocare la Workplace Health Promotion in alto nelle loro agende e ad includere la promozione di stili di vita salutari in ambienti di lavoro nelle rispettive politiche.

Obiettivi. Il progetto destinato ai dipendenti di una azienda manifatturiera si propone di favorire la diffusione di corretti stili di vita in particolare alimentazione e promozione dell'attività fisica per prevenire obesità e patologie correlate che nell'area bolognese rappresentano oltre i 2/3 delle cause di mortalità e malattia. Il progetto, peraltro, ben si inserisce negli obiettivi della Programmazione Sanitaria Nazionale (PSN 2006-2008, Piano della Prevenzione 2005-2008, progetto Guadagnare Salute) che raccoglie la sfida europea della lotta alle patologie croniche.

Obiettivi specifici. Almeno il 50% dei dipendenti dovrà aderire al progetto, il 60% degli aderenti dovrà modificare favorevolmente il consumo di alimenti protettivi, il 50% degli aderenti dovrà svolgere almeno 150 minuti alla settimana di attività fisica.

Materiali e Metodi. Il progetto, iniziato nella primavera 2008 (progettazione), è stato attivato da settembre con prima verifica dei risultati nel dicembre 2008.

L'intervento ha previsto :

A) Indagine su abitudini alimentari e prevalenza di sovrappeso/obesità, anche in relazione al rischio di sviluppare sindrome metabolica, nei lavoratori dipendenti.

B) incontri motivazionali di gruppo con il supporto di specialisti ed il coinvolgimento del medico competente, finalizzati ad aumentare nei dipendenti conoscenza e consapevolezza del problema e far sperimentare modifiche comportamentali verso stili di vita sani (alimentazione, attività motoria...).

C) Supporto all'adozione di stili alimentari in contrasto all'obesità attraverso la ristorazione aziendale (mensa e distributori automatici di alimenti salutari) e la distribuzione gratuita di contapassi per promuovere l'attività motoria.

D) Monitoraggio e verifica dei risultati raggiunti a conclusione del percorso in termini di modifiche sia sotto il profilo comportamentale che clinico.

Risultati. Hanno aderito inizialmente al progetto 106 lavoratori, 16 donne e 90 uomini (75% dei dipendenti) di età compresa tra 24 e 58 anni, 65 svolgono attività di ufficio, 38 manuale e 3 mista.

Degli 83 partecipanti, che hanno ultimato il percorso, si sono confrontati i dati iniziali e di follow up relativamente ad abitudini alimentari ed attività fisica, dati antropometrici, clinici ed esami ematochimici.

Dopo 3 mesi dall'intervento di empowerment si è osservato un miglioramento dei consumi secondo le porzioni raccomandate per frutta (2-3 v/giorno) si è passati dal 29 al 41%; verdura (2-3 v/ giorno) dal 49 al 64%, carne (3-4 v/settimana) dal 47 al 55%, formaggi (1-2 v/settimana) dal 73 al 78%. Per quanto riguarda l'attività fisica si è osservato un incremento della pratica raccomandata del 13% con interessamento del 52% dei soggetti.

Invariate dopo 3 mesi la media di popolazione relativamente a peso e circonferenza vita, così come l'Indice di Massa Corporea IMC (35% normopeso, 50% sovrappeso e 15% obesi). Sostanzialmente invariati e nella norma si sono mantenuti i valori medi di popolazione relativamente a Pressione Arteriosa sisto/diastolica, glicemia, colesterolo ed HDL colesterolo.

Conclusioni. A fronte di una buona adesione iniziale al progetto da registrare una quota di abbandoni (22%).

I primi risultati evidenziano il miglioramento delle abitudini alimentari per le quali si intravedono ulteriori margini di miglioramento attraverso una offerta più ampia di piatti "salutari" da parte della mensa sollecitati dagli stessi lavoratori. Anche per quanto riguarda l'attività fisica si ritiene utile "facilitare" l'adesione attraverso l'offerta attiva di occasioni da parte di Enti di promozione, Società Sportive. Per quanto riguarda i dati antropometrici il controllo dopo 3 mesi può essere troppo breve per evidenziare modifiche significative anche in considerazione del fatto che la prima rilevazione è stata effettuata in settembre, dopo i mesi estivi che comportano un fisiologico contenimento del peso mentre il follow up è stato effettuato in dicembre, mese in cui non è raro registrare un aumento ponderale. La verifica prevista per settembre 2009, ad un anno dall'attivazione del progetto consentirà una valutazione più precisa circa il raggiungimento ed il mantenimento nel tempo dei risultati sia sul piano delle abitudini che dei dati clinico-antropometrici.

45. IL TEMPO S.O.S....PESO

Iannuzzi F.
ASL Salerno

Introduzione. Oggi si registra un aumento dell'incidenza dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare, in particolare nella popolazione adolescenziale, correlato ad errate abitudini alimentari. Le insicurezze legate all'immagine corporea hanno origine nell'infanzia e persistono nell'adolescenza, da qui l'instaurarsi di gravi patologie legate a disturbi del comportamento alimentare. Pertanto il progetto si propone un programma integrato di promozione alla salute destinato agli allievi delle scuole medie inferiori, in collaborazione con il corpo insegnanti e i genitori dei ragazzi, sul rapporto esistente tra alimentazione, stili di vita e sviluppo dell'identità corporea.

Obiettivi:

-**di salute:** concorrere a ridurre l'incidenza delle malattie legate alle abitudini alimentari scorrette, quali: sovrappeso e obesità e disturbi del comportamento alimentare.

-**educativi:** promuovere l'acquisizione di nuove conoscenze sull'argomento "alimentazione, stili di vita e sviluppo dell'identità corporea"; favorire scelte consapevoli e comportamenti correlati a stili di vita sani;

-**di servizio:** promuovere modalità integrata di intervento tra operatori dei vari centri, U.U.O.O. dell'ASL, gruppo docenti e genitori.

Metodi. Il modulo d'intervento si articola in modo seguente: 1) presentazione degli operatori e consegna dei pre-test; 2) lezione frontale sulle "Abitudini alimentari degli adolescenti di oggi", con l'ausilio di slide; 3) attivazione del gruppo classe, tramite la "Scatola dei dubbi"; 4) somministrazione dei post test e confronto sui risultati; 5) lezione frontale su "I disturbi del comportamento alimentare", con l'ausilio di slide; 6) attivazione del gruppo classe, tramite un lavoro in sottogruppi con scheda interattiva, e discussione in plenaria. Il modulo prevede, inoltre, incontri di sensibilizzazione rivolti ai genitori delle classi coinvolte, perché essi hanno un ruolo fondamentale nelle scelte alimentari dei ragazzi e incontri rivolti ai docenti, al fine di migliorare le conoscenze sul tema del progetto ed illustrare strumenti utili a sviluppare la tematica preventiva nella normale attività didattica.

Risultati. Il progetto prevede una verifica "in itinere" che contempla la valutazione del n° di partecipanti al programma in tutte le sue fasi e la somministrazione di un test di gradimento. Sono previste a tal fine riunioni programmate tra gli operatori del programma. La verifica di risultato serve poi a mettere in evidenza un aumento delle conoscenze sull'argomento attraverso somministrazione di test e questionari.

Conclusioni. Dal progetto ci si aspetta un miglioramento, da parte degli alunni, delle conoscenze inerenti alla sana alimentazione e un miglioramento delle azioni, da parte dei genitori, funzionali a far acquisire corrette abitudini alimentari e stili di vita sani, ai figli.

Progetto vincitore del premio "Buone pratiche per guadagnare salute"

46. P. IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA OKKIO ALLA SALUTE: LA SCUOLA E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI BAMBINI

Lamberti A.^{1,2}, Spinelli A.¹, Baglio G.¹, Nardone P.^{1,3}, Perra A.¹, Binkin N.^{1,4}, Fontana G.^{2,5}, Cattaneo C.¹, Galeone D.⁶, Silani M.T.⁷, Mastantuono E.⁷, Teti S.⁷

*1*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

*2*Università degli Studi di Milano, Milano

*3*Sapienza, Università di Roma, Roma

*4*Unicef, New York

*5*University of Washington, Washington

*6*Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Roma

*7*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio, Direzione Generale, Roma

Introduzione. Il Ministero della Salute/CCM ha finanziato nel 2007 il progetto “Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni”, coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità, di cui OKkio alla SALUTE è parte integrante. Il progetto rientra nel programma interministeriale Guadagnare Salute e nel Protocollo d’Intesa tra Ministero della Salute e Ministero della Pubblica Istruzione.

Obiettivi. Finalità di OKkio alla SALUTE è definire e implementare un sistema di sorveglianza sullo stato ponderale dei bambini, sulle loro abitudini alimentari, di attività fisica e sulle iniziative scolastiche favorevoli a una sana crescita del bambino.

Metodi. È stato estratto un campione di classi terze delle scuole primarie statali e paritarie di 18 regioni italiane, secondo la modalità del campionamento a grappolo. Sono stati predisposti questionari, lettere informative e gli strumenti per la rilevazione di peso e altezza; sono stati, inoltre, formati gli operatori sanitari e gli insegnanti. Il dirigente scolastico ha completato il questionario sulla scuola.

Risultati. Per OKkio alla SALUTE 2008 sono stati misurati 45.590 bambini distribuiti su 2610 classi; 46.469 genitori hanno compilato il questionario sulle abitudini del loro figlio, e sono pervenuti 2.461 questionari sulla scuola. Dalle risposte dei dirigenti scolastici è emerso che il 64% dei plessi scolastici è provvisto di mensa scolastica che è spesso funzionante 5 giorni alla settimana ed è utilizzata dal 70% dei bambini. Oltre al servizio di mensa, nel 12% delle scuole è prevista la distribuzione di una merenda bilanciata di metà mattina. Nel 28% dei plessi sono presenti distributori automatici di snack e bevande, anche se non di libero accesso per i bambini. Nel 29% delle scuole primarie non tutte le classi svolgono le due ore di attività motoria a settimana, come suggerito invece dal curriculum scolastico. Le cause addotte più di frequente sono l’assenza della palestra e/o la sua inadeguatezza (50%). Spesso nelle scuole (60%) viene data l’opportunità agli alunni di praticare attività fisica oltre l’orario di lezione e il luogo più utilizzato è la palestra e/o il giardino (48%).

Molte scuole hanno previsto iniziative di promozione dell’attività motoria (90%) anche con il coinvolgimento di esperti esterni (77%). Le attività didattiche di approfondimento, in molti casi (79%), hanno affrontato il tema della nutrizione e la figura di riferimento è stata l’insegnante di classe (93%). Le Asl rappresentano un partner privilegiato per la scuola, sia

per l'insegnamento ai bambini (37%) che per l'appoggio tecnico all'insegnante (36%). Solo 1 scuola su 3 ha avviato iniziative favorevoli a una sana alimentazione e l'attività motoria coinvolgendo le famiglie.

Conclusioni. OKkio alla SALUTE ha permesso di rilevare le importanti attività svolte dalle scuole, ma anche alcune criticità. Il ripetersi della raccolta dati ogni due anni sarà di ausilio al mondo della scuola per monitorare le attività di educazione e promozione della salute nei bambini e nelle famiglie.

47. P. VARIAZIONI DELL'INDICE DI MASSA CORPOREA DEI RAGAZZI TOSCANI DAL 2002 AL 2008

Lazzeri G.*, Pilato V.*, Balocchini E.°, Giacchi M.* e i SIAN del SSRT

*CREPS (*Centro di Ricerca Educazione e Promozione della Salute*) - Dipartimento di Fisiopatologia Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica - Università di Siena

° Direzione Generale Diritto alla Salute - Settore Igiene Pubblica - Regione Toscana

Introduzione. Nel 2002 il Settore Igiene Pubblica della Direzione Generale del Diritto alla Salute della Regione Toscana ha avviato un progetto regionale di sorveglianza nutrizionale dei ragazzi di 9 anni, al fine di ottenere indicazioni utili ad orientare le politiche di prevenzione dell'obesità in giovane età. Il progetto "OKkio alla salute" lanciato nell'ambito del Programma ministeriale "Guadagnare Salute" del 2007 ha fornito l'opportunità di condividere metodologie e strumenti con le altre Regioni e contribuire allo sviluppo del sistema di sorveglianza nutrizionale nazionale.

Obiettivi. Costruire un sistema di raccolta periodica di dati sullo stato nutrizionale, abitudini alimentari e movimento dei ragazzi di terza elementare. Sviluppare ulteriormente la rete regionale dei SIAN per la prevenzione dell'obesità in età evolutiva.

Metodi. I dati vengono raccolti ogni due anni su un campione rappresentativo della popolazione di ragazzi toscani di 9 anni di terza elementare.

I dati antropometrici sono rilevati con misurazioni dirette e standardizzate per calcolare l'Indice di Massa Corporea (IMC) e confrontati con i valori soglia dell'IMC per l'età evolutiva proposti da Cole per individuare le classi di stato nutrizionale.

Risultati. La prevalenza del sovrappeso complessivo è di 31.4%, (di cui 8.8% obesi) nel 2002, 33.4% (di cui 8.3% obesi) nel 2006 e 31.4% (di cui 8.0% obesi) nel 2008, senza differenza fra maschi e femmine.

La prevalenza del sovrappeso complessivo ha raggiunto il picco nel 2006 (33,4%) per tornare al valore iniziale nel 2008 (31,4%).

Lo stesso andamento vale per la prevalenza della preobesità che presenta il valore più elevato nel 2006 (25,1%) rispetto ai valori 2002 (22,6%) e al 2008 (23,4%).

La prevalenza dell'obesità è diminuita progressivamente dal 8.8% del 2002 al 8.0% del 2008. Le differenze percentuali evidenziate non sono statisticamente significative.

Conclusioni. Grazie alla sperimentazione e implementazione del sistema di sorveglianza sullo stato nutrizionale, sui comportamenti alimentari e l'attività fisica dei ragazzi toscani, sono stati raggiunti diversi obiettivi:

- riorientamento della progettazione degli interventi di educazione alla salute destinato a questa fascia di età;
- consolidamento del rapporto sistematico e del coinvolgimento del settore scolastico nella progettazione e realizzazione degli interventi educativi per favorire e rafforzare stili di vita salutari in giovane età;
- sviluppo della rete dei SIAN, anche attraverso una intensa attività formativa, che ha migliorato le competenze specifiche, la collaborazione con le altre strutture del SSRT e di altri Soggetti territoriali.

48. P. I GRUPPI DI CAMMINO”: PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI ADULTI-ANZIANI ATTRAVERSO L’ATTIVITA’ FISICA

Macoritto T.*, Ciccone L.*, Savonitto C.*, Micossi S.*, Pascut S.***, Basana R.***

*ASS 4 “Medio Friuli”, Dipartimento di Prevenzione

**Progetto Città Sane, Comune di Udine

***Unione Italiana Sport per Tutti

Introduzione. Ai fini della promozione della salute negli adulti – anziani (ultra 40enni), il Dipartimento di Prevenzione, in collaborazione con la rete regionale Città Sane, ha attivato nel 2008 i “gruppi di cammino”, ovvero gruppi di persone che si ritrovano per camminare insieme, 2-3 volte alla settimana, guidati da un conduttore (“walking leader”) che accoglie, conduce e motiva i partecipanti. Il cammino è un modo semplice, economico, ecologico e socializzante di fare movimento; se svolto con regolarità, induce noti effetti benefici per la salute e la prevenzione di molte patologie, promuovendo una migliore qualità della vita. Il progetto, realizzato fra gennaio e luglio 2008, si è posto i seguenti obiettivi:

Obiettivi:

- partecipazione al progetto del maggior numero dei comuni aderenti alla rete regionale di Città Sane (56);
- partecipazione alla formazione di almeno il 60% dei referenti dei comuni aderenti al progetto
- individuazione dei percorsi per l’attività motoria da parte del 30% dei comuni aderenti
- avvio dei gruppi di cammino da parte del 50% dei comuni partecipanti alla formazione

Metodi:

Fra le azioni più importanti si riportano:

- attivazione di collaborazioni effettive tra comuni, aziende sanitarie, associazioni, università ecc
- costituzione di un gruppo di progetto composto da operatori del Dipartimento di Prevenzione, Città Sane e Unione Italiana Sport per Tutti (UISP), referenti comunali e walking leaders
- interventi di informazione/formazione per walking leaders e popolazione
- individuazione dei walking leaders professionali
- costituzione dei gruppi di cammino
- individuazione dei walking leaders non professionali

Risultati. Hanno aderito al progetto 15 comuni:

- 10 comuni hanno partecipato alla formazione
- 15 comuni hanno individuato un percorso
- 9 comuni hanno avviato almeno un gruppo di cammino (composto mediamente da 6-7 persone)

Valutazione. I principali punti di forza sono stati:

- i contatti frequenti tra i componenti del gruppo di progetto

- i passaggi di informazioni tempestivi
- l'utilizzo di un approccio decisionale di tipo partecipativo
- i confronti con realtà già consolidate.

I punti di debolezza più importanti sono stati:

- il tempo di affiancamento tra il walking leader professionale e quello non professionale è stato insufficiente per la difficoltà di questi ultimi a capire l'importanza della promozione dell'attività fisica

- mancata presentazione del progetto ai medici di medicina generale e agli operatori socio-sanitari.

Conclusioni. I gruppi di cammino rappresentano un setting ideale per l'acquisizione di corretti stili di vita; tuttavia, per auto-mantenersi nel tempo, necessitano di un forte e costante sostegno delle amministrazioni, delle aziende sanitarie e di una rete sociale di supporto che promuova "l'empowerment", attivando risorse nella comunità e nel singolo per prendersi cura della propria salute.

49. P. CON-I-GIOVANI: SPORT E SALUTE PER IL BENESSERE DEI GIOVANI. L'ESPERIENZA DI NEVIANO DEGLI ARDUINI, COMUNE MONTANO DI PARMA (PR)

Mattioli M.¹, Zoni M.², Beltrami G.³, Devincenzi R.⁴, Riccò M.⁵, Bolsi N.¹, Garini L.⁶, Pasquarella C.⁵, Signorelli C.⁵, Zilioli F.¹

(1) Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, AUSL Parma; (2) CONI Provinciale di Parma; (3) Corso di Laurea in Scienze Motorie, Università di Parma; (4) Istituto Comprensivo, Neviano degli Arduini; (5) Dipartimento Sanità Pubblica, Sezione Igiene, Università di Parma; (6) Dipartimento dell'Età Evolutiva, Università di Parma

Introduzione. Dai dati SoNIA dell'Emilia-Romagna (2003/07) e OKkio alla SALUTE (2007/08) emerge che il 18% dei bambini di 6 e 9 anni di PR e Provincia è in sovrappeso ed il 12% è obeso e che la prevalenza di sovrappeso e obesità è maggiore in Provincia che nel capoluogo.

Poichè l'obesità e il sovrappeso nei bambini hanno implicazioni dirette sulla loro salute e rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie in età adulta, risulta evidente la necessità di favorire sani stili di vita fin dall'infanzia. Partendo dal presupposto che la realizzazione di efficaci progetti di intervento richiede la collaborazione di tutte le istituzioni che operano in ambito sanitario ed educativo, è stato avviato nel Comune montano di Neviano degli Arduini, previa istituzione di un protocollo di intesa tra Comune, AUSL (SIAN, Medici di Medicina Generale, Pediatri di famiglia), Università, CONI, CUS, Istituto Comprensivo (Dirigente scolastico e docenti), USP e Provincia di PR, un progetto triennale che ha coinvolto 221 bambini (50 scuola infanzia, 123 scuola primaria, 48 scuola secondaria di I grado), le rispettive famiglie e tutta la popolazione del Comune.

Obiettivi. Promuovere corretti stili di vita mirati a favorire il benessere psicofisico individuale e sociale della popolazione.

Metodi. Nell'anno scolastico 2007/08 sono stati compilati specifici questionari con 21 item dai genitori e con 55 item dagli alunni a partire dalla 3a classe. Sono stati rilevati dati antropometrici e test di destrezza, velocità, equilibrio e capacità coordinative ed è stato previsto il loro monitoraggio in corso e a fine progetto (2009/10) per studiarne l'evoluzione ed adeguare gli interventi alle criticità emerse.

Risultati e conclusioni. Il 24% dei bambini è in sovrappeso ed il 7% obeso. La colazione è consumata tutti i giorni dal 68%, ma è adeguata solo nel 51%. Verdura e frutta sono consumate tutti i giorni a pranzo e a cena dal 71% senza differenze significative tra bambini normopeso e sovrappeso. Il 39% pratica attività sportiva, il 37% ha l'abitudine di guardare la TV per più di 3-4 ore al giorno, pur disponendo di un ambiente privilegiato per svolgere attività motoria. I bambini sovrappeso trascorrono davanti alla TV più ore dei bambini normopeso. Non sono emerse differenze significative tra bambini sovrappeso e normopeso per quanto riguarda la pratica sportiva. Sulla base di tali rilievi è stata attuata una programmazione educativa esperienziale mirata e integrata con l'attività didattica dei docenti su alimentazione, stili di vita e benessere psicologico dei bambini ed è stata incrementata l'attività motoria sia in orario scolastico (2ore/sett.) che extrascolastico. Sono state realizzate e sono in corso di realizzazione svariate iniziative (incontri tematici,

laboratori, lezioni di cucina, feste conviviali, mostre degli elaborati) per coinvolgere e sensibilizzare le famiglie sulle problematiche emerse e per favorire e promuovere la **cultura di sani stili di vita.**

50. LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE DELLA MALNUTRIZIONE

Mazza S.*, Valerio E.°, Frassinetti A.¹

(°) Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione - ASL Città di Milano

(*) Unità Operativa Igiene Nutrizione - ASL Città di Milano

(1) ASL Città di Milano

Introduzione. Nel luglio 2009 è stato emanato il documento **Linee di indirizzo per la prevenzione della malnutrizione** prodotto dal gruppo di lavoro ASL Milano - Ospedali - RSA che ha visto riunite professionalità e discipline varie afferenti ad alcune delle eccellenze cittadine in materia di nutrizione umana. Il documento richiama anche le "Linee Guida della Regione Lombardia per la ristorazione ospedaliera" del Maggio 2009, che costituiscono un riferimento nel settore della ristorazione collettiva in ambienti confinati e recepisce le raccomandazioni del Novembre 2003 del Council of Europe Committee of Ministers.

Obiettivi. Richiamare l'importanza di adeguati interventi nutrizionali per tutti i soggetti ospedalizzati e degenti RSA, allo scopo di identificare i pazienti a rischio nutrizionale al momento dell'ammissione in reparto e supportarli tempestivamente dal punto di vista dietetico. Asl Milano ha tra i suoi obiettivi il mantenimento dello stato di salute ottimale di tutta la popolazione, ivi inclusi i degenti delle Comunità (Ospedali, RSA, Case di Cura, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, ecc.) nonché dei lavoratori che vi operano. Oltre a fornire un pasto idoneo ed a garantirne la qualità, occorre orientare i pazienti ed i dipendenti verso scelte nutrizionali consapevoli, senza trascurare l'informazione in tema di un'adeguata nutrizione e corretti stili di vita di cui anche alle "Linee di indirizzo della Regione Lombardia per la prevenzione e la gestione integrata ospedale-territorio del sovrappeso e dell'obesità". Con queste note di indirizzo, ASL Milano si propone di fornire agli operatori (sanitari e non) una base comune di lavoro e di confronto da sperimentare sul campo.

Metodi:

- 1) Predisposizione ed emanazione di linee di indirizzo per la prevenzione della malnutrizione
- 2) verifica delle misure adottate dalla Direzione Sanitaria al fine del recepimento dei documenti di riferimento sopra richiamati
- 3) valutazione delle procedure predisposte e della loro corretta applicazione.

Risultati e conclusioni. La malnutrizione nel soggetto ospedalizzato, anche a causa delle conseguenze negative sulla morbilità, determina un notevole aggravio dei costi, ben documentato dall'esperienza internazionale. La corretta applicazione delle note di indirizzo può contribuire a prevenire la malnutrizione ed a favorire l'acquisizione di conoscenze utili all'acquisizione di corretti stili di vita.

51. P. STUDIO DI PREVALENZA DELL'OBESITÀ E SOVRAPPESO IN LAVORATORI ADULTI

Morbidoni M., Ambrogiani E., Civerchia M., Guidi A.
Unità Operativa di Epidemiologia, Zona Territoriale 7, Ancona

Introduzione. Negli ultimi anni l'obesità è stata ri-considerata come una vera e propria malattia sociale. La sua alta prevalenza, in continuo aumento nel mondo occidentale e in Italia, la pone tra i più urgenti problemi sanitari poiché rappresenta un fattore di rischio per numerose malattie croniche ed invalidanti. La situazione nutrizionale, pertanto, è un determinante importante delle condizioni di salute.

Obiettivi. L'obiettivo dello studio è stato quello di stimare la distribuzione del sovrappeso e dell'obesità nella popolazione lavorativa tra i 18 e i 65 anni, residente nella ZT7 di Ancona, per programmare e monitorare gli interventi di sanità pubblica.

Materiali e metodi. I dati sono stati raccolti presso i Medici Competenti di due aziende coinvolte, analizzati con il software Epi-info3.

Risultati ottenuti. Sono state arruolate 723 persone (55% maschi). L'età media è di 44,32 (DS 8,97), range 20-67, mediana 44 e moda 38. Un terzo circa dei lavoratori provengono da un'impresa privata di Elettro galvanica, gli altri da un'Azienda Sanitaria.

Il peso medio è di 70,92 kg (D.S. 15,6) con range 40-152, mediana 70 e moda 60. La media del peso dei maschi è 80 kg con range 54-146, mediana 79 e moda 80 mentre nelle femmine la media è 63,36 (range 40-152, mediana e moda 60). Significativa ($p < 0,05$) la differenza tra maschi e femmine.

L'Indice di Massa Corporea (IMC/BMI = $\text{Peso}/\text{altezza}^2$), risulta mediamente di 24,79 (D.S. 4,41), range 15-57, mediana 24,09 e moda 23,43. Nell'impresa privata l'IMC è più basso (24,18 vs 25,09) ma soprattutto è più bassa la sua mediana (23,93 contro 24,21) mentre la moda si mostra rovesciata (24,48 vs 23,43); tali differenze sono significative ($p > 0,05$). Nell'azienda privata c'è una tendenza ad avere un migliore IMC, ma in quella pubblica le persone si raccolgono prevalentemente attorno a valori più bassi. I maschi sono più 'pesanti' (BMI 25,91 vs. 23,89), con mediane diverse (25,05 vs. 22,86) e mode rovesciate (le femmine attorno al valore più alto di 23,43 rispetto a quello dei maschi che è 22,49).

L'analisi per fasce d'età, classificando le caratteristiche ponderali secondo l'IMC in: sottopeso (BMI < 18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25-29,9), obeso (BMI \geq 30), mostra che nella classe di età 20-24 anni i sovrappeso sono il 22,9% gli obesi il 7,3%; tra 35 e 49 anni rispettivamente 22,5% e il 10,7% e 33,5% e i 14,8% è nella classe di età di 50-67 anni.

Conclusioni. E' evidente che ci sono più persone in sovrappeso e obese nel sesso maschile, i sovrappeso sono più del doppio delle femmine (39,4% vs. 18,1%) e nella classe di età più elevata. Riguardo la sede lavorativa sono più numerosi gli obesi e i sovrappeso nell'azienda pubblica, mentre circa i 2/3 dei dipendenti privati rientrano nella fascia del normopeso.

52. P. LABORATORI DI CUCINA SALUTARE IN PROVINCIA DI TRENTO (ANNI 2007-2009)

Moretti A.M.*, Morghen V. **

* Servizio Educazione alla salute e di riferimento per le attività alcoliche di Trento

** Direzione sanitaria dell'Ospedale di Tione di Trento

Introduzione. In Trentino rispettivamente il 28% e il 9% delle persone intervistate nell'ambito del sistema Passi 2007 risultano essere in sovrappeso ed obesi. Si stima, inoltre, che $\frac{3}{4}$ della popolazione assuma abitualmente bevande alcoliche di cui ca $\frac{1}{4}$ con abitudini considerate a rischio. I laboratori di cucina indirizzati alla popolazione generale rappresentano una risposta a queste problematiche e rientrano a pieno titolo nel programma ministeriale Guadagnare salute poiché servono a facilitare nella popolazione scelte salutari.

Obiettivo dei laboratori. Fare acquisire abilità nella realizzazione casalinga di piatti salutari attraverso l'utilizzo degli ingredienti in modo equilibrato dal punto di vista nutrizionale e calorico. Obiettivi formativi sono:

- frutta a colazione e a merenda
- maggior utilizzo di cereali integrali e di legumi
- verdura come condimento dei primi piatti
- metodi di cottura senza grassi aggiunti
- come fare gradire il pasce anche ai bambini
- dolci casalinghi leggeri
- il piatto unico
- erbe aromatiche e spezie in sostituzione dei condimenti tradizionali
- bevande analcoliche e non zuccherate
- degustazione con sperimentazione del senso di sazietà derivante dal consumo di piatti ricchi di fibra e di proteine vegetali ma poveri in grassi e sodio.

Metodi. La metodologia prevede le seguenti fasi:

- deliberazione delle attività concordate con i Centri di Formazione Professionale (CFP)
- formazione dei formatori, cioè dei cuochi dei CFP, a cura di dietiste e nutrizionisti dell'Apss
- coinvolgimento dei Distretti Sanitari con definizione dei criteri di individuazione dei partecipanti (genitori di bambini e ragazzi che hanno partecipato ai programmi scolastici di educazione alimentare)
- realizzazione di laboratori di cucina salutare (5 serate di 4 ore per un totale di 20 ore)
- test di ingresso e valutazione finale a distanza, attraverso intervista telefonica atta a verificare la modifica dei comportamenti in cucina (fase in corso).

Risultati. Sono stati realizzati 14 laboratori di cucina salutare in 5 diversi distretti con il coinvolgimento di ca 250 persone. Dall'analisi dei test in ingresso risulta: scarso utilizzo in cucina dei cereali integrali e di legumi, presenza di ca $\frac{1}{4}$ dei partecipanti che non consuma le 5 porzioni giornaliere raccomandate di frutta e verdura, scarso consumo di pesce, elevato numero di persone che consumano formaggio tutti i giorni e che utilizzano burro per cucinare.

Conclusioni. La richiesta di partecipazione ed il gradimento sono stati elevati. L'azione intersettoriale tra il mondo scolastico e quello sanitario rappresenta un valore aggiunto poiché i cuochi formati garantiscono anche l'*empowerment* dei ragazzi che frequentano i CFP, in qualità di futuri addetti alla ristorazione sia pubblica che privata.

53. P. STATO NUTRIZIONALE NEI BAMBINI DELLE SCUOLE PRIMARIE DELL'ASP DI COSENZA E PERCEZIONE DEL LORO STATO NUTRIZIONALE DA PARTE DEI GENITORI (PROGETTO OKKIO ALLA SALUTE)

Pagliuso M.T., Bellusci A., Cesario M., Chimenti R.

Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione – Azienda Sanitaria Prov. di Cosenza

Introduzione. L'obesità ed il sovrappeso in età evolutiva tendono a persistere in età adulta e a favorire lo sviluppo di gravi patologie quali malattie cronico degenerative e tumorali. L'OMS sottolinea la relazione biunivoca tra stato di salute e stato nutrizionale. Negli ultimi 25 anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è triplicata e la linea di tendenza è in continuo e progressivo aumento. La consapevolezza che comportamenti alimentari inadeguati siano causa del problema sovrappeso/obesità tarda a diffondersi nella collettività, unitamente alla mancanza di percezione da parte dei genitori dello stato di sovrappeso/obesità.

Obiettivi. Lo scopo dello studio è di monitorare nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini delle scuole primarie e di valutare il grado di percezione del sovrappeso/obesità nei genitori, al fine di suggerire future azioni appropriate che si basano su prove di efficacia.

Metodi. L'indagine sullo stato nutrizionale è stata condotta sui bambini delle terze classi delle scuole primarie, tramite rilevazioni antropometriche effettuate mediante bilancia Seca872TM con precisione di 50 gr e stadiometro Seca214TM con precisione di 1 mm. Per la stima della prevalenza di sovrappeso e obesità è stato utilizzato l'IMC con valori soglia desunti da Cole et al., come consigliato dalla IOTF e dall'OMS. La partecipazione dei genitori, con la somministrazione di un questionario a risposte multiple, è stata finalizzata alla valutazione del grado di percezione dello stato nutrizionale dei figli. Le classi campionate sono state 35 per un totale di 610 bambini. Lo studio è stato completato su 542 bambini (264 maschi e 278 femmine), pari all'89% dei soggetti arruolati; i genitori che hanno aderito allo studio sono 574, pari al 94% del totale.

Risultati. I risultati dello studio evidenziano che tra i bambini di 8 e 9 anni il 59% è normopeso, il 24,5% in sovrappeso ed il 16,5% è obeso. Complessivamente il 41% dei bambini è in eccesso ponderale comprensivo di sovrappeso ed obesità. Nella ASP di Cosenza la prevalenza di obesità e sovrappeso è maggiore tra i bambini di 8 anni e tra i soggetti di sesso maschile. L'indagine evidenzia che spesso i genitori non percepiscono il reale stato nutrizionale del proprio figlio. Nella nostra ASP il 53% delle madri non si accorge che il figlio è in sovrappeso ed il 9% non percepisce l'obesità conclamata del proprio figlio. La percezione è tanto più accurata quanto maggiore è la scolarità delle madri.

Conclusioni. La bassa percezione e l'inconsapevolezza dei genitori, in particolare delle madri, sullo stato nutrizionale dei figli limitano la probabilità di successo dei percorsi di prevenzione. Pertanto, gli interventi integrati famiglie-scuole-operatori sanitari, la promozione di corretti stili di vita, l'accrescimento della consapevolezza percettiva nutrizionale, mediante adeguata formazione dei genitori, rappresentano utili e necessari momenti per affrontare il problema sovrappeso/obesità.

54. P. MAMMA...MANGIA BENE ANCHE TU!

Palombi E., Glielmo N.
ASL BN I

Introduzione. Nella ASL BN1 il problema obesità infantile è stato affrontato, a partire dal 1998, con indagini ed azioni volte a conoscere e migliorare gli stili di vita soprattutto nelle scolaresche.

Obiettivi. Nel condurre questi programmi si è notato che i genitori sono poco interessati e poco consapevoli di quanto il problema obesità riguardi anche i propri figli.

Per questo motivo si sono svolte indagini atte a conoscere le abitudini e le opinioni degli adulti, e soprattutto delle mamme che cucinando sono responsabili del benessere proprio e dei propri familiari. Esse infatti influenzano in maniera positiva o negativa i ragazzi, l'obiettivo principale è stato conoscerle e raggiungerle.

Materiali e metodi. Due questionari sono stati distribuiti ad entrambi i genitori (età 25/45 anni) di ragazzi partecipanti a progetti scolastici. Un'indagine invece è stata svolta su 600 donne (età 25/50) anni, selezionate in maniera opportunistica.

Risultati. Uno dei questionari conteneva 4 domande, la terza (quella più insidiosa) era: "secondo te, tuo figlio è in sovrappeso?". Dei 1768 genitori solo il 20% ha dichiarato di "vedere" il sovrappeso dei propri figli (contro un reale 38%, questa è infatti la percentuale di ragazzi sovrappeso ed obesi nella provincia di Benevento). Da notare che ormai nessuna mamma dice che "grasso è bello", afferma però che il proprio figlio "non è grasso".

Con il secondo questionario si indagava sulle abitudini alimentari dei genitori, l'indagine condotta su 3315 papà e 3265 mamme ha dato i seguenti risultati:

Consumo quotidiano:

Frutta: 74% Donne / 67% Uomini

Verdura: 48% Donne / 41% Uomini

Legumi: 16% Donne / 15% Uomini

Latte: 47% Donne / 33% Uomini

Nella terza indagine condotta su 600 donne solo il 7% ha dichiarato di preparare 3 porzioni di verdura al giorno ed il 48% utilizza spesso piatti pronti industriali (particolare interessante: molte donne ritenevano che patatine fritte, bastoncini, soffocini non fossero piatti pronti ma semplici "surgelati"). Solo il 53% tiene conto della stagionalità dei cibi, ed il 42% appena dichiara di leggere le etichette nutrizionali. Non si notano differenze nei consumi e negli orari fra capoluogo e provincia e fra casalinghe e donne lavoratrici (il 20% prepara un piatto unico e abbondante, con primo piatto a pranzo e secondo a cena, il 53% prepara un pranzo completo con più portate.)

Conclusioni. Le abitudini alimentari degli adulti non sono particolarmente corrette, pur avendo indagato in realtà rurali e per circa 4 anni. E' interessante notare che le donne non "vedono" i propri figli in sovrappeso e molte ritengono erroneamente di preparare menù "sani" per la propria famiglia. Ciò comporta uno stridente contrasto fra ciò che si insegna ai bambini nei corsi di educazione alimentare, ed il cibo che viene proposto a casa. Dopo aver svolto queste indagini, si è rivolta l'azione alle donne, selezionando gruppi, per attivare un counseling, con varie modalità.

55. P. ALIMENTAZIONE E SPORT”: PROGETTO DI EDUCAZIONE ALIMENTARE MOTORIA

De Cunto G, Palombi E.*, Glielmo N.***, Milano L.**
(**)(*) SIAN, ASLBN1, (***) DS Bn2, SLBn1

Introduzione. La promozione della salute è un obiettivo importante delle Aziende Sanitarie Locali e le attività educative dovrebbero essere orientate ad ottenere un cambiamento nella cultura della comunità, mediante la promozione della attenzione per gli stili di vita. Questi ultimi non sono conseguenza solo di scelte individuali, ma anche di influenze sociali e abitudini spesso acquisite in età evolutiva. L'obesità del bambino non determina solo problemi immediati, ma pone una ipoteca sul futuro, generando una serie di rischi in età adulta. Come rilevato da un'indagine condotta in tutta l'ASLBN1 nel 2000, nel Distretto Sanitario 24 la percentuale di bambini obesi è risultata particolarmente elevata: da qui il progetto di educazione alimentare un programma volto ad incrementare l'attività fisica.

Obiettivi. Fornire ai ragazzi semplici regole per una corretta alimentazione, maggiore attenzione all'attività motoria, ottenere benefici misurabili per la salute dei ragazzi. La strategia operativa si è basata sul miglioramento della percezione della propria salute, della conoscenza, della consapevolezza, così da sostenere la disponibilità a cambiare i comportamenti sbagliati.

Materiali e metodi. In un Istituto Scolastico (Istituto Comprensivo S. Angelo a Cupolo) e definita la popolazione bersaglio (alunni IV e V elementare / I e II media per un totale di 260 ragazzi). E' stato selezionato anche un gruppo di Controllo (56 alunni che hanno svolto 5 ore integrative di attività motoria settimanali).

Ogni anno il progetto si è articolato in tre fasi:

1. Rilevazione peso e altezza dei ragazzi, somministrazione di questionari, incontri con le famiglie.
2. Svolgimento del programma didattico da parte degli insegnanti, programma di attività motoria, incontri frontali con video e dibattiti con gli operatori ASL.
3. Rilevazione dei parametri corporei dei ragazzi e successiva elaborazione grafica dei dati.

Risultati e conclusioni. I risultati ottenuti sono riassunti nella seguente tabella, dalla quale si evince un miglioramento della salute dei ragazzi, frutto anche delle conoscenze acquisite e di una maggiore attenzione al proprio benessere:

	1	1-01	5-02	11-02	5-03	11-03	5-04
OBESI		17%	11%	15%	9%	16%	7%
SOVRAPPESO		29%	25%	29%	26%	25%	23%
NORMOPESO 54%		64%	56%	65%	59%	70%	

Bibliografia:

- 1) P.L. Giorni e C. Catassi, il bambino obeso: cause, percorso e trattamento dell'obesità in età evolutiva, Il pensiero scientifico, Roma 1993
- 2) Notiziario del servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione, A.S.L. BN1, n.1, 2002.

56. P. PROGETTO PROMOZIONE ALLATTAMENTO AL SENO

Palombi E.
ASL BN I

Introduzione. Il programma di lavoro relativo alla promozione dell'allattamento al seno inizia nella ASL BN1 dal 1996 quando fu svolta, per iniziativa del SEP e del SIAN, la prima indagine conoscitiva sulla prevalenza dell'allattamento al seno. Dopo tre anni, nel 1999, è stata effettuata presso i centri vaccinali una seconda indagine che ha visto un incremento notevole soprattutto alla dimissione ospedaliera. Nel 1996 l'80% delle mamme attaccava il bambino al seno, a 3 mesi il 60% continuava l'allattamento esclusivo. Nel 1999 le mamme che attaccavano al seno erano il 93% ma a 3 mesi le frequenze si sovrapponevano. Era necessario insistere per aumentare il numero di mamme che proseguono l'allattamento oltre i tre mesi, perchè è in questo periodo che le percentuali calano drasticamente. Il programma di lavoro è iniziato nel 1999 quando l'Università di Napoli ha invitato l'ASL ad aderire al progetto OMS Unicef.

Obiettivo generale. Favorire l'allattamento materno.

Obiettivo specifico. Aumentare la prevalenza fino ad incrementare almeno del 10% il proseguimento dell'allattamento a sei mesi.

Metodi. La formazione di due medici (UOMI e SIAN) presso l'Università Federico II di Napoli, ha consentito l'implementazione di quattro corsi per operatori sanitari, che hanno formato 90 fra pediatri, puericultrici, ostetriche, infermiere, vigilatrici d'infanzia. Due di questi corsi sono stati condotti insieme a formatrici dei centri di parto, che avevano seguito lo stesso programma, con le quali si è costituito un gruppo di lavoro interaziendale. Il programma è stato presentato anche su TV locali, e presentato ai pediatri. Nei consultori invece è stato promosso il progetto che aveva l'obiettivo di aumentare il numero di mamme che allattava oltre i sei mesi. L'attività è stata coordinata dall'U.O. di Nutrizione del SIAN. Non è stato possibile svolgere il lavoro in tutti gli otto distretti sanitari, ma in tre distretti prima ed in altri due in una fase successiva sono state implementate, dal personale UOMI formato, le seguenti azioni:

- 1) collegamenti con l'anagrafe comunale, per contattare le puerpere telefonicamente
- 2) offerta di visita domiciliare praticata dalle operatrici ASL
- 3) attivazione in due Distretti Sanitari di corsi di "percorso nascita", per reclutare le donne in gravidanza
- 4) stampa di volantini recanti numero di telefono e nominativo delle varie operatrici dei distretti (preparato dal SIAN).

Le verifiche dopo due anni (nel 2001) sulle sole mamme seguite nei consultori, hanno dato risultati incoraggianti, in quanto si è visto che il 34% allattava ancora a 11 mesi, pur avendo introdotto cibi solidi al quinto mese. Nel 2003 un'ulteriore indagine sulle donne seguite nei consultori ha segnato un incremento delle mamme che allattavano dopo 28 settimane (50% rispetto al precedente 10% del 2001).

Alla dimissione il 93% delle mamme aveva attaccato al seno il bambino.

Nel 2006, la percentuale di mamme che ancora allattava (con aggiunta di altri alimenti) a 11 mesi è salita all'80%. Il temporaneo rallentamento delle azioni (che non sono state mai completamente abbandonate) ha determinato un nuovo calo di mamme che allattano al seno

in maniera esclusiva infatti, nel 2009 la percentuale di allattati a 2 mesi è del 68%, a 5 mesi del 31%, 7 mesi del 10%, a 11 mesi le mamme che allattano con aggiunta di altri alimenti è scesa al 29%.

Conclusioni. Le madri che hanno partecipato al programma hanno allattato i loro bambini più frequentemente e più a lungo di quanto avessero fatto quelle intervistate nel 1999. E' evidente la necessità di una nuova azione di promozione! Come tutti i programmi di educazione sanitaria è fondamentale la continuità delle azioni!

57. P. SOVRAPPESO E OBESITÀ IN ETÀ INFANTILE: RISULTATI DELLO STUDIO “OKKIO ALLA SALUTE” NELL’ASL SA2

Panico M.G., D’Anna A., Ronga C.

Servizio Epidemiologia- Dipartimento di Prevenzione ASL Salerno, ex ASL Salerno 2

Introduzione. In Italia, come in altri Paesi europei, l’obesità e il sovrappeso rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica. L’obesità sta assumendo i caratteri di una vera e propria epidemia. L’aumento dell’obesità infantile è un dato ancora più allarmante. Tale condizione è un importante fattore predittivo di obesità in età adulta in quanto i principali determinanti dell’obesità dipendono da stili di vita e comportamenti che si instaurano in età evolutiva.

Obiettivi. Stimare, nella popolazione di bambini di età compresa tra i 6 e i 10 anni, la prevalenza di sovrappeso e obesità; acquisire informazioni sulle abitudini alimentari e l’attività fisica

Metodi. OKKIO alla salute è un sistema di indagine basato sulla registrazione dei dati antropometrici e sulla raccolta di informazioni, tramite questionari standardizzati compilati dai bambini in classe, dai genitori e dai dirigenti scolastici, sull’ambiente scolastico, sull’attività fisica e la nutrizione e sulle abitudini alimentari degli alunni delle scuole primarie.

Risultati. L’indagine è stata effettuata nel 2008 su un campione di 639 bambini afferenti a 35 terze classi della Scuola primaria dell’ASL SA2.

Sovrappeso e obesità: il 31% dei bambini è risultato in sovrappeso e il 19% obeso.

Abitudini alimentari: il 18% dei bambini non fa colazione, il 25% la fa in maniera non adeguata e il 93% fa una merenda a scuola qualitativamente non corretta; inoltre il 23% non consuma giornalmente frutta e verdura, il 24% dei bambini beve ogni giorno bevande zuccherate, e il 15% più di una volta al giorno.

Attività fisica: solo 1 bambino su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età (almeno un’ora al giorno); più di 1 bambino su 2 trascorre più di due ore al giorno davanti alla televisione o ai videogiochi; 3 bambini su quattro dispongono di un televisore in camera propria.

Conclusioni. Lo studio ha rivelato che lo stato nutrizionale dei bambini del territorio dell’ASL Salerno 2 è allineato con quello della Campania, risultata la regione italiana con la più alta prevalenza di sovrappeso/obesità infantile (un bambino su due è in sovrappeso/obeso). I risultati mostrano anche un’elevata diffusione di comportamenti e abitudini alimentari indicati dalla letteratura scientifica come fattori di rischio per l’obesità: prima colazione e merenda inadeguata, scarso consumo di frutta e verdura, ridotta attività fisica, comportamenti sedentari.

58. GIORNATA DELLA PREVENZIONE “SANA ALIMENTAZIONE”

Eventuali soggetti terzi coinvolti nell’attività (per es. scuola, Comuni, aziende private, volontari, cittadini, polizia municipale, etc.)

Scuole del territorio

Amministratori comunali (Sindaci)

Sponsor

Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta

Struttura proponente

Unità Operativa Semplice di Epidemiologia N° 3, Dipartimento di Prevenzione ASL NA 2 NORD ex ASL NA 2

Durata del progetto/attività e anno di svolgimento:

biennale 2006-2007

biennale 2009-2010

Comuni su cui ricade l’attività:

Giugliano, Mugnano, Melito, Calvizzano, Villaricca effettuata tale attività nel biennio 2006-2007. Giugliano, Melito 2009 - 2010

Evidenza epidemiologica che ha determinato la necessità di realizzare l’intervento

Nell’ultimo decennio, fenomeni quali industrializzazione, urbanizzazione, sviluppo economico e globalizzazione del mercato, hanno determinato un ulteriore processo di accelerazione sui rapidi cambiamenti che si sono verificati nella dieta e nello stile di vita. Ciò sta determinando un impatto significativo sullo stato nutrizionale e di salute della popolazione, soprattutto nei paesi in via di sviluppo e in quelli in fase di transizione.

Destinatari dell’intervento/attività

Campione di studenti delle scuole medie delle II^a classe (età > 12 anni)

Obiettivi.

Generare una più attenta e consapevole riflessione sul tema di una “sana alimentazione” nella popolazione, sperando di cambiare un atteggiamento piuttosto che un comportamento; promuovere interventi educazionali per modificare soprattutto in età adolescenziale comportamenti sani e responsabili pensando di introdurre i ragazzi in un percorso di scelte dietetiche alternative a quelle non salutari, ma che conservino l’aspetto piacevole dell’alimentazione e che in più siano condivise dalle famiglie così da garantirne la radicazione nelle attitudini familiari; stimolare un percorso di educazione sanitaria che porti ad incentivare stili di vita più sani, con consapevolezza da parte del cittadino-fruttore di quanto ciascuno sia artefice del proprio stato di salute.

Descrizione: Nell’ambito del progetto, è prevista l’individuazione di un campione di circa 500 studenti con l’arruolamento degli alunni delle seconde classi di una scuola media inferiore per ogni distretto sanitario del territorio di competenza della UOSE n°3 (distretti sanitari n° 58- 60- 61- 62). All’inizio dell’anno scolastico è stato selezionato il campione di popolazione a cura della scuola per poter influire sugli stili di vita e sulle abitudini alimentari. L’attività educazionale è culminata nel biennio 2006-2007 in una giornata della prevenzione in cui gli studenti delle scuole individuate hanno presentato, in forma congiunta ed in maniera creativa, i risultati del lavoro svolto. Gli “incontri di prevenzione” sono partecipati dalla cittadinanza con la presenza attiva di rappresentanti delle associazioni dei pazienti, oltre al mondo della scuola e la presenza di esperti (diabetologi della ASL,

rappresentanti dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, dirigenti medici dell'A.D.E.P. e del Dipartimento di Prevenzione). I dati prodotti sono stati infine comunicati nel corso di un congresso scientifico, dove sono stati chiamati a partecipare i rappresentanti delle scuole coinvolte.

Strumenti. Una prima fase ha previsto un momento di informazione ed approfondimento in ambito scolastico con la guida dei docenti e la contemporanea somministrazione di un questionario ad hoc agli studenti e ai loro familiari.

Il questionario è servito a raccogliere informazioni sulle abitudini alimentari e sul grado di conoscenza del problema. Un momento successivo si è svolto con l'intervento di esperti sanitari, con il coinvolgimento di alcuni Medici di Medicina Generale, diabetologi, igienisti, ecc. al fine rispondere alle necessità di ulteriori approfondimenti su tali patologie.

Al termine delle attività è stato di nuovo risomministrato il questionario al fine di valutare l'impatto delle conoscenze acquisite sulle modificazioni degli stili di vita.

Contatti ed indirizzi:

Dott. Antonino Parlato

Dott. Rosa Agliata

Area di Epidemiologia e Prevenzione, Dipartimento di Prevenzione

ASL NA 2 NORD ex ASL NA 2

UOSE N° 3 Villaricca

59. P. LINEE GUIDA PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ NUTRIZIONALE NELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Pecoraro P.¹; Palombi E.²; Mutone C.³; Pontieri V.⁴; Vairano P.⁵; La Stella C.¹; Stellato S.¹; Coppola V.¹; D'Andrea S.⁶; Durante G.⁷; Perito P.⁷; D'Onofrio R.⁴; Prudente M.⁶
1SIAN Napoli 3 sud ; 2SIAN Benevento; 3 Gruppo Scientifico Regionale; 4SIAN Caserta; 5 SIAN Napoli centro; 6 SIAN Avellino; 7 SIAN Salerno

Introduzione. Il servizio di ristorazione scolastica rappresenta un capitolo complesso della ristorazione collettiva, perché deve rispondere ad obiettivi molteplici. Primo tra tutti è la garanzia igienico-sanitaria dei pasti erogati, ma obiettivo imprescindibile è quello di educare i piccoli utenti al consumo di alimenti e pietanze nutrizionalmente adeguate alla loro età. Tali obiettivi possono essere perseguiti realizzando una sinergia degli attori coinvolti nella ristorazione scolastica che, a vario titolo, si possono individuare in: Amministrazione comunale o scuola privata; Azienda Sanitaria Locale; Gestore del servizio di ristorazione; Insegnanti e dirigenti scolastici; Utenza rappresentata, laddove esistente, dalla commissione mensa.

Obiettivi. Omogeneizzazione di tutte le procedure inerenti il servizio di refezione scolastica; miglioramento della qualità nutrizionale dei pasti somministrati; incremento del consumo di cibi salutari.

Metodi. Raccolta di bibliografia scientifica, legislazione nazionale e comunitaria, testi specifici e altri documenti e linee guide già vigenti in altre regioni.

Molto importante è stato il contributo fornito dai componenti del gruppo di lavoro, costituito ad hoc, e composto da dirigenti dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione.

Risultati. Per uniformare il servizio di refezione scolastica e garantire la qualità nutrizionale sono stati dedicati dei capitoli specifici alle procedure per la gestione dei capitolati d'appalto, un elenco dettagliato con le caratteristiche merceologiche delle materie prime e la composizione specifica delle tipologie di pietanze da inserire nel menù/pranzo. Il documento, inoltre, contiene specifiche indicazioni per l'attuazione delle diete riferite a particolari patologie. Al fine di incrementare il consumo di alimenti salutari tra cui frutta e verdura, il servizio di refezione scolastica prevede, oltre la somministrazione del pranzo quello dello spuntino di metà mattina. Un altro aspetto importante ha riguardato i genitori attraverso semplici consigli che rappresentano esempi di suddivisione calorico – nutrizionale della giornata alimentare per le diverse fasce di età.

Conclusioni. La promozione di uno stile di vita sano e gli interventi di prevenzione nutrizionale finalizzati a correggere le errate abitudini alimentari non possono prescindere da una corretta gestione della refezione scolastica. La proposta per una sana alimentazione aumentando il consumo di frutta, verdura, alimenti a base di amidi preferibilmente non manipolati e grassi vegetali devono rappresentare i punti fermi del pasto scolastico. Oltre ad una diffusione capillare del documento cartaceo agli Enti locali ed agli Istituti scolastici, sarà possibile consultarlo e scaricarlo dal sito web appositamente realizzato nell'ambito del progetto di prevenzione dell'obesità del bambino e dell'adolescente "Crescere Felix" (www.cresrefelix.it). Le linee sono state approvate con D.D. n.169 del 3 luglio 2009.

60. P. ATTIVITÀ DI RICOGNIZIONE NELLE REGIONI ITALIANE DI PROGETTI E INTERVENTI DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA E DELL'ALIMENTAZIONE NELL'ADOLESCENZA

Pocetta G.* , Franchi P.* , Bocchini C.** , Frammartino P.** , Di Corcia T.*** , Russo Krauss P.****

* CSES – Umbria; ** Centro di Documentazione e Analisi per l'Infanzia, l'Adolescenza e i Giovani – Marche; *** ASR – Abruzzo; **** Cedras ASL Napoli 1 Centro - Campania

Introduzione. Il progetto “Guadagnare salute nell’adolescenza”, del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), ha avviato la raccolta sistematica dei progetti di prevenzione e promozione della salute, realizzati a livello nazionale, su sei aree tematiche: alimentazione e attività fisica, salute mentale, incidenti stradali, dipendenze e salute sessuale. Scopo della ricerca è permettere lo scambio del sapere derivante da interventi di comprovata efficacia, quale cornice di riferimento teorico per un’azione metodologicamente orientata.

Obiettivi:

- Censire i progetti e gli interventi di educazione e promozione della salute nel campo degli stili alimentari e dell’attività fisica rivolti agli adolescenti, realizzati nelle regioni italiane aderenti al progetto e renderli accessibili tramite inserimento nella banca dati Pro.Sa;
- Valutare sulla base di criteri la qualità degli interventi per individuare le buone pratiche e favorire la socializzazione, e la continuità.

Metodi. Un bozza di scheda di rilevamento appositamente costruita è stata sottoposta ai responsabili dei Centri di Documentazione Regionali sull’Educazione alla Salute. Per il rilevamento dei progetti e degli interventi utilizzata la metodologia a “palla di neve”; i dati elaborati e raccolti in tabelle di sintesi elaborate secondo i seguenti criteri: analisi per regione, area geografica, *setting* e *target*.

Risultati. Sono stati recensiti 210 progetti sull’alimentazione e 129 sull’attività fisica.

Le Regioni in cui sono stati svolti più progetti sono: Emilia Romagna (63 progetti – 18,6 % del totale), Veneto (47-13,9%) e Campania (46-13,6%).

Complessivamente (considerati i valori assoluti e percentuali per entrambe le aree ematiche) il Nord Est ha realizzato il maggior numero di progetti, seguito dal Sud, dal Centro, dal Nord Ovest e dalle Isole. L’ambiente scolastico risulta il *setting* privilegiato (285 progetti), seguito dalla Comunità (86) e dai Servizi Sanitari (75). Il target di riferimento è composto principalmente da adolescenti tra i 14 e i 18 anni (234 progetti), seguono gli operatori scolastici (204), i ragazzi tra gli 11 e i 13 anni d’età (203), i genitori e le famiglie (144).

Conclusioni. Numerosi sono gli interventi di promozione di una sana alimentazione e di un’adeguata attività fisica e l’ambiente scolastico (in particolare le scuole superiori) costituisce il *setting* privilegiato. Gli interventi coinvolgono quasi sempre contestualmente studenti e docenti, in linea con le raccomandazioni per la progettazione di interventi efficaci.

61. PROMOZIONE DELLE CORRETTE ABITUDINI ALIMENTARI E DELL'ATTIVITÀ FISICA DEI BAMBINI

Programma “Porta la frutta a scuola” integrato con “In Gamba”
“Porta la Frutta a Scuola” Network*

Introduzione. Diverse ricerche hanno dimostrato che lo stile dei primi anni di vita è fondamentale per il raggiungimento ed il mantenimento di uno stato di salute ottimale nell'arco dell'intera esistenza [1-2]. Lo studio “Porta la frutta a scuola” si è dimostrato efficace nel promuovere il consumo di frutta e verdura negli scolari [3]. Tuttavia, la modificazione delle abitudini alimentari e la contemporanea promozione dell'attività fisica nei ragazzi delle scuole primarie non è stata ben ricercata.

Obiettivo. Lo scopo del nostro lavoro è indurre un cambiamento positivo nelle abitudini alimentari e di incentivare l'attività motoria degli alunni delle scuole elementari.

Metodi. Criteri di inclusione e di esclusione. Sono state reclutate a caso su tutto il territorio della Azienda Usl Foggia (ASL FG) 20 classi delle scuole primarie, con una partecipazione di 442 alunni (225 femmine e 217 maschi). Di questi hanno completato il programma 429 alunni (219 femmine e 210 maschi). La partecipazione delle classi è stata volontaria. Sono state escluse le classi di prima elementare.

Insegnanti. Il reclutamento degli insegnanti è stato trasversale, sia in orizzontale sia in verticale. Ciò significa che il programma Porta la frutta scuola - In Gamba è destinato non ad una classe in particolare (ad esempio la quarta elementare), ma a tutte le classi (trasversalità verticale); e non è limitato agli insegnanti di scienze, ma a tutti gli insegnanti (trasversalità orizzontale). Cinquantasei sono stati gli insegnanti coinvolti nel programma.

Gli attori del programma:

1. Il Servizio di Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN)dell'ASL;
2. L'equipe dei formatori;
3. Gli insegnanti;
4. Gli alunni;
5. La scuola;
6. Le famiglie.

Per il ruolo di ciascun attore si rimanda ai dettagli riportati nel manuale [4].

Fasi e formazione. Il programma “Porta la frutta scuola - In Gamba” è stato articolato in tre fasi consecutive:

1. prima fase: formare i docenti
2. seconda fase: trasferire i concetti nella didattica e coinvolgimento delle famiglie
3. terza fase: controllo del lavoro svolto

Risultati. Al termine della terza fase si è registrato:

- un incremento del 45,6% ($p < 0,001\%$) del consumo di frutta, verdura e ortaggi;
- un decremento del 52,8% ($p < 0,001\%$) del consumo di patatine fritte e bevande zuccherate del tipo cola;
- un aumento del 51,4% ($p < 0,001\%$) degli alunni che hanno aumentato di 2 ore a settimana l'attività fisica.

Conclusioni. Nel nostro lavoro emerge che, relativamente alla modificazione delle abitudini alimentari, i risultati sono in linea con quelli dello studio “Porta la frutta a scuola”

[3]; per quanto riguarda la promozione dell'attività fisica, il programma è stato ugualmente efficace. Se tali risultati dovessero essere confermati da eventuali altre ricerche, si può disporre di una metodologia "istituzionale" sia per promuovere corrette abitudini alimentari sia l'attività motoria nei ragazzi della nostra scuola primaria.

Bibliografia.

1. Hemminki K, X. Li, K. Czene. "Cancer risks in first-generation immigrants to Sweden." Int J Cancer 2002 May 10;99(2) 218-228.
2. Hemminki K, X. Li. "Cancer risks in second-generation immigrants to Sweden." Int J Cancer 2002 May 10;99(2) 229-237.
3. Panunzio MF, Antoniciello A, Pisano A, Cela EP, Dalton S. Nutrition intervention by teachers may promote fruit and vegetable consumption in Italian students. Nutr Res 2007; 27: 524-8.
4. Panunzio MF, Antoniciello A, Pisano A, Cela EP. Porta la frutta a scuola. Foggia: Edizioni Della Vela, 2006

*"Porta la frutta a scuola" Network

Responsabili del programma

Michele F. Panunzio, *Direttore Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione ASL Foggia centro*
Antonietta Antoniciello, *Dirigente CSNEA SIAN ASL FG centro.*

Direzione Scientifica

Ferguson Lynnette Robin, *Head, Discipline of Nutrition, University of Auckland*

Sharron Dalton, Associated Professor – Department of Nutrition, Food Studies and Public Health – University of New York, NYU

Fitzgerald Wendy, *Cabinet Member in the City and County of Swansea, Wales, UK*

Coordinamento Operativo

Enza Paola Cela, *Responsabile Psicologia SIAN ASL FG centro*

Rosalia Bisceglia, *Direttore SIAN ASL Foggia sud*

Leonardo Petracca, *Direttore SIAN ASL Foggia nord*

Enrica Bucci, *Responsabile Area Nutrizione SIAN ASL Foggia nord*

Equipe Operativa

Lorenzo De Michele, Michele Tangi, Stefano De Marco, Alessandra Pisano, Luigi Ficelo, Gerardo

Romagnuolo, Buccinotti Milena, Stefania Lombardi, Ciociola Miriam, Bucci Enrica, Dedda

Valentina, Ammollo Rosa, Di Carlo Giselda, D'Aprile Angelapia, Ritrovato Nunzia, Delle Rose Sara,

Lucia Trivisano, Paola D'ambrosio, Patrizia Grieco

Enti, Istituzioni ed Associazioni

- **Associazione "Porta la Frutta a Scuola":** *Stefano De Marco, Rita Robusto, Eva Fantetti, Rossella Caporizzi, Sonia Ficelo*
- **Regione Puglia – Assessorato Politiche della Salute:** *Fulvio Longo, Giovanna Rosa, Savino Anelli*
- **Regione Puglia – Agenzia Regionale Sanità:** *Vincenzo Pomo*
- **Coldiretti:** *Pietro Salcuni, Antonio De Concilio, Giuseppe Scagliola*
- **Provincia di Foggia:** *Carmine Stallone, Antonio Angelillis, Antonio Pepe, Enrico Santaniello*
- **Comune di Foggia:** *Orazio Ciliberti, Gianni Mongelli, Pasquale Dell'Aquila, Claudio Sottile, Grazia Fazio*
- **Arcidiocesi di Foggia –Bovino:** *S.E. Francesco Pio Tamburrino, don Tonino Intiso, don Bruno D'Emilio*

- **Università degli Studi di Foggia:** *Antonio Muscio, Emanuele Tarantino, Agostino Sevi, Zina Flagella, Edoardo Altomare, Mauro Cignarelli, Giovanni Corso, Francesca Pinto Minerva*
- **Ufficio Scolastico Provinciale Foggia:** *Mario Melino, Ennio Prontera, Antonio Cariglia*
- **Ordine dei Medici Foggia:** *Salvatore Onorati*
- **ACLI:** *A. Russo*
- **Foggia - Città Educativa:** *Maria Buono*
- **FIALS:** *Pietro Pizzichetta*
- **Rete SIAN - CCM:** *Giuseppe Ugolini*
- **Società Italiana d'Igiene:** *Domenico Lagravinese, Vincenzo Cipriani*

62. P. UN GIRO AL MERCATO. ESPERIENZA DI EDUCAZIONE ALIMENTARE E ORIENTAMENTO AL CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

Prete L., Intriери L., Coppini C., Sardo Cardalano M.

Azienda USL di Bologna, Dipartimento di Sanità Pubblica, Unità Operativa Igiene Alimenti e Nutrizione

Introduzione. L'analisi dei dati raccolti ci dice che i giovani, pur consapevoli dell'importanza di una sana alimentazione, mettono in atto comportamenti alimentari scorretti. L'esperienza si protrae dal 2000 ed ha coinvolto circa 5.500 alunni delle scuole medie inferiori della Provincia di Bologna, i loro insegnanti e le famiglie con ragazzi di 12/14 anni.

Obiettivi:

- Vista la scarsa propensione dei preadolescenti per il consumo di frutta e verdura, ci si propone di offrire loro l'opportunità di venire a contatto con il mercato ortofrutticolo nella sua sede del Centro Agro Alimentare di Bologna (CAAB), e di stimolare il loro interesse per frutta e ortaggi
- si forniscono a studenti e insegnanti le informazioni riguardo i diversi metodi di produzione, il processo commerciale, i controlli per assicurare a frutta e verdura la garanzia di salubrità, il corretto modo di consumarle e gli elementi per una migliore conoscenza delle varietà
- sfruttando il mezzo teatrale si coinvolgono attivamente i ragazzi ed i loro insegnanti nella preparazione di un minestrone.

Metodi. Si propone alle scuole una visita al mercato ortofrutticolo, durante la quale l'esperto biologo (che quotidianamente controlla i prodotti ortofrutticoli del mercato) accompagna i ragazzi in un percorso che li coinvolge anche attivamente attraverso "una spesa guidata": all'inizio del giro ogni partecipante viene dotato di un cestino che riempirà con quello che viene gentilmente offerto dagli operatori del mercato.

Viene data una risposta chiara ad una serie di quesiti del tipo: da dove arrivano i prodotti che consumiamo? Che cos'è un prodotto biologico? Chi garantisce e controlla la salubrità dei prodotti? Che cosa sono gli OGM? Perché è necessario introdurre nella dieta un giusto apporto di frutta e verdura?

Si illustra agli alunni ed ai loro insegnanti il lavoro di verifica della salubrità dei prodotti in commercio e come mangiare la frutta e la verdura per gustarne al meglio il sapore e beneficiare delle proprietà nutritive. In particolare viene sottolineata l'importanza di un adeguato apporto di frutta e verdura per assicurare una dieta quotidiana equilibrata e salutare. Viene fornito loro il calendario della stagionalità dei prodotti locali.

Il messaggio è rafforzato in modo stimolante ed innovativo attraverso un'attività teatrale ludico/didattica che coinvolge direttamente i partecipanti nella preparazione di un minestrone. Ogni alunno porterà a casa le verdure già pronte per il minestrone e la ricetta per poterlo rifare.

Si propone, inoltre, la partecipazione ad un concorso che prevede la realizzazione di un'opera grafica.

Risultati. Il raggiungimento degli obiettivi viene verificato tramite la valutazione ed analisi degli elaborati grafici presentati dalle classi che partecipano al concorso a premi.

Conclusioni. La proposta, innovativa ma collaudata negli anni, permette il raggiungimento di tutti gli obiettivi e si è rivelata estremamente apprezzata dalle scuole della Provincia di Bologna.

63. P. BUSSOLA VERDE. SERVIZIO DI ORIENTAMENTO AI CONSUMI DEI PRODOTTI ORTOFRUTTICOLI

Prete L., Intrieri L.

Azienda USL di Bologna, Dip. Sanità Pubblica, UO Igiene Alimenti e Nutrizione

Introduzione. **Bussola Verde** è un servizio di orientamento ai consumi dei prodotti ortofrutticoli nato nel 2002 a Bologna. Si avvale di un apposito Comitato a cui partecipano tutti gli attori della filiera di produzione, controllo e commercializzazione (Azienda USL, Provincia, Comune, Università, Camera di Commercio, Associazioni di categoria ed operatori commerciali).

Obiettivi:

- Garantire e diffondere un'informazione corretta sui prodotti ortofrutticoli (caratteristiche, provenienza, salubrità) per stimolare un consumo critico e consapevole nell'ambito di una dieta sana ed equilibrata
- Illustrare i controlli effettuati dalla Azienda USL di Bologna, aumentando il rapporto di fiducia del cittadino nei confronti dell'Ente pubblico come soggetto preposto alla vigilanza sulla salute
- Fornire al consumatore i necessari consigli per effettuare il migliore acquisto, sia dal punto di vista della qualità sia del prezzo.

Metodi. Bussola Verde opera attraverso incontri settimanali del Comitato presso il Centro Agro Alimentare di Bologna (CAAB). Gli incontri sono finalizzati alla valutazione degli andamenti produttivi stagionali, tenendo conto della disponibilità, dei prezzi (al produttore, all'ingrosso, al dettaglio, al consumo) e, prima ed unica esperienza in Italia, dei risultati dei controlli igienico-sanitari effettuati dalla Azienda USL. Dalla analisi di tali parametri, viene individuato il paniere di prodotti ortofrutticoli che, in quel momento, evidenzia il miglior rapporto qualità/prezzo, e viene proposto ai consumatori sotto forma di pagella (prodotti "promossi", "bocciati" o dall'andamento incerto). Il servizio di informazione periodica è completato dalla predisposizione di schede informative sui singoli prodotti ortofrutticoli che ne illustrano caratteristiche agronomiche, proprietà nutrizionali, stagionalità, zone di provenienza, oltre a fornire indicazioni per il corretto consumo. Le attività di Bussola Verde vengono divulgate principalmente attraverso la stampa quotidiana locale che dedica loro, ogni venerdì, un'intera pagina che comprende, oltre alla "pagella" dei prodotti, un approfondito editoriale su un tema di attualità nel settore. Bussola Verde comunica con i cittadini anche attraverso il sito web www.bussolaverde.it e la partecipazione a trasmissioni televisive e radiofoniche.

Risultati. Attraverso la consultazione dei diversi strumenti (cartacei e mediatici) di cui si avvale Bussola Verde, i consumatori hanno la possibilità di orientare le loro scelte verso prodotti di stagione, di cui è nota la provenienza, che forniscono ogni garanzia sotto il profilo igienico-sanitario e nutrizionale.

Conclusioni. Bussola Verde nel corso degli anni (7 ormai!) ha dimostrato di essere uno strumento al servizio del cittadino estremamente apprezzato e seguito, diventando un appuntamento fisso per i consumatori più attenti, che vi trovano informazioni tempestive, orientate ad una dieta sana e a corretti stili di vita.

64. P. DA UN PROGETTO DI WORKPLACE HEALTH PROMOTION AL PROGETTO “BICI IN CITTÀ”: L'ESPERIENZA DI SAN SEVERINO MARCHE

Ravaglia E.*, Petrocchi S.°

* *Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione ASUR Marche ZT 1 Pesaro*

° *Dipartimento di Prevenzione ASUR Marche ZT 10 Camerino e Comune San Severino Marche*

Introduzione. Le azioni di promozione della salute possono innescare un percorso virtuoso che si esplica anche oltre le persone direttamente coinvolte. Il SIAN di Camerino ha voluto percorrere la strada della conoscenza della realtà locale per arrivare a formulare proposte operative suggerite e condivise dagli stessi potenziali utenti. Nel tempo, l'iniziale percorso conoscitivo si è evoluto in più tappe, comprendendo di volta in volta vari protagonisti, fino ad oggi, con ricadute formative ed attive che hanno superato i confini della zona e dell'ambito sanitario.

Obiettivi. L'iniziale progetto ha previsto un'indagine conoscitiva sul tema “Alimentazione e lavoro” sull'intera popolazione lavorativa di un'Azienda Sanitaria. Obiettivo conseguente è stata la individuazione di appropriati interventi di promozione della salute in ambito lavorativo, scaturiti dall'analisi dei bisogni. Lusinghiero obiettivo raggiunto, sebbene inatteso, è stato soprattutto il superamento del “confine” lavorativo sanitario, essendo l'intervento giunto fino alla cittadinanza.

Metodologia e risultati. Si è perseguita una modalità congiunta attuativa-comunicativa che potesse rafforzare l'interesse nei decisori e nell'ambito culturale-scientifico, per cui i diversi obiettivi dichiarati e raggiunti sono stati oggetto di comunicazioni a vari convegni e pubblicazioni, in tempo reale rispetto all'evoluzione stessa. Nel 2005, accettato come progetto strategico aziendale, è stato elaborato e distribuito a tutti i 712 dipendenti della Zona 10, un questionario di autocompilazione su tipologia di lavoro ed eventuale stress, abitudini alimentari, di attività fisica e di interesse a spazio per svolgere attività fisica in azienda. Sulla scorta dei risultati (ritorno del 60% dei questionari, ma completi solo il 48% del totale distribuito; di questi solo il 6% conosceva le linee-guida INRAN e ben il 68% era interessato al suddetto spazio per attività fisica), nel 2006 è stato elaborato un progetto congiunto con l'Università degli Studi di Camerino, condiviso con le Direzioni aziendali, ma tuttora fermo. Si è potuto, invece, nella ZT Camerino, ideare e realizzare un corso ECM in tre edizioni svoltesi nel giugno 2008, con coinvolgimento attivo dei dipendenti partecipanti.

Conclusioni. Nella parte dedicata alla ideazione di percorsi attivi di promozione WHP dei citati corsi di formazione, gli stessi partecipanti individuavano varie proposte: richiesta ai bar interni agli ospedali di offerte a maggior contenuto di frutta e verdura, richiesta di dotazione in ambito lavorativo di sale fitness con poche ma utili attrezzature, istituzione del “Comitato Benessere del Dipendente”, organizzazione di “Percorsi salute” sia all'interno dell'area ospedaliera che cittadina, ideazione di corsi di cucina per menu salutari, apertura del Servizio di counselling nutrizionale, incentivazione all'uso delle scale e molti altri. Uno dei docenti invitato al Corso, inoltre, ispirandosi al progetto ha sviluppato e proposto un'iniziativa concreta nella sua Zona di provenienza per il 2009.

Finora, la conseguenza più evidente, però, è stato il Progetto “Bici in città” promosso, in qualità di Assessore all'ambiente, da uno dei partecipanti al Corso, che prendendo spunto da quanto emerso, ed aderendo ai principi di salute esposti, ha poi contribuito alla stesura ed applicazione nel 2009, della Delibera di Giunta Comunale di San Severino Marche “Bici in città” che ha portato ad offrire gratuitamente alla cittadinanza l'utilizzo di 18 biciclette, forse unico comune dell'entroterra marchigiano ad aver attuato finora una tale iniziativa, ben nota in altre città. Ancora una volta, dunque, perseguire l'invito OMS “pensare globalmente, agire localmente” ha dato i suoi frutti!

65. P. IL MERCOLEDÌ DELLA FRUTTA: UN PROGETTO DI EDUCAZIONE NUTRIZIONALE ATTIVA E SUA VALUTAZIONE INTERMEDIA. RISULTATI NELLA ZT 1 PESARO

Ravaglia E.*, Lisi M.L.*, Monaldi C.*, Raschi G.*, Lemma G.*, Gonzales Limay N.°, Ceccarini L.°

* *ASUR Marche ZT 1 Pesaro - Dipartimento di Prevenzione*

° *Università degli Studi di Urbino – Facoltà di Sociologia - Master in Tecnici di Politiche territoriali e urbane*

Introduzione. L'importante indagine nazionale OKkio alla salute 2008 (Promozione della salute e della crescita sana dei bambini della scuola primaria), ha evidenziato anche in ambito marchigiano un preoccupante livello di sovrappeso/obesità che colpisce più di 1 bambino su 3, nella fascia 8-9 anni. Tra le abitudini alimentari, poi, ad es., soltanto il 7% dei bambini marchigiani risulta consumare a scuola uno spuntino adeguato nutrizionalmente. Tale dato è ancor più netto nell'ambito della Provincia di Pesaro-Urbino, che si attesta sul 3%. Per l'A.S. 2008/9, nelle Marche, è stato promosso dai Servizi Igiene degli Alimenti e Nutrizione, un semplice progetto dal titolo “Il mercoledì della frutta”, ispirato ai principi di “Guadagnare salute”. Nella ZT 1 di Pesaro, anche grazie ad una stagista della Facoltà di Sociologia, è stato possibile procedere ad una valutazione intermedia del progetto su base locale.

Obiettivi del Progetto e della Valutazione. Promuovere nella Regione Marche, in modo concreto ed immediato, la scelta consapevole di consumare frutta come spuntino di metà mattina nelle scuole, per rendere “naturale”, piacevole e abituale tale consumo, ricorrendovi in modo costante almeno nella giornata del mercoledì, per meglio avvicinare i giovani a tale scelta alimentare e costituire il primo presupposto concreto per ulteriori più avanzati progetti. Attuare una valutazione dell'impatto e gradimento del progetto, sia nei contenuti che nell'organizzazione.

Metodi. Il Progetto è stato basato sul coinvolgimento diretto e ha compreso: richiesta adesione agli Istituti scolastici; distribuzione capillare di depliant informativo ispirato a “Frutta snack”, adattato alla diversa età target; incontri informativi-formativi con insegnanti e famiglie; comunicazione con i mass-media; impegno, liberamente assunto da parte delle famiglie a fornire ai propri figli frutta per merenda a scuola, almeno un giorno a settimana per tutto l'anno scolastico; sostegno teorico e pratico da parte degli insegnanti; monitoraggio dell'effettivo consumo attraverso rilevazione in classe. Finanziamento non richiesto in quanto le famiglie già normalmente forniscono la merenda ai propri ragazzi, ma gradite eventuali sponsorizzazioni. La valutazione intermedia è stata effettuata mediante breve questionario a bambini, genitori, insegnanti e dirigenti scolastici.

Risultati. Nella ZT 1 Pesaro (150.500 abitanti) hanno aderito al Progetto 176 classi, soprattutto di scuole primarie, con circa 3200 bambini. In primavera 2009 sono stati distribuiti circa 3200 questionari per i bambini/ragazzi, 3200 per i genitori, 150 per gli insegnanti e 13 per i dirigenti scolastici. Si riportano solo alcuni dei risultati, riferiti a circa un terzo del totale delle scuole primarie coinvolte, comprese nei comuni di Pesaro e Montelabbate. Il 96% dei bambini ha partecipato e solo il 3,9% si dichiara non contento di

ciò, il 74% si dichiara contento e il 22,1% così così. L'età modifica il gradimento: è contento l'83,1% dei bambini di prima vs il 55,1% dei bambini di quinta, ma l'assoluto non gradimento si mantiene molto basso (rispettivamente 2,7% e 5,1%). Il 56,3% dei bambini dichiara che prima del progetto non mangiava MAI frutta a merenda a scuola, mentre dopo il progetto cala drasticamente al 6,8%. Prima del progetto chi mangiava frutta a scuola almeno una volta a settimana era il 30,3%, dopo, saliva al 72,5%. Il 75,6% delle femmine e il 65,6% dei maschi gradirebbe proseguire il progetto il prossimo anno. Nessuno tra gli insegnanti e solo lo 0,2% dei genitori ha ritenuto il progetto inutile, mentre l'80,4% degli insegnanti e il 69% dei genitori lo ha ritenuto molto utile.

66. P. PIÙ SALUTE PER TUTTI!

Rocca G., Paganoni R., Antonioli L., Dieli S., Bortolotti G., Maffioletti A., Imbalzano G.
ASL Bergamo

Introduzione. Le malattie cardiovascolari ed i tumori, che rappresentano la prime due cause di morte nella popolazione italiana, possono ridursi se si riduce il consumo di tabacco, se si svolge più esercizio fisico, se si consumano alimenti protettivi.

L'ASL di Bergamo, con questa campagna, vuole promuovere quei comportamenti che possono essere fortemente condizionati dal contesto in cui le persone vivono, agendo soprattutto sui "fattori abilitanti" e sui "fattori rinforzanti". Per questo motivo partecipano e sostengono la campagna le amministrazioni comunali attraverso le Assemblee dei Sindaci, le scuole, i Medici di Medicina generale, le agenzie educative e le associazioni del territorio.

Obiettivi. Aumentare la pratica dell'esercizio fisico nella popolazione, promuovere il consumo di alimenti protettivi, combattere l'abitudine al fumo.

Metodi. La campagna, attraverso l'attivazione diffusa della comunità nelle sue varie articolazioni, punta alla modificazione dei comportamenti e alla creazione di contesti favorevoli e di facilitazioni all'adozione di uno stile di vita sano, concretizzandosi nelle seguenti azioni:

promozione attività fisica: percorsi curricolari per la scuola; piedibus e gruppi di cammino per adulti e anziani; campagna "Usa le scale" per la popolazione; valutazione dei Piani di Governo del territorio affinché le amministrazioni comunali sostengano ed implementino le piste ciclopedonali e i "percorsi all'aria aperta"; acquisto di biciclette per operatori ASL che si muovono sul territorio.

Promozione consumo alimenti protettivi: percorsi curricolari per la scuola; campagna "Dammi un cinque".

Lotta al tabagismo: azioni indirizzate prevalentemente al mondo dei giovani, con percorsi curricolari proposti dalla Regione Lombardia "Scuola libera dal fumo".

Risultati. La campagna ha coinvolto in due anni 160 comuni su 244 della provincia di Bergamo. In particolare sono attivi 45 Piedibus e 15 gruppi di cammino; nell'anno scolastico 2007-2008 sono stati raggiunti circa 25.000 studenti, di tutti gli ordini di scuola, che hanno sperimentato un curriculum fra quelli proposti; in 14 PGT sono stati inseriti i percorsi ciclopedonali; la campagna sull'utilizzo delle scale è stata fatta in 44 Comuni; la campagna "Dammi un cinque" in 4 Comuni.

Attraverso la sorveglianza PASSI sarà possibile valutare nel tempo l'andamento di alcuni comportamenti che negli obiettivi del progetto ci si era prefissati di modificare.

Conclusioni. Un progetto di promozione della salute che punti al cambiamento dei comportamenti e alla creazione di contesti favorevoli a tale cambiamento può trovare applicazione e sviluppo solo se affidato alla rete locale. Attraverso questo progetto abbiamo sperimentato l'importanza determinante di questo "supporto esterno" nel generare il successo delle attività di prevenzione, soprattutto quelle indirizzate alla modifica dei comportamenti.

67. PICCOLI PASSI DI SALUTE

Rocca G., Paganoni R., Maffioletti A., Imbalzano G.
ASL Bergamo

Introduzione. Il piedibus è un bus fatto di bambini che vanno a scuola a piedi, (almeno una volta alla settimana e per tutto l'anno scolastico) accompagnati da alcuni adulti. Ogni linea di piedibus ha le sue fermate ad orari stabiliti, e le sue regole che vanno rispettate.

Il piedibus rappresenta un'occasione per prendersi cura del proprio territorio e per costruire competenze nei bambini sia rispetto all'educazione stradale (imparata "sul campo") che rispetto alla salute (benessere legato al movimento, e alla riduzione del traffico e dell'inquinamento) che rispetto all'appartenenza ad una comunità (valori come l'amicizia, la solidarietà, la fiducia vengono messi in risalto dall'iniziativa).

Obiettivi. Aumentare l'attività fisica nei bambini e negli adulti accompagnatori; ridurre il traffico urbano e l'utilizzo dell'automobile per spostamenti brevi con ripercussioni sull'inquinamento, sul rumore e sugli incidenti legati al traffico veicolare; incrementare la socializzazione e la conoscenza del territorio; fare educazione stradale "sul campo".

Metodi. Progettazione partecipata a cura di insegnanti, polizia municipale, genitori, assessori, operatori ASL, Associazioni del territorio, ecc., nella quale sono condivisi gli obiettivi e sono prese insieme decisioni operative; ogni piedibus si sviluppa in modo differente, a seconda della comunità in cui si realizza. Ciascuna realtà individua anche le facilitazioni alla continuazione del progetto per tutto l'anno scolastico (premi, feste, gadgets, eventi scolastici, ecc).

Risultati. Nell'Asl della provincia di Bergamo sono stati avviati, negli anni 2008-2009, 45 Piedibus; nella sola città di Bergamo sono attivi 14 Piedibus. In molte scuole il Piedibus è un progetto inserito nel POF, e viene riproposto ogni anno.

Conclusioni. E' un progetto di promozione della salute che viene accolto con entusiasmo dai bambini, e che riesce a vincere le iniziali diffidenze degli adulti rispetto ad alcuni "problemi" rappresentati dal peso delle cartelle, dalla copertura assicurativa dei partecipanti al Piedibus, e dalla iniziale scarsa considerazione per il progetto.

Inoltre il Piedibus può rivelarsi evento "trainante" rispetto all'attuazione di politiche di mobilità sostenibile (zone residenziali, zone 30, piste ciclo-pedonali, migliore vivibilità urbana, ecc), e quindi rappresenta un valido strumento per guadagnare salute.

68. P. I GRUPPI DI CAMMINO

Rocca G., Paganoni R., Brambilla P., Bortolotti G., Imbalzano G.
ASL Bergamo

Introduzione. L'iniziativa di promozione di Gruppi di Cammino nasce nel contesto del piano integrato di prevenzione 2007-2008 e si ispira ad analoghe esperienze sia italiane che (soprattutto) anglosassoni.

Obiettivi. Prevenzione della cronicità attraverso l'aumento dell'attività fisica moderata: si basa su principi di "educazione dell'adulto", per il momento è indirizzata alla popolazione over 60, e vuole promuovere un esercizio moderato di almeno 30 minuti al giorno per almeno 5 giorni la settimana.

Si è predisposto e presentato un modello di rete a sviluppo pluriennale che coinvolge oltre all'ASL, Istituzioni Pubbliche, Amministrazioni Comunali, Privato Sociale ed Organizzazioni di Volontariato, Medici di Medicina Generale.

Obiettivo secondario è facilitare nuove forme di socializzazione orientate in modo preciso ed esplicito alla salute.

Metodi. In pratica si organizzano gruppi che svolgono un programma concordato di stretching, rilassamento e cammino su un percorso prestabilito per 1 o 2 giorni la settimana.

L'azione si articola secondo fasi ormai sufficientemente strutturate.

Dopo un primo contatto con l'Amministrazione Comunale, si realizza un incontro con le Associazioni del territorio per presentare l'iniziativa ed individuare eventuali futuri conduttori (walking leader). Segue nel breve tempo un incontro con la popolazione dove tecnici dell'Asl illustrano effetti, benefici e forniscono le informazioni pratiche per l'avvio dell'attività. Infine si svolgono le sedute di avvio dell'attività a cui partecipa personale ASL con lo scopo di assistere la presa in carico da parte degli Walking Leaders.

I partecipanti vengono anche sottoposti ad un test di cammino di sei minuti che sarà ripetuto a distanza di 6 – 12 mesi in modo che ognuno possa oggettivare, utilizzando un diario personale, i miglioramenti ottenuti.

Risultati. A tutt'oggi sono 15 i gruppi di cammino avviati in altrettanti Comuni della provincia di Bergamo; altri 10 Comuni hanno chiesto un incontro per avviare il progetto.

Conclusioni. La risposta delle Comunità locali a questa proposta è molto vivace sia a livello delle Amministrazioni che delle Associazioni e dei privati cittadini.

Ci sembra che l'elemento strategico di questo programma sia la formazione e il sostegno ai conduttori. Sono cittadini che vengono messi in condizione di offrire agli altri la loro capacità di mantenere vivo e compatto il gruppo mediante qualche competenza tecnica specifica acquisita. In questo senso sono l'espressione più interessante di una azione di educazione dell'adulto.

Questi conduttori vengono incontrati periodicamente, per un'analisi ed una condivisione delle criticità e dei punti di forza del progetto, anche con la supervisione di alcuni specialisti (fisiatra, cardiologo, diabetologo).

69. P. DAMMI UN CINQUE

Rocca G., Antonioli L., Paganoni R., Dieli S., Bortolotti G, Maffioletti A., Bianchi C., Schiavi M., Imbalzano G.
ASL Bergamo

Introduzione. La letteratura scientifica suggerisce di consumare almeno cinque porzioni giornaliere di frutta e verdura in modo che l'effetto preventivo di questi alimenti possa manifestarsi completamente.

Obiettivi. Incrementare il consumo di frutta e verdura nella popolazione attraverso un'azione di promozione concertata con i Comuni e le Associazioni di categoria, e finalizzata alla realizzazione di facilitazioni all'acquisto dei prodotti ortofrutticoli.

Presentare la campagna "Dammi un cinque" alle Amministrazioni comunali, ed avviarla in almeno tre Comuni della provincia di Bergamo.

Metodi. Attraverso l'attivazione di alcune Amministrazioni comunali e delle associazioni dei commercianti di prodotti ortofrutticoli, si è avviata una campagna di promozione del consumo di questi alimenti protettivi, denominata "Dammi un cinque". Lo scopo dell'iniziativa è quello di rendere facile l'acquisto di frutta e verdura di stagione, possibilmente locale, ad un prezzo inferiore ad € 1,00 al kilogrammo. In ogni mese vengono individuati un frutto ed un ortaggio per i quali scatta l'offerta promozionale per una settimana o più; al cittadino che acquisterà il prodotto in promozione verranno consegnate delle schede con le ricette a base dei prodotti ortofrutticoli in promozione, elaborate dalle dietiste del SIAN.

Risultati. Negli anni 2008-2009 questa iniziativa è stata avviata in 4 Comuni, mentre altre 10 Amministrazioni sono in fase di contatto. Sono coinvolti principalmente i negozi di frutta e verdura, ma in una realtà ha chiesto di partecipare all'iniziativa anche la grande distribuzione.

Conclusioni. Mentre la presentazione del progetto ha riscosso un certo interesse da parte delle amministrazioni comunali e delle associazioni di categoria, la realizzazione dell'iniziativa è stata un po' più difficoltosa, soprattutto per quanto riguarda la sua sostenibilità. In alcuni Comuni si è riusciti a coinvolgere le scuole in un progetto sul consumo di frutta all'intervallo in alternativa alle merendine, e questo ha contribuito a rinforzare la campagna "Dammi un cinque".

Anche l'iniziativa dei gruppi di cammino per adulti, si aggancia alla corretta alimentazione ed alle raccomandazioni della campagna.

70. P. PROGETTO QUADRIFOGLIO PER LA PROMOZIONE DI UNA SANA ALIMENTAZIONE E DI UNA ADEGUATA ATTIVITA' FISICA: SCUOLA MEDIA SUPERIORE

Russo Krauss P., Cione I., Esposito D., Genovese S., Leone C., Rettura R., Sansalone N.
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro

Il Progetto Quadrifoglio è un'iniziativa di educazione alla salute che verte su 4 temi: fumo, igiene orale, alimentazione e attività fisica. Questi ultimi due temi sono trattati con 3 proposte educative: per le scuole elementari, per le medie inferiori, per le superiori. Gli insegnanti partecipano ad un Corso di formazione, ricevono una "Guida per gli insegnanti" e un dvd con un software per il calcolo dei nutrienti, le relazioni del Corso, una raccolta di inserzioni pubblicitarie ecc.

Il progetto educativo, secondo l'impostazione cognitivista, è articolato in 7 tappe (1. suscitare l'interesse; 2. far emergere conoscenze, opinioni e credenze; 3. mettere in crisi i concetti e le opinioni ostacolanti; 4. fornire conoscenze corrette; 5. facilitare la rielaborazione delle conoscenze; 6. formalizzare le conoscenze; 7. indurre a prendere impegni) ed è articolato in tre unità didattiche (1° Alimentazione, attività fisica e salute; 2° Alimentazione e mass-media; 3° Alimentazione, ambiente e Paesi Poveri), che prevedono attività quali letture, discussioni di gruppo, analisi e decodifica di inserzioni pubblicitarie ed etichette, organizzazione di una campagna pubblicitaria sulla corretta alimentazione, ricerche, esercizi, giochi, produzione di elaborati ecc. Nelle classi viene tenuto anche un incontro con un medico o dietista e ai genitori viene consegnato un opuscolo, una locandina e un calendario della maturazione delle verdure. Ogni anno partecipano al progetto circa 1.500 studenti.

Alla fine di ogni anno scolastico viene somministrato agli insegnanti che partecipano al progetto un questionario per conoscere se la programmazione educativa è stata svolta in tutte le sue parti, quali sezioni eventualmente sono state trascurate e per quale motivo, quali materiali didattici sono stati utilizzati e quali no e perché, quante ore complessive sono state dedicate allo svolgimento del progetto e quale è stato il gradimento degli studenti.

Risultati: il 64% dei docenti dichiara di aver svolto l'UD su alimentazione e salute, il 32% quella su alimentazione e mass-media e solo il 4% quella su alimentazione, ambiente e Paesi Poveri. I materiali didattici proposti sono utilizzati nelle seguenti percentuali: questionario per stimolare la discussione 64%, Guida alla lettura delle etichette 62%, Perché mangiamo 48%, Alimentazione e sport 44%, Calendario delle verdure 44%, Alimentazione e Pubblicità 42%, Alimentarsi per star bene 40%, Diete e salute 40%, software per il calcolo dei nutrienti e calorie assunte 30%, Alimentazione e Paesi Poveri 28%, Alimentazione e ambiente 8%. Il 42% dei docenti dichiara che la classe ha prodotto uno o più elaborati. La media del gradimento del Progetto su una scala 1-5 è 4,7.

71. C. PROGETTO QUADRIFOGLIO: IN 12 ANNI COINVOLTI 127.000 STUDENTI

Russo Krauss P.[°], Cione I.[°], Di Bellucci A.^{°°}, Frojo S.^{°°}, Mabilia R.^{°°°}, Boscaino R.^{°°°}

[°] Azienda Sanitaria Locale Napoli 1; ^{°°} ANDI - Associazione Nazionale Dentisti Italiani,

^{°°°} LILT - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Il Progetto Quadrifoglio è un'articolata iniziativa di educazione alla salute promossa dalla ASL Napoli 1 Centro, dal Comune di Napoli, dalla LILT e dall'ANDI, che verte su 4 temi: alimentazione, attività fisica, fumo e igiene orale. Il progetto, nato nel 1997, dopo una fase preparatoria e sperimentale durata 2 anni, viene riproposto ogni anno a tutte le scuole elementari, medie inferiori e superiori di Napoli. Dal 2006 collabora al Progetto anche la Coldiretti Campana.

Nella fase preparatoria si sono costituiti due gruppi di lavoro interdisciplinari (pediatri, esperti in educazione sanitaria, psicologi, dietisti, odontoiatri, insegnanti) e intersettoriali (ASL, scuola, associazioni), che, sulla base di modelli teorici scientificamente fondati e di buone pratiche già validate, hanno ideato dettagliate programmazioni educative e materiali didattici. In questa fase è stato anche formato il personale sanitario impegnato nel progetto e si sono sperimentate le programmazioni educative in 84 classi di 21 scuole di Napoli. Sulla base di tale sperimentazione sono state apportate alcune modifiche al progetto. Le programmazioni educative e i relativi materiali didattici, nonché informazioni sui temi del progetto, sono stati raccolti in una "Guida per gli insegnanti".

Dal 1999 il progetto viene proposto annualmente a tutte le scuole elementari e medie di Napoli con questa articolazione:

- a) formazione degli insegnanti tramite un corso in aula di 16 ore e un corso on-line di 6 mesi, nonché la consegna a ciascun docente della "Guida per gli insegnanti";
- b) svolgimento dei percorsi didattici da parte degli insegnanti con il supporto del testo guida e di ulteriori materiali didattici (apparecchi per effettuare esperimenti sul fumo di sigaretta, un dvd ideato e preparato da studenti, ecc.);
- c) incontro della classe con un medico o psicologo per approfondire alcuni dei temi;
- d) coinvolgimento delle famiglie con specifici materiali comunicativi: una lettera, ad inizio progetto, un opuscolo e una locandina;
- e) manifestazione conclusiva nella quale le scuole espongono i lavori svolti e ricevono un attestato per l'impegno profuso.

Il progetto è sottoposto ogni anno ad una valutazione di processo e di gradimento. Nel 2002 è stata effettuata anche una valutazione di efficacia, che ha evidenziato gli esiti positivi del Progetto. In questi 12 anni hanno partecipato al progetto 127.000 studenti e sono stati formati 1328 docenti.

Il Quadrifoglio è stato individuato come "buona pratica" (con il massimo punteggio) dalla ricognizione effettuata dal DORS del Piemonte per conto del Ministero della Salute. E' inoltre uno dei due progetti della Campania che ha conseguito punteggio superiore a 75/100 alla ricognizione effettuata dal Formez nel 2008.

72. P. PROGETTO QUADRIFOGLIO PER LA PROMOZIONE DI UNA SANA ALIMENTAZIONE E DI UN'ADEGUATA ATTIVITA' FISICA: SCUOLA ELEMENTARE

Russo Krauss P., Cione I., Vairo U., Beneduce R., Cautela P., Ciaramella R., Manco G.
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro

Il Progetto Quadrifoglio è un'iniziativa di educazione alla salute che verte su 4 temi: fumo, igiene orale, alimentazione e attività fisica. Questi ultimi due temi sono trattati con 3 diverse proposte educative: per le scuole elementari, medie inferiori, superiori. Gli insegnanti partecipano ad un Corso di formazione e ricevono una "Guida per gli insegnanti", contenente nozioni sull'alimentazione, una programmazione educativa dettagliata e materiali didattici (giochi, letture, filastrocche, favole, disegni ecc.).

Il progetto educativo è articolato in due parti: una parte cognitiva e una affettivo-simbolica. La prima è formata da 4 unità: 1) "Il nostro corpo è una macchina, quello che mangiamo è la benzina", 2) "Più legumi, verdura, frutta e pesce", 3) "Meno grassi saturi e sale", 4) "Caffè e vino? No grazie". Ciascuna unità è articolata secondo una sequenza di impronta cognitivista (1. suscitare l'interesse; 2. far emergere conoscenze, opinioni e credenze; 3. mettere in crisi i concetti e le opinioni ostacolanti; 4. fornire conoscenze corrette; 5. facilitare la rielaborazione delle conoscenze; 6 formalizzare le conoscenze; 7. indurre a prendere impegni). La parte "affettivo-simbolica", tramite fiabe, giochi, filastrocche, utilizza gli elementi emozionali per connotare positivamente i cibi poco graditi dai bambini. Nelle classi viene tenuto anche un incontro con un medico o dietista e ai genitori sono consegnati un opuscolo, una locandina e un calendario della maturazione delle verdure.

Ogni anno partecipano al progetto circa 3.700 alunni.

E' stata effettuata una ricerca su un campione di alunni mediante somministrazione di un questionario sul consumo degli alimenti prima e dopo l'intervento educativo. Successivamente, in base a criteri predefiniti di valutazione, lo svolgimento del progetto è stato considerato "sufficiente" od "insufficiente". I dati sono stati elaborati con programma PC/SPSS/9.0 e confrontati con test di Wilcoxon.

Dall'indagine si evidenzia una riduzione degli alunni che non fanno la prima colazione molto significativa nel gruppo "svolgimento sufficiente" ($p < 0,000$), meno nel gruppo "svolgimento insufficiente" ($p < 0,025$); aumenta a colazione il consumo di pane e biscotti (rispettivamente $p < 0,04$ e $0,02$) ma solo nel gruppo "svolgimento sufficiente" e si riduce (ma non significativamente) solo in questo gruppo il consumo di merendine. In entrambi i gruppi si ha una riduzione significativa del consumo giornaliero di merendine.

Dalla nostra ricerca emerge inoltre che circa un terzo degli insegnanti coinvolti nel progetto lo svolgono in maniera insufficiente, anche se hanno sottoscritto un impegno, partecipato ad un Corso di formazione e ricevuto del materiale didattico e le indicazioni necessarie per svolgerlo.

73. P. PROGETTO QUADRIFOGLIO PER LA PROMOZIONE DI UNA SANA ALIMENTAZIONE E DI UNA ADEGUATA ATTIVITA' FISICA: SCUOLA MEDIA INFERIORE

Russo Krauss P., Cione I., Vairo U., De Luca V., Formicola P., Postiglione G., Rodolico R.
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro

Il Progetto Quadrifoglio è un'iniziativa di educazione alla salute che verte su 4 temi: fumo, igiene orale, alimentazione e attività fisica. Questi ultimi due temi sono trattati con 3 proposte educative: per le scuole elementari, per le medie inferiori, per le superiori. Gli insegnanti partecipano ad un Corso di formazione, ricevono una "Guida per gli insegnanti" e un dvd con un software per il calcolo dei nutrienti, le relazioni del Corso, una raccolta di inserzioni pubblicitarie ecc.

Il progetto educativo, secondo l'impostazione cognitivista, è articolato in 7 tappe (1. suscitare l'interesse; 2. far emergere conoscenze, opinioni e credenze; 3. mettere in crisi i concetti e le opinioni ostacolanti; 4. fornire conoscenze corrette; 5. facilitare la rielaborazione delle conoscenze; 6 formalizzare le conoscenze; 7. indurre a prendere impegni) ed è articolato in tre unità didattiche (1° Comportamenti alimentari e mass-media; 2° Alimentazione, attività fisica e salute; 3° Aspetti storici, geografici e culturali dell'alimentazione), che prevedono attività quali letture, discussioni di gruppo, analisi e decodifica di inserzioni pubblicitarie ed etichette, organizzazione di una campagna pubblicitaria sulla corretta alimentazione, ricerche, esercizi, giochi, produzione di elaborati ecc. Nelle classi viene tenuto anche un incontro con un medico o dietista e ai genitori vengono consegnati un opuscolo, una locandina e un calendario della maturazione delle verdure. Ogni anno partecipano al progetto circa 2.500 studenti.

E' stata effettuata una ricerca su un campione di studenti partecipanti mediante somministrazione di un questionario di frequenza sul consumo degli alimenti prima e dopo l'intervento educativo. Successivamente, in base a criteri predefiniti di valutazione, lo svolgimento del progetto è stato considerato "sufficiente" od "insufficiente"; le risposte date prima e dopo l'intervento educativo sono state elaborate con programma PC/SPSS/9.0 e confrontate con test di Wilcoxon.

Da tale ricerca emerge che nel gruppo "svolgimento sufficiente", per quanto riguarda la prima colazione, aumenta ($p = 0,01$) il numero di soggetti che la fa, nonché il consumo di latte e di biscotti ($p = 0,03$ e $p = 0,04$), mentre diminuisce il consumo di merendine ($p = 0,08$). Nel gruppo che ha svolto il progetto in maniera insufficiente si verifica, invece, solo un aumento significativo del consumo di biscotti ($p = 0,01$). Per quanto riguarda gli alimenti consumati il giorno precedente, nel gruppo "svolgimento sufficiente" si ha una riduzione di tutte le tipologie indagate ma più marcata per la carne ($p = 0,001$) e le merendine ($p = 0,001$). Non si segnalano invece particolari variazioni nel gruppo "svolgimento insufficiente".

74. P. SIMBOLI SALUTE VS GDA IN ETICHETTA. QUALI EVIDENZE DI EFFICACIA SULLA SALUTE PUBBLICA?

Spagnoli T.D.^{1,2}, Lo Bartolo D.^{1,2}, Bioletti L.^{1,2}, Santoli S.², Berruti R.², Croce M.², Maimone P.², Caputo M.², Magliola R.², Audenino M.^{1,2}, Cesari L.^{1,2}

1) Servizio Igiene Alimenti e nutrizione ASL TO 3 – Collegno (TO)

2) Rete SIAN Piemonte Piani di Prevenzione Attiva, sottogruppo per l'Azione 2
"Miglioramento offerta e qualità nutrizionale produzioni alimentari"

Introduzione/obiettivi. Tra le strategie messe a punto per facilitare la comprensione dell'etichetta nutrizionale da parte dei consumatori vi sono manuali informativi, simboli salute (promossi da istituzioni scientifiche/governative e posti volontariamente dai produttori sulla confezione di alimenti che rispettano caratteristiche nutrizionali prestabilite) e le GDA (Guideline Daily Amounts). Scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare quali tra queste strategie si siano rivelate di maggior impatto sulla salute pubblica.

Metodi. E' stata condotta una revisione dei dati di letteratura pubblicati su medline in merito all'etichettatura nutrizionale e al suo impatto sulla salute. Sono stati esclusi i lavori focalizzati sui claims salute.

Risultati. Degli 8 lavori conformi ai criteri di inclusione, 6 hanno valutato gli effetti delle diverse strategie sulle scelte dei consumatori, 2 l'impatto sulle aziende. Dei 6 studi sul target consumatori 5 hanno confrontato l'impatto comunicativo di simboli salute semplici, costituiti da 1 sola immagine (cuore, tick) vs loghi più complessi come il semaforo a 4 cerchi (ciascuno corrispondente ad un parametro nutrizionale contrassegnato da un colore rosso/giallo/verde in base al grado crescente di salubrità) vs le GDA: in tutti emerge la superiorità dei simboli ed in particolare del semaforo, rispetto alle GDA nel determinare un maggior numero di scelte corrette nel confronto tra i prodotti, anche se non sempre la > percezione della salubrità dell'alimento si traduce in una scelta sana (alcuni lavori hanno rilevato, con l'inserimento dei loghi in etichetta, riduzioni significative dell'intake di grassi da parte dei consumatori, altri non hanno evidenziato variazioni significative degli acquisti).

Degli 8 studi inclusi, i 2 che hanno considerato l'impatto sulle aziende hanno valutato la spinta del simbolo salute al miglioramento della qualità dei prodotti, evidenziando un ampliamento dell'offerta di alimenti contrassegnati dal logo: il simbolo tick in Nuova Zelanda ha portato in un anno alla riduzione di 33 tonnellate di sale nei cereali, pane e margarine, riformulati in funzione dell'inserimento del logo; in Gran Bretagna si è ridotto significativamente il contenuto di sale e grassi dei prodotti di alcune catene di supermercati, riformulati a seguito dell'introduzione del simbolo semaforo.

Conclusioni. Sebbene da tempo esistano strategie diverse per educare i consumatori ad una scelta consapevole, pochi sono gli studi sull'impatto sulla salute pubblica. Particolarmente promettente, per i possibili effetti sulla spinta alla riformulazione di alcuni prodotti da parte delle aziende, sembra essere la strategia del simbolo rispetto alle GDA. Sarebbe opportuno, visti i risultati raggiunti in altri Stati, istituire un gruppo di lavoro per valutare la fattibilità/sostenibilità anche in Italia di tali strategie, i cui effetti potrebbero essere monitorati con strumenti semplici (es. volumi di vendita dei prodotti più sani).

75. P. AIUTARE I PICCOLI CONSUMATORI ED I LORO GENITORI A SCEGLIERE GLI SNACK CONFEZIONATI ATTRAVERSO LA LETTURA DELL'ETICHETTA NUTRIZIONALE: IL PROGETTO "OBIETTIVO SPUNTINO" DELLA REGIONE PIEMONTE

Spagnoli T.D.^{1,2}, Lo Bartolo D.^{1,2}, Bioletti L.^{1,2}, Santoli S.², Berruti R.², Croce M.², Maimone P.², Caputo M.², Magliola R.², Audenino M.^{1,2}, Cesari L.^{1,2}

1) Servizio Igiene Alimenti e nutrizione ASL TO 3 – Collegno (TO);

2) Rete SIAN Piemonte Piani di Prevenzione Attiva

Introduzione ed obiettivi. Uno studio epidemiologico condotto in ambito nazionale nel 2008 (OKKIO alla salute) ha evidenziato nella Regione Piemonte, su un campione rappresentativo di 7749 bambini di 8-9 anni, una importante diffusione dell'abitudine allo spuntino: il 94% dei bambini consuma uno spuntino a metà mattina e il 73% sceglie snack confezionati (soprattutto merendine, che rappresentano il 30% degli snack consumati). Poiché l'83% dei prodotti selezionati dai bambini a metà mattina è costituito da alimenti ad elevato contenuto calorico e lipidico, che rappresentano un potenziale fattore di rischio per l'obesità, scopo del nostro studio è stato quello di valutare se tra i prodotti alimentari confezionati ve ne fossero alcuni idonei, strutturando allo stesso tempo un sistema di monitoraggio sulla qualità dei prodotti confezionati disponibili al consumo, attraverso una banca dati per gli operatori aggiornabile online. Un secondo obiettivo è stato quello di predisporre strumenti per promuovere scelte consapevoli da parte dei consumatori attraverso la lettura dell'etichetta nutrizionale.

Materiali e metodi. Attraverso un'agenzia di marketing abbiamo ottenuto l'elenco dei prodotti di più ampio consumo in Piemonte e destinati al target dell'età evolutiva (641 in totale). Per ciascun alimento abbiamo valutato l'etichetta nutrizionale (presenza, valori nutrizionali per 100 grammi / per porzione, ingredienti) e la sua conformità ai valori limite di calorie e grassi che potrebbero garantire uno spuntino nutrizionalmente adeguato (Kcal <150, lipidi <5 g).

Risultati. Il 90% dei prodotti esaminati ha l'etichetta nutrizionale e sono presenti molti prodotti conformi ai valori limite di calorie e grassi per porzione nell'ambito dei biscotti secchi (96%) e dei crackers (89%), pochi tra le merendine (17%) ed i gelati (16%), nessuno tra le patatine (e simili) e gli snack al cioccolato esaminati.

Conclusioni. Leggere l'etichetta è importante per scegliere bene, soprattutto se si considerano alcune categorie di prodotti quali le merendine, che rappresentano lo snack confezionato preferito dai bambini. Per aiutare i consumatori a scegliere, abbiamo preparato un atlante che sarà diffuso agli insegnanti in tutta la Regione Piemonte; l'atlante è costituito da schede contenenti la foto della porzione raccomandata e 2 parametri nutrizionali (calorie e lipidi) con i loro limiti massimi raccomandati, da cercare in etichetta per valutare l'idoneità nutrizionale del prodotto. Allo stesso tempo abbiamo strutturato un database online per gli operatori sanitari dei SIAN del Piemonte (ad accesso riservato) con un "simbolo salute" (semaforo verde) che sarà posto accanto a ciascun prodotto idoneo. E' auspicabile, in futuro trovare accordi con le aziende produttrici per inserire un simbolo salute sulle etichette dei prodotti con caratteristiche nutrizionali adeguate.

76. P. SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE: TREND DI OBESITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA NEL TERRITORIO DELLA EX NA/4

Stellato S., Amato R., Panico G., Esposito F., Principato S., Pecoraro P.
Dipartimento di Prevenzione - SIAN - U.O. Igiene della Nutrizione ASL Napoli 3 sud ex NA/4

Introduzione. La sorveglianza nutrizionale è definita come quell'insieme combinato di azioni finalizzate a documentare la presenza e la distribuzione in una popolazione di stati morbosi associati o mediati dalla dieta, per stabilirne le cause, individuarne le tendenze nel tempo, nello spazio e negli strati sociali, predirne le modifiche e per mettere a fuoco le priorità e consentire un preciso orientamento delle misure correttive e preventive. La sorveglianza nutrizionale, propriamente considerata come un mezzo di promozione della salute in campo nutrizionale, può essere un utile ed efficace strumento per contrastare l'obesità infantile.

Obiettivi. Scopo del lavoro è stato quello di analizzare i dati raccolti dal 2000 ad Okkio (2008) e di verificare gli effetti di un intervento di educazione nutrizionale, in un sub campione.

Metodi. L'attività di sorveglianza nutrizionale è stata svolta su una popolazione di 1619 soggetti (M 815 F 804) con età compresa tra 6 e 10 anni. Le misure antropometriche rilevate sono state: peso e altezza con indumenti intimi, senza scarpe (0.01 kg – 1 mm). È stato valutato sovrappeso e obesità utilizzando l'indice di massa corporea (BMI) secondo Cole e alcune abitudini alimentari più significative, come la prima colazione ed il consumo di frutta e verdura, attraverso la somministrazione di questionari che i bambini hanno compilato in classe insieme agli insegnanti. In un sub campione (n. 469 di cui M 229 e F 240 età 8 anni) è stata rilevata la plica tricipitale (TST), utilizzando il 95° percentile di Frisancho, ed è stata eseguita l'analisi di composizione corporea con bioimpedenziometria monofrequenza (BIA 101 Akern). In un altro sub campione (n.320) sono state attivate azioni preventive e di educazione nutrizionale coinvolgendo insegnanti, bambini e genitori.

Risultati. La prevalenza di obesità era del 19,8%, senza differenza significativa nei due sessi.

L'analisi di regressione lineare tra le due metodiche BMI e TST non ha mostrato differenze significative tra i due metodi: $r=.86$; $p<0.001$, la prevalenza di obesità con metodo plicometrico era sovrapponibile a quella valutata con BMI. Per l'analisi di composizione corporea (BIA), il campione è stato suddiviso in normopeso, sovrappeso e obesi, evidenziando rispettivamente i seguenti risultati: massa grassa (FAT%) 25.7 ± 6.8 ; $35.4\pm 5.9^*$; $42.7\pm 5.9^{*o}$; acqua totale (TBW%) 57.5 ± 5.8 ; $50.1\pm 4.7^*$; $44.6\pm 4.7^{*o}$, ($*p<0.05$ vs NW; $^o p<0.05$ vs OW). Il 16,3% non consuma quasi mai la colazione del mattino. Il 29,5% consuma mediamente meno di una porzione al giorno di frutta e verdura. Nel sub campione in cui è stato condotto l'intervento educativo nutrizionale per due anni, la prevalenza di obesità si è ridotta al 14,2%.

Conclusioni. I risultati mostrano che la popolazione scolastica rappresenta un target positivo di intervento per la sorveglianza nutrizionale e per gli interventi educativi nutrizionali volti alla prevenzione dell'obesità che andrebbero implementati con continuità.

77. P. FRUTTA A SCUOLA... E IN FAMIGLIA, PER VINCERE IN SALUTE! RISULTATI DI UN ANNO DI LAVORO

Tessari S.*, Drighetto B.***, Di Marino L.**

* *SIAN ULSS 16-Padova*

** *Università degli Studi di Padova*

Introduzione. Il progetto è iniziato nel 2003 ed ha subito modifiche continue fino al 2008/2009 con lo scopo di rafforzare il coinvolgimento delle famiglie e l'importanza dell'attività fisica.

E' il risultato della collaborazione tra Ulss 16 Padova - Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN), Mercato Agro Alimentare di Padova (MAAP), Settore Servizi Scolastici del Comune di Padova, Gruppo Grossisti e Concessionari del Mercato di Padova, Ascom, Confesercenti, Coldiretti, CIA, Confagricoltura, sette catene di supermercati che si sono resi partecipi e sostenitori. Sponsor per il 2008/2009 il campione olimpionico Galtarossa .

Obiettivi:

- 1) aumentare il consumo di frutta tra i giovanissimi
- 2) consolidare l'abitudine al consumo di frutta
- 3) ridurre il consumo di merende e bevande
- 4) favorire l'attività motoria.

Metodi.

Il progetto ha previsto la fornitura di frutta agli Istituti Comprensivi del Comune di Padova.

Azioni:

- 1) Coinvolgimento di 12 Istituti Comprensivi (3476 ragazzi)
- 2) Formazione degli insegnanti "tutor"
- 3) Formazione di hostess per pubblicizzare il progetto presso i supermercati
- 4) Rilevazione del gradimento
- 5) Rilevazione delle variazioni delle abitudini alimentari relative alla merenda
- 6) Partecipazione alle visite dei ragazzi presso il MAAP e consulenza scientifica
- 7) Pubblicità attraverso mass media
- 8) Festa con attività sportive.

Il MAAP ha fornito la frutta per due giorni a settimana nei primi tre mesi dell'anno, alle scuole secondarie di I° grado. L'innovazione è stata l'impegno delle scuole a far assumere nel periodo da gennaio a giugno 2009, frutta a merenda ai ragazzi per scelta individuale, con modalità gestite dalla scuola stessa.

Ha infine previsto la possibilità per supermercati di poter disporre di un sacchetto di mele da 1 kg, con il logo della campagna, distribuito ad un prezzo di euro 0,90.

Risultati. L'elaborazione dei dati del diario alimentare settimanale in entrata ed in uscita ha evidenziato:

- durante il periodo di somministrazione attiva della frutta (primo trimestre) il 35% la assumeva ed al termine la percentuale si è ridotta al 20%.

- aumento dell'assunzione di merendine confezionate (13% - 28%), crackers (dal 22% al 24%), panini (20% - 21%); diminuzione prodotti vari (10% - 7%)
- invariata l'assunzione di acqua (62% - 63%), diminuito l'uso del succo di frutta (27% -21%), aumentato il thè dal 9% al 12% e le bibite dal 2% al 4%

I risultati relativi alla rilevazione degli scarti evidenziano:

- consegna gratuita dal MAAP di Kg. 17.174 di frutta, in 43 forniture pari a kg 399 equivalenti a 3476 porzioni
- tipologia di frutta: 30% clementine, 38% banane, 32% mele
- la qualità della frutta valutata dagli insegnanti è stata per il 71% prodotto maturo, 22% acerbo, 7% troppo maturo. La quantità è stata ritenuta adeguata nel 38%, abbondante nel 62% e scarsa nello 0%
- Il 100% della frutta è stata consumata.

Conclusioni. Si fa notare il consumo del 100% della frutta somministrata, tuttavia nonostante l'impegno assunto dalle scuole di mantenerne il consumo durante l'anno, la percentuale di assunzione della stessa si è ridotta appena venuta meno la consegna attiva. Contemporaneamente si è verificato l'aumento di consumo di merende confezionate. Soddisfacenti i risultati relativi all'uso di bevande. Ottimo l'uso di questionari mirati e semplici come indicatori di efficienza.

78. P. UNA FIABA DA MANGIARE!

Tessari S.*, Trevisan E.***, Borin A.**

* *SIAN Ulss 16-Padova*

***Università degli studi di Padova*

Introduzione. Il progetto, proposto dal Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) dell'ULSS 16-Padova, è un modello organizzativo, strutturato in un'ottica di collaborazione intersettoriale che prevede la collaborazione tra amministrazioni comunali del territorio dell'ULSS 16 Padova, le ditte aggiudicatrici per la ristorazione scolastica, gli Istituti Comprensivi, ULSS 16 Padova-SIAN, le Associazioni di categoria ed in alcuni Comuni con il parziale finanziamento della grossa distribuzione per la promozione di stili di vita sani con particolare riferimento all'educazione alimentare ed all'attività motoria.

Obiettivi. obiettivo generale: contribuire ad educare i bambini a stili di vita adeguati con riferimento specifico a prima colazione, manipolazione alimenti ed attività motoria.

Metodi. Azioni:

1) formazione degli insegnanti "tutor" e consegna materiali d'appoggio (fiabe studiate appositamente)

2) Settimana della prima colazione a scuola con menù SIAN

3) Laboratori di manipolazione ad opera degli artigiani

4) Festa con alimenti del territorio ed attività sportive e coinvolgimento dei genitori.

Il progetto ha previsto il coinvolgimento delle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado del territorio ULSS 16 Padova. L'intervento formativo sui bambini è stato implementato dagli insegnanti che hanno svolto nel corso dell'anno educazione alimentare in classe e grazie alle ditte di ristorazione una settimana di prima colazione guidata. Gli insegnanti che hanno effettuato tale attività hanno precedentemente partecipato a corsi specifici di formazione, presso l'ULSS16, con modulo formativo teorico-pratico su tematiche prevalentemente nutrizionali. La promozione dei corretti stili di vita è stata stimolata attraverso il racconto di fiabe ed attraverso giochi di squadra nelle palestre delle scuole. Ai bambini sono stati proposti dagli artigiani laboratori diversificati per tipologia, favorevoli l'apprendimento sui temi di alimentazione, nutrizione e di educazione sensoriale, con un metodo induttivo basato su forme di attività didattiche orientate ad incrementare l'esperienza come gioco, laboratorio, proiezioni di immagini in cartone animato per la presentazione dei laboratori. Ad ogni laboratorio è stato presente personale medico del servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dell'ULSS 16 Padova che ha esposto, con metodologie adatte all'età degli utenti, immagini in cartone animato riportanti concetti di nutrizione corretta.

Risultati. I dati regionali del progetto Okkio alla salute sono stati confrontati, relativamente ad alcune domande, con quelli territoriali ed hanno evidenziato che nell'ULSS 16 il 57% dei bambini consuma meno di 1 volta al giorno o mai bevande zuccherate (okkio 50%), il 23% una volta al giorno (okkio 28%), ed il 14% più volte (okkio 22%).

Conclusioni. L'intersettorialità del progetto è diventata un punto di riferimento stabile per un'attività di educazione alla salute coerente tra casa e scuola che favorisce la condivisione da parte del bambino.

79. P. PROGETTI MULTISETTORIALI PARTECIPATI PER PROMUOVERE SANE ABITUDINI ALIMENTARI E MOTORIE FIN DALL'INFANZIA

Tripodi A., Severi A., Midili S., Corradini B., Fontana MR.
Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione – Azienda USL di Modena

Introduzione: Le indicazioni internazionali supportate da autorevoli studi scientifici, sottolineano che le campagne di promozione di sane abitudini alimentari e motorie, possono più facilmente raggiungere un risultato duraturo se sviluppate fin dai primi anni di vita, se coinvolgenti la famiglia e se stimolanti la partecipazione attiva ed il protagonismo di tutti gli attori della comunità. In Provincia di Modena sono attivi da 4 anni progetti multisettoriali di promozione di sani stili di vita, attivi in diverse comunità, che applicano tali criteri.

Obiettivi: favorire il miglioramento delle abitudini alimentari e l'incremento dell'attività fisica fin dall'infanzia, attraverso una progettazione partecipata di interventi con tutti i partner della comunità.

Materiali e metodi: in numerose comunità con caratteristiche socio-territoriali omogenee, sono stati attivati gruppi di lavoro operativi, coordinati dalle amministrazioni locali, costituiti da funzionari comunali, insegnanti, aziende della grossa distribuzione, operatori sanitari, medici e pediatri di famiglia, rappresentanti dei genitori, società sportive. Ciascun gruppo di lavoro elabora e realizza nella propria comunità, in modo coordinato, un piano annuale di attività nell'ambito di progetti pluriennali di promozione di sane abitudini alimentari e motorie, approvati e supportati dalle amministrazioni comunali. Sono stati sviluppati strumenti di verifica dell'efficacia degli interventi.

Risultati: Sono attualmente attivi in provincia di Modena 6 progetti di comunità, oltre ad uno attualmente in corso di implementazione, che coinvolgono complessivamente oltre 10.000 bambini e ragazzi, altrettante famiglie con una ricaduta diretta ed indiretta su circa 150.000 persone. Sono state realizzate iniziative nella scuola (formazione insegnanti, sviluppo progetti educativi, promozione merende salutari, miglioramento quali-quantitativo delle ristorazione scolastica, incremento del tempo dedicato all'attività fisica) ed in ambito extrascolastico (promozione sport, valorizzazione società sportive, escursioni guidate nel territorio, iniziative di sport e spettacolo, incontri pubblici, mostre itineranti, organizzazione percorsi sicuri casa-scuola). Indagini preliminari evidenziano un incremento del consumo di frutta e verdura durante la refezione scolastica ed una diffusione di merende mattutine a base di frutta. Si segnala una maggiore adesione di bambini e ragazzi ad attività sportive in ambito scolastico ed extrascolastico.

Conclusioni: Interventi di promozione della salute, multidisciplinari e pluriennali, progettati in modo partecipato dai portatori di interesse della comunità ed in grado di stimolare il protagonismo dei partecipanti, sono in grado di modificare i comportamenti alimentari e motori fin dall'infanzia.

80. P. LA COLLABORAZIONE TRA SIAN E SOCIETÀ DI GESTIONE DELLA RISTORAZIONE COLLETTIVA: MODELLO DI METODO OPERATIVO INTEGRATO IN RETE

Ugolini G.^a, Cesari L.^b, Spagnoli D.^b, Taruscio D.^c, Olivieri A.^d, Ruggeri S.^e, Gerosa S.^f, Andreoli P.^g, Lorusso A.^h, Manzi C.ⁱ

a. Sian Asl Roma C; b. Sian Asl TO ; c. ISS CNMR; d. ISS Osna; e. Inran; f. Pellegrini spa; g. Sodexo Italia; h. Compass Group; i. Ist. Alberghiero SAFI Roma

Introduzione. La **Collaborazione, con Tecnologia telematica**, tra Servizi Igiene Alimenti Nutrizione (SIAN) ASL e Società di Gestione (SG) di Ristorazione Collettiva (RC) di Mense Aziendali (MA), (circa 2 miliardi Pasti annui; forte impatto su salute milioni lavoratori attivi) è ideale metodo operativo di **strategie integrate** per produrre Pasti migliori (Cuoco "responsabile finale del piatto") e di Interventi di informazione-educazione nutrizionale a Popolazione. Indifferibili comuni strumenti e Linee Guida.

Obiettivi. La RC consente "raggiungere" facilmente Operatori settore alimentare (OSA) e **Cittadini fruitori** MA. Obiettivi: 1) Migliorare Qualità servizio di RC; 2) Diffondere "Dieta Mediterranea"; 3) Attuare strategie operative prevenzione nutrizionale obesità anche per ridurre costi correlati; 4) Monitorare i consumi alimentari; 5) Promozione distributori automatici frutta; 6) Disporre di comuni indicatori in tutta Italia.

Metodi. Si propone una SCHEDA GUIDA dedicata 20items, per rilevazione omogenea numero e coordinate tipologiche di Strutture RC, identificandone terminali tecnico-gestionali e capacità produttive, per riassumere **Dati ed Informazioni** necessari. Censite 176 SGRC italiane (24 attive Roma C). Quindi, su tale base, applicare Linee Guida operative a carattere nazionale per centrare Obiettivi prefissati.

Risultati. L'Esperienza Sian RmC (600.000 residenti 1% italiani; stimati die 1 milione con domiciliati-pendolari) iniziata Marzo 2007 con il Sottoprogetto 2 Ccm "Sorveglianza e Prevenzione Obesità Adulti Lazio" oggi realizza un vero e proprio monitoraggio in Ristorazione Collettiva. Censiti in 111 SCHEDE totalità Strutture (MA;Case riposo;RSA; Ospedali; IRCCS etc...) ed OSA (189 Cuochi e 18 Dietisti). Contati >20.000 Pasti die per 65 MA ed acquisite Tabelle Dietetiche per valutazione nutrizionale. Con Referenti aziendali ed OSA creata sinergia operativa su: dietetica per volumi, menù e folati e informazione nutrizionale fruitori mensa. Condotta indagine conoscitiva Sale iodato nelle **24** SGRC con positiva promozione uso (<non uso da 63 a 18 %; > uso parziale da 25 a 70 %; uso esclusivo invariato 12%) e presenza **Distributori automatici frutta**. Realizzati **Booklet** (Inran-ISS) per Prevenzione Difetti Tubo Neurale (Dieta ricca folati e supplementazione Ac. Folico) e **Depliant** (Sian Asl TO3-Pellegrini Spa) di "dietetica per volumi" per riduzione di calorie e porzioni.

Conclusioni. L'Esperienza ed i risultati ottenuti dimostrano la praticabilità di azioni di comune interesse Sian e SGRC. Da perseguire azioni condivise, pianificate e sistemiche che permettano di raggiungere gli Obiettivi prefissati in una materia che ha acquisito grande rilevanza sanitaria, economica e sociale.

Sessione Parallela 4C

Thanks for NOT smoking!

81. P. RISPETTO DELLA LEGGE ANTIFUMO IN PIEMONTE

Antoniotti M.C.^a, Nucera A.^a, Tiberti D.^b, Meda M.^c; Gallone A.^c; Stanzione S.^c; Greco D.^c; Valenza G.^c; Alibrandi M.P.^c; Laurenti P.^c; Bagnasco G.^c; Giacomini A.^c; Moia E.^c; Ferrari P.^c; Orione L.^c; Puglisi M.T.^c; Reposi A.^c; Marinaro L.^c; Rivetti D.^c; Brezzi M.A.^c; Galiano A.^c; Prospero R.^c

a. SSEPI ASL NO, b. SSEPI ASL AL; c. coordinatori aziendali

Introduzione. Il fumo di tabacco rappresenta la principale causa di morte prematura ed evitabile. Inoltre, è nota l'associazione tra alcune condizioni morbose e l'esposizione al fumo passivo. Per contrastarne l'esposizione, in Italia è entrata in vigore la legge 3/2003.

Obiettivi. Individuare eventuali aree critiche di applicazione della legge, valutando la percezione del rispetto del divieto sul posto di lavoro e nei locali pubblici per caratteristiche socio-demografiche e abitudine al fumo.

Metodi. I dati PASSI vengono raccolti tramite questionario telefonico a persone di 18-69 anni iscritte nelle anagrafi delle ASL. Le stime regionali sono pesate sul singolo strato (sesso e classi di età) di ciascuna ASL. L'effetto di ogni fattore sulla "percezione del rispetto della legge antifumo", valutato sia complessivamente ("sempre" e "quasi sempre") sia come rispetto rigoroso ("sempre"), è stato stimato mediante regressione logistica computata sulle interviste raccolte in Piemonte nel 2008.

Risultati. In Piemonte, oltre 9 soggetti su 10 che lavorano in ambienti chiusi e non da soli o che hanno frequentato locali pubblici nell'ultimo mese ritengono rispettato complessivamente il divieto di fumare. Il rispetto complessivo è significativamente maggiore nei locali pubblici (93 vs 91%), ma è più rigoroso e omogeneo nei luoghi di lavoro (76 vs 74%) dove emerge solo la maggiore percezione "rigorosa" tra le donne.

La percezione nei locali pubblici si mostra più eterogenea: inferiore tra i più giovani e tra chi dichiara molte difficoltà economiche e i non fumatori ritengono meno rispettata la normativa.

Conclusioni. In Piemonte, la legge 3/2003 è complessivamente rispettata. Il divieto è un po' più rigoroso sul luogo di lavoro e non è influenzato dall'abitudine al fumo così come avviene nei locali pubblici.

Ciò conferma che la percezione del rispetto della legge raccolta con PASSI costituisce un valido strumento di lettura della realtà. Pertanto, le differenze riscontrate per variabili socio-demografiche possono rispecchiare non tanto percezioni diverse quanto frequentazione di luoghi con diverso rispetto della legge. In questo senso, chi dichiara molte difficoltà economiche "segnala" un minore rispetto della legge sia nei luoghi di lavoro che nei locali pubblici, dove, soprattutto per i giovani, particolarmente difficile risulta il rispetto rigoroso della legge.

Anche in una Regione in cui il rispetto della legge antifumo è complessivamente buono, l'analisi dei dati PASSI può aiutare l'identificazione delle aree da monitorare con maggiore attenzione e su cui lavorare per mantenere o migliorare i risultati raggiunti.

82. P. RISPETTO DEL DIVIETO DI FUMO NEI LUOGHI DI LAVORO PRIVATI IN EMILIA-ROMAGNA

Bernardini M.*, Roscelli F.**

* Azienda USL di Modena, ** Azienda USL di Parma

Introduzione. Il CCM ha promosso il “Programma di prevenzione delle ASL a sostegno della Legge 3/2003”. Il progetto si propone, tra l’altro, di valutare il rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici e di lavoro, mantenendo nel tempo il monitoraggio. Diverse indagini suggeriscono che una *smoke-free policy* in ambiente di lavoro è associata con la riduzione individuale del consumo di 2-4 sigarette al giorno.

Obiettivi. Verificare l'aderenza alle disposizioni di legge nei locali delle aziende private oggetto della normale attività di vigilanza di competenza di servizi delle ASL. Lo studio è stato condotto presso tutte le Aziende USL dell’Emilia-Romagna, per avere un campione omogeneo sul territorio regionale.

Metodi. Si tratta di una ricerca di tipo descrittivo e osservazionale che ha interessato le aziende oggetto della programmata attività di vigilanza dei Servizi delle ASL, senza necessità di preselezionare un campione. È stata predisposta una scheda di rilevazione dove vengono raccolte informazioni su: presenza di cartelli e zone riservate rispondenti alle indicazioni definite dalla legge, presenza di portacenere, mozziconi, fumatori, rispetto della normativa da parte dei dipendenti e degli utenti.

La ricerca è stata affidata agli operatori dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro della Regione Emilia-Romagna, i quali hanno effettuato il sopralluogo, raccogliendo le informazioni relative al rispetto del divieto di fumo, nel periodo gennaio - aprile 2007.

Risultati. L’indagine ha interessato un totale di 112 aziende, per un totale di 540 locali di lavoro.

La maggior parte di ditte visitate (68%) sono di dimensioni medio-piccole con un numero di dipendenti inferiore a 50. Le aziende visitate sono prevalentemente del settore di attività economica (ATECO 2002) “D” delle attività manifatturiere (73%).

Le risposte fornite indicano che il divieto di fumo viene rispettato da tutti i dipendenti a giudizio del 64% degli RSPP e del 54% degli RLS; il divieto viene rispettato dalla maggior parte dei lavoratori secondo il 33% degli RSPP e il 43% degli RLS.

Solo nel 3% delle aziende indagate il divieto non viene rispettato dalla maggioranza dei lavoratori.

Il fumo è stato inserito come fattore di rischio nell’11% delle aziende del campione, mentre nel 34% di queste esiste un regolamento aziendale sul fumo.

I dati osservazionali mostrano percentuali basse rispetto alla presenza di persone che fumano, posacenere, mozziconi per terra e odore di fumo. Questi indicatori di mancato rispetto del divieto di fumo sono più frequenti nei reparti di produzione e negli spogliatoi, rispetto agli altri locali.

Conclusioni. Dai risultati ottenuti emerge un quadro positivo riguardo al rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro. Sono identificabili aree di miglioramento, specialmente relative alle politiche aziendali sul fumo e al rispetto del divieto nei reparti di produzione.

83. C. COMUNICARE PER GUADAGNARE SALUTE: L'ABITUDINE AL FUMO NELL'AZIENDA USL2

Bietta C., Petrella M., Vallesi G., Fusco-Moffa I., Bovo D.*

U.O.S. Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione AUSL 2 Umbria, Perugia

**Staff qualità e comunicazione AUSL 2 Umbria, Perugia*

Introduzione. La disponibilità di informazioni riferite ai diversi livelli territoriali (nazionale, regionale, locale) consente l'analisi di alcuni fattori di rischio individuati dal programma ministeriale guadagnare salute.

Nello specifico abbiamo analizzato l'abitudine al fumo.

Obiettivi. Sulla base delle informazioni disponibili si è cercato di realizzare prodotti informativi diversi in base al target da raggiungere: decisori, tecnici, popolazione, scuola, stampa.

Metodi. Fonti di dati: ISTAT indagini *La vita quotidiana*; Sistema di Sorveglianza PASSI

Risultati. Nella elaborazione del "messaggio comunicativo" si è cercato di rimanere il più possibile vicini al concetto di "notizia", mutuato dai media, particolarmente esperti nel costruire informazioni per il grande pubblico.

In sintesi, quindi, dai rapporti ISTAT in Italia si conferma che:

- I maschi fumano più delle femmine ma con analogo andamento nelle diverse classi d'età
- Nei due sessi fumo e livello di istruzione sono diversamente associati: fumatori meno istruiti e fumatrici più istruite
- Il centro Italia ha le percentuali di fumatori più alte. L'Umbria conferma il dato del centro Italia.

Dalla sorveglianza PASSI nell'AUSL2 emerge che:

- Un terzo della popolazione di 18-69anni è fumatore
- I 25-34enni e coloro che hanno il diploma di scuola media inferiore rappresentano la maggior quota di fumatori. Inoltre va attenuandosi la differenza tra uomini e donne che mostrano prevalenze di fumatori paragonabili
- Smettono di fumare soprattutto gli uomini e chi ha più di 35 anni, e lo fanno in maniera autonoma
- Più della metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere da un operatore sanitario
- Il divieto di fumo negli ambienti di vita e di lavoro non sempre viene rispettato.

Sulla base dei contenuti e tenendo conto delle evidenze scientifiche sono stati elaborati alcuni prodotti informativi: un documento completo corredato degli interventi di prevenzione sul fumo disponibili e relative evidenze scientifiche (tecnici) e una sua versione sintetica (decisori); una scheda sintetica delle informazioni corredata di immagini (stampa); un poster con informazioni e immagini (scuola) un poster sintetico con informazioni e raccomandazioni + locandine (popolazione afferente al distretto sanitario).

Conclusioni. Sulla base delle informazioni disponibili, si confermano nella AUSL 2 gli elementi di preoccupazione relativamente al fumo. Vista l'importanza dell'argomento trattato, appare cruciale la comunicazione delle informazioni ai diversi target utilizzando strumenti e modalità adeguati. Nella scelta di ampliare la capacità informativa rispetto alle

evidenze epidemiologiche è apparso utile avvicinarsi al linguaggio giornalistico, partendo dal modello del "poster" più che da quello dell' "articolo" scientifico.

La stretta collaborazione tra chi elabora i contenuti del messaggio e chi ne individua le modalità di comunicazione si conferma come prerequisito fondamentale per una corretta divulgazione delle informazioni.

84. P. L'ABITUDINE AL FUMO NEI RESIDENTI DELLA EX-ASL CE2: DAL MONITORAGGIO ALLA PREVENZIONE ATTIVA

D'Argenzio A.*, D'Amore A.***, Sessa A.§, Merola S.*, Di Tella M.*, Cantile F.*, Di Matteo G.*, Ianniello C.*, Raucci G.*

*Servizio di Epidemiologia e Prevenzione – ASL Caserta ex-ASL CE2 di Aversa;

°Dipartimento Tossicodipendenze – ASL Caserta ex-ASL CE2 di Aversa; §Dipartimento di Igiene e Medicina Preventiva, S.U.N. Napoli

Obiettivi. Il sistema di sorveglianza PASSI costituisce un valido supporto alla attività di pianificazione degli interventi socio-sanitari, permettendo di monitorare i comportamenti e gli stili di vita delle persone, individuando i gruppi di popolazione a rischio e gli interventi prioritari di Sanità Pubblica.

Metodi. Con il software EPI Info 3.4 è stata condotta un'analisi descrittiva ed inferenziale dei dati raccolti attraverso il sistema PASSI – indagine telefonica ad un campione rappresentativo della popolazione tra i 18 ed i 69 anni -. I dati, rilevati fra giugno 2007 e marzo 2008 nel territorio della ex-ASL CE 2, sono relativi ad un campione di 233 persone, estratte casualmente dall'anagrafe sanitaria.

Risultati. Attraverso il monitoraggio di Passi è stato possibile rilevare che: soltanto la metà delle persone intervistate (18-69 anni) ha un livello di istruzione alto e un lavoro regolare. Il 30% si dichiara fumatore. L'abitudine al fumo è più diffusa tra gli uomini, tra i soggetti di 18-49 anni, tra persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche. I fumatori fumano in media 16.5 sigarette al giorno. Tra loro, il 14.5% è un forte fumatore (oltre 20 sigarette/dì). Il 27.7% dei fumatori dichiara di non aver ricevuto consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari. Tutti gli ex fumatori hanno smesso di fumare da soli. Tutti coloro che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno (26.1% degli attuali fumatori) lo hanno fatto da soli. In base ai dati di sorveglianza, la direzione strategica della ex-ASL CE 2 ha deciso di attivare un Centro Antifumo per garantire, tra l'altro, formazione e prevenzione sul tabagismo e definizione di rete strutturata (altri Centri Antifumo, servizi specialistici e MMG) per la attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici. A ciascun paziente in visita il Centro è in grado di assicurare: valutazione clinico-funzionale; counselling individuale; trattamento farmacologico o non; follow-up.

A tutt'oggi sono stati iscritti al Centro 49 pazienti (29 M e 20 F), di età media pari a 48 anni, il cui consumo medio giornaliero di sigarette è pari a 27. Circa 2/3 sono stati seguiti con approccio farmacologico e 1/3 con approccio non farmacologico.

Conclusioni. I risultati del sistema di sorveglianza PASSI si confermano quale strumento utile alla programmazione dei servizi sanitari e di supporto alle scelte delle priorità per il miglioramento dello stato di salute di una popolazione. Lo sviluppo del Centro Antifumo nella ex-ASL Caserta 2 rappresenta una conferma in tal senso.

85. P. AZIONI INTEGRATE PER LA PREVENZIONE ED IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO. L'ESPERIENZA DEL CENTRO ANTI-FUMO OSPEDALIERO-UNIVERSITARIO DI PERUGIA

Dell'Omo M., Muzi G., Tinozzi C., Cecati A., Abbritti G.

I Centri Anti-Fumo presenti nelle diverse realtà territoriali possono svolgere, singolarmente e in collaborazione con Istituzioni, aziende pubbliche e private, associazioni di volontariato e società scientifiche, attività di grande rilievo per la prevenzione ed il trattamento del tabagismo.

Il Centro Anti-Fumo dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, istituito presso la Sezione di Medicina del Lavoro, Malattie Respiratorie e Tossicologia Professionali ed Ambientali dell'Università di Perugia, ha svolto nel corso degli ultimi due anni una serie di attività integrate tra cui:

- a) attività di informazione rivolta alla popolazione generale (in collaborazione con una società scientifica ed una di volontariato operanti in ambito pneumologico e con l'Azienda Speciale Farmacie del Comune di Perugia);
- b) attività di didattica e formazione, rivolte a studenti di corsi di laurea sanitari (Medicina e Chirurgia, Infermieristica, Ostetricia, Fisioterapia), a Medici di Medicina Generale (MMG) e Medici specialisti in Medicina del Lavoro (in collaborazione con l'ISPESL, la Regione dell'Umbria, il Centro Anti-fumo della ASL di Perugia, un servizio territoriale di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro, le società scientifiche dei MMG e dei Medici del Lavoro ed un'azienda farmaceutica);
- c) attività assistenziale, per favorire la disassuefazione dal tabagismo sia di fumatori provenienti dalla popolazione generale che di degenti in ospedale;
- d) attività di ricerca, in particolare sull'epidemiologia del tabagismo in diverse popolazioni lavorative (in collaborazione con un servizio territoriale di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro).

L'integrazione in un'ottica di rete tra i Centri Anti-Fumo territoriali ed altri soggetti permette di rendere più diversificate (informazione, didattica, assistenza, ricerca), approfondite ed efficaci le attività per la prevenzione ed il trattamento del tabagismo. E' di particolare importanza che il tema del tabagismo (prevenzione, epidemiologia, effetti sulla salute, trattamento) sia inserito nei programmi didattici dei corsi di laurea sanitari e delle scuole di specializzazione mediche.

86. P. UNA PROPOSTA EDUCATIVA PER LA PREVENZIONE DEL TABAGISMO: PROGETTO QUADRIFOGLIO

Grimaldi M.¹, Russo Krauss P.², Caolo G.¹, Vatrella S.¹, Crispo A.³, Boscaino R.¹, Mabilia R.¹, Cione I.², Montella M.¹⁻³

1 Lega Italiana per la Lotta Contra i Tumori, Sezione di Napoli;

2 Azienda Sanitaria Locale Napoli 1;

3 Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione "G. Pascale", Napoli

Introduzione. Il progetto Quadrifoglio è un'iniziativa di educazione sanitaria promossa dall'ASL Napoli 1, dal Comune di Napoli, dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e dall'Associazione Nazionale Dentisti Italiani.

Attuato per la prima volta nel 1997, il progetto si svolge nelle scuole elementari, medie e superiori e verte su tre temi: igiene orale, educazione alimentare, prevenzione del tabagismo.

La proposta educativa relativa alla prevenzione del tabagismo è promossa dalla LILT.

Obiettivi. Obiettivo principale: stimolare i ragazzi a scegliere una vita senza fumo di tabacco.

La programmazione educativa punta a promuovere un ruolo attivo degli studenti utilizzando diverse tecniche (discussioni, interviste, esperimenti, giochi di ruolo, produzione di elaborati ecc.) e si articola in 6 unità didattiche:

- 1) Perché si comincia a fumare: conoscere e saper identificare le motivazioni che spingono a non fumare;
- 2) I rischi del fumo: conoscere i vantaggi di essere non fumatore;
- 3) Quante sono le persone che non fumano: far sapere che la maggioranza dei giovani e degli adulti non fuma;
- 4) Aumentare l'autostima: imparare a difendersi dall'insicurezza;
- 5) Resistere ai condizionamenti: essere capaci di dire "No, grazie, non fumo";
- 6) Convincere gli altri a non fumare.

Metodi.

Il progetto si articola attraverso varie fasi:

- Formazione degli insegnanti;
- Realizzazione da parte degli insegnanti di percorsi educativi;
- Interventi degli esperti nelle scuole partecipanti per approfondire i temi trattati;
- Manifestazione conclusiva nella quale le scuole espongono gli elaborati prodotti durante il percorso educativo.

Risultati. Per indagare l'atteggiamento degli studenti di scuola media inferiore nei confronti del fumo di sigaretta è stato somministrato un questionario. Da tale indagine è emerso che l'8% dei ragazzi si dichiara favorevole al fumo, il 10% né favorevole né contrario, oltre un terzo dei ragazzi ha opinioni errate sul fumo che possono favorire l'iniziazione di tale dipendenza. In particolare, il 37% ritiene che il fumo distende i nervi (il fumo è un eccitante), il 38% ritiene che la maggioranza degli uomini importanti fuma (la percentuale dei fumatori diminuisce nelle classi con titolo di studio più elevato e con maggiore reddito), il 6,5% che gli uomini che fumano sono più affascinanti, il 23,6% che

chi non fuma ha qualche altro vizio dannoso. Somministrando il medesimo questionario a fine progetto si evidenzia un aumento significativo della percentuale di chi ritiene che i fumatori non hanno rispetto degli altri e una diminuzione significativa della percentuale di chi ritiene che i non fumatori hanno qualche altro vizio dannoso come il fumo.

Conclusioni. Ogni anno partecipano al progetto circa 2.300-2.500 studenti (100 classi, 20 scuole). La valutazione d'esito effettuata ha evidenziato a fine progetto un cambiamento statisticamente significativo di alcune opinioni riguardo al fumo.

87. P. IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO: UN PERCORSO NON UN EVENTO

Perillo A., Cassese F.

*Ambulatorio per la Prevenzione e Cura del Tabagismo - Ser.T. di Pomigliano D'Arco -
ASL NA 3Sud*

Introduzione. Il trattamento della disassuefazione dal fumo di sigaretta soffre di una scarsa sistematizzazione degli interventi e delle competenze nonostante la problematica abbia una ricaduta, in termini di patologie fumo-correlate, che si aggira intorno ai 90.000 morti all'anno solo in Italia. A fronte di questa grave evidenza e della bassa percentuale di persone che riescono a curarsi dalla dipendenza dal fumo di sigarette, non si è ancora radicata negli operatori sanitari l'idea che il tabagismo è una patologia severa che esige maggiore considerazione e assetti di cura più articolati e specialistici.

Nella pratica clinica è comune constatare che la maggior parte dei fumatori non mostra difficoltà a fronteggiare la dipendenza fisica, seppur nella fase di cessazione; piuttosto trova impegnativo contrastare, nelle settimane successive, il condizionamento psicologico, talora anche di tipo ambientale, strutturato in anni di abitudini da fumatore. Appare dunque evidente come il trattamento del tabagismo non può essere affrontato solo sul piano della disassuefazione da nicotina (evento) ma necessita di un approccio multidimensionale capace di sviluppare un percorso di crescita e di cambiamento.

Obiettivi

1. Attivazione di una metodologia capace di avviare il fumatore che vuole disassuefarsi verso una responsabilizzazione e una presa in carico della propria condizione patologica ad andamento recidivante (ICD 10 – par.F17), piuttosto che orientarsi verso la ricerca di un evento magicamente risolutivo
2. Ritenzione al trattamento di disassuefazione dal fumo di sigarette
3. Prevenzione delle ricadute .

Metodi. Un approccio terapeutico integrato di gruppo aperto, a struttura di tipo cognitivo – comportamentale, orientato ai principi del gruppo self – help e sostenuto, laddove opportuno, da una farmacoterapia e/o terapia agopunturale (di tipo acudetox). L'impianto può essere schematicamente riassunto in quattro momenti fondamentali: 1) fase della preparazione incentrata sugli obiettivi di a) rafforzamento della motivazione a smettere e b) diminuzione progressiva della dipendenza fisica da nicotina; 2) fase della cessazione; 3) fase di mantenimento in cui a) si individuano e condividono le strategie utili al superamento del craving e b) si inquadrano e si ridefiniscono gli stimoli ambientali che potrebbero provocare la ricaduta; 4) follow up trimestrali al fine di prevenire eventuali ricadute e/o richiamare in trattamento i soggetti ancora in fase di fumo attivo.

Risultati. Nell'arco di circa un anno di attività, dal settembre 2007 al giugno 2008, l'accesso al nostro Ambulatorio per la cura del tabagismo è stato effettuato da 44 soggetti; di questi l'82% (36 soggetti) si è presentato al I° incontro di gruppo. Alla fase di cessazione sono arrivati 27 soggetti (75%), di cui 18 con il trattamento integrato di agopuntura auricolare acudetox, 4 con il supporto farmacologico della vareniclina ed il restante (n. 5 soggetti) senza alcun sostegno ulteriore al lavoro di gruppo.

Alla verifica del follow up trimestrale di settembre 2008 risultavano ancora astinenti n. 20 soggetti pari al 74% del totale giunto alla fase di disassuefazione.

Conclusioni. Sulle prove di efficacia del lavoro di gruppo non vi sono dubbi. L'alta ritenzione al trattamento si basa di fatto sulla efficacia del percorso di cambiamento incentrato sulla possibilità di condivisione del problema, sullo scambio reciproco di competenze acquisite e sul conseguente consolidamento della decisione personale promosso dal lavoro di auto aiuto. Ciò che fa la differenza, nel trattamento di tipo integrato, è il fatto che il fumatore è il vero protagonista della scelta e del cambiamento, con un lavoro continuo su sé stesso interfacciato da una serie di "Io ausiliari" che fungono continuamente da specchio, talora anche di tipo posturale. Il continuo richiamo a tutti i vantaggi acquisiti costituisce poi un supplementare terreno di rinforzo motivazionale essenziale per mantenere il risultato raggiunto.

88. C. OPERATORI DELLA SALUTE LIBERI DAL FUMO: VALUTAZIONE DI UN PROGETTO DI UN CENTRO INTERDIPARTIMENTALE DI PREVENZIONE E CURA DEL TABAGISMO

Purich R.*, Tominz R.*, Vegliach A.*, Generoso Quartarone G.*, Bovenzi M.*

* *Centro Interdipartimentale Prevenzione e Cura del Tabagismo (CIPCT), Azienda Sanitaria Locale Triestina*

Introduzione. Una ricerca del Centro Interdipartimentale Prevenzione e Cura del Tabagismo (CIPCT) dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) territoriale Triestina sulle abitudini al fumo dei dipendenti delle tre aziende sanitarie (territoriale e ospedaliere) della provincia evidenziava tra i 4.508 dipendenti una prevalenza di fumatori del 30%. Di questi il 33% voleva smettere. In provincia il 98% di chi smette di fumare lo fa da solo. Secondo la letteratura questo comporta un tasso di astinenza ad un anno del 2%, contro il 40% che si ottiene smettendo con il supporto di un centro di secondo livello. Visto il numero di colleghi sensibili si avviava un progetto che ne facilitasse al massimo l'accesso al CIPCT.

Obiettivi. Valutare l'affluenza all'ambulatorio del CIPCT in seguito al progetto e l'efficacia dei trattamenti utilizzati.

Metodi. Studio descrittivo. Il progetto coinvolge i medici competenti ed il loro staff e gli incaricati per la vigilanza del divieto di fumo. E' stato pubblicizzato tramite depliant, anche nella busta paga, poster, sito intranet aziendale, istituzione di una linea telefonica dedicata. Le prestazioni sono gratuite e, per i soli dipendenti della ASL, sono considerate in orario di servizio. I dati sono raccolti utilizzando EpiInfo. L'abitudine al fumo è valutata al tempo 0 anche mediante misurazione del CO nell'esperto, anamnesticamente al follow up (tempo 0 + almeno 6 mesi). Sono stati inclusi tutti gli operatori delle tre aziende che si sono rivolti al CIPCT a partire da gennaio 2007, direttamente, inviati dal medico competente o tramite call center dedicato, valutando gli accessi, le cessazioni dal fumo e l'astinenza ad almeno 6 mesi.

Risultati. Da gennaio 2007 a giugno 2009 sono afferiti al CIPCT 194 operatori delle tre aziende, portando l'affluenza annuale del centro da 110 pazienti/anno a 275 nel 2008, con una stima di 330 per il 2009. E' stato preso in carico il 13% degli operatori tabagisti delle tre aziende sanitarie (31% per la territoriale e 7-8% per le ospedaliere). Il follow up è in corso. I primi dati disponibili (per 55 operatori) evidenziano il 39% di astinenti ad almeno 6 mesi dalla presa in carico.

Conclusioni. L'aumento delle presenze non è dovuto unicamente a questo progetto ma anche ad altri fattori di drop-in agiti dal CIPCT (gratuità di farmaci e prestazioni, progetti di rete, accesso diretto senza impegnativa). La maggior percentuale di fumatori presi in carico fra gli operatori dell'ASL (31%) è spiegabile non solo con la possibilità di accesso in orario di servizio ma anche con diversità nei flussi informativi e nelle modalità di collaborazione da parte dei medici competenti. La percentuale di astinenza raggiunta è in linea con i dati della letteratura. L'indicazione è quindi mantenere il progetto nel tempo, intervenendo dove necessario sui flussi informativi e sulla collaborazione con i medici competenti.

Il progetto, premio Formez 2009, continuerà includendo ulteriori strutture sanitarie della provincia.

89. P. SINERGIE OPERATIVE DELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO NELLA LOTTA AL TABAGISMO

Stimolo R., Diamare S., Franco T., Lodato S., Polito G., Ruggiero R., Ruotolo C., Vecchio S., Vecchione A., De Martino A., Barone V., D'Amato A., Longanella W., Schettini G., Rago V., Fulgione C., Porritiello F., Tontoli N., Meccico P., Guidetti E., Grimaldi M.C., Carnevale E., Topa M., Puoti F., Greco B., Panzanella C.

ASL Napoli 1

Descrizione sintetica del progetto:

Nell'ambito della lotta al tabagismo condotta nei luoghi di cura dell'ASL Napoli 1 Centro, è stata implementata un'attività di informazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari e dei cittadini al fine di ampliare la loro presa di coscienza sui rischi legati al tabagismo e sui benefici di un sano stile di vita. Tale attività è stata realizzata mediante collegamento delle singole entità preesistenti in un sistema operativo di tipo networking. Delle sinergie operative sono state attivate fra il Dipartimento delle Farmacodipendenze, il Servizio Controllo Qualità, il Servizio di Prevenzione, alcuni Servizi territoriali e ospedalieri nonché i Centri Antifumo emergenti. Nel processo di informazione e sensibilizzazione sono stati coinvolti non solo operatori sanitari, ma anche operatori del progetto Sfuma, studenti in Scienze infermieristiche dell'Università Federico II, studenti del Liceo Scientifico L.B. Alberti di Napoli. I partecipanti agli eventi organizzati nell'ambito dei "No Tobacco Days" figurano fra i principali beneficiari di questi interventi.

Obiettivi:

- Diffondere attività di controllo e riduzione della prevalenza della dipendenza da nicotina
- Empowerment dell'operatore, utente, cittadino fumatore
- Promuovere sinergie operative interistituzionali
- Rilevazione della dipendenza fisica e psicologica dei fumatori
- Rilevazione della motivazione a smettere di fumare

Metodi:

- Corsi di formazione conformi ai requisiti minimi per Centri Antifumo
- Campagne di sensibilizzazione
- Riunioni referenti HPH e interistituzionali, revisione tra pari
- Integrazione attività Osservatorio HPH Dipartimento Centrale Medicina Ospedaliera con Osservatorio Territoriale HS di recente formazione, a cura del Dipartimento Farmacodipendenze
- Formazione e coordinamento operatori Progetto SFUMA e studenti alle giornate no tobacco day

Questionari motivazionali alla disassuefazione

Target principale:

-operatori sanitari

-pazienti

-studenti

-partecipanti "salotti del benessere nella Villa Comunale di Napoli

Valutazione dei risultati e Verifica degli interventi specifici:

Materiale e Spazi informativi

N. Centri Antifumo attivati

Formulazione Scheda rilevazione e monitoraggio attività centri/ambulatori antifumo

N. questionari somministrati

N. riunioni

N. attori istituzionali partecipanti

Conclusioni: Le sinergie operative attivate nella lotta al fumo rappresentano un risultato "di valore" poiché uno dei cambiamenti è lo stesso sforzo congiunto, da parte degli attori del progetto, di sostenere rapporti di tipo trasversale, espliciti e collaborativi.

90. P. APPROCCI SPERIMENTALI ALLA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA: IL CASO DEL PROGETTO "UN PASS PER LA CITTÀ DEL SOLE"

Villani A.*, La Barbera F.**, Fasanelli R.**, Chiummo A.***, Liguori A.***

* *Ufficio Scolastico Regionale della Campania*, ** *Università degli Studi di Napoli "Federico II"*, *** *Associazione Kairos Napoli*

Il progetto "Un pass per la città del sole", realizzato nell'ambito del Programma "Guadagnare salute" promosso dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), intende favorire l'assunzione precoce di comportamenti salutari, proponendo a soggetti in età evolutiva, un percorso articolato sottoforma di gioco-storia, suddiviso in cinque incontri che coinvolgono i bambini in attività ludiche e motorie.

L'obiettivo del presente studio è consistito nel valutare l'efficacia esterna o sociale (cambiamento reale realizzato) dell'intervento sopra descritto, utilizzando l'atteggiamento nei confronti del fumo - misurato mediante un Differenziale semantico costruito *ad hoc* quale predittore comportamentale dei soggetti coinvolti nelle attività.

Il disegno della ricerca, di tipo quasi-sperimentale fondato sul modello prima-poi, ha previsto il coinvolgimento di un campione di convenienza di 200 alunni di 5 anni, frequentanti 4 distinte scuole materne cittadine, suddivisi nei seguenti sottocampioni: un gruppo sperimentale A (GSA), costituito da soggetti (PRE: M =18; F=15. POST: M =14; F =11) coinvolti nelle attività previste dalla "gioco-storia"; un gruppo di controllo (GC) costituito da soggetti (PRE: M =20; F=20. POST: M =16; F =18) ai quali non è stato proposto alcun tipo di intervento; un gruppo sperimentale B (GSB), costituito da soggetti (PRE: M =19; F=20. POST: M =17; F =12) coinvolti nelle attività previste da una rielaborazione della "gioco-storia". Nella versione originale del progetto, infatti, il personaggio che identifica la nicotina era presentato in maniera da far interiorizzare ai bambini una sua caratterizzazione fortemente positiva, messa in discussione solo a partire dalla fine del secondo incontro. Numerose evidenze empiriche, nella letteratura psicologica, mostrano che la prima impressione relativa ad un essere umano, tende a perdurare strutturata in una teoria implicita di personalità, notevolmente refrattaria al mutamento. Partendo da tale assunto e considerando le peculiarità cognitive di bambini in età pre-scolare, è sembrato più funzionale ristrutturare la storia caratterizzando i ruoli in maniera chiara e coerente, facendo sì che trasmettessero agli allievi messaggi univoci, incentrati sulla conferma piuttosto che sulla disconferma del ruolo attribuito ai personaggi. Ai soggetti appartenenti al terzo sottocampione, dunque, è stato presentato subito il personaggio positivo della storia, tentando di stimolare in loro la costruzione di un pregiudizio positivo nei confronti degli aspetti promozionali della salute, piuttosto che socializzarli preliminarmente a quelli nocivi.

Le ipotesi che hanno guidato l'intero processo di ricerca possono essere così sintetizzate: 1. l'atteggiamento nei confronti del fumo dei soggetti appartenenti sia al GSA, sia al GSB, è più negativo (maggiore vicinanza al polo negativo del continuum attitudinale) dopo aver preso parte alla "gioco-storia", 2. l'atteggiamento nei confronti del fumo dei soggetti appartenenti sia al GSA, sia al GSB, è più negativo di quello dei soggetti appartenenti al GC; 3. l'atteggiamento nei confronti del fumo dei soggetti appartenenti al

GSB, dopo aver preso parte alla “gioco-storia”, è più negativo di quello dei soggetti appartenenti al GSA, dopo aver preso parte alla “gioco-storia”.

I dati, attualmente in fase di elaborazione, saranno ampiamente commentati evidenziandone i risvolti teorici ed empirici.

Sessione Parallela 5A

Alcol e sicurezza stradale

91. P. LAVORO SICURO SENZA ALCOL. IL PROGETTO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA PER LA PREVENZIONE DEI PROBLEMI ALCOL-CORRELATI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Annovi C.¹, Bernardini M.¹, Durante M.², Laezza M.², Monterastelli G.²
1 Azienda USL di Modena; 2 Regione Emilia-Romagna

Introduzione. Per assicurare la salute e il benessere nei luoghi di lavoro non basta tenere conto di condizioni strutturali, ma occorre occuparsi anche degli stili di vita degli individui, compreso il consumo di alcolici. Sono documentati, infatti, gli effetti dannosi dell'abuso di alcol sulla sicurezza.

Nell'ambito dei programmi per la prevenzione, cura e riabilitazione delle problematiche alcol-correlate, la Regione Emilia-Romagna ha attivato dal 2005 un progetto volto a prevenire e affrontare le suddette problematiche negli ambienti di lavoro.

Obiettivi. Il progetto mira a:

- informare su stili di vita che favoriscono salute e sicurezza
- ridurre i consumi alcolici nei lavoratori
- ridurre i rischi di infortuni e patologie alcol-correlate
- definire modelli di intervento per prevenire i problemi alcol-correlati nei luoghi di lavoro
- favorire l'applicazione della legislazione specifica
- favorire l'accesso di lavoratori e loro familiari ai servizi di cura e riabilitazione.

Metodo. Avvalendosi delle indicazioni di una ricerca-intervento realizzata in provincia di Modena dal 2001, un apposito gruppo di coordinamento regionale ha definito un piano d'azione in base a cui ogni Azienda USL ha individuato almeno 2 imprese con oltre 100 dipendenti nelle quali effettuare interventi condotti da équipe multidisciplinari composte da operatori SPSAL e delle Dipendenze Patologiche. Il biennio 2007-2008 ha visto l'elaborazione e l'attuazione di progetti locali da parte di ciascuna Azienda USL, mentre il 2009 è l'anno del monitoraggio e della valutazione finale.

I materiali predisposti per gli interventi in azienda sono:

- scheda per intervista a dirigenti, preposti, RSPP, RLS, medici competenti
- questionario per lavoratori
- CD-Rom con diapositive per gli incontri
- opuscolo informativo e alcolmetro
- locandina

Risultati. I numerosi dati raccolti tramite incontri, interviste e questionari hanno consentito di quantificare i consumi alcolici e considerare i problemi alcol-correlati presenti nel luogo di lavoro.

Il sistema dei servizi è risultato rafforzato dal lavoro di rete che ha puntato anche sul coinvolgimento di diversi settori della comunità, in coerenza con le linee strategiche del programma Guadagnare Salute.

Positiva la risposta del mondo del lavoro: ovunque si è incontrato un crescente interesse da parte dei lavoratori, nonché una fattiva collaborazione delle aziende e dei diversi professionisti coinvolti.

Conclusioni. Il progetto pilota attuato a Modena ha permesso di sperimentare un modello di intervento riproducibile in altri territori, centrato sull'utilizzo di strumenti diversi la cui applicazione all'interno degli ambienti di lavoro può favorire la riduzione dei problemi alcol-correlati. Dopo l'estensione dell'esperienza a tutto il territorio regionale, si prevede l'inserimento di tali interventi nella programmazione standard delle Aziende USL della regione Emilia-Romagna.

92. P. MONITORAGGIO DEL FENOMENO ALCOL NEI SERVIZI DEL DIPARTIMENTO FARMACODIPENDENZE ASL NA 1 CENTRO

Baldassarre C., Franco T., Marguccio E., Topa M., Curcio F., Zappulla P.
Dipartimento Farmacodipendenze ASL NA 1 Centro

Introduzione. Negli ultimi anni i Servizi per le Tossicodipendenze hanno mostrato una maggiore attenzione nei confronti dei problemi alcol-correlati realizzando anche strutture dedicate a tali problematiche. Fino agli inizi del nuovo millennio i SERT erano considerati ed organizzati specificamente per il trattamento degli eroinomani; il cambiamento dell'offerta ha modificato la percezione degli stessi Servizi da parte dei cittadini, risultandone un più ampio utilizzo delle prestazioni erogate.

Obiettivi.

- monitoraggio dell'utilizzo di sostanze alcoliche ed indicazioni relative al trattamento, farmacologico e non, dell'alcolismo nei servizi per le tossicodipendenze.
- studio dell'evoluzione del consumo alcolico correlato alle sostanze stupefacenti.
- valutazione dell'evoluzione del fenomeno alcol ai fini di una adeguata gestione economico-sanitaria delle risorse.

Metodi. Il monitoraggio dei dati è stato effettuato mediante l'elaborazione dei risultati del debito informativo ministeriale della rilevazione annuale alcol-dipendenza dall'anno 2002 al 2008 e pertanto riferito all'abuso primario delle bevande alcoliche ed all'abuso secondario in utenti tossicodipendenti afferenti ai Servizi per le tossicodipendenze della città di Napoli.

Risultati. I dati in nostro possesso evidenziano:

- il consumatore che più frequentemente afferisce ai SERT di Napoli è maschio, appartiene alla fascia di età compresa tra 30 e 49 anni, la bevanda più utilizzata è il vino
- I pazienti che si rivolgono ai SERT sono in forte aumento negli ultimi 4 anni, quintuplicati nel 2008 rispetto al 2002. Anche i trattamenti nei Servizi sono aumentati, risultandone il trattamento farmacologico integrato il più diffuso, coadiuvato da trattamenti psico-terapeutici, counselling, auto aiuto, trattamenti socio-riabilitativi, comunità terapeutiche
- L'abuso di alcol è sempre più frequentemente associato ad utilizzo di sostanze psicoattive: il 40% dei cocainomani riferisce un rapporto problematico con l'alcol
- Sempre più frequentemente nei Servizi si osserva la sostituzione del consumo di eroina con abuso di sostanze alcoliche.

Conclusioni. A seguito dell'incremento dell'offerta terapeutica dei Servizi per le tossicodipendenze della città di Napoli si è ottenuta una sollecita risposta da parte dell'utenza con conseguente miglioramento dello stato di salute del singolo assistito e dell'intera comunità. Il miglior monitoraggio del singolo consente un risparmio della spesa sanitaria in termini di ricoveri impropri ed evoluzione delle patologie correlate. Inoltre tali prestazioni contribuiscono al miglioramento della qualità della vita, diminuzione delle assenze dall'attività lavorativa con conseguente incremento della produttività e maggiore sicurezza sociale.

93. P. ATTIVITÀ DI RICOGNIZIONE NELLE REGIONI ITALIANE DI PROGETTI E INTERVENTI PER LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI

Barbieri F.*, Longo R.**, Sotgiu A.***

* *ASL Provincia di Pavia – CenDES Centro Documentazione Educazione Sanitaria*

** *DoRS - ASL TO 3, Centro Regionale Documentazione per la Promozione della Salute*

*** *Università di Cagliari - Dipartimento di Sanità Pubblica*

Introduzione. Il progetto Guadagnare Salute negli Adolescenti, promosso dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), prevede il monitoraggio dei comportamenti degli adolescenti e delle strategie di prevenzione delle malattie croniche, rispetto a diversi temi fra cui gli incidenti stradali. Inoltre, il progetto si è centrato sul coordinamento e l'integrazione degli interventi, spesso isolati e settoriali, ponendo particolare attenzione alla promozione della loro qualità.

Obiettivi. Raccogliere, analizzare e catalogare i progetti e gli interventi rivolti agli adolescenti, sviluppati sul territorio nazionale tra gli anni 2001 – 2006, afferenti all'area tematica Incidenti Stradali.

Metodi. Per la ricognizione si è utilizzato un questionario validato e condiviso da tutti i centri sul territorio nazionale. Il questionario, sottoposto agli interessati, è stato compilato con l'ausilio dei centri regionali. I dati sono stati raccolti nella banca dati Pro.Sa. Regione Piemonte, da cui si sono estrapolati e commentati quelli relativi ai progetti dell'area tematica incidenti stradali. Dalle estrapolazioni si sono anche ricavati i grafici utili a rappresentare il commento dei dati.

Risultati. I progetti dell'area incidenti stradali, raccolti sul territorio nazionale, sono 187 (9,2% del totale dei progetti raccolti), dei quali 22,5% in Veneto e in Emilia Romagna, seguite da Piemonte (19%), e con un notevole distacco, da Abruzzo (6%), Lombardia e Umbria (il 5%). I progetti relativi all'area incidenti stradali sono invece poco numerosi in Regioni quali Friuli e Marche (3%), Toscana, Campania e Sardegna (2%), Puglia (1%).

Setting preferenziale per la realizzazione dei progetti è l'ambiente scolastico (40%); seguono i Luoghi del Tempo Libero e le Comunità (15%), i Luoghi Informali (13%), i Servizi Sanitari (9%), gli Ambienti di Vita e i Luoghi per attività sportive (3%) e gli Ambienti di lavoro (2%). Il *target* raggiunto maggiormente è nella fascia d'età dai 14 ai 18 anni (22%); altra fascia di età ben raggiunta è quella dagli 11 ai 13 anni (11%).

Gli operatori scolastici sono discretamente rappresentati (12%), cosa che depone a favore dell'esistenza di progetti che prendono in considerazione sia i destinatari finali sia quelli intermedi, ponendosi l'obiettivo dell'*empowerment* professionale degli insegnanti di cui viene riconosciuto il fondamentale ruolo educativo.

Conclusioni. Prima riflessione generale sulla valenza delle informazioni raccolte con la ricognizione è che è stato censito un buon numero di esperienze riguardanti la Promozione/Educazione alla Salute rivolta agli adolescenti. I dati raccolti danno una visione, sicuramente parziale ma rappresentativa, del "movimento" in Italia attorno alle attività di promozione del benessere, sia in termini generali che specifici (es. incidenti stradali), e analizzano *target*, *setting*, contenuti, per tutto il panorama progettuale rivolto all'adolescenza, direttamente e contestualmente all'ambiente sociale e di vita dei giovani.

94. P. FREQUENZA DI CONSUMATORI DI ALCOL A RISCHIO RILEVATA DALLO STUDIO PASSI: CONFRONTO TRA ASL DELLA REGIONE VENETO

Blengio G.*, Aldrighetti M.V.*, Ledri R.*, Scarponi S.*, Trentin L.*, Castellani E.*, Michieletto F.***, Milani S.***, Falcone S.*

* Servizio di Igiene e Sanità Pubblica AULSS n. 22 Regione Veneto

** Direzione Prevenzione, Regione del Veneto

Introduzione. L'analisi dei dati raccolti nello studio PASSI consente di effettuare confronti fra AULSS in ordine alla prevalenza dei fattori di rischio comportamentali indagati.

Obiettivi. Scopo del presente lavoro è quello di verificare differenze significative tra AULSS del Veneto nella prevalenza del consumo di alcol mediante l'utilizzo di due differenti metodologie: l'approccio tradizionale e quello con metodo bayesiano empirico.

Metodi. Dal database regionale sono stati analizzati i dati relativi alle interviste effettuate tra aprile 2007 e marzo 2008 nelle 19 AULSS venete aderenti allo Studio PASSI, selezionando le variabili relative al consumo di alcol a rischio secondo la definizione dell'OMS: coloro i quali bevono fuori pasto, i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche - lattine di birra, bicchieri di vino o bicchierini di liquore- al giorno per gli uomini e 2 unità per le donne) e coloro i quali indulgono in grandi bevute (binge drink: consumo di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'occasione almeno una volta al mese).

Per tutte le analisi statistiche è stato utilizzato il software STATA 10.

Risultati.

Il grafico 'caterpillar' prodotto con metodo convenzionale evidenzia:

- la presenza di due AULSS (n. 16 e 18) con prevalenza del fattore di rischio "consumo di alcol" inferiore alla media regionale e di una AULSS (n.7) con una prevalenza di poco superiore alla media;

- la presenza di intervalli di confidenza molto ampi per due AULSS (n.10 e 20), per la scarsa numerosità delle interviste eseguite.

L'applicazione del metodo bayesiano 'corregge' le evidenze di cui sopra: pur rimanendo invariati i ranghi delle stime di prevalenze, viene ridotto l'effetto relativo allo scarso numero di dati e viene a cadere la significatività dello scostamento nelle AULSS n. 7, 16 e 18.

Conclusioni. L'approccio più utilizzato per la verifica di differenze significative nella prevalenza di un determinato fattore di rischio tra aree geografiche diverse è quello di stimare tali prevalenze sulla base delle semplici frequenze di occorrenza del fattore in esame e di rappresentarle graficamente per ordine di rango, indicando i valori puntuali delle stime ed i relativi intervalli di confidenza (grafici 'caterpillar').

Tale approccio frequentista risulta eccessivamente semplicistico poiché non tiene conto del problema dei confronti multipli e della possibile presenza di variabili non misurate che possono influenzare l'esito indagato.

L'approccio bayesiano permetterebbe di controllare tali criticità, sia 'aggiustando' per i confronti multipli, sia tenendo conto della possibile correlazione fra i soggetti appartenenti alla stessa AULSS. In particolare l'uso di un modello gerarchico a due livelli (soggetti entro AULSS) permette di considerare a priori l'effetto determinato dall'appartenenza ad

ogni AULSS come effetto casuale con distribuzione normale [$\zeta_i \sim N(0, \psi)$], verificando poi la correttezza di tale assunzione. Tale approccio consente poi di stimare il valore ‘a posteriori’ di tale effetto, interpretabile come scostamento del valore AULSS-specifico dalla media generale con valore zero ed il relativo intervallo di credibilità; il valore predetto col metodo bayesiano empirico risulta, come noto, ‘schiacciato’ verso il valore medio a priori e risulta più attendibile, per i motivi sopra esposti, rispetto alle stime ottenute con metodi frequentisti/di massima verosimiglianza.

I risultati ottenuti nel presente studio confermano la bontà di tale approccio, evidenziando una sostanziale omogeneità nelle frequenze di consumatori di alcol a rischio in 19 AULSS della Regione Veneto.

95. P. SIM MITRIS: IL SISTEMA INTEGRATO DI MONITORAGGIO DEGLI INCIDENTI STRADALI IN PROVINCIA DI TRENTO

Brunetti P.¹, Dallago G.¹, Fontanari S.¹, Menegon S.¹, Zanon G.¹, Ciaghi A.², Furlanello C.², Fateh-Moghadam P.³, Piffer S.⁴, Benedetti G.⁵

1 - MPA Solutions coop. a r.l., Trento; 2 - FBK-Irst, Trento; 3 - Servizio Educazione alla salute, APSS Trento; 4 - Osservatorio Epidemiologico, APSS, Trento, 5 - Servizio gestione Strade, Provincia Autonoma di Trento

Il sistema integrato di monitoraggio degli incidenti stradali in provincia di Trento (SIM-MITRIS) nasce dalla duplice esigenza di dotarsi di un unico strumento a scala provinciale per la rilevazione tempestiva ed accurata (compresa la georeferenziazione) dei dati di incidentalità stradale e, contemporaneamente, di permettere la connessione tra i flussi dati del Sistema Informativo Sanitario e quelli generati dalle diverse Forze impegnate nel rilievo degli incidenti.

L'esperienza ha preso avvio, nel 2001, sulla base di un finanziamento del Ministero della Salute (ex articolo 12) che prevedeva la sperimentazione di modelli predittivi per la mitigazione del rischio di incidenti stradali (MITRIS). In una prima fase ci si è concentrati sull'informatizzazione locale dei verbali di polizia (Stradale, Carabinieri, Municipali) attraverso un coinvolgimento attivo delle Forze dell'Ordine. Questo impegno è stato successivamente perfezionato tramite l'ufficio ISTAT della Provincia di Trento (automatizzazione della produzione di modelli statistici di incidente stradale CTT/INC). Parallelamente si è proceduto al controllo di qualità ed all'acquisizione dei database sanitari (118, PS e SDO) che sono stati in seguito linkati al database di incidentalità.

A seguito della prima fase sperimentale il sistema è stato "ufficializzato" e reso operativo all'interno del Centro Provinciale per la Sicurezza Stradale del Servizio Gestione Strade della PAT. In questa fase, in aggiunta agli strumenti di gestione e consultazione dei dati di incidentalità, sono state integrate le procedure per la reportistica automatica sul tempo ed il luogo di accadimento degli incidenti stradali. La reportistica annuale del sistema viene utilizzata dall'O. Epidemiologico per comporre la relazione annuale sull'incidentalità stradale, mentre la Pubblica Amministrazione, utilizza i dati di MITRIS per monitorare il livello di rischio delle strade della provincia, per verificare l'efficacia di interventi infrastrutturali realizzati e per la programmazione di possibili interventi di mitigazione.

La disponibilità di un sistema integrato di sorveglianza ha aumentato la conoscenza del fenomeno incidenti stradali sia sul versante sanitario che su quello della pubblica amministrazione. Il sistema consente anche una razionalizzazione dell'attività di verbalizzazione e di monitoraggio dell'infortunistica stradale da parte delle Forze dell'Ordine, consentendo un rapido ritorno delle informazioni. Si genera infine un vantaggio anche per le strutture sanitarie e per la pubblica amministrazione, che è in grado di assumere decisioni più competenti in relazione alla viabilità. La disponibilità di una buona rete informatizzata dei flussi sanitari correnti, una forte collaborazione con le Forze dell'Ordine ed una pubblica amministrazione fortemente interessata al problema rappresentano elementi rilevanti per lo sviluppo e la sostenibilità del sistema.

96. C. PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI: IL PROGETTO MULTICENTRICO “PROMOZIONE DI COMPORTAMENTI LIBERI DALL’ALCOL”- PIEMONTE 2008-09

Capra P.¹, Di Pilato M.¹, Ferro E.¹, Longo R.¹, Tortone C.¹, Marinaro L.², Dalmaso M.³, Mammo C.³, Carmazzi F.⁴, Crosa Lenz C.⁵, Miroglio T.⁶, Tomaciello M.G.⁷

(1) DoRS–Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute ASL TO 3–Grugliasco (TO); (2) ASL VC; (3) Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO 3 - Grugliasco (To); (4) ASL TO 3; (5) ASL VCO; (6) ASL AT; (7) ASL CNI

Introduzione. Gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte e disabilità nelle fasce di età giovanili. Tra i principali fattori di rischio comportamentali per incidenti vi è il consumo di alcol. Il Piemonte risulta tra le regioni italiane a maggiore mortalità da incidenti stradali; inoltre, il Piemonte è tra le aree a maggiore prevalenza di bevitori giovani a rischio: nel 2007, secondo il sistema di sorveglianza Passi, il 13% dei giovani tra 18 e 24 anni ha dichiarato di aver recentemente guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche. Per tali motivi il Piano di Prevenzione Attiva (PPA) incidenti stradali 2006-2008 della Regione Piemonte ha previsto l’avvio di un programma formativo ed educativo orientato alla promozione di comportamenti di guida responsabili.

Obiettivi del PPA Incidenti stradali.

- generale: la riduzione degli incidenti stradali e degli effetti nocivi in termini di mortalità, morbosità e disabilità
- strategico: la promozione e l’attuazione di interventi di prevenzione basati su prove di efficacia
- specifico: la costruzione e valutazione di un Progetto Multicentrico di Prevenzione Incidenti Stradali (P.M.) attraverso l’attivazione di un Laboratorio.

Obiettivi del P.M. “Promozione di comportamenti liberi dall’alcol per la prevenzione degli incidenti stradali”: aumentare la consapevolezza di rischio relativo alla guida sotto l’effetto di alcol; incrementare i comportamenti protettivi rivolgendosi ad un target ampio (adolescenti-giovani-adulti).

Metodi. E’ stato attivato un Laboratorio regionale, attraverso il quale è stato offerto agli operatori socio-sanitari delle AASSLL piemontesi un percorso formativo finalizzato a sostenere lo sviluppo di conoscenze e competenze relative alla progettazione e valutazione di interventi di “promozione sicurezza stradale”. Il progetto è articolato in 4 moduli provinciali, che hanno usufruito di un sostegno metodologico (“facilitatori DoRS”) durante le varie fasi. Sono stati prodotti diversi materiali documentali di supporto alla realizzazione del P.M.

Risultati. I quattro moduli si sono sviluppati tenendo conto delle differenti opportunità territoriali e di alcune strategie di intervento che la letteratura valuta come efficaci: counseling breve, formazione per addetti alla vendita di alcolici, interventi in ambito scolastico fondati sulla peer education, incremento delle life skills in adolescenza. I progetti modulari sono attualmente in fase di realizzazione/valutazione.

Conclusioni. Il lavoro svolto fino ad ora ha consentito di:

- fornire agli operatori competenze e strumenti utili per realizzare progetti in ambito di health promotion
- creare e mantenere alleanze tra diversi servizi delle AASSLL
- creare una rete sul territorio con enti/istituzioni e associazioni della comunità coinvolte nel tema
- dare maggiore fondamento scientifico ai progetti

97. P. PIANO DI RICERCA-INTERVENTO SUL TEMA “ALCOL E LAVORO” IN UNA IMPORTANTE AZIENDA METALMECCANICA DI PARMA SECONDO IL PROGETTO DELLA RER

Chiesa E. **, Cigala F. **, Rustichelli P. *, Bernardini M. ***, Annovi C. ***, Locatelli N. *
Azienda USL di Parma

*** Dipartimento di Sanità Pubblica, Servizio Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di Lavoro*

**Dipartimento Dipendenze patologiche, Centro Alcologico*

****Regione Emilia Romagna, coordinatori progetto regionale “Alcol e lavoro”*

Alla luce delle stime sempre più preoccupanti sul consumo nocivo e pericoloso di Alcol in Italia tra persone comprese tra i 16 e i 65 anni (vale a dire in fascia lavorativa) indipendentemente da età, professione e stato sociale e sulla necessità di contenere infortuni e malattie professionali, si è ritenuto opportuno estendere anche ai luoghi di lavoro programmi di promozione della salute tra cui l’Alcol. (vedi Piano Sanitario Nazionale Alcol “PSNA 2007-2009”).

Il messaggio forte e nuovo che si è voluto mandare ai datori di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, ognuno per la parte di sua competenza, è che la salute ed il benessere delle persone impegnate nei loro ambienti di lavoro è un obiettivo prioritario a cui tendere non solo per guadagnare salute e sicurezza ma anche qualità e produttività ed inoltre che il controllo degli infortuni deve passare anche attraverso corretti stili di vita oltre che a condizioni igieniche–impiantistiche-strutturali.

A fronte di quanto sopra l’AUSL di Parma attraverso la collaborazione del Servizio di Medicina del Lavoro e del Servizio di Alcologia, ha dato il via nel 2007, presso una multinazionale del comparto metalmeccanico con 1100 dipendenti (età media 40 anni, con forza lavoro composta per l’85% da operatori di sesso maschile, 60% con attività impiegatizie/tecniche anche su base trasferta mondiale) ad un progetto pilota, inserito nel più vasto progetto Regionale, che ha previsto la collaborazione oltre che del mondo datoriale, anche delle organizzazioni sindacali, degli Enti Locali (Comune e Provincia), dell’INAIL, dell’associazione dei medici competenti, delle associazioni di RSPP e delle associazioni di volontariato.

I destinatari del progetto sono stati circa la metà dell’intera popolazione lavorativa aziendale.

L’intervento si è concluso con la stesura, controfirmata da tutte le parti di un “regolamento aziendale” che indica le procedure che l’azienda mette in essere per la gestione dei controlli relativi all’assenza di assunzione/somministrazione di bevande alcoliche del personale a rischio, come previsto dall’intesa Stato Regioni del 16 marzo 2006 e per la formazione/informazione in tema di alcol di tutto il resto del personale.

Lo scopo di tale “regolamento aziendale” è infatti quello dichiarato dall’art. 2 della L. 125/01 vale a dire “la promozione di stili di vita sani attraverso l’informazione sui rischi legati all’uso e abuso di bevande alcoliche e la messa a disposizione delle persone con problemi alcol correlati di servizi di riabilitazione”.

Obiettivi. L'obiettivo del progetto è quello di contribuire al cambiamento della cultura della salute/sicurezza di una organizzazione già ben strutturata da molto tempo al fine di

- ridurre le patologie alcol correlate
- ridurre il consumo di bevande alcoliche
- favorire la conoscenza ed il rispetto della normativa sull'alcol attualmente vigente
- rivalutare la distribuzione di alcolici negli spazi mensa-ricreativi
- migliorare l'ambiente di lavoro
- contribuire a ridurre il numero degli infortuni, rappresentando l'alcol un possibile cofattore alla base degli stessi

Metodi. A seguito di una lettera ufficiale di presentazione del progetto, al fine di dettagliare modalità e obiettivi, si procedeva ad incontri in ditta mirati a varie tipologie di interlocutori, in primis la dirigenza Aziendale (datore di lavoro, quadri, dirigenti) a seguire il Servizio di Prevenzione e Protezione, il Medico Competente, i lavoratori con ruoli chiave nella sicurezza, gli RLS /RSU all'epoca in gran fermento per problemi sindacali in ambito nazionale metalmeccanico ed infine a varie confederazioni sindacali della metalmeccanica.

Il risultato favorevole di tali incontri ha quindi permesso la formalizzazione del piano e la creazione un "Tavolo di Lavoro interdisciplinare" (pressoché concomitante con l'ingresso del progetto nei Piani per la Salute della provincia di Parma) che ha portato alla selezione del campione di lavoratori da valutare, alla stesura di modalità e tempistica e alla vidimazione del materiale di lavoro, vale a dire gli strumenti del progetto.

Si precisa infatti che tutto il materiale utilizzato è stato creato dal Gruppo di lavoro regionale, motivo per cui presenta il logo della Regione Emilia-Romagna.

Prima di rendere esecutivo il piano, si è provveduto ad inviare a tutti i lavoratori, allegandola alla busta paga, una lettera di presentazione dello stesso, controfirmata dal datore di lavoro.

Il primo atto è stata la compilazione da parte del datore di lavoro di una "Scheda Tecnica" contenente alcune informazioni sull'organizzazione aziendale tra cui i dati sugli infortuni dell'ultimo biennio.

E' seguita una serie di "interviste strutturate", di circa 30 minuti l'una, a 20 lavoratori con ruolo chiave nella sicurezza (6 quadri, 4 dirigenti, 6 preposti, 1 RSPP, 2 RLS, 1 MC) utilizzando uno strumento creato ad hoc, nominale, che permetteva di rilevare atteggiamenti rispetto al fenomeno "alcol ed abuso di alcol" e alla percezione del problema nell'azienda e nel territorio.

A distanza di circa un mese si sono tenuti, congiuntamente a gruppi di volontariato (AA, Acat, etc..) 2 "incontri formativi", ognuno rivolto ad una platea di 20 persone tutti con ruoli chiave nella sicurezza, della durata di circa 3 ore l'uno, in cui si sono restituiti i risultati dell'intervista elaborati collettivamente, si sono eseguiti 2 problem-solving (dopo aver diviso il gruppo in due parti) e solo successivamente alla discussione sui casi, si sono presentate le procedure operative da adottarsi in caso di lavoratori con disturbi alcolcorrelati.

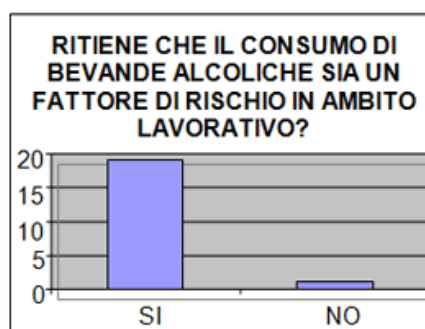
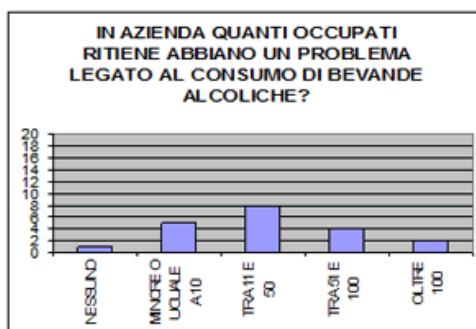
Successivamente si sono tenuti 4 "incontri di sensibilizzazione" (sui 6 previsti) rivolti ai lavoratori in genere, indipendentemente dal ruolo svolto in azienda, dividendoli in gruppi di 50 alla volta, previa compilazione/riconsegna da parte degli stessi di un questionario della salute, assolutamente anonimo, sull'auto-percezione della salute e sui loro personali consumi di alcol e di una scheda di valutazione del progetto. Si sono raggiunti 200 operatori (di questi più del 90% erano addetti alla produzione).

Al termine è stato stilato il "regolamento aziendale" composto di 13 articoli, controfirmato dalle parti.

L' Azienda USL, al fine di pubblicizzare un progetto così innovativo, ha promosso il passaggio dello stesso su una rete televisiva locale, nell'ambito dello spazio dedicato settimanalmente alla sanità.

Risultati. La realizzazione di un modello di “regolamento aziendale” e la fiducia dei lavoratori dell'azienda sono stati, ad oggi, i risultati professionali e morali conseguiti dopo un anno di lavoro, prova ne é la richiesta avanzata da altre grosse realtà produttive a ripetere il progetto presso di loro.

Le risposte dei questionari hanno dimostrato in modo inequivocabile che il 95% dei lavoratori percepiva l'Alcol come un fattore di rischio in ambito lavorativo (presente anche al proprio interno) e aveva scarse informazioni sulla eventuale gestione di un caso con problematiche alcol correlate, motivo per cui si ritenevano utili sia i controlli alcolimetrici in attività a rischio che l'istituzione di un “regolamento aziendale” sull'alcol.



Conclusioni. L'azienda, che in passato aveva già promosso una campagna aziendale contro il fumo, si è prefissata, ancora una volta, di garantire un livello sempre più accurato di sicurezza dei propri lavoratori, attraverso lo strumento della prevenzione. I risultati di questo studio, che andranno ad accorparsi a quelli di altre esperienze regionali, ancora in fase di elaborazione epidemiologica, mostrano per la realtà di Parma una particolare attenzione sia dei lavoratori che della dirigenza aziendale al rischio Alcol in ambito lavorativo quasi a supportare, al di là delle conoscenze scientifiche, la necessità di considerare l'ambiente di lavoro un “setting” particolarmente favorevole” alla promozione della salute.

A fronte dell'accoglienza del progetto e del documento conclusivo prodotto, si ritiene che tale modello possa essere facilmente riproducibile in altre realtà specie se di piccole e medie dimensioni.

98. C. NON LASCIAMOCI CON L'AMARO IN BOCCA

Cipriani E.

Az. Ulss 22 Bussolengo (VR)

Introduzione. In Italia nel 2007 sono stati rilevati 230.871 incidenti stradali che hanno causato il decesso di 5.131 persone mentre 325.850 hanno subito lesioni di diversa gravità. Sempre nel 2007 gli infortuni mortali sul lavoro sono stati 1.207 ma di questi 629 pari al 52,1% sono occorsi sulla strada ossia non legati allo specifico rischio lavorativo in ambiente di lavoro. Il collegamento tra il fenomeno descritto ed il consumo di alcol è ben noto. Le stime sul fenomeno infortunistico dell'O.M.S. indicano che almeno il 10% degli infortuni sul lavoro riconoscono tra le cause l'effetto dell'alcol.

Obiettivo generale. Favorire comportamenti consapevoli dei cittadini per ridurre l'incidenza degli incidenti stradali e sul lavoro, con una azione integrata dei Dipartimenti di Prevenzione delle Az. Ulss (D.P.) del Veneto.

Obiettivi specifici

- Aumentare le competenze dei D.P.
- Promuovere presso i Sindaci codici di autoregolamentazione per il controllo sul territorio dell'abuso alcolico
- Promuovere la prevenzione alcolologica nella ristorazione, nella distribuzione e nel mondo del lavoro
- Realizzare un programma integrato di marketing sociale.

Metodi. In Veneto, tramite corsi organizzati a livello provinciale, è stato formato un gruppo di operatori sanitari di Servizi diversi di ciascun D.P., per essere in grado di programmare una attività sul proprio territorio in collaborazione con i Dipartimenti delle Dipendenze. Il progetto regionale si concluderà nel 2009 ma l'attività dei D.P. proseguirà oltre il 2010 con programmi locali. **Target: Comuni, ristorazione, distribuzione, ambienti di lavoro.** Le azioni tendono a sviluppare il tema della prevenzione degli incidenti stradali e sul lavoro alcolcorrelati utilizzando strumenti già validati come i codici di autoregolamentazione. L'intervento, oltre che affrontare i problemi "acuti" dell'assunzione di bevande alcoliche, si preoccupa anche di contribuire a correggere una delle cause modificabili delle "malattie croniche".

Risultati. I programmi dei D.P. sono stati valutati da un gruppo regionale e premiati con incentivi in base a criteri definiti. I risultati del progetto regionale sono in corso di valutazione secondo:

Indicatori di processo: 1) Numero di D.P. aderenti e di operatori formati. 2) Numero di Comuni coinvolti nei programmi aziendali; 3) Numero di bar, supermercati, ristoranti ed esercenti pubblici aderenti; 4) Numero di aziende e di lavoratori aderenti;

Indicatori di risultato: 1) Programmi di attività dei D.P. 2) Raccolta delle delibere di Giunta dei Comuni 3) Raccolta delle esperienze dalla distribuzione e dalle aziende.

Conclusioni. Il progetto regionale mira a rendere istituzionale l'interesse dei D.P. verso uno dei maggiori problemi di salute pubblica, fornendo strumenti unitari di marketing sociale sul territorio regionale. A livello delle Aziende Ulss i D.P. sono chiamati ad agire non direttamente nei confronti dei cittadini ma coinvolgendo i Sindaci e la distribuzione suggerendo soluzioni già sperimentate in altre realtà.

99. P. STRATEGIE PROMOZIONALI DELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO PER LA SICUREZZA STRADALE

Coppola M.*, Pizzella A.*, Di Riso V.**, Pagano T.****, Scalera L.*****, Rossi E.***, Ruotolo C.*

*Servizio Controllo Qualità; **Direzione Aziendale; ***UOC coordinamento emergenza e 118; ****Dipartimento Tossicodipendenze; *****Area Promozione alla Salute

Introduzione. Gli incidenti stradali rappresentano la nona causa di morte nel mondo e si stima che entro il 2020 rappresenteranno la terza causa globale di morte e disabilità.

In particolare, nella provincia di Napoli è stata rilevata una incidentalità pari a 6001 eventi, su un totale regionale di 11.278 e una mortalità di 110 persone su un totale regionale di 320 deceduti (dati Istat 2007). Affrontare il tema della sicurezza stradale in modo efficace rappresenta pertanto un obiettivo prioritario per una Azienda sanitaria che intenda operare in modo incisivo nell'ambito della Promozione della Salute nel territorio di competenza.

Obiettivi. E' stato elaborato un progetto aziendale articolato per raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1) favorire all'interno delle strutture sanitarie la cultura della guida sicura come corretto stile di vita 2) far acquisire agli operatori sanitari la consapevolezza di essere mediatori fondamentali tra i bisogni della comunità e gli obiettivi di promozione della salute individuati 3) creare alleanze con stakeholders interni ed esterni all'Azienda Sanitaria.

Metodi. E' stato istituito un Comitato Aziendale per la Sicurezza Stradale all'interno del quale si sono strutturati gruppi di lavoro, in cui ciascun operatore ha collaborato per le specifiche competenze.

Particolare risalto è stato attribuito alle problematiche dell'incidentalità stradale correlata ai problemi di abuso di alcool e droga .

Risultati. Elaborazione di materiali divulgativi differenziati a seconda del target di riferimento: operatori sanitari-utenza; automobilisti-pedoni; bambini-adolescenti-genitori.

Individuazione di moltiplicatori di salute per l'adeguata diffusione dei messaggi selezionati, in particolare medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Creazione di alleanze istituzionali per sinergia e amplificazione delle azioni comuni.

Conclusioni. La problematica della incidentalità stradale presenta aspetti molto complessi e il solo intervento da parte di una azienda sanitaria potrebbe risultare limitato; è necessario operare nell'ambito di una rete integrata tra i diversi attori istituzionali e le associazioni che agiscono sul territorio. Ma, affinché si possano riscontrare risultati incisivi e duraturi, occorre sviluppare una cultura istituzionale che attivi una pianificazione degli interventi su un arco di tempo prolungato e un sistema di monitoraggio degli stessi.

Incidere sui comportamenti consolidati dei cittadini è arduo, ma l'unica strategia percorribile è quella di stabilire una alleanza reale con gli utenti al fine di renderli partecipi alla gestione della propria salute e consapevoli di una cultura sanitaria basata di stili di vita più sani e corretti .

100. P. GLI INCIDENTI STRADALI NELLA ASL DI LATINA: STUDIO DI FATTIBILITA' DI UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA INTEGRATO DATI DI POLIZIA - DATI SANITARI

Iacovacci S.², Chini F.¹, Farchi S.¹, Buono P.C.³, Vagnozzi A.³, Sabatucci A.²

1 ASP Lazio

2 ASL Latina

3 Provincia di Latina

Introduzione. Gli incidenti stradali (IS) rappresentano un problema di sanità pubblica molto rilevante. In Italia si sono registrati nel 2007 un numero di morti pari a 5131 e 325.850 feriti (ISTAT/ACI). Nella provincia di Latina, gli IS sono particolarmente alti (21097 di cui 94 mortali) ed in controtendenza con il decremento del 10% a livello nazionale. Inoltre l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza da parte degli automobilisti è significativamente più basso rispetto alla media regionale (Sorveglianza PASSI). E' fondamentale avere un quadro completo del fenomeno e delle sue dinamiche. Studi internazionali di valutazione della completezza delle informazioni dei dati di polizia e sanitari hanno dimostrato che entrambe le fonti non sono esaustive. In Italia, pochissime esperienze locali hanno effettuato un'integrazione delle due fonti.

Obiettivo. Effettuare uno studio di fattibilità per attivare una sorveglianza integrata degli IS, considerando sia i dati raccolti dalle Forze dell'ordine, che i flussi sanitari.

Metodi. Sorveglianza sperimentale degli IS, basata sull'integrazione dei flussi sanitari con quelli di rilevamento IS da parte della Polizia Stradale e Carabinieri, attraverso l'implementazione di una procedura di linkage deterministico. Le fonti utilizzate saranno: Database Polizia Stradale e Carabinieri, Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria della Regione Lazio, Sistema Informativo ospedaliero, Registro di Mortalità.

Verranno rilevati il numero di incidenti con feriti, accessi al PS, ricoveri e decessi, oltre al tipo di lesione riportata e distretto corporeo colpito.

I fattori associati con il ricovero in seguito ad IS saranno valutati attraverso modelli di regressione logistica.

Risultati attesi. Associare il numero di incidenti con feriti dal database delle forze dell'ordine con la percentuale di soggetti che hanno riportato un accesso in PS. Individuare il numero di accessi che esita in un ricovero e il numero di decessi a 30 giorni dalla data dell'incidente, la classe di età e il sesso maggiormente colpiti. Determinare le sedi corporee maggiormente coinvolte e il tipo di lesioni più frequenti. Identificare la natura di incidente più pericolosa (scontro frontale, laterale, urto contro ostacolo) e il tipo di mezzo (automobile, due ruote) che comporta un maggior rischio di ospedalizzazione (proxy di gravità).

Conclusioni. Una volta verificata la possibilità di implementare il sistema di sorveglianza integrato tra flussi sanitari e dati raccolti dalle forze dell'ordine, i risultati ottenuti potranno essere utilizzati per analizzare trend temporali, valutare l'efficacia di eventuali interventi di prevenzione realizzati, e stimare i costi sociali.

101. C. LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI NELLA EX ASL NAPOLI 4

Isernia M., Russo Spena S., Gigli L., Palombino R.

Servizio Epidemiologia e Prevenzione ex Azienda Sanitaria Locale Napoli 4

Introduzione. Gli incidenti stradali costituiscono, nel nostro paese, la prima causa di morte tra i giovani.

In accordo con le linee europee, nazionali e regionali, il Servizio di Epidemiologia dell'ex ASL Na 4, nel biennio 2008-2009, ha avviato un progetto pilota denominato "Scegliere la strada della sicurezza: Interventi per la riduzione degli incidenti stradali alcool droga correlati" rivolto ai patentandi e neo patentati.

Obiettivi. L'obiettivo generale del progetto è rappresentato dalla elaborazione e organizzazione dei diversi interventi per la prevenzione degli incidenti stradali dovuti alla guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze psicoattive e per sensibilizzare ed informare i patentandi e i neopatentati sui pericoli connessi alla guida sotto l'effetto di tali sostanze.

Metodi. Sono stati individuati e sensibilizzati i "moltiplicatori dell'attività preventiva" rappresentati dagli insegnanti ed istruttori di scuola guida che rivestono un ruolo fondamentale nella funzione educativa e quindi preventiva sulla sicurezza alla guida; sono state fornite loro le conoscenze di base per lo sviluppo di attività di informazione e formazione. La formazione a cascata avrà, quindi, come target finale i ragazzi delle IV classi superiori e i ragazzi che frequentano le scuole guida.

Risultato.

Intervento in ambito scolastico.

E' stato organizzato un corso multidisciplinare per la prevenzione degli incidenti stradali alcool droga correlati al quale hanno partecipato gli insegnanti di un istituto superiore del territorio.

Costoro, attraverso la formazione a cascata, hanno fornito ai ragazzi delle quarte classi, aderenti al progetto, corrette informazioni sui rischi e sui pericoli connessi alla sicurezza stradale e al consumo di alcool e droga. Tale preparazione è stata valutata attraverso l'elaborazione dei questionari pre e post test.

Intervento nelle autoscuole.

E' stato organizzato un corso multidisciplinare simile al precedente ma con target diverso per gli istruttori/insegnanti delle 50 autoscuole ricadenti sul territorio. I partecipanti hanno assicurato l'inserimento dei contenuti del corso in quelli da loro tenuti per la preparazione alla guida; tale impegno sarà monitorato dai questionari compilati dagli allievi che verranno trasmessi al SEP durante tutto l'anno 2009.

Conclusioni. Al corso presso la scuola pilota, gli insegnanti che hanno partecipato hanno definito questa esperienza piacevole ed utile e che gli argomenti sono stati interessanti, stimolanti, utili ed esaustivi per il 91% mentre la metodologia didattica ha facilitato l'apprendimento per l'80%.

Al corso destinato alle autoscuole, la partecipazione è stata del 50% mentre l'adesione al progetto è stata totale. Al corso rivolto alle autoscuole, gli istruttori partecipanti hanno definito questa esperienza piacevole ed utile e gli argomenti interessanti, stimolanti, utili ed esaustivi per il 98%.

102. P. PREVALENZA D'USO DI SISTEMI DI RITENUTA IN AUTO PER BAMBINI A BOLOGNA: SVILUPPO DEL PIANO "PROTEGGI IL NOSTRO FUTURO"

Lacava G.*, Bundo G.*, Benassi S.*, Mazzeo V.*, Lonardi G.**, Pandolfi P.*

* Azienda USL di Bologna, Dipartimento di Sanità Pubblica

** Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna

Introduzione. Gli incidenti stradali costituiscono una delle maggiori cause di mortalità e morbosità anche nel territorio della Azienda USL di Bologna. Nel periodo 1993-2007 oltre il 52% delle morti rilevate in giovani (15-24 anni) è dovuto a questa causa. Particolare interesse è rivolto alla fascia d'età più giovane che costituisce la parte non attiva alla guida e che subisce passivamente il comportamento del conducente: l'uso dei sistemi di ritenuta per bambini in auto (SRAB) ne rappresenta la misura più adeguata di tutela nei mezzi di trasporto.

Obiettivi. Lo studio ha come obiettivi la rilevazione della prevalenza d'uso e le modalità di utilizzo dei SRAB, anche attraverso l'individuazione di variabili correlate all'uso/non uso di essi; l'indagine sul livello di conoscenza e gli atteggiamenti che i conducenti hanno riguardo al loro uso appropriato potrà contribuire alla costruzione di adeguati progetti di promozione, informazione ed educazione.

Metodi. Sulla popolazione in studio, limitata al Comune di Bologna e di età 0-14 anni, nei mesi Ottobre e Novembre 2008, è stato selezionato un campione casuale stratificato per quartiere e per tipologia di scuola (asilo nido, scuola d'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado). Il campione è stato calcolato tenendo conto della distribuzione della popolazione in studio. Sono state osservate 335 auto di cui 255 (76,1%) trasportavano un bambino, 71 (21,2%) due bambini e 9 (2,7%) tre bambini. Complessivamente sono stati osservati 424 soggetti trasportati. Due operatori hanno rilevato i dati del conducente (sesso, età, nazionalità, titolo di studio, grado di parentela col minore, uso della cintura) e del bambino trasportato (sesso, età, peso, altezza, sedile occupato, uso di SRAB, correttezza d'uso). Per valutare l'uso corretto dei SRAB è stato suddiviso il campione in 2 gruppi in funzione dell'altezza del bambino: 349 bambini di altezza \leq cm150 e 84 $>$ cm. 150 (come indicato nella disposizione legislativa che obbliga l'uso di SRAB fino ai cm. 150).

Risultati. In entrambi i gruppi la presenza di SRAB è inversamente proporzionale all'età del bambino; i conducenti femmine sono maggiormente associati all'utilizzo di SRAB (limite della significatività $p=0,057$) e l'uso della cintura da parte del conducente risulta essere un fattore protettivo ($p<0,001$). Solamente 137 (32,3%) soggetti utilizzano correttamente SRAB, in 68 (16,1%) usano la cintura prematuramente rispetto all'altezza dichiarata e in 20 (4,7%) usano SRAB con modalità scorrette. Un numero consistente di bambini, 199 (46,9%), non usa alcun tipo di sistema di ritenuta.

Conclusioni. L'utilizzo di SRAB risulta più corretto quando il bambino ha meno di 2 anni mentre col crescere dell'età si perde il loro uso e buon-uso. Può quindi risultare particolarmente efficace un intervento mirato a promuovere, informare ed educare i genitori di bambini con più di 2 anni. L'Azienda USL di Bologna sta programmando sulla base di questi risultati l'attuazione di tali interventi.

103. P. UNA RETE PER LA VITA

Rossi A.E., Lagnese M., De Falco N., Izzo M., Cavuoto E., Coppola M.*, Pizzella A.*
UOC coordinamento emergenza e 118 ASL Na 1 centro
**SCQ ASL NA 1 Centro*

Introduzione: Gli incidenti stradali provocano ogni anno in Italia circa 5.000 decessi (2% del totale), circa 170.000 ricoveri ospedalieri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero; rappresentano inoltre la prima causa di morte tra i maschi sotto i 40 anni. Dal 1969 al 2001 oltre 16000 mila persone decedute in Campania a seguito di incidenti stradali; nel 2004 sono avvenuti 9.372 incidenti, che hanno causato 382 morti e 14.059 feriti; i danni economici sono stati stimati intorno ai 921 milioni di euro l'anno.

Obiettivi: Obiettivi del percorso progettuale della durata di due anni gennaio 2008 - gennaio 2010 sono

- a. la riduzione della mortalità e della disabilità a seguito di incidenti stradali attraverso informazione e formazione di tutti gli attori sanitari a vario titolo coinvolti nell'evento
- b. Avviare una comunicazione trasversale con le istituzioni pubbliche e private e forze dell'ordine. Promuovere il confronto tra gli operatori sanitari per l'individuazione di strategie organizzative, operative e comunicative adeguate
- c. Promuovere la cultura del dato quale prerogativa fondamentale per gli operatori sanitari impegnati in progetti di prevenzione e promozione della Salute.

Metodi. Al fine di creare una comunicazione trasversale con le istituzioni pubbliche e private e forze dell'ordine si è provveduto ad organizzare I° Forum ASL Na 1 centro "**la prudenza fa la Differenza**" - Napoli 28-29 ottobre 2009. Primo di una serie di incontri tra pubbliche istituzioni, affinché si interfaccino conoscendo le modalità operative e le criticità di ognuno.

Per promuovere il confronto tra gli operatori sanitari per l'individuazione di strategie organizzative, operative e comunicative adeguate è stato ideato, promosso ed erogato dagli operatori sanitari dell'area critica di Napoli il "**PerCorso Trauma**" un corso formativo interaziendale, rivolto ad operatori sanitari di tutte le aree in versioni adeguatamente modulate per il miglioramento del management del traumatizzato sia a livello territoriale che ospedaliero; a questo corso è allegato un manuale in fase di pubblicazione che vuole essere un testo riccamente iconografato su cui approfondire quanto appreso al corso.

Per promuovere la cultura del dato quale prerogativa fondamentale per gli operatori sanitari impegnati in progetti di prevenzione e promozione della Salute è in fase di allestimento un sistema di classificazione ed archiviazione di tutti i casi soccorsi dal servizio 118 redatto in forma digitale sfruttando il collegamento GPRS. La sua messa a regime consentirà oltre ad una archiviazione digitale dei dati con possibilità di monitoraggio e analisi del fenomeno, una trasmissione in tempo reale delle condizioni cliniche dell'ammalato ed indici di gravità al presidio ospedaliero di riferimento prima ancora che questi sia arrivato così da migliorare l'accettazione dello stesso.

104. P. APPLICAZIONE DI UN PROTOCOLLO PER GLI INTERVENTI PREVENTIVI IN TEMA DI ALCOL E LAVORO

Ticali S.*, Tominz R.**, Patussi V.**, Muran A.**, Purich R.*, Vegliach A.*, Bovenzi M.**

* *Dipartimento delle Dipendenze, Azienda Sanitaria Locale Triestina*

** *Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Locale Triestina*

Introduzione. La legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati (L. 125/01) e l'Intesa Stato/Regioni del 16/03/2006 prevedono che il medico competente o i medici del lavoro dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro delle ASL possano effettuare il controllo dell'alcolemia agli addetti a lavorazioni ad elevato rischio di infortuni sul lavoro o comportanti rischio per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi. La pregnanza e la delicatezza dell'argomento impongono la costruzione di percorsi di condivisione tra medico competente, Servizi di Prevenzione Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Servizi di Alcologia, datori di lavoro e organizzazioni sindacali, al fine di giungere a protocolli operativi chiari e condivisi che evidenzino la finalità mirata alla tutela del benessere e della sicurezza del lavoratore della norma stessa.

Obiettivo. Effettuare una prima valutazione del protocollo messo a punto tra due ASL della regione Friuli Venezia Giulia per l'effettuazione degli interventi preventivi mirati a ridurre il rischio legato all'assunzione di alcolici tra i lavoratori, utilizzandolo in due contesti lavorativi ad alto rischio.

Metodi. Studio descrittivo. Vengono indagati il consumo riferito di alcol, l'attività lavorativa svolta e le conoscenze ed attitudini nei confronti dell'alcol stesso tra addetti alla raccolta dei rifiuti solidi urbani e operatori portuali operanti in provincia di Trieste. I dati sono stati raccolti mediante questionario anonimo nell'ambito di un protocollo di intervento che prevede le seguenti fasi:

1. valutazione dei rischi nelle specifiche lavorazioni;
2. svolgimento di momenti formativi e informativi rivolti a tutti i lavoratori;
3. effettuazione di rilievi alcolimetrici, anonimi ed in momenti concordati con i lavoratori.

Le fasi successive del protocollo, concordate con i lavoratori e la parte datoriali prevedono l'attivazione di controlli alcolemici a sorpresa.

Risultati. Nel periodo giugno-luglio 2009 sono stati effettuati 3 interventi formativi e informativi presso due aziende operanti in provincia di Trieste, sono stati somministrati 103 questionari ad altrettanti lavoratori (98 maschi). Di questi il 25% lavora, anche occasionalmente, in quota, e più della metà guida per lavoro. Circa il consumo di alcol il 63% si definisce consumatore occasionale e l'11% consumatore regolare. La bevanda più gradita (poco più della metà dei lavoratori) è risultata essere la birra, consumata dal 79% dei rispondenti per 1 o 2 giorni la settimana, seguita dal vino, il cui consumo appare però più diluito nella settimana. Fra i bevitori il 21% beve prevalentemente o solo fuori pasto, il 33% beve binge, il 18% dichiara peraltro di aver guidato (e l'11% di aver lavorato) almeno una volta negli ultimi 30 giorni dopo aver bevuto almeno due unità di alcol. In base al CAGE su 59 bevitori rispondenti 15 (25%) risultano sospetti alcolisti e 2 (3%) lo sono

certamente. Infine il rischio di assunzione di alcolici prima o durante il lavoro è ritenuto basso dal 7% degli intervistati, mentre il 10% non sa rispondere a questa domanda.

Per quanto il controllo alcolemico in data concordata con i lavoratori rappresenti solo il primo approccio alla consapevolezza di un controllo in tal senso, in tre lavoratori su 60 è stata rilevata un'alcoemia positiva (oltre 20 g/l).

Conclusioni. Nei prossimi mesi verranno effettuati i controlli alcolimetrici a sorpresa (fase 3), dai quali ci si aspetta un quadro oggettivo del problema legato al consumo di alcolici in queste lavorazioni a rischio. I questionari, già in questa prima fase, sembrano tuttavia confermare la necessità di programmare ulteriori interventi informativi/formativi e di controllo nei comparti lavorativi indagati.

Si ringraziano per la collaborazione: Borsoi Gabriella, Ripa Luisa, Crocco Simon, Cosmini Silvia

Sessione Plenaria 6

Comunicazione e prospettive future di Guadagnare Salute

105. P. LA COMUNICAZIONE NEL FRONT OFFICE NELLA PREVENZIONE DEI TUMORI DEL COLON RETTO: ESPERIENZA NELL'AZIENDA USL DI LATINA

Bellardini P.*, Sabatucci I.**, Di Cesare A.*, Iacovacci S.*

* Azienda USL Latina*

** Università "La Sapienza" Roma

Introduzione. Esperienze in altri paesi Europei hanno dimostrato che la comunicazione può essere considerata come una risorsa, e non una spesa, per contribuire a migliorare la salute. La comunicazione per la salute è uno strumento innovativo, rappresenta un elemento costitutivo ed una leva strategica delle politiche di promozione della salute, secondo le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, delle Linee Generali del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e della Sorveglianza PASSI Rapporto Regione Lazio 2007-2008.

Obiettivo. Diffondere informazioni complete ed esaurienti riguardo benefici e rischi di un Test di screening, permettendo all'utente di poter esercitare la propria autonomia di scelta ed instaurando una relazione trasparente, fondata sulla reciproca fiducia.

Fonti:

1. Anagrafe della popolazione di Latina e Terracina
2. Lettere di invito alla popolazione (donne e uomini) dai 50 ai 74 anni di età
3. Sistema Unico Regionale come software gestionale - web-based - del Sistema Informativo dello Screening Coloretale.

Metodi. La popolazione target di Latina e Terracina ha ricevuto una differente accoglienza e comunicazione sanitaria, attuata dagli operatori dell'Azienda USL di Latina. Nella realtà di Latina è stata creata una sala d'attesa accogliente, attivato uno Sportello per la Prevenzione con orari ampi di apertura, dove l'operatore si è posto con ascolto attivo ed un'adeguata comunicazione a soddisfare le esigenze degli utenti che si presentavano, dedicando, quindi, maggior tempo all'utente. Nella realtà di Terracina non vi è una sala d'attesa, non vi è uno sportello dedicato, l'operatore ha messo in atto una comunicazione essenzialmente tecnica, legata semplicemente alla consegna del Kit del sangue occulto.

Risultati. Sono stati invitati - da Gennaio a Maggio 2009 - 11.987 uomini e donne dei quali hanno risposto 5.041 persone ritirando il Kit del sangue occulto.

In questo percorso di promozione della salute i risultati conseguiti rispecchiano come, nella realtà di Latina, ci sia un maggior numero di provette ritirate pari a 3.791 rispetto a Terracina ove le provette ritirate sono pari a 1250. Cosa ancor più importante è constatare come a Latina, lavorando attraverso una comunicazione efficace ed efficiente, ci sia una riconsegna delle provette pari 3077 rispetto a Terracina con una riconsegna di 940 provette, a fronte di una comunicazione tecnica.

Conclusioni. I dati ci dimostrano che a Latina l'investimento di un tempo adeguato per ogni utente ha consentito un'adesione del 81% a fronte del 75% a Terracina. Una buona comunicazione pubblica nel settore sanitario deve rappresentare uno strumento indispensabile per il raggiungimento dei valori e degli obiettivi propri del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

106. P. CAMPAGNA D'INFORMAZIONE E DI SENSIBILIZZAZIONE ALLA PREVENZIONE DELL'OSTEOPOROSI PER I DIPENDENTI DELL'ASL NAPOLI 2

Bove A., Dell'Aversana R., Fiorillo F., Mantova D., Parlato A., Romagnuolo F., Schiano di Cola G., Vitale A., Zulati P.

Regione Campania ex ASL Napoli 2

Introduzione. Sviluppato dal Comitato Pari Opportunità in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL NA 2, il progetto si articola in una campagna di sensibilizzazione e di informazione sull'osteoporosi per i dipendenti dell'Azienda. Il progetto nasce dall'esigenza dei dipendenti, emersa da un recente monitoraggio realizzato dal CPO, di approfondimento della tematica. Si inserisce nell'ambito delle azioni intraprese dal Comitato per promuovere la piena ed uniforme applicazione delle vigenti norme in materia di pari opportunità e per realizzare le attività programmate nel Piano Triennale di Azioni Positive su tematiche che caratterizzano in particolare la componente femminile.

Obiettivi. Accrescere la consapevolezza che l'osteoporosi si può prevenire con interventi semplici e poco costosi da realizzarsi durante tutta la vita e non solo dopo i 45/50 anni, come comunemente si crede. Sviluppare una linea progettuale di sensibilizzazione alla prevenzione, favorire la divulgazione di informazioni scientifiche per modificare lo stile di vita, promuovere ampio confronto tra i diversi approcci integrativi di prevenzione e cura derivanti dalla medicina occidentale e dalla medicina tradizionale cinese.

Metodi. Il gruppo di progetto, condividendo modelli e strumenti di lavoro con professionisti esterni/interni all'azienda, ha individuato le linee di sviluppo dell'iniziativa, del target, dei tempi, delle modalità realizzative e dei contenuti scientifici partendo dall'analisi delle recenti evidenze.

Sono state individuate 3 linee di attività:

Convegni;

Opuscolo informativo;

Workshop territoriali di ascolto come percorso di divulgazione dei contenuti;

Risultati. Il progetto della durata di 12 mesi ha prodotto:

Stesura della proposta di progetto;

Coinvolgimento delle professionalità e costruzione di sinergie tra diversi settori dell'azienda

Analisi stato dell'arte delle conoscenze specifiche e selezione delle informazioni rilevanti

Realizzazione convegno di apertura;

Distribuzione opuscolo informativo;

Divulgazione e feedback sull'andamento del progetto con 2 workshop territoriali di ascolto;

Conclusioni. Il progetto contribuisce a combattere gli stereotipi che influenzano negativamente la conoscenza della malattia diffondendo informazioni utili per la prevenzione dell'osteoporosi con suggerimenti pratici (attività fisica, alimentazione ecc..). Il lavoro di audit attivo del personale pone le basi per un cambiamento culturale teso alla

valorizzazione ed al coinvolgimento diretto del dipendente ed al miglioramento della relazione Azienda/dipendente. Da destinatari dell'intervento i dipendenti possono a loro volta veicolare le informazioni e raggiungere indirettamente una fascia più ampia della popolazione.

107. P. GENITORIPIÙ” – CAMPAGNA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI PRIMI ANNI DI VITA - PREVENZIONE ATTIVA E VACCINAZIONI

Brunelli M.*, Russo F.**, Speri L.*, Tamang E.***, Tagliapietra L.**, Simeoni L.*, Campara P.*, Valsecchi M.D*, Bonavina M. G.*

* *Dipartimento Prevenzione Ulss 20 Verona*

** *Servizio Igiene e Sanità Pubblica e Screening, Direzione Regionale Prevenzione*

*** *Direzione Medica dell’Ulss 15 Alta Padovana*

Introduzione. Nel 2006 la Regione Veneto ha lanciato il Progetto “GenitoriPiù”, coordinato dall’Uff. Promozione Salute del Dip. Prevenzione dell’ULSS 20 di Verona, con la collaborazione di FIMP e UNICEF.

A fine 2007, data l’innovatività, il progetto è diventato nazionale con il Veneto come Capofila.

Obiettivi. GenitoriPiù, una **campagna di comunicazione sociale** per orientare i genitori verso scelte di salute consapevoli e praticabili e formare gli operatori, valorizza programmi in atto sui 7 determinanti di salute, prioritari in ambito perinatale e infantile:

1. assunzione di acido folico nel periodo periconcezionale
2. astensione dal fumo in gravidanza e nei luoghi frequentati dal bambino
3. allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi di vita
4. posizione supina nel sonno
5. utilizzo di appropriati mezzi di protezione in auto
6. vaccinazioni
7. lettura ad alta voce già dal primo anno di vita.

Connessa alla scelta del Veneto del superamento dell’obbligo vaccinale, questa Campagna vuole valorizzare le competenze genitoriali, promuovendo simultaneamente pratiche efficaci, con attesi effetti sinergici e miglior profilo costo/efficacia rispetto ad interventi su singoli fattori.

Metodi e risultati. La Campagna è votata all’empowerment e all’attivazione di processi partecipativi, con speciale attenzione al Counselling e prevede quattro assi di lavoro:

1) **Promozione con la popolazione.** Una campagna massmediatica a livello regionale (spot tv e radio, pubblicità e redazionali sui giornali, rotocalchi radio) e realizzazione/divulgazione di materiale informativo per i genitori (poster, calendari, brochure) e formativo per gli operatori dei percorsi nascita (manuale). Realizzazione di un sito regionale www.genitoripiu.it, strumento per i genitori e per gli operatori, esteso poi a livello nazionale.

2) **Rete di referenti.** Organizzata prima a livello provinciale, poi a livello aziendale (SISP, PLS, Uff. Stampa) delle 21 Aziende Ulss e delle 2 Az. Ospedaliere del Veneto, per promuovere localmente la campagna, realizzare la formazione, partecipare alla valutazione.

3) **Formazione a cascata degli operatori dei percorsi nascita** (PLS, operatori Punti nascita, Consultori Familiari, Servizi vaccinali,) che ha coinvolto c.a 170 formatori in 3 eventi regionali e di c.a 2.400 operatori su 3.500, in 60 eventi formativi aziendali.

4) **Valutazione.** Somministrazione di questionari ai neogenitori e a tutti gli operatori formati, in collaborazione con Dipartimento di Economia e Statistica dell'Università Cà Foscari di Venezia.

Il progetto si è integrato a livello regionale con il progetto CCM “Prevenzione degli incidenti domestici” e con un'attività di ricaduta a cura dall'Ulss 4 di Thiene (5 dvd per intrattenimento nelle sale d'attesa con gli spot, storie, filastrocche, canzoni, rivolte a genitori e bambini).

Conclusioni. I risultati positivi del progetto orientano verso: sperimentazione di un corso e-learning sul Counselling Vaccinale (blended), aggiornamento Manuale e nuove evidenze, perfezionamento rete (es. MMG), valorizzazione sito web come sito di servizio (dati, ecc.)

108. P. LA DIFFUSIONE DEI DATI DI OKKIO ALLA SALUTE: I TEST PRELIMINARI DEGLI STRUMENTI CON LA PARTECIPAZIONE DEI TARGET DELLA COMUNICAZIONE

Cattaneo C.*, De Mei B.*, Perra A.*, Fontana G.***, Lamberti A.***, Cavallaro G.*, Spinelli A.*

**Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

***Università degli Studi di Milano, Milano*

°*University of Washington, Washington*

Introduzione. Il progetto “Programma di comunicazione e informazione a sostegno degli obiettivi del programma Guadagnare Salute”, del Centro di Epidemiologia, Promozione e Sorveglianza della Salute (CNESPS), finalizzato all’attivazione di processi di consapevolezza e di empowerment per scelte di vita salutari, ha avviato la pianificazione di iniziative di comunicazione dei dati sull’alimentazione e l’attività fisica dei bambini delle scuole primarie, raccolti dal sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, coordinato dal CNESPS.

Per realizzare una comunicazione efficace risulta infatti fondamentale trasformare i contenuti tecnico-scientifici (i dati e la loro interpretazione) in messaggi chiari e significativi per il target di riferimento espressi con un linguaggio comprensibile e adeguato. In particolare per costruire strumenti di comunicazione efficaci è necessario coinvolgere i destinatari della comunicazione nella progettazione, realizzazione e valutazione di tali strumenti.

Obiettivi. Progettare e testare i materiali realizzati per la comunicazione dei risultati di OKkio alla SALUTE coinvolgendo i Referenti regionale di OKkio alla Salute e due target specifici:

- i genitori dei bambini delle classi delle scuole primarie che hanno partecipato a livello regionale e locale alla raccolta dei dati
- i Pediatri di Libera Scelta (PLS) a livello regionale e locale.

Metodi. Sono stati realizzati due strumenti di comunicazione: un opuscolo informativo destinato ai genitori dei bambini delle classi delle scuole primarie che nelle diverse regioni hanno partecipato alla raccolta dei dati; una Scheda Informativa Tematica (SIT) destinata ai PLS. I materiali sono stati proposti per una prima revisione ai Referenti Regionali di OKkio alla SALUTE. Successivamente, il pre-test degli strumenti è stato realizzato attraverso la somministrazione di due questionari: un questionario rivolto ai genitori dei bambini delle scuole primarie ed uno ai pediatri. Attraverso i questionari sono state raccolte informazioni sulla valutazione dei contenuti e dell’aspetto grafico degli strumenti comunicativi proposti e sulle modalità di diffusione degli stessi.

Risultati. Al pre-test degli strumenti hanno partecipato 16 delle 18 Regioni in cui OKkio alla SALUTE ha raccolto i dati. Gli operatori sanitari hanno coinvolto nella compilazione dei questionari 49 classi delle scuole primarie, per un totale di 813 genitori e 176 pediatri. I genitori hanno valutato in modo positivo l’opuscolo informativo, fornendo alcune indicazioni per adeguare il linguaggio e i contenuti alle loro esigenze e conoscenze.

In particolare hanno espresso l'esigenza di ridurre i messaggi, di evidenziare quelli essenziali e di chiarire meglio, attraverso degli esempi, ciò che essi dovrebbero fare per migliorare il benessere dei propri figli. Per la parte grafica hanno suggerito di illustrare con l'ausilio di figure i contenuti dell'opuscolo. Anche per la SIT, i pediatri hanno sottolineato la necessità di una riduzione della parte scritta all'essenziale, a favore di un maggiore utilizzo di grafici e tabelle. Essi hanno inoltre richiesto l'esplicitazione delle definizioni tecnico-scientifiche contenute nel documento di comunicazione.

Conclusioni. Il coinvolgimento diretto dei Referenti Regionali di OKkio alla SALUTE e dei destinatari della comunicazione attraverso il pre-test, ha consentito non solo la creazione di strumenti adeguati al target di riferimento per quanto riguarda i contenuti, la numerosità dei messaggi e l'aspetto grafico, ma anche di ottenere informazioni rispetto alla modalità di diffusione degli strumenti di comunicazione ritenuta più efficace. Il progetto prevede inoltre una valutazione degli effetti della comunicazione realizzata attraverso questi strumenti pretestati, che si concluderà a fine 2009.

109. P. LA COMUNICAZIONE PASSI NELLA ASL 4 DI TERNI – REGIONE UMBRIA

Cristofori M., Casaccia V., Lorenzoni L., Gambarini C.
Azienda Sanitaria Locale n. 4 di Terni – Regione Umbria

Introduzione. Siamo già al secondo anno di vita del sistema di sorveglianza PASSI e al quarto anno per la nostra ASL, visto che abbiamo effettuato gli studi per la sperimentazione. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. La comunicazione agli interessati diventa quindi un elemento essenziale e deve essere differenziata a secondo del target. In questo lavoro sono stati considerati due gruppi di interesse fondamentali: I Medici di Medicina Generale e la popolazione.

Obiettivi. Diffondere tempestivamente a diversi target i risultati della sorveglianza PASSI.

Metodi. Per i Medici di Medicina Generale è stata pubblicata una edizione speciale del "Bollettino Epidemiologico" della U.O. di Epidemiologia della ASL 4 che esce con cadenza bimestrale. Il bollettino interamente dedicato contiene le principali informazioni relative ai fattori di rischio e soprattutto al counseling verso la popolazione di 18 – 69 anni residente. Per la popolazione sono stati usati due strumenti semplici: il poster sintetico e la locandina contenente oltre ai dati anche le raccomandazioni essenziali. Tali elaborati sono stati esposti e diffusi in tutti i centri salute, i presidi dei distretti sanitari, l'azienda ospedaliera, i presidi ospedalieri, gli ambulatori dei M.M.G., le farmacie, le strutture pubbliche in generale.

Risultati. A tutti i Medici di Medicina Generale è stato inviato il bollettino sintetico nonché il materiale da diffondere e da esporre. Ad un controllo sui circa 200 ambulatori medici, è stata riscontrata l'affissione del poster nel 91% dei casi, la diffusione delle locandine è avvenuta nella totalità degli ambulatori. Nelle strutture ASL i materiali sono stati diffusi nel 100% dei casi previsti. Nelle farmacie la diffusione è risultata leggermente inferiore con una percentuale, su un campione di 40 controllate, del 65%. Per quanto riguarda i costi, sostenuti con un contributo regionale, questi si sono rivelati molto contenuti.

Conclusioni. La diffusione tempestiva dei risultati ad un costo relativamente basso, indirizzata in modo programmato e diretto ai vari target e stakeholders, che per forza di cose hanno interessi diversi e capacità interpretative molto differenti, rappresenta secondo noi il miglior modo per diffondere e restituire i dati agli attori che li hanno prodotti, nonché a tutti coloro che intendono usufruirne a vario titolo. Tutto ciò è un biglietto da visita della ASL per continuare e rendere accettabile il sistema di sorveglianza sia per la popolazione che per gli operatori. Senza dimenticare naturalmente la comunicazione indirizzata alla programmazione di interventi di promozione della salute e stesura dei Piani Sanitari.

110. P. STRUMENTI DI EDUCAZIONE ALIMENTARE E DEL GUSTO VALIDATI PER LA SCUOLA PRIMARIA.

D'Addesa D.*, Martone D.*, Sinesio F.*, Marzi V.***, Comendador F.J.*, Peparario M.*, Moneta E.*, Cairella G.***

* *Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (I.N.R.A.N.), Roma*

** *Università degli studi "La Sapienza", Roma*

*** *Area della Nutrizione – SIAN, ASL RMB, Roma*

Introduzione. L'educazione alimentare a partire dai banchi di scuola è un investimento sul benessere dei cittadini che le istituzioni non possono più rinviare. A questa esigenza si affianca la necessità di sviluppare strategie e strumenti che privilegino approcci formativi fondati su appropriate tecniche di comunicazione che puntino a stimolare o disincentivare comportamenti specifici, favorendo l'acquisizione di abitudini alimentari più corretti e protettivi per la salute.

Obiettivi. Obiettivo del nostro studio è stato lo sviluppo di metodologie, materiali e strumenti educativi per svolgere efficaci percorsi di educazione alimentare e del gusto volti a promuovere un maggior consumo di verdure, legumi e frutta nei bambini della scuola elementare.

Metodi. Per sperimentare e validare il materiale e gli strumenti formativi messi a punto ad hoc per il percorso di educazione alimentare e del gusto, è stato condotto uno studio pilota volto ad incrementare il consumo di frutta, verdura e legumi di 274 bambini tra gli 8 e 11 anni di una scuola di Roma, con il coinvolgimento dei loro insegnanti e genitori. La sperimentazione che ha utilizzato approcci educativi non limitati ai soli aspetti nutrizionali, ma estesi al coinvolgimento della sfera sensoriale, è stata preceduta dalla formazione dei docenti, con successiva dotazione di 60 schede didattiche da implementare sugli alunni. L'approccio utilizzato è basato su un metodo induttivo e su attività ludiche e divertenti, sempre fortemente operative che includono il laboratorio-cucina, l'orto della scuola, giochi di degustazione guidate e altre forme di lavoro coinvolgenti. La valutazione dell'efficacia dell'intervento è stata condotta attraverso una indagine per pesata diretta degli alimenti target (frutta, verdure e legumi) rifiutati presso il refettorio della scuola prima e dopo l'intervento.

Risultati e conclusioni. I risultati della sperimentazione hanno evidenziato una riduzione, anche se non sempre significativa, dei rifiuti di frutta, verdura e legumi e in generale un comportamento alimentare più virtuoso. Al termine della sperimentazione, gli strumenti approntati dopo opportuna integrazione e revisione, sulla base delle osservazioni dei docenti che li avevano adottati, sono stati raccolti e pubblicati in un "pacchetto didattico" costituito da 3 volumi:

- il "Manuale per la formazione dell'insegnante";
- la "Guida per l'insegnante";
- il "Quaderno di esercizi per l'alunno".

Tale materiale didattico, frutto della collaborazione interdisciplinare tra nutrizionisti, pedagogisti e psicologi, mette a disposizione dell'insegnante i mezzi per un percorso divertente e stimolante, inducendo nei giovani allievi il desiderio di consumare più ortaggi, legumi e frutta, nonché il piacere di gustarli seguendo la loro stagionalità.

111. P. PINC. PROGRAMMA DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE PER GUADAGNARE SALUTE

De Mei B.*, Barbariol P.F.*, Bella A.*, Cattaneo C.*, Cavallaro G.*, Dittami A.*, Fantozzi L.*, Lana S.*, Possenti V.*, Scardetta P.*

**Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione. Secondo i dati dell'Oms, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia sono provocati da patologie croniche che hanno in comune fattori di rischio modificabili, quali fumo di tabacco, abuso di alcol, dieta scorretta e sedentarietà. In questo scenario è essenziale impegnarsi nella promozione della salute, sia riducendo i fattori di rischio a livello individuale, che agendo in maniera interdisciplinare e integrata per rimuovere le cause che impediscono ai cittadini scelte di vita salutari. Proprio per rispondere a tale esigenza il Ministero della Salute e le Regioni si sono impegnati nell'azione di contrasto alle malattie croniche attraverso il programma europeo "Guadagnare Salute", approvato in Italia con il DPCM del 4 maggio 2007.

Per facilitare i singoli cittadini nella scelta di stili di vita salutari attraverso accordi e iniziative integrate interministeriali Guadagnare Salute è sostenuto dal progetto nazionale "PinC: Programma di informazione e Comunicazione per Guadagnare Salute".

Obiettivo generale del progetto. Attivare processi di consapevolezza ed empowerment per scelte di vita salutari, a livello individuale e collettivo.

Obiettivi specifici. 1) Identificare attività e accordi intersettoriali a sostegno di Guadagnare Salute e del Piano Nazionale di Prevenzione Attiva, per creare una rete funzionale e valorizzare le attività di comunicazione; 2) Pianificare una strategia per la diffusione di messaggi basati su un evidence consolidato, rivolti alla popolazione generale e a target specifici; 3) Predisporre prodotti editoriali e iniziative di confronto e formazione per operatori sanitari e non sanitari, al fine di migliorare le loro competenze nell'ambito della promozione della salute.

Metodi. In linea con l'obiettivo generale del progetto, l'approccio comunicativo al quale si fa riferimento è di tipo partecipativo, pertanto ogni soggetto sociale e istituzionale coinvolto, contribuisce in modo attivo alla definizione degli obiettivi, dei contenuti e della implementazione delle iniziative di comunicazione.

La strategia si sviluppa in modo capillare a livello regionale e locale attraverso attività integrate finalizzate al raggiungimento degli obiettivi comunicativi.

Tutte le fasi e le attività previste dal progetto saranno supportate da un piano di valutazione e monitoraggio.

Risultati attesi. 1. Rafforzare la rete di collaborazione tra istituzioni e progetti impegnati nell'ambito della promozione della salute, per valorizzare e integrare le diverse attività e condividere gli obiettivi; 2. Consolidare il ruolo e le competenze degli operatori nell'ambito della promozione della salute; 3. Rafforzare la consapevolezza della responsabilità individuale e collettiva nelle scelte di vita salutari; 4. Validare un modello di comunicazione efficace, utilizzabile nel contesto italiano.

Conclusioni. Un piano di comunicazione a sostegno di Guadagnare Salute è fondamentale per rendere operativi gli obiettivi del programma e per favorire l'incontro tra operatori e cittadini, protagonisti delle iniziative di promozione della salute nel territorio.

112. P. IL FONDAMENTALE RUOLO DELLA COMUNICAZIONE NEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA “I PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE IN ITALIA”(PASSI)

De Mei B.¹, Possenti V.¹, Menna S.², Cattaneo C.¹, Benelli E.² per il Gruppo Tecnico PASSI*

1 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; 2 Staff editoriale EpiCentro e agenzia di giornalismo scientifico Zadig

* Sandro Baldissera, Nicoletta Bertozzi, Stefano Campostrini, Giuliano Carrozzì, Paolo D’Argenio, Angelo D’Argenio, Pirous Fateh-Moghadam, Gianluigi Ferrante, Gabriele Fontana, Valentina Minardi, Giada Minelli, Stefania Salmaso, Massimo O. Trinito, Stefania Vasselli, Alberto Perra, Nancy Binkin

Introduzione. La comunicazione gioca un ruolo chiave nella predisposizione di nuovi sistemi di sorveglianza per promuovere la partecipazione e il consenso non solo a livello scientifico ma anche sul piano politico e sociale. Nella fase di avvio, come anche per quella di sviluppo del sistema di sorveglianza Passi, realizzato attraverso interviste telefoniche condotte da operatori della ASL, è stata data forte enfasi alle iniziative di comunicazione che sono state organizzate e attuate in modo strategico e pianificato dedicando grande impegno allo sviluppo di un piano di comunicazione strettamente legato alle attività di progettazione, avvio, attuazione e monitoraggio del sistema stesso.

Obiettivi del piano di comunicazione. 1) Elaborare a livello nazionale, regionale e locale una strategia di comunicazione attraverso l’identificazione di obiettivi, target, mezzi e strumenti di comunicazione, tempi, criteri di monitoraggio e valutazione; 2) Creare una rete tra tutte le figure professionali e gli operatori coinvolti nel sistema (comunicazione interna) per favorire l’ascolto, il consenso, la collaborazione, e la partecipazione; 3) Condividere gli obiettivi comunicativi e lo scambio di informazioni su attività e iniziative in corso; 4) Promuovere l’interazione tra gli stakeholder identificati a livello nazionale, regionale e locale; 5) Progettare attività di comunicazione dei risultati e la produzione di materiali.

Metodi. L’approccio comunicativo al quale si fa riferimento è di tipo partecipativo, pertanto ogni soggetto sociale e istituzionale coinvolto è ascoltato e contribuisce in modo attivo alla definizione degli obiettivi, dei contenuti e della implementazione delle iniziative di comunicazione. L’approccio di tipo partecipativo è basato su chiarezza e trasparenza e attribuisce importanza cruciale alla creazione di credibilità e fiducia.

La partecipazione e l’ascolto rappresentano gli elementi fondanti anche della comunicazione telefonica attraverso la quale viene condotta la sorveglianza PASSI.

Risultati. Svolgimento di attività di formazione per una conduzione del sistema condivisa e omogenea sul territorio; creazione di un sito web (www.epicentro.iss.it/passi); predisposizione di un forum di discussione riservato agli operatori per promuovere il confronto e il dibattito; pubblicazione di una newsletter bimestrale (Passi-one), composta di 8 pagine (14 numeri pubblicati); progettazione di un portale finalizzato alla comunicazione tra gli attori del sistema per la centralizzazione, consultazione e analisi dei dati, la gestione

degli utenti, la visualizzazione dei questionari, l'estrazione degli indicatori e la creazione di grafici e mappe sui risultati della sorveglianza; realizzazione del materiale informativo e promozionale rivolto a target differenziati (lettere, brochure, locandine, diapositive, schede tematiche, comunicati, press kit, booklet ecc); organizzazione di incontri periodici con i coordinatori regionali e aziendali; messa a punto di un help desk per i coordinatori regionali; organizzazione di incontri con i gruppi di interesse.

Conclusioni. Nelle fasi iniziali del sistema le varie attività di comunicazione hanno favorito la promozione del Passi nel mondo politico e tra gli operatori sanitari a livello locale, regionale e nazionale, nonché l'adesione da parte dei cittadini alle interviste telefoniche. Con lo sviluppo del Passi e la disponibilità dei primi risultati saranno sviluppati nuovi prodotti di comunicazione per garantire la comunicazione dei primi risultati e la trasformazione dei dati scientifici in messaggi chiari, fondamentali per favorire la partecipazione attiva dei cittadini agli eventuali interventi di sanità pubblica.

113. P. MODALITÀ DI COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE IN MATERIA ALIMENTARE IN ALCUNE UU.OO. DELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO

Diamare S.*, Corvino M.**, Di Benedetto R.***, Fiore P.***, Gallo M.****, Grippo N.**,
Longanella W.**, Lopreiato S.***, Ortolani R.*****, Ruotolo C.*****, Sepe C.
*****, Simonetti A.*****, Polito G*.

**Coordinamento Rete HPH & HS (Health Promoting Hospitals & Health Services),
Servizio Controllo Qualità ASL Napoli 1 Centro*

*** D.S. Loreto Mare ASL Napoli 1 Centro*

**** Dipartimento Prevenzione ASL Napoli 1 Centro*

***** D.S. P.O. C.T.O ASL Napoli 1 Centro*

****** Servizio Epidemiologia ASL Napoli 1 Centro*

****** Diabetologia P.O S. Gennaro ASL Napoli 1 Centro*

****** Resp.Servizio Controllo Qualità ASL Napoli 1 Centro*

Introduzione. L'O.M.S. ha suggerito che una parte della cartella clinica sia destinata alla raccolta di informazioni circa le abitudini alimentari dei pazienti. Al fine di valutare la fattibilità di tale indicazione, nell'ambito del programma HPH & HS "Nutrizione e Stili di Vita" a cui l'ASL Napoli 1 ha aderito già a decorrere dal 2003, si è proceduto a sottoporre un questionario a risposta multipla predeterminata a 82 Direttori UU.OO. e a 81 coordinatori infermieristici delle UU.OO elaborato e valutato da Servizio Controllo Qualità, Servizio Epidemiologia, Dipartimento Prevenzione, U.O. Diabetologia P.O., S. Gennaro, D. S. Loreto Mare e CTO e diffuso a cura dei referenti HPH ospedalieri. Potendo disporre inoltre di dati relativi alle abitudini alimentari individuali di questo gruppo di operatori sanitari, si è proceduto altresì ad incrociare questi, con i dati relativi alla comunicazione, al fine di valutare eventuali correlazioni.

Obiettivi. Per i Direttori delle UU.OO valutare la presenza o meno nella cartella attualmente utilizzata di indicazioni relative alle abitudini alimentari del paziente. Inoltre valutare se all'atto della dimissione vengano formulate raccomandazioni sul regime dietetico da adottare.

Per coordinatori infermieristici delle UU.OO valutare se sussista un'attività organizzata di controllo sul vitto distribuito, nonché valutare se nel corso della degenza venga espletata personalizzazione dietetica e/o sensibilizzazione nei confronti dei pazienti in corso di degenza.

Metodi. Sono stati predisposti 2 diversi questionari, entrambi a risposta binaria mutualmente esclusiva, con la possibilità di aggiungere specifiche in caso affermativo, distinti per Direttori delle UU.OO e per Coordinatori infermieristici delle UU.OO e composti rispettivamente da 8 e 6 items. La distinzione si fonda sul criterio che per i Direttori delle UU.OO risulta fondamentale il momento dell'ammissione e della dimissione, mentre per i Coordinatori infermieristici, il periodo della degenza. Si è fatto riferimento altresì, ad altra indagine conoscitiva sulle abitudini alimentari e stili di vita, cui lo stesso gruppo ha partecipato per le risultanze relative agli incroci operati. L'analisi dei dati è stata effettuata con l'uso del programma Epi Info.

Risultati /Analisi dei dati.

Nel Gruppo dei Direttori:

- il 45,20% è normopeso, 47,9% sovrappeso ed il 6% è obeso
- il 51,2% risponde che attualmente svolge attività fisica
- tra coloro che dichiarano di svolgere attualmente attività fisica, il 69,2% fornisce raccomandazioni alla dimissione, percentuale che scende al 61% circa, tra coloro che non svolgono attività fisica
 - alla dimissione il 65,3% dei Direttori formula raccomandazioni sul regime dietetico da adottare. In particolare: il 61,3% dei normopeso, il 64,5% dei sovrappeso, il 50% di obesi.
 - solo il 17,7% risponde che nella cartella clinica è prevista una sezione dedicata alle abitudini alimentari.

Nel gruppo dei Coordinatori infermieristici:

- il 78% fa controlli sul vitto
- il 61,6% prevede la personalizzazione dietetica in corso di degenza
- il 30,9% risponde che attualmente svolge attività fisica
- tra coloro che dichiarano di svolgere attualmente attività fisica, il 61,9% prevede la personalizzazione dietetica in corso di degenza
 - emerge una prevalenza di normopeso (39 normopeso, 21 sovrappeso, 12 obesi)
 - prevedono la personalizzazione dietetica in corso di degenza il 48,6% dei normopeso, il 63,6% degli obesi ed il 66,7% dei sovrappeso.

Conclusioni. Fra gli elementi evidenziati constatiamo che sia nel gruppo dei Direttori che fra i Coordinatori, i soggetti sovrappeso sono più impegnati a fornire indicazioni/personalizzazioni dietetiche ed inoltre, i soggetti che svolgono attività fisica ne parlano conseguentemente anche al paziente. Il presupposto per veicolare messaggi circa il regime dietetico o sani stili di vita sembra, da questo lavoro, dipendere dall'attenzione o dalla eventuale "preoccupazione" dedicata all'argomento.

114. C. DAI GIOVANI PER I GIOVANI: COSTRUZIONE DI UNA CAMPAGNA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

Fabbri A., Rosi M., Palomba A., Della Giustina C.
Istituto di Appartenenza: SIAN- AUSL di RE

Introduzione. I media, attraverso l'offerta dei propri messaggi pubblicitari, rivestono un ruolo importante nella costruzione della identità dei ragazzi. Gli adolescenti mettono in atto nei confronti di tali messaggi processi di posizionamento, condivisione, identificazione e autosocializzazione. Sfruttando i meccanismi ispiratori dei media e dei messaggi pubblicitari da essi veicolati è possibile costruire campagne di promozione della salute dai giovani per i giovani.

Obiettivo. Costruire una campagna pubblicitaria sul consumo di idonee merende scolastiche, elaborate da adolescenti, dirette ai loro pari che, utilizzando linguaggi, modalità e immagini proprie dell'universo giovanile, possano avere maggiori possibilità di raggiungere con efficacia tale universo.

Metodo. Si approfondiscono in classe "i bisogni" dell'individuo, attraverso semplici chiavi di lettura psicosociale e si riscopre coi ragazzi come la pubblicità utilizzi i loro "bisogni" per stimolare la curiosità e indurre all'acquisto; gli studenti ricercano e registrano i messaggi pubblicitari alimentari più famosi e decodificano in classe gli elementi psicologici. Si procede quindi all'analisi nutrizionale di una decina di prodotti più comunemente utilizzati come merenda. La valutazione dei dati, insieme ai principi nutrizionali, viene effettuata nell'ambito della attività didattica di scienze. I ragazzi, individuate le merende più adatte all'attività scolastica e proposte eventuali nuove opportunità, realizzano attraverso un concorso a premi, un messaggio pubblicitario in forma grafico-pittorica, plastica o multimediale, in grado di valorizzare le merende ritenute più idonee.

Risultato. Il progetto ha suscitato l'interesse degli studenti, degli insegnanti, della direzione e delle ditte che forniscono i prodotti alimentari all'interno dell'istituto; la creatività e le conoscenze acquisite dai ragazzi hanno portato all'elaborazione di numerosi spot che reclamizzavano merende alternative più salutari, aumentandone notevolmente il consumo; le ditte fornitrici hanno modificato le proposte alimentari, migliorandone gli aspetti nutrizionali.

Conclusioni. Le campagne di prevenzione rivolte agli adolescenti perdono spesso di efficacia se vissute come "prediche"; il coinvolgimento attivo dei ragazzi nella progettazione e nella costruzione degli interventi di promozione della salute a loro rivolti, è il metodo più idoneo per raggiungere efficacemente il mondo giovanile.

115. P. L'ORGANIZZAZIONE PER GUADAGNARE SALUTE: IL PROGRAMMA INTERAZIENDALE "COMUNICAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE" DELLE AZIENDE SANITARIE MODENESI

Fattori G.*, Vanoli M.*, Giuliano S.*, Trianni G.**, Cencetti S.**, Caroli G.***

**Progr. inter. "Comunicazione e Promozione della salute" - Aziende Sanitarie modenesi*

** *Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena*

*** *Azienda USL di Modena*

Introduzione. Il Programma Interaziendale "Comunicazione e promozione della salute" dell'AUSL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena si articola in una serie di interventi, realizzati con la partecipazione di stakeholder della comunità locale, per la promozione di sani stili di vita presso centri commerciali, distributori automatici, fiere, mercati, manifestazioni culturali, scuole, stadio e mass media. Si tratta di attività diversificate in rapporto alle caratteristiche dei setting e dei target che danno vita alle politiche di salute definite nella costruzione sociale del benessere della comunità. A tal proposito, per comunicare la salute, risulta essenziale dotarsi di un'organizzazione, adeguata in termini di struttura e risorse, che favorisca l'integrazione delle attività.

Obiettivi. Favorire un'alimentazione varia ed equilibrata, una regolare attività fisica, la lotta al fumo e all'abuso di alcol attraverso la realizzazione di numerose attività di promozione della salute, tra loro integrate e sinergiche, ma anche rafforzare e ampliare la rete di alleanze con i soggetti della comunità locale.

Metodi. La sperimentazione del nuovo modello organizzativo intende dare attuazione, a livello locale, al principio dell'intersettorialità fortemente sostenuto da "Guadagnare Salute". Il Programma modenese utilizza diverse strategie – l'educazione alla salute, la comunicazione, il marketing sociale, il supporto all'applicazioni di leggi e azioni strutturali per favorire scelte salutari – e interviene in diversi contesti di vita e di lavoro coinvolgendo varie competenze professionali. Attraverso una gestione interaziendale per processi, consente di affrontare in modo unitario le tematiche inerenti gli stili di vita, superando la tradizionale organizzazione dipartimentale. Si rafforza così anche la collaborazione con i diversi Soggetti della società (Terzo Settore, Amministrazioni, Mondo della produzione e distribuzione commerciale...) indispensabili per un'efficace promozione della salute che agisca sui molteplici fattori che influenzano il benessere del singolo e della collettività.

Risultati. Elevata la partecipazione dei cittadini alle attività realizzate e buono il giudizio dei destinatari, raccolto attraverso specifiche indagini; positivo il feedback dei partner delle iniziative e in crescita l'attenzione manifestata da nuovi Soggetti e la loro disponibilità a collaborare.

Conclusioni. La partecipazione di molteplici soggetti della comunità alla promozione della salute consente di utilizzare strategie e setting innovativi, di condividere risorse, di rispondere efficacemente ai reali bisogni della comunità e mettere i cittadini in grado di compiere scelte responsabili e consapevoli. In questo percorso, la parola chiave è "integrazione": dai livelli di programmazione alle strategie (comunicazione, educazione, marketing sociale), dalla ricerca di nuove modalità di promozione della salute ai setting e alle attività.

116. P. L'INFORMAZIONE DEL CITTADINO SUL SISTEMA PASSI

Iacono F., Milisenna R., Taibi L., Maira L., Diforti M., Campo M.A.
ASL 2-Caltanissetta

Introduzione. La procedura dell'informazione sul Sistema di sorveglianza PASSI, che permette di monitorare lo stato di salute della popolazione adulta italiana di età compresa fra 18 e 69 anni, rilevando sistematicamente abitudini e stili di vita a rischio, è stata introdotta nell'Aprile 2007; essa definisce le varie attività di flusso dall'informazione del cittadino all'intervista telefonica e relativi contenuti della stessa.

Obiettivi. Favorire l'informazione del cittadino, il controllo quali/quantitativo dell'intervista e il raggiungimento del numero di interviste programmate x mese, al fine di limitare il più possibile sostituzioni e rifiuti dei campionati.

Metodi. Il personale dell'U.O. S.P.E.M.P. (Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva), coinvolto nel Sistema PASSI ha predisposto e distribuito un Poster informativo sul Sistema indirizzato a Medici di Medicina Generale (n. 250), responsabili ambulatori vaccinali (N. 22), responsabili Presidi Sanitari di Medicina di Base (n. 22) dell'Azienda Sanitaria Locale N. 2, che sono stati invitati ad esporre lo stesso nelle rispettive sale di attesa; il poster informativo, accompagnato sempre da una nota esplicativa sui contenuti del Sistema, illustra metodo di campionamento, tipo di intervista e contenuti della stessa, permettendo così di dare il messaggio a tutti gli assistiti che hanno frequentato, a vario titolo, i luoghi di cui sopra, facilitando il ruolo degli intervistatori.

Risultati. L'U.O. S.P.E.M.P., conformemente agli obiettivi prefissati, secondo i principi di efficacia ed efficienza, ha identificato le azioni, la distribuzione dei Poster informativi, invio lettera informativa sia al cittadino campionato che al rispettivo Medico di Medicina Generale, esecuzione dell'intervista all'invio finale dei dati inerenti la stessa al server nazionale; il personale addetto (intervistatore e/o coordinatore Aziendale) ha dovuto affrontare con appropriatezza, rispetto dei tempi, uso di procedura omologa, l'esecuzione dell'intervista, al fine di incidere efficacemente sulla riduzione dei rifiuti e delle sostituzioni, e ha raggiunto risultati che hanno evidenziato un tasso di sostituzione su 250 interviste (effettuate da Aprile 2007 a Giugno 2009) pari al 5% rispetto al dato nazionale dell'11,9% e un tasso di rifiuto pari al 7% rispetto al dato nazionale dell'8,6%.

Conclusioni. Il presente lavoro dimostra che l'adozione di procedure sulla informazione corretta antecedente l'intervista, da parte di tutto il personale coinvolto nello Studio PASSI, è una condizione indispensabile per il raggiungimento della corretta compilazione del questionario nei tempi e modi prefissati, cercando di limitare rifiuti e sostituzioni, che alterano la sensibilità dello stesso Studio.

117. P. ALIMENTI, PENSIERO CRITICO E TV DEI RAGAZZI

La Rocca G., Lombardo G.

Unità Operativa Educazione alla Salute, Asl 2 Caltanissetta

Introduzione. I giovani imparano cosa consumare e come alimentarsi attraverso i media trasformando significati e valori proposti come universali in un codice personale e privato e in comportamenti "normativi" che riguardano categorie e gruppi estesi e omogenei. Con questo progetto che viene realizzato nella scuola sup. di primo grado ci si propone di diffondere il modello alimentare mediterraneo e la pratica dell'attività fisica con lo scopo, tra l'altro, di sostenere lo sviluppo di un atteggiamento critico nei preadolescenti per una corretta e consapevole fruizione di quello che propongono quotidianamente i media. L'attività propone, inoltre, dei training sulle life skill per consentire ai più giovani di rispondere idoneamente alle esigenze, ai cambiamenti, alle sfide che si accompagnano allo sviluppo incrementando, a tal fine, l'autoefficacia alimentare percepita. L'attività è finalizzata a valorizzare conoscenze e capacità di lettura della realtà anche divergenti e creative. I contenuti proposti offrono l'opportunità ai ragazzi di riflettere su alcuni aspetti (manipolativi) delle comunicazioni dei media con specifico riferimento ai prodotti alimentari: - esistenza di convenzioni/ stereotipi - aspetti/ implicazioni che sono tralasciati - esistenza di messaggi che riguardano le persone (metamessaggi) - implicazione sul versante dei "valori" - informazioni costruite artificialmente. Questi stessi aspetti vengono utilizzati nella valutazione degli obiettivi specifici.

Obiettivi. Sviluppare conoscenze e competenze nell'ambito delle scelte alimentari con particolare riferimento al modello mediterraneo; promuovere una riflessione critica sui messaggi pubblicitari veicolati dai media, in particolare nell'ambito della pubblicità degli alimenti.

Metodi. Sessioni creative con elaborazioni finali (costruzione di una etichetta alimentare), relazioni stimolo learner-oriented, discussioni guidate in gruppi classe; piccoli gruppi centrati sul compito e discussione degli elaborati in plenaria.

Risultati. Riguardano gli obiettivi specifici e quindi la valutazione di apprendimento e di impatto (capacità nella costruzione di una etichetta alimentare, incremento dell'autoefficacia alimentare percepita ecc.). L'attività ha avuto esito favorevole in quanto le soglie (dei diversi indicatori), previste nel piano di valutazione, sono state ampiamente superate.

Conclusioni. Il progetto affronta il tema dell'alimentazione e dell'educazione alimentare secondo un approccio inusuale, a partire dalla considerazione del ruolo dei media negli stili alimentari e si offre come opportunità di riflessione sulle competenze e sul ruolo degli operatori della salute.

118. P. LA SALUTE IN DIRETTA. CAMPAGNA INFORMATIVA TELEVISIVA PER GUADAGNARE SALUTE

La Rocca M.*, Spinelli A.**

* *SIAN ASP Catanzaro*

* *U.O. Educazione Sanitaria ASP Catanzaro*

Introduzione. I determinanti di salute e di malattia sono strettamente legati al nostro stile di vita (ovvero ai comportamenti che adottiamo in rapporto all'alimentazione, al fumo, all'alcol ed all'attività fisica), che sono oggi fortemente condizionati dal contesto naturale e sociale in cui viviamo.

Per "liberarci" dalle pressioni esterne (media, mondo della produzione, background socioculturale,...) che comprimono la libertà di scelta individuale, si è scelto il canale televisivo per veicolare i messaggi di una campagna di comunicazione che vede come protagonisti i cittadini e come scenario naturale il contesto urbano di Lamezia Terme.

Obiettivo. Favorire lo sviluppo di responsabilità individuali nella tutela della propria salute, proponendo uno stile di vita salutare, caratterizzato da sana alimentazione, regolare attività fisica, resistenza all'alcol ed al fumo.

Materiali e metodi. Si sono individuati diversi stakeholders per definire i contenuti dei messaggi di salute, messi a punto con il contributo del mondo della scuola, delle associazioni sportive, del Comune di Lamezia Terme, della Croce Rossa Italiana, Associazioni del territorio, di testimonials scelti tra personaggi di spicco del territorio. Sono stati realizzati diversi spots televisivi finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali e domestici, alla prevenzione dei rischi legati all'uso ed all'abuso di alcol, alla promozione di uno stile di vita "attivo" (attraverso l'esercizio di regolare attività fisica quotidiana) e di una sana alimentazione, alla lotta al tabagismo.

Risultati. E' possibile registrare una generale sensibilizzazione sull'importanza dello stile di vita nella tutela della salute, favorita dalle attività di ricerca che hanno visto il coinvolgimento di diversi soggetti di diversa età, ma i risultati a lungo termine potranno essere rilevati attraverso i sistemi di sorveglianza in atto o in divenire ("Passi", "HBSC", "Okkio alla Salute").

119. P. VERSO UN'ORGANIZZAZIONE-SCUOLA COMPETENTE

Lombardo G.

Unità Operativa Educazione alla Salute, ASL 2 Caltanissetta

Introduzione. La scuola viene da sempre riconosciuta come “ambiente” potenzialmente in grado di incidere sull’adattamento e la crescita dei più giovani. Nella scuola si tende ad adottare modalità di intervento maggiormente attente alle variabili di contesto che possono offrire contributi ulteriori di comprensione (interazioni, valori, modelli, priorità) ecc. Questi ed altri livelli di analisi costituiscono un sapere insostituibile per la comprensione, per il miglioramento dell’offerta didattica e per l’efficacia del processo educativo. L’esame della realtà scolastica come contesto consente una ridefinizione della scuola come setting per la prevenzione del disagio e la promozione della salute. Nella scuola, come setting promotore di salute, possono trovare una nuova collocazione prospettive ed interpretazioni diverse che sono prodotte dai soggetti che nella scuola vivono e operano. Gli esperti, in questa visione che si richiama fortemente alla “ricerca-azione partecipata”, non sono chiamati ad intervenire sui problemi ma ad incoraggiare definizioni ed interpretazioni “plurali” degli stessi, attivando le risorse esistenti nel contesto e le conoscenze “sitate”, la possibilità di rilettura dei fenomeni, di adattamento e di cambiamento. Non tutte le attività di rilevazione programmate sono state realizzate; tuttavia la presente proposta è per molti aspetti esemplare presentandosi come una buona mediazione tra premesse teoriche e prassi e traducendo il “setting approach” nella scuola in termini operativi.

Obiettivi. Fornire una immagine realistica della condizione delle varie componenti della scuola; disegnare il contesto che fa da sfondo a comportamenti problematici; trasformare l’adesione formale in condivisione coniugando le possibilità del cambiamento individuale con una trasformazione di sistema.

Metodi. La prima fase della proposta presentata è costituita dall’*autodiagnosi* che si è avvalsa soprattutto di strumenti partecipativi e qualitativi: focus group (docenti, allievi), un questionario sull’autostima (TMA) (allievi), gruppi di discussione con il metodo Ishikawa (docenti), la ricognizione sugli “esiti” scolastici.

Risultati. L’attività “partecipata” di ricognizione/analisi dei problemi ha consentito di rilevare la priorità (carenze di comunicazione/condivisione/confronto tra docenti) e la causa prioritaria (mancanza di una programmazione disciplinare condivisa); la rilevazione dei bisogni (allievi) ha evidenziato come prioritario il miglioramento del “clima di classe”; il TMA ha posto in evidenza come circa il 30% degli allievi ha “bassa autostima”; la rilevazione sul profitto ha evidenziato come più del 47% degli studenti sia a rischio di insuccesso scolastico.

Conclusioni. Sono stati proposti interventi sulla valutazione e sul clima, non realizzati a causa delle resistenze emerse tra i docenti. La rilevazione ha consentito di attivare le risorse esistenti e di riconfigurare il ruolo degli operatori quali “facilitatori” in un approccio di setting.

120. P. L'OFFERTA ATTIVA DI SALUTE MEDIANTE UNA CAMPAGNA PUBBLICITARIA PER LA PROMOZIONE DEL PROGETTO SCREENING NELLA ASL NA1 CENTRO

Papa R., Mele I., Galdieri A., Volpe G., Lodato S.
ASL Napoli Centro

Introduzione. Valutare l'efficacia di una campagna di comunicazione in ambito di prevenzione sanitaria non è semplice, gli effetti, in termini di guadagno di salute da parte della comunità, si dividono in diretti ed indiretti. I primi sono rappresentati dal tasso di adesione mentre i secondi sono legati alla acquisizione di stili di vita più sani e sono misurabili solo nel lungo periodo e possono essere la conseguenza di diversi fattori tra loro concomitanti, ma non necessariamente riconducibili all'intervento promozionale. Scopo del presente lavoro è quello di interpretare e valutare la validità degli strumenti informativi utilizzati dalla ASL NA1 Centro nella campagna di promozione dello screening per la diagnosi precoce del cancro della mammella e del collo dell'utero.

Obiettivi. Dimostrare l'efficacia della promozione dello screening mediante una campagna informativa rivolta alle donne della Città di Napoli mediante l'analisi del tasso di adesione al programma stesso e mediante la verifica dell'uso di un numero verde dedicato da parte della popolazione.

Materiali e metodi. La campagna di promozione prevedeva l'utilizzo dei seguenti strumenti comunicativi: 1) Scelta di un testimonial che riprendesse lo spirito della città e nello stesso tempo ne fosse simbolo; 2) Il claim scelto "pensa alla salute" riprende una frase comunemente in uso nel dialetto napoletano e che sottolinea l'importanza dello star bene e del prendersi cura di sé; 3) Realizzazione di manifesti e video trasmessi soprattutto su radio e TV locali.

È stato destinato uno spazio del contact center dell'ASL NA1 Centro interamente dedicato al Progetto Screening ed in più un numero riservato alle prenotazioni. Sono stati analizzati i report del call center prima e dopo la attivazione della campagna pubblicitaria. Periodo di osservazione preso in esame è l'anno 2008. Sono stati confrontati i tassi di adesione allo screening in rapporto alla campagna di promozione.

Risultati. Il numero verde ha risposto in media a circa 25 telefonate al giorno di richiesta di informazioni sullo screening, per un totale di 9000 telefonate/anno.

Nello stesso periodo sono state accolte 31868 telefonate al numero dedicato alle prenotazioni.

La raccolta dati è stata divisa in trimestri per confrontare l'efficacia della campagna pubblicitaria:

dal 01/01/2008 al 01/04/2008 le telefonate accolte sono state 8741 periodo questo che ha seguito la campagna pubblicitaria effettuata nei mesi di ottobre/novembre 2007;

dal 01/07/2009 al 01/09/2008 solo 4045 telefonate, complice di questa diminuzione la stagione estiva ma soprattutto la assenza totale di pubblicità;

dal 01/09/2008 al 31/12/2008 le telefonate accolte sono aumentate a 10826, la campagna pubblicitaria era ripresa a settembre.

Il numero di aderenti è aumentato del 50% per il pap-test e del 100% per la mammografia. E' inoltre aumentato anche il numero delle escluse dopo invito per test recente.

Conclusioni. La nostra esperienza ha dimostrato che l'offerta di salute attraverso campagne di comunicazione adeguate consente non solo la adesione a quel determinato test diagnostico, ma contribuisce a modificare la cultura della prevenzione che nella nostra realtà stenta ad affermarsi.

121. P. “GENITORIPIÙ” – PRENDIAMOCI PIÙ CURA DELLA LORO VITA – UN’ESPERIENZA NAZIONALE CONDIVISA

Speri L.*, Simeoni L.*, Ascone G.B.***, Brunelli M.*, Campara P.*, Campostrini S.***, Porchia S.****, Valsecchi M.*, Russo F.*****

*Ufficio Promozione della salute Dipartimento di Prevenzione Ulss 20 Verona

**Ufficio X della Prevenzione, Ministero della Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Roma

***Università Ca’ Foscari, Venezia

**** Sinodè srl, Padova

*****Servizio Igiene e Sanità Pubblica e Screening della Direzione Regionale Prevenzione

Introduzione. Nel 2007 l’ex Ministero della Salute ha finanziato l’estensione nazionale della Campagna GenitoriPiù nata nel Veneto, con il coordinamento dall’Uff. Promozione Salute del Dip. Prevenzione dell’ULSS 20 di Verona, con la collaborazione di FIMP e UNICEF e il patrocinio delle Società Scientifiche e Professionali pertinenti.

Obiettivi. L’obiettivo finale della campagna - orientare i genitori su scelte di salute consapevoli con parallela e coerente formazione degli operatori su 7 determinanti di salute prioritari in ambito perinatale e infantile (assunzione di acido folico, lotta al fumo, allattamento al seno, posizione supina nel sonno, protezione in auto, vaccinazioni, lettura precoce ad alta voce) - in sede nazionale è stato integrato con importanti obiettivi di processo: valorizzare le migliori progettualità esistenti (benchmarking) e la competenza delle Regioni (empowerment) nel trasferire operativamente la Campagna secondo le proprie peculiarità (tayloring), integrando programmi di prevenzione e rispettivi uffici gestori, in genere parcellizzati.

Metodi e risultati. Tutto il territorio nazionale è stato coinvolto: hanno aderito al disegno completo delle attività 13 Regioni (Veneto - capofila, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Valle D’Aosta, Liguria, Emilia Romagna, Abruzzo, Umbria, Molise, Lazio, Puglia, Calabria, Sardegna) e le due principali Aziende Sanitarie Milanesi (ASL Milano e ASL Milano 2).

Per la popolazione è stato utilizzato un ampio ventaglio di strumenti di comunicazione sociale tra cui 1.200.000 brochure, 14.200 poster c/o gli oltre 7.000 pediatri di famiglia, distribuzione anche in tutti i punti di incontro UNICEF.

Nelle Regioni aderenti il tutto è stato accompagnato da progetti locali (spot radio, tv, materiale cartaceo), dalla formazione e dalla valutazione, ulteriormente approfondita in 5 realtà pilota del Nord, Centro e Sud (a cura del Dipartimento di Economia e Statistica dell’Università Cà Foscari di Venezia).

Obiettivo della formazione, a cascata, avviata con tre eventi per c.ca 200 formatori, il trasferimento capillare ed omogeneo a livello periferico di conoscenze e competenze sulle evidenze di efficacia delle azioni, sull’implementazione, in particolare per la creazione di reti e la sensibilizzazione al counselling.

Significativa la serie di prodotti di qualità resi disponibili, ulteriormente perfezionati e costruiti sulla base dell’apprendimento in progress (nuovi spot multiculturali, Manuali per operatori, Web).

Conclusioni. Pur attraverso varie criticità il progetto ha comunque trovato in sede di analisi qualiquantitativa la valutazione positiva delle Regioni aderenti soprattutto come occasione di rete tra Servizi e una forte richiesta di continuità da parte di tutti gli attori, sul versante dell'aggiornamento e della valutazione. Valorizzare una esperienza locale come benchmark a livello nazionale attraverso l'affidamento del coordinamento può rappresentare una strategia positiva.

122. C. LA COSTRUZIONE SOCIALE DEI PROFILI E PIANI DI SALUTE IN PROVINCIA DI CUNEO: STRATEGIE, ATTORI, METODI, STRUMENTI

Tomaciello M.G.*, Barbero L.****, Beccaria F.*****, Bottasso. F.***, Ferreri E.**, Ghigo G.****, Rolando S.*****, Sturlese U.*****

*Servizio Educazione Sanitaria ASLCNI Cuneo, ** Direzione sanitaria ASL CNI Cuneo, *** S.S.Epi ASLCNI, **** Direzione Distretto ASL CNI Cuneo, *****Agenzia Eclectica - Ricerca, Formazione, Comunicazione –Torino, ***** CIPES - Centro Locale Cuneo

Introduzione. Con il D.G.R. del 5 novembre 2008 la Regione Piemonte ha definito i Profili e Piani di Salute (PePS) “lo strumento con cui la comunità locale, a livello distrettuale, definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce Linee Guida volte a orientare tutte le politiche del territorio, radicalmente e rigorosamente vagliate dal punto di vista della salute”. Il PePS è dunque innanzitutto uno strumento di programmazione partecipata che presuppone e promuove la responsabilizzazione di tutti gli attori sociali della comunità e un approccio intersettoriale alla salute. Entrambi i presupposti, la partecipazione e l’intersettorialità, costituiscono un’importante opportunità per una efficace promozione della salute, ma implicano anche un cambiamento prima di tutto culturale che, in quanto tale, richiede l’investimento di tempo, risorse e competenze adeguate.

Obiettivi. l’Asl CN1, consapevole della complessità della sfida, ha dato avvio con l’aiuto di professionalità esterne, in stretta sinergia con la CIPES e con le rappresentanze politiche e sociali, al processo di costruzione dei PePS in diversi Distretti Sanitari, ponendo un’attenzione specifica al processo di cambiamento culturale volto in particolare a:

1-favorire la consapevolezza e la responsabilizzazione dei cittadini per consentire loro di esercitare un maggior controllo sulla propria salute; 2-sensibilizzare gli amministratori locali affinché tutte le politiche locali siano vagliate in base a criteri e obiettivi di salute; 3-favorire tra i tecnici della Asl la diffusione di un approccio alla salute che vada oltre l’ottica sanitaria ed epidemiologica e sappia promuovere l’adozione di stili di vita salutari da parte della comunità locale.

Destinatari: cittadini, amministratori locali, tecnici dell’ASL.

Metodologia: sono stati privilegiati metodi qualitativi in grado di rilevare percezioni e atteggiamenti (ascolto in profondità) e stimolare il confronto e la progettazione partecipata, quali ad esempio il *focus group*, il *nominal group*, la *consensus conference* e il *future workshop*.

Azioni: 1-*Ricognizione dei bisogni:* attraverso l’ascolto degli amministratori (sindaci, assessori e tecnici dei consorzi assistenziali) e dei cittadini competenti (partecipanti attivi alla vita della comunità locale che possono contribuire alla comprensione dei bisogni del territorio e alla realizzazione di azioni per la salute) e l’analisi di dati qualitativi e quantitativi relativi a contesto socio economico, ambiente, stili di vita, accesso e qualità dei servizi; 2-Selezione delle priorità: attraverso un processo che ha quali presupposti la partecipazione consapevole, e quindi informata, dei cittadini, il contributo da parte dei tecnici alla diffusione e alla comprensione dei dati oggettivi che riguardano lo stato di salute della comunità, l’analisi su fattibilità e sostenibilità da parte degli amministratori

rispetto alle politiche da adottare; 3-Elaborazione dei Piani di salute: attraverso la costituzione di tavoli di progettazione partecipata (Laboratorio Locale di Salute) che rispondano a requisiti di intersectorialità e partecipazione bilanciata tra istituzioni, società civile organizzata e soggetti professionali; 4-Valutazione dei risultati: attraverso metodi qualitativi in grado di rilevare non solo indicatori di risultato ma anche di processo.

MISCELLANEA



123. P. PASSI - FOCUS 18-24 ANNI IN PIEMONTE

Antoniotti M.C.¹, Nucera A.¹, Rizzo M.¹, Coordinatori Aziendali²

(1) SSEPI ASL NO

(2) Meda M ASL 1-4; Gallone A ASL 5; Stanzione S ASL 6; Greco D ASL 7; Valenza G ASL 8; Alibrandi MP ASL 9; Laurenti P ASL 10; Bagnasco G ASL 11; Giacomini A ASL 12; Moia E ASL 13; Ferrari P ASL 14; Orione L ASL 15; Puglisi MT ASL 16; Repossi A ASL 17; Marinaro L ASL 18; Rivetti D ASL 19; Brezzi MA ASL 20; Galiano A ASL 21; Prospero R ASL 22

Introduzione. La disponibilità di dati permette di diversificare a livello locale le immagini di salute ottenibili dalla Sorveglianza PASSI. In Piemonte si è focalizzata l'attenzione sui giovani.

Obiettivi. Confrontare lo stato di salute e alcuni comportamenti a rischio dei piemontesi di 18-24 anni con quelli della popolazione di 25-69, per individuare la necessità di interventi specifici per età.

Metodi. Gli intervistati PASSI in Piemonte dal giugno 2007 a marzo 2008 sono stati suddivisi in 2 popolazioni (442 soggetti di 18-24 anni e 4506 di 25-69) confrontate, dopo specifica pesatura per classi di età e sesso, con le analisi dei rapporti regionali PASSI.

Risultati. Il giudizio positivo sul proprio stato di salute, più diffuso tra i giovani (87 vs 75%), rimane maggiore tra i maschi e tra coloro che hanno istruzione elevata.

I giovani sono meno sedentari ma consumano meno frutta e verdura; tra essi sono più numerosi i soggetti sottopeso (11 vs 3%), quasi esclusivamente femminili (18 vs 4%).

Tra i giovani i fumatori sono di più (40 vs 28%) e minore è la percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici (87 vs 93%).

Il consumo di alcol interessa circa due terzi della popolazione, senza differenze di età ma tra i giovani è più diffuso il consumo a rischio (44% vs 14%) e nel fine settimana (76 vs 37%). Fumo e alcol sono comportamenti a rischio prevalentemente maschili.

Gli operatori sanitari si informano in meno di un terzo dei casi circa l'attività fisica o il consumo di alcol, indipendentemente dall'età degli intervistati. Di poco superiore è l'interesse per l'abitudine al fumo, soprattutto nei confronti dei più giovani.

L'uso della cintura di sicurezza posteriore è minore nei meno giovani (22 vs 28%); la guida in stato di ebbrezza non cambia con l'età (più di 1 soggetto su 10) ma risulta associata al sesso maschile.

Conclusioni. Focalizzare l'attenzione sulla fascia 18-24 anni è stato utile per individuare alcune peculiarità ed evidenziare la necessità di interventi mirati.

Tra i giovani è importante intervenire sulla problematica nutrizionale, considerata la prevalenza di donne sottopeso e l'ancora contenuta diffusione di eccesso ponderale.

La maggiore diffusione di fumo e consumo a rischio di alcol tra soggetti non più adolescenti e prevalentemente sani sono criticità da affrontare, insieme a differenze per caratteristiche socio-demografiche presenti già in età giovanile. Indipendentemente dall'età è necessario sollecitare l'attenzione degli operatori sanitari su comportamenti a rischio e stili di vita.

124. MONITORAGGIO DELLE VACCINAZIONI PER IL VIRUS DELL'EPATITE B EFFETTUATE NEI SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE DELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO

Baldassarre C., Curcio F., Siconolfi M., Topa M., Ciaramella A., Mazzella C., Del Vecchio F., Limardi A., Cefalo G.

Dipartimento Farmacodipendenze ASL Napoli 1 Centro - Settore Tutela della Salute

Introduzione. Dati preliminari relativi all'area su cui insiste il Dipartimento Farmacodipendenze della ASL Napoli 1 Centro hanno evidenziato l'efficacia della vaccinazione anti epatite B nel prevenire la diffusione dell'infezione, anche se in alcuni casi i risultati sono variabili e da valutare ulteriormente.

Negli utenti dei Ser.T. della città di Napoli la prevalenza dell'infezione da HBV, valutata con la ricerca di anticorpi anti Core del virus HBV, è del 40,6%. I dati di prevalenza per sostanza d'abuso al dicembre 2008 riportano tra gli utilizzatori di oppiacei, una prevalenza di anticorpi anti HBc del 42,3%. L'età media al primo test positivo è di 31,4 anni. La prevalenza aumenta al 44,6%, se riferito al periodo precedente la vaccinazione obbligatoria. La prevalenza dell'infezione da HBV in pazienti utilizzatori di oppiacei nati dopo il 1980 risulta del 6,4%. La prevalenza dell'infezione è del 24,1% tra i cocainomani e del 28,2% tra gli utilizzatori di THC. Tra gli etilisti l'infezione da HBV ha una prevalenza del 44,1% – Età media al primo test positivo 48,2 anni.

Obiettivi. Nello studio vengono riportati i dati relativi alle vaccinazioni effettuate nei SERT della ASL Napoli 1 Centro (periodo 2004-2008) per circa 1700 assistiti.

Metodi. Il programma vaccinale praticato è stato suddiviso in tre immunostimolazioni: al tempo 0, ad un mese ed a sei mesi, in alcuni casi è stato somministrato un "booster" dopo altri sei mesi - 1 anno.

Il 42,8% degli arruolati ha praticato l'intero programma ed il 33,1% ha praticato solo le prime 2 dosi.

Nei Servizi il dato è stato registrato in formato cartaceo anche se è in via di attuazione la registrazione digitale dell'informazione.

Dopo il ciclo vaccinale, ove possibile, è stata valutata l'entità della risposta umorale mediante il monitoraggio della titolazione di HBsAb.

Risultati. Dati preliminari mostrano, dopo tre dosi di vaccino, un titolo anticorpale efficace variabile dal 34% al 73% nei vari Ser.T. della città di Napoli e sono in via di valutazione le motivazioni.

L'efficienza della vaccinazione scende al 12%, se le dosi di vaccino sono solo due.

Dopo una sola dose il 7,5% degli assistiti ha mostrato una risposta umorale protettiva.

Conclusioni. Nei Ser.T. è possibile mettere in atto prevenzione e monitoraggio delle patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, studiarne la storia naturale ed incidere sulla diffusione delle infezioni virali.

Tutto ciò comporta notevoli benefici in sanità pubblica con conseguente contenimento della spesa sanitaria in termini di evitata diffusione di infezioni e di conseguenti patologie croniche che comporterebbero lunghi e costosi ricoveri ospedalieri.

125. LA PERSONA OVER65 COME RISORSA PER LA FAMIGLIA E LA SOCIETÀ: RISULTATI PRELIMINARI DEL PROGETTO PASSI D'ARGENTO, GIUGNO 2009

Baldi A.¹, Biscaglia L.², Carrozzi G.³, Cristofori M.⁴, Perra A.² e il gruppo PASSI d'Argento

1 ASL 1 Massa e Carrara – Zona Lunigiana; 2 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma; 3 Servizio Epidemiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; 4 Servizio di Epidemiologia ASL 4 Terni

Introduzione: PASSI d'Argento è un progetto di durata biennale (2008-2010), promosso dal Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie (CCM) del Ministero della Salute e coordinato dalla Regione Umbria in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Attraverso indagini ripetute su campioni rappresentativi di persone con età ≥ 65 anni e non istituzionalizzate, il progetto permetterà di sperimentare un sistema di sorveglianza attiva della popolazione over65, centrato sulle esigenze delle realtà regionali e sostenibile con le risorse attualmente a disposizione dei servizi sociali e sanitari. Fra i tanti, un aspetto innovativo è costituito dallo studio delle persone over65 che rappresentano una risorsa per la propria famiglia e per la comunità. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la persona over 65 che è messa in condizioni di invecchiare attivamente diventa una risorsa per la società a condizione che la società stessa investa sugli aspetti che riguardano la sua salute, la sua partecipazione e la sua sicurezza.

Obiettivi: stimare la prevalenza di persone over65 che rappresentano una risorsa per la famiglia e la comunità.

Metodi: nel marzo del 2009 ha avuto avvio la prima indagine multi-regionale che si è svolta contemporaneamente in 7 regioni Italiane: Sicilia, Puglia, Umbria, Toscana, Emilia-Romagna, Liguria, Valle d'Aosta. In queste regioni sono state selezionate in modo casuale e quindi intervistate complessivamente 2.859 persone. Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario standardizzato e strutturato che ha consentito di raccogliere le informazioni sul numero e le caratteristiche delle persone over65 che rappresentano una risorsa per la famiglia e per la comunità. L'anziano risorsa è stato definito come la persona over65 che, nei 12 mesi precedenti, aveva offerto disponibilità e aiuto per: 1) attività all'interno della propria famiglia prendendosi cura dei familiari, di altri anziani o dei nipoti con meno di 14 anni di età; 2) attività all'interno della comunità, partecipando ad iniziative di volontariato ovvero prestando gratuitamente aiuto ad altre persone. E' stata valutata, inoltre, la partecipazione a corsi di istruzione o di formazione per adulti da parte delle persone intervistate. Per l'analisi, condotta con il software Epi Info 3.5.1, sono stati considerati intervalli di confidenza del 95%.

Risultati: L'essere una risorsa per la famiglia o la comunità riguardava globalmente il 53,3% (IC 51,5% - 55,2%) del campione. Nell'indagine è emerso che quasi 1 persona su 2 (46%, IC 44,8% - 48,5%) costituiva una risorsa per la famiglia. Solo l'8% (IC 7,6% - 9,7%) delle persone intervistate ha dichiarato invece di aver svolto attività di volontariato nei 12 mesi precedenti. Infine, solo il 3,6% (IC 3,1% - 4,5%) delle persone intervistate ha dichiarato di aver partecipato, nei 12 mesi precedenti, a corsi di formazione per adulti.

Conclusioni: Nel contesto studiato, gli over65 appaiono una risorsa socialmente poco valorizzata soprattutto all'esterno della famiglia. Nell'ambito della sorveglianza degli over65, lo studio della misura di quanto essi costituiscano una risorsa si prospetta come un aspetto di grande utilità per fornire indicazioni per esempio a sindaci e operatori socio-sanitari non solo per comprendere la reale dimensione di una risorsa potenziale ma anche per misurare nel tempo i progressi compiuti verso la valorizzazione di tale gruppo di popolazione.

126. P. IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI QUALE STRUMENTO PER LA RILEVAZIONE DEGLI OUTCOME DI SALUTE A BREVE E MEDIO TERMINE IN RELAZIONE ALL'ISTRUZIONE IN LIGURIA

Baldi R.¹, Cecconi R.², Culotta C.², Carloni R.³, Ferrari Bravo M.⁴, Picasso M.⁵, Oreste P.⁶, Alberti M.², Araja Bravo E.⁴, Battistella A.², Bazzali E.¹, Boeri V.⁵, Capuzzo R.⁷, Castiglia R.², Crisci P.², Costa A.⁴, Curti M.², Ferrari A.¹, Frigerio L.², Gesmundo D.⁴, Ghislotti F.⁵, Giuliano M.⁷, Giuliano R.⁷, Grado P.⁵, Laura E.⁵, Lorizzo F.⁵, Maggiali G.², Manca C.², Marchese C.², Musti M.², Pavese D.⁷, Pianto B.⁴, Pierluca M.⁴, Sasso T.², Tarantello S.¹
1 S.Epidemiologia, ASL 5 Spezzino; 2 S.S. Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione ASL 3 Genovese; 3 ARS Liguria – Dipartimento di Prevenzione Asl 2 Savonese; 4 S.C.Igiene e Sanità Pubblica ASL 4 Chiavarese; 5 S.C.Igiene e Sanità Pubblica ASL 1 Imperiese; 6 Regione Liguria – Dipartimento Salute e Servizi Sociali; 7 Dipartimento di Prevenzione Asl 2 Savonese

Introduzione. Nel determinismo delle malattie croniche si annoverano oltre alle condizioni socioeconomiche e ambientali anche gli stili di vita. Le informazioni fornite dal Sistema di Sorveglianza PASSI consentono di valutare e monitorare alcuni outcome di salute a breve e medio termine, come la modifica dei comportamenti a rischio (stili di vita). Inoltre PASSI dà indicazioni su alcuni output di programmi di prevenzione o specifiche azioni di monitoraggio e counselling da parte di operatori sanitari.

Obiettivi:

- Valutare la frequenza di fattori di rischio comportamentali come sedentarietà, fumo, alimentazione non corretta, e fattori di rischio intermedi quali ipercolesterolemia, ipertensione e sovrappeso
- Indagare quanto questi fattori di rischio e i relativi interventi di monitoraggio e counselling siano collegati con differenze di istruzione e quindi fonte di disuguaglianze
- Confrontare i risultati preliminari di PASSI 2008 con quelli del 2007

Metodi. I dati provenienti dal Sistema di Sorveglianza PASSI della Liguria, anno 2008 (1381 interviste), sono stati analizzati con il software Epi Info 3.4.3 per indagare anche con modelli logistici l'associazione tra istruzione (alta: > media inferiore; bassa: ≤ media inferiore) e:

- frequenza dei fattori di rischio comportamentali (sedentarietà, fumo, five a day)
- frequenza dei fattori di malattia (eccesso ponderale, ipertensione, ipercolesterolemia)
- frequenza di monitoraggio, counselling e trattamento effettuato da parte di sanitari.

Risultati. Come nel 2007, l'istruzione risulta associata con tutti i fattori di rischio comportamentali e di malattia indagati, con un vantaggio per i più istruiti (sedentarietà OR alta vs bassa 0,7185 IC 95% 0,5456-0,9461; fumo OR 0,5377 IC 95% 0,4173-0,6928), tranne che per l'adesione alla raccomandazione al consumo di frutta e verdura, che risulta modesta per tutti gli intervistati.

C'è un limitato interesse (anche rispetto all'anno 2007) del medico ad informarsi sui fattori di rischio dei propri assistiti: il monitoraggio è maggiore verso le persone meno istruite in relazione al fumo (in maniera significativa) e verso le persone più istruite per sedentarietà ed ipercolesterolemia, (in corso analisi logistiche).

Il counselling sembra maggiormente rivolto ai fattori di rischio intermedi come eccesso ponderale, ipertensione ed ipercolesterolemia rispetto a quelli comportamentali; risulta una differenza significativa solo per il fumo a vantaggio dei meno istruiti.

Il trattamento dell'eccesso ponderale viene effettuato prevalentemente con l'attività fisica dalle persone più istruite e con la dieta da quelle meno istruite che, in generale, seguono maggiormente i trattamenti farmacologici per ipertensione ed ipercolesterolemia.

Conclusioni. Il Sistema di Sorveglianza PASSI aiuta a valutare i programmi di prevenzione in atto nei confronti delle patologie croniche, anche in relazione alle disuguaglianze sociali e stimola azioni per il loro contrasto anche nel setting della medicina generale.

127. IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA “PASSI D’ARGENTO”: STUDIO PILOTA IN PUGLIA

Balducci M.T.[°], Prota D.^{*}, Benedetti P.^{^^}, Caputi G.[°], Biscaglia L.^{°°}, Cristofori M.^{**}, Perra A.^{°°}, Germinario C.[°], Prato R.^{^°} and working group*

**Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Bari*

°Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

^DIMED – Università degli Studi di Foggia

^^Regione Puglia –sezione ATP

°°Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma

***Servizio di Epidemiologia ASL 4 Terni*

Dopo i 65 anni, progressivamente all’aumentare dell’età, cresce il rischio di malattia e di disabilità con perdita dell’autonomia e isolamento sociale. Nel nostro Paese, come nella maggior parte dei Paesi industrializzati. Le persone di età > 65 anni sono ormai più del 20% della popolazione totale (meno del 18% nel 2001). Il progressivo invecchiamento della popolazione richiede rapide scelte di politiche socio-sanitarie tese a promuovere la qualità della vita delle persone e a ridurre i costi dell’assistenza.

L’obiettivo principale del progetto è quello di elaborare e sperimentare un modello di indagine sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età.

La popolazione in studio include persone di età uguale o maggiore a 65 anni non istituzionalizzate e residenti in Puglia. Il metodo di campionamento utilizzato è stato casuale semplice con rappresentatività regionale proporzionale per sesso e classi d’età, per un totale di 500 anziani da intervistare. Le interviste sono state anonime e sono state effettuate telefonicamente o faccia a faccia o tramite il supporto del proxy. I dati sono stati inseriti ed elaborati con il software EpiInfo3.5.

In Puglia l’indagine è stata condotta, nel periodo marzo-giugno 2009. L’Osservatorio Epidemiologico Regionale, come già avvenuto per lo “Studio Argento” del 2002. Il tasso di sostituzione è risultato pari al 35%, con il 23% di soggetti non rintracciabili, il 9% di deceduti e il 3% di pazienti istituzionalizzati. Il 25% delle interviste è stato reso possibile grazie al Proxy. Tra i dati emersi è risultato che il 33% degli anziani pugliesi è a rischio di fragilità, che solo il 64% degli anziani fumatori ha ricevuto il consiglio dal proprio MMG di smettere di fumare e che solo il 72% degli intervistati è stato vaccinato contro l’influenza.

Pur essendo prematuro identificare raccomandazioni deducibili dall’analisi dei dati, appare tuttavia che esistano ampi margini di manovra per interventi sulla prevenzione dei fattori di rischio di fragilità, la maggior parte dei quali sono modificabili attraverso la promozione della salute e i cambiamenti di comportamento degli anziani.

Working group*: De Palma M., Cozza V., Vece M.M., Fortunato F., Guaccero A., Arbore A.M., Gallone M.S., Civita L., Morea R., Petruzzelli E., Casciaro F., Bernardino R., Maggiolini P., Milillo VTafuri S., Martinelli D., Falco A., Coviello V., Guerra G.

128. STILI DI VITA NELLA SCUOLA. UN PROGRAMMA DI EDUCAZIONE SANITARIA IN COLLABORAZIONE CON L'UFFICIO SCOLASTICO E ASSESSORATO ALL'AGRICOLTURA DELLA PROVINCIA DI VARESE

Bianchi M.A. *, Piotto L. *, Ferrari D. *, Sambo F. *, Pacchetti R. *, Bardelli R., Marmondi E.G., Renna V., Bulgheroni P., Roi.C., Autieri M.R. **, Danese N.***

**ASL Provincia di Varese: Dipartimento di Prevenzione Medico, Direzione Sanitaria, Ufficio scolastico provincia di Varese; Provincia di Varese*

Nell'ambito del programma "Guadagnare Salute" ha la finalità di far adottare alla popolazione comportamenti in grado di contrastare l'insorgenza di patologie croniche. All'interno di questa strategia la nostra ASL nell'anno 2006-2007 ha sviluppato un progetto pilota con L'USP della Provincia di Varese sui corretti stili di vita nella SCUOLA. Vista la buona riuscita del progetto pilota la ASL, nell'ottica delle politiche delle alleanze promossa da guadagnare salute, ha firmato un protocollo d'intesa con la Provincia di Varese per attuare in modo trasversale il progetto stili di vita nella scuola. Il progetto predisposto per le scuole primarie di primo grado e primarie di secondo grado si rivolge alla scuola nel suo complesso ed è inserito nel piano dell'offerta formativa. L'obiettivo è quello di incidere sullo stile di vita degli studenti (alimentazione, attività fisica, prevenzione del tabagismo) e delle loro famiglie proponendo azioni e modelli sperimentali indirizzate a scelte coerenti con la riduzione di comportamenti a rischio.

Metodi:

- costituzione di un accordo tra ASL e USP, Provincia di Varese;
- proposta da parte di USP dell'offerta formativa agli istituti comprensivi della Provincia e gestione delle adesioni;
- lezioni frontali agli insegnanti (argomenti: programmazione didattica, epidemiologia delle malattie cronico degenerative, alimentazione, attività fisica, abitudine al fumo di tabacco, agricoltura) per metterli in grado di costruire progetti educativi su queste tematiche con gli alunni. Consegna a tutti gli alunni di questionari da compilarsi autonomamente in classe con domande relative agli stili di vita e alla valutazione antropometrica;
- Incontri con i genitori e gli insegnanti per la costruzione del programma educativo.

Dal 2006 a giugno 2009 sono stati interessati 10 istituti comprensivi con il coinvolgimento di 3625 alunni di primarie e secondarie.

Dall'elaborazione dei questionari emerge che il 24% dei bambini 6-10 anni e il 29% dei ragazzi 11-14 anni è in sovrappeso/obeso.

Criticità dalla Sc primaria 1° grado: 56% mangia frutta meno di 3 v/sett, 70% mangia verdura meno di 3 v/sett, 6% pensa che da grande fumerà; criticità dalla Sc primaria 2° grado: 36% non fa colazione, 69% mangia frutta meno di 3 v/sett, 71% mangia verdura meno di 3 v/sett, 35% non fa attività sportiva, 13% pensa che da grande fumerà.

Visti i dati che rilevati con i questionari in entrata si è confermata la necessità di effettuare il percorso sugli stili di vita all'interno del curriculum scolastico con il coinvolgimento degli insegnanti che quotidianamente possono rinforzare il messaggio educativo sugli stili di vita.

129. P. INTRODUZIONE AL PROGETTO PASSI D'ARGENTO: SPERIMENTAZIONE MULTI-REGIONALE DI UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA POPOLAZIONE CON 65 ANNI E PIÙ

Biscaglia L.¹, Baldi A.², Carrozzi G.³, Cristofori M.⁴, Perra A.¹ e il gruppo PASSI d'Argento

1 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma

2 ASL 1 Massa e Carrara – Zona Lunigiana

3 Servizio Epidemiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena

4 Servizio di Epidemiologia ASL 4 Terni

Introduzione: l'invecchiamento della popolazione rappresenta “un trionfo e una sfida” per la nostra società. Da un lato, il progressivo invecchiamento della popolazione, particolarmente accentuato in Italia, è destinato ad accrescere la richiesta di interventi che gravano sul sistema sociale e sanitario. Dall'altro, le persone over65 rappresentano una preziosa risorsa per la società spesso poco valorizzata. E' in tale contesto che nel 2007, il Centro per il Controllo e la prevenzione delle malattie (CCM) del Ministero della Salute ha promosso il progetto PASSI d'Argento, coordinato dalla Regione Umbria in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

Obiettivi: obiettivo del progetto è quello di sperimentare un sistema di sorveglianza sulla qualità della vita delle persone over65, capace di raccogliere informazioni precise e tempestive, confrontabili nel tempo e fra diverse asl/regioni, sull'evoluzione dei fattori determinanti di salute e di autosufficienza ma anche sulla penetrazione degli interventi realizzati dalle famiglie e dai servizi dell'area sociale e sanitaria.

Metodi: il progetto di durata biennale (2008-2010) prevede la realizzazione di due studi trasversali multi-regionali su campioni rappresentativi, a livello regionale o aziendale o distrettuale, di persone di età ≥ 65 anni, non istituzionalizzate. Nel marzo del 2009 ha avuto avvio la prima indagine multi regionale che si è svolta contemporaneamente in 7 regioni Italiane: Sicilia, Puglia, Umbria, Toscana, Emilia-Romagna, Liguria, Valle d'Aosta. Nelle regioni partecipanti è stato realizzato un campionamento casuale semplice o a cluster, utilizzando le liste dell'anagrafe sanitaria. Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità e somministrato, attraverso intervista telefonica o faccia a faccia, da operatori dei servizi socio-sanitari opportunamente formati. L'analisi è stata condotta utilizzando il software Epi Info versione 3.5.1.

Risultati: nelle regioni partecipanti sono stati formati circa 350 operatori afferenti ai servizi dell'area sociale e sanitaria. Nel mese di giugno la raccolta dei dati è stata completata nelle regioni Puglia, Umbria, Toscana, Liguria e Valle d'Aosta. In queste regioni sono state intervistate complessivamente 2.859 persone. L'83% delle persone è stata intervistata per telefono vs il 17% intervistata con modalità faccia a faccia. Nel campione, sono state sostituite 569 persone (20%), di queste 109 erano state sostituite perché avevano rifiutato l'intervista (3,7%). Il 25% delle interviste è stato reso possibile grazie all'intervento di una persona di fiducia che ha aiutato e sostenuto l'anziano durante l'intervista.

Conclusioni: l'indagine ha permesso di testare gli aspetti metodologici e procedurali di un sistema di sorveglianza sulla popolazione over65, basato su indagini periodiche e

sostenibile con le risorse dei servizi socio-sanitari. Alla fine dei due anni sarà valutata la sostenibilità di un sistema di sorveglianza sulla popolazione anziana operante su tutto il territorio nazionale e centrato sulle esigenze delle realtà regionali.

130. P. LA VALUTAZIONE DEL PROGETTO NAZIONALE “GENITORI PIÙ”

Campostrini S.*, Porchia S.°, De Luca F.*, Michieletto F.‡, Brunelli M.‡, Simeoni L.‡, Speri L.‡

*Università Ca' Foscari di Venezia

°Sinodè srl, Padova

‡Referente PASSI della Regione Veneto

#ULSS 20 – Regione Veneto – Coordinamento della campagna Genitori Più

Obiettivi. Il progetto nazionale GenitoriPiù si pone come obiettivo principale la sensibilizzazione dei genitori su 7 determinanti di salute per i neonati attraverso la diffusione di materiale informativo e la formazione rivolta agli operatori sanitari che entrano in contatto con i neo-genitori nel percorso nascita.

Genitori Più ben si colloca, sia per la presenza di alcuni temi specifici (fumo e allattamento al seno) sia, in modo particolare, per l'impostazione (coinvolgimenti attivo), nel più ampio progetto di Guadagnare Salute promosso dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Il Dipartimento di Statistica dell'Università Ca' Foscari di Venezia, in collaborazione con le strutture regionali e nazionali, ha realizzato un piano valutativo sia sul processo che sui risultati raggiunti dal progetto. Nel nostro intervento proporremo a brevi linee il progetto valutativo, con qualche riferimento ai risultati ottenuti, commentando in modo particolare l'esperienza dell'utilizzo del sistema PASSI per la valutazione di campagne nazionali di promozione della salute.

Metodi. La valutazione si è articolata lungo tutta la durata del progetto attraverso diverse azioni:

- Ricostruzione del sistema organizzativo e delle iniziative già avviate nei diversi territori relativamente ai 7 determinanti
- rilevazione di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti sui 7 determinanti realizzate su 5.819 genitori al momento della prima vaccinazione dei bambini e su oltre 6.000 operatori all'inizio della formazione prevista nel progetto
- rilevazione sui cambiamenti di conoscenze e comportamenti su un campione di un migliaio di operatori a 6 mesi dalla formazione
- inserimento di un modulo specifico (su adesione volontaria delle regioni) all'interno del sistema di sorveglianza PASSI per rilevare la penetrazione e la conoscenza della campagna Genitori Più nella popolazione.

Risultati. La valutazione ha fornito a tutti gli operatori e ai decisori una fonte di informazioni molto ricca e articolata.

Come elemento di processo, si è rilevata una conoscenza molto diversificata sia nei genitori che negli operatori rispetto ai 7 determinanti evidenziando almeno due elementi molto importanti:

1) La forte differenza nelle risposte dovuta alla collocazione territoriale dell'intervistato (sia genitore che operatore), elemento che mette in evidenza come laddove siano stati sviluppati negli anni progetti di prevenzione orientati al benessere del bambino, le conoscenze e i successivi comportamenti corretti sono significativamente più diffusi;

2) La correlazione positiva tra titolo di studio della madre, intesa come variabile proxy dello status socio-economico della famiglia, e conoscenze e comportamenti corretti. Questa evidenza sollecita una riflessione sulla necessità di adottare approcci di prevenzione differenziati in base al target del messaggio.

L'utilizzo del modulo Genitori Più nel protocollo PASSI ha reso possibile seguire nel tempo il diffondersi delle conoscenze relative al progetto nella popolazione, evidenziando quali sono i canali di comunicazione più efficaci, come vengono utilizzati dalla popolazione rilevando una situazione molto diversificata tra le regioni partecipanti.

131. P. LO STUDIO PASSI D'ARGENTO IN EMILIA-ROMAGNA. INTEGRAZIONE TRA RETI SANITARIE E SOCIALI E COLLABORAZIONE CON LA SORVEGLIANZA PASSI

Carrozzi G.¹, Bertozzi N.², Mirri M.³, Finarelli A.C.⁴, Fabrizio R.³, Angelini P.⁴, Bolognesi L.¹, De Togni A.⁵, Fabbri F.⁶, Ferrari A.M.⁷, Goldoni C.A.¹, Mattivi A.⁴, Mingozi O.⁸, Nieddu A.⁹, Pandolfi P.¹⁰, Sacchi A.R.¹¹, Sampaolo L.¹, Sangiorgi D.², Silvi G.¹², Stefanelli I.¹³, Baldi A.¹⁴, Biscaglia L.¹⁵, Cristofori M.¹⁶, Perra A.¹⁵

Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUSL di: 1Modena, 2Cesena, 5Ferrara, 6Rimini, 7Reggio Emilia, 8Forlì, 9Parma, 10Bologna, 11Piacenza, 12Ravenna, 13Imola; Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna: 3Servizio Governo dell'Integrazione socio-sanitaria e delle Politiche per la non autosufficienza, 4Servizio Sanità Pubblica; 14ASL 1 Massa e Carrara – Zona Lunigiana; 15CNESPS, Istituto Superiore di Sanità, Roma; 16Servizio di Epidemiologia ASL 4 Terni

Introduzione. Il progressivo invecchiamento della popolazione, particolarmente accentuato in Italia, è destinato ad accrescere la richiesta di interventi di tipo sociale e sanitario; le persone anziane rappresentano anche una preziosa risorsa per la società spesso poco valorizzata. La Regione Emilia-Romagna ha aderito a Passi d'Argento (PdA), uno studio promosso dal Ministero della Salute in collaborazione con la Regione Umbria e l'Istituto Superiore di Sanità, che indaga la distribuzione di non autosufficienza, fattori di rischio di fragilità e qualità della vita nelle persone sopra ai 65 anni. In Emilia-Romagna la realizzazione del PdA appare potenzialmente più difficoltosa per la molteplicità di istituzioni coinvolte: i Comuni hanno ritirato le deleghe per i Servizi Sociali alle Aziende Sanitarie, gestendo direttamente o in associazione - tramite le Aziende dei Servizi alla Persona (ASP) - le attività socio-sanitarie rivolte agli anziani.

Obiettivi. Descrivere il modello organizzativo dello studio PASSI d'Argento in una realtà regionale complessa come quella emiliano-romagnola, quale esempio di integrazione effettiva tra Servizi sanitari e sociali e di sinergia tra la rete ormai consolidata della sorveglianza PASSI e quella nascente del PdA.

Percorso. La realizzazione del PdA in Emilia-Romagna ha visto diverse fasi: l'interessamento delle componenti sociale e sanitarie della Regione ha portato ad un'organizzazione integrata (referenti e coordinatori), individuando un percorso di implementazione locale sulla base del protocollo nazionale. Successivamente è seguita una rilevante attività di coinvolgimento degli organi istituzionali (Cabina di Regia e Gruppo Tecnico dell'area Sociale, Comuni, Province, Uffici di Piano, Distretti Sanitari, Terzo Settore, Ordini e Associazioni dei Medici di Medicina Generale), l'inserimento del PdA tra le azioni del Piano di Azione Regionale per la popolazione anziana (PAR) e l'individuazione della rete dei coordinatori PASSI come struttura tecnica di coordinamento regionale e locale. L'integrazione con la rete PASSI ha fornito una garanzia di qualità apportando il know how maturato in cinque anni di esperienza. L'elevato numero di Comuni potenzialmente coinvolgibili (341) ha imposto un campionamento a grappolo a due stadi, stratificando il territorio regionale prima sulla base della popolazione residente in 3 aree di interesse (montagna, capoluoghi e territorio rimanente) e successivamente per

Azienda: sono stati così individuati 60 cluster appartenenti a 43 Comuni, ai quali si sono aggiunte alcune adesioni spontanee. Ogni Comune aderente ha individuato un'interfaccia istituzionale e un gruppo di intervistatori appartenenti alla rete sociale, compresi anche i dipendenti delle ASP; in alcune realtà è stato sperimentato anche l'utilizzo di intervistatori provenienti dal volontariato sociale. Le fasi operative sono state precedute da 4 moduli di formazione regionale ai coordinatori e intervistatori. I coordinatori aziendali - già appartenenti al sistema di Sorveglianza PASSI, hanno a livello locale condotto il percorso formativo, effettuato il campionamento aziendale stratificato per sesso ed età, gestito il coinvolgimento dei Direttori di Distretto, i rapporti con gli Enti Locali, l'operatività degli intervistatori e l'inserimento dei dati. La complessità organizzativa e la partecipazione di un elevato numero di Enti ha imposto uno slittamento rispetto ai tempi pianificati a livello nazionale, posticipando la conclusione della fase di rilevazione alla fine di agosto.

Molto impegno è stato riservato alla comunicazione: da quella propedeutica all'avvio dell'indagine a quella operativa (Medici di Medicina Generale e intervistati) e proseguirà con quella di diffusione delle informazioni raccolte, già in parte progettata.

Risultati. Dei 43 Comuni inizialmente selezionati, solo uno non ha accettato di partecipare all'indagine ed è stato sostituito; a questi si sono aggiunti volontariamente 17 Comuni, 10 dei quali appartengono al Distretto Sanitario di Castelnovo ne' Monti (RE) che ha effettuato un sovracampionamento con rappresentatività distrettuale. L'operatività è stata caratterizzata da un buon funzionamento e non sono stati riferiti problemi bloccanti il processo. Poiché l'indagine non si è ancora conclusa non è attualmente possibile calcolare i principali indicatori di monitoraggio, che saranno disponibili per il convegno "Guadagnare salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia".

Conclusioni. La realizzazione del PdA in Emilia-Romagna mostra che è possibile effettuare una sorveglianza di salute sulla popolazione anziana, anche nelle realtà in cui il ritiro delle deleghe alle Aziende Sanitarie per l'erogazione dei Servizi Sociali potrebbe essere considerato pregiudicante per la realizzazione dell'indagine. La partecipazione volontaria di alcuni Comuni indica come vi sia un terreno fertile e desideroso di avere informazioni sul profilo della popolazione anziana, con fine di meglio indirizzare in maniera razionale ed efficace strategie e azioni di intervento a livello locale. La sinergia positiva con la rete del sistema PASSI è risultata un elemento indispensabile al successo dell'iniziativa, suggerendo che le competenze acquisite da questa rete dovrebbero essere sistematicamente valorizzate in PASSI d'Argento.

132. P. PASSI E LAVORO: LA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO E IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA “PASSI” IN TOSCANA, ALCUNE RIFLESSIONI

Cecconi R.[^], Bartolini D.[^], Mannocci F.*^{*}, Cappelletti A.[^], Carucci E.*^{*}, Garofalo G.[^], Fiumalbi C.[^]

[^]Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze

* Scuola di specializzazione Igiene e Sanità Pubblica – Università degli Studi di Firenze

Introduzione. La Toscana partecipa al sistema di sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) avviato dal 2007 dal CNEPS – ISS*, in Italia, con l’obiettivo di monitorare nella popolazione di età compresa 18-69 anni, aspetti della salute in relazione ai principali fattori di rischio comportamentali tra cui abitudine al fumo, consumo di alcol e sicurezza stradale (www.epicentro.passi.it). In Toscana dal giugno 2007 al marzo 2008 è stato intervistato un campione rappresentativo di 3440 persone di cui 3152 (92 %) in età lavorativa. Poiché il 76,6% (2076/3152) ha riferito di lavorare regolarmente, e dato che alcuni dei comportamenti monitorati come abitudine al fumo e assunzione di alcol sono oggetto di normative specifiche sul lavoro che ne prescrivono il divieto e il controllo sanitario da parte dei medici competenti in azienda, i risultati del sistema PASSI in Toscana potrebbero fornire indicazioni utili anche per la “prevenzione nei luoghi di lavoro”.

Obiettivo: discutere se i dati ottenuti dal PASSI possono essere utili a valutare anche gli interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro per la popolazione lavorativa toscana.

Risultati: i 2076 soggetti che riferiscono di lavorare regolarmente hanno età media di 42 anni (42 per gli uomini e 41 per le donne). Tra coloro che hanno riferito di lavorare regolarmente il 46,6% è nella classe di età 35 – 49 e il 48,5% riferisce istruzione di scuola media superiore. I 79 stranieri (4,2 %) hanno una età media di 38 anni (36 per gli uomini e 39 per le donne).

FUMO: il 33,2%, di coloro che riferiscono di lavorare regolarmente è fumatore, (31% donne e 34,9 % uomini), con il 9,2% di forte fumatore; per il 12,3% il divieto di fumo sul luogo di lavoro non viene rispettato mai o raramente;

ALCOL: il 65 % di coloro che riferiscono di lavorare regolarmente consuma alcol, soprattutto uomini (75% gli uomini e 51,8% le donne) e nel 60% dei casi bevono durante la settimana lavorativa; il 6,4% riferisce di essere bevitori binge soprattutto sopra i 35 anni di età e in difficoltà economica, il 4 % forte bevitore (12% secondo la nuova definizione INRAN) e il 6,6 % bevitore fuori pasto;

Considerazioni: I dati Passi informano su alcune caratteristiche anagrafiche della popolazione lavorativa Toscana che non si ottengono da altre fonti ufficiali (età, istruzione, cittadinanza etc..) e ci indicano che nonostante vi siano normative specifiche che vietano “fumo” e alcol” sul lavoro, Passi evidenzia che siamo ancora lontani dalla loro eliminazione anche sul lavoro e quindi vi è la necessità di individuare altre modalità di intervento. Tra le proposte per il 2010 del gruppo nazionale PASSI vi è quella di aggiungere un modulo opzionale sulla “Sicurezza sul lavoro”; l’introduzione di questo aspetto potrebbe essere una occasione importante per monitorare i comportamenti a rischio sul lavoro e valutare quindi l’efficacia degli interventi di prevenzione messi in atto anche su questo tema.

133. COCAINA? PARLIAMONE IN GRUPPO

Cicala C.*, Vecchio S.*, Butera C.**, Cappuccio L.***, Rubino A.***

*Dipartimento Farmacodipendenze Asl Napoli 1 Centro

** UO Sert DSB 45

*** UO Sert DSB 52

Introduzione. Negli ultimi anni, in linea con le tendenze nazionali, anche a Napoli crescono i consumi di cocaina. L'incontro con un numero di consumatori sempre più elevato che si rivolge al tradizionale circuito dei servizi cittadini rappresenta un campo di osservazione fecondo, ma insufficiente per una comprensione del fenomeno in tutta la sua complessità. Infatti, l'uso di cocaina interessa fasce ben più ampie della popolazione e spesso ben integrate socialmente, manifestandosi con una varietà di stili di consumo che si intreccia spesso con stili di vita socialmente e culturalmente compatibili ma che presentano con alcune specifiche condizioni di rischio. A partire da ciò, il Dipartimento Farmacodipendenze tra il 2005 e il 2007 ha promosso una ricerca qualitativa che, attraverso il dialogo con i consumatori e altri rappresentanti del territorio, si proponeva di individuare modalità innovative di conoscenza e di promuovere la partecipazione della popolazione alla progettazione di interventi e servizi.

Obiettivi:

- raccogliere conoscenze ed opinioni sul fenomeno dei consumi di cocaina a Napoli
- dare il via ad una rete di contatti sul territorio.

Metodi. Lo strumento adottato è il focus group.

Gli incontri sono stati organizzati in luoghi non connotati, in un'atmosfera informale, preferibilmente di sera. I partecipanti erano valorizzati per l'unicità e specificità dei loro saperi.

In totale sono state incontrate 72 persone, per un totale di 11 focus:

3 con consumatori di cocaina, quasi tutti non afferenti ai servizi per le tossicodipendenze; 4 con testimoni del territorio, tra cui rappresentanti di centri sociali e frequentatori abituali di locali notturni; 4 con operatori di servizi pubblici e del privato sociale. Tra le aree esplorate: i mutamenti percepiti nei consumi di cocaina a Napoli, i contesti del consumo, le conseguenze problematiche del consumo e le possibili strategie per contenerle, l'accesso ai servizi e i suggerimenti per un centro specifico per chi usa cocaina.

Risultati:

- Il consumo di cocaina si conferma essere in parte un consumo "accettato" e "normalizzato"
- Le strategie per mantenere un consumo "controllato" sono utilizzate dai consumatori, ma non sempre in maniera consapevole
- Gli stili di vita connessi agli stili di consumo "controllati" presentano rischi collegati alla prevalenza di pregiudizi e al carattere illegale del mercato
- Il Sert viene considerato un luogo frequentato poco e malvolentieri dai consumatori di cocaina; un servizio scarsamente conosciuto e tradizionalmente associato agli eroinomani.

Conclusioni. Lo strumento del focus si è rivelato efficace per creare legami con i partecipanti e promuovere un'iniziale costruzione condivisa di prospettive inusuali e innovative sul fenomeno.

134. P. UNA ESPERIENZA DI CAPACITY BUILDING: IL “LABORATORIO DI VALUTAZIONE DEI PIANI INTEGRATI LOCALI DEGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE” DI REGIONE LOMBARDIA

Coppola L.*, Macchi L.*, Pavan A.*, Bonfanti M.*, Pirola M.E.*, Ragazzoni P.°, Tortone C.°, Coffano M.E.°

**Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia*

° *Dors, Regione Piemonte*

Obiettivi. Il progetto formativo regionale “Laboratorio di valutazione dei piani integrati degli interventi di promozione della salute”, si colloca nell’ambito delle attività di Regione Lombardia per l’indirizzo e il ri-orientamento delle attività di promozione della salute realizzati nelle Asl lombarde (il target sono i pianificatori di area sanitaria e sociale).

Il laboratorio si è proposto di:

- riconoscere e rinforzare le competenze professionali necessarie alla progettazione e valutazione di interventi di promozione della salute con un approccio integrato, efficace e sostenibile;
- socializzare gli interventi e le esperienze prodotte dalle ASL nell’ambito dei piani integrati, facilitando così la creazione di una rete di scambio e collaborazione su metodologie, strategie e risultati di impatto attesi;
- sostenere una crescita culturale e professionale per il ri-orientamento degli interventi di promozione della salute fondandoli su prove di efficacia e raccomandazioni di buona pratica.

Materiali e metodi. La didattica si è caratterizzata per una forte partecipazione dei partecipanti alla progettazione e alla organizzazione delle giornate formative, in considerazione dei principi teorici che orientano la formazione per adulti (Knowles).

Il Laboratorio si è composto di due livelli correlati:

- un momento iniziale, seguito dalla verifica periodica, di analisi dei bisogni, di progettazione partecipata e di monitoraggio degli appuntamenti del laboratorio con un gruppo ristretto di coordinamento costituito da operatori di DoRS e funzionari della Regione Lombardia

- 12 appuntamenti del Laboratorio di Valutazione con i responsabili ASL dei piani integrati e con alcuni colleghi (operatori e decisori) per una valutazione (metodologica e di contenuto) tra pari e con esperti del processo di sviluppo e dei risultati dei piani integrati.

Risultati. Gli incontri sono stati caratterizzati da momenti di “riflessione critica” e approfondimento teorico intorno ad alcune parole chiave (integrazione, partecipazione, empowerment individuale e empowerment di comunità): questi momenti hanno permesso la costruzione di linguaggio e basi teoriche comuni. In seguito, dopo aver costruito e validato in aula una scheda di valutazione ad hoc, si è proceduto all’approfondimento, alla valutazione e alla discussione critica dei singoli piani integrati prodotti dalle ASL.

Si prevede la valutazione di percorso, di impatto e di customer satisfaction alla fine del percorso.

Conclusioni. Questo percorso costituisce una esperienza di “capacity building” e di formazione “strategica” in quanto ha permesso di promuovere e sostenere riflessione, crescita professionale e collaborazione intersettoriale tra operatori e decisori di area sociale sanitaria delle ASL sul tema della promozione della salute, attivando un circolo virtuoso tra prassi e saperi.

135. P. STILI DI VITA IN PUGLIA: CONFRONTO DEI RISULTATI DELLE INDAGINI PASSI 2005 E 2008

Coviello E.* e il Gruppo di Lavoro Sistema Passi della Regione Puglia^
 * *Unità di Epidemiologia e Statistica ASL BA - Bari*

Introduzione. Da luglio 2009 la Puglia ha a disposizione la prima base di dati regionale del sistema di sorveglianza PASSI relativa all'anno 2008 ed ha iniziato la preparazione del primo report regionale. Sono stati inizialmente analizzati alcuni stili di vita, abitudine al fumo, consumo di alcol ed attività fisica, essendo essi tra i più importanti determinanti dello stato di salute.

Obiettivi. Stimare la prevalenza di fumatori, consumatori di alcol e di soggetti con scarsa attività fisica. Valutare alcune loro caratteristiche mettendole in confronto con gli analoghi parametri rilevati in Puglia nello studio PASSI 2005.

Metodi. Si sono analizzati i dati della sorveglianza PASSI. In Puglia le interviste raccolte nel 2008 sono state 1761. Per questa analisi sono stati considerati i dati pesati relativi a tutte le interviste effettuate.

Risultati:

	2005	2008		2005	2008
Abitudine al Fumo			Consumo di Alcol		
Fumatori	23.9%	28.7%	Bevitori a Rischio	21.0%	9.3%
Non Fumatori	60.1%	53.8%	Consumatori		
Non fumo in Casa	67.5%	77.8%	di Alcol Età 18-24	59.4%	63.7%
Rispetto del divieto			Bevitori Binge	5.5%	4.7%
in luogo di lavoro	42.6%	83.9%			
			Attività Fisica		
			Attivi	38.2%	34.8%
			Completamente sedentari	31.3%	35.6%

Conclusioni. Rispetto all'indagine del 2005 la percentuale dei fumatori è in aumento e corrispondentemente quella dei non fumatori si è ridotta. Tale risultato sembra congruente con l'uniformazione degli stili di vita tra regioni del Nord e del Sud Italia. Una nota positiva viene dal fatto che l'esposizione al fumo passivo nelle abitazioni è diminuita nel 2008 ed è molto aumentato il rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro.

I bevitori a rischio sono consistentemente diminuiti nel 2008 rispetto al 2005, ma il consumo interessa maggiormente i giovani e sostanzialmente immo modificata appare la percentuale dei bevitori binge.

Gli attivi diminuiscono ed aumentano le persone completamente sedentarie, un risultato che accentua la distanza tra la Puglia e le Regioni del centro-nord dove la percentuale di sedentari è nettamente più bassa.

^Germinario C, Aprile V, Cipriani R, De Luca A, Pollice A, Termite S, Caputi G, De Palma M, Tafuri S e gli intervistatori delle ASL Bari, Bat, Brindisi, Foggia, Lecce e Taranto

136. P. MISURARE PER AGIRE NELLA SORVEGLIANZA DI POPOLAZIONE: RISULTATI PRELIMINARI DEL PROGETTO PASSI D'ARGENTO, GIUGNO 2009

Cristofori M.¹, Baldi A.², Biscaglia L.³, Carrozzi G.⁴, Alberto P.³ e il gruppo PASSI d'Argento

*1 Servizio di Epidemiologia ASL 4 Terni; 2ASL 1 Massa e Carrara – Zona Lunigiana;
3Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma;
4 Servizio Epidemiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena*

Introduzione: PASSI d'Argento è un progetto di durata biennale (2008-2010), coordinato dalla Regione Umbria per conto del CCM del Ministero della Salute, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, finalizzato a sperimentare un sistema nazionale di sorveglianza attiva della popolazione over65, centrato sulle esigenze delle realtà regionali e sostenibile con le risorse attualmente a disposizione dei servizi sociali e sanitari.

Obiettivi: fra i suoi numerosi obiettivi, il progetto si prefigge di sperimentare una suddivisione della popolazione degli over65 finalizzata da una parte a descrivere i problemi e gli aspetti di salute e dall'altra a favorire il targeting e la valutazione delle azioni messe in atto dagli operatori socio-sanitari. A tale scopo la popolazione complessiva di over65 è stata suddivisa in 4 gruppi: a) in buone condizioni di salute; b) a rischio di fragilità; c) con segni di fragilità; d) con condizioni di disabilità.

Metodi: Fra marzo e giugno si è svolta la prima indagine multi-regionale contemporaneamente in 7 regioni Italiane: Sicilia, Puglia, Umbria, Toscana, Emilia-Romagna, Liguria, Valle d'Aosta. In ciascuna regione è stato selezionato un campione random rappresentativo delle persone con età ≥ 65 anni non istituzionalizzate. Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario standardizzato e strutturato che ha consentito di raccogliere le informazioni necessarie per classificare la popolazione degli over65. In particolare, per la stima delle persone "con condizioni di disabilità" è stata valutata la capacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana, (Activities of Daily Living - ADL), cioè muoversi da una stanza all'altra, lavarsi, farsi il bagno o la doccia, vestirsi, mangiare, essere continenti. Escludendo le persone disabili, per la stima delle persone "con segni di fragilità", sono state valutate, le seguenti condizioni: 1) percezione stato di salute "male o molto male" o 10 o più giorni in cattiva salute per motivi fisici/psicologici/ e 5 giorni con limitazioni negli ultimi 30 giorni; 2) perdita di appetito e peso (4,5 kg o 5% o più nell'ultimo anno); 3) disabilità lieve (non autonomo in almeno 1 IADL – Instrumental ADL). Escludendo le persone disabili e con rischio di fragilità, per la stima del "rischio di fragilità" sono valutate le condizioni seguenti: 1) problemi ai denti, alla vista o all'udito o memoria di caduta avvenuta nell'ultimo anno; 2) insufficiente attività fisica o abitudine al fumo o consumo di alcol fuori pasto o scarso consumo frutta e verdura; 3) sintomi di depressione o isolamento, mancanza di supporto sociale. Si sono considerate "in buone condizioni di salute" le persone che non rientravano nelle precedenti definizioni. Per l'analisi, condotta con il software Epi Info 3.5.1, sono stati considerati intervalli di confidenza del 95%.

Risultati: Complessivamente sono state intervistate complessivamente 2.859 persone. Nel campione il 41% (IC 39,2% - 42,8%) delle persone risultava essere in buone condizioni di salute, il 30% (IC 28,3% - 31,7%) era a rischio di fragilità, il 15,9% (IC 14,6%-17,3%) mostrava segni di fragilità mentre il 13,1% (IC 11,9% - 14,4%) era costituito da persone disabili ovvero non autosufficienti in almeno 1 attività della vita quotidiana (ADL).

Conclusioni: La sorveglianza di popolazione, per sua natura a costi limitati, può mettere a disposizione, come nella nostra sperimentazione, dati di qualità in tempi brevi che possono essere tempestivamente usati per delle azioni mirate. La descrizione della popolazione anziana in 4 gruppi ha consentito di disegnare un nuovo profilo della popolazione over65, che può aiutare ad indirizzare in maniera più razionale ed efficace azioni e strategie di intervento a livello locale e regionale.

137. CONTROLLO EPIDEMIOLOGICO DI PATOLOGIE INFETTIVE IN UN SISTEMA DEI SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE - L'ESPERIENZA DEL DIPARTIMENTO FARMACODIPENDENZE DELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO

Curcio F., Topa M., Marguccio E., Franco T., Baldassarre C.
ASL Napoli 1 Centro - Dipartimento Farmacodipendenze Settore Tutela della Salute

Introduzione. Nel mondo più di 350 milioni di persone risultano infette da HBV. Si stima che 200 milioni di persone nel mondo siano infette da HCV. La cronicizzazione della malattia si osserva in un'alta percentuale (60-80%). Le infezioni da HBV e da HCV sono la causa più frequente di malattia cronica epatica, di cirrosi e di tumore del fegato. Nel mondo circa 33,2 milioni di persone sarebbero infette da HIV. L'andamento dell'infezione si è modificata con l'avvento della terapia HAART, assumendo caratteri di patologia cronica. L'utilizzo endovenoso di droghe è uno dei principali fattori di rischio delle infezioni, ulteriori fattori di rischio sono l'utilizzo di paraphernalia, tatuaggi e piercing.

Obiettivi. L'intento dello studio è il monitoraggio delle infezioni virali tra i tossicodipendenti assistiti dai SERT del Dipartimento Farmacodipendenze della ASL Napoli 1 Centro. Il periodo di osservazione va dal gennaio 2000 al dicembre 2008.

Metodi e Risultati. E' stato effettuato il monitoraggio della presenza di antigene di superficie HBV (HBsAg), gli anticorpi diretti contro esso (HBsAb) e la positività per gli anticorpi contro il "core"(HBcAb). Le incidenze/anno mostrano una riduzione dell'infezione negli ultimi anni. Nel periodo considerato sono stati effettuati 5609 test per i marcatori HBV (media di 623 test/anno); la diffusione dell'infezione tra i sessi non è significativamente differente, con un valore medio del 18,6% tra i maschi ed il 21,4% tra le femmine.

E' stata studiata la prevalenza dell'infezione HCV con metodica EIA ed i campioni positivi sono stati confermati con metodica RIBA III. I test nel periodo considerato sono 6269, con una media di 696 test/anno ed una incidenza complessiva del 22,85% (1560/6269). Anche per l'HCV la diffusione dell'infezione tra i sessi non è significativamente differente. L'incidenza/anno diminuisce negli ultimi 4 anni, raggiungendo il 18,7%. La replicazione virale HCV è stata studiata con RT-PCR.

Nel periodo in esame sono stati eseguiti 6064 test per la ricerca di anticorpi anti HIV, metodica EIA ed i test positivi sono poi stati confermati con western blot.

L'incidenza media dell'infezione da HIV 2004-2008 è del 1,3% (media di 674 test/anno), tra i maschi è dell'1,13%; tra le femmine del 2,40%; (OR del 2,143, 95% C.I. da 1,2447 a 3,69). Anche l'incidenza dell'infezione da HIV è in diminuzione.

Conclusioni. Le infezioni virali nella popolazione TD di Napoli sono in calo, ciò è spiegabile anche con un mutamento delle vie di assunzione. Inoltre l'aumento dell'utilizzo di cocaina "sniffata" o "fumata" denota una tendenza in forte aumento con effetto diluente sulle prevalenze di infezioni.

138. P. STILI DI VITA E COMPORTAMENTI A RISCHIO TRA I RESIDENTI DELLA EX-ASL CASERTA 2: UNA CHIAVE DI LETTURA PER IL MIGLIORAMENTO DEI PROGRAMMI DI PREVENZIONE

D'Argenzio A.*, Sessa A.^{oo}, Merola S.*, Di Tella M.*, Cantile F.*, Di Matteo G.*, Ianniello C.*, Raucci G.*

**Servizio di Epidemiologia e Prevenzione – ASL Caserta ex-ASL CE2 di Aversa;*

^{oo}Dipartimento di Igiene e Medicina Preventiva, S.U.N. Napoli

Obiettivi specifici: Soltanto il 3% della spesa sanitaria, nei paesi industrializzati, è impegnato nella prevenzione, mentre circa il 60% è destinato alla cura di patologie attribuibili a fattori di rischio comportamentali “modificabili”. Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) permette di monitorare i comportamenti, gli stili di vita delle persone ed il grado di conoscenza e di adesione ai programmi di prevenzione primaria e secondaria.

Materiali e metodi: Il sistema PASSI raccoglie i dati conducendo interviste telefoniche ad un campione rappresentativo della popolazione tra i 18 ed i 69 anni: i dati, rilevati fra giugno 2007 e marzo 2008 nel territorio della ex-ASLCE2, sono relativi ad un campione di 233 persone, estratte con metodo casuale dall’anagrafe sanitaria. Le elaborazioni sono state condotte con il software EPI Info 3.4.

Risultati: L’età media degli intervistati è 41 anni: solo la metà ha un livello di istruzione alto e un lavoro regolare. Il 30% del campione si dichiara fumatore. Il 46% è completamente sedentario. Il 45% è in eccesso ponderale: di questi solo il 42% ed il 30% ha ricevuto consiglio da parte di un operatore sanitario rispettivamente di perdere peso e di fare attività fisica. Il 41% consuma bevande alcoliche e il 9% ha abitudini di consumo a rischio. Solo il 7.1% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol. Il 16% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all’intervista, mentre il 57% dichiara di utilizzare con continuità la cintura di sicurezza e, soltanto, il 48% riferisce di usare il casco. Circa un quarto del campione è iperteso e il 15% ha valori elevati di colesterolemia. Solo il 4% degli ultraquarantenni intervistati riferisce di aver avuto valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico di base. Relativamente alla prevenzione secondaria, il 50% delle donne di 25-64 anni ha effettuato un pap-test negli ultimi tre anni ed il 49% delle donne di 50-69 anni ha effettuato una mammografia negli ultimi due anni; rispettivamente solo il 42% ed il 47% delle intervistate ha riferito di aver avuto consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il pap-test e la mammografia. Appena il 7% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci come raccomandato. Anche in questo caso solo circa il 6% ha riferito di aver avuto consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening.

Conclusioni: I risultati evidenziano un’ampia diffusione di comportamenti “a rischio” ed una scarsa adesione ai programmi di prevenzione, ma anche una scarsa attenzione degli operatori sanitari verso la promozione di stili di vita “salutari” e degli screening: interventi di promozione della salute di provata efficacia rispetto alle aree critiche individuate sono obiettivi di interesse prioritario su cui indirizzare i programmi di Sanità Pubblica.

139. P. ATTIVITÀ DI ANALISI DELLE BUONE PRATICHE DI INTERVENTO NELLA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE DEGLI ADOLESCENTI NELLE REGIONI ITALIANE

Di Filippo F.*, Ventola M.*, Azzarito C.***, Indorato E.***, Nastasi A.***, Falconeri D.***, Frazzica G.***, Candura F.*, Tarsitani G.*

* *Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica “G. Sanarelli”, Sapienza Università di Roma*

** *CEFPAS, Centro per la Formazione Permanente e Aggiornamento Personale Sanitario*

*** *Regione Calabria, Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie*

Introduzione. Il programma “Guadagnare Salute negli Adolescenti”, promosso dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), prevede il monitoraggio dei comportamenti degli adolescenti e delle strategie di prevenzione delle malattie croniche. Esso si è basato sull’individuazione e l’analisi delle buone pratiche di intervento, ossia l’insieme delle prassi progettuali che condividono criteri e forniscono standard ottimali di buona progettazione, implementazione e valutazione, tratte a partire dai progetti realizzati sul territorio nazionale e presenti nella banca dati Pro.Sa.

Obiettivi. Al fine di individuare le buone pratiche di intervento, sono stati individuati, selezionati e analizzati progetti di Promozione ed Educazione della Salute Mentale degli adolescenti, realizzati sul territorio nazionale tra gli anni 2001 – 2006 e presenti nella banca dati Pro.Sa. L’obiettivo del medio - lungo periodo è quello di utilizzare le buone pratiche di intervento selezionate quale base per la realizzazione di progetti mirati e centrati su metodologie coronate da successo.

Metodi. Le buone pratiche di intervento sono state identificate attraverso la presenza simultanea delle seguenti peculiarità progettuali: presenza di diagnosi di contesto locale; riferimento a uno specifico modello teorico; esistenza di prove di efficacia; valutazione di processo; valutazione di risultato. Tali buone pratiche di intervento sono state poi valutate secondo criteri tratti direttamente dalla letteratura sul tema, ossia, la promozione di stili di vita corretti; la prevenzione di comportamenti errati; la promozione della socializzazione, dell’inclusione sociale, delle pari opportunità e dell’interculturalità.

Risultati. Sono stati identificati 66 progetti valutati come espressione di buone pratiche di intervento. Questi rappresentano il 29,2% del totale dei progetti selezionati e il 15,35% dei progetti afferenti alla stessa area tematica. A livello qualitativo, i dati dimostrano che la strategia maggiormente utilizzata all’interno dei progetti identificati quali buone pratiche di intervento è quella della formazione/informazione (17,33%). Le tre metodologie maggiormente impiegate sono la *Peer education*, la *Life Skills Education* e l’Arte-terapia.

Conclusioni. Una caratteristica comune ai metodi utilizzati è l’approccio sistemico, che permette lo scambio tra le varie istituzioni (la scuola, la famiglia, i servizi socio-sanitari, ecc.). Ciò acquista particolare senso laddove si riconosce nella Promozione della Salute Mentale degli adolescenti un percorso di costruzione di una rete sociale che garantisca l’inclusione, l’integrazione e lo scambio relazionale. L’identificazione a livello nazionale delle buone pratiche di intervento è una parte fondamentale dei processi di costruzione di percorsi formativi per operatori socio-sanitari, insegnanti e tutte quelle figure che si occupano di interventi di prevenzione e promozione della salute mentale degli adolescenti.

140. P. L'USO INTEGRATO DEI DATI PASSI PER LA COSTRUZIONE DI PROFILI DI SALUTE. L'ESPERIENZA IN PROVINCIA DI TRENTO, ANNI 2007-2009

Ferrari L., Fateh-Moghadam P., Betta A.
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

Introduzione e obiettivi. Compito dei servizi di prevenzione collettiva è analizzare i bisogni di salute della comunità, attraverso strumenti conoscitivi e competenze al fine di permettere alle amministrazioni di valutare le soluzioni possibili e di costruire alleanze appropriate per attuarle. Per la costruzione di un profilo di salute è fondamentale l'integrazione di diversi fonti informative sia quantitative che qualitative.

Metodi. Formazione degli operatori sanitari sulla costruzione dei profili di salute centrata, in particolare, sull'apprendimento di tecniche di raccolta di dati qualitativi (focus group ed interviste con l'immediata sperimentazione delle conoscenze acquisite in un distretto pilota (Valle di Sole e Valle di Non). Diffusione dei risultati mediante assemblea pubblica ed invio di una relazione.

Costruzione mediante workshop specifici, di un profilo di salute per ciascun distretto, seguendo un modello comune e condiviso.

Formazione decentrata degli amministratori locali ed integrazione, nel profilo di salute, delle loro opinioni e conoscenze sul proprio territorio mediante lavoro di gruppo ed avvio del processo di individuazione degli ambiti prioritari di intervento. Compilazione di una griglia per la costruzione di un piano di salute comprendente responsabilità ed azioni concrete.

Risultati. Conduzione di oltre 20 focus group nel distretto pilota ed integrazione dei dati quantitativi derivanti dai flussi informativi correnti con quelli qualitativi provenienti dalla comunità. Presentazione e discussione pubblica dei risultati. Avvio dei primi interventi nel distretto pilota (gruppo di lavoro sui pesticidi).

Costruzione dei profili quantitativi di tutti gli altri distretti nel corso di 4 workshop. Gli indicatori raccolti comprendevano dati socio-demografici (ISTAT), su stili di vita ed adesione agli screening (sistema PASSI), maggiori cause di morbosità e mortalità (archivio SDO, PS, mortalità), tumori (registro tumori) e coperture vaccinali (registro vaccinazioni).

Realizzazione di un corso di formazione rivolto agli amministratori locali e conduzione di un laboratorio con presentazione e discussione del profilo di salute quantitativo. Individuazione, da parte degli amministratori, di alcuni problemi di salute ritenuti prioritari in ciascun distretto e dei possibili interventi da mettere in atto sul territorio per affrontare questi problemi nell'ambito di un piano per la salute.

Conclusioni. E' stato possibile descrivere lo stato di salute di una comunità utilizzando diverse fonti informative. La metodologia adottata ha permesso la crescita professionale degli operatori sanitari coinvolti e, nel contempo, la formazione degli amministratori sui temi della salute e della sanità pubblica gettando le basi per un approccio comune per la costruzione di un piano per la salute. Fatta eccezione per il distretto pilota, negli altri distretti questo percorso, realizzato finora solo all'interno di un laboratorio, sta per essere compiuto entro la fine del 2009.

141. LA SORVEGLIANZA PASSI NELLE MARCHE

Filipetti F.*, Fanesi M.*, Passatempo R.^, Tagliavento G.°

* *Osservatorio Epidemiologico Regionale – Agenzia Regionale Sanitaria Marche*

^ *UO Epidemiologia Zona Territoriale 8, Civitanova Marche, ASUR Marche*

° *Posizione Funzionale Sanità Pubblica – Servizio Salute Regione Marche*

La sorveglianza PASSI nelle Marche è iniziata con la sperimentazione dell'anno 2005, che ha coinvolto tutto l'ambito regionale e che ha individuato il modello organizzativo più adatto. La popolazione marchigiana di età 18-69 anni è circa 1 milione di persone. L'organizzazione sanitaria della regione prevede una Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) suddivisa in 13 Zone Territoriali. Il modello organizzativo PASSI si basa sulla seguente organizzazione: il referente regionale è il Responsabile della PF Sanità Pubblica del Servizio Salute Regione Marche; il coordinamento regionale è affidato al responsabile dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS), che ha incarico di coordinamento della Rete Epidemiologica delle Marche (REM); il vice coordinatore è un membro della REM, i componenti della quale, responsabili delle UUOO Epidemiologia delle Zone Territoriali ASUR, rivestono la carica di coordinatori aziendali. Gli intervistatori sono operatori sanitari afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle ZT ASUR.

Il campionamento casuale semplice è stato effettuato trimestralmente dall'archivio regionale ARS e la dimensione del campione mensile per Zona Territoriale è stato stabilito, sulla base della popolazione, con il coordinamento centrale PASSI, considerando che la significatività statistica dei risultati è stata considerata per il livello di Area Vasta. Sono state infatti considerate, come aggregazione per le elaborazioni, oltre al livello regionale quattro Aree Vaste ASUR, che corrispondono, pur se con minime variazioni, alle quattro aree provinciali (mantenendo la situazione antecedente al riconoscimento della provincia di Fermo). Le Aree vaste sono: Area Vasta 1 (ZT 1 Pesaro, ZT 2 Urbino, ZT 3 Fano), Area Vasta 2 (ZT 4 Senigallia, ZT 5 Jesi, ZT 6 Fabriano, ZT 7 Ancona), Area Vasta 3 (ZT 8 Civitanova M., ZT 9 Macerata, ZT 10 Camerino), Area Vasta 4 (ZT 11 Fermo, ZT 12 San Benedetto, ZT 13 Ascoli Piceno). Complessivamente, nell'anno sperimentale 2005 sono state intervistate 794 persone, 712 nell'anno 2007 e 1.117 nell'anno 2008. Va rilevato che i dati PASSI sono stati utilizzati per il Profilo di salute regionale, che ha fornito il supporto epidemiologico al Piano Sanitario Regionale 2007-2009, e che gli stessi dati, elaborati per Area Vasta, sono stati utilizzati nei Profili di salute Zonali realizzati in questi anni. Il report 2005 è stato pubblicato e, entro l'anno, verrà pubblicato il report 2007-2008, nell'ambito di un progetto comunicativo che dall'ambito regionale coinvolgerà, a cascata, tutte le Zone Territoriali. La sorveglianza PASSI è un obiettivo affidato dalla Regione Marche alla REM ed i referenti della REM, assieme ai responsabili delle 2 UO Promozione della salute operanti in ambito regionale, partecipano ad un progetto formativo specifico che parte dall'utilizzo dei dati PASSI per progettare e realizzare interventi di promozione della salute nell'ambito del programma Guadagnare Salute.

142. LAVORATORI STRANIERI: LA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO E IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA “PASSI” IN TOSCANA , ALCUNE RIFLESSIONI

Fiumalbi C.[^], Mazzoli F.^{**}, Bartolini D.[^], Mannocci F.^{*}, Cappelletti A.[^], Carucci E.^{*}, Garofalo G.[^], Cecconi R.[^]

[^] *Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze*

^{*} *Scuola di Specializzazione Igiene e Sanità Pubblica – Università degli Studi di Firenze*

^{**} *Dipartimento di Prevenzione, ASL 3 Pistoia*

Introduzione. La Toscana è tra le prime cinque regioni italiane per presenza di stranieri e l’immigrazione si configura in maniera sempre più rilevante come elemento fondamentale per la crescita economica. L’incidenza dei residenti stranieri pone la Toscana al di sopra della media nazionale (4,6% vs 3,4%); gli occupati stranieri sono il 7,2% e le imprese individuali straniere sono circa il 10,5%. Si impone quindi una programmazione di interventi non solo di accoglienza ma di inclusione e integrazione. La Toscana nell’ambito del sistema di sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia, avviato dal 2007 dal CNEPS – ISS www.epicentro.passi.it) ha intervistato nel 2008 un campione rappresentativo di 3440 persone di età compresa 18-69 anni, di cui 126 (3,9%) stranieri, quasi tutti (124 su 126) in età lavorativa.

Obiettivo: discutere se i dati ottenuti dal PASSI possono fornire informazioni per la prevenzione nei luoghi di lavoro sui lavoratori stranieri in Toscana.

Risultati: Tra gli stranieri in età lavorativa il 67% riferisce di lavorare regolarmente (67% italiani) il 10,% sì ma non regolarmente (5% italiani) e il 22% di non lavorare (28% italiani).

Nel campione intervistato i soggetti che riferiscono di lavorare regolarmente stranieri sono 4,2% (79/2076), soprattutto donne (53% vs 47% uomini), e la classe di età più frequente è 18-34; l’età media è 38 anni (vs 41,8 degli italiani) e il 49% riferisce istruzione di scuola media superiore. Tra gli stranieri che lavorano regolarmente il 68,7% riferisce difficoltà economiche (47 % italiani; differenza statisticamente significativa). Non vi sono differenze statisticamente significative riguardo l’istruzione, l’abitudine al fumo e al consumo di alcol tra i lavoratori regolari stranieri e i lavoratori regolari italiani. FUMO: il 33,%, di stranieri che riferiscono di lavorare regolarmente è fumatore, con il 2% di forti fumatori; ALCOL: il 58 % di stranieri che riferiscono di lavorare regolarmente consuma alcol, il 2,6 % è forte bevitore e 8 % bevitore fuori pasto.

Considerazioni: I dati Passi informano su alcune caratteristiche anagrafiche della popolazione lavorativa straniera in Toscana che non si ottengono da altre fonti ufficiali (età, istruzione, difficoltà economiche etc.) pur con alcuni limiti del PASSI riguardo agli stranieri. Tra le proposte per il 2010 del gruppo nazionale PASSI vi è quella di aggiungere un modulo opzionale sulla “Sicurezza sul lavoro”; l’introduzione di questo aspetto potrebbe essere una occasione importante per valutare l’efficacia degli interventi di prevenzione messi in atto con riferimento anche alle caratteristiche della popolazione lavorativa straniera.

143. IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI VALUTA LE AZIONI DI "GUADAGNARE SALUTE"

Garofalo G.*, Mazzoli F.**, Allodi G.°, Carucci E.°, Mannocci F.°, Cecconi R.*

* *Coordinamento regionale PASSI – Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze*

** *Coordinamento regionale PASSI – Dipartimento di Prevenzione ASL 3 Pistoia*

° *Scuola di Specializzazione Igiene e Sanità Pubblica – Università di Firenze*

Introduzione. Secondo i dati dell'OMS l'86% dei decessi e il 77% della perdita degli anni di vita in buona salute in Europa e in Italia sono causati da patologie legate a fattori di rischio modificabili, connessi con gli stili di vita. Dal 2007 il programma "Guadagnare Salute" (GS) promuove azioni di sensibilizzazione verso stili di vita più salutari.

GS prevede un approccio intersettoriale con azioni condivise tra istituzioni, soggetti della società civile e del mondo produttivo, fondate sulla promozione di comportamenti alimentari salutari, sulla lotta al tabagismo e all'abuso di alcol e sulla promozione dell'attività fisica.

Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), monitorando in continuo i comportamenti della popolazione e gli stili di vita, rappresenta uno degli strumenti di valutazione dei programmi di GS.

Metodi. Il sistema PASSI è basato sulla somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato. Il campione estratto dall'anagrafe assistiti, è rappresentato da adulti di età compresa fra 18 e 69 anni.

Risultati. Nel 2008 in Toscana sono state effettuate 3425 interviste. Il 74,5% del campione ha riferito di svolgere un lavoro pesante e/o di aderire in modo totale o parziale alle raccomandazioni riguardo l'attività fisica. Il 25,4% ha dichiarato di essere sedentario; tale condizione è di più frequente riscontro nel sesso femminile, in età avanzata e nei soggetti con livello d'istruzione più basso. L'analisi logistica bivariata rileva un'associazione statisticamente significativa fra sedentarietà e presenza di depressione. Non c'è associazione significativa tra la sedentarietà e ipertensione, sovrappeso e fumo. I soggetti fumatori rappresentano il 29,9% del campione mentre gli ex fumatori il 21,7%. Le persone che riferiscono di non fumare sono il 48,2%. Sono state riscontrate percentuali più alte di fumatori tra i più giovani, tra gli uomini e tra le persone con livello di istruzione medio-alta e con difficoltà economiche. I soggetti che bevono alcolici e che possono essere considerati a rischio sono il 20,5%. 3 su 100 dichiarano di non consumare frutta e verdura giornalmente, mentre solo 1 su 10 aderisce alle raccomandazioni assumendo 5 porzioni/die. 4 su 10 consumano 3-4 porzioni/die.

Conclusioni. I risultati indicano la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo dell'attività fisica e dell'alimentazione nella tutela della salute. I rischi associati al consumo di alcol e al fumo sembrano essere sottovalutati, probabilmente per la diffusione di tali abitudini.

E' necessario favorire lo sviluppo di comportamenti virtuosi attraverso l'adozione di iniziative ed interventi di provata efficacia.

144. LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE IN TOSCANA NELLE CATEGORIE A RISCHIO: RISULTATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI IN RIFERIMENTO ALLA CAMPAGNA 2007-2008

Garofalo G.[^], Mazzoli F.^{**}, Fiumalbi C.^{^^}, Bartolini D.^{^^}, Mannocci F.^{*}, Allodi G.^{*}, Cappelletti A.^{^^}, Carucci E.^{*}, Cecconi R.[^]

[^] *Coordinamento regionale PASSI – Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze*

^{**} *Coordinamento regionale PASSI – Dipartimento di Prevenzione ASL 3 Pistoia*

^{^^} *Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze*

^{*} *Scuola di specializzazione Igiene e Sanità Pubblica – Università degli Studi di Firenze*

Introduzione. L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica: la vaccinazione antinfluenzale è il mezzo più efficace per prevenire la malattia ed è fortemente raccomandata ai soggetti a rischio (persone affette da malattie croniche, ultrasessantatenni). La copertura vaccinale per gli anziani è prodotta annualmente dal Ministero, tramite le Regioni. Non sono invece disponibili valori di copertura esaustivi per gli adulti di età 18-64 anni portatori di fattori di rischio. A tale riguardo il sistema di sorveglianza PASSI fornisce un utile contributo, permettendo di stimare la prevalenza di adulti portatori di patologie a rischio che hanno ricevuto la vaccinazione nei 12 mesi precedenti l'indagine.

Obiettivi. Stimare, nella popolazione toscana di età 18-64 anni con almeno una patologia cronica, la prevalenza delle persone che hanno ricevuto il vaccino antinfluenzale nella campagna vaccinale 2007-2008.

Metodi. Dati provenienti dal sistema di sorveglianza PASSI, rilevati mediante interviste telefoniche su un campione casuale stratificato di residenti in Toscana di età 18-64 anni, nel periodo gennaio-marzo 2008, per un totale di 1090 soggetti intervistati.

Risultati. Circa il 70% delle persone che si sono vaccinate contro l'influenza ha dichiarato di averlo fatto durante il mese di novembre; una proporzione minore si è vaccinata a ottobre (16%) e a dicembre (6%) ed una minima quota ha dichiarato di essersi vaccinata a gennaio.

Copertura vaccinale. Durante la campagna antinfluenzale 2007-2008, il 10,5% (IC 95% 8,6-12,3) della popolazione di età 18-64 anni ha dichiarato di essersi vaccinato per l'influenza: tra i portatori di almeno una patologia cronica, il 29,4% (IC 95% 21,9-36,9) ha dichiarato di essersi vaccinato. L'analisi mediante un modello logistico conferma che sono soprattutto le persone di età compresa tra i 35 ed i 64 anni e quelle affette da almeno una patologia cronica che si sottopongono alla vaccinazione. Non emergono differenze di rilievo legate al sesso, al livello d'istruzione ed alle condizioni economiche. La copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia diagnosticata: basse coperture tra gli ammalati di diabete (26,4%) e di tumore (28,2%), più elevati i valori tra le persone affette da patologie respiratorie croniche (35,4%) e da malattie cardiovascolari (41,5%).

Conclusioni. In Regione Toscana la copertura antinfluenzale tra le persone con meno di 65 anni affette da patologie croniche risulta essere ancora largamente insufficiente rispetto all'obiettivo minimo desiderabile fissato dal Ministero (75%): meno di una persona su tre risulta vaccinata in questo sottogruppo a rischio.

Passi evidenzia capacità di monitorare tempestivamente l'adesione ai programmi vaccinali, contribuendo alla valutazione di efficacia degli stessi.

145. P. LA PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE NELLE SCUOLE

Gigantesco A., Palumbo G., Mirabella F., Del Re D.

Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Reparto Salute Mentale

Introduzione. Sono molte le evidenze disponibili sulla efficacia di interventi di promozione della salute mentale nelle scuole e sul fatto che sia meglio rivolgere gli interventi preventivi ai fattori comuni sottostanti ai diversi comportamenti a rischio e disadattivi. Alla fine del 2006, il Reparto di Salute Mentale ha ottenuto un finanziamento dal Ministero della Salute per valutare la fattibilità e l'efficacia di un Programma di Promozione della Salute Mentale nelle Scuole.

Obiettivi. Messa a punto di un intervento basato su un manuale per la promozione della salute mentale rivolto agli studenti e applicazione sperimentale dello strumento in un piccolo campione di scuole.

Metodi. Il programma è stato indirizzato a giovani adolescenti (14-16 anni) con l'obiettivo di promuovere le competenze sociali, l'autoefficacia e l'assertività. Per la messa a punto del manuale si è tenuto conto, anche se in modo non esclusivo, degli approcci suggeriti da Di Pietro (Russell e Di Pietro, 2005; Di Pietro, 1998), della terapia del benessere sviluppata da Fava (Fava e Ruini, 2003) e dell'approccio psicoeducativo sviluppato da Falloon (I. Falloon, 2000).

Risultati. Nel biennio 2007-2009 hanno aderito al programma 12 classi di 9 differenti scuole per complessivi 246 studenti. Le classi che hanno trattato almeno la metà delle unità operative previste dal manuale sono state 6 di 6 differenti scuole per complessivi 114 studenti. Gli incontri hanno avuto durata di circa un'ora ciascuno in tutte le classi. I conduttori sono stati 6 psicologi e 2 studenti universitari. Alla fine di ogni capitolo gli studenti hanno compilato una scheda per valutare anonimamente il gradimento e l'utilità del capitolo stesso (la scheda è composta da 2 item con una scala di risposta a 5 livelli: da 1= pochissimo a 5=moltissimo). I valori medi di gradimento variano da 2.4 a 4.1. I giudizi di utilità da 2.8 a 4.3.

Conclusioni. I risultati mostrano che gli studenti hanno trovato il programma utile e gradevole e che potrebbe avere effetti positivi per aumentare le abilità sociali e competenze degli adolescenti e in generale il benessere. I commenti degli studenti e dei conduttori sono stati utilizzati per revisionare il manuale.

E' in preparazione uno studio di valutazione di efficacia del programma con l'uso del manuale nella sua versione definitiva.

Bibliografia

- Di Pietro M. (1998). L'ABC delle mie emozioni: corso di alfabetizzazione socio-affettiva. Trento: Erickson
- Falloon I (2000). Trattamento integrato per la salute mentale: guida pratica per operatori ed utenti. Due volumi. Salerno: Ecomind
- Fava GA, Ruini C (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 34:45-63
- Russell R, Di Pietro M (2005). Positiva-mente. Trento: Erickson

146. UN PERCORSO PER IL MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE

Gismondi M., Granito C., Guarino T., Iuliano L.
Distretto Sanitario 65 (Battipaglia) - ASL Salerno (ex ASL SA2)

Introduzione. La valutazione continua delle attività rappresenta una valida metodologia dei progetti di educazione alla salute, sia per verificare il raggiungimento dei risultati e, quindi, la loro efficacia, che per ridisegnare opportunamente gli interventi, evitando l'autoreferenzialità.

Obiettivo. Scopo del nostro lavoro è stato quello di attivare un processo di monitoraggio delle attività svolte nell'ambito dell'educazione alla salute per garantire un percorso di miglioramento continuo della qualità degli interventi.

Metodi: 1) organizzazione di un gruppo di lavoro interdisciplinare di educazione alla salute coordinato dal Direttore Sanitario Responsabile del Distretto; 2) elaborazione del percorso formativo e formulazione di un questionario di valutazione; 3) accordo con i referenti scolastici di educazione alla salute delle scuole elementari, medie inferiori e medie superiori del Comune di Battipaglia; 4) attivazione degli interventi educativi; 5) somministrazione dei questionari di valutazione; 6) elaborazione dati con Microsoft Excel; 7) valutazione condivisa dei risultati; 8) rimodulazione organizzativa.

Risultati. I questionari somministrati nella prima fase sono stati 296. Il 67% degli interventi hanno riguardato l'alimentazione, il 29% le dipendenze, il 4% il pronto soccorso. Delle tematiche trattate, quella del pronto soccorso, in una scala di valori da 1 a 5, è stata percepita come più utile (4,9), seguita dall'alimentazione (4,7), e, quindi, dalle dipendenze (4,3). Il 74,3% degli studenti ha risposto di non aver riscontrato alcuna difficoltà nel seguire l'intervento; per quanto riguarda gli eventuali suggerimenti, il 34% ha chiesto una maggiore interattività degli interventi.

Conclusioni. L'adozione e l'attivazione di un processo di valutazione delle attività di educazione alla salute evitano l'utilizzo di schemi discrezionali ed autoreferenziali e sostengono il ciclo di miglioramento continuo della qualità degli interventi. Il percorso, infatti, ha consentito di individuare le prime azioni mirate, da sviluppare nel successivo anno scolastico: 1) potenziare gli incontri educativi sulle tematiche di pronto soccorso, che hanno ottenuto il valore più alto in quanto a percezione di utilità; 2) ridisegnare il momento interattivo con l'applicazione della tecnica "circle-time"; 3) utilizzare kit didattici (lucidi e schede informative) e materiale audiovisivo (CD-DVD-video-cassette, filmati e diapositive). Non ultimo, si è registrato un radicale cambiamento dei comportamenti degli operatori, sia in termini di consapevolezza della valenza di tali attività, che di dinamiche relazionali del gruppo di lavoro.

147. P. LA VALUTAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI DEI COORDINATORI AZIENDALI PASSI DELLA REGIONE LAZIO

Lancia A.^o, Iacovacci S.[^], Trinito M.O.*

^o UOC SISIP ASL RMC

[^] Dipartimento di Prevenzione ASL Latina, * Dipartimento di Prevenzione ASL RMC

Introduzione. La formazione degli operatori sanitari è un importante pilastro del sistema di sorveglianza PASSI. E' un percorso di crescita culturale che ha avuto il suo inizio con la formazione per l'avvio, gestita con modalità a cascata dal gruppo tecnico ISS, ma che deve necessariamente proseguire adeguandosi alle esigenze locali.

Obiettivi. Definire profilo e bisogni formativi dei Coordinatori PASSI nelle Asl del Lazio.

Metodi. Lo strumento di valutazione dei bisogni formativi è rappresentato da un questionario autocompilato a risposte multiple, aperte e semiaperte composto da quattro sezioni: dati anagrafici, prerequisiti, bisogni formativi e logistica nell'organizzazione della formazione. Il questionario è stato distribuito nell'ambito di un incontro di aggiornamento del gruppo di lavoro regionale in forma non anonima. I dati raccolti sono stati informatizzati con Excel ed analizzati con Epi Info.

Risultati. I questionari sono stati compilati nel 100% dei casi. Il nostro campione di coordinatori e vice-coordinatori aziendali PASSI è costituito esclusivamente da medici: 11 femmine e 4 maschi provenienti da 10 ASL della Regione Lazio. L'età media è particolarmente alta 48.8 anni compiuti (range 40-57) in linea con il livello di invecchiamento dei dirigenti ASL. I nostri medici sono quasi tutti specialisti (93%). Nel 73% dei casi (11/15) si tratta di specializzazioni attinenti all'area della sanità pubblica: igiene e medicina preventiva e statistica sanitaria. Il 73% ha seguito un Corso di formazione nell'ultimo anno attinente all'area della sanità pubblica. Quasi la metà (46%) dei coordinatori e vice-coordinatori valuta sufficiente la formazione in base al ruolo ed al lavoro che è richiesto dalla gestione del sistema PASSI a livello aziendale e non individua quindi alcun bisogno formativo. L'altra metà degli operatori (54%) ha individuato invece un bisogno formativo nelle seguenti aree: progettazione in sanità pubblica, pianificazione, gestione e valutazione del progetto, utilizzo dei software statistici per il lavoro sul campo in ambito epidemiologico. Il 78% preferisce che i Corsi di formazione coinvolgano intervistatori e coordinatori insieme ritenendo quindi più utile non separare le occasioni formative per i diversi attori del PASSI.

Conclusioni. Il questionario somministrato si è dimostrato un buon strumento per la valutazione dei bisogni formativi. Le indicazioni più importanti per la programmazione della formazione PASSI per l'anno 2009 sono state:

1. Formazione su analisi ed interpretazione dei dati (utilizzo dei software compreso) e sulla progettazione in sanità pubblica;
2. formazione a livello regionale per un target misto (intervistatori e coordinatori insieme);
3. incremento del lavoro in piccoli gruppi interaziendali su problematiche specifiche affrontate dal PASSI;
4. organizzare incontri formativi con sede a Roma in orario antimeridiano.

Ringraziamenti: si ringrazia l'infermiera professionale Anna Fabi per l'informatizzazione dei dati.

148. ESPERIENZA DI UN PERCORSO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE PER GENITORI E BAMBINI DAI 9 AI 12 MESI DI ETÀ

Letizia S., D'Avino A., Scarlata S., Cimmino A., Paino R., Sperandeo R.
A.S.L. Napoli 1 Centro U.O.M.I., Distretto di Portici

Scopo dello studio. Lo scopo del lavoro è stato quello di sperimentare un percorso preventivo finalizzato a :

- sostenere una “cultura dello sviluppo“ del bambino, aprendo una finestra di conoscenza sullo sviluppo comunicativo-linguistico del bambino da 0 a 12 mesi di età
- ricercare indicatori clinici che possano guidare operatori di primo livello all'identificazione precoce di un problema, secondo un'ottica “Problem Oriented“
- creare una griglia di Osservazione logopedica dello sviluppo Pre-Linguistico (OPL) articolata in quattro aree: pragmatica, gesti e routines, comprensione del linguaggio e produzione del linguaggio.

Materiali e metodi. Il progetto è stato realizzato all'interno della U.O.M.I., Consultorio Familiare, Servizio NPI 0-3 anni, del Distretto di Portici, A.S.L. Napoli 1 Centro.

Il reclutamento dei bambini è avvenuto attraverso il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta del territorio, con incontri per gruppi di Genitori – Bambini dai 9 ai 12 mesi di età. I bambini partecipanti allo studio erano esenti da patologie dello sviluppo alla nascita; sono stati esclusi i nati pre -termine.

È stato utilizzato il seguente protocollo di valutazione:

1. questionario MacArthur “Il primo Vocabolario del Bambino: gesti e parole”
2. seduta di osservazione videoregistrata
3. compilazione della griglia di Osservazione Pre Linguistica definita rispetto ai criteri di valutazione dei segni clinici osservati e standardizzata sulle logopediste che hanno effettuato le valutazioni. Il livello di concordanza tra le valutatrici è risultato sempre adeguato ($K > 0,80$).

Risultati. Sono stati esaminati 22 soggetti di età compresa tra 9 e 12 mesi. Dai dati analizzati è emerso che il campione in esame è caratterizzato da un basso livello di produzione pre linguistica e in modo più evidente, da un basso livello di babbling. Questo dato, rilevato con la griglia OPL, è coerente con i valori emersi al questionario PVB (babbling canonico RHO di Spearman = 0,57, babbling variato RHO Spearman = 0,63).

Conclusioni. Tale esperienza evidenzia l'utilità di focalizzare l'interesse per questa fascia di età fondamentale per il successivo sviluppo comunicativo- linguistico.

149. P. LA VACCINAZIONE ANTIROSOLIA E LO STATO DI SUSCETTIBILITÀ ALL'INFEZIONE RUBEOLICA DELLE DONNE IN ETÀ FERTILE (18-49 ANNI): I DATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI IN TOSCANA NEL 2008

Mazzoli F.**, Garofalo G.^, Fiumalbi C.^, Bartolini D.^, Mannocci F.*, Cappelletti A.^, Carucci E.*, Cecconi R.^

^ *Coordinamento regionale PASSI – Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze*

** *Coordinamento regionale PASSI – Dipartimento di Prevenzione ASL 3 Pistoia*

^ *Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze*

* *Scuola di specializzazione Igiene e Sanità Pubblica – Università degli Studi di Firenze*

Introduzione.

La rosolia, malattia benigna dell'età infantile, se contratta in gravidanza, può causare aborti spontanei, feti nati morti o affetti da gravi malformazioni.

Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza. La strategia più efficace per raggiungere questo obiettivo prevede di vaccinare tutti i bambini al secondo anno di età e le donne in età fertile (18-49 anni) ancora suscettibili in modo da rendere immuni alla malattia più del 95% delle donne in età fertile.

Obiettivi:

- Stimare la prevalenza di donne di 18–49 anni che sono state vaccinate contro la rosolia
- stimare la prevalenza di donne di 18–49 anni suscettibili all'infezione da virus della rosolia

Metodi:

- Dati provenienti dal Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), rilevati mediante interviste telefoniche su un campione casuale stratificato di residenti di età 18-69 anni, iscritti all'anagrafe sanitaria.
- I risultati si riferiscono a 1042 donne di età 18-49 anni intervistate in Toscana nell'anno 2008.

Risultati:

- Il 63% è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (36%) o per copertura naturale, confermata attraverso il rubeotest (27%).
- L'analisi mediante un modello logistico evidenzia che la pratica della vaccinazione anti-rosolia è risultata più frequente nelle donne giovani di età compresa tra i 25 ed i 49 anni, nelle donne con elevato livello di istruzione e senza difficoltà economiche.
- Considerando presuntivamente come negativo lo stato immunitario “non conosciuto” (il 31,5% delle donne intervistate non ha effettuato il rubeotest mentre il 2,53% non ne ricorda l'esito), lo stato di suscettibilità (certa + presunta) si attesta, per le donne toscane, sul valore del 36% (IC 33,0-39,2).
- Lo stato di suscettibilità (certa + presunta) varia nelle diverse ASL: dal 23,8% della ASL 9 di Grosseto al 47% della ASL 7 di Siena.

Conclusioni:

- La percentuale di donne in età fertile, che sono - certamente o presuntivamente - suscettibili alla rosolia è risultata ancora molto alta.
- Per raggiungere l'obiettivo di eliminazione della rosolia congenita, è necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato all'identificazione sistematica e all'immunizzazione delle donne suscettibili prevedendo il coinvolgimento di varie figure professionali (medici di famiglia, pediatri, ginecologi, ostetriche, laboratoristi).

150. IL RUOLO DEGLI OPERATORI SANITARI NELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE: L'ESPERIENZA DELLA SORVEGLIANZA P.A.S.S.I. NELLE ASL TORINO1-4

Meda M., Modolo G., Vizzani G., Malaspina S., Calamia A., Capocefalo R., Ciquera A.M., Corvasce A., Costa R., Cuccia R., Fracchia P., Strippoli A., Villani C., Vurchio R.

Dipartimento di Prevenzione ASL TO1

Le malattie cardiovascolari riconoscono un'eziologia multifattoriale: più fattori di rischio contribuiscono contemporaneamente al loro sviluppo.

Tra i fattori chiamati in causa "età, sesso, familiarità, ipertensione, fumo, diabete, obesità e ipercolesterolemia" alcuni sono modificabili attraverso cambiamenti dello stile di vita o mediante assunzione di farmaci. La malattia cardiovascolare è oggi prevenibile essendo stata dimostrata reversibilità del rischio.

Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie e indagare gli stili di vita consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati sulle categorie a rischio onde ridurre l'impatto sfavorevole dei predetti fattori sulla loro salute.

Le informazioni relative ad alcuni fattori di rischio cardiovascolare sono distribuite in diverse sezioni del questionario PASSI. Agli 896 torinesi, intervistati nei primi otto mesi di studio (giugno 2007-marzo 2008), sono state rivolte domande volte ad indagare la presenza di ipertensione, obesità, colesterolemia e abitudine al fumo. Inoltre, è stato indagato l'intervento dei MMG per il controllo di questi fattori di rischio.

La misurazione della pressione arteriosa è una pratica diffusa: 8 intervistati su 10 riferiscono di averla effettuata negli ultimi due anni e una piccola quota (6%) oltre due anni prima. Complessivamente, un terzo di essi è risultato iperteso ed è in trattamento farmacologico il 70%. Indipendentemente dal trattamento farmacologico, i soggetti ipertesi hanno ricevuto dal proprio MMG il consiglio di ridurre il consumo di sale (circa 80% dei casi), ridurre o mantenere il peso corporeo e svolgere una regolare attività fisica (circa 70% dei casi).

La misurazione della colesterolemia è stata effettuata dal 70% degli intervistati e un terzo di essi riferisce valori elevati di colesterolemia ed è in trattamento farmacologico. Otto intervistati su dieci con problemi di ipercolesterolemia hanno ricevuto dal proprio MMG il consiglio di ridurre il consumo di carne, mangiare più frutta e verdura e fare attività fisica. Dalla sezione del questionario che indaga la situazione nutrizionale e il BMI emerge che il 40% degli intervistati è in eccesso ponderale e che il 9% di essi risulta francamente obeso. Tuttavia, una discreta quota dei sovrappeso (30%) considera il proprio peso più o meno giusto e la propria alimentazione adeguata. Circa metà dei sovrappeso e l'80% degli obesi ha ricevuto dal medico il consiglio di ridurre il proprio peso e fare attività fisica. Il consiglio di ridurre il peso è stato seguito da un quarto delle persone cui è stato consigliato. L'abitudine al fumo interessa il 30% degli intervistati; questa abitudine interessa maggiormente i maschi e i soggetti giovani. Sei fumatori su dieci riferiscono che il medico si è informato sulla abitudine al fumo e la metà ha ricevuto il consiglio di smettere. Fumatori ed ex fumatori hanno smesso o cercato di smettere di fumare da soli.

Dalla sorveglianza PASSI emerge un buon grado di attenzione e interesse dei MMG nei confronti dei principali fattori di rischio per l'instaurarsi di patologie cardiovascolari. Mentre si può affermare che il medico raccoglie dal paziente l'informazione e la traduce in consiglio (in percentuale significativa per ciascuno dei fattori di rischio), permane ancora la difficoltà a tradurre il consiglio in cambiamento dello stile di vita. In questa direzione dovrà essere rivolta l'attenzione dei programmi di prevenzione delle patologie cardiovascolari.

151. RILEVAZIONE E ANALISI DEI TEMPI E DEI COSTI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI IN UN'AZIENDA ULSS DEL VENETO

Michieletto F.*, Milani S.**, Blengio G.***

* *Servizio Sanità Pubblica e Screening, Direzione Prevenzione, Regione Veneto*

** *Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 13 Mirano*

*** *Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 22 Bussolengo*

Introduzione. Nel Veneto 18 Aziende ULSS su 21 partecipano alla sorveglianza PASSI: in alcune aziende il regolare funzionamento della sorveglianza è reso difficoltoso dalla scarsità numerica e dal frequente ricambio gli intervistatori; tre aziende non aderiscono per mancanza di personale.

Obiettivi:

- Stimare il tempo dedicato dagli intervistatori e dai coordinatori aziendali per il funzionamento del sistema di sorveglianza PASSI in tutte le sue fasi: formazione continua del personale, campionamento, stesura del rapporto aziendale, attività di comunicazione.
- Individuare le condizioni necessarie affinché il sistema funzioni con continuità.

Materiali e metodi. Si sono calcolati i costi della sorveglianza PASSI in una Azienda ULSS in cui sono eseguite 275 interviste all'anno da parte di cinque intervistatrici. Per stimare il costo orario del personale impegnato nell'attività di sorveglianza si è fatto riferimento allo stipendio lordo mensile comprensivo di tredicesima mensilità, senza oneri aggiuntivi, di un medico e di un'assistente sanitaria neo assunti. Si sono calcolati i tempi di esecuzione delle varie attività di sorveglianza a regime con personale formato e con conoscenze medie dei programmi informatici (EPI-INFO e EXCEL). Presupponendo che la formazione continua del personale è necessaria per collegare la sorveglianza alle azioni di prevenzione e sanità pubblica, si è previsto che il personale impegnato in PASSI partecipi per tre giorni lavorativi all'anno a corsi di formazione. Si sono calcolati, inoltre i tempi e i costi delle attività di comunicazione dei risultati, assumendo che per ogni ora di attività frontale siano necessarie due ore per la preparazione dei materiali.

Risultati. La sorveglianza PASSI condotta da personale formato e già in possesso di buone nozioni di base, specifiche della figura professionale, ha un costo minimo di circa 16.000 € all'anno, i costi sono legati soprattutto all'impegno orario del personale per le attività di formazione, campionamento, intervista e comunicazione dei risultati. Le spese vive per l'invio delle lettere, le telefonate, le missioni del personale, la stampa e la spedizione dei rapporti aziendali assommano a circa 4000 € all'anno, cioè al 25% delle spese. Si è stimato che i costi per la formazione del personale pesino per il 27% sui costi dell'attività annuale.

Conclusioni. La sostenibilità nel tempo del sistema di sorveglianza PASSI è legata essenzialmente alla presenza di personale con ore dedicate all'attività di sorveglianza al fine di assicurare lo svolgimento di tutte le attività previste dal protocollo. La formazione continua del personale pesa per più di un quarto sui costi del sistema, ma oltre ad una garanzia di qualità costituisce la premessa affinché la sorveglianza abbia avere delle ricadute in azioni di prevenzione.

152. P. VACCINAZIONI ANTIROSOLIA NELLE DONNE IN ETÀ FERTILE: RISULTATI PASSI E DATI DELL'ANAGRAFE VACCINALE A CONFRONTO, L'ESPERIENZA DELL'AULSS 13 DEL VENETO

Milani S. *, Dal Pra A. *, Boin F. **

* Dipartimento di Prevenzione Azienda ULSS 13 Mirano

** Servizio igiene e Sanità Pubblica Azienda ULSS 13 Mirano

Introduzione. Nel 2008 dopo la conclusione del Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita sono stati segnalati nel Veneto 8 casi di rosolia in donne in gravidanza (età 21-38 anni): 5 italiane e 3 straniere. Nessuna era stata vaccinata. Due hanno interrotto la gravidanza.

I dati regionali e aziendali PASSI relativi alla copertura vaccinale contro la rosolia delle donne adulte hanno suscitato la reazione critica e l'incredulità degli operatori sanitari dei servizi di vaccinazione, in quanto la percezione era di una maggiore copertura vaccinale rispetto a quanto riferito dal campione di donne intervistate.

Obiettivi. Verificare attraverso il registro informatizzato delle vaccinazioni la copertura vaccinale contro la rosolia delle donne adulte presenti nell'AULSS 13.

Confrontare i risultati ottenuti con i dati della sorveglianza aziendale PASSI 2007-2008.

Materiali e metodi. Si è scelto di compiere la valutazione nell'AULSS 13 per i seguenti motivi:

- i Servizi di Igiene vaccinano le bambine in età prepubere dalla fine degli anni 70 con chiamata attiva;
- l'Anagrafe Vaccinale Informatizzata (AVI) esiste dalla metà degli anni ottanta.

La popolazione in studio è costituita dalle coorti di donne dal 1990 al 1972, iscritte all'Anagrafe Sanitaria dell'AULSS 13 alla data dell'estrazione. Il Centro Elaborazione Dati dell'AULSS 13 ha fornito l'elenco delle donne che avevano avuto almeno una vaccinazione antirosolia o antimorbillo-rosolia o antimorbillo-parotite-rosolia.

Si sono calcolate le coperture vaccinali per gruppi di età, per coorte di nascita e per comune di residenza e si sono confrontate con i dati riferiti dalle donne intervistate con la sorveglianza PASSI.

Risultati. Le coperture vaccinali antirosolia delle donne dai 18 ai 49 anni, calcolate dall'AVI, sono risultate più basse (37%) rispetto a quanto dichiarato dalle donne intervistate con PASSI (52%). Il divario tra coperture vaccinali ricavate PASSI e calcolate con l'AVI aumenta con l'età: 69% vs 64% dai 18 ai 24 anni, 66% vs 55% dai 25 ai 34 anni e 42% vs 21% dai 35 ai 49 anni.

Conclusioni. I risultati di PASSI sulla vaccinazione antirosolia hanno stimolato la discussione tra gli operatori e la verifica dei risultati ricorrendo ad altre fonti aziendali.

Il lavoro è stato utile ad evidenziare come in un'area in cui l'offerta e la possibilità di accesso ai servizi sanitari è storicamente elevata la percezione degli operatori sui risultati ottenuti possa essere diversa dalla realtà. Il lavoro ha costituito lo stimolo per modificare alcune procedure operative al fine di migliorare l'immunizzazione contro la rosolia nelle donne in età fertile.

153. P. LETTURA DEI DATI CEDAP: PARTI E NUOVI NATI NELLA ZONA TERRITORIALE 7 DI ANCONA - ANNO 2007

Morbidoni M., Ambrogiani E., Civerchia M., Luconi D., Guidi A.
Unità Operativa di Epidemiologia, Zona Territoriale 7, Ancona

Introduzione. La compilazione del “Certificato Di Assistenza Al Parto” (CedAP) garantisce un monitoraggio delle nascite per gli aspetti sanitari e demografici fornendo un ampio quadro informativo sui genitori, sulla gravidanza, sul parto e sul neonato.

Obiettivo. Il CedAP è uno strumento che permette di identificare le condizioni socio-economiche e i bisogni delle utenze, individuare le criticità nel percorso d’assistenza alla gravidanza e al parto, effettuare analisi comparate tra diverse strutture assistenziali, verificare nel tempo l’implementazione di linee guida e monitorare il conseguente cambiamento nelle pratiche assistenziali.

Materiali e metodi. Lo studio dei parti effettuati dalle donne residenti nella ZT7 nell’anno 2007 ha interessato 2208 schede Cedap analizzate attraverso il software Epiinfo.

Risultati. L’età media delle italiane al momento del parto è di 32,22 anni (D.S.+ 4,92), la mediana e la moda 32, il range è 16-48 anni; per le straniere invece l’età media è di 28,72 anni (D.S.+ 5,70), la mediana 29 e la moda 27, il range è 16-43 anni. La differenza fra le medie osservate è statisticamente significativa ($p < 0,05$). La prima visita si effettua in tempi molto diversi; si va da un minimo di pochi giorni ad un massimo di 35 settimane (a ridosso del parto?!) con una media della 7° settimana, moda e mediana 8° settimana. In ogni modo il 98,2% delle visite avviene prima della 12° settimana. L’1,3% delle donne italiane la esegue oltre la 12° settimana, mentre le donne straniere sono il 4,6% evidenziando l’esistenza di una correlazione significativa con la cittadinanza ($p < 0,05$). E’ evidente il ricorso alla medicalizzazione della gravidanza: in Italia nel 2005, sono state effettuate in media 4,3 ecografie per gravidanza; nella ZT7 circa il 77% delle donne ne ha effettuate più di 3, mediamente sono state 4,8 con una moda di 4 ed un range che va da 0 a 20. Sempre a livello nazionale in circa l’83% delle gravidanze (anno 2005) sono state effettuate oltre 4 visite di controllo, dato confermato anche dai parti effettuati nella ZT7 in cui il 91,3% delle donne ha effettuato più di 4 visite, nonostante il decorso della gravidanza fosse nel 93,8% fisiologico e soltanto nel 5% dei casi patologico. Il 38,1% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, il 26,9% con TC d’elezione e gli altri in travaglio.

Conclusioni. La corretta raccolta di dati relativi all’assistenza al parto consente un’analisi esaustiva delle gravidanze, dei parti e dei neonati. Purtroppo per avere un quadro valido degli eventi sopra descritti occorre che i dati raccolti siano di ottima qualità e completi; infine si presentano ancora troppi campi ‘missing’. In ogni modo dall’analisi effettuata, risulta che il dato sui TC è in linea con quello nazionale, che più donne (rispetto al dato nazionale) effettuano 3 visite e più durante la gravidanza, molte di più (94,5% vs 83%) effettuano più di 4 visite, e che infine occorre lavorare molto per un miglioramento della qualità dei dati raccolti.

154. P. CARIE DENTARIA E MALOCCLUSIONI IN UNA POPOLAZIONE INFANTILE DELLA PROVINCIA DI ANCONA: EPIDEMIOLOGIA DEI FENOMENI A SUPPORTO DELLA PREVENZIONE

Morbidoni M.², Battistoni R.¹, Guidi A.², Ambrogiani E.²

1 (Distretto Centro, Specialistica Odontoiatrica, Zona Territoriale 7, Ancona); 2 (Unità Operativa di Epidemiologia, Zona Territoriale 7, Ancona)

Introduzione. La patologia cariosa è tra le più diffuse nel mondo, in particolare in età pediatrica. La prevalenza della carie non è uguale in tutti i Paesi e risulta più elevata in zone dove, alla malnutrizione, si associa la diffusione di cibi, bevande zuccherate e scarsa igiene e meno evidente in Paesi più avanzati come l'Italia.

Obiettivi. L'indagine ha lo scopo di fotografare la salute orale dei ragazzi visitati; stimolare l'adozione di corretti comportamenti, individuando possibili fattori di rischio e/o protettivi; informare genitori e insegnanti sull'importanza di una bocca priva di patologie sin da un'età precoce; verificare eventuali correlazioni tra i fattori analizzati; fornire dati epidemiologici per la programmazione dell'offerta di salute da parte del Servizio Pubblico.

Materiali e metodi. Lo studio ha riguardato 6223 bambini frequentanti la terza elementare in Ancona e nei Comuni limitrofi nei 4 anni scolastici (dal 2003 al 2006). Gli odontoiatri hanno registrato su una scheda l'esito delle visite ed i dati sono stati elaborati tramite Epi Info.

Risultati. Il 73,8% dei bambini è stato sottoposto a visita odontoiatrica. In media i bambini si lavano i denti 2,3 volte al giorno, lo 0,48% non se li lava mai e l'1,22% solo saltuariamente. Il 44% ha un sufficiente livello di igiene orale, ma ancora un terzo ha poca cura della pulizia. Quasi un terzo dei bambini (28,7%) è molto goloso di dolci. Poco effettuata la fluoroprofilassi, solo il 21% dei ragazzi riferisce di assumere o aver assunto compresse di fluoro o di essere stato sottoposto ad applicazioni topiche di fluoro. L'indice dmft/DMFT è la somma dei denti (t/T= teeth) cariati (d/D= decayed), mancanti /missing (m/M) e otturati (f/F= filled) riscontrati diviso il numero di bambini visitati. Negli anni scolastici in esame il DMF della ZT7 è 1,47. Il 31,2% è affetto da una malocclusione di vario tipo di cui il 7,8 % è già stato sottoposto a trattamento ortodontico. Molto frequente tra le anomalie è l'affollamento presente nel 21,9% dei soggetti con malocclusione. Si è dimostrata l'associazione molto significativa tra, scarsa/sufficiente igiene orale e presenza di carie ($p = 0,000$), carie e numero di lavaggi giornalieri ($RR = 1,35$). Non esiste invece un'associazione statisticamente significativa tra carie e il trattamento con fluoroprofilassi ($p=0,71$), mentre è molto vicina alla significatività l'associazione con l'affollamento. ($p=0,06$).

Discussione e conclusioni. Il DMF della ZT7 è 1,47 e si conferma un indicatore di salute orale molto buono, considerando che a livello Europeo, nella fascia d'età fino a 12 anni, questo è 1 in Finlandia e Olanda, 3 in Portogallo. Anche in questa realtà i dati confermano la diminuzione del fenomeno carie avvenuta in Italia. Questo è dovuto ad una serie di fattori tra i quali la migliorata informazione riguardo agli aspetti della corretta igiene orale, la prevenzione, la visita periodica dal dentista e un'alimentazione sana e variata.

155. LA COMUNITÀ ATTIVA: L'EDUCAZIONE TRA PARI

Nobile M.[°], Tartarone F.*, Galessi L.[^], Sciuto J.[^], Vitali J.***, Silvestri A.*

* *Servizio Medicina Preventiva di Comunità, ASL Milano*

[°] *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano*

*** *Corso di Laurea in Scienze Motorie, Università degli studi di Milano*

[^] *Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria, Università degli studi di Milano*

Introduzione. Il progetto si inserisce come modello sperimentale di progettazione partecipata nell'ambito del programma aziendale di prevenzione degli infortuni domestici "La Comunità Attiva" avviato nel territorio di uno dei sette Distretti Sociosanitari della ASL di Milano.

Obiettivi. La metodologia alla base dell'intervento è l'educazione tra pari in età avanzata, finalizzata alla riduzione del rischio domestico, attraverso l'ideazione, progettazione e realizzazione di almeno un intervento specifico di promozione della sicurezza domestica da parte degli anziani stessi.

Metodi. Gli anziani si sono autoselezionati durante alcuni incontri informativi sul progetto rivolti ai gruppi terza età delle parrocchie del distretto sociosanitario 4 di Milano. È seguito un corso di formazione del gruppo selezionato che tiene conto di alcune caratteristiche specifiche del progetto e dei partecipanti: assenza di preparazione professionale e specifica sulla relazione d'aiuto ed età anagrafica dei soggetti. La prima caratteristica comporta la necessità di impostare la formazione a partire dalle basi teoriche della comunicazione e del colloquio per permettere una corretta gestione della relazione d'aiuto; la seconda comporta la necessità di prestare attenzione alla metodologia del percorso formativo, in modo da poter prevedere momenti di esercitazione che supportino i partecipanti ad integrare le teorie di riferimento e gli strumenti operativi con le modalità relazionali, consolidate negli anni.

Risultati. È stato realizzato un corso di formazione nei primi mesi dell'anno, con incontri settimanali. Il corso è stato tenuto sul territorio per consentire una maggior partecipazione e per "legittimare" il ruolo dell'educatore pari nella propria realtà. Al corso hanno partecipato costantemente 17 persone e sono stati formati 17 educatori pari che, con la supervisione degli operatori ASL, hanno progettato in modo progressivo l'intervento di comunità. Per consentire loro di svolgere le attività previste in modo funzionale e consapevole, è previsto un percorso di accompagnamento durante il primo anno di attività sul territorio.

Conclusioni. L'attività di educazione tra pari appare efficace, ha determinato la creazione di un gruppo affiatato, che affronta il proprio compito in modo serio, potendo contare sul mutuo sostegno. Gli educatori hanno compreso il loro ruolo e la finalità dell'educazione tra pari, quale strumento di interscambio e di supporto all'informazione; sono stati in grado di effettuare un'analisi della propria realtà, di progettare tipologie di intervento differenti, e di realizzarle sul territorio.

156. UNITÀ DI STRADA BOB R.A.P. RAPIDITÀ ACCOGLIENZA PROFESSIONALITÀ

Pagano T.*, Vecchio S.*, Bellopede E.***, Garzillo T.***, gli operatori Unità di strada BoB-R.A.P

* *Dipartimento Farmacodipendenze Asl Napoli 1 Centro*; ** *Unità di Strada BoB-RAP*

Introduzione. L'Unità di Strada BoB R.A.P. della ASL Napoli 1 Centro, coordinata e supervisionata dal Dipartimento Farmacodipendenze è composta da una équipe di 20 Operatori dei Ser.T. cittadini spesso in integrata dal privato sociale.

Opera prevalentemente presso la stazione Centrale di Napoli dove si concentrano tossicodipendenti, multiproblematici.

Obiettivi:

-Intercettare soggetti che sfuggono ai servizi o che hanno una scarsa ritenzione in trattamento

-Modificare i comportamenti a rischio per la salute (prevenzione patologie infettive) per la socialità (prevenzione microcriminalità, attivazione reti socio-assistenziali).

Metodi:

- Divulgazione di informazioni corrette e pertinenti
- Promozione di pratiche di autoprotezione
- Mediazione dei rapporti tra utenti e servizi sociosanitari
- Osservazione delle tendenze dei consumi di sostanze e dei prezzi di mercato
- Rilevazione degli "effetti atipici" ed eventuale divulgazione mirata della necessità di maggiore attenzione e precauzione nei consumi.

Attività:

- Counseling e orientamento educativo e terapeutico
- Offerta attiva di materiali e informazioni dirette sui rischi e i modi per ridurli
- Mappatura ricorrente dei consumi, degli effetti e del mercato attraverso le informazioni attivamente raccolte dagli utenti
- Invio ai servizi e organizzazione dell'eventuale presa in carico.

Tipologia degli utenti (target):

- Tossicodipendenti di strada, italiani e stranieri con difficoltà di contatto con i servizi
- Consumatori saltuari "del sabato sera"
- Persone che praticano la prostituzione e loro clienti.

Risultati. Ogni sera si realizzano almeno 50 interventi mirati alla modificazione dei comportamenti a rischio, si distribuiscono 200 siringhe pulite, 100 fiale di acqua distillata, 10 o 20 dosi di narcan, 50 o 60 preservativi, condom o profilattici; si realizzano in media 10 incontri di counseling informali; si accompagnano soggetti in contatto alle strutture disponibili ad accoglierli (dormitori etc.); si creano contatti con i SerT e le altre strutture per una presa in carico a bassa soglia.

Conclusioni. Gli interventi di strada nella prospettiva della riduzione del danno e dei rischi intervengono anche nell'ambito degli obiettivi di promozione di stili di vita "sicuri" sul piano della salute che della integrazione sociale. Tali obiettivi interessano tutta la popolazione in quanto riguardano i comportamenti a rischio di importanti patologie infettive e fenomeni di rilevanza sociale.

157. MENO...PAUSA PIU' BEN...ESSERE: PROGETTO PILOTA DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE RIVOLTO ALLE DONNE IN PRE-MENOPAUSA

Palombi E., Glielmo N., Porrazzo D., Matarazzo A.A., De Cunto G., Milano L.
A.S.L. BN 1

Introduzione. La delibera GRC n° 2534 del 06/08/03 afferma che la “tutela della salute della donna è un impegno di valenza strategica per gli interventi di promozione della salute e del benessere psico-fisico della popolazione generale” e auspica una maggiore attenzione alla menopausa. La menopausa rappresenta un evento particolare nella vita della donna e generalmente, si manifesta tra i 45 e i 55 anni; accanto a modifiche dell’organismo, con aumento di grasso localizzato soprattutto all’addome, si possono determinare instabilità emotiva, irritabilità, stati depressivi. Ciò è determinato dal fatto che la menopausa viene spesso vissuta come un “lutto” e come tale faticosamente elaborata. Il SIAN dell’ASLBN1 e l’UOMI del Distretto BN2 hanno pensato, perciò, di attivare un intervento volto ad informare e sostenere le donne in premenopausa, per promuovere corretti stili di vita determinando un approccio più consapevole e positivo e una maggiore tolleranza della sintomatologia correlata.

Materiali e metodi. Il progetto è stato attivato nei Comuni di Pietrelcina (2 corsi), S. Angelo a Cupolo, Paduli, grazie alla collaborazione delle scuole e di associazioni locali. Le donne, tra i 45 e i 55 anni, individuate consultando le liste anagrafiche del Comune, hanno ricevuto la lettera invito dal Comune e dall’ASL, per partecipare al convegno sulla tutela della salute della donna, nel corso del quale è stato presentato il programma e sono state raccolte le iscrizioni al corso. Ci sono stati 4 incontri per ogni edizione, diretti a gruppi di circa 20 partecipanti, durante i quali sono stati trattati temi relativi alle problematiche della donna in menopausa, (modifiche dell’assetto ormonale, aspetti psicologici del periodo premenopausale, alimentazione della donna in menopausa, valutazione della ridistribuzione del grasso corporeo, patologie cronico-degenerative e loro prevenzione). Gli incontri sono stati condotti da medici e da uno psicologo. Sono state inoltre registrate in forma anonima le misure antropometriche, con relativa valutazione dei BMI, e comunicazione alle partecipanti delle percentuali di sovrappeso ed obesità. E’ stato distribuito materiale informativo relativo agli argomenti trattati (alimentazione e donne, carta del rischio cardiovascolare, DVD contenente un filmato sulla ginnastica adatta ad una donna in menopausa, opuscoli sull’osteoporosi).

Obiettivi. Miglioramento delle conoscenze. Aumento della consapevolezza sull’importanza di corretti stili di vita. Maggiore adesione da parte della popolazione contattata agli interventi di prevenzione secondaria.

Risultati. Dai BMI calcolati sui dati riferiti dalle partecipanti è risultato che il 42% è normopeso, 42% è in sovrappeso, il 15% è obeso e l’1% è sottopeso. Dal confronto tra le risposte ai test somministrati alle donne nel 1° e nel 4° incontro risulta un miglioramento delle conoscenze relativamente al rischio cardiovascolare e ai corretti stili di vita, sono da rivalutare le conoscenze in campo ginecologico. E’ stato somministrato un questionario di gradimento che ha dato risultati positivi, fra le altre risposte il 100% ha dichiarato che consiglierebbe ad altre donne questa esperienza.

Conclusioni. I risultati ottenuti ci incoraggiano a continuare il programma; ancora più gratificante, per gli operatori coinvolti, è il fatto che altri Comuni del territorio hanno mostrato grande interesse ad implementare questa attività.

158. IL CONTRIBUTO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI NELLA DESCRIZIONE DEL PROFILO DI SALUTE DELLA PROVINCIA DI SALERNO

Panico M.G.*, Ronga C.*, D'Anna A.*

**Servizio Epidemiologia Azienda Sanitaria Salerno ex ASL Sa2*

Introduzione. Nel giugno 2009, la Prefettura di Salerno ha chiesto all'Azienda Sanitaria Locale di fornire una valutazione epidemiologica dell'impatto della gestione dei rifiuti sulla salute della popolazione della Provincia di Salerno.

Per rispondere a tale richiesta istituzionale è stato elaborato un Rapporto sul Profilo di Salute della Provincia, utilizzando le fonti di informazione disponibili a livello locale.

Materiali e Metodi. Sono stati analizzati i dati dei flussi informativi sanitari correnti, in particolare quelli della mortalità, delle malattie infettive, del Registro Tumori Provinciale e del sistema di sorveglianza PASSI.

Per la descrizione del contesto socio economico sono state utilizzate le statistiche sulla popolazione dell'ISTAT, quelle del Servizio Statistico Regionale e il Rapporto sull'Economia Provinciale 2008 della Camera del Commercio di Salerno.

Risultati. Salerno è una Provincia con una popolazione tra le più anziane della Regione, dopo quelle di Benevento ed Avellino; con un basso tasso di natalità (9,3% nel 2008), un numero medio di componenti per famiglia attestatosi negli ultimi anni su un valore di 2,07, i cui cittadini vivono in condizioni sociali ed economiche meno vantaggiose rispetto ad altre province della regione (Napoli e Caserta). Riguardo ai principali fattori di rischio per la salute, dai dati del sistema di sorveglianza Passi 2007, è emerso che nelle tre ASL della Provincia più di quattro persone su dieci presentano eccesso ponderale, aggravato da uno stile di vita sedentario e da un'alimentazione carente nell'apporto giornaliero di frutta e verdura. L'abitudine al fumo interessa più del 30% della popolazione tra 18 e 69 anni di età; una persona su cinque, ha riferito di essere iperteso e analogamente di avere una condizione di ipercolesterolemia.

Tuttavia, la popolazione della provincia di Salerno si caratterizza per una elevata speranza di vita alla nascita: 83,8 anni femmine e 77,9 maschi al 2006, superiore a quella regionale e da una sensibile diminuzione dei tassi standardizzati di mortalità che, tra il periodo 1982-85 e 1998-01, si sono ridotti di circa un quarto. In particolare è stata osservata la progressiva diminuzione della mortalità per malattie del sistema circolatorio e una lieve tendenza all'aumento di quella per tumori, la cui incidenza, nel periodo 1997-2003, è rimasta stazionaria, con una tendenza alla diminuzione nelle donne. L'analisi delle notifiche delle malattie infettive, in costante diminuzione nel periodo 2000-2007, non ha evidenziato particolari rischi.

Conclusioni. Il sistema di sorveglianza Passi si è rivelato uno strumento semplice ed esaustivo per la descrizione di principali determinanti della salute di una popolazione.

159. P. UN LABORATORIO FIORENTINO SUGLI STILI DI VITA

Peracca L.*, Poli R.**

* *ASL 10 Firenze*

** *Società della Salute Firenze*

Introduzione. Per attuare in maniera condivisa e concertata gli interventi di prevenzione sui principali fattori di rischio legati alle malattie croniche e sulle "cause delle cause", la Società della salute di Firenze ha costituito un "Laboratorio sugli stili di vita sani" che, richiamandosi al progetto nazionale, ha come sottotitolo "Firenze guadagna salute".

Obiettivi. Si tratta di un laboratorio permanente di consultazione ed expertise qualificato, multi professionale e multidisciplinare, per la realizzazione condivisa di documenti, raccomandazioni e connesse iniziative ed azioni; tali iniziative, sollecitate dai risultati della ricerca e basate sull'evidenza scientifica, saranno volte a garantire la diffusione e l'adozione-implementazione di buone pratiche sui temi individuati: alimentazione corretta, lotta al tabagismo, lotta all'abuso di alcol, promozione dell'attività fisica, riduzione degli incidenti stradali.

I partecipanti. Società della Salute di Firenze e suoi componenti (Azienda Sanitaria di Firenze e Comune di Firenze), Università degli Studi di Firenze, Agenzia Regionale di Sanità, Istituto per la Prevenzione Oncologica, AOU Careggi, AOU Meyer, Direzione scolastica regionale e provinciale, Rappresentanti Medici Medicina Generale e Pediatri di libera scelta.

Metodi. Sono state elaborate delle schede di rilevazione e sono stati censiti i lavori di ricerca e gli interventi di promozione attuati negli ultimi 5 anni dai singoli aderenti, nell'ambito dei 5 fattori di rischio considerati per il territorio e la popolazione fiorentina.

Sono stati censiti :

67 interventi di promozione della salute, di cui 24 monotematici, cioè destinati specificatamente ad uno dei temi indicati e 31 pluritematici

35 ricerche o indagini, di cui 9 monotematiche e 24 pluritematiche

Successivamente sono state confrontate ricerche ed interventi nelle tre fasce di età della popolazione, definendo documenti condivisi tra tutti i partecipanti, con le principali criticità e punti di forza.

Conclusioni. E' emersa una urgente necessità di coordinamento tra tutti i soggetti che intervengono nella promozione della salute, al fine di costruire sinergie ed evitare dispersioni e duplicazioni; attraverso lo strumento del laboratorio la Società della Salute può garantire questo coordinamento; il Laboratorio costituirà un passaggio obbligato di informazione sui progetti esistenti e di validazione delle proposte, affinché gli interventi rispondano ai bisogni, alle specificità e siano valutabili.

I prossimi obiettivi del lavoro saranno

- favorire e valorizzare la motivazione degli operatori che lavorano nella prevenzione;
- promuovere sinergie fra gli operatori impegnati nei diversi progetti;
- favorire la continuità degli interventi reperendo risorse economiche sufficienti;
- promuovere anche i piccoli progetti che si dimostrano solidi;
- utilizzare e favorire la ricerca epidemiologica che aiuti a prendere decisioni in merito a scelte sulla salute.

160. EDUCAZIONE SESSUALE PER GLI ADOLESCENTI: RISULTATI DELLA RICOGNIZIONE NAZIONALE DEL CCM

Pilotto L.*, Carbone S.**, Castellani E.**

*Ufficio Progetto Città Sane – Comune di Udine – Friuli Venezia Giulia

**Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute, Azienda ULSS 20, Regione Veneto, Verona

Introduzione. Il progetto del CCM “Guadagnare salute negli adolescenti”, coordinato dal centro DoRS, prevedeva la raccolta a livello nazionale di progetti/interventi di promozione ed educazione alla salute per giovani tra gli 11 e i 24 anni, riguardanti alimentazione, attività fisica, dipendenze, incidenti stradali, salute mentale e salute sessuale.

Obiettivi:

- Raccolta dei progetti/interventi riguardanti l’educazione sessuale e le malattie sessualmente trasmesse attuati nella propria regione, da parte dei documentalisti delle 15 regioni partecipanti;
- Analisi dei progetti e catalogazione nella banca dati Pro.Sa (www.dors.it/prosa/).

Metodi. Progetti ed interventi sono stati raccolti ed inseriti nella banca dati, utilizzando una scheda on line appositamente creata. Da tale database sono stati estratti i dati utilizzati per effettuare le analisi dei progetti inerenti alla salute sessuale.

Risultati. L’analisi dei risultati indica che, dei 1575 progetti raccolti ad agosto 2008, il 15,5% (313) avevano come tematica la sessualità ed erano distribuiti geograficamente per il 51% al Nord, 21,5% al centro e 27,5% al Sud/Isole. La regione con il maggior numero di progetti per questo tema è l’Emilia Romagna (52) seguita dal Veneto (48) e dalla Sicilia (33). Il setting prevalente (possibile più di una risposta) è quello scolastico, 52%; seguono i servizi sanitari (28% circa) e la comunità in generale, i luoghi informali e del tempo libero, che assieme raggiungono circa il 41%. La fascia d’età 14-18 anni è il target preferenziale (77%), mentre il 35,8% dei progetti è diretto ai ragazzi tra gli 11 e 13 anni. Un target importante è anche costituito dagli operatori scolastici (55,6%); i genitori/famiglia sono considerati nel 32,6% dei progetti.

Conclusioni. Per quanto riguarda la numerosità dei progetti sulla tematica della salute sessuale, è opportuno chiarire che alcuni progetti così designati includevano la sessualità solo come uno dei diversi comportamenti a rischio alla cui prevenzione (o meglio sviluppo del benessere) era indirizzato il progetto.

Per quanto riguarda il setting in cui sono attuati i vari progetti, la scuola è quello di gran lunga preferito, probabilmente perché la collaborazione tra scuola e azienda sanitaria è ben radicata nelle diverse realtà territoriali.

Le modalità impiegate per affrontare questa tematica con i ragazzi tra 11 e 13 anni sono diverse da quelle proposte per i ragazzi più grandi: l’approccio alla sessualità per questo target è generalmente quello di una discussione sull’affettività e sui cambiamenti psicofisici legati all’adolescenza.

Appare auspicabile ridurre la distanza tra la percentuale di interventi realizzati nelle scuole e quelli realizzati nei Servizi sociosanitari, per favorire una migliore conoscenza dei Servizi da parte dei giovani, migliorando in tal modo anche l’accesso.

161. NATI PER LEGGERE IN ULSS 9: UNA COMUNITÀ IMPEGNATA A SOSTENERE LA LETTURA AD ALTA VOCE

Piovesan G., Gallo G.
Servizio Igiene e Sanità Pubblica – ULSS 9 - Treviso

Introduzione. La campagna Genitori Più si pone come obiettivo quello di sostenere le azioni per cui è stata dimostrata efficacia nella prevenzione delle principali cause di mortalità e morbosità nel primo anno di vita.

Una delle sette azioni è la promozione della lettura ad alta voce fatta da un adulto al bambino.

Questa azione migliora la relazione tra i bambini e genitori e favorisce lo sviluppo del linguaggio dei bambini, migliora la loro memoria e capacità di apprendimento.

Obiettivo. Promuovere la lettura ad alta voce come livello essenziale di assistenza ed aumentare il numero di famiglie che accedono alle Biblioteche attraverso un programma che si basa sull'alleanza tra operatori sanitari, amministratori e personale dei Comuni.

Metodi. Il progetto prevede di sviluppare azioni diverse che ripetono messaggi omogenei proposti più volte e da soggetti diversi: le ostetriche durante i corsi pre-parto e la visita domiciliare post-nascita; i servizi vaccinali alle vaccinazioni dei 5 mesi, 15 mesi e 6 anni; i pediatri durante i bilanci di salute.

Inoltre nei reparti pediatrici degli ospedali dell'ULSS9 è proposta la lettura durante la degenza con l'allestimento di librerie e la lettura ad alta voce da parte di volontari.

Al compimento del primo anno di vita il Comune invita il bambino a ritirare un libro in regalo presso la propria Biblioteca che viene così presentata.

Le Biblioteche predispongono uno spazio specifico per i bambini, conducono attività di promozione consolidate e sostengono la lettura all'interno delle scuole.

Corsi di formazione periodica sono tenuti per il personale sanitario, i bibliotecari, gli educatori degli asili e i genitori.

Si è creata inoltre una collaborazione tra ULSS 9 e Istituto Magistrale Statale di Treviso (formazione degli studenti con stage presso le biblioteche del proprio Comune).

Risultati. Dal 1 gennaio 2008 sono stati coinvolti nel territorio i 37 Comuni con le loro Biblioteche, i 18 Centri Vaccinali, i 50 Pediatri di Libera Scelta e i 2 reparti di Pediatria.

Il messaggio fino ad ora ha raggiunto nati nell'ulss 2008+1/2 2009 famiglie e (Nati 2008+2009)-nati tv bambini sono stati invitati in biblioteca.

Dopo il convegno iniziale (primavera 2007) si è tenuto un approfondimento (autunno 2007) utile per una reciproca conoscenza degli operatori e un ciclo di tre giornate (primavera 2008) esteso a tutte le tre ULSS della Provincia. Corsi di lettura per insegnanti e genitori sono stati organizzati a livello locale nelle Biblioteche.

Una trentina di studenti dell'Istituto Magistrale ha partecipato allo stage Nati per Leggere nelle Biblioteche.

Infine il progetto è stato riconosciuto dalla Regione Veneto che ha promosso il progetto attraverso un'apertura festiva straordinaria delle biblioteche e il Convegno in autunno 2008 a Verona.

Conclusioni. Nati per leggere si dimostra un progetto semplice ed efficace per costruire un modello di comunità che rappresenterà il futuro della prevenzione e che si basa sulle alleanze con altre istituzioni (comune, scuola, altri elementi della società). Si è creata infatti una rete tra diverse strutture in cui ciascuna aiuta l'altra a raggiungere il proprio obiettivo. Pur essendo diverse le azioni e le competenze degli operatori, i messaggi dati sono omogenei e arrivano in questo modo in maniera capillare alle famiglie dei bambini.

Causa P, Manetti S. Evidenze degli effetti della promozione della lettura nelle cure primarie Quaderni acp 2003; vol X n.6: 42-46

Causa P, La lettura ad alta voce, Medico e Bambino 2002,9 611-615

162. PREVENIRE GLI INCIDENTI DOMESTICI (BAMBINI 0-3 ANNI)

Romani G.*, Lazzarone E.*, Tomaciello M.G**, Calcagno L.**, Barbotto L.***

Dipartimento Materno Infantile ASL CNI Cuneo, ** Servizio Educazione Sanitaria ASL CNI Cuneo, * S.C. Pediatria ASO S.Croce e Carle Cuneo*

Istituzioni: ASL CN1, S.C. Pediatria -ASO S. Croce e Carle, Comune di Cuneo, Baby parking

Parola chiave: incidenti domestici, bambini, empowerment

Premessa: Gli incidenti domestici, prima causa di morte di bambini e adolescenti, sono un importante problema di sanità pubblica.

Il Servizio di Educazione alla Salute e il Dipartimento Materno Infantile dell'A.S.L. C.N.1, in collaborazione con il Reparto di Pediatria dell'A.S.O. S. Croce Carle, a seguito delle indicazioni della Regione Piemonte, ha promosso un progetto di prevenzione degli incidenti domestici in età pediatrica 0-3 anni. Il progetto prevede la sensibilizzazione e il coinvolgimento di agenzie formali ed informali che si occupano della cura del bambino e del suo ambiente di vita. Tale percorso è un'importante occasione di collaborazione fra servizi diversi all'interno di un progetto condiviso.

Obiettivi: Ridurre gli incidenti domestici con ricorso al Pronto Soccorso nei primi quattro anni di vita del bambino; Accrescere nei genitori e nelle figure tutoriali l'attenzione e la cura al bambino e al suo ambiente di vita; Accrescere attenzione e consapevolezza ai rischi dell'ambiente negli operatori dei Servizi che si occupano della cura del bambino.

Destinatari: genitori e figure tutoriali, operatori sanitari e sociali, operatori di baby parking e asili nido.

Attività: marzo/maggio 2008 creazione rete alleanze, costituzione gruppo di lavoro e progettazione interventi, attivazione di un sistema di rilevamento dati sugli incidenti domestici da parte della SC Pediatria ASO Santa Croce Carle; giugno 2008 presentazione del progetto agli operatori degli asili nido e baby parking; luglio 2008 formazione degli operatori e consegna questionari conoscenze da usare con i genitori (recuperati a settembre/ottobre); luglio/novembre 2008 progettazione congiunta degli interventi da attivare con i bambini; novembre/dicembre 2008 formazione rivolta ai genitori e figure tutoriali, questionario di gradimento finale, produzione di materiale didattico da utilizzare con i bambini; marzo 2009 consegna agli operatori del materiale educativo prodotto in forma plastificata, verifica del percorso fatto fino a quel momento, test di gradimento, attuazione degli interventi con i bambini.

Prevista una verifica alla fine del percorso (novembre 2009).

Piano di valutazione: n. di incontri tra operatori del Servizio e operatori dei baby parking e asili nido e n. partecipanti agli incontri, livello di gradimento rilevabile dal questionario di gradimento (almeno il 70% degli operatori esprima un buon livello di soddisfazione), n. incontri durante i corsi di accompagnamento alla nascita finalizzati alla sensibilizzazione delle gravide agli incidenti domestici, n. gruppi A.M.A, n. contatti con il Comune, materiale prodotto.

163. P. PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE PER GLI ADOLESCENTI: RISULTATI DELLA RICOGNIZIONE NAZIONALE DEL CCM

Silva A.*, D'Angelo D.**, Covri C., Montali F.***, De Nucci C.****

* *Educazione alla Salute / Epidemiologia Azienda Usl 11 – Empoli*; ** *Ce.S.D.A. Centro Studi, Ricerca e Documentazione su Dipendenze e AIDS, Toscana*; *** *Centro Documentazione Programma Aziendale Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Az. USL di Reggio Emilia*; **** *ASL Foggia I San Severo*

Introduzione. L'indagine “Guadagnare salute negli adolescenti” promossa dal CCM (Centro per il Controllo delle Malattie – Ministero della salute) e coordinata dal DORS (Centro di Documentazione e Promozione delle Salute – regione Piemonte) ha previsto la realizzazione di una ricognizione a livello nazionale delle attività di prevenzione e promozione della salute rivolte al mondo degli adolescenti e dei giovani, nella fascia di età compresa tra gli 11 e i 24 anni.

Un gruppo di ricercatori ha raccolto e documentato un numero rilevante di progetti, catalogati e descritti, secondo modalità e griglie definite, e successivamente inseriti nella banca dati PRO-SA (archivio delle attività riguardanti le azioni o progetti di promozione della salute nel target indicato), per essere disponibili in rete, a supporto del lavoro di prevenzione.

Il lavoro di individuazione e catalogazione è stato svolto prevalentemente da operatori dei Centri di Documentazione e di altri Servizi delle Aziende Sanitarie e da operatori delle Agenzie Regionali di Sanità.

Obiettivi. Il nostro gruppo “dipendenze”, costituito dalle regioni Toscana, Emilia Romagna e Puglia, si è occupato di lavorare sulla valutazione di tutti i progetti dell'area tematica “prevenzione delle dipendenze”.

Metodi. I progetti sulle “dipendenze”, catalogati secondo i criteri stabiliti con una scheda on-line, sono stati riportati su un archivio magnetico appositamente definito e costruito, in modo tale da estrarre dati salienti delle attività, renderli confrontabili tra loro e poter lavorare alla ricerca di indicatori di qualità.

Alla fine dell'introduzione dei 115 progetti (o attività, o interventi) è stata effettuata una analisi descrittiva, secondo un percorso logico definito (immagine nazionale, regionale, per caratteristica specifica ed altro) e successivamente è stato creato un indicatore di qualità (definito “indicatore pesato”) che ha preso in considerazione una serie di “items” fortemente legati ad aspetti salienti degli interventi (riproducibilità, sostenibilità, continuità, soggetti e partners coinvolti, contesti di svolgimento, presenza di elementi di buona progettazione e di valutazione, interventi associati, documentazione allegata ed altro). Gli 11 aspetti “salienti” sono stati combinati tra loro per determinare un indicatore che ha assunto un valore (una sorta di “voto”) per ogni progetto.

Risultati. I progetti sulle dipendenze esaminati sono stati 115. Le regioni con il maggior numero di progetti sono l'Emilia-Romagna (18,3%) e la Puglia (16,5%); oltre il 50% dei progetti censiti è stato realizzato nel Nord Italia. Nei progetti realizzati da più Enti, il binomio più rappresentato è quello Azienda USL – Scuola (18,3%). Il 66% dei progetti è stato realizzato grazie alla collaborazione tra 2 o 3 soggetti.

Il luogo di intervento è prevalentemente la scuola: 47%, quindi i luoghi di divertimento (16%), la strada (14%), le associazioni (12%) e gli ambienti di lavoro (11%).

La metodologia utilizzata è principalmente quella relazionale (66%), seguita dalla mista, ovvero peer education e relazionale (23%) ed infine la peer education da sola (11%). Oltre la metà dei progetti ha la finalità della “promozione dell’agio”, rispetto al 23% che predilige il “contrasto al disagio”; entrambe le finalità sono invece presenti nel 22% degli interventi.

Sui 115 progetti solo in 3 non figurava nessun elemento di buona progettazione.

Fra i progetti selezionati come “buone pratiche” più del 60% dei soggetti coinvolge almeno 2 o 3 attori sociali: la stragrande maggioranza coinvolge più di un attore sociale e si avvale pertanto di lavoro di rete interistituzionale.

Prendendo in considerazione i valori dell’Indicatore di qualità” (indicatore pesato), si possono rilevare differenze più o meno sensibili nelle aggregazione per regioni: i valori più elevati (espressi come media del valore dell’indicatore) sono stati rilevati in Campania, Piemonte, Toscana, Emilia Romagna e Umbria.

Conclusioni. Non è facile paragonare tra loro i progetti, senza entrare nel modello che ne ha orientato la scelta da parte del CCM / Dors, non valutando le diverse modalità con cui tali progetti sono stati censiti e documentati, senza considerare la variabilità individuale del ricercatore-documentarista, tutti aspetti che si ripercuotono sui risultati.

Facendo una breve analisi sulle metodologie adottate dalle regioni si rilevano differenze sostanziali, soprattutto nella modalità di documentazione (intervista o compilazione di questionari) e nei criteri di scelta dei progetti da inserire in banca dati.

In qualche caso si è proceduto a selezionare solo quelli innovativi scartando i “doppioni” (o progetti simili) e inserendo soltanto quelli condivisi con gli operatori delle aziende sanitarie (o altre agenzie): nella maggior parte delle regioni invece, i progetti sono stati inseriti direttamente senza nessun criterio di selezione. Questo aspetto può inficiare il confronto tra regioni, soprattutto in riferimento al “numero” di progetti censiti. Potrebbe quindi essere utile definire un criterio anche per la “selezione” in modo tale da limitare la variabilità nella valutazione finale.

Nonostante questi limiti che introducono una certa dose di variabilità, l’utilizzo dell’indicatore “pesato” costituisce un approccio alla valutazione dei progetti, estensibile anche agli altri progetti della banca dati.

164. P. DALLA NOTTE ALL'ALBA: OSSERVAZIONE PARTECIPANTE E PREVENZIONE SPECIFICA NEI CONTESTI DEL DIVERTIMENTO NOTTURNO IN COLLABORAZIONE CON L'ASSOCIAZIONE IL PIOPPO ONLUS

Tanzillo M. *, Calascibetta O.**, Ventura S.**, Pagano T.***, Vecchio S.***

*Associazione il Pioppo

**UO Sert DSB 44-C. Palomar

***Dipartimento Farmacodipendenze ASL Napoli 1 Centro

Introduzione. Dal settembre 2007 al giugno 2008 sono state svolte 20 osservazioni partecipanti in eventi del divertimento notturno, sia in discoteche commerciali che nel corso di eventi alternativi organizzati dai “centri sociali”. Ciò è stato possibile mediante accordi sia informali che scritti con gli organizzatori privati e grazie ad una collaborazione con i “centri sociali” richiesta dagli stessi.

Obiettivi:

- monitoraggio delle tendenze dei consumi di sostanze stupefacenti e psicoattive legali e illegali nei diversi contesti del divertimento
- sperimentazione di strategie di intervento e messa a punto di strumenti di osservazione sistematica e di contatto con i consumatori.

Metodi:

- osservazione sistematica sul campo: spazi, tempi, indice di affollamento, consumi, interventi della security per sedare risse o allontanare persone (episodi critici).
- questionari autosomministrati e interviste ai frequentatori abituali più collaborativi focalizzate sul consumo proprio e su quello percepito nel contesto.

Risultati dell'osservazione partecipe. Nel complesso, è stato stimato che le persone presenti ai 20 eventi sono state circa 20.000 (range 200 - 4500), con un rapporto tra maschi e femmine pari a 9:5. L'80% circa dei frequentatori aveva un'età compresa tra i 19 e i 30 anni.

La durata media degli eventi è stata di circa 6 ore (range: 5 - 10). Prevalentemente gli eventi finiscono fra le 3.00 e le 7.30 del mattino.

Le sostanze maggiormente usate, in ordine decrescente, sono: alcol, cannabis, cocaina, MDMA (o analoghe), ketamina ed oppiacei fumati.

Sono stati osservati 41 episodi critici, pari a un episodio critico su 490 presenze per notte. Tali episodi erano legati agli effetti della sostanza, allo stato psicologico-emotivo della persona, alle caratteristiche del contesto ed allo stile del consumo. Si è trattato prevalentemente di svenimenti, crisi di affaticamento con crampi, crisi di panico, evidenti stati di alterazione con seria difficoltà deambulatoria, risse. Solo in due casi è stato necessario l'intervento medico specifico, per gli altri è stato sufficiente l'intervento degli operatori sul campo, aiutati dal gruppo dei pari e dalla security (l'episodio più grave una frattura ad una gamba).

Risultati dell'indagine quantitativa. Sono stati raccolti 203 questionari durante gli eventi.

- Ha riferito di aver bevuto da 5 fino a 8 drink o più il 47% dei rispondenti.

- Facendo riferimento agli ultimi 12 mesi, ha dichiarato di aver consumato alcol il 97%, cannabis l'87%, MDMA o analoghi il 66%, cocaina e/ crack il 64%, ketamina il 64%; anfetamine il 58%, oppiacei (prevalentemente eroina fumata) il 53%.

- Facendo riferimento all'ultimo mese, le percentuali di intervistati che hanno dichiarato di aver consumato tali sostanze frequentemente (10 giorni o più) sono state: 65% (alcol), cannabis (54%), ketamina (10%), cocaina e/o crack (9%), anfetamine (5%), oppiacei (4%), MDMA o analoghi (3%).

- L'analisi delle corrispondenze multiple mostra una significativa sovrapposizione dei consumi di sostanze, in particolare chi usa eroina e ketamina tende ad usare anche tutte le altre droghe.

Conclusioni:

- Il divertimento notturno e i consumi di alcol e di altre sostanze psicotrope sono fenomeni fortemente collegati tra loro, un fatto da non drammatizzare né sottovalutare.

- Si conferma e rafforza la tendenza al policonsumo contemporaneo e si riduce la barriera simbolica tra eroina e altre sostanze d'abuso.

- E' in aumento il numero di giovani che frequenta, in modo meno selettivo rispetto al passato, sia il circuito "alternativo" che quello commerciale. Al loro interno è individuabile un nucleo di consumatori a rischio più elevato per frequenza, tipo e mix di droghe utilizzate.

- L'efficacia della presenza sul campo di operatori di prossimità, che attuano la presa in carico dei soggetti, ai fini della riduzione dei rischi, è valutabile solo parzialmente.

- Avvicinamento, non solo repressivo, tra le istituzioni e chi organizza i luoghi della notte è una necessità civile da estendere e rafforzare.

165. LA COMUNITA' ATTIVA- GRUPPI DI CAMMINO-STUDIO DI FATTIBILITA'

Tartarone F.*, Nobile M.°, Vitali J.***, Galessi L.^, Sciuto J.^, Silvestri A.*

* *Servizio Medicina Preventiva di Comunità, ASL Milano*

° *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano*

** *Corso di Laurea in Scienze Motorie, Università degli studi di Milano*

^ *Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria, Università degli studi di Milano*

Introduzione. Il progetto si inserisce come modello sperimentale dei “gruppi di cammino” in area metropolitana, nell’ambito del programma aziendale di prevenzione degli infortuni domestici negli anziani “La Comunità Attiva” avviato nel territorio di uno dei sette Distretti Sociosanitari della ASL di Milano.

Obiettivi. È stato proposto nei primi mesi dell’anno un “gruppo di cammino” sperimentale per analizzare la fattibilità dell’intervento, adottando una metodologia di progettazione parzialmente partecipata.

Metodi. La promozione dell’attività fisica è uno dei principali fattori protettivi nei confronti del rischio di caduta. Per “Gruppo di Cammino” si intende un’attività nella quale un gruppo di persone si ritrova due-tre volte alla settimana per camminare lungo un percorso prestabilito, con un professionista di attività motoria. Sono stati coinvolti gli anziani del gruppo terza età di una parrocchia del territorio target. I partecipanti hanno compilato un’anamnesi e all’inizio e al termine dell’attività sono stati sottoposti ad alcuni test: Tinetti Balance and Gait Scale, misurazione dei battiti cardiaci a riposo e dopo sforzo, misurazione peso e altezza e 6 Minutes Walking test. È stata indagata la percezione della difficoltà nell’affrontare questa attività (scala di Borg), la percezione dell’attività fisica in gruppo e all’aperto e il tipo di riposo notturno.

Risultati. La sperimentazione ha coinvolto 14 anziani. Le principali patologie riscontrate sono tipiche dell’età avanzata e i farmaci assunti correlabili alle stesse. Non era presente nessun fumatore. Poche persone hanno riferito di aver effettuato attività sportiva in gioventù, mentre è aumentato il tasso di sportivi in terza età. Sono stati programmati 12 incontri con cadenza bisettimanale. Al termine delle attività è stato somministrato un questionario di gradimento anonimo, in cui si sondavano diversi aspetti: l’ambiente in cui si è svolto il programma, la logistica, la professionalità e disponibilità degli operatori, l’utilità e l’efficacia del percorso di movimento proposto, le aspettative. Per tutti gli argomenti la risposta è stata positiva e tutti i partecipanti sono disponibili a ripetere l’esperienza in autunno.

Conclusioni. Dall’analisi di fattibilità emerge come l’iniziativa abbia diversi aspetti positivi tra cui l’elevato gradimento, la semplicità di realizzazione e l’assenza di sostanziali costi a carico dell’azienda. Per una valutazione di efficacia in termini di salute dell’attività, i cui strumenti sono stati testati e risultano adeguati, si ravvisa la necessità di coinvolgere un numero maggiore di anziani.

166. FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI DEI LAVORATORI APPARTENENTI A FASCE DEBOLI DI POPOLAZIONE IN PROVINCIA DI TRENTO 2005-2007. CONFRONTO CON I DATI PASSI E IMPLICAZIONI PER L'ATTIVITÀ INFERMIERISTICA NELL'AMBITO DELLA VISITA PRE-ASSUNTIVA

Valzolgher A., Uber D., Fateh-Moghadam P.
Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento

Introduzione. Tra le attività sanitarie svolte dall'Unità Operativa di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento rientra anche la visita pre-assuntiva per verificare l'idoneità dei lavoratori. Un gruppo particolare di lavoratori visitati è rappresentato da coloro che vengono assunti dal Servizio Ripristino e Valorizzazione Ambientale della Provincia nell'ambito di un progetto di sostegno occupazionale per persone oltre 45 anni di età, indigenti e disoccupate.

Obiettivi. Descrivere le principali caratteristiche dei lavoratori appartenenti a fasce deboli, stimare la prevalenza di fattori di rischio comportamentali dei lavoratori e confrontarla con quella della popolazione generale trentina. Valutare l'opportunità di inserire una componente di educazione sanitaria a cura dell'assistente sanitaria/infermiera nella visita pre-assuntiva.

Metodi. E' stata condotta un'analisi descrittiva dell'archivio delle cartelle delle visite pre-assuntive della coorte di lavoratori appartenenti alle fasce deboli di popolazione di età compresa tra 45 e 65 anni degli anni 2005-2007. Per il confronto con la popolazione generale sono stati utilizzati i dati raccolti in Trentino dal sistema di monitoraggio PASSI relativi all'anno 2007 (fascia di età da 45 a 65 anni). L'analisi è stata effettuata con epi-info versione 3.3.

Risultati. Nel periodo considerato sono stati visitati 180 persone di cui 135 uomini (75%) e 45 donne (25%). Tra le persone visitate i fumatori sono pari al 42% (uomini 45% vs. donne 33%), mentre nella popolazione generale trentina risulta del 20% (uomini 24% vs. 14% donne).

Dei lavoratori il 60% beve abitualmente bevande alcoliche e il 19% può essere definito un forte bevitore (nella popolazione generale: 68% e 7% rispettivamente). Il consumo forte è più diffuso tra gli uomini, aumenta ed aumenta con l'età. Il 59% delle persone visitate si trova in uno stato di eccesso ponderale (41% sovrappeso, 18% obeso) verso il 50% nella popolazione generale (39% sovrappeso, 11% obeso). Dei lavoratori il 56% dichiara di non effettuare nessuna attività sportiva, un'abitudine più diffusa tra gli uomini (59% vs 49% delle donne) che aumenta con l'aumentare dell'età. Date le modalità di indagine dell'attività fisica molto diversa nel sistema PASSI non è stato possibile fare confronti. Tra le persone visitate quasi la metà (49%) risulta essere iperteso (dopo misurazione strumentale), verso il 27% (dati riferiti) della popolazione generale. Risultano ipertesi soprattutto gli uomini (56% vs 28%). Importante notare che degli ipertesi, il 40% risulta anche fumare, il 26% consuma alcol in forti quantità, il 56% non pratica alcun sport ed il 64% risulta in eccesso ponderale.

Conclusioni. A conferma dell'importanza dei determinanti socio-economici della salute i fattori comportamentali rischiosi per la salute indagati sono molto diffusi nella popolazione in studio. Questi lavoratori hanno quindi un particolare bisogno di ricevere consigli che dovrebbero rientrare tra le attività da svolgere nell'ambito della visita pre-assuntiva.

167. ATTIVITÀ DI RICOGNIZIONE NELLE REGIONI ITALIANE DI PROGETTI E INTERVENTI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE NEGLI ADOLESCENTI

Ventola M.*, Di Filippo F.*, Azzarito C.***, Indorato E.***, Nastasi A.***, Falconeri D.***, Frazzica G.***, Candura F.*, Tarsitani G.*

* *Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica “G. Sanarelli”, Sapienza Università di Roma*

** *CEFPAS, Centro per la Formazione Permanente Aggiornamento Personale Sanitario*

*** *Regione Calabria, Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie*

Introduzione. Il progetto “Guadagnare Salute negli Adolescenti”, promosso dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), prevede il monitoraggio dei comportamenti degli adolescenti e delle strategie di prevenzione delle malattie croniche. Inoltre, il progetto si è centrato sul coordinamento e l'integrazione degli interventi, spesso isolati e settoriali, ponendo particolare attenzione alla promozione della loro qualità.

Obiettivi. Al fine di individuare le “Buone Pratiche” di intervento, sono stati individuati, selezionati e analizzati i progetti di Promozione ed Educazione alla Salute Mentale rivolti ad adolescenti, sviluppati sul territorio nazionale tra gli anni 2001 – 2006 e presenti nella banca dati Pro.Sa.

Metodi. Il metodo di selezione si è basato sull'estrapolazione a livello nazionale dei progetti inerenti l'area tematica “Salute mentale” presenti nella banca dati Pro.Sa.

La selezione ha riguardato quei progetti che rispettavano i criteri di completezza, appropriatezza e qualità della progettazione e dell'intervento.

Risultati. Sono stati selezionati 480 progetti, dei quali il 23,95% effettuati in Emilia-Romagna, il 15,58% nel Lazio e 15,12% in Veneto. Per area geografica, le regioni dell'area Nord-Orientale hanno contribuito per il 48,6%, le regioni del Centro per il 32,56%, le Isole per il 12,09% e per il 3,72% e il 3,02% rispettivamente le regioni del Sud e la Regione Nord-Occidentale.

Il setting preferenziale per la realizzazione dei progetti è stato l'ambiente scolastico con più della metà dei progetti (53,21%); seguono i Servizi Sanitari (10,4%) e le Comunità (10,09%).

I target preferenziali dei progetti dimostrano che le maggiori percentuali (quasi i due terzi, ossia il 65,23%, in dato aggregato sul totale dei target) di destinazione si riscontrano per i target relativi ai Ragazzi della fascia d'età 14-18 anni (22,98%); agli Operatori scolastici (17,56%); ai Ragazzi della fascia d'età 11-13 anni (13,44%) e ai Genitori e famiglie (11,25%).

Conclusioni. Il contesto scolastico è risultato essere il *setting* privilegiato degli interventi in quanto rappresenta il luogo principale di intercettazione della fascia di età adolescenziale. Inoltre, la scuola è un luogo centrale per l'implementazione di progetti di Prevenzione e Promozione della Salute in quanto frequentata, per molto tempo, da soggetti in crescita. Altri *setting* di intervento sono rappresentati da istituzioni religiose e luoghi del tempo libero. Di conseguenza, il target principali a cui sono rivolti i progetti è rappresentato dagli studenti e, secondariamente, dagli altri attori del contesto scolastico quali gli insegnanti, le famiglie e gli operatori scolastici.

LISTA ABSTRACT

1. C. LA BILANCIA DELLA SALUTE”: SERVIZI SANITARI E MEDICI DI FAMIGLIA ALLEATI NELLA PREVENZIONE DELL’OBESITÀ **PAG. 13**

Beviglia G., Stura R., Brusa M., Rendo C., Caprino G., Ghiazza E., Santolli S.
ASL Alessandria

2. PROGRAMMA DI INTERVENTO SUI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI BASE AL FINE PROMUOVERE LA CONOSCENZA E L’OPERATIVITÀ DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA P.A.S.S.I. NELL’AMBITO DELL’AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1 CENTRO **PAG. 14**

Esposito L.*, Cutillo A.*, Sandomenico E.***, Simonetti A*.
* Servizio di Epidemiologia e Prevenzione - A.S.L. Napoli 1 Centro; **Unità Operativa di Prev. Collettiva - Distretto Sanitario di base n.52 - A.S.L. Napoli 1 Centro

3. C. PROGETTO INTEGRATO PER LA PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA: I RISULTATI **PAG. 16**

Guberti E.*, Bianco L.*, Cecchini L.***, Garulli A.**, Marchesini G.°, Nascetti S.*, Poletti G.***, Risi M.C.*, Rizzoli C.*, Tacconi C.***, Veronesi M.*

*Servizio Igiene Alimenti e nutrizione **Dipartimento Sanità Pubblica ***Dipartimento Cure Primarie - Azienda USL di Bologna; ° U.O Malattie Metabolismo Azienda Ospedaliera S.Orsola – Malpigli – Università di Bologna

4. P. LA RICETTA VERDE **PAG. 17**

Rocca G., Paganoni R., Bortolotti G., Imbalzano G.
ASL Bergamo

5. P. FATTORI COMPORTAMENTALI E CONSIGLI DEI SANITARI NEGLI STRANIERI RESIDENTI IN EMILIA-ROMAGNA **PAG. 18**

Sampaolo L.¹, Carrozzi G.¹, Bolognesi L.¹, Goldoni C.A.¹, Bertozzi N.², Angelini P.³, Mattivi.³, Agostini D.⁴, Blundo G.⁴, Cesari P.⁵, De Lisio S.⁴, De Togni A.⁶, Fabbri F.⁵, Ferrari A.M.⁷, Mingozzi O.⁸, Morri M.⁹, Nieddu A.¹⁰, Pandolfi P.⁴, Prati E.², Sacchi A.R.¹¹, Sangiorgi D.², Silvi G.⁹, Stefanelli I.¹², Vitali P.², Finarelli A.C.³

Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUSL di: 1Modena, 2Cesena, 4Bologna, 5Rimini, 6Ferrara, 7Reggio-Emilia, 8Forlì, 9Ravenna; 10Parma; 11Piacenza; 12Imola; 3Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna

6. C. LA SOSTENIBILITÀ DELLA SORVEGLIANZA PASSI. L’OPINIONE DEGLI OPERATORI DELL’EMILIA-ROMAGNA **PAG. 23**

Bolognesi L.¹, Carrozzi G.¹, Bertozzi N.², Angelini P.³, De Togni A.⁴, Fabbri F.⁵, Ferrari A.M.⁶, Goldoni C.A.¹, Mattivi A.³, Mingozzi O.⁷, Nieddu A.⁸, Pandolfi P.⁹, Sacchi A.R.¹⁰, Sampaolo L.¹, Sangiorgi D.², Silvi G.¹¹, Stefanelli I.¹², Finarelli A.C.³

Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUSL di: 1Modena, 2Cesena, 4Ferrara, 5Rimini, 6Reggio Emilia, 7Forlì, 8Parma, 9Bologna, 10Piacenza, 11Ravenna, 12Imola; 3Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna, Servizio Sanità Pubblica

7. P. UN APPROFONDIMENTO SUL RUOLO DEGLI INTERVISTATORI PASSI, L’ESPERIENZA DEL VENETO **PAG. 25**

Campostrini S.*, Gallina E.*, Milani S.**

* Università di Ca’ Foscari Venezia ; ** Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 13 Mirano

8. C. PASSI - LA FORMAZIONE IN UMBRIA CONTINUA: I NUOVI INTERVISTATORI DELLA SALUTE **PAG. 26**

Casaccia V.¹, Cristofori M.², Bietta C.³, Tosti A.⁴ per il gruppo regionale PASSI

(1) U.O. Epidemiologia ASL 4 ;(2) PASSI U.O. Epidemiologia ASL 4; (3) U.O. Epidemiologia ASL2; (4)Referente regionale PASSI

9. P. LO STUDIO PASSI E IL RAPPORTO CON IL MMG: UNA CRITICITÀ DA SUPERARE **PAG. 27**

Evangelio M., Vinci M., Luccarelli L., Fontana M.A., Leo D., Cipriani R.
ASL Taranto

**10. C. LA FORMAZIONE CONTINUA DEGLI OPERATORI PASSI NEL VENETO:
“DALLA SORVEGLIANZA DEGLI STILI DI VITA ALLA PROMOZIONE DELLA
SALUTE”**

PAG. 28

Milani S.*, Meneghetti M.*, Michieletto F.**; Napoletano G.***

* Dipartimento di Prevenzione Azienda ULSS 13 Mirano; ** Servizio Sanità Pubblica e Screening,
Direzione Prevenzione, Regione Veneto; *** Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 20 Verona

11. C. MONITORAGGIO DEI DATI RACCOLTI: APPROFONDIMENTI

PAG. 29

Nucera A., Antoniotti M.C.

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL NO

**12. P. INTERVISTATORI PASSI DEL LAZIO: CRITICITÀ E BISOGNI FORMATIVI PER
UN RUOLO ATTIVO**

PAG. 30

Salvagni M.*, Fabi A.°

* Asl Roma C - Dipartimento di Prevenzione – U.O. Epidemiologia e Sistema Informativo; ° Asl
Roma C - Dipartimento di Prevenzione – U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**13. P. PROGETTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE PER LA PREVENZIONE DI
FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARI**

PAG. 33

Bontempi S.¹, Agostinetto M.¹, Dotto O.¹, Pasqualetto M.¹, Ferretto C.², Schiavon L.³, Dal Mas
V.⁴, Virgili A.¹, Magarotto G.¹

*1 Spisal Ulss 12 Veneziana; 2 Università di Udine sede di Mestre; 3 Collegio IPASVI Provincia di
Venezia, Distretto Mestre Centro Ulss 12; 4 Azienda Dottor GROUP Spa*

14. P. IL “CAMPER DELLA SALUTE”: UN INTERVENTO DI PREVENZIONE

SECONDARIA IN TRE COMUNI DELLA PROVINCIA DI BENEVENTO

PAG. 35

*Bozza A.**, Citarella A.*, Felice Civitillo U.*, Cataffo A.*, De Cunto G.

**Distretto Sanitario Bn2, **Servizio Epidemiologia - Asl Benevento I*

**15. P. ALCUNI FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARI IN TOSCANA NEL 2008: I
RISULTATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI**

PAG. 36

Cecconi R.[^], Mazzoli F.**, Fiumalbi C.[^], Bartolini D.[^], Mannocci F.*, Cappelletti A.[^], Carucci E.*,
Garofalo G.[^]

*^Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze; *Scuola di specializzazione Igiene e Sanità Pubblica –
Università degli Studi di Firenze; **Dipartimento di Prevenzione ASL 3 Pistoia*

**16. C. PROGETTO DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE PRIMARIA NELL’ULSS 4
“ALTO VICENTINO”: UN LABORATORIO PER GUADAGNARE SALUTE?**

Mantoan D.*, Toffanin R., Polo F., Banovich F., Salvadori P.L., Busato G., Saugo M., Valsecchi M.¹
Ulss 4 “Alto Vicentino”, Ulss 20 I

PAG. 37

**17. C. L’USO DELLA CARTA E PUNTEGGIO DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE
NELLA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI VASCOLARI MAGGIORI: L’ESPERIENZA
DELLA SORVEGLIANZA P.A.S.S.I. NELLE ASL TORINO1-4**

PAG. 39

Meda M., Modolo G., Vizzani G., Malaspina S., Calamia A., Capocéfalo R., Ciquera A.M., Corvasce
A., Costa R., Cuccia R., Fracchia P., Strippoli A., Villani C., Vurchio R.

Dipartimento di Prevenzione ASL TO1

**18. C. SCREENING DEL TUMORE DEL COLLO DELL’UTERO IN PUGLIA NEL 2008: I
RISULTATI DELLO STUDIO PASSI**

PAG. 43

Aprile V. e il Gruppo di Lavoro Sistema Passi della Regione Puglia

Dipartimento di Prevenzione ASL Lecce

**19. P. ALLEANZE E PARTNERSHIP PER L’INCREMENTO DELL’ADESIONE AL
PROGRAMMA DI SCREENING DEL TUMORE DEL COLLO DELL’UTERO**

PAG. 44

Bellardini P.*, Iacovacci S.*, Sabatucci I.**, Di Cesare A.*

** Azienda USL Latina; **Università “La Sapienza” Roma*

20. C. SCREENING MAMMOGRAFICO IN PUGLIA NEL 2008: I RISULTATI DEL PASSI

PAG. 45

Germinario C. e il Gruppo di Lavoro Sistema Passi della Regione Puglia

** DIMO Sezione di Igiene – Università di Bari – Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia*

21. P. SCREENING PER LA PREVENZIONE DELLA MORTALITÀ PER TUMORE DEL COLON RETTO NELL'ASL (AZIENDA SANITARIA LOCALE) NAPOLI 3 SUD

Gigli L.*, Isernia M.*, Russo Spena S. *, Fusco M.^, Palombino R.* **PAG. 46**
Servizio Epidemiologia A S L Napoli 3 Sud ex Napoli 4, ^ Registro Tumori di popolazione Regione Campania

22. C. GLI SCREENING IN UMBRIA: L'INTEGRAZIONE TRA SISTEMA INFORMATIVO E SISTEMI DI SORVEGLIANZA **PAG. 48**

Petrella M., Bietta C., Vallesi G., Giaimo D.*
*U.O.S. Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione Azienda USL 2 Umbria, Perugia; *Servizio Prevenzione, Regione Umbria*

23. P. CONIUGARE PIACERE E SALUTE? SI PUÒ! UNA CAMPAGNA DI PREVENZIONE NELLA RISTORAZIONE COLLETTIVA AZIENDALE **PAG. 53**

Albertini A. *, Dell'Acqua R.***, Sora R.**, Venturini E.**, Di Pietro P.***, Gianvito G.***
** Azienda Usl Bologna e Università di Ferrara; ** Sodexo Italia; *** C&G Comunicazione*

24. P. OKKIO ALLA SALUTE – PASSI. ALIMENTAZIONE ED ATTIVITÀ FISICA NELLA ROMA G **PAG. 54**

Alicata F., Ruscio V., Amati L., Montecchi M., Pescetelli S.
Asl Roma G

25. IL MERCEOLOGICO CONDIVISO TRA STRUTTURE PUBBLICHE QUALE STRUMENTO DI PROMOZIONE DEL CONSUMO DI PRODOTTI SANI **PAG. 55**

Alonzo E., Cannizzaro V., La Carrubba R., Marcone E., Raiti M.E., Trupia B., Lizzio R., Fardella M.
Ausl 3 Catania

26. P. OKKIO ALLE 3 A (ALIMENTAZIONE, ATTIVITÀ MOTORIA & ABITUDINI) **PAG. 56**

Amicizia D.¹, Antognetti E.², Baldini P.², Baldassini A.², Beschi S.³, Boccaccio L.⁴, Bozic S.⁵, Campus P.⁶, Carpi A.⁷, Catarsi S.⁸, Cecconi R.⁶, Chiesa S.⁷, Dabove L.⁶, Delinardis F.⁶, Demontis S.³, Di Donato M.R.⁶, Fantino M.C.¹⁰, Favareto F.⁶, Ferrando G.⁶, Ferrari M.⁶, Fontana C.¹⁰, Frascà A.⁶, Gennaro M.³, Magliano A.¹⁰, Malio I.¹⁰, Manfellotto I.¹¹, Marchello C.⁷, Montaldi M.³, Mignano C.⁶, Musti L.⁶, Paolini T.², Parodi A.⁹, Oreste P.¹², Pascali F.⁶, Patrone M.S.⁶, Piastra G.⁷, Renzoni A.⁷, Rizzitelli E.¹, Salani C.⁶, Simoncini A.⁴, Tagliaferro G.⁶, Torrisi C.⁹, Tosca P.⁸, Vignolo M.⁹, Viziano E.⁴, Zolezzi A.⁶

1 Unige – Dissal; 2 ASL5; 3 ASL 1; 4 Comune Genova; 5 Comune Arenzano; 6 ASL3; 7 ASL4; 8 ASL5; 9 Istituto G. Gaslini; 10 ASL2; 11 Comune Cogoleto; 12 Regione Liguria

27. P. UNA COMUNITÀ IN MOVIMENTO. STRUMENTI PER PROMUOVERE L'ATTIVITÀ MOTORIA NEL CONTESTO LOCALE **PAG. 58**

Bassetto G., Blancato S., Caprino G., Coffano M.E., De Luca R., Dettoni L., Gambarino C., Paltrinieri G., Parodi G., Suglia A., Tomaciello M.G.

ASL AL, ASL CN1, ASL TO1, ASL TO3, Università di Torino – Facoltà di Scienze Motorie (SUISM), Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS Regione Piemonte)

28. P. CORRI E CAMMINA. UN PROGETTO PER RENDERE FACILE L'ABITUDINE AL MOVIMENTO **PAG. 59**

Beltrami P., Astorino G.*, Centis E.*, Marolla A.°, Carati F.*, Francia F.°, Casadio F.°, Pandolfi P.
**Az. USL di Bologna; °UISP Bologna*

29. P. PREVENZIONE: IL COUNCELLING NUTRIZIONALE PER BAMBINI E RAGAZZI. L'ESPERIENZA DELL'U.O. NUTRIZIONE E UO MEDICINA SPORTIVA DELL'ASL DI VARESE **PAG. 60**

Bianchi M.A. *, Piotto L. *, Pacchetti R. *, Renna V. *, Frattini P., Bulgheroni P., Marmondi E.G., Roi C., PLS della Provincia di Varese

**Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Cure primarie e Continuità Assistenziale*

30. P. I DATI EPIDEMIOLOGICI PER GUADAGNARE SALUTE: STATO NUTRIZIONALE, ABITUDINI ALIMENTARI E ATTIVITÀ FISICA NELLA REGIONE UMBRIA **PAG. 62**

Bietta C., Petrella M., Giaimo D.*

U.O.S. Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione AUSL 2 Umbria, Perugia; *Servizio Prevenzione, Regione Umbria

31. P. ALIMENTI ALLA LUCE DEL SOLE **PAG. 63**

Carlucci D., Menechella M.A.

Azienda Sanitaria Locale BN 1

32. P. LA COMMISSIONE MENSA: UNA RISORSA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE **PAG. 64**

Corazza P., Savonitto C.

S.O.C. Igiene Alimenti e Nutrizione ASSn^o4 "Medio Friuli"

33. C. ESPERIENZE PRATICHE DI PROMOZIONE DEL MOVIMENTO NELLA VITA QUOTIDIANA **PAG. 66**

De Noni L., Lauria A., Valenari L., Soave D., Ciddio P., Morgante S.

* Dipartimento di Prevenzione (DP), ASL 20 Regione Veneto, Verona

34. P. INDAGINE CONOSCITIVA SULLE ABITUDINI ALIMENTARI E STILI DI VITA DI UN GRUPPO DI DIRIGENTI ED OPERATORI SANITARI DELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO **PAG. 67**

Diamare S.*, Corvino M.**, Di Benedetto R.***, Fiore P.***, Gallo M.****, Grippo N.**,
Longanella W.**, Lopreato S.***, Ortolani R.*****, Ruotolo C.*****, Sepe C.*****, Simonetti
A.*****, Polito G*.

*Coordinamento Rete HPH & HS (Health Promoting Hospitals & Health Services), Servizio Controllo Qualità ASL Napoli 1 Centro; ** D.S. Loreto Mare ASL Napoli 1 Centro; *** Dipartimento Prevenzione; **** D.S. P.O. C.T.O.; ***** Servizio Epidemiologia; ***** Diabetologia P.O. S. Gennaro; ***** Servizio Controllo Qualità ASL Napoli 1 Centro

35. IL TEMPO DELLE MELE: GIORNATE DEL BENESSERE PSICOCORPOREO **PAG. 69**

Diamare S.*, Polito G.*, D'Agostino L. M.**, Savarese A.**, Scalera L.***, Amendolara V.****,
Lodato S.*****

* Coordinamento Rete HPH & HS (Health Promoting Hospitals & Health Services), Servizio Controllo Qualità ASL Napoli 1 Centro; ** SIMP (Società Italiana Medicina Psicosomatica) sez. locale di Napoli; *** Settore Verifica Controllo Qualità ARSAN; **** Promozione della Salute ASL Napoli 1 Centro; ***** Coldiretti; ***** D. S. ASL Napoli 1 Centro

36. P. DALLA SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE ALLA PROGETTAZIONE DI INTERVENTI EDUCATIVI: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA **PAG. 71**

Fabbi A., Tripodi A., Andreotti L., Biavati C., Cecchetti R., Celenza F., Contarini V., Cortesi C., De Giorgi S., Di Martino E.*, Guberti E., Mattioli M., Melandri G., Rizzoli C., Stefanelli I.

Servizi Igiene degli Alimenti e Nutrizione – Aziende. USL Regione Emilia Romagna; *Servizio Veterinario e Igiene degli Alimenti Regione Emilia Romagna

37. LA SANA ALIMENTAZIONE **PAG. 73**

38. GUADAGNARE SALUTE A SCUOLA **PAG. 75**

Fedele M.R.**, Amispergh G.**, Fariello E.***

* Comune di Napoli Servizio Diritto allo studio; ** SIAN Dipartimento di Prevenzione ASL NA 1 Centro; *** Servizi Veterinari Dipartimento di Prevenzione ASL NA 1 Centro

39. P. GUADAGNARE SALUTE CON UN CLICK: LA SFIDA DI SAPERMANGIARE.MOBI **PAG. 76**

Gennaro L., Ghiselli A.

INRAN- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione

40. P. ACTIVE: UN PROGETTO EUROPEO PER EDUCARE DIVERTENDO **PAG. 77**

Gennaro L.¹, Giannetti C.¹, Fogliano V.²

IINRAN- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione; 2 Università di Napoli "Federico II" – Dipartimento di Scienza degli Alimenti

41. P. ASSOCIAZIONE TRA ATTIVITÀ FISICA E PRINCIPALI STILI DI VITA IN UN GRUPPO DI ADOLESCENTI ROMAGNOLI **PAG. 78**

Gentilini F.¹, Monti C.¹, Di Marco M.¹, Bakken E.², Savelli G.³, Bergamaschi A.⁴

*Istituto Oncologico Romagnolo*¹, *Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL Rimini*², *Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL Ravenna*³, *Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica - Università degli Studi di Bologna*⁴

42. P. LA PARTECIPAZIONE DEI GENITORI AL SISTEMA DI SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE DELLA POPOLAZIONE PRE-ADOLESCENTE “OKKIO ALLA SALUTE”: INDAGINE QUALITATIVA **PAG. 79**

Giusti A., Cattaneo C., Scardetta P.

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

43. P. PROMOZIONE DI UNA ALIMENTAZIONE SALUTARE NELL’AMBITO DEL PROGETTO “SANI STILI DI VITA” **PAG. 81**

Guberti E.*, Coppini C.*, Sardo Cardalano M.*, Navacchia P.*, D’Amore G.***, Beccari T.***, Pinelli G.**

**Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna; **UISP Ente di Promozione Sportiva - Provincia di Bologna*

44. P. INTERVENTO DI PROMOZIONE DI ALIMENTAZIONE PROTETTIVA PER LA SALUTE E CORRETTI STILI DI VITA IN UN AZIENDA MANIFATTURIERA DI BOLOGNA **PAG. 83**

Guberti E.*, Bianco L.*, Coppini C.*, Nascetti S.*, Rizzoli C.*, Spano M.*, Veronesi M.*, Guiducci G.***, Mattioli S.***, Ruo M.**

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione Azienda USL di Bologna; **ACMA SPA Bologna; *Laboratorio di Epidemiologia, U.O. Medicina del Lavoro, Università di Bologna*

45. IL TEMPO S.O.S....PESO **PAG. 85**

Iannuzzi F.

ASL Salerno

46. P. IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA OKKIO ALLA SALUTE: LA SCUOLA E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI BAMBINI **PAG. 86**

Lamberti A.^{1,2}, Spinelli A.¹, Baglio G.¹, Nardone P.^{1,3}, Perra A.¹, Binkin N.^{1,4}, Fontana G.^{2,5}, Cattaneo C.¹, Galeone D.⁶, Silani M.T.⁷, Mastantuono E.⁷, Teti S.⁷

1Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; 2Università degli Studi di Milano, Milano; 3Sapienza, Università di Roma, Roma; 4Unicef, New York; 5University of Washington, Washington; 6Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Roma; 7Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio, Direzione Generale, Roma

47. P. VARIAZIONI DELL’INDICE DI MASSA CORPOREA DEI RAGAZZI TOSCANI DAL 2002 AL 2008 **PAG. 88**

Lazzeri G.*, Pilato V.*, Balocchini E.[°], Giacchi M.* e i SIAN del SSRT

**CREPS (Centro di Ricerca Educazione e Promozione della Salute) - Dipartimento di Fisiopatologia Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica - Università di Siena; ° Direzione Generale Diritto alla Salute - Settore Igiene Pubblica - Regione Toscana*

48. P. I GRUPPI DI CAMMINO”: PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI ADULTI-ANZIANI ATTRAVERSO L’ATTIVITA’ FISICA **PAG. 89**

Macoritto T.*, Ciccone L.*, Savonitto C.*, Micossi S.*, Pascut S.***, Basana R.***

**ASS 4 “Medio Friuli”, Dipartimento di Prevenzione; **Progetto Città Sane, Comune di Udine;*

****Unione Italiana Sport per Tutti*

49. P. CON-I-GIOVANI: SPORT E SALUTE PER IL BENESSERE DEI GIOVANI. L’ESPERIENZA DI NEVIANO DEGLI ARDUINI, COMUNE MONTANO DI PARMA (PR) **PAG. 91**

Mattioli M.¹, Zoni M.², Beltrami G.³, Devincenzi R.⁴, Riccò M.⁵, Bolsi N.¹, Garini L.⁶, Pasquarella C.⁵, Signorelli C.⁵, Zilioli F.¹

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, AUSL Parma (1); CONI Provinciale di Parma (2); Corso di Laurea in Scienze Motorie, Università di Parma (3); Istituto Comprensivo, Neviano degli Arduini (4); Dipartimento Sanità Pubblica, Sezione Igiene, Università di Parma (5); Dipartimento dell’Età Evolutiva, Università di Parma (6)

- 50. LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE DELLA MALNUTRIZIONE**
 Mazza S.* , Valerio E.°, Frassinetti A.¹ **PAG. 93**
 (°) Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione - ASL Città di Milan; (*)Unità Operativa Igiene Nutrizione - ASL Città di Milano; (1) ASL Città di Milano
- 51. P. STUDIO DI PREVALENZA DELL'OBESITÀ E SOVRAPPESO IN LAVORATORI ADULTI** **PAG. 94**
 Morbidoni M., Ambrogiani E., Civerchia M., Guidi A.
 Unità Operativa di Epidemiologia, Zona Territoriale 7, Ancona
- 52. P. LABORATORI DI CUCINA SALUTARE IN PROVINCIA DI TRENTO (ANNI 2007-2009)** **PAG. 95**
 Moretti A.M.* , Morghen V.**
 * Servizio Educazione alla salute e di riferimento per le attività alcoliche di Trento; ** Direzione sanitaria dell'Ospedale di Tione di Trento
- 53. P. STATO NUTRIZIONALE NEI BAMBINI DELLE SCUOLE PRIMARIE DELL'ASP DI COSENZA E PERCEZIONE DEL LORO STATO NUTRIZIONALE DA PARTE DEI GENITORI (PROGETTO OKKIO ALLA SALUTE)** **PAG. 97**
 Pagliuso M.T., Bellusci A., Cesario M., Chimenti R.
 Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione – Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza
- 54. P. MAMMA...MANGIA BENE ANCHE TU!** **PAG. 98**
 Palombi E., Glielmo N.
 ASL BN 1
- 55. P. ALIMENTAZIONE E SPORT: PROGETTO DI EDUCAZIONE ALIMENTARE MOTORIA** **PAG. 99**
 De Cunto G, Palombi E.* , Glielmo N.** , Milano L.**
 (**)(*) SIAN, ASLBNI, (**) DS Bn2, SLBn1
- 56. P. PROGETTO PROMOZIONE ALLATTAMENTO AL SENO** **PAG. 100**
 Palombi E.
 ASL BN 1
- 57. P. SOVRAPPESO E OBESITÀ IN ETÀ INFANTILE: RISULTATI DELLO STUDIO "OKKIO ALLA SALUTE" NELL'ASL SA2** **PAG. 102**
 Panico M.G., D'Anna A., Ronga C.
 Servizio Epidemiologia- Dipartimento di Prevenzione ASL Salerno, ex ASL Salerno 2
- 58. GIORNATA DELLA PREVENZIONE "SANA ALIMENTAZIONE"** **PAG. 103**
- 59. P. LINEE GUIDA PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ NUTRIZIONALE NELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA** **PAG. 105**
 Pecoraro P.¹, Palombi E.², Mutone C.³, Pontieri V.⁴, Vairano P.⁵, La Stella C.¹, Stellato S.¹, Coppola V.¹, D'Andrea S.⁶, Durante G.⁷, Perito P.⁷, D'Onofrio R.⁴, Prudente M.⁶
 ISIAN Napoli 3 sud ; 2SIAN Benevento; 3 Gruppo Scientifico Regionale; 4SIAN Caserta; 5 SIAN Napoli centro; 6 SIAN Avellino; 7 SIAN Salerno
- 60. P. ATTIVITÀ DI RICOGNIZIONE NELLE REGIONI ITALIANE DI PROGETTI E INTERVENTI DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA E DELL'ALIMENTAZIONE NELL'ADOLESCENZA** **PAG. 106**
 Pocetta G*, Franchi P*, Bocchini C**, Frammartino P**, Di Corcia T***, Russo Krauss P****
 * CSES – Umbria; ** Centro di Documentazione e Analisi per l'Infanzia, l'Adolescenza e i Giovani – Marche; *** ASR – Abruzzo; **** Cedras ASL Napoli 1 Centro - Campania
- 61. PROMOZIONE DELLE CORRETTE ABITUDINI ALIMENTARI E DELL'ATTIVITÀ FISICA DEI BAMBINI** **PAG. 107**
 Programma "Porta la frutta a scuola" integrato con "In Gamba"
 "Porta la Frutta a Scuola" Network*
- 62. P. UN GIRO AL MERCATO. ESPERIENZA DI EDUCAZIONE ALIMENTARE E ORIENTAMENTO AL CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA** **PAG. 110**
 Prete L., Intriери L., Coppini C., Sardo Cardalano M.

Azienda USL di Bologna, Dipartimento di Sanità Pubblica, Unità Operativa Igiene Alimenti e Nutrizione

63. P. BUSSOLA VERDE. SERVIZIO DI ORIENTAMENTO AI CONSUMI DEI PRODOTTI ORTOFRUTTICOLI **PAG. 112**

Prete L., Inrieri L.

Azienda USL di Bologna, Dipartimento di Sanità Pubblica, Unità Operativa Igiene Alimenti e Nutrizione

64. P. DA UN PROGETTO DI WORKPLACE HEALTH PROMOTION AL PROGETTO "BICI IN CITTÀ": L'ESPERIENZA DI SAN SEVERINO MARCHE **PAG. 113**

Ravaglia E.*, Petrocchi S.°

* Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione ASUR Marche ZT 1 Pesaro; ° Dipartimento di Prevenzione ASUR Marche ZT 10 Camerino e Comune San Severino Marche

65. P. IL MERCOLEDÌ DELLA FRUTTA: UN PROGETTO DI EDUCAZIONE NUTRIZIONALE ATTIVA E SUA VALUTAZIONE INTERMEDIA. RISULTATI NELLA ZT 1 PESARO **PAG. 115**

Ravaglia E.*, Lisi M.L.*, Monaldi C.*, Raschi G.*, Lemma G.*, Gonzales Limay N.°, Ceccarini L.°

* ASUR Marche ZT 1 Pesaro - Dipartimento di Prevenzione ; ° Università degli Studi di Urbino – Facoltà di Sociologia - Master in Tecnici di Politiche territoriali e urbane

66. P. PIÙ SALUTE PER TUTTI! **PAG. 117**

Rocca G., Paganoni R., Antonioli L., Dieli S., Bortolotti G., Maffioletti A., Imbalzano G.

ASL Bergamo

67. PICCOLI PASSI DI SALUTE **PAG. 118**

Rocca G., Paganoni R., Maffioletti A., Imbalzano G.

ASL Bergamo

68. P. I GRUPPI DI CAMMINO **PAG. 119**

Rocca G., Paganoni R., Brambilla P., Bortolotti G., Imbalzano G.

ASL Bergamo

69. P. DAMMI UN CINQUE **PAG. 120**

Rocca G., Antonioli L., Paganoni R., Dieli S., Bortolotti G., Maffioletti A., Bianchi C., Schiavi M., Imbalzano G.

ASL Bergamo

70. P. PROGETTO QUADRIFOGLIO PER LA PROMOZIONE DI UNA SANA ALIMENTAZIONE E DI UNA ADEGUATA ATTIVITÀ FISICA: SCUOLA MEDIA SUPERIORE **PAG. 121**

Russo Krauss P., Cione I., Esposito D., Genovese S., Leone C., Rettura R., Sansalone N.

Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro

71. C. PROGETTO QUADRIFOGLIO: IN 12 ANNI COINVOLTI 127.000 STUDENTI **PAG. 122**

Russo Krauss P.°, Cione I.°, Di Bellucci A.°, Frojo S.°, Mabilia R.°, Boscaino R.°°°

° Azienda Sanitaria Locale Napoli 1; °° ANDI - Associazione Nazionale Dentisti Italiani, °°° LILT - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

72. P. PROGETTO QUADRIFOGLIO PER LA PROMOZIONE DI UNA SANA ALIMENTAZIONE E DI UN'ADEGUATA ATTIVITÀ FISICA: SCUOLA ELEMENTARE **PAG. 123**

Russo Krauss P., Cione I., Vairo U., Beneduce R., Cautela P., Ciaramella R., Manco G.

Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro

73. P. PROGETTO QUADRIFOGLIO PER LA PROMOZIONE DI UNA SANA ALIMENTAZIONE E DI UNA ADEGUATA ATTIVITÀ FISICA: SCUOLA MEDIA INFERIORE **PAG. 124**

Russo Krauss P., Cione I., Vairo U., De Luca V., Formicola P., Postiglione G., Rodolico R.

Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro

74. P. SIMBOLI SALUTE VS GDA IN ETICHETTA. QUALI EVIDENZE DI EFFICACIA SULLA SALUTE PUBBLICA? PAG. 125

Spagnoli T.D.^{1,2}, Lo Bartolo D.^{1,2}, Bioletti L.^{1,2}, Santoli S.², Berruti R.², Croce M.², Maimone P.², Caputo M.², Magliola R.², Audenino M.^{1,2}, Cesari L.^{1,2}

1) Servizio Igiene Alimenti e nutrizione ASL TO 3 – Collegno (TO); 2) Rete SIAN Piemonte Piani di Prevenzione Attiva, sottogruppo per l’Azione 2 “Miglioramento offerta e qualità nutrizionale produzioni alimentari”

75. P. AIUTARE I PICCOLI CONSUMATORI ED I LORO GENTORI A SCEGLIERE GLI SNACK CONFEZIONATI ATTRAVERSO LA LETTURA DELL’ETICHETTA NUTRIZIONALE: IL PROGETTO “OBIETTIVO SPUNTINO” DELLA REGIONE PIEMONTE PAG. 126

Spagnoli T.D.^{1,2}, Lo Bartolo D.^{1,2}, Bioletti L.^{1,2}, Santoli S.², Berruti R.², Croce M.², Maimone P.², Caputo M.², Magliola R.², Audenino M.^{1,2}, Cesari L.^{1,2}

1) Servizio Igiene Alimenti e nutrizione ASL TO 3 – Collegno (TO); 2) Rete SIAN Piemonte Piani di Prevenzione Attiva, sottogruppo per l’Azione 2 “Miglioramento offerta e qualità nutrizionale produzioni alimentari”

76. P. SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE: TREND DI OBESITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA NEL TERRITORIO DELLA EX NA/4 PAG. 127

Stellato S., Amato R., Panico G., Esposito F., Principato S., Pecoraro P.

Dipartimento di Prevenzione - SIAN - U.O. Igiene della Nutrizione ASL Napoli 3 sud ex NA/4

77. P. FRUTTA A SCUOLA... E IN FAMIGLIA, PER VINCERE IN SALUTE! RISULTATI DI UN ANNO DI LAVORO PAG. 128

Tessari S.*, Drighetto B.***, Di Marino L.**

* SIAN ULSS 16-Padova; ** Università degli Studi di Padova

78. P. UNA FIABA DA MANGIARE! PAG. 130

Tessari S.*, Trevisan E.***, Borin A.**

* SIAN Ulss 16-Padova; **Università degli studi di Padova

79. P. PROGETTI MULTISETTORIALI PARTECIPATI PER PROMUOVERE SANE ABITUDINI ALIMENTARI E MOTORIE FIN DALL’INFANZIA PAG. 131

Tripodi A., Severi A., Midili S., Corradini B., Fontana M.R.

Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione – Azienda USL di Modena

80. P. LA COLLABORAZIONE TRA SIAN E SOCIETÀ DI GESTIONE DELLA RISTORAZIONE COLLETTIVA: MODELLO DI METODO OPERATIVO INTEGRATO IN RETE PAG. 132

Ugolini G.^a, Cesari L.^b, Spagnoli D.^b, Taruscio D.^c, Olivieri A.^d, Ruggeri S.^e, Gerosa S.^f, Andreoli P.^g, Lorusso A.^h, Manzi C.ⁱ

a. Sian Asl Roma C; b. Sian Asl TO ; c. ISS CNMR; d. ISS Osna; e. Inran; f. Pellegrini spa; g.

Sodexo Italia; h. Compass Group; i. Ist. Alberghiero SAFI Roma

81. P. RISPETTO DELLA LEGGE ANTIFUMO IN PIEMONTE PAG. 135

Antonioti M.C.^a, Nucera A.^a, Tiberti D.^b, Meda M.^c, Gallone A.^c, Stanzione S.^c, Greco D.^c, Valenza G.^c, Alibrandi M.P.^c, Laurenti P.^c, Bagnasco G.^c, Giacomini A.^c, Moia E.^c, Ferrari P.^c, Orione L.^c,

Puglisi M.T.^c, Repossi A.^c, Marinaro L.^c, Rivetti D.^c, Brezzi M.A.^c, Galiano A.^c, Prosperi R.^c

a. SSEPI ASL NO, b. SSEPI ASL AL; c. coordinatori aziendali

82. P. RISPETTO DEL DIVIETO DI FUMO NEI LUOGHI DI LAVORO PRIVATI IN EMILIA-ROMAGNA PAG. 136

Bernardini M.*, Roscelli F.**

* Azienda USL di Modena, ** Azienda USL di Parma

83. C. COMUNICARE PER GUADAGNARE SALUTE: L’ABITUDINE AL FUMO NELL’AZIENDA USL2 PAG. 137

Bietta C., Petrella M., Vallesi G., Fusco-Moffa I., Bovo D.*

U.O.S. Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione AUSL 2 Umbria, Perugia; *Staff qualità e

comunicazione AUSL 2 Umbria, Perugia

84. P. L'ABITUDINE AL FUMO NEI RESIDENTI DELLA EX-ASL CE2: DAL MONITORAGGIO ALLA PREVENZIONE ATTIVA **PAG. 139**

D'Argenzio A.*, D'Amore A.***, Sessa A.[§], Merola S.*, Di Tella M.*, Cantile F.*, Di Matteo G.*, Ianniello C.*, Raucci G.*

*Servizio di Epidemiologia e Prevenzione – ASL Caserta ex-ASL CE2 di Aversa; °Dipartimento Tossicodipendenze – ASL Caserta ex-ASL CE2 di Aversa; §Dipartimento di Igiene e Medicina Preventiva, S.U.N. Napoli

85. P. AZIONI INTEGRATE PER LA PREVENZIONE ED IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO. L'ESPERIENZA DEL CENTRO ANTI-FUMO OSPEDALIERO-UNIVERSITARIO DI PERUGIA **PAG. 140**

Dell'Omo M., Muzi G., Tinozzi C., Cecati A., Abbritti G.

86. P. UNA PROPOSTA EDUCATIVA PER LA PREVENZIONE DEL TABAGISMO: PROGETTO QUADRIFOGLIO **PAG. 141**

Grimaldi M.¹, Russo Krauss P.², Caolo G.¹, Vatrella S.¹, Crispo A.³, Boscaino R.¹, Mabilia R.¹, Cione I.², Montella M.¹⁻³

1 Lega Italiana per la Lotta Contra i Tumori, Sezione di Napoli; 2 Azienda Sanitaria Locale Napoli I; 3 Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione "G. Pascale", Napoli

87. P. IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO: UN PERCORSO NON UN EVENTO

Perillo A., Cassese F.

PAG.143

Ambulatorio per la Prevenzione e Cura del Tabagismo - Ser.T. di Pomigliano D'Arco - ASL NA 3Sud

88. C. OPERATORI DELLA SALUTE LIBERI DAL FUMO: VALUTAZIONE DI UN PROGETTO DI UN CENTRO INTERDIPARTIMENTALE DI PREVENZIONE E CURA DEL TABAGISMO **PAG. 145**

Purich R.*, Tominz R.*, Vegliach A.*, Generoso Quartarone G.*, Bovenzi M.*

* Centro Interdipartimentale Prevenzione e Cura del Tabagismo (CIPCT), Azienda Sanitaria Locale Triestina

89. P. SINERGIE OPERATIVE DELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO NELLA LOTTA AL TABAGISMO **PAG. 146**

Stimolo R., Diamare S., Franco T., Lodato S., Polito G., Ruggiero R., Ruotolo C., Vecchio S., Vecchione A., De Martino A., Barone V., D'Amato A., Longanella W., Schettini G., Rago V., Fulgione C., Porritiello F., Tontoli N., Meccico P., Guidetti E., Grimaldi M.C., Carnevale E., Topa M., Puoti F., Greco B., Panzanella C.

ASL Napoli 1

90. P. APPROCCI SPERIMENTALI ALLA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA: IL CASO DEL PROGETTO "UN PASS PER LA CITTÀ DEL SOLE" **PAG. 148**

Villani A.*, La Barbera F.***, Fasanelli R.***, Chiummo A.***, Liguori A.***

* Ufficio Scolastico Regionale della Campania, ** Università degli Studi di Napoli "Federico II", *** Associazione Kairos Napoli

91. P. LAVORO SICURO SENZA ALCOL. IL PROGETTO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA PER LA PREVENZIONE DEI PROBLEMI ALCOL-CORRELATI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO **PAG. 153**

Annovi C.¹, Bernardini M.¹, Durante M.², Laezza M.², Monterastelli G.²

1 Azienda USL di Modena; 2 Regione Emilia-Romagna

92. P. MONITORAGGIO DEL FENOMENO ALCOL NEI SERVIZI DEL DIPARTIMENTO FARMACODIPENDENZE ASL NA 1 CENTRO **PAG. 155**

Baldassarre C., Franco T., Marguccio E., Topa M., Curcio F., Zappulla P.

Dipartimento Farmacodipendenze ASL NA 1 Centro

93. P. ATTIVITÀ DI RICOGNIZIONE NELLE REGIONI ITALIANE DI PROGETTI E INTERVENTI PER LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI **PAG. 156**

Barbieri F.*, Longo R.***, Sotgiu A.***

* ASL Provincia di Pavia – CenDES Centro di Documentazione in Educazione Sanitaria e Promozione della Salute; ** DoRS - ASL TO 3, Centro Regionale di Documentazione per la

*Promozione della Salute, Regione Piemonte; *** Università di Cagliari - Dipartimento di Sanità Pubblica*

94. P. FREQUENZA DI CONSUMATORI DI ALCOL A RISCHIO RILEVATA DALLO STUDIO PASSI: CONFRONTO TRA ASL DELLA REGIONE VENETO **PAG. 157**

Blengio G.*, Aldrighetti M.V.*, Ledri R.*, Scarponi S.*, Trentin L.*, Castellani E.*, Michieletto F.***, Milani S.***, Falcone S.*

** Servizio di Igiene e Sanità Pubblica AULSS n. 22 Regione Veneto; ** Direzione Prevenzione, Regione del Veneto*

95. P. SIM MITRIS: IL SISTEMA INTEGRATO DI MONITORAGGIO DEGLI INCIDENTI STRADALI IN PROVINCIA DI TRENTO **PAG. 159**

Brunetti P.¹, Dallago G.¹, Fontanari S.¹, Menegon S.¹, Zanon G.¹, Ciaghi A.², Furlanello C.², Fateh-Moghadam P.³, Piffer S.⁴, Benedetti G.⁵

1 - MPA Solutions coop. a r.l., Trento; 2 - FBK-Irst, Trento; 3 - Servizio Educazione alla salute, APSS Trento; 4 - Osservatorio Epidemiologico, APSS, Trento, 5 - Servizio gestione Strade, Provincia Autonoma di Trento

96. C. PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI: IL PROGETTO MULTICENTRICO “PROMOZIONE DI COMPORTAMENTI LIBERI DALL’ALCOL”- PIEMONTE 2008-09 **PAG. 160**

Capra P.¹, Di Pilato M.¹, Ferro E.¹, Longo R.¹, Tortone C.¹, Marinaro L.², Dalmasso M.³, Mamo C.³, Carmazzi F.⁴, Crosa Lenz C.⁵, Miroglio T.⁶, Tomaciello M.G.⁷

(1) DoRS–Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute ASL TO 3–Grugliasco (TO); (2) ASL VC; (3) Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO 3 - Grugliasco (TO); (4) ASL TO 3; (5) ASL VCO; (6) ASL AT; (7) ASL CN1

97. P. PIANO DI RICERCA-INTERVENTO SUL TEMA “ALCOL E LAVORO” IN UNA IMPORTANTE AZIENDA METALMECCANICA DI PARMA SECONDO IL PROGETTO DELLA RER **PAG. 162**

Chiesa E.***, Cigala F.***, Rustichelli P.*, Bernardini M.***, Annovi C.***, Locatelli N.*

*Azienda USL di Parma; ** Dipartimento di Sanità Pubblica, Servizio Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di Lavoro; *Dipartimento Dipendenze patologiche, Centro Alcologico; ***Regione Emilia Romagna, coordinatori progetto regionale “Alcol e lavoro”*

98. C. NON LASCIAMOCI CON L’AMARO IN BOCCA **PAG. 165**

Cipriani E.

Az. Ulss 22 Bussolengo (VR)

99. P. STRATEGIE PROMOZIONALI DELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO PER LA SICUREZZA STRADALE **PAG. 166**

Coppola M.*, Pizzella A.*, Di Riso V.***, Pagano T.****, Scalera L.*****, Rossi E.***, Ruotolo C.*

Servizio Controllo Qualità; **Direzione Aziendale; *UOC coordinamento emergenza e 118; ****Dipartimento Tossicodipendenze; *****Area Promozione alla Salute*

100. P. GLI INCIDENTI STRADALI NELLA ASL DI LATINA: STUDIO DI FATTIBILITA’ DI UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA INTEGRATO DATI DI POLIZIA - DATI SANITARI **PAG. 167**

Iacovacci S.², Chini F.¹, Farchi S.¹, Buono P.C.³, Vagnozzi A.³, Sabatucci A.²

1 ASP Lazio; 2 ASL Latina; 3 Provincia di Latina

101. C. LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI NELLA EX ASL NAPOLI 4 **PAG. 168**

Isernia M., Russo Spina S., Gigli L., Palombino R.

Servizio Epidemiologia e Prevenzione ex Azienda Sanitaria Locale Napoli 4

102. P. PREVALENZA D’USO DI SISTEMI DI RITENUTA IN AUTO PER BAMBINI A BOLOGNA: SVILUPPO DEL PIANO “PROTEGGI IL NOSTRO FUTURO” **PAG. 169**

Lacava G.*, Bundo G.*, Benassi S.*, Mazzeo V.*, Lonardi G.***, Pandolfi P.*

** Azienda USL di Bologna, Dipartimento di Sanità Pubblica. Area di Area Epidemiologia, Promozione della Salute e Comunicazione del Rischio; ** Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Alma Mater Studiorum-Università di Bologna*

103. P. UNA RETE PER LA VITA **PAG. 170**

Rossi A.E., Lagnese M., De Falco N., Izzo M., Cavuoto E., Coppola M.*, Pizzella A.*

UOC coordinamento emergenza e 118 ASL Na 1 centro; *SCQ ASL NA 1 Centro

**104. P. APPLICAZIONE DI UN PROTOCOLLO PER GLI INTERVENTI PREVENTIVI IN
TEMA DI ALCOL E LAVORO** **PAG. 171**

Ticali S.*, Tominz R.**, Patussi V.**, Muran A.**, Purich R.*, Vegliach A.*, Bovenzi M.**

* Dipartimento delle Dipendenze, Azienda Sanitaria Locale Triestina; **Dipartimento di
Prevenzione, Azienda Sanitaria Locale Triestina

**105. P. LA COMUNICAZIONE NEL FRONT OFFICE NELLA PREVENZIONE DEI
TUMORI DEL COLON RETTO: ESPERIENZA NELL'AZIENDA USL DI LATINA**

Bellardini P.*, Sabatucci I.**, Di Cesare A.*, Iacovacci S.*

PAG. 175

* Azienda USL Latina*; ** Università "La Sapienza" Roma

**106. P. CAMPAGNA D'INFORMAZIONE E DI SENSIBILIZZAZIONE ALLA
PREVENZIONE DELL'OSTEOPOROSI PER I DIPENDENTI DELL'ASL NAPOLI 2**

Bove A., Dell'Aversana R., Fiorillo F., Mantova D., Parlato A., Romagnuolo F.,

PAG. 176

Schiano di Cola G., Vitale A., Zulati P.

Regione Campania ex ASL Napoli 2

**107. P. GENITORIPÙ" – CAMPAGNA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI PRIMI
ANNI DI VITA - PREVENZIONE ATTIVA E VACCINAZIONI** **PAG. 178**

Brunelli M.*, Russo F.**, Speri L.*, Tamang E.***, Tagliapietra L.***, Simeoni L.*, Campara P.*,
Valsecchi M.D*, Bonavina M.G.*

* Dipartimento Prevenzione Ulss 20 Verona; ** Servizio Igiene e Sanità Pubblica e Screening,
Direzione Regionale Prevenzione; *** Direzione Medica dell'Ulss 15 Alta Padovana

**108. P. LA DIFFUSIONE DEI DATI DI OKKIO ALLA SALUTE: I TEST PRELIMINARI
DEGLI STRUMENTI CON LA PARTECIPAZIONE DEI TARGET DELLA
COMUNICAZIONE** **PAG. 180**

Cattaneo C.*, De Mei B.*, Perra A.*, Fontana G.**°, Lamberti A.***, Cavallaro G.*, Spinelli A.*

*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di
Sanità, Roma; **Università degli Studi di Milano, Milano; °University of Washington, Washington

109. P. LA COMUNICAZIONE PASSI NELLA ASL 4 DI TERNI – REGIONE UMBRIA

Cristofori M., Casaccia V., Lorenzoni L., Gambarini C.

PAG. 182

Azienda Sanitaria Locale n. 4 di Terni – Regione Umbria

**110. P. STRUMENTI DI EDUCAZIONE ALIMENTARE E DEL GUSTO VALIDATI PER LA
SCUOLA PRIMARIA** **PAG. 183**

D'Addesa D.*, Martone D.*, Sinesio F.*, Marzi V.***, Comendador F.J.*, Peparao M.*, Moneta E.*,
Cairella G.***

* Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (I.N.R.A.N.), Roma; ** Università
degli studi "La Sapienza", Roma; *** Area della Nutrizione – SIAN, ASL RMB, Roma

**111. P. PINC. PROGRAMMA DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE PER
GUADAGNARE SALUTE** **PAG. 184**

De Mei B.*, Barbariol P.F.*, Bella A.*, Cattaneo C.*, Cavallaro G.*, Dittami A.*, Fantozzi L.*, Lana
S.*, Possenti V.*, Scardetta P.*

*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di
Sanità, Roma

**112. P. IL FONDAMENTALE RUOLO DELLA COMUNICAZIONE NEL SISTEMA DI
SORVEGLIANZA "I PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE IN ITALIA"(PASSI)**

PAG. 185

De Mei B.¹, Possenti V.¹, Menna S.², Cattaneo C.¹, Benelli E.² per il Gruppo Tecnico PASSI*

¹ Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di
Sanità, Roma; ² Staff editoriale EpiCentro e agenzia di giornalismo scientifico Zadig

**113. P. MODALITÀ DI COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE IN MATERIA
ALIMENTARE IN ALCUNE UU.OO. DELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO** **PAG. 187**

Diamare S.*, Corvino M.***, Di Benedetto R.***, Fiore P.***, Gallo M.****, Grippo N.**,

Longanella W.*, Lopreato S.***, Ortolani R.*****, Ruotolo C.*****, Sepe C.*****, Simonetti
A.*****, Polito G.*

Coordinamento Rete HPH & HS (Health Promoting Hospitals & Health Services), Servizio Controllo Qualità ASL Napoli 1 Centro; ** D.S. Loreto Mare ASL Napoli 1 Centro; * Dipartimento Prevenzione ASL Napoli 1 Centro; **** D.S. P.O. C.T.O ASL Napoli 1 Centro; ***** Servizio Epidemiologia ASL Napoli 1 Centro; ***** Diabetologia P.O S. Gennaro ASL Napoli 1 Centro; ***** Resp.Servizio Controllo Qualità ASL Napoli 1 Centro*

114. C. DAI GIOVANI PER I GIOVANI: COSTRUZIONE DI UNA CAMPAGNA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE **PAG. 189**

Fabbri A., Rosi M., Palomba A., Della Giustina C.

Istituto di Appartenenza: SIAN- AUSL di RE

115. P. L'ORGANIZZAZIONE PER GUADAGNARE SALUTE: IL PROGRAMMA INTERAZIENDALE "COMUNICAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE" DELLE AZIENDE SANITARIE MODENESI **PAG. 190**

Fattori G.*, Vanoli M.*, Giuliano S.*, Trianni G.**, Cencetti S.***, Caroli G.***

Programma interaziendale "Comunicazione e Promozione della salute" - Aziende Sanitarie modenesi; ** Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena; * Azienda USL di Modena*

116. P. L'INFORMAZIONE DEL CITTADINO SUL SISTEMA PASSI **PAG. 191**

Iacono F., Milisenna R., Taibi L., Maira L., Diforti M., Campo M.A.

ASL 2-Caltanissetta

117. P. ALIMENTI, PENSIERO CRITICO E TV DEI RAGAZZI **PAG. 192**

La Rocca G., Lombardo G.

Unità Operativa Educazione alla Salute, Asl 2 Caltanissetta

118. P. LA SALUTE IN DIRETTA. CAMPAGNA INFORMATIVA TELEVISIVA PER GUADAGNARE SALUTE **PAG. 193**

La Rocca M.*, Spinelli A.**

** SIAN ASP Catanzaro; * U.O. Educazione Sanitaria ASP Catanzaro*

119. P. VERSO UN'ORGANIZZAZIONE-SCUOLA COMPETENTE **PAG. 194**

Lombardo G.

Unità Operativa Educazione alla Salute, ASL 2 Caltanissetta

120. P. L'OFFERTA ATTIVA DI SALUTE MEDIANTE UNA CAMPAGNA PUBBLICITARIA PER LA PROMOZIONE DEL PROGETTO SCREENING NELLA ASL NA1 CENTRO **PAG. 195**

Papa R., Mele I., Galdieri A., Volpe G., Lodato S.

ASL Napoli1 Centro

121. P. "GENTORIPUÌ" – PRENDIAMOCI PIÙ CURA DELLA LORO VITA – UN'ESPERIENZA NAZIONALE CONDIVISA **PAG. 197**

Speri L.*, Simeoni L.*, Ascone G.B.***, Brunelli M.*, Campara P.*, Campostrini S.***, Porchia S****, Valsecchi M.*, Russo F.*****

Ufficio Promozione della salute Dipartimento di Prevenzione Ulss 20 Verona; **Ufficio X della Prevenzione, Ministero della Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Roma; *Università Ca' Foscari, Venezia; **** Sinodè srl, Padova; *****Servizio Igiene e Sanità Pubblica e Screening della Direzione Regionale Prevenzione*

122. C. LA COSTRUZIONE SOCIALE DEI PROFILI E PIANI DI SALUTE IN PROVINCIA DI CUNEO: STRATEGIE, ATTORI, METODI, STRUMENTI **PAG. 199**

Tomaciello M.G.*, Barbero L.****, Beccaria F.*****, Bottasso. F.***, Ferreri E.***, Ghigo G.*****, Rolando S.*****, Sturlese U.*****

Servizio Educazione Sanitaria ASLCNI Cuneo, ** Direzione sanitaria ASL CNI Cuneo, * S.S.Epi ASLCNI, **** Direzione Distretto ASL CNI Cuneo, *****Agenzia Eclectica - Ricerca, Formazione, Comunicazione -Torino, ***** CIPES - Centro Locale Cuneo*

123. P. PASSI - FOCUS 18-24 ANNI IN PIEMONTE **PAG. 203**

Antonioti M.C.¹, Nucera A.¹, Rizzo M.¹, Coordinatori Aziendali²

(1) SSEPI ASL NO; (2) Meda M ASL 1-4; Gallone A ASL 5; Stanzione S ASL 6; Greco D ASL

7; Valenza G ASL 8; Alibrandi MP ASL 9; Laurenti P ASL 10; Bagnasco G ASL 11; Giacomini A ASL

12;Moia E ASL 13;Ferrari P ASL 14;Orione L ASL 15;Puglisi MT ASL 16;Reposi A ASL 17;Marinaro L ASL 18;Rivetti D ASL 19;Brezzi MA ASL 20;Galiano A ASL 21;Prosperi R ASL 22

124. MONITORAGGIO DELLE VACCINAZIONI PER IL VIRUS DELL'EPATITE B EFFETTUATE NEI SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE DELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO **PAG. 204**

Baldassarre C., Curcio F., Siconolfi M., Topa M., Ciaramella A., Mazzella C., Del Vecchio F., Limardi A., Cefalo G.

Dipartimento Farmacodipendenze ASL Napoli 1 Centro - Settore Tutela della Salute

125. LA PERSONA OVER65 COME RISORSA PER LA FAMIGLIA E LA SOCIETÀ: RISULTATI PRELIMINARI DEL PROGETTO PASSI D'ARGENTO, GIUGNO 2009 **PAG. 205**

Baldi A.¹, Biscaglia L.², Carrozzi G.³, Cristofori M.⁴, Perra A.² e il gruppo PASSI d'Argento
1 ASL 1 Massa e Carrara – Zona Lunigiana; 2 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma; 3 Servizio Epidemiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; 4 Servizio di Epidemiologia ASL 4 Terni

126. P. IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI QUALE STRUMENTO PER LA RILEVAZIONE DEGLI OUTCOME DI SALUTE A BREVE E MEDIO TERMINE IN RELAZIONE ALL'ISTRUZIONE IN LIGURIA **PAG. 207**

Baldi R.¹, Cecconi R.², Culotta C.², Carloni R.³, Ferrari Bravo M.⁴, Picasso M.⁵, Oreste P.⁶, Alberti M.², Araja Bravo E.⁴, Battistella A.², Bazzali E.¹, Boeri V.⁵, Capuzzo R.⁷, Castiglia R.², Crisci P.², Costa A.⁴, Curti M.², Ferrari A.¹, Frigerio L.², Gesmundo D.⁴, Ghislotti F.⁵, Giuliano M.⁷, Giuliano R.⁷, Grado P.⁵, Laura E.⁵, Lorizzo F.⁵, Maggiali G.², Manca C.², Marchese C.², Musti M.², Pavese D.⁷, Pianto B.⁴, Pierluca M.⁴, Sasso T.², Tarantello S.¹

1 S.Epidemiologia, ASL 5 Spezzino; 2 S.S. Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione ASL 3 Genovese; 3 ARS Liguria – Dipartimento di Prevenzione Asl 2 Savonese; 4 S.C.Igiene e Sanità Pubblica ASL 4 Chiavarese; 5 S.C.Igiene e Sanità Pubblica ASL 1 Imperiese; 6 Regione Liguria – Dipartimento Salute e Servizi Sociali; 7 Dipartimento di Prevenzione Asl 2 Savonese

127. IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA “PASSI D'ARGENTO”: STUDIO PILOTA IN PUGLIA **PAG. 209**

Balducci M.T.[°], Prota D.^{*}, Benedetti P.^{^^}, Caputi G.[°], Biscaglia L.^{°°}, Cristofori M.^{**}, Perra A.^{°°}, Germinario C.[°], Prato R.^{^°} and working group*

**Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Bari;*

°Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia; ^DIMED – Università degli Studi di Foggia;

*^Regione Puglia –sezione ATP; °°Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma; **Servizio di Epidemiologia ASL 4 Terni*

128. STILI DI VITA NELLA SCUOLA. UN PROGRAMMA DI EDUCAZIONE SANITARIA IN COLLABORAZIONE CON L'UFFICIO SCOLASTICO E ASSESSORATO ALL'AGRICOLTURA DELLA PROVINCIA DI VARESE **PAG. 210**

Bianchi M.A.^{*}, Piotto L.^{*}, Ferrari D.^{*}, Sambo F.^{*}, Pacchetti R.^{*}, Bardelli R., Marmondi E.G., Renna V., Bulgheroni P., Roi.C., Autieri M.R.^{**}, Danese N.^{***}

**ASL Provincia di Varese: Dipartimento di Prevenzione Medico, Direzione Sanitaria, Ufficio scolastico provincia di Varese;Provincia di Varese*

129. P. INTRODUZIONE AL PROGETTO PASSI D'ARGENTO: SPERIMENTAZIONE MULTI-REGIONALE DI UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA POPOLAZIONE CON 65 ANNI E PIÙ **PAG. 211**

Biscaglia L.¹, Baldi A.², Carrozzi G.³, Cristofori M.⁴, Perra A.¹ e il gruppo PASSI d'Argento
1 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma; 2 ASL 1 Massa e Carrara – Zona Lunigiana; 3 Servizio Epidemiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; 4 Servizio di Epidemiologia ASL 4 Terni

130. P. LA VALUTAZIONE DEL PROGETTO NAZIONALE “GENITORI PIÙ”

Campostrini S.^{*}, Porchia S.[°], De Luca F.^{*}, Michieletto F.[§], Brunelli M.[#], Simeoni L.[#], Speri L.[#]

**Università Ca' Foscari di Venezia; °Sinodè srl, Padova; §Referente PASSI della Regione Veneto;*

#ULSS 20 – Regione Veneto – Coordinamento della campagna Genitori Più

PAG. 213

131. P. LO STUDIO PASSI D'ARGENTO IN EMILIA-ROMAGNA. INTEGRAZIONE TRA RETI SANITARIE E SOCIALI E COLLABORAZIONE CON LA SORVEGLIANZA PASSI **PAG. 215**

Carrozzi G.¹, Bertozzi N.², Mirri M.³, Finarelli A.C.⁴, Fabrizio R.³, Angelini P.⁴, Bolognesi L.¹, De Togni A.⁵, Fabbri F.⁶, Ferrari A.M.⁷, Goldoni C.A.¹, Mattivi A.⁴, Mingozi O.⁸, Nieddu A.⁹, Pandolfi P.¹⁰, Sacchi A.R.¹¹, Sampaolo L.¹, Sangiorgi D.², Silvi G.¹², Stefanelli I.¹³, Baldi A.¹⁴, Biscaglia L.¹⁵, Cristofori M.¹⁶, Perra A.¹⁵

Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUSL di: 1Modena, 2Cesena, 5Ferrara, 6Rimini, 7Reggio Emilia, 8Forlì, 9Parma, 10Bologna, 11Piacenza, 12Ravenna, 13Imola; Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna; 3Servizio Governo dell'Integrazione socio-sanitaria e delle Politiche per la non autosufficienza, 4Servizio Sanità Pubblica; 14ASL 1 Massa e Carrara – Zona Lunigiana; 15CNESPS, Istituto Superiore di Sanità, Roma; 16Servizio di Epidemiologia ASL 4 Terni

132. P. PASSI E LAVORO: LA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO E IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA “PASSI”IN TOSCANA, ALCUNE RIFLESSIONI **PAG. 217**

Cecconi R.[^], Bartolini D.[^], Mannocci F.*^{*}, Cappelletti A.[^], Carucci E.*^{*}, Garofalo G.[^], Fiumalbi C.[^]
*^Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze; * Scuola di specializzazione Igiene e Sanità Pubblica – Università degli Studi di Firenze*

133. COCAINA? PARLIAMONE IN GRUPPO **PAG. 218**

Cicala C.*^{*}, Vecchio S.*^{*}, Butera C.**^{**}, Cappuccio L.***^{***}, Rubino A.***^{***}

Dipartimento Farmacodipendenze Asl Napoli 1 Centro; ** UO Sert DSB 45; * UO Sert DSB 52*

134. P. UNA ESPERIENZA DI CAPACITY BUILDING: IL “LABORATORIO DI VALUTAZIONE DEI PIANI INTEGRATI LOCALI DEGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE” DI REGIONE LOMBARDIA **PAG. 219**

Coppola L.*^{*}, Macchi L.*^{*}, Pavan A.*^{*}, Bonfanti M.*^{*}, Pirola M.E.*^{*}, Ragazzoni P.[°], Tortone C.[°], Coffano M.E.[°]

**Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia; ° Dors, Regione Piemonte*

135. P. STILI DI VITA IN PUGLIA: CONFRONTO DEI RISULTATI DELLE INDAGINI PASSI 2005 E 2008 **PAG. 221**

Coviello E.*^{*} e il Gruppo di Lavoro Sistema Passi della Regione Puglia[^]

** Unità di Epidemiologia e Statistica ASL BA - Bari*

136. P. MISURARE PER AGIRE NELLA SORVEGLIANZA DI POPOLAZIONE: RISULTATI PRELIMINARI DEL PROGETTO PASSI D'ARGENTO, GIUGNO 2009 **PAG. 222**

Cristofori M.¹, Baldi A.², Biscaglia L.³, Carrozzi G.⁴, Alberto P.³ e il gruppo PASSI d'Argento
1 Servizio di Epidemiologia ASL 4 Terni; 2ASL 1 Massa e Carrara – Zona Lunigiana; 3Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma; 4 Servizio Epidemiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena

137. CONTROLLO EPIDEMIOLOGICO DI PATOLOGIE INFETTIVE IN UN SISTEMA DEI SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE - L'ESPERIENZA DEL DIPARTIMENTO FARMACODIPENDENZE DELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO **PAG. 224**

Curcio F., Topa M., Marguccio E., Franco T., Baldassarre C.

ASL Napoli 1 Centro - Dipartimento Farmacodipendenze Settore Tutela della Salute

138. P. STILI DI VITA E COMPORTAMENTI A RISCHIO TRA I RESIDENTI DELLA EX-ASL CASERTA 2: UNA CHIAVE DI LETTURA PER IL MIGLIORAMENTO DEI PROGRAMMI DI PREVENZIONE **PAG. 225**

D'Argenzio A.*^{*}, Sessa A.^{°°}, Merola S.*^{*}, Di Tella M.*^{*}, Cantile F.*^{*}, Di Matteo G.*^{*}, Ianniello C.*^{*}, Raucci G.*^{*}

**Servizio di Epidemiologia e Prevenzione – ASL Caserta ex-ASL CE2 di Aversa; °°Dipartimento di Igiene e Medicina Preventiva, S.U.N. Napoli*

139. P. ATTIVITÀ DI ANALISI DELLE BUONE PRATICHE DI INTERVENTO NELLA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE DEGLI ADOLESCENTI NELLE REGIONI ITALIANE **PAG. 226**

Di Filippo F.*, Ventola M.*, Azzarito C.***, Indorato E.**, Nastasi A.**, Falconeri D.**, Frazzica G.**, Candura F.*, Tarsitani G.*

* Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica "G. Sanarelli", Sapienza Università di Roma; ** CEFPAS, Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale Sanitario; *** Regione Calabria, Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie - Servizio pianificazione, ricerca, innovazione ed epidemiologia

140. P. L'USO INTEGRATO DEI DATI PASSI PER LA COSTRUZIONE DI PROFILI DI SALUTE. L'ESPERIENZA IN PROVINCIA DI TRENTO, ANNI 2007-2009 **PAG. 227**

Ferrari L., Fateh-Moghadam P., Betta A.

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

141. LA SORVEGLIANZA PASSI NELLE MARCHE **PAG. 228**

Filippetti F.*, Fanesi M.*, Passatempo R.°, Tagliavento G.°

* Osservatorio Epidemiologico Regionale – Agenzia Regionale Sanitaria Marche; ^ UO Epidemiologia Zona Territoriale 8, Civitanova Marche, ASUR Marche; ° Posizione Funzionale Sanità Pubblica – Servizio Salute Regione Marche

142. LAVORATORI STRANIERI: LA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO E IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA "PASSI" IN TOSCANA, ALCUNE RIFLESSIONI

Fiumalbi C.°, Mazzoli F.**, Bartolini D.°, Mannocci F.°, Cappelletti A.°,

Carucci E.°, Garofalo G.°, Cecconi R. ^

^ Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze; * Scuola di Specializzazione Igiene e Sanità Pubblica – Università degli Studi di Firenze; ** Dipartimento di Prevenzione, ASL 3 Pistoia

143. IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI VALUTA LE AZIONI DI "GUADAGNARE SALUTE" **PAG. 230**

Garofalo G.°, Mazzoli F.**, Allodi G.°, Carucci E.°, Mannocci F.°, Cecconi R.*

* Coordinamento regionale PASSI – Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze; ** Coordinamento regionale PASSI – Dipartimento di Prevenzione ASL 3 Pistoia; ° Scuola di Specializzazione Igiene e Sanità Pubblica – Università di Firenze

144. LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE IN TOSCANA NELLE CATEGORIE A RISCHIO: RISULTATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI IN RIFERIMENTO ALLA CAMPAGNA 2007-2008 **PAG. 231**

Garofalo G.°, Mazzoli F.**, Fiumalbi C.^^, Bartolini D.^^, Mannocci F.°, Allodi G.°, Cappelletti A.^^, Carucci E.°, Cecconi R. ^

^ Coordinamento regionale PASSI – Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze; ** Coordinamento regionale PASSI – Dipartimento di Prevenzione ASL 3 Pistoia; ^^ Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze; * Scuola di specializzazione Igiene e Sanità Pubblica – Università degli Studi di Firenze

145. P. LA PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE NELLE SCUOLE **PAG. 232**

Gigantesco A., Palumbo G., Mirabella F., Del Re D.

Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Reparto Salute Mentale

146. UN PERCORSO PER IL MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE **PAG. 233**

Gismondi M., Granito C., Guarino T., Iuliano L.

Distretto Sanitario 65 (Battipaglia) - ASL Salerno (ex ASL SA2)

147. P. LA VALUTAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI DEI COORDINATORI AZIENDALI PASSI DELLA REGIONE LAZIO **PAG. 234**

Lancia A.°, Iacovacci S.°, Trinito M.O.*

° UOC SISIP ASL RMC; ^ Dipartimento di Prevenzione ASL Latina; * Dipartimento di Prevenzione ASL RMC

148. ESPERIENZA DI UN PERCORSO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE PER GENITORI E BAMBINI DAI 9 AI 12 MESI DI ETÀ **PAG. 235**

Letizia S., D'Avino A., Scarlata S., Cimmino A., Paino R., Sperandeo R.

A.S.L. Napoli 1 Centro U.O.M.I., Distretto di Portici

149. P. LA VACCINAZIONE ANTIROSOLIA E LO STATO DI SUSCETTIBILITÀ ALL'INFEZIONE RUBEOLICA DELLE DONNE IN ETÀ FERTILE (18-49 ANNI): I DATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI IN TOSCANA NEL 2008 **PAG. 236**

Mazzoli F.***, Garofalo G.^, Fiumalbi C.^, Bartolini D.^, Mannocci F.*, Cappelletti A.^, Carucci E.*, Cecconi R.^

*^ Coordinamento regionale PASSI – Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze; ***

*Coordinamento regionale PASSI – Dipartimento di Prevenzione ASL 3 Pistoia; ^^ Dipartimento di Prevenzione ASL 10 Firenze; * Scuola di specializzazione Igiene e Sanità Pubblica – Università degli Studi di Firenze*

150. IL RUOLO DEGLI OPERATORI SANITARI NELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE: L'ESPERIENZA DELLA SORVEGLIANZA P.A.S.S.I. NELLE ASL TORINO1-4 **PAG. 238**

Meda M., Modolo G., Vizzani G., Malaspina S., Calamia A., Capocéfalo R., Ciquera A.M., Corvasce A., Costa R., Cuccia R., Fracchia P., Strippoli A., Villani C., Vurchio R.

Dipartimento di Prevenzione ASL TO1

151. RILEVAZIONE E ANALISI DEI TEMPI E DEI COSTI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI IN UN'AZIENDA ULSS DEL VENETO **PAG. 240**

Michieletto F.*, Milani S.***, Blengio G.***

** Servizio Sanità Pubblica e Screening, Direzione Prevenzione, Regione Veneto; ** Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 13 Mirano; *** Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 22 Bussolengo*

152. P. VACCINAZIONI ANTIROSOLIA NELLE DONNE IN ETÀ FERTILE: RISULTATI PASSI E DATI DELL'ANAGRAFE VACCINALE A CONFRONTO, L'ESPERIENZA DELL'AULSS 13 DEL VENETO **PAG. 241**

Milani S.*, Dal Pra A.*, Boin F.**

** Dipartimento di Prevenzione Azienda ULSS 13 Mirano; ** Servizio igiene e Sanità Pubblica Azienda ULSS 13 Mirano*

153. P. LETTURA DEI DATI CEDAP: PARTI E NUOVI NATI NELLA ZONA TERRITORIALE 7 DI ANCONA - ANNO 2007 **PAG. 242**

Morbidoni M., Ambrogiani E., Civerchia M., Luconi D., Guidi A.

Unità Operativa di Epidemiologia, Zona Territoriale 7, Ancona

154. P. CARIE DENTARIA E MALOCCLUSIONI IN UNA POPOLAZIONE INFANTILE DELLA PROVINCIA DI ANCONA: EPIDEMIOLOGIA DEI FENOMENI A SUPPORTO DELLA PREVENZIONE **PAG. 243**

Morbidoni M.², Battistoni R.¹, Guidi A.², Ambrogiani E.²

1 (Distretto Centro, Specialistica Odontoiatrica, Zona Territoriale 7, Ancona); 2 (Unità Operativa di Epidemiologia, Zona Territoriale 7, Ancona)

155. LA COMUNITÀ ATTIVA: L'EDUCAZIONE TRA PARI **PAG. 244**

Nobile M.^o, Tartarone F.*, Galessi L.^, Sciuto J.^, Vitali J.***, Silvestri A.*

** Servizio Medicina Preventiva di Comunità, ASL Milano; ^o Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano; ** Corso di Laurea in Scienze Motorie, Università degli studi di Milano; ^ Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria, Università degli studi di Milano*

156. UNITÀ DI STRADA BOB R.A.P. RAPIDITÀ ACCOGLIENZA PROFESSIONALITÀ **PAG. 245**

Pagano T.*, Vecchio S.*, Bellopede E.***, Garzillo T.***, gli operatori Unità di strada BoB-R.A.P

** Dipartimento Farmacodipendenze Asl Napoli 1 Centro; ** Unità di Strada BoB-RAP*

- 157. MENO...PAUSA PIU' BEN...ESSERE: PROGETTO PILOTA DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE RIVOLTO ALLE DONNE IN PRE-MENOPAUSA** **PAG. 246**
 Palombi E., Glielmo N., Porrizzo D., Matarazzo A.A., De Cunto G., Milano L.
A.S.L. BN 1
- 158. IL CONTRIBUTO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI NELLA DESCRIZIONE DEL PROFILO DI SALUTE DELLA PROVINCIA DI SALERNO** **PAG. 248**
 Panico M.G.*, Ronga C.*, D'Anna A.*
**Servizio Epidemiologia Azienda Sanitaria Salerno ex ASL Sa2*
- 159. P. UN LABORATORIO FIORENTINO SUGLI STILI DI VITA** **PAG. 249**
 Peracca L.*, Poli R.**
** ASL 10 Firenze; ** Società della Salute Firenze*
- 160. EDUCAZIONE SESSUALE PER GLI ADOLESCENTI: RISULTATI DELLA RICOGNIZIONE NAZIONALE DEL CCM** **PAG. 250**
 Pilotto L.*, Carbone S.**, Castellani E.**
**Ufficio Progetto Città Sane – Comune di Udine – Friuli Venezia Giulia; **Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute, Azienda ULSS 20, Regione Veneto, Verona*
- 161. NATI PER LEGGERE IN ULSS 9: UNA COMUNITÀ IMPEGNATA A SOSTENERE LA LETTURA AD ALTA VOCE** **PAG. 251**
 Piovesan G., Gallo G.
Servizio Igiene e Sanità Pubblica – ULSS 9 - Treviso
- 162. PREVENIRE GLI INCIDENTI DOMESTICI (BAMBINI 0-3 ANNI)** **PAG. 253**
 Romani G.*, Lazzarone E.*, Tomaciello M.G**, Calcagno L.**, Barbotto L.***
Dipartimento Materno Infantile ASL CNI Cuneo, ** Servizio Educazione Sanitaria ASL CNI Cuneo, * S.C. Pediatria ASO S.Croce e Carle Cuneo*
- 163. P. PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE PER GLI ADOLESCENTI: RISULTATI DELLA RICOGNIZIONE NAZIONALE DEL CCM** **PAG. 254**
 Silva A.*, D'Angelo D.**, Covri C., Montali F.***, De Nucci C.****
** Educazione alla Salute / Epidemiologia Azienda Usl 11 – Empoli; ** Ce.S.D.A. Centro Studi, Ricerca e Documentazione su Dipendenze e AIDS, Toscana; *** Centro Documentazione Programma Aziendale Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Az. USL di Reggio Emilia; **** ASL Foggia 1 San Severo*
- 164. P. DALLA NOTTE ALL'ALBA: OSSERVAZIONE PARTECIPANTE E PREVENZIONE SPECIFICA NEI CONTESTI DEL DIVERTIMENTO NOTTURNO IN COLLABORAZIONE CON L'ASSOCIAZIONE IL PIOPO ONLUS** **PAG. 256**
 Tanzillo M.*, Calascibetta O.**, Ventura S.**, Pagano T.***, Vecchio S.***
Associazione il Pioppo; **UO Sert DSB 44-C. Palomar; *Dipartimento Farmacodipendenze ASL Napoli 1 Centro*
- 165. LA COMUNITA' ATTIVA- GRUPPI DI CAMMINO- STUDIO DI FATTIBILITA'** **PAG. 258**
 Tartarone F.*, Nobile M.°, Vitali J.**, Galessi L.^, Sciuto J.^, Silvestri A.*
** Servizio Medicina Preventiva di Comunità, ASL Milano; ° Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano; ** Corso di Laurea in Scienze Motorie, Università degli studi di Milano; ^ Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria, Università degli studi di Milano*
- 166. FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI DEI LAVORATORI APPARTENENTI A FASCE DEBOLI DI POPOLAZIONE IN PROVINCIA DI TRENTO 2005-2007. CONFRONTO CON I DATI PASSI E IMPLICAZIONI PER L'ATTIVITÀ INFERMIERISTICA NELL'AMBITO DELLA VISITA PRE-ASSUNTIVA** **PAG. 259**
 Valzolgher A., Uber D., Fateh-Moghadam P.
Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento

167. ATTIVITÀ DI RICOGNIZIONE NELLE REGIONI ITALIANE DI PROGETTI E INTERVENTI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE NEGLI ADOLESCENTI

PAG. 261

Ventola M.*, Di Filippo F.*, Azzarito C.***, Indorato E.***, Nastasi A.***, Falconeri D.**, Frazzica G.**, Candura F.*, Tarsitani G.*

* *Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica "G. Sanarelli", Sapienza Università di Roma;* ** *CEFPAS, Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale Sanitario;* *** *Regione Calabria, Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie - Servizio pianificazione, ricerca, innovazione ed epidemiologia*

