

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

II Manifestazione Nazionale del Programma Guadagnare Salute

**Le sfide della promozione della salute.
Dalla sorveglianza agli interventi sul territorio**

Venezia, 21-22 giugno 2012

RIASSUNTI

A cura di
Paola Scardetta, Susanna Lana,
Chiara Cattaneo, Barbara De Mei e Ilaria Giovannelli
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

ISSN 0393-5620
ISTISAN Congressi
12/C4

Istituto Superiore di Sanità

II Manifestazione Nazionale del Programma Guadagnare Salute. Le sfide della promozione della salute. Dalla sorveglianza agli interventi sul territorio. Venezia, 21-22 giugno 2012. Riassunti.

A cura di Paola Scardetta, Susanna Lana, Chiara Cattaneo, Barbara De Mei e Ilaria Giovannelli
2012, vii, 432 p. ISTISAN Congressi 12/C4

La II Manifestazione Nazionale “Le sfide della promozione della salute. Dalla sorveglianza agli interventi sul territorio”, realizzata nell’ambito delle iniziative previste dal Programma Guadagnare Salute, rappresenta un momento fondamentale di incontro e confronto tra rappresentanti delle istituzioni, professionisti che operano nel mondo della sanità pubblica, esponenti delle amministrazioni, delle imprese e della società civile che, a diverso titolo, sono coinvolti nella prevenzione e promozione della salute. L’evento di Venezia in un’ottica intersettoriale sottolinea l’importanza della promozione della salute come valore da promuovere in tutte le politiche (la salute in tutte le politiche). Nel presente volume vengono riportati i riassunti dei lavori presentati in occasione della Manifestazione attraverso relazioni orali e poster.

Parole chiave: Comunicazione, Promozione della salute, Prevenzione, Intersettorialità.

Istituto Superiore di Sanità

II National Event of the Gaining Health Program. Health Promotion Challenges. From health surveillance to territorial interventions. Istituto Superiore di Sanità. Venice, June 21-22, 2012. Abstract book.

Edited by Paola Scardetta, Susanna Lana, Chiara Cattaneo, Barbara De Mei and Ilaria Giovannelli
2012, vii, 432 p. ISTISAN Congressi 12/C4 (In Italian)

The II National Event “Health Promotion Challenges. From health surveillance to territorial interventions”, carried out within the scope of the activities provided for the “Gaining Health” Program, represents an essential opportunity for representatives of institutions, public health, local government, companies and society involved to meet and compare their different approaches to prevention and health promotion initiatives. The Venice event emphasizes the importance of health as a promoting value in all policies (health in all policies) in an intersectoral perspective. This book includes the abstracts presented during the event, as oral communications or posters.

Key words: Communication, Health promotion, Prevention, Intersectoral collaboration.

Si ringraziano Paolo D’Argenio, Pirous Fateh-Moghadam, Fabio Filippetti, Mariano Giacchi, Maria Masocco, Gianfranco Mazzarella, Barbara Pellizzari, Alberto Perra, Giuseppe Salamina, Angela Spinelli e Stefania Vasselli per il lavoro di revisione dei contributi.

Responsabile scientifico: Barbara De Mei

Per informazioni su questo documento scrivere a: barbara.demei@iss.it

Il Rapporto è disponibile online sul sito di questo Istituto: www.iss.it

Citare questo documento come segue:

Scardetta P, Lana S, Cattaneo C, De Mei B, Giovannelli I (Ed.). *II Manifestazione Nazionale del Programma Guadagnare Salute. Le sfide della promozione della salute. Dalla sorveglianza agli interventi sul territorio. Venezia, 21-22 giugno 2012. Riassunti.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012 (ISTISAN Congressi 12/C4).

Presidente dell’Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Egiziana Colletta e Patrizia Mochi*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.



INDICE

Programma	iii
Note per la consultazione.....	vii
Area 1. Comunicazione per la salute	1
Area 2. Contrasto al consumo di alcol	35
Area 3. Contrasto al fumo di tabacco	55
Area 4. Corretta alimentazione	89
Area 5. Promozione dell'attività fisica	139
Area 6. Strategie di intervento per promuovere la salute	207
Area 7. Altro	371
Indice degli autori	417

PROGRAMMA

Giovedì 21 giugno 2012

- 10.00 Registrazione dei partecipanti
13.30 Apertura della manifestazione e incontro con la stampa
Chairman: Stefano Campostrini

Partecipano:

Carlo Carraro, Rettore Università Ca' Foscari Venezia
Domenico Mantoan, Segretario regionale per la sanità, Regione del Veneto
Fabrizio Oleari, Capo Dipartimento Sanità Pubblica e Innovazione del Ministero della Salute
Giorgio Orsoni, Sindaco di Venezia
Stefania Salmaso, Direttore del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità

- 14.15 **Tavola rotonda - L'impatto delle politiche sulla salute**

Moderatore: Carlo Carraro

Sono invitati a partecipare:

Renato Balduzzi, Ministro della Salute
Tullio Fanelli, Sottosegretario del Ministero dell'Ambiente
Piero Gnudi, Ministro per gli Affari Regionali, il Turismo e lo Sport
Fabrizio Oleari, Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica e Innovazione, Ministero della Salute
Andrea Riccardi, Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Martin Seychell, Vice Direttore Generale Dg Sanco
Elena Ugolini, Sottosegretario del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Sanità pubblica e terremoto: riflessioni dall'Emilia-Romagna
Emanuela Bedeschi, Regione Emilia-Romagna

Prima sessione plenaria

**L'APPROCCIO INTERSETTORIALE PER LA PREVENZIONE
E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE**

Moderatore: Daniela Galeone

- 15.30 *Lo scenario internazionale: esempi di successo in Paesi che hanno attuato efficaci politiche intersetoriali per la prevenzione e la promozione della salute*
Erio Ziglio

*La governance della promozione della salute e della prevenzione:
dalla promozione della salute alla prevenzione e cura delle malattie croniche*
Fabrizio Oleari

*Il ruolo del Coordinamento Interregionale per la prevenzione
nella promozione della salute*
Giovanna Frison

*Profili e bisogni di salute in Italia, sfide e tendenze: dalle azioni attivate
alle priorità per la prevenzione e promozione della salute*
Stefania Salmaso

*Il Comitato per la promozione della salute: un esempio di strategia intersetoriale
per concertare le strategie della promozione della salute*
Valerio Alberti

Conclusioni

Sessioni parallele

- 16.30 **I sessione:** *Guadagnare Salute...cominciando da piccoli*
Responsabile: Leonardo Speri

II sessione: *I giovani come cittadini competenti e promotori di salute*
Responsabile: Angela Spinelli

III sessione: *Motivare il cambiamento per uno stile di vita sano*
Responsabili: Barbara De Mei, Francesca Russo

IV sessione: *Anziani ed healthy aging*
Responsabile: Teresa Di Fiandra

15.30 - 18.00 Agorà - laboratori

16.30 - 17.00 Sessione poster

16.30 - 18.00 Agorà - confronti

Venerdì 22 giugno 2012

Seconda sessione plenaria

**DALLA CARTA DI OTTAWA A GUADAGNARE SALUTE:
STRATEGIE E STRUMENTI**

Moderatore: Maurizio Marceca

9.00 *Intervista ad uno dei protagonisti del processo
Stefano Campostrini*

*L'azione della promozione della salute per ridurre le disuguaglianze:
l'equità in tema di salute
Giuseppe Costa*

*Sviluppare le abilità personali: l'educazione alla salute nella scuola
Antonio Cutolo*

*Creare ambienti favorevoli per la salute e rafforzare l'azione della comunità
Graziano Delrio*

Conclusioni

Sessioni parallele

11.15 **I sessione: Città e salute**
Responsabile: Clara Pinna

**II sessione: Un modello di intersetorialità: la riduzione
del consumo di sale a livello individuale e di popolazione**
Responsabile: Marina Bonfanti

**III sessione: Valutazione, monitoraggi, efficacia nella prevenzione
e nella promozione della salute**
Responsabile: Stefano Campostrini

**IV sessione: Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e farmacisti:
ruoli diversi, obiettivi comuni. Come intervenire nel processo?**
Responsabile: Luigi Canciani

V sessione: La scuola che promuove la salute
Responsabile: Liliana Coppola

10.30 - 13.00 Agorà – confronti

10.30 - 13.00 Agorà - laboratori

10.45 - 11.45 Sessione poster

Terza sessione plenaria

LE PROSPETTIVE FUTURE DI GUADAGNARE SALUTE

Moderatori: Stefania Salmaso, Daniela Galeone

14.00 Premiazione poster

Premiazioni del concorso per i giovani organizzato in collaborazione tra il Progetto PinC e il progetto “Guadagnare Salute in Adolescenza”

Sintesi della manifestazione

Pietro Greco

La comunicazione per la diffusione e l'implementazione delle strategie di Guadagnare Salute

Barbara De Mei

Sviluppare a livello locale la promozione della salute

Mariadonata Gaimo

Conclusioni e chiusura della manifestazione

Stefania Salmaso, Daniela Galeone

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

Il presente lavoro raccoglie tutti gli abstract delle relazioni e dei contributi presentati alla II Manifestazione Nazionale del Programma Guadagnare Salute “Le sfide della promozione della salute. Dalla sorveglianza agli interventi sul territorio”. I lavori sono presentati in ordine alfabetico del primo autore ed organizzati in sette aree:

- Area 1. Comunicazione per la salute,
- Area 2. Contrasto al consumo di alcol,
- Area 3. Contrasto al fumo di tabacco,
- Area 4. Corretta alimentazione,
- Area 5. Promozione dell’attività fisica,
- Area 6. Strategie di intervento per promuovere la salute,
- Area 7. Altro.

I poster sono contrassegnati con la lettera P.

Alla fine del volume è presente un indice degli autori di ogni singolo contributo.

La II Manifestazione Nazionale del Programma Guadagnare Salute “Le sfide della promozione della salute. Dalla sorveglianza agli interventi sul territorio”, è promossa dal Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità e Regione Veneto con il patrocinio del Comune di Venezia, ed è realizzata nell’ambito del Progetto “Programma di Informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi di Guadagnare Salute” (PinC) finanziato dal Ministero della Salute/CCM.

**Area 1.
Comunicazione per la salute**

P1 SE AMI LA VITA CAMBIA LO STILE DI VITA

Azzarito Caterina (a), Faillace Franca (b), Cavalcanti Anna (c), Epifanio Angela (d), Grasso Maria Beatrice (e), Spadafora Carmine (f)

(a) *Regione Calabria, Catanzaro*

(b) *Azienda Sanitaria Provinciale, Catanzaro*

(c) *Azienda Sanitaria Provinciale, Cosenza*

(d) *Azienda Sanitaria Provinciale, Reggio Calabria*

(e) *Azienda Sanitaria Provinciale, Vibo Valentia*

(f) *Azienda Sanitaria Provinciale, Crotone*

Introduzione. Dal profilo di salute emerso dall'elaborazione dei dati dei sistemi di sorveglianza OKkio alla Salute, HBSC e PASSI si evidenzia alcuni fattori di rischio, fra quelli maggiormente implicati nelle cause di morte e di malattia, quali l'ipertensione, il consumo di alcool, la scarsa attività fisica, l'ipercolesterolemia, l'eccesso ponderale, il fumo sono abbastanza diffusi nella popolazione calabrese.

Metodologia. Per richiamare l'attenzione - attraverso messaggi diretti ed esplicativi sui quattro grandi capitoli sui quali ognuno di noi vince o perde la propria battaglia per la prevenzione: alimentazione, attività fisica, alcol e fumo, dal 2009 è stata avviata dal Dipartimento Tutela della salute della Regione Calabria e dalle Aziende sanitarie provinciali di Catanzaro, Cosenza Crotone, Reggio Calabria e Vibo Valentia una campagna Pubblicitaria sugli stili di vita "Salute Calabria". L'iniziativa di marketing sociale si concretizza con una serie di manifesti e locandine, di diverse dimensioni, visibili nelle città calabresi, nei luoghi di passaggio e di incontro finalizzata a suscitare interesse nella popolazione per assumere comportamenti corretti in questi ambiti per ridurre sensibilmente la possibilità di ammalarsi e migliorare la qualità della vita, per tutti e - soprattutto - a tutte le età.

Risultati. Le campagne pubblicitarie hanno permesso di informare i cittadini calabresi sui fattori di rischio e renderli consapevoli che cambiare lo stile di vita è salutare. Dalle indagini ripetute con i sistemi di sorveglianza è emersa una sensibile riduzione di soggetti in soprappeso, un aumento di consumo di frutta e verdura, una diminuzione di fumatori ed un incremento di attività fisica quotidiana.

Conclusioni. L'utilizzo di campagne pubblicitarie ripetute nel tempo ha portato sicuramente ad una forte sensibilizzazione della popolazione sui fattori di rischio, ma per ottenere maggiori risultati nel PRP 2010/2012 sono stati elaborati specifici progetti per l'attuazione di iniziative mirate.

CONSAPEVOLEZZA DEI FATTORI DI RISCHIO, DEI SINTOMI E DELLE TERAPIE DELL'ICTUS: INDAGINE NELLA PROVINCIA DI LA SPEZIA

Baldi Roberta (a), Traverso Elisabetta (b), Nucera Antonia (b), Landini Emanuela (b), Raggio Elisa (a), Reale Nicoletta (c), Gondolfo Carlo (c,d), Del Sette Massimo (b)

(a) SSD Epidemiologia Dipartimento di Prevenzione, ASL 5 Spezzino, La Spezia

(b) SC Neurologia Ospedale Sant'Andrea, ASL 5 Spezzino, La Spezia

(c) A.L.I.Ce. Liguria, Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale, Genova

(d) Università degli Studi, Genova

Introduzione. La scarsa consapevolezza dei fattori di rischio, dei sintomi e delle terapie dell'ictus ischemico limita la possibilità di utilizzare terapie efficaci sia nella prevenzione che nella fase acuta. Scopo dello studio: valutare la consapevolezza relativa all'ictus in un campione di cittadini di La Spezia.

Metodi. Un questionario di 8 domande a scelta multipla per la valutazione della consapevolezza, preparato in collaborazione con A.L.I.Ce. Liguria, è stato somministrato ai cittadini che si sono presentati agli stand organizzati dalla S.C. Neurologia dell'Ospedale Sant'Andrea di La Spezia nel mese di ottobre 2011. I soggetti hanno risposto al questionario prima di essere sottoposti alla valutazione del profilo di rischio da parte del personale sanitario.

Risultati. Sono state intervistate 354 persone di età media 64 anni (*range* 21-90), con predominanza di donne (54%) e livello d'istruzione elevato (44%). I fattori di rischio più frequenti erano: dislipidemia (57%), età maggiore di 65 anni (55%), ipertensione arteriosa (46%), eccesso ponderale (41%). Il campione ha riferito una buona conoscenza dei fattori di rischio: il 78% degli intervistati era consapevole dell'età come principale fattore di rischio e l'81% era in grado di riconoscerne correttamente almeno tre. Un minor grado di consapevolezza è invece emerso per la definizione di ictus (62%) e le possibilità terapeutiche: esistenza di terapie specifiche (62%), centri ictus (59%), finestra temporale (29%). L'83% degli intervistati in caso di sospetto ictus chiamerebbe subito il 118, ma il 15% del campione non sa riconoscere alcun sintomo dell'ictus, e solo il 55% ne riconosce correttamente almeno tre. La consapevolezza dei fattori di rischio e del comportamento da tenere in caso di sintomi decresce al peggiorare del profilo di rischio mentre la consapevolezza dei sintomi non sembra differire per profilo.

Conclusioni. La consapevolezza dell'ictus è ancora insufficiente e sono necessari interventi finalizzati a migliorare la conoscenza dei segni e sintomi d'allarme, che sembrano l'aspetto meno conosciuto nel nostro campione, e rappresentano il presupposto indispensabile per l'attivazione dell'emergenza.

FARE COMUNICAZIONE CON I RISULTATI DI PASSI D'ARGENTO: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE PUGLIA

Balducci Maria Teresa, Vece Marilena Monica, Prota Daniela, Prato Rosa
Gruppo Tecnico Regionale Passi d'Argento, Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari

Introduzione. Dall'indagine PASSI d'Argento, realizzata in Puglia nel 2009, è emerso che il 21% degli intervistati con più di 64 anni ha problemi di vista e il 50% problemi di masticazione. Allo scopo di migliorare la consapevolezza dei Medici di Medicina Generale (MMG) riguardo i difetti della vista e le difficoltà masticatorie tra le persone ultra 64enni, sono state realizzate dal Gruppo Tecnico Regionale due Schede Informative Tecniche (SIT) relative a pochi ma efficaci suggerimenti sulla prevenzione di tali disturbi. Le SIT sono state inviate ad un campione di MMG, ai quali è stato successivamente chiesto di giudicare efficacia ed immediatezza del messaggio.

Metodi. Le SIT sono state poste nell'area dedicata a Passi d'Argento e il link è stato inviato per email ai 550 MMG registrati al Sito web dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale. La lettera di presentazione del progetto invitava i MMG alla diffusione delle schede tra gli assistiti mediante affissione presso i propri ambulatori. La prima, Promozione delle visite odontoiatriche, è stata inviata nel maggio 2010, la seconda, Promozione delle visite oculistiche, nel febbraio 2011. Sulla prima SIT, è stato chiesto di rispondere ad un questionario valutativo dopo 30 giorni dal ricevimento.

Risultati. Il 15% dei MMG contattati ha effettuato il download della SIT sui problemi masticatori e l'8% di quella sui difetti della vista. L'1% dei rispondenti alla prima SIT ha compilato la scheda valutativa. Il 50% riteneva che la SIT fosse un utile mezzo per veicolare i messaggi di salute e importante l'utilizzo di un linguaggio tecnico-scientifico, il 71% considerava poco adeguata la quantità di informazione contenuta ma efficace per far riflettere su un problema tanto frequente. Tutti concordavano sulla necessità di realizzare percorsi assistenziali privilegiati con ambulatori odontoiatrici dedicati e l'ausilio del MMG per ogni forma di prenotazione. Tutti i rispondenti giudicavano utile che l'informazione fosse trasmessa ai cittadini mediante una locandina posta nelle sale d'attesa di ambulatori, CUP e farmacie.

Conclusioni. Un migliore sistema di comunicazione con i MMG è fondamentale per realizzare adeguati interventi preventivi e di sensibilizzazione sulla salute degli anziani.

“ACCOMPAGNARE AL CAMBIAMENTO”: IL COUNSELING MOTIVAZIONALE BREVE A SUPPORTO DEGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE SECONDO UN APPROCCIO “MULTISTAKEHOLDER”

Beltrami Patrizia (a), Centis Elena (a), Quercia Valerio (b), Guelfi Gian Paolo (b)

(a) Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL di Bologna, Bologna

(b) CMC, Centre for Motivation and Change, Genova

Introduzione. L'esigenza di modificare comportamenti inadeguati per la salute, da cui nasce il Programma “Guadagnare Salute”, si scontra con la difficoltà di facilitare e indurre il cambiamento. L'esperienza prova che gli interventi che si limitano alla diffusione dell'informazione non sono sufficienti, ma è necessaria una riflessione sui principi che regolano i processi decisionali. Su questi presupposti è stato realizzato il progetto biennale, approvato dal Ministero della Salute, “Accompagnare al cambiamento”, finalizzato alla diffusione del Colloquio Motivazionale Breve (CMB) come strumento comunicativo per facilitare il cambiamento dei comportamenti non salutari. Avviato nel 2010 dal Dipartimento di Sanità Pubblica dall'Azienda USL di Bologna, ha visto la partecipazione progettuale e operativo, anche di professionisti appartenenti ad AfM Spa, Federfarma Bologna, Comitato Provinciale UISP, Ufficio ScolasticoTerritoriale e Lega Tumori di Reggio Emilia. In linea con l'approccio “Health in all policies”, il progetto non ha coinvolto esclusivamente il settore sanitario, ma ha visto un coordinamento delle azioni da parte di tutte le istituzioni e gli organismi interessati alla promozione della salute quali scuole, farmacie e mondo dello sport e del tempo libero.

Metodi. Il progetto, dopo un'analisi del bisogno formativo, si è strutturato in un percorso rivolto a professionalità diverse: operatori sanitari (medici, infermieri, dietisti, tecnici della prevenzione, terapisti della riabilitazione, ostetriche), farmacisti, insegnanti, operatori del mondo dello sport e tempo libero, coinvolti a vario titolo in attività di informazione, comunicazione ed educazione alla salute. Il percorso si è articolato in una fase di formazione d'aula e in una fase di tutoraggio: la prima finalizzata a trasmettere conoscenze e competenze sul CMB applicato a 4 aree comportamentali (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol), la seconda mirata a consolidare e rinforzare, tramite attività pratica e *coaching*, le abilità apprese.

Risultati. Il progetto prevede la valutazione di processo, delle abilità acquisite e dell'applicabilità del CMB nei 4 *setting* lavorativi. I dati raccolti tramite strumenti di indagine *ad hoc*, hanno evidenziato un notevole aumento delle abilità di utilizzare il CMB e una concreta diffusione e applicazione dello strumento con una prevalenza nel settore sanitario.

Conclusioni. La competenza comunicativa degli operatori, non solo sanitari, assume un ruolo centrale sia in campo educativo che nella relazione di aiuto a supporto della motivazione al cambiamento: una “cassetta degli attrezzi” di conoscenze, abilità e autoconsapevolezza che vanno ad aggiungersi a quelle proprie della professione svolta. L'approccio interdisciplinare delle attività proposte è risultato essere un valore aggiunto del progetto.

P2 CREARE AMBIENTI ACCOGLIENTI PER LE MADRI NELLA COMUNITÀ: L'ESEMPIO DEI *BABY PIT STOP* DI MILANO

Bettinelli Maria Enrica (a), Locatelli Giacomo Walter (a), Casali Fiammetta (b), Grilli Linda (c), Mascheroni Rita (a), Scandariato Vittoria (b)

(a) ASL di Milano, Milano

(b) Comitato Provinciale UNICEF di Milano, Milano

(c) Babyconsumers, Pisa

Introduzione. L'Allattamento al Seno (AS) in pubblico di solito non desta stupore né scalpore, al massimo un curioso interesse per un gesto divenuto raro. Se ne parla soprattutto nei casi in cui le madri vengono allontanate dai luoghi in cui stanno allattando. Allattare in pubblico è proprio necessario? Sì, perché l'allattamento al seno non ha orari fissi, né un numero definito di poppatte durante la giornata.

Metodi. L'OMS e l'UNICEF raccomandano di creare ambienti accoglienti per favorire l'AS (Passo 6 della Iniziativa Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno di UNICEF Italia - BFCI). Questi ambienti possono essere creati all'interno di strutture materno infantili e anche in spazi pubblici commerciali e non (bar, farmacia, ristorante, supermercato, biblioteca, università, stazione, aeroporti, ecc.), che per la loro distribuzione territoriale, possono costituire un'importante rete di sostegno alla donna che allatta e che si trova fuori casa col proprio figlio.

Risultati. Nel 2010 è stata lanciata quest'iniziativa, a margine del Protocollo d'intesa siglato da ASL di Milano con UNICEF Italia, con l'obiettivo di creare ambienti pubblici, chiamati *Baby Pit Stop* (BPS), in cui le madri con i loro bambini si sentano le benvenute ad allattare. Rispetto ad altre iniziative analoghe, il progetto, oltre all'adesione degli esercizi commerciali a fronte di un impegno di sostegno dell'AS e di una corretta alimentazione infantile, prevede una verifica da parte delle mamme e di *Babyconsumers*, perché non diventino luoghi di promozione commerciale e di pubblicità. È stato sviluppato un sito (www.babypitstop.it) con una mappa dei BPS attivati nell'area di Milano e *hinterland* (in tutto circa 90). Nel 2011 è stato inoltre promosso un concorso per la progettazione del BPS, con relativa premiazione di tre giovani designer ed è stato siglato un protocollo con le farmacie sede di BPS, perché facilitino il contatto con i servizi territoriali in caso di problemi in allattamento.

Conclusioni. I bambini hanno diritto di stare con le loro mamme per poppare quando necessario e le madri hanno diritto di muoversi senza restrizioni e di portare i loro bambini con loro. E la società dovrebbe adeguarsi e creare le condizioni perché questo possa avvenire, favorendo luoghi pubblici in cui è possibile allattare.

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE SCIENTIFICA INDIPENDENTE: IL PROGETTO DEL CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE DELLA CAMPANIA PER LA VALORIZZAZIONE DELLE FONTI INFORMATIVE SU SALUTE E INQUINAMENTO AMBIENTALE DA RIFIUTI (CRISC)

Bianco Elvira (a), Panico Salvatore (b), Mattiello Amalia (b), Chiodini Paolo (c), Flammia Incoronata (a), Forgione Nunzia (a), Gallo Ciro (c), Pizzuti Renato (d)

(a) ASL Avellino

(b) Università Federico II, Napoli

(c) Seconda Università, Napoli

(d) OER Regione Campania, Napoli

Introduzione. L'emergenza rifiuti in Campania ha prodotto confusione conoscitiva, indotta dalla persistenza nel tempo di gravi carenze organizzative, preoccupazione delle popolazioni, insieme alla presenza di pericolosi interessi economici, forse associati all'azione della criminalità organizzata. Il CRISC è stato costituito con un progetto del Centro per il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute (CCM), affidato alla Regione Campania come iniziativa per valorizzare l'informazione scientifica indipendente. Inoltre la stessa programmazione regionale lo ha inserito in uno dei progetti del Piano Regionale di Prevenzione 2010-12. L'attività si svolge attraverso rapporti di collaborazione tra Unità Operative, coordinate dall'Osservatorio Epidemiologico Regione Campania e appartenenti all'Università e al SSR in un sistema-*network* solidale. Scopo del lavoro è valutare l'impatto dei prodotti della gestione dei rifiuti solidi (discariche ed inceneritori) sulla salute umana attraverso la valutazione di studi epidemiologici condotti sulla popolazione generale.

Metodi. Si è proceduto alla ricerca sistematica degli articoli scientifici in diversi archivi: PubMed, Embase, Web of science e Cochrane Library dal 1983 ad agosto 2011 attraverso una strategia di ricerca definita. Non sono stati affrontati le problematiche dei lavoratori degli impianti di gestione dei rifiuti, del riciclaggio e compostaggio e i biomarcatori di esposizione ed effetti sulla salute.

Risultati. La ricerca nelle banche dati ha originato 164 abstract dai quali sono stati selezionati per pertinenza 44 articoli. Ulteriori articoli sono stati reperiti in base alle segnalazioni del gruppo di lavoro ed attraverso i riferimenti di recensioni precedenti, pertanto, sono stati considerati complessivamente 54 articoli, 30 sono relativi agli inceneritori e 24 alle discariche.

Conclusioni. La valutazione degli articoli disponibili relativi alle discariche mostrano indicazioni importanti a sostegno dell'inadeguatezza dell'evidenza dovuta alla presenza di risultati contraddittori; il rischio di anomalie alla nascita si è mostrato significativo in presenza di discariche di rifiuti tossici. Gli studi relativi agli inceneritori evidenziano, a fronte di rischi già noti per impianti di vecchia data, il potenziale contenimento di molti rischi negli impianti tecnologicamente avanzati.

P3 INDAGINE SUI COMPORTAMENTI RISPETTO ALLA SALUTE DEGLI STUDENTI UNIVERSITARI

Bonaldo Daniele, Frasson Clara, Morandin Marta, Pantaleoni Anna, Pulit Daniele, Trevisan Andrea

Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Medicina Molecolare, Padova

Introduzione. Con il DPCM 4 del maggio 2007 si approva il programma “Guadagnare Salute” e l’Italia recepisce le indicazioni dell’OMS e dell’Unione Europea atte a prevenire le malattie croniche agendo sui quattro principali fattori di rischio: fumo, alcool, alimentazione e sedentarietà. Considerando che le scorrette abitudini nascono in età giovanile e perdurano nell’età adulta, si è voluto indagare gli stili di vita degli studenti dell’ateneo, aggiungendo anche fattori importanti per il mantenimento dello stato di salute.

Metodi. L’indagine è stata condotta nell’anno accademico 2011-2012, utilizzando un questionario cartaceo individuale, semistrutturato, anonimo, somministrato ai laureandi al momento della visita per la sorveglianza sanitaria. Il questionario è suddiviso in macroaree tematiche volte ad indagare: l’abitudine al fumo, il consumo di bevande alcoliche, le abitudini alimentari, l’igiene del sonno, la situazione economica e abitativa, l’attività fisica, le conoscenze sulla sessualità, l’impiego del tempo libero, la percezione dello stress. I dati raccolti sono stati analizzati in un *database* informatizzato.

Risultati. L’indagine ha coinvolto 442 studenti, età media 22,7 anni. Il 14% dichiara di fumare; consuma bevande alcoliche il 62% di cui prevalentemente superalcolici (81%). Il 23% di loro trascorre il tempo libero praticando uno sport, il 21% al personal computer navigando in internet, il 19% leggendo, il 17% curando la propria persona, l’8% facendo shopping e il 4% videogiocando. Il 9% ha dichiarato di far uso di sostanze stupefacenti. Per quanto riguarda la formazione sulla sessualità ricevuta nel corso dell’iter scolastico il 66% manifesta soddisfazione, contro un 25% di insoddisfatti ed un 4% di astenuti.

Conclusioni. I questionari finora analizzati sono stati 442, ma tale studio continuerà per tutto l’anno accademico con la previsione di analizzarne almeno altri 700. Già emerge la necessità di attuare degli interventi preventivi di educazione sanitaria, ad opera di esperti, in quanto la popolazione studentesca esaminata manifesta scorretti stili di vita.

COLPO D'OCCHIO SULL'ECCESSO PONDERALE IN LIGURIA

Caielli Alice (a), Castiglia Raffaella (a), Ceconni Rosamaria (a), Culotta Claudio (a), Baldi Roberta (d), Battistella Alessandra (b), Carloni Roberto (c), Crisci Patrizia (a), Ferrari Bravo Maura (e), Pascali Federica (a), Picasso Marco (f), Sasso Tiziana (c)

(a) ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia, Genova

(b) Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi, Genova

(c) ARS Liguria, Area Epidemiologia e Prevenzione, Genova

(d) ASL 5 Spezzino, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia, La Spezia

(e) ASL 4 Chiavarese, Dipartimento di Prevenzione, Chiavari, Genova

(f) ASL 1 Imperiese, Direzione Sanitaria, Imperia

Introduzione. L'eccesso ponderale (sovrapeso e obesità) è in netto aumento e rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito). Inoltre è responsabile dell'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria (oltre 6% delle spese in ciascun Paese europeo), è causa di disuguaglianze sociali a loro volta favorenti l'obesità e influisce negativamente sullo sviluppo economico e sociale. Per questo motivo si è deciso di realizzare uno strumento di comunicazione che supporti i progetti di prevenzione primaria esistenti sull'argomento.

Metodi. Sono state esaminate diverse fonti di dati: *The Atlas of Heart Disease and Stroke* dell'OMS, il *Datawarehouse* Regione Liguria, i Sistemi di Sorveglianza PASSI, OKKIO alla Salute, Passi d'Argento e l'indagine Hbsc. I dati sono stati raccolti, analizzati, aggregati e presentati sotto forma di *focus paper*.

Risultati. Si è realizzato un *focus paper* in dimensioni poster, come strumento comunicativo da utilizzare nelle strutture sanitarie, negli studi medici, adatto anche ad ambienti non sanitari, di facile comprensione, che invita alla lettura attraverso argomenti, immagini e curiosità sugli stili di vita.

Conclusioni. Questo strumento comunicativo, innovativo e accattivante, veicola importanti messaggi nel campo della prevenzione e promozione della salute. Può quindi essere di sostegno ai programmi esistenti nel territorio, orientati alla modifica degli stili di vita nel campo delle abitudini alimentari e dell'attività fisica. Ciò costituisce, sia per i gruppi a rischio ma soprattutto a livello di popolazione, una priorità per le Aziende Sanitarie.

P4 “GAMES FOR HEALTH” PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE: L’ESPERIENZA DELL’AZIENDA USL DI MODENA

Canale Alessia (a), Vanoli Marco (a), Boni Michelangelo (a), Carobbi Manuela (b), Belluzzi Luigi (c), Fattori Giuseppe (d)

(a) Sistema Comunicazione e Marketing, AUSL, Modena

(b) Educazione alla Salute, AUSL, Modena

(c) Studio Lobo, Reggio Emilia

(4) Programma Territoriale Comunicazione e Promozione della Salute, AUSL, Modena

Introduzione. Le dinamiche di gioco sono sempre più utilizzate per sensibilizzare gli individui riguardo a specifici comportamenti. Nell’ambito del Programma “Comunicazione e Promozione della Salute” delle Aziende sanitarie modenese la *gamification* (meccaniche di gioco all’interno di contesti non ludici) è stata sperimentata per la promozione della salute.

Metodi. Due giochi *online* sono stati realizzati nel 2011, in collaborazione con due eventi fieristici del modenese. Si tratta di “Vivi la Salute, vinci il parco”, pensato per coinvolgere in modo ludico e divertente i visitatori del sito web della manifestazione Children’s Tour, dedicata al turismo dei bambini, e di “Skipass4Health”, concorso svoltosi nell’ambito di una delle più importanti fiere sul turismo invernale, Skipass. In entrambi i casi i portali web delle fiere hanno ospitato un *banner* con un link al gioco. Si trattava di un semplice format con domande a risposta multipla, incentrate su stili di vita sani e sostenibili e composte attingendo a differenti fonti che garantissero la correttezza e la precisione dei contenuti (es: INRAN; Regione Emilia-Romagna). A seguito delle risposte, i partecipanti hanno avuto accesso alle risposte corrette, con spiegazioni e approfondimenti.

Risultati.

“Vivi la salute, vinci il parco” - Durata: 8-20 marzo 2011

Premi: 1 week-end in un parco

Partecipanti: 1016 (maggioranza tra i 25 ed i 55 anni)

Visualizzazioni della pagina web durante il concorso: 2.187

“Skipass4Health” - Durata: 18 ottobre- 1 novembre 2011

Premi in palio: 21 (tra skipass, caschi da sci e zaini)

Partecipanti: 1024 (maggioranza tra i 18 ed i 40 anni)

Visualizzazioni della pagina web durante il concorso: 2.745

Pagina Facebook: 148 “like it”, 3.922 visualizzazioni.

Conclusioni. I numerosi partecipanti e i commenti raccolti (dati qualitativi) indicano quanto sia importante aggiornare e innovare continuamente nel campo della promozione della salute, individuando approcci, percorsi e canali al passo con esigenze informative e relazionali degli individui e delle collettività. I sistemi di sorveglianza esistenti continueranno a indicare se il complesso delle attività realizzate genera risultati concreti, ma realizzare e monitorare attività come quelle descritte aiuta a diversificare le strategie, adattandole ad *audience* specifiche.

“PILLOLE DI GIOVINEZZA? PARLIAMONE!”

Cantù Daniela (a), Barbieri Marzia Raffaella (a), Sasso Claudio (b), Massa Saluzzo Marina (b), Marini Sara (c), Bernardini Alessandro (c)

(a) Dipartimento del Farmaco, ASL AL, Tortona, Alessandria

(b) Distretto di Tortona, ASL AL, Tortona, Alessandria

(c) SOC Farmaceutica Zona Sud, ASL AL, Tortona, Alessandria

Introduzione. L’ASL AL (già ASL 20) nel 2005 ha ideato “Pillole di giovinezza? Parliamone!”, percorso di promozione della salute sul tema del corretto e consapevole utilizzo del farmaco dedicato agli anziani in quanto grandi consumatori di farmaci e influenzabili dai messaggi pubblicitari.

Metodi. È stata creata una RETE di progetto tra: l’ASL, la Consulta anziani, il CISA, il Centro sociale anziani, Unitrà, la SOMS, le Farmacie e la SIMG. Le fasi del progetto: contatto con gli *opinion leader* di settore presenti in RETE; formazione della popolazione attraverso seminari interattivi e sensibilizzazione verso la compilazione del “libretto dei farmaci”, un diario in cui annotare tutte le terapie assunte; condivisione con la RETE dei risultati ottenuti; divulgazione presso la cittadinanza dei messaggi educativi attraverso locandine e presso gli sportelli ASL nell’ambito della erogazione diretta dei farmaci.

Risultati. Il progetto ha visto la partecipazione attiva di molti anziani. I questionari somministrati hanno rilevato una maggiore consapevolezza circa:

- l’importanza di evitare consumi di farmaci a rischio per la salute e di valutare, in maniera critica, i messaggi pubblicitari;
- l’importanza della completa aderenza alle terapie prescritte e la necessità di fornire al Medico la conoscenza dei farmaci già in uso;
- la segnalazione di reazioni avverse.

Risultano oggi sensibilmente incrementati gli accessi da parte della locale popolazione presso il Centro ASL di Informazione e distribuzione del farmaco di Tortona. Il progetto, infatti, prosegue attraverso la distribuzione diretta dei farmaci e durante i seminari periodici aperti a tutta la popolazione. In tali sedi i Farmacisti ed i Medici aziendali sensibilizzano i cittadini ad annotare sempre su di un quaderno i farmaci, gli integratori ed i prodotti fitoterapici assunti per avere un diario da portare con sé quando ci si reca dal Medico di Famiglia, dallo Specialista o in Farmacia. A garanzia della continuità educativa dei messaggi contenuti nel percorso PEAS sono state ideate insieme agli anziani ed alla RETE locandine, affisse in molteplici luoghi (Farmacie, ASL, Studi Medici, Comuni) recanti il “decalogo” dei messaggi più importanti del progetto.

Conclusioni. La stretta e consapevole sinergia consolidata tra tutti gli attori del sistema ha consentito di garantire reale continuità educativa al percorso PEAS. L’utilizzo del “libretto dei farmaci” è risultato uno strumento efficace per agevolare il dialogo tra cittadino e Professionisti della salute. La distribuzione diretta dei farmaci offre occasioni preziose per instaurare un efficace dialogo con il cittadino ed avvicinare i servizi alla persona.

P5 STILI DI VITA ED ALL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI: DISUGUAGLIANZE NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA IN TOSCANA

Carucci Elena (a), Garofalo Giorgio (b)

(a) Direzione P.O., ASL 3, Pistoia

(b) Coordinamento Regionale PASSI, ASL 10, Firenze

Introduzione. I soggetti appartenenti a classi sociali svantaggiate accedono spesso ad un sistema di prestazioni sanitarie di qualità più scadente, maggiormente intempestivo e non sempre appropriato. Obiettivo di questo studio è quello di esplorare, attraverso la sorveglianza PASSI, l'esistenza di disuguaglianze in ambito sanitario nel campione di stranieri intervistato dal 6/2007 al 12/2010 in Toscana.

Metodi. Con PASSI sono stati intervistati 12683 cittadini tra 18 e 69 anni estratti dall'anagrafe assistiti; 465 sono cittadini stranieri. Sono state analizzate (Epi Info 3.5.3.) le variabili relative ai consigli dei sanitari sugli stili di vita, alla prevalenza di patologie croniche e all'accesso alle cure. I risultati sono espressi come frequenze assolute e percentuali.

Risultati. Il campione di stranieri ha un'età media di 37aa vs 44aa del campione della popolazione toscana; le donne sono il 62,6%. Si rileva un minor consumo di alcol (52% vs 57%) e un miglior controllo del peso corporeo. Differenze emergono sugli aspetti relativi ad alcuni consigli dei sanitari sugli stili di vita (attività fisica, consumo di frutta e verdura) e sull'accesso alle cure, come il trattamento dell'ipertensione, quello dell'ipercolesterolemia ed il calcolo del rischio cardiovascolare. Riferite difficoltà economiche: il 73% del campione dichiara di avere molte o qualche difficoltà economiche, vs il 50% del campione della popolazione toscana. Sulla prevalenza di patologie cronico degenerative emerge una differenza statisticamente significativa (favorevole per la popolazione straniera) per l'ipertensione ed i tumori, ma questa potrebbe essere dovuta alla differenza di età fra le due popolazioni. Differenze sull'esecuzione del pap test: 85% delle donne italiane del campione vs 69% del campione di donne straniere.

Conclusioni. L'analisi sul campione di stranieri di PASSI Toscana ha evidenziato apprezzabili disuguaglianze in relazione all'accesso alle cure. Sebbene il campione degli stranieri abbia età media inferiore a quella del campione generale, emerge che la fruizione del sistema sanitario è più difficoltosa per una delle classi sociali più svantaggiate. Il fatto che il campione degli stranieri sia estratto dall'anagrafe sanitaria e comprenda quindi i "regolari" fa presupporre che, nella realtà di tutta la popolazione immigrata, le differenze in termini di svantaggio siano maggiori.

COLPO D'OCCHIO SULL'ATTIVITÀ FISICA IN LIGURIA

Castiglia Raffaella (a), Caielli Alice (a), Cecconi Rosamaria (a), Culotta Claudio (a), Baldi Roberta (d), Battistella Alessandra (b), Carloni Roberto (c), Crisci Patrizia (a), Ferrari Bravo Maura (e), Pascali Federica (a), Picasso Marco (f), Sasso Tiziana (c)

(a) ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia, Genova

(b) Università degli Studi di Genova, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Genova

(c) ARS Liguria, Area Epidemiologia e Prevenzione, Genova

(d) ASL 5 Spezzino, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia, La Spezia

(e) ASL 4 Chiavarese, Dipartimento di Prevenzione, Chiavari, Genova

(f) ASL 1 Imperiese, Direzione Sanitaria, Imperia

Introduzione. Industrializzazione, urbanizzazione e trasporti meccanizzati hanno ridotto l'attività fisica, anche nei Paesi in via di sviluppo; così attualmente più del 60% della popolazione mondiale non è sufficientemente attiva. L'esercizio fisico contribuisce ad aumentare l'aspettativa di vita, indipendentemente dai fattori genetici: può ridurre significativamente il rischio di cardiopatia coronarica, diabete, ipertensione arteriosa e obesità; aiuta a ridurre lo stress, l'ansia e la depressione, e migliora il profilo lipidico. Per questo motivo si è deciso di realizzare uno strumento di comunicazione che supporti i progetti di prevenzione primaria esistenti sull'argomento.

Metodi. Sono state esaminate diverse fonti di dati: *The Atlas of Heart Disease and Stroke* e altre pubblicazioni dell'OMS, i Sistemi di Sorveglianza PASSI, OKkio alla Salute, l'indagine Hbsc, il sito web *The Plan of Physical Activity, Sport and Health* (PAFES). I dati sono stati raccolti, analizzati, aggregati e presentati sotto forma di *focus paper*.

Risultati. Si è così realizzato un *focus paper* in dimensioni poster, come strumento comunicativo da utilizzare nelle strutture sanitarie, negli studi medici, adatto anche ad ambienti non sanitari, di facile comprensione, che invita alla lettura attraverso argomenti, immagini e curiosità sugli stili di vita.

Conclusioni. Questo strumento comunicativo, innovativo e accattivante, veicola importanti messaggi nel campo della prevenzione e promozione della salute. Può quindi essere di sostegno ai programmi esistenti nel territorio, orientati alla modifica degli stili di vita nel campo delle abitudini alimentari e dell'attività fisica. Ciò costituisce, sia per i gruppi a rischio ma soprattutto a livello di popolazione, una priorità per le Aziende Sanitarie.

P6 “EDUCARE IL GUSTO”

Corrieri Puliti Lucia (a), Ardis Sergio (a), Fondi Martina (a), Tomasi Alberto (a), Rosati Alberto (a), Mazzotta Luisa (a), Tessieri Massimo (b)

(a) Azienda USL 2 Lucca, UO Educazione alla Salute, Dipartimento della Prevenzione, UO Nefrologia, Lucca

(b) Consulente/Collaboratore/Volontario, Lucca

Introduzione. L’etica deontologica che regolamenta i comportamenti individuando i doveri e divieti, può essere alla base della prevenzione, ma mal si presta per la promozione della salute che deve cercare invece le sue basi nell’etica della responsabilità. Il nostro progetto mira ad aumentare la consapevolezza della popolazione generale sui vantaggi del controllo dell’introduzione di sodio nell’alimentazione. Il titolo della campagna riassume questa filosofia. L’iniziativa prevede anche l’integrazione con il progetto regionale “Pranzo sano fuori casa” nell’ambito di Guadagnare Salute in Toscana.

Metodi. Il mezzo è la televisione (digitale terrestre e webtv). Abbiamo realizzato cinque trasmissioni televisive in altrettante cucine di ristoranti rinomati di Lucca. In ogni trasmissione il cuoco del ristorante prevede un piatto, fornendo consigli per esaltare il gusto limitando o evitando l’uso di sale. I consigli vengono distribuiti anche ai clienti in una elegante cartolina: le alte temperature inibiscono la percezione dei gusti: abituarsi a consumare gli alimenti a temperature non troppo elevate. Preservare e valorizzare sapidità e fragranze originali degli alimenti: prediligendo la cottura a vapore, non avremo bisogno di aggiungere sale. I sapori naturali vengono esaltati dai condimenti acidi: in cucina utilizzare yoghurt naturale, succo di agrumi, aceto, vino bianco, riducendo così il bisogno di sale. Masticare lentamente e soffermarsi a percepire appieno gusti e profumi. Le erbe aromatiche fresche o essiccate esaltano il sapore come e più del sale: imparare ad utilizzare questo grande patrimonio naturale in tutte le ricette. Il sale in cottura altera il volume e la consistenza originali degli alimenti. Aggiungerlo solo a cottura ultimata e macinato fresco.

Risultati. A oggi le trasmissioni sono in replica nella programmazione di “Fare TV sul digitale terrestre” su tutto il territorio della Toscana. Sono visibili sul web nel sito <http://www.faretv.net/>.

Conclusioni. La televisione rimane ancora il media più efficace. Campagne che “vietano” possono essere utili, ma certamente sono meno efficaci di strategie che espongono i vantaggi del cambiamento dei comportamenti. Con la guida di uno chef preparato e con il quale condividiamo gli obiettivi e la filosofia della promozione della salute, possiamo imparare a cucinare in modo più gustoso e allo stesso tempo più sano.

ATTENZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI AI TEMI DI GUADAGNARE SALUTE IN REGIONE CAMPANIA

D'Argenzo Angelo (a), Pizzuti Renato (a), Cicala Stefano (a), Pugliese Annabella (a), Sessa Alessandra (b), Gruppo Coordinatori Aziendali PASSI Regione Campania

(a) *Osservatorio Epidemiologico Regionale, Napoli*

(b) *ASL, Caserta*

Introduzione. L'attenzione degli operatori sanitari agli stili di vita della popolazione è un punto focale nella promozione di comportamenti salutari, in accordo alle pratiche di prevenzione primaria sostenute dalle Società scientifiche. L'efficacia dei consigli degli operatori sanitari, soprattutto dei MMG, nel favorire l'assunzione di stili di vita virtuosi è testimoniato da evidenza scientifica e trova il suo presupposto nel peculiare rapporto di fiducia fra medico e paziente. Il sistema di sorveglianza Passi consente di valutare l'interesse degli operatori sanitari nel raccogliere informazioni sugli stili di vita dei pazienti e nel promuovere l'adozione di comportamenti virtuosi.

Metodi. Analisi descrittiva dei dati raccolti con la rilevazione Passi 2010, su un campione rappresentativo della popolazione residente in Campania (n=2.037), estratto, con metodo casuale, dalle anagrafi sanitarie delle sette aziende sanitarie locali. Dati elaborati con il software EPIInfo.

Risultati. Solo al 24% degli intervistati è stato chiesto, da un medico o altro operatore sanitario, se svolgesse regolarmente attività fisica mentre al 23% è stato consigliato di praticarla. Anche se la proporzione di persone in sovrappeso o obesi che seguono una dieta è significativamente più alta tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (41% vs 11%), meno della metà dei soggetti in eccesso ponderale (48%) ha ricevuto consiglio di perdere peso. Riguardo al "fumo", in circa il 40% dei casi un medico o altro operatore sanitario si è interessato su tale abitudine e solo alla metà dei fumatori è stato consigliato di smettere. Soltanto il 9% delle persone riferisce che un medico o un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol e solo all'8% dei bevitori a rischio è stato consigliato di bere meno.

Conclusioni. I dati rilevati evidenziano un coinvolgimento ancora limitato degli operatori sanitari nel supportare le politiche di prevenzione, anche attraverso semplici domande o consigli volti a indirizzare i pazienti verso stili di vita più sani. Una maggiore sensibilizzazione, soprattutto dei MMG, comporterebbe indubbi benefici, considerate le vaste fasce di popolazione con cui si interfacciano e la possibilità di interagire con ogni paziente da una "posizione privilegiata".

LO SGUARDO DEGLI INFERNIERI INCROCIA QUELLO DEGLI ADOLESCENTI. UN CORTOMETRAGGIO PER NARRARE L'ESPERIENZA DI PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE DA ALCOL, FUMO E SOSTANZE IN ALCUNE SCUOLE ROMANE

Darelli Gianna, De Luca Francesca
Azienda Sanitaria Locale Roma C, Roma

Introduzione. È un programma scolastico europeo per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e sostanze d'abuso basato sul modello dell'influenza sociale e sul rinforzo negli adolescenti delle "competenze di vita". Nel Lazio è inserito nel Piano Regionale della Prevenzione 2010-12. La sua efficacia si basa su evidenze scientifiche, possiede una originale metodologia che nel corso delle 12 lezioni di cui si compone, rafforza la capacità di assertività e di resistenza alla pressione del gruppo dei pari. Per la divulgazione di *Unplugged* nelle scuole e per la comunicazione all'interno di iniziative varie di promozione della salute, il gruppo di lavoro multidisciplinare - tra cui due infermieri - ha realizzato un cortometraggio della durata di 20 minuti circa.

Metodi. La narrazione dell'esperienza del lavoro di gruppo e dell'incontro con gli studenti è avvenuta attraverso un cortometraggio dal titolo "Questa è una scuola 100% *Unplugged!*". Ogni collega ha lavorato al video mettendo a disposizione le proprie risorse e/o esperienze "extrasanitarie" divenendo regista, sceneggiatore, montatore e fotografo. Il cortometraggio è stato girato all'interno di due scuole secondarie e vi scorrono le immagini di interviste "sul campo" ai docenti e ai ragazzi. È arricchito inoltre da una "robusta" colonna sonora!

Risultati. Il cortometraggio realizzato permetterà la divulgazione di questo speciale programma sia all'interno delle scuole partecipanti sia in quelle che ancora non hanno aderito ad *Unplugged* e in eventi più istituzionali al fine di veicolare la promozione della salute in modo divertente ed efficace. Il percorso è stato coinvolgente dal punto di vista formativo ed umano; ha confermato agli infermieri quale sia il modo migliore di spazzare via i pregiudizi: cioè fare esperienza sia per i formatori sia per i formati, docenti o studenti che siano. Gli infermieri hanno vissuto un patto tra generazioni in cui i nativi digitali possono insegnare agli adulti cose che essi non sanno in cambio di una metodologia di cui essi ancora non dispongono.

Conclusioni. Per le competenze relazionali, creative e di coordinamento proprie della professione, gli infermieri hanno contribuito fortemente alla creazione del video sollecitando così i colleghi delle altre ASL a lavorare in *Unplugged!*

P7 ANALISI GEOGRAFICA DELLA DISTRIBUZIONE DEI PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO PER MALATTIE CRONICHE IN PUGLIA ATTRAVERSO I DATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI

De Palma Maria (a), Coviello Vincenzo (b), Pollice Anton Giulio (c), De Luca Addolorata (d), Caputo Enrico (e), Termite Stefano (f), Cipriani Rosita (g), Aprile Valerio (h)

(a) *Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia, Bari*

(b) *UOSE ASL BAT, Barletta-Andria-Trani*

(c) *ASL, Foggia*

(d) *ASL BAT, Barletta-Andria-Trani*

(e) *ASL, Bari*

(f) *ASL, Brindisi*

(g) *ASL, Taranto*

(h) *ASL, Lecce*

Introduzione. Obiettivo del lavoro è descrivere la distribuzione geografica dei principali fattori di rischio per malattie croniche in Puglia (abitudine al fumo, sedentarietà, eccesso di peso e abuso di alcol), attraverso l'utilizzo delle informazioni derivanti dal PASSI.

Metodi. Tra settembre 2007-dicembre 2010, sono stati intervistati 6.370 pugliesi. Al fine di sviluppare i cartogrammi con il metodo Kernel, sono state stimate le prevalenze riferibili ai singoli comuni di residenza degli intervistati, corrette in base al numero di interviste effettuate per comune. Attraverso un processo di interpolazione, i dati puntuali sono stati utilizzati per sviluppare una rappresentazione geografica dei principali fattori di rischio. L'effetto ottenuto dall'applicazione di questa metodica, definito *smoothing*, è una rappresentazione continua dell'indicatore sul territorio regionale, in cui i valori massimi e minimi delle stime puntuali sono smussati e vengono evidenziati gli aggregati locali di valori più alti o più bassi rispetto alla media regionale.

Risultati. Si osservano proporzioni più alte di fumatori in gran parte del territorio della ASL FG e nell'ASL TA. Aree meno estese con elevata prevalenza di fumatori si individuano nell'entroterra della Provincia BA e dell'estremità sud del Salento. Tutte le ASL mostrano una prevalenza di sedentari abbastanza omogenea, con un eccesso localizzato nella zona costiera dell'ASL BT; emerge una quota di sedentari inferiore rispetto alla media regionale in tutta l'ASL TA. L'ASL TA e gran parte delle ASL FG e BR si caratterizzano per una prevalenza di soggetti in sovrappeso o obesi al di sopra della media regionale. Un eccesso di bevitori a rischio si concentra nel Subappennino Dauno, nel litorale dell'ASL BT, nel Nord Barese, nel Tarantino e nella zona della Valle d'Itria. Percentuali al di sotto della media regionale si riscontrano nella zona della Murgia barese e nella penisola salentina.

Conclusioni. Il lavoro ha consentito di evidenziare l'esistenza di aree del territorio regionale in cui si concentrano valori di tali fattori di rischio particolarmente differenti rispetto alle zone limitrofe, individuando aree di clusterizzazione. In tali aree, questi fattori di rischio dovrebbero essere attentamente sorvegliati e l'adozione di specifici di prevenzione dovrebbe assumere carattere di particolare priorità.

P8 FUMO, ALCOL E RAPPORTO CON LA SCUOLA IN UN GRUPPO DI ADOLESCENTI

Di Marco Mariasilvia (a), Bergamaschi Anna (b), Gentilini Franca (a), Monti Claudia (a), Savelli Giannalberta (c)

(a) *Istituto Oncologico Romagnolo, Forlì*

(b) *Università degli Studi di Bologna, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Bologna*

(c) *Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL, Ravenna*

Introduzione. La promozione della salute tra gli adolescenti rappresenta una priorità assoluta in sanità pubblica e la scuola è il contesto privilegiato dove i giovani possono acquisire capacità per il conseguimento del proprio benessere. Autonomia, autostima, comunicazione efficace, gestione delle emozioni e soluzione dei problemi rappresentano abilità personali in grado di aiutare i giovani nelle scelte di vita e la scuola può essere il luogo in cui queste abilità possono essere consolidate. Di contro il disagio scolastico può diventare un fattore di rischio.

Metodi. Lo studio è stato condotto tra gli studenti frequentanti la prima classe di istituti secondari di secondo grado di Ravenna, all'inizio dell'anno scolastico 2010-2011, mediante la somministrazione di un questionario. Le domande indagavano principalmente la percezione dello stato della propria salute, il rapporto con la scuola, gli atteggiamenti ed il consumo di sostanze (tabacco e alcol).

Risultati. Hanno partecipato all'indagine 600 studenti 55% maschi e 45% femmine; il 70% è in corso ed ha 14 anni, il 24% 15 anni, il 6% 16 anni ed oltre. Complessivamente risulta fumatore l'11% dei maschi ed il 10% delle femmine; tra gli studenti di 14 anni la frequenza scende al 6%, mentre tra quelli di età maggiore si raggiunge il 25%. In rapporto al tipo di scuola si registra il 9% di fumatori negli Istituti Tecnici ed il 16% nei Professionali ($p<0,05$). Dichiara di non bere mai alcolici il 40% (36% maschi e 45% femmine - $p<0,05$); raramente il 37% e regolarmente il 23%. Il 71% dei ragazzi non si è mai ubriacato; il 18% si è ubriacato almeno 1 volta nel corso dell'ultimo anno ed il 10% riporta almeno un episodio di ebbrezza nell'ultimo mese (senza differenze di genere). Ha già consumato alcolici il 96% dei fumatori e soltanto il 55% dei non fumatori. Non si osservano differenze statisticamente significative legate al tipo di scuola frequentata, mentre tra i consumatori regolari di alcol il 14% ha un rapporto scadente con la scuola, contro il 2% di chi non beve.

Conclusioni. Il passaggio alla scuola superiore rappresenta un momento di cambiamento per gli adolescenti, in cui sperimentano comportamenti a rischio, ma un buon rapporto con la scuola sembra essere un fattore protettivo almeno per il consumo di alcol. È importante quindi che la rete istituzionale, che si occupa della salute degli adolescenti, contribuisca alla creazione di un contesto scolastico promuovente il benessere e la salute.

P9 THE GAME: UN CORTOMETRAGGIO PER LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI

Fallace Pasquale

ASL Napoli 2 NORD, Struttura Semplice di Educazione alla Salute, Napoli

Introduzione. La prevenzione degli incidenti stradali richiede la realizzazione di un percorso educativo, sistematico ed integrato tra più attori (sanità, scuola, enti locali, forze dell'ordine, associazioni di categoria), sui fattori dell'incidentalità stradale: i comportamenti personali a rischio (alcool, sostanze d'abuso, farmaci, dispositivi di sicurezza); ma soprattutto sugli aspetti formativi finalizzati all'*empowerment* individuale e comunitario. Obiettivo prioritario quindi: sviluppare nella popolazione una "cultura della salute e della legalità" che parta dalla responsabilizzazione di ogni singolo cittadino.

Metodologia. L'azione intrapresa ha privilegiato l'alleanza strategica con la scuola quale luogo di interventi di prevenzione da destinare ad alunni, insegnanti, genitori ma anche luogo di produzione di cultura e quindi di elaborazione di idee, progetti e attività di promozione alla salute da proporre al territorio. Distinguendo percorsi educativi adeguati alle diverse fasce d'età e popolazioni *target*, ha realizzato: seminari di formazione per moltiplicatori d'azione preventiva destinato agli operatori ASL e agli insegnanti delle scuole *partner*; workshop di produzione di unità didattiche volte allo sviluppo di capacità personali degli alunni per prevenire gli incidenti stradali; ruolo attivo e "protagonista" degli scolari delle elementari e medie nella somministrazione ai propri genitori di un questionario di percezione del rischio relativamente agli incidenti stradali; realizzazione di due spot e di un cortometraggio su tematiche di sicurezza stradale: The game a cura degli alunni delle scuole superiori che hanno ideato soggetto e sceneggiatura e provveduto all'assistenza alla produzione sotto la guida tecnica di *Amnesia Media Solution* e con la regia di Antonio Centomani.

Risultati. La creazione del cortometraggio ha realizzato la mobilitazione di una platea di studenti molto numerosa sia attraverso i contatti e le sollecitazioni dirette nelle classi coinvolte da parte del gruppo di dodici ragazzi che hanno coordinato l'attività, sia attraverso il web, sulla pagina www.mettitisullabuonastrada.it creata per raccogliere idee e proposte. Sono giunti numerosi spunti di soggetti, sceneggiature, suggerimenti, disegni che hanno contribuito alla messa a punto del prodotto finale. Il cortometraggio e gli spot pubblicati di recente: rappresenteranno la stimolazione di partenza dei prossimi incontri nelle scuole; saranno proposti alle emittenti locali per dei "passaggi" televisivi di pubblicità progresso; saranno proiettati *on the road* nei luoghi di aggregazione giovanile con l'ausilio di un camper d'intesa con Polizia Locale e Carabinieri; saranno proposti alle scuole guida del territorio per sensibilizzare i patentandi.

Conclusioni. I soggetti *target* dell'intervento (operatori, insegnanti, alunni, genitori) sono stati sollecitati ad un ruolo "attivo" e "protagonista": tutti sono stati chiamati a svolgere un compito che non prevedesse la mera e passiva accoglienza di messaggi informativi o di azioni educative ma una partecipazione alla produzione degli strumenti e dei messaggi di prevenzione.

LA COMUNICAZIONE DELLA SCIENZA

Ferri Roberto, Pinna Clara, Sandrin Luana, Tunini Chiara
Regione Friuli Venezia Giulia, Trieste

Introduzione. La realizzazione di politiche e di attività di prevenzione e di promozione della salute richiede una comunicazione efficace a carattere scientifico, non commerciale, in grado di rappresentare dati quantitativi, fruibili direttamente alla popolazione, evitando opinioni non suffragate dall'evidenza.

La Direzione Salute della Regione Friuli Venezia Giulia, ha indicato tre interlocutori principali a cui destinare un'efficace comunicazione di salute: la popolazione in generale (*general public*), gli amministratori (*policy makers*) e la stampa (*press*) che hanno differenti aspettative nelle diverse situazioni di salute pubblica.

Metodi. La comunicazione per la salute pubblica, significa dialogo e non semplicemente flusso unidirezionale di informazioni, risponde ai seguenti scopi: aumentare la conoscenza, istruire, favorire le scelte consapevoli e persuadere. Pertanto la Direzione Salute ha definito un percorso formativo rivolto a rappresentanti della sanità regionale, degli amministratori locali tramite FedersanitàAnci e degli Uffici stampa della Regione per riflettere e, molti aspetti della necessaria strategia comunicativa “attiva” o “passiva” in ambito scientifico e dei relativi fattori contestuali che possono modificare il contenuto o il significato dei messaggi di salute pubblica. Trattandosi di azioni che intervengono sulla vita e sui valori delle persone, è apparso necessario affrontare anche l'etica della comunicazione ponendo attenzione alle diversità culturali e religiose che sono presenti in comunità multietniche e multilinguistiche, per creare una “cultura” della comunicazione che sia fatta propria dagli operatori sanitari, amministratori e tecnici, che possa diventare parte sostanziale e condivisa della attività di prevenzione e promozione della salute.

Risultati. Si sono realizzati due percorsi formativi, condotti da esperti del Master di comunicazione della Scienza della SISSA di Trieste, con la partecipazione degli operatori delle aziende sanitarie, Federsanità ANCI, della Direzione Regionale e dell'Ufficio stampa, su alcune aree prioritarie all'interno delle quali sono stati realizzati esercitazioni e prodotti di comunicazione coerenti con le macroaree del piano della prevenzione, affrontando i principali bisogni di salute sugli stili di vita, sul rapporto ambiente e salute.

P10 L'ATTENZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI AI BISOGNI DEGLI UTENTI: I DATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI (PROGRESSI NELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA) NEL TERRITORIO DELL'ASL CN1

Fossati Anna Maria, Balestra Antonella, Barale Mariangela, Becchio Maria Teresa, Botto Maria Maddalena, Cerrato Marina, Lamberti Marina, Bruno Stefano, Puglisi Maria Teresa
ASL CN1, Cuneo

Introduzione. PASSI è il sistema di sorveglianza italiana sui comportamenti correlati con la salute della popolazione adulta (18-69 anni). I dati sono resi disponibili a coloro che devono progettare, realizzare e valutare interventi di sanità pubblica. In questo lavoro viene analizzata l'attenzione degli operatori sanitari rispetto ad alcuni bisogni degli utenti.

Metodi. I dati sono stati rilevati tramite somministrazione telefonica di un questionario ad un campione casuale di iscritti all'anagrafe sanitaria, stratificato per sesso e classi di età. Tra gli intervistati che sono stati in contatto con un sanitario nei 12 mesi precedenti all'intervista, si sono esaminate le risposte relative a sintomi di depressione, attività fisica, situazione nutrizionale e abitudini alimentari, abitudine al fumo, consumo di alcol, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, punteggio del rischio cardiovascolare, *screening* per le neoplasie del collo dell'utero e della mammella. L'analisi è stata condotta utilizzando il software EPI Info 3.5.1.

Risultati. Il 53% delle persone con sintomi indicativi di uno stato di depressione si rivolge ad un operatore sanitario, al 28% delle persone sedentarie viene consigliata attività fisica e al 38% delle persone in sovrappeso viene consigliato di fare una dieta, al 47% dei fumatori viene consigliato di smettere. Al 16% degli intervistati sono state poste domande in merito al consumo di alcolici. Il 77% di ipertesi ed il 18% di ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico; il punteggio del rischio cardiovascolare è stato calcolato al 4% degli intervistati. Negli *screening* per le neoplasie del collo dell'utero e della mammella l'adesione sale in base al numero di interventi di promozione ricevuti (utero: 32% di adesione senza interventi, 88% se ricevuto lettera d'invito, consiglio di operatore sanitario e visto campagna informativa; mammella: rispettivamente 0% e 79%).

Conclusioni. Sul versante del trattamento della depressione, l'utilizzo dei servizi sanitari preposti appare non del tutto soddisfacente, essendo ancora alta la parte del bisogno non trattato. I consigli di fare attività fisica ai sedentari, di seguire una dieta ai sovrappeso, di smettere di fumare e di ridurre il consumo di alcol, rilevano percentuali ancora troppo basse. Il consiglio di adottare stili di vita corretti può essere una misura efficace nel controllo dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia. Ancora poco utilizzato risulta il calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare. I programmi organizzati di *screening*, che comprendono lettera d'invito, consiglio dell'operatore e campagne informative, si confermano correlati ad una maggiore adesione.

GUADAGNARE SALUTE: IL SISTEMA DI RILEVAZIONE PASSI 2007-2010 NELLA AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA

Gottardello Lorena (a), Simoncello Ivana (a), Cipolla Eustacchio (a), Caracciolo Vera (a), Cannizzo Elisabetta (a), Dainese Stefania (a), Masiero Daniela (a), Pedruzzi Liliana (a), Guerriero Anna Maria (a), Basile Angela (b), Coppola Tiziana (b)

(a) UOC Igiene e Sanità Pubblica, Azienda ULSS 16, Padova

(b) Dipartimento di Medicina Molecolare, Università degli Studi, Padova

Introduzione. L’Azienda ULSS 16 ha aderito al sistema di sorveglianza PASSI “Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia” che ha lo scopo di valutare lo stato di salute della popolazione e alcuni determinanti di salute come l’attività fisica, le abitudini alimentari, il consumo di alcool e l’abitudine al fumo.

Metodi. I dati sono stati ottenuti mediante il sistema di sorveglianza PASSI negli anni 2007-2008-2009-2010 riferiti ad un diverso campione annuale della popolazione residente nell’AULSS 16 di età compresa tra 18 e 69 anni. I dati sono stati raccolti mediante somministrazione per via telefonica di un questionario standard ed analizzati con il software Epi info 3.4.3.

Risultati. In relazione all’attività fisica si è evidenziato un progressivo aumento del numero di sedentari (da 22% al 36%) e si è mantenuto un costante grado della promozione da parte degli operatori sanitari. Si è riscontrata una lieve diminuzione del numero di persone obese e in soprappeso (obese/soprappeso dal 39% al 36%) ed il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno è aumentato dal 14% al 18%. Il numero di bevitori che ha consumato almeno una unità di bevanda alcolica nell’ultimo mese è aumentata dal 70% nel 2007 al 77% nel 2010. Inoltre si è evidenziato un *trend* in aumento del numero di bevitori *binge* soprattutto nelle età dai 18 ai 34 anni, un *trend* costante del numero di forti bevitori ed in diminuzione dei bevitori fuori pasto. Negli anni 2007-2010 il numero di fumatori è diminuito dal 30% al 24%. La percentuale di uomini fumatori negli anni 2007-2009 è progressivamente aumentata, quella delle donne è diminuita, nel 2010 si è evidenziata una controtendenza in entrambi.

Conclusioni. Considerando i risultati ottenuti per quanto riguarda l’attività fisica e lo stato nutrizionale della popolazione sarebbe opportuno sensibilizzare gli operatori sanitari con programmi di formazione adeguati e mirati ad incentivare il *counseling*. Inoltre sarebbe auspicabile promuovere degli incontri sull’alcol nelle scuole visto il progressivo aumento dei bevitori *binge* sotto i 34 anni. Per quanto riguarda il fumo visto il *trend* in diminuzione, ad eccezione dell’ultimo anno, bisognerebbe continuare a sensibilizzare i fumatori nello smettere ricorrendo all’aiuto di personale qualificato, sottolineando l’importanza che il fumo è correlato ad un aumento di rischio di patologie cardiovascolari oltre che neoplastiche.

P11 CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE SU STILI DI VITA E AMBIENTI FAVOREVOLI ALLA SALUTE, IN REGIONE LOMBARDIA

Gramegna Maria, Bonfanti Marina, Fanuzzi Antonio, Gorio Roberta, Bertazzo Luisella, Coppola Liliana

Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia, Milano

Introduzione. Le evidenze scientifiche in tema di promozione della salute affermano la necessità di attivare “processi” che agiscano contemporaneamente sui fattori (predisponenti, abilitanti, rinforzanti) che possono mettere in grado le persone di compiere scelte e adottare comportamenti che contribuiscano a migliorare e/o a tutelare la propria salute. Tale approccio è stato assunto da Regione Lombardia nella *governance* di sistema dei programmi di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute che si caratterizzano per intersettoralità (finalizzata ad attivare cambiamenti sostenibili di carattere strutturale, ambientale, sociale nelle comunità locali, così da favorire la praticabilità individuale dei comportamenti favorevoli alla salute).

Metodi. A partire da questi presupposti è stata commissionata all’agenzia di comunicazione *Sudler&Hennessey s.r.l.*, aggiudicataria dell’appalto regionale per la comunicazione sanitaria e socio-sanitaria di Regione Lombardia 2011-2013, una campagna tesa a sostenere nei cittadini lombardi fattori di salute quali una corretta alimentazione e uno stile di vita attivo (considerati, insieme al fattore di rischio determinato dall’abitudine tabagica, i principali determinanti comportamentali per la prevenzione delle patologie citate in premessa), attraverso brevi messaggi veicolati da elementi “creatività” fortemente “agganciati” al contesto territoriale e di forte impatto suggestivo, che rinforzano credibilità, fattibilità e sostenibilità dei comportamenti suggeriti.

Risultati. All’agenzia è stato quindi chiesto di progettare di un’azione di comunicazione che risultasse fortemente correlata con il contesto culturale e territoriale lombardo. La ricerca delle soluzioni creative più idonee è stata indirizzata ad individuare chiavi di rappresentazione visiva che rendessero intuitivo associare la Lombardia all’opportunità di scegliere comportamenti salutari. Sono state formulate le seguenti ipotesi creative pensate per far passare il messaggio in modo efficace, utilizzando una chiave di “leggerezza”:

- associare luoghi/tipo (situazione urbana, ambiente di campagna, ecc.) a comportamenti salutari/tipo;
- associare alcuni cartelli di toponimi lombardi, attraverso giochi di parole, a comportamenti salutari;
- utilizzare personaggi-monumento simbolo della Lombardia, rielaborando le immagini con ritocco fotografico, così da trasformarli in veri e propri testimonial dell’adozione di comportamenti salutari.

Anche grazie alla Commissione Regionale Tecnica per la Comunicazione, l’Editoria e l’Immagine, la scelta è stata orientata verso la terza ipotesi ed è ora in corso l’attività di ricerca e selezione dei soggetti, la cui immagine sarà rielaborata graficamente. La *bodycopy* conterrà un messaggio informativo più specifico che inviterà anche a consultare il sito

regionale www.promozionesalute.regione.lombardia.it in cui saranno pubblicate informazioni di dettaglio sulle varie opportunità di salute offerte sul territorio regionale. La campagna sarà diffusa via web attraverso i portali di Regione Lombardia e di tutte le Strutture sanitarie del Sistema Sanitario Regionale. Si prevede inoltre la realizzazione di locandine e poster da diffondere attraverso il circuito dei Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, le farmacie, le associazioni, ecc. Allo studio anche altre azioni di comunicazione attraverso i media classici e/o i *social network*.

Conclusioni. La campagna di comunicazione regionale, che verrà “lanciata” in primavera e successivamente sottoposta a valutazione di *customer satisfaction*, rappresenta una azione di rinforzo e supporto a tutti gli interventi per la promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute che il “sistema lombardo”, nelle sue articolazioni territoriali (ASL) e centrali (Regione) sta attuando.

P12 VALUTAZIONE DELL'INFORMAZIONE DISPONIBILE SULL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE NEI SITI WEB NON COMMERCIALI

Mele Rosa Maria (a), Caroli Margherita (a), Tomaselli Maria Anna (a), Cammisa Maria (a),

Viesti Elisabetta (b), Longo Fulvio (b), Albano Nekdulf (b), Attolini Ettore (b)

(a) UO Nutrizione, ASL Brindisi, Brindisi

(b) Assessorato alle Politiche per la Promozione della Salute, Regione Puglia, Bari

Da alcuni anni è noto che l'Alimentazione Complementare (AC) è importante fattore di promozione della salute anche a lungo termine. Il web è strumento importante anche per la comunicazione sulla salute.

Scopo. Valutare l'informazione sull'AC nei siti web non commerciali.

Metodi. Su 3 motori di ricerca sono state digitate svezzamento, divezzamento e entrambe. Analizzate le prime 5 pagine per singole ricerche; eliminati i siti non attinenti e duplicati. Analizzati i primi 30 siti più frequenti per *banner* pubblicitari, fonte dei consigli alimentari e comportamentali, età di inizio, ricette e schemi di AC.

Risultati. Dai 450 risultati di ricerca ottenuti, eliminati duplicati e siti non attinenti, emergono 131 siti di cui sono stati valutati i 30 più frequenti. Nessun sito istituzionale compare nelle prime 5 pagine. Il 60% presenta *banner* pubblicitari di prodotti per bambini. Nel 53% dei siti le informazioni sono date da pediatri e nel 33% la fonte non è specificata. Il 50% consiglia l'inizio della AC a 4 mesi e solo il 33% non prima dei 6 mesi. Il 40% presenta ricette e schemi di AC. Tutti gli schemi sono risultati iperproteici (*range* 63%-324%). Il 21% dei siti presenta blog fra mamme e forum con esperto, non sempre pediatra. Sono state analizzate 87 domande di cui 45% non valutabili; delle restanti, il 52% riguarda la quantità, 17% la qualità, 8% la tempistica, 14% perplessità generali sulla AC, 18% commenti al sito, 15% quesiti sull'allattamento al seno.

Conclusioni. I siti web dedicati alla AC sono strumento di comunicazione pubblicitaria anche per altri aspetti della vita familiare; le fonti non sempre adeguate espongono le mamme ad informazioni non corrette; le informazioni pratiche (tempi, qualità e quantità) sono spesso non coerenti con le raccomandazioni teoriche della WHO. Le madri sono soprattutto preoccupate per gli aspetti quantitativi della AC. Un'AC corretta può diventare importante strumento di promozione della salute, ma l'assenza di siti istituzionali con corrette informazioni priva il sistema di salute pubblica di un importante strumento di comunicazione e diffusione ed espone le famiglie alla ricezione di consigli empirici non basati su dati scientifici.

Ricerca finanziata dalla Regione Puglia DGR2866/2010.

SARDEGNA NESS (*NETWORK SCUOLA E SALUTE*)

Meloni Serena (a), Masala Rita (a), Ferraro Salvatore (b)

(a) *Regione Autonoma della Sardegna, Cagliari*

(b) *USR, Ufficio Scolastico Regionale Sardegna, Cagliari*

Introduzione. L'evidenza scientifica sulla promozione della salute in ambito scolastico predilige lo whole school approach, ossia l'approccio globale nella scuola. Tale approccio comprende sia i metodi di educazione sanitaria classici che metodi di lavoro più originali, che mirano alla creazione di un ambiente fisico, sociale ed intellettuale che aiuti gli studenti, i genitori e la comunità intorno alla scuola a diventare agenti attivi nella ricerca del miglioramento del loro stato di salute (es. *empowerment* ed *advocacy*).

Metodi. Ispirato al modello europeo dello SHE Network, il Sardegna NeSS è uno strumento fondamentale per promuovere l'approccio *multistakeholder* per la prevenzione e la promozione della salute. Esso raccoglie, in una rete virtuale, tutti gli operatori che considerano la scuola soggetto attivo di promozione della salute. Attraverso il suo sito (www.sardegnaness.it) il Sardegna NeSS offre ai suoi affiliati:

- formazione sui principi e la metodologia dello SHE Network;
- forum di discussione per tematiche e/o per aree geografiche;
- motore di ricerca degli operatori regionali suddivisi per area di interesse e/o area geografica;
- biblioteca di risorse per la progettazione e la valutazione degli interventi;
- logo ufficiale da utilizzare sui materiali del proprio progetto;
- newsletter periodica per tenersi aggiornati;
- vetrina dove esporre i propri progetti;
- concorsi a tema per sviluppare interventi basati sui principi e la metodologia dello SHE Network.

Risultati. Con il Sardegna NeSS è stata creata una rete virtuale di operatori dei più diversi enti (es. scuole, ASL, associazioni di volontariato, comuni, province, associazioni di categoria, associazioni sportive ecc.). Per la prima volta in Sardegna questi operatori hanno a disposizione non solo un luogo virtuale per confrontarsi e crescere, ma anche un *provider* unico per la formazione sulla metodologia di intervento più efficace nella promozione della salute nelle scuole. Il Sardegna NeSS, dunque contribuisce anche alla razionalizzazione delle risorse regionali in questo ambito.

P13 LA PIRAMIDE DELLA SALUTE

Micossi Simonetta, Ciccone Luciano, Di Fant Marcella
ASS4 Medio Friuli, Udine

Introduzione. Il progetto di marketing sociale della Piramide della Salute è stato ideato grazie alla condivisione di obiettivi di salute tra il Comune di Udine - progetto OMS "Città sane", l'ASS 4 "Medio Friuli" di Udine, la Aspiag/Despar (Azienda operante nella grande distribuzione alimentare) e le Associazioni di volontariato. Il progetto è una sperimentazione concreta di promozione e diffusione della cultura della prevenzione nel *setting* supermercato di quartiere e nel momento in cui il cittadino opera delle scelte di acquisto di prodotti, non solo riguardati l'alimentazione, che influenzano direttamente in modo positivo o negativo la propria salute.

Metodi. Il progetto nato nei primi mesi del 2010, è stato formalizzato attraverso la sottoscrizione di un Protocollo d'intesa a giugno 2011. La parte strutturale del progetto è la cosiddetta "Piramide della Salute" manufatto in metallo e plexiglas a forma di prisma, con *display* e collegamento internet, *banner* scorrevole. All'interno è assicurata la presenza giornaliera per 2 ore di Professionisti sanitari (una volta alla settimana) ed operatori delle Associazioni di volontariato: oltre a fornire informazioni di salute vengono pubblicizzate le iniziative delle Enti e Associazioni *partner*. A cadenza mensile vengono organizzati eventi sotto forma di *talk show* su tematiche specifiche di promozione della salute, quali ad esempio fumo, *screening* oncologici, mamma/bambino, sicurezza domestica. La struttura rimane comunque sempre accessibile ai clienti negli orari di apertura del supermercato.

Risultati. Le azioni sono state realizzate in un'ottica di processo integrato, interistituzionale e partecipato, sviluppando una modalità di lavoro di rete sia tra le parti che hanno sottoscritto il Protocollo d'intesa, che con gli altri Enti, Istituzioni e Associazioni che operano sul territorio. Il primo risultato ottenuto, che ha permesso la sostenibilità dell'iniziativa, è quello del rafforzamento della rete su obiettivi di salute tra Comune, ASS, Associazioni di volontariato e privati.

Conclusioni. Questo progetto rappresenta un'esperienza innovativa in Regione FVG di utilizzo di strategie di marketing nell'ambito della comunicazione per la salute, riconosciute molto più efficaci della semplice trasmissione di informazioni ricavate dalla letteratura scientifica.

P14 I PERCORSI DELLA SALUTE DELL' AZIENDA ULSS 13

Milani Silvia (a), Boin Federica (b), Dalla Costa Damiano (c)

(a) Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 13 Veneto, Dolo, Venezia

(b) UOS Osservatorio Epidemiologico, Azienda ULSS 13 Veneto, Mirano, Venezia

(c) Servizio Igiene Sanità Pubblica, Azienda ULSS 13 Veneto, Dolo, Venezia

Introduzione. Per promuovere efficacemente l'attività fisica nella popolazione è indispensabile agire su due aspetti: la motivazione delle singole persone a modificare i propri comportamenti e stili di vita e i determinanti ambientali dell'attività motoria. (presenza e accessibilità di impianti e strutture sportive, di percorsi ciclabili e pedonali sicuri e utilizzabili nella vita quotidiana). Per promuovere il cammino in un territorio ricco di valenze ambientali e architettoniche, ma con uno sviluppo urbanistico che ha portato alla "città diffusa", si sono individuati e descritti alcuni percorsi pedonali.

Metodi. I fase: raccolta informazioni e studio della cartografia per trovare percorsi pedonali di 5-6 km. di lunghezza in luoghi relativamente accessibili e lontani dalle strade con traffico più intenso. II fase: sopralluoghi per la misurazione e descrizione dei percorsi. III fase: redazione bozze dei pieghevoli con disegno e descrizione delle caratteristiche del percorso e indicazioni utili per la pratica del cammino. IV fase: presentazione e correzione del pieghevole con membri associazioni di volontariato e due *focus group* con utenti.

Risultati. Sul sito aziendale sono state create la sezione "Guadagnare Salute" e più pagine sui percorsi pedonali, sono stati realizzati e stampati pieghevoli su dieci diversi percorsi di 5-6 km. Dopo un anno e mezzo i "percorsi della salute" continuano ad essere richiesti e distribuiti nelle giornate di promozione dell'attività motoria (Marcia della salute, *Family run*, passeggiata ecologica dei pazienti diabetici ecc.), presso gli ambulatori (Medicina dello Sport, Nutrizionale ecc.), inoltre sono stati presentati durante eventi formativi destinati a personale sanitario come mezzo per rinforzare il consiglio dell'attività motoria.

Conclusioni. L'individuazione dei percorsi della salute ha permesso l'estensione della rete per la promozione dell'attività fisica perché ha richiesto il confronto con diversi *stakeholder* (Associazioni di volontariato, Centri Anziani ecc.). Purtroppo non è stato possibile presentare formalmente il lavoro ai comuni interessati. L'individuazione e descrizione di nuovi percorsi della salute sta continuando con il contributo dei gruppi di cammino, riteniamo di presentarli in modo formale ai comuni e di proporre, ove necessario, interventi per migliorarne la sicurezza e la manutenzione.

P15 UNPLUGGED IN GUADAGNARE SALUTE IN ADOLESCENZA: ATTIVITÀ E RISULTATI

Randino Silvia (a), Vadrucci Serena (b), Bobbio Alessia (b), Salmaso Silena (c), Zunino Barbara (b), Vigna Taglianti Federica (b,d), Faggiano Fabrizio (c)

(a) ASL TO1, Torino

(b) Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze, ASL TO3, Regione Piemonte, Torino

(c) Università degli Studi del Piemonte Orientale, Novara

(d) Università degli Studi di Torino San Luigi Gonzaga, Torino

Introduzione. Il programma *Unplugged*, basato sul modello dell'influenza sociale, ha l'obiettivo di prevenire e/o ritardare l'uso di sostanze psicoattive e migliorare il benessere e la salute psicosociale dei ragazzi. L'efficacia di *Unplugged* è stata valutata dallo studio europeo EU-Dap (*European Drug addiction prevention trial*), coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze - Regione Piemonte, in collaborazione con l'Università degli Studi di Torino e con l'Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro". Dopo l'esperienza di disseminazione nella Regione Piemonte, *Unplugged* è stato individuato e selezionato come programma efficace per l'area alcol, fumo e sostanze del progetto ministeriale "Guadagnare Salute in Adolescenza", con l'obiettivo di trasferire le pratiche efficaci su tutto il territorio nazionale.

Metodi. *Unplugged* è articolato in 12 unità ed è condotto in classe dall'insegnante utilizzando una metodologia interattiva. Gli insegnanti sono formati in modo specifico partecipando ad un corso di formazione di 20 ore, condotto dai formatori locali, a loro volta formati dal gruppo formazione *Unplugged* coordinato dall'OED Piemonte.

Risultati. Tredici Regioni (Piemonte, Valle D'Aosta, Lombardia, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Provincia autonoma di Trento, Toscana, Marche, Abruzzo, Molise, Puglia, Calabria) hanno aderito ad *Unplugged*. Tra novembre 2010 e febbraio 2012 si sono svolte 13 sessioni formative, coinvolgendo 271 operatori individuati a livello locale nei servizi attivi nella prevenzione delle dipendenze e nella promozione della salute. A loro volta i formatori hanno condotto 71 sessioni di formazione destinati a 1.158 insegnanti, appartenenti a 286 scuole, secondarie di primo e secondo grado. Si stima che tali insegnanti raggiungeranno un totale di 654 classi pari a 14.951 studenti.

Conclusioni. Il sistema di monitoraggio delle attività *Unplugged* garantirà di seguire e valutare l'intero processo, con particolare attenzione alla partecipazione e alla soddisfazione di studenti ed insegnanti. Da una prima lettura dei dati disponibili viene riconfermata una forte partecipazione e motivazione alle attività e un clima coinvolgente e dinamico nella formazione con gli insegnanti così come si evidenziano criticità relative all'organizzazione della formazione.

P16 UNPLUGGED: DALL'EUROPA AL PIEMONTE UNA PREVENZIONE EFFICACE

Salmaso Silena (a), Vadrucci Serena (b), Calcagno Daniela (b), Vitale Giaccone Paola (b), Vigna Taglianti Federica (b,c), Faggiano Fabrizio (a)

(a) Università degli Studi del Piemonte Orientale, Novara

(b) Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze, ASL TO3, Regione Piemonte, Torino

(c) Università degli Studi San Luigi Gonzaga, Torino

Introduzione. *Unplugged* è un programma scolastico di prevenzione, basato sul modello dell'influenza sociale; ha l'obiettivo di prevenire e/o ritardare l'uso di sostanze e migliorare il benessere e la salute psicosociale dei ragazzi. Il programma è stato valutato nell'ambito dello studio EU-Dap (*European Drug addiction prevention trial*), coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze, Orientale ASL TO3, Regione Piemonte, con l'Università degli Studi di Torino e l'Università del Piemonte "A. Avogadro". I risultati della valutazione mostrano che il programma è efficace nel prevenire e ritardare l'uso di tabacco, alcol e cannabis. Infatti tre mesi dopo la fine del programma, gli studenti che hanno seguito le unità *Unplugged* hanno mostrato una riduzione del 30% della probabilità di fumare quotidianamente, del 31% di avere frequenti intossicazioni da alcol e del 23% di fare uso di cannabis rispetto ai ragazzi del gruppo di controllo.

Metodi. Il programma è articolato in 12 unità di 1 ora ciascuna ed è condotto dall'insegnante con metodologia interattiva. Gli insegnanti sono formati in modo specifico partecipando ad un corso di formazione di 20 ore, condotto dai formatori locali. Dopo la fase in cui il gruppo formazione OED è stato impegnato nella formazione diretta dei docenti, ed in base alle indicazioni della EU-Dap Faculty, si è constatata l'opportunità di valorizzare le competenze e l'esperienza degli operatori già attivi a vario titolo nella prevenzione scolastica, offrendo loro l'opportunità della formazione specifica sulla metodologia *Unplugged*, con l'obiettivo di attivarli come formatori locali. Dal 2010 la fase attuale della disseminazione prevede dunque una collaborazione tra OED e servizi territoriali, finalizzata ad integrare la metodologia *Unplugged* con l'esperienza e la rete di operatori già attiva.

Risultati. Nella prima fase di disseminazione relativa all'anno scolastico 2009/2010, i formatori OED hanno attivato 8 corsi di formazione per insegnanti, coinvolgendo 190 insegnanti. In seguito alle nuove indicazioni, dal 2010 ad oggi, l'OED ha realizzato 6 corsi di formazione per formatori locali che hanno raggiunto 133 operatori già attivi nel campo della prevenzione. A loro volta i formatori locali hanno attivato, nell'anno scolastico 2010/11, 16 formazioni, raggiungendo 265 insegnanti di 70 scuole piemontesi, 50 delle quali secondarie di primo grado e, nell'anno scolastico 2011/12, 22 formazioni, coinvolgendo 424 docenti, afferenti a 119 scuole piemontesi di cui 84 secondarie di primo grado.

Conclusioni. Il forte radicamento piemontese, inizialmente rappresentato nella sperimentazione EU-Dap dalla partecipazione delle scuole di Novara e di Torino, pari al 30% del campione complessivo, è poi confermato dall'importante evoluzione e dalla disseminazione di *Unplugged* sul territorio regionale.

RAGAZZI INSIEME - “ESPERIENZE IN MOVIMENTO TRA SALUTE, AMBIENTE, CULTURA E TRADIZIONI”

Tacconi Sandro (a), Giannoni Annamaria (b), Primi Margherita (c), D’Angelo Daniela (c),
Luchi Fiorella (d), Mugnai Alice (d)

(a) *Regione Toscana, Sport, Firenze*

(b) *Regione Toscana, Sanità, Firenze*

(c) *Università degli Studi, Siena*

(d) *UISP Toscana, Firenze*

Introduzione. Il progetto è un’articolazione del Programma Regionale “Guadagnare Salute” in Toscana. Rendere facili e si sviluppa nella direzione della promozione di stili di vita sani e consapevoli nei ragazzi e nelle ragazze, stimolando in particolare attività fisica, sana alimentazione, le relazioni tra pari e la conoscenza e il rispetto dell’ambiente. Offre l’opportunità a ragazzi ed adolescenti di fare esperienze attraverso campus, percorsi e crociere educative nelle zone più suggestive della Toscana, nei Parchi, nelle aree verdi. Ai partecipanti ed agli operatori è fatto esplicito divieto di consumo, per tutto il periodo del soggiorno, di sostanze alcoliche e di fumo. Ogni anno partecipano alle settimane del periodo estivo circa 350 ragazzi, e durante l’anno scolastico sono stati coinvolti oltre 200 ragazzi.

Metodi. Si realizza attraverso una collaborazione interdirezionale (Direzioni Generali: Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Competitività del sistema regionale e sviluppo delle competenze, Presidenza, Politiche territoriali e ambientali) e la collaborazione della UISP Toscana, nell’ottica della “Salute di tutte le Politiche”. Al fine favorire l’empowerment degli operatori delle strutture, ogni anno vengono organizzati momenti di formazione sulle *Life Skills* ed è previsto il coinvolgimento diretto dei ragazzi.

Risultati. Nell’ambito del progetto è stato valutato un campione di 200 ragazzi coinvolti nel sotto progetto “ragazzi in movimento”. In tale prospettiva l’attività fisica viene ad assumere un valore trasversale alla formazione dei ragazzi. L’investimento nell’attività fisica considerata in un’ottica di salute globale risulta fondamentale per facilitare il benessere individuale e sociale e permette di contrastare contemporaneamente più fattori di rischio. Attraverso la promozione dell’attività fisica si va ad agire anche sull’attivazione del capitale sociale degli adolescenti, favorendo spazi e momenti di aggregazione positivi e determinanti per il raggiungimento della salute nell’accezione dell’OMS. Il progetto ha previsto il monitoraggio delle abitudini relative agli stili di vita dei ragazzi attraverso la somministrazione di un questionario a tutti i ragazzi che hanno partecipato.

P17 IL CONSIGLIO DEL PERSONALE SANITARIO PER MODIFICARE GLI STILI DI VITA

Taddei Cristina (a), Sala Antonino (a), Allodi Guendalina (b), Garofalo Giorgio (c), Mazzoli Franca (d), Ceconi Rossella (c)

(a) Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi, Firenze

(b) Dipartimento di Prevenzione, ASL 10 Firenze, Firenze

(c) ASL 10 Firenze, Coordinamento Regione Toscana Sistema di Sorveglianza PASSI, Firenze

(d) ASL 3 Pistoia, Coordinamento Regione Toscana Sistema di Sorveglianza PASSI, Pistoia

Introduzione. Con il crescente diffondersi di patologie cronico-degenerative diventa sempre più prioritario incoraggiare le scelte salutari, in relazione a fumo, alcol, alimentazione e attività fisica. I medici, ed in generale il personale sanitario, dovrebbero risultare in prima linea nella promozione di uno stile di vita sano. Fra gli obiettivi dell'indagine PASSI c'è quello di stabilire in che misura ciò realmente avvenga.

Metodi. Il sistema PASSI si basa sulla somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato su un campione estratto dall'anagrafe assistiti rappresentato da adulti di età compresa fra 18 e 69 anni.

Risultati. Nel periodo 2007-2010 sono state effettuate nella Regione Toscana 12.654 interviste. L'indagine PASSI 2010 ha rilevato in Toscana una quota consistente di fumatori (28,4%). Il 39,5% degli intervistati ha ricevuto domande da parte di un medico o altro operatore sanitario riguardanti l'abitudine al fumo, e al 51,4% dei fumatori è stato consigliato di smettere. Il 13,6% del campione riferisce domande sull'assunzione di alcol e solo il 6,4% dei bevitori a rischio afferma di aver ricevuto il consiglio di bere meno. Nonostante i riconosciuti pericoli legati ad uno stile di vita poco attivo, in Toscana il 27,8% degli adulti esaminati è risultato sedentario. Al 30,3% degli intervistati è stato chiesto se svolge regolarmente attività fisica, e all'incirca la stessa percentuale del campione (31,9%) è stata incoraggiata ad impegnarsi maggiormente in tale senso. Questa necessità viene ulteriormente confermata dai dati riguardanti persone in eccesso ponderale (sovrapeso/obesi), che risultano nel complesso il 38,9%. Di queste il 47,3% ha ricevuto consiglio di perdere o mantenere peso e solo il 38,5% il consiglio di fare attività fisica.

Conclusioni. I risultati indicano la necessità di un maggiore coinvolgimento di medici e personale sanitario sul fronte della promozione di abitudini di vita sane. In particolare occorre incoraggiare l'attività fisica e stimolare di più i bevitori a rischio a diminuire il consumo di alcol. Maggiore appare l'impegno degli operatori nella lotta al fumo, ma anche in tale ambito è utile incrementare l'azione al fine di ottenere risultati migliori.

STILI DI VITA A RISCHIO NEI GIOVANI TOSCANI: IL CASO DEL CONSUMO DI ALCOL E DI TABACCO. I RISULTATI DELL'INDAGINE EDIT 2011

Voller Fabio, Silvestri Caterina, Orsini Cristina, Cipriani Francesco
Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità Toscana, Firenze

Introduzione. La ricerca scientifica mostra che gli stili di vita giocano un ruolo importante nel determinare la mortalità e le morbosità premature. Secondo l'OMS oltre il 70% della mortalità è ascrivibile a stili di vita errati. Per il fumo di tabacco, secondo l'indagine Multiscopo Istat 2010, in Toscana la proporzione di fumatori di età > di 11aa è simile alla media nazionale, così come il consumo medio di sigarette. La più bassa proporzione di fumatori in Toscana, rispetto all'Italia, è sostenuta dai maschi (M Toscana: 27,2; M Italia: 28,8). Considerando il consumo di alcol rilevato dalla stessa indagine Istat, la % dei toscani bevitori si situa poco al di sopra del dato nazionale, ma la proporzione di consumatori coinvolta nel bere in eccesso (6 o più unità alcoliche in un'unica occasione) è tra le più basse tra le Regioni italiane.

Metodi. L'indagine EDIT 2011 ha coinvolto un campione rappresentativo per Asl di 4.829 studenti (2.359 M e 2.854 F) di età compresa fra i 14 ed i 19aa frequentanti 51 Istituti della Toscana. In ogni Istituto è stato somministrato, ad un intero ciclo scolastico, un questionario *self-report* volto ad indagare i principali stili di vita. I dati raccolti su supporto informatico, sono stati elaborati con software SPSS 13.0.

Risultati. Nel 2011, il 72,2% degli studenti ha dichiarato di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso degli ultimi 30 giorni, rispetto all'81,4% del 2008 e l'81,1% del 2005. In particolare, si osserva un cambiamento nel tipo di bevande utilizzate e nelle modalità di consumo che tende ad uniformarsi al modello Nord-europeo caratterizzato dall'uso elevato di alcolici fuori dai pasti e nei week-end. Le principali bevande usate sono: apertivi, birra e superalcolici bevute, per circa il 70%, durante il fine settimana. Inoltre, rispetto al 2008, si osserva un aumento degli episodi di *binge drinking* (30,3% vs 35,0%). Rispetto al consumo di tabacco, la proporzione di studenti che fumano regolarmente tende ad aumentare passando da 19,5% del 2005 al 24,1% del 2011. In entrambi i generi, 15aa è l'età in cui i ragazzi cominciano a fumare con regolarità, ma le femmine si confermano come maggiori utilizzatrici (25,7% F vs il 22,6% M).

Conclusioni. Monitorare i cambiamenti negli stili di vita rappresenta un valido contributo per la messa in atto di interventi mirati.

**Area 2.
Contrasto al consumo di alcol**

P18 L'USO DI PASSI E PASSI D'ARGENTO PER DESCRIVERE IL CONSUMO DI ALCOL ED IL CONTRASTO ALLA GUIDA IN STATO DI EBBREZZA IN PIEMONTE

Antoniotti Maria Chiara (a), Nucera Andrea (a), Contarino Fabio (a), Ferrari Paolo (b)

(a) ASL NO, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, Novara

(b) Dipartimento di Prevenzione, Struttura di Epidemiologia, ASL VCO, Omegna, Verbania

Introduzione. Il consumo di alcol a rischio rappresenta una delle principali cause di mortalità e morbilità che coinvolge tutte le età, ma soprattutto i giovani. Tra gli interventi che sono in atto per limitare gli effetti della guida in strato di ebbrezza, i controlli delle Forze dell'Ordine sono strumento ritenuto efficace.

Metodi. Sono state utilizzate le interviste raccolte in Piemonte per PASSI (2007-2010: n=16.780) e per PASSI d'Argento (2010: n=1.569). Le stime regionali sono ottenute con pesatura dei dati raccolti con campioni stratificati per sesso ed età dalle singole ASL.

Risultati. Il 57% delle persone tra 18 e 69 anni ha bevuto almeno una unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese: tra gli uomini oltre il 70%, senza significative differenze di età fino ai 74 anni, tra le donne vi è maggiore diffusione nelle più giovani (18-24: 55%). Assumere alcol prevalentemente nel fine settimana è più frequente e in aumento tra i 18-24enni (nel 2010: 85%). PASSI stima che i bevitori a rischio siano il 23%. La diffusione è maggiore tra i più giovani e, anche dopo i 70 anni, tra gli uomini. Solo il 18% tra i 18-69enni ha ricevuto domande sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario (24% U vs 12% D; 19% >35 anni vs 14%). La situazione non cambia in età maggiori. Il 10% della popolazione riferisce di aver “guidato sotto l’effetto di alcol” nell’ultimo mese (19% dei bevitori a rischio, 28% dei *binge*). I fermati dalle Forze dell’Ordine sono il 32% fra la popolazione, il 37% tra i forti bevitori e il 53% tra i *binge*. Tra i fermati anche i controlli con *etilotest* sono riferiti soprattutto dai bevitori a rischio (oltre 30% tra *binge* e bevitori fuori pasto vs 16% della popolazione).

Conclusioni. Il consumo di bevande alcoliche è abitudine storicamente diffusa in Piemonte, soprattutto tra gli uomini. Le differenze tra i sessi sono minori tra i 18 ed i 34 anni, indice di modifiche soprattutto femminili. I dati evidenziano uno scarso interesse degli operatori sanitari rispetto al consumo di alcol e una insufficiente consapevolezza della modalità di diffusione nella popolazione. I controlli delle Forze dell’Ordine risultano orientati sulla popolazione a rischio poiché la proporzione di fermati e, tra questi, dei controlli con *etilotest*, è maggiore tra i bevitori a rischio.

GUADAGNARE SALUTE: ALCOL E GUIDA. RILEVAZIONI DAL SISTEMA PASSI E DALLA COMMISSIONE MEDICA PROVINCIALE PATENTI - AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA

Basile Angela (b), Simoncello Ivana (a), Gottardello Lorena (a), Cipolla Eustacchio (a), Caracciolo Vera (a), Cannizzo Elisabetta (a), Dainese Stefania (a), Masiero Daniela (a), Pedruzzi Liliana (a), Guerrero Anna Maria (a), Coppola Tiziana (b)

(a) UOC Igiene e Sanità Pubblica, Azienda ULSS 1 Padova, Padova

(b) Dipartimento di Medicina Molecolare, Università degli studi, Padova

Introduzione. Il rischio di incidenti correlato alla guida in stato d'ebbrezza aumenta sia con la quantità di alcol assunta che con la frequenza delle occasioni di consumo eccessivo episodico. Risulta importante valutare la diffusione del consumo di alcool correlato alla guida e proporre azioni preventive.

Metodi. I dati sono stati ottenuti mediante il sistema di sorveglianza PASSI dal 2007 al 2010, riferiti ad un diverso campione annuale della popolazione residente nell' AULSS 16 di età compresa tra 18 e 69 anni, raccolti con un questionario telefonico standard ed analizzati con software Epi info 3.4.3. I dati di idoneità-non idoneità alla guida sono stati ottenuti dai verbali della Commissione Medica Provinciale Patenti mediante analisi statistica in riferimento all'art. 186 del Codice della Strada.

Risultati. Tra coloro che dichiarano di aver bevuto e guidato negli ultimi trenta giorni la percentuale di persone che riferisce di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente per la fascia di età <34 anni è ancora rilevante: 16% nel 2007-2008, 20% nel 2008, 14% nel 2009; per il sesso maschile: 19% nel 2007-2008, 13% nel 2008, 15% nel 2009. Riguardo invece alla percentuale di persone a cui un medico/operatore sanitario ha chiesto se beve (19% nel 2007-2008, 17% nel 2008, 19% nel 2009) o alla percentuale di bevitori a rischio a cui ha consigliato di bere meno si evidenziano valori inadeguati ad una corretta prevenzione, in linea con i dati regionali. Il numero di persone visitate dalla Commissione Medica Provinciale Patenti ed il numero di non idonei alla guida per l'art. 186 C.d.S. (intorno al 6%) è costante negli anni.

Conclusioni. La poca attenzione rivolta dagli operatori sanitari alla problematica dell'alcol ed il numero costante di non idonei alla guida risultato dai verbali della Commissione Medica Provinciale Patenti, hanno indotto l'AULSS 16 a partecipare al Progetto "non solo cura ma cultura - formazione degli operatori sanitari sulla prevenzione dei problemi alcol-correlati" promosso dalla Regione Veneto.

ANALISI CULTURALE DI UN EVENTO COLLETTIVO DI CONSUMO SMODATO D'ALCOOL: L' "OMBRALONGA"

Battistella Giuseppe, Bazzo Stefania
Azienda ULSS 9 Treviso, Regione Veneto, Treviso

Introduzione. Il termine ‘ombra’ indica, in lingua veneta, il bicchiere di vino consumato in occasioni di socializzazione. L’Ombralonga è una manifestazione pubblica ideata e realizzata per la prima volta a Venezia nel 1984. Tale manifestazione si rifà ad una tradizionale modalità di socializzazione: gruppi di giovani passeggiavano per la città fermandosi nei “bacari” (locali dove si servivano “ombre” e spuntini) e nelle osterie. L’Associazione culturale “I Antichi” di Venezia ha proposto, in occasione del carnevale, un percorso a piedi organizzato che prevedeva delle tappe nei locali ove veniva offerto vino e cibo. Questa iniziativa si è ripetuta ad ogni carnevale dal 1984 al 1996 ed ha avuto una grande partecipazione. A Treviso una manifestazione simile inizia in modo informale, per iniziativa di un gruppo di giovani, in un fine settimana d’ottobre del 1990. Si è poi ripetuta annualmente sino al 2008. Il culmine della festa si svolgeva la domenica pomeriggio con un tour delle osterie della città e una serie d’attività ispirate alla cultura gastronomica locale.

Metodi. Lo studio utilizza il metodo narrativo tramite documentazione e testimonianze. Sono analizzate le chiavi di lettura degli *opinion-leader* e le iniziative di riduzione del rischio utilizzate.

Risultati. L’Ombralonga ha avuto un enorme successo ed una partecipazione crescente. Attorno ad essa si è svolto, soprattutto a Treviso, un acceso dibattito politico, istituzionale, culturale e sociale. Fin dalle prime edizioni sono emersi problemi d’ordine pubblico associati all’eccessivo consumo alcolico. A Venezia l’iniziativa è stata interrotta per questo. A Treviso la reazione alla tragica morte d’un giovane ne ha determinato la fine.

Conclusioni. Nella cultura locale s’evidenzia un approccio manicheo al consumo d’alcol. Da una parte c’è il “bere sociale”, la via “normale” di bere alcol con molteplici finalizzazioni sociali e culturali, valutate positivamente, dall’altra il bere patologico, collocato a livello di problema individuale. Gli effetti dell’intossicazione alcolica collettiva sono stati collocati tra i problemi d’ordine pubblico. La collettività non sembra acquisire consapevolezza dell’impatto di questi eventi sul consumo d’alcol della popolazione giovanile.

P19 VALUTAZIONE D'EFFICACIA DELLA CAMPAGNA DI MARKETING SOCIALE “MAMMA BEVE, BIMBO BEVE” NELL’AZIENDA ULSS 9 “TREVISO”

Battistella Giuseppe (a), Bazzo Stefania (b), Marini Francesco (a), Riscica Patrizia (a), Moino Giuliana (a), Bottarel Mery (a), Czerwinsky Loredana Domenis (b)

(a) Azienda ULSS 9, Treviso

(b) Università degli Studi, Trieste

Introduzione. L'esposizione all'alcool del nascituro è considerata la principale causa non genetica di disabilità cognitiva nel mondo occidentale. Il consumo d'alcol in gravidanza è un fenomeno complesso dove le caratteristiche culturali della comunità assumono un ruolo fondamentale nel favorire i comportamenti individuali. Per la riduzione dell'accettazione culturale del consumo d'alcolici in gravidanza l'Azienda ULSS 9 Treviso ha realizzato nel 2010 la campagna di *marketing* sociale “Mamma beve, bimbo beve”. L'elemento principale della campagna consisteva nella diffusione dell'immagine d'un bicchiere di *spritz*, una diffusa bevanda alcolica, con un feto immerso all'interno. È stata valutata l'efficacia della campagna sul piano comunicativo e culturale ed è stato valutato il cambiamento dei comportamenti individuali.

Metodi. Per la valutazione di efficacia comunicativa è stata fatta un'indagine un anno dopo la conclusione dell'intervento. È stato somministrato un questionario ad un campione di 649 genitori che portavano un bambino di zero-due anni a vaccinare. Per la valutazione d'efficacia, intesa come cambiamento del consumo individuale di alcol in gravidanza, è stata fatta una stima campionaria dei consumi in gravidanza prima della campagna e ad un anno dall'avvio. I consumi sono stati stimati con il test AUDIT-C, inserito in un questionario che è stato somministrato dalle ostetriche ad un totale di 482 gravide alla 38a settimana.

Risultati. L'84% del campione ha visto l'immagine. Le combinazioni di significati attribuiti sono corrette nel 94% dei casi. Il primo impatto emotivo è stato di adesione con coinvolgimento nel 44% del campione, di disagio nel 37%. Il 63% di chi ha visto l'immagine ne ha derivato suggerimenti all'azione aderenti. Il test AUDIT-C si è rivelato non valido per la stima del consumo d'alcolici in gravidanza (Alfa di Cronbach=0,545; Delta di Ferguson=0,558).

Conclusioni. La campagna “Mamma beve, bimbo beve” ha avuto una buona efficacia comunicativa. La rilevazione del consumo di alcol nell'arco della gravidanza è complessa e la sua stima con il test AUDIT-C non sembra affidabile. La mancanza di uno strumento affidabile di misura non ha consentito di verificare un eventuale cambiamento del consumo di alcol in gravidanza nella popolazione.

UN PERCORSO DI RICERCA E FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI SANITARI PER LA PREVENZIONE DEL CONSUMO DI ALCOL IN GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO: L'ESPERIENZA DELL'AZ. ULSS N. 9 DI TREVISO (REGIONE VENETO)

Bazzo Stefania (a), Riscica Patrizia (b), Moino Giuliana (b), Battistella Giuseppe (b), Bottarel Mery (b), Marini Francesco (b), Czerwinsky Loredana Domenis (a), Dal Pozzo Giuseppe (b)

(a) Università degli Studi, Trieste

(b) Azienda ULSS 9, Treviso

Introduzione. L'esposizione all'alcol nel periodo prenatale può causare effetti di tipo fisico, mentale e comportamentale di diversa entità ed espressività, denominati *Fetal Alcohol Spectrum Disorders* (FASD). In Italia, circa il 60% delle donne in età fertile consuma bevande alcoliche. I professionisti sanitari hanno un ruolo fondamentale nella prevenzione, sia tramite l'informazione alle donne, sia attraverso l'intercettazione delle gestanti a rischio. Tuttavia, la questione è ancora poco conosciuta e affrontata nell'attività professionale con le donne. Nell'Azienda ULSS n. 9 di Treviso è stata condotta un'esperienza di ricerca e formazione per la prevenzione del problema, che ha coinvolto i professionisti sanitari dei servizi del percorso nascita. L'obiettivo era aumentare la consapevolezza e promuovere l'avvio di "buone prassi" condivise per la sensibilizzazione delle donne in età fertile, in gravidanza e in allattamento.

Metodi. In una prima fase sono stati effettuati dei *brainstorming* con i responsabili dei servizi coinvolti e i referenti di diverse categorie professionali. È seguita un'indagine conoscitiva che ha raccolto le opinioni dei professionisti sanitari del percorso nascita ed età evolutiva dei servizi ospedalieri e del territorio (ginecologi, medici di medicina generale, pediatri, ostetriche, infermieri, psicologi, terapisti) tramite un questionario auto compilato. Infine, è stato realizzato un percorso di formazione rivolto a ostetriche e infermieri pediatrici. Per valutare se ci sono stati cambiamenti nell'approccio professionale con le pazienti è stato realizzato uno studio osservazionale pre e post formazione, che ha coinvolto 482 gestanti.

Risultati. Tra gli operatori (n. 437) è emerso un approccio disomogeneo al problema, in cui convivono la percezione del rischio e un atteggiamento culturalmente favorevole al consumo in gravidanza. La formazione ha coinvolto 180 professionisti sanitari. Dopo la formazione, è stato rilevato un incremento significativo del numero di donne che hanno ricevuto l'informazione di astenersi completamente dall'alcol in gravidanza.

Conclusioni. Il coinvolgimento e la formazione dei professionisti sanitari hanno permesso di diffondere consapevolezza e attenzione alla questione. Attualmente sono in corso ulteriori sviluppi, quali l'inserimento dell'azione Alcol nel progetto Genitori Più e un protocollo aziendale per l'identificazione e il trattamento delle gestanti consumatrici di alcol a rischio.

INTERVENTI DI PREVENZIONE SELETTIVA NEL MONDO DEL DIVERTIMENTO. UN METODO DI LAVORO IN RETE E DI CONDIVISIONE DI DATI

Bello Paolo (a), Vigna Francesca (a), Bacchion Enzo (b), Donadello Federico (b), Ceschi Ilario (c), Saccani Andrea (c), Rigo Erika (d), Tarocco Roberta (d), Schiavi Paola (d), Sartor Tiziano (e)

(a) *ULSS 1 Belluno, Belluno*

(b) *Fondazione San Gaetano, Vicenza*

(c) *ULSS 22 Verona, Verona*

(d) *ULSS 21 Legnago, Verona*

(e) *ULSS 10 Veneto Est, San Donà di Piave, Venezia*

Introduzione. *Safe Night* rappresenta l'esperienza d'intervento selettivo della Regione Veneto in materia di prevenzione sul consumo di sostanze nei luoghi del divertimento. È un metodo che mette in rete gli operatori della prevenzione che utilizzano Unità Mobili e Etilometro e offre un punto di riferimento credibile nei luoghi d'intrattenimento e del mondo della notte. Inoltre, data l'importanza dei nuovi media nelle abitudini di consumo di alcolici dei giovani, *Safe Night* si è posto anche l'obiettivo di promuovere l'uso dei nuovi media (*social network, youtube, webtv*) negli interventi preventivi, aprendo così nuove strade per strategie di *Peer Education* fin qui adottate.

Metodi. Uno dei limiti oggettivi dei progetti di prevenzione è quello di non riuscire a raccogliere dei dati chiari e in tempo reale sulle abitudini di consumi di alcolici dei giovani e sull'efficacia di questo tipo di interventi. L'introduzione della *Go-Card* (una carta anonima fornita al primo accesso e richiesta alle visite successive), permette agli operatori di stabilire l'esatto numero delle persone che si sono sottoposte alla prova alcolimetrica, quante prove ciascuna di esse ha effettuato e i valori ottenuti. Cuore del metodo è la ricerca di relazioni significative con i giovani attraverso i *Peer*, nella prospettiva dell'aumento delle conoscenze e della consapevolezza sull'uso di sostanze. Lo studio di strategie di comunicazione efficace ha portato alla realizzazione di una web TV e all'utilizzo dei *social network*, strumenti che permettono di veicolare messaggi di prevenzione utilizzando canali comunemente frequentati e molto ben conosciuti dai giovani.

Risultati e conclusioni. L'uso della *Go-Card* permette di elaborare i dati raccolti riguardanti le abitudini di consumo e i fattori di rischio, così come sono stati registrati direttamente nei contesti del divertimento, e di regolare gli interventi in tempo reale in base alle specifiche esigenze. Un altro aspetto importante è la possibilità di esportare questo metodo e, quindi, di raccogliere e confrontare i dati di diversi contesti sociali. Lo strumento facilita anche la realizzazione di una rete con i gestori dei locali e gli organizzatori di eventi, che coprono un ruolo strategico e di rilevante importanza per le loro capacità comunicative e la loro conoscenza del contesto.

P20 PROGETTO PAASS (PREVENZIONE DELL'ABUSO DI ALCOL NELLE SCUOLE SUPERIORI)

Bolzonello Igor

*Labortorio Link, Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione,
Università degli Studi, Padova*

Introduzione. Il fenomeno dell'abuso di alcolici tra gli adolescenti ed i preadolescenti è in costante aumento, come testimoniano da anni ricerche e studi internazionali, quali ESPAD e HBSC. Lo scopo del progetto è la riduzione dell'abuso di alcolici e dei danni alcol correlati tra gli studenti di 14-18 anni attraverso la sperimentazione di un programma di prevenzione innovativo. Evitando una cultura della prevenzione fondata sull'astinenza e i divieti, poco adatta ai giovani, per favorirne una basata sull'autoregolazione e sul bere moderato e di qualità. Attraverso azioni distribuite nel tempo, l'intervento non si limita a trasmettere conoscenze ma, attraverso modalità di apprendimento interattivo e cooperativo, cerca di favorire l'analisi critica delle informazioni e dei dati che si hanno a disposizione al fine di incrementare le capacità, competenze e risorse dei ragazzi.

Metodi. Il progetto PAASS si è avvalso della collaborazione dell'Istituto tecnico agrario G.B. Cerletti di Conegliano (TV), e grazie all'appoggio di un'*équipe* di insegnanti sono state coinvolte 4 classi prime, due come gruppo di controllo, per un totale di 83 soggetti, il 90% dei quali di genere maschile, l'età media dei partecipanti (rilevata nella valutazione al *pre-test*) è pari a 14,32 anni (DS=0,65). Si è scelta una programmazione pluriennale, basata sulla formazione degli insegnanti che svolgono le attività all'interno di determinati moduli direttamente nelle proprie classi. Il disegno quasi sperimentale ha previsto un questionario di valutazione dell'efficacia del progetto da somministrare pre e post intervento.

Risultati. Il progetto ha ottenuto risultati positivi sia in termini di accrescimento delle conoscenze e delle informazioni corrette sull'alcol, sia in quanto a riduzione dei comportamenti a rischio come il *binge drinking*. Si è visto come nel gruppo sperimentale la percentuale di coloro che affermano di aver bevuto 5 o più *drink* di fila negli ultimi 30 giorni diminuisce dal 19,4% al 9,4%. Per quanto riguarda l'aumento delle conoscenze invece, attraverso uno strumento creato *ad hoc*, il miglioramento del gruppo sperimentale risulta statisticamente significativo dopo aver effettuato il *t-test* per campioni appaiati e il test del χ^2 , ad indicare l'efficacia del progetto.

P21 METTI L'ALCOL IN RETE

Campigotto Flavia (a), Da Canal Elvia (b), Falcone Agata (c), Franzot Cecilia (d), Marcer Jacopo (d), Menel Antonella (e), Perenzin Paolo (a), Sandri Giulia (f), Soppelsa Mauro (c), Troncon Maria Luigia (g), Turco Luigi (f)

(a) SEPS, ULSS n.2, Feltre, Belluno

(b) Scuola Infanzia Carve, Carve, Belluno

(c) SISP ULSS n.2, Feltre, Belluno

(d) Scuola Secondaria Primo Grado, Mel, Belluno

(e) Scuola Primaria Villapiana, Villapiana, Belluno

(f) SerT ULSS n.2, Feltre, Belluno

(g) Servizio di Dietetica ULSS n.2, Feltre, Belluno

Introduzione. Anche la popolazione residente nel territorio dell'ULSS n. 2 di Feltre (n. 84.000 ca) registra un consumo elevato di alcol. Sono bevitori a rischio il 30% degli intervistati, contro il 20% della media regionale (PASSI); la Provincia di Belluno è ai primi posti in Veneto per consumo regolare di alcol negli undicenni (HBSC). Si riscontrano - come da rilevazione mediante *focus groups* - le seguenti criticità: i medici evidenziano la grande difficoltà di dare ai propri assistiti consigli sul consumo di alcol, spesso percepiti come un'invasione della sfera personale, con il rischio di interrompere la comunicazione medico-paziente. Per gli under 18 emerge da parte degli educatori la difficoltà nel calibrare in modo appropriato gli interventi dal punto di vista psico-pedagogico, in funzione dell'età e delle informazioni che è opportuno dare o non dare.

Metodi. Le due azioni, in cui si articola la progettualità, seguono una metodologia comune e sono basate: a) sulla formazione dei formatori; b) sulla dimensione culturale come focalizzazione principale. Gli interventi consistono in: 1) un percorso di formazione rivolto agli operatori sanitari, supportato da interventi di *counselling* motivazionale; 2) un intervento sulle *Life Skills* rivolto a studenti in età 3/13 anni, differenziato per fasce di età e attivato in un I.C. del territorio in collaborazione con l'USP. Dopo una formazione iniziale, sono gli insegnanti a condurre il progetto durante le ore di lezione curricolari, costruendo intorno all'argomento una UDA integrata nel programma ministeriale.

Risultati. L'obiettivo specifico del Progetto 1 è di incrementare il n. dei bevitori a rischio (dal 6% al 12% in un anno) che ricevono costantemente da parte del personale sanitario la raccomandazione di bere meno. Il risultato atteso dal Progetto 2 è di far assimilare ai ragazzi, fin dall'infanzia, l'idea dell'importanza di un corretto stile di vita, senza che ciò venga percepito come un'imposizione.

Conclusioni. La progettualità è stata attivata in via sperimentale. I risultati saranno monitorati attraverso l'indagine PASSI e la somministrazione annuale di un questionario nelle ultime classi delle superiori, per verificare l'eventuale differenza negli stili di vita fra ragazzi coinvolti o non coinvolti nei progetti durante il percorso scolastico.

RIDUZIONE DEGLI INFORTUNI ALCOOL-CORRELATI NEI CANTIERI EDILI

Ciconte Emma Anna Rita (a), Cortese Carmela (b), Pirrone Rosario (a), Malacaria Edoardo (c), Macchioni Dario (c)

(a) *ASP Catanzaro, Catanzaro*

(b) *ASP Cosenza, Cosenza*

(c) *Regione Calabria, Catanzaro*

Introduzione. Il consumo di alcool sul lavoro rappresenta per il settore edile un rischio aggiuntivo di tipo comportamentale, largamente sottovalutato, che incide significativamente sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori. Ai problemi alcool correlati attribuibili ad un abuso cronico (aumento delle assenze, riduzione progressiva della capacità lavorativa, potenziamento del danno da altri tossici ecc.) vanno sommati l'incremento della frequenza e della gravità degli infortuni sul lavoro. Si stima che dei 940.000 infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL, una percentuale che oscilla tra il 4 ed il 20% è alcool correlato. La necessità di un intervento di promozione della salute diventa prioritaria nel settore edile ad elevato rischio per le condizioni lavorative notoriamente precarie. La Regione Calabria ha inserito nel Piano Regionale di Prevenzione un progetto dal titolo: "Campagna di sensibilizzazione sul consumo di alcool nei cantieri edili" con lo scopo di diffondere la cultura della sicurezza tra gli operatori del comparto e raggiungere l'obiettivo di ridurre l'assunzione di alcool durante il lavoro.

Metodi. Il progetto si articola, secondo un cronoprogramma della durata di due anni, nelle seguenti fasi:

- Formazione degli operatori SPISAL;
- Attività di vigilanza per l'effettiva adesione nei cantieri al divieto di somministrazione e consumo di alcool;
- Verifica della corretta esecuzione della sorveglianza sanitaria da parte dei Medici Competenti;
- Verifica della avvenuta attività di formazione dei lavoratori;
- Campagna di sensibilizzazione mediante spot televisivi, depliant divulgativi, manifesti e incontri educativi con datori di lavoro, RLS, preposti, lavoratori.

Risultati. I risultati attesi possono essere sintetizzati nei seguenti punti:

- favorire l'accettazione e la consapevolezza delle misure previste dalla normativa vigente, volte a contenere il consumo di alcol;
- ridurre il consumo di bevande alcoliche nei lavoratori in ambito edile;
- aumentare i controlli sull'applicazione, nelle imprese edili, di tutti gli strumenti di prevenzione e sorveglianza sanitaria previsti;
- ridurre gli infortuni alcol - correlati sul lavoro.

Conclusioni. Il progetto, dedicato alla popolazione lavorativa, mira all'attuazione di quanto previsto con il provvedimento d'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006 e con il D. Lgs. 81/08 che non solo hanno vietato la somministrazione e il consumo di alcol in contesti lavorativi, ma hanno anche introdotto l'obbligo per i Medici Competenti aziendali di accertamenti tossicologici sull'assunzione "acuta" di alcol e sulla dipendenza. Tutto ciò nell'ottica di avviare, con gli strumenti legislativi, un percorso virtuoso finalizzato alla sicurezza sul lavoro.

P22 GUIDA DA SOBRI: UNA “MARCIA IN PIÙ” PER RIDURRE IL NUMERO DI INCIDENTI STRADALI

D'Argenzo Angelo (a), Protano Domenico (a), Mendes Maria Claudia (a), Sessa Alessandra (a), Buonocore Raffaella (b), D'Angelo Antonio (a), Perciaccante Marco (a), Team Intervistatori ASL Caserta

(a) ASL Caserta, Caserta

(b) Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Facoltà di Medicina, Università degli Studi Federico II, Napoli

Introduzione. L'assunzione di alcool oltre i limiti consigliati e/o lontano dai pasti comporta gravi danni fisici e severe ripercussioni sociali. Già per livelli alcolemici superiori a 0,3 g/l si evidenziano euforia, compromissione cognitiva, aumento dei tempi di reazione, riduzione dell'autocontrollo e del coordinamento psicomotorio. Si calcola che in Italia, la mortalità per incidente stradale correlata all'uso di alcol, sia compresa tra il 30% ed il 50%. Considerato che, in base ai dati ACI-ISTAT, in Campania avvengono 249 incidenti ogni 10.000 veicoli, mentre nella sola provincia di Caserta ne avvengono 236 per 10.000 veicoli, è sembrato interessante valutare la diffusione della guida in stato di ebbrezza nel territorio della ASL di Caserta

Metodi. Analisi condotta, mediante Epi Info, sui dati PASSI 2010, raccolti su un campione rappresentativo dell'ASL CE.

Risultati. L'11,4% degli intervistati riferisce di aver guidato dopo aver bevuto almeno 2 unità alcoliche nell'ora precedente. Il 5,6% degli intervistati riferisce di essere salito su auto/moto guidate da persone che avevano bevuto 2 unità alcoliche nell'ora precedente. In Campania, tali valori si attestano rispettivamente intorno al 6,3% ed al 3,3%. I controlli delle forze dell'ordine hanno interessato il 21,7% del campione (in Campania, 21,2%); all'8,9% dei soggetti fermati è stato effettuato l'*etilotest* (in Campania, all'11,5%).

Conclusioni. Nei nostri residenti vi è una maggior attitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcool, rispetto alla media regionale, sebbene con differenze statisticamente non significative. Sebbene i controlli delle forze dell'ordine vengano effettuati con frequenza simile nel territorio casertano ed in Campania, l'*etilotest* è effettuato meno frequentemente nella nostra ASL. Poiché nel 2010, con la Legge n. 120, sono state introdotte sanzioni più restrittive per scoraggiare la guida in stato di ebbrezza sarà interessante monitorare nel tempo gli effetti di tale provvedimento, mediante i dati prodotti dalla sorveglianza PASSI. Ad oggi, comunque, resta auspicabile una maggiore sensibilizzazione della popolazione sui temi della sicurezza stradale, ma anche un'intensificazione dei controlli da parte delle forze dell'ordine in quanto deterrente alla guida in condizione non idonee.

P23 INSIEME PER LA SICUREZZA MOLTIPLICHIAMO LE AZIONI DELLA PREVENZIONE

Intaschi Guido (a), Silva Alberto (b), Palagi Emanuele (c)

(a) *Sert USL 12, Viareggio, Lucca*

(b) *Educazione alla Salute, Dipartimento di Prevenzione, USL 11, Empoli, Firenze*

(c) *Comitato Non la Bevo, Viareggio, Lucca*

Introduzione. Il progetto “Insieme per la sicurezza”, realizzato nei territori di riferimento delle Aziende USL 12 di Viareggio, USL 11 di Empoli e USL 8 di Arezzo costituisce l’articolazione in Toscana dell’omonimo progetto nazionale, realizzato nell’ambito del Programma CCM “Guadagnare Salute in Adolescenza” ed è in raccordo con il progetto “Divertirsi Guadagnando salute”, già previsto tra le azioni di “Guadagnare Salute in Toscana: rendere facili le scelte salutari”. L’iniziativa, che ha l’obiettivo di favorire comportamenti di guida responsabile, in riferimento soprattutto alla guida associata al consumo di alcol e di sostanze psicoattive fra gli adolescenti e i giovani ha previsto la realizzazione di azioni diversificate nei contesti scuola e luoghi del divertimento. Sono stati realizzati laboratori formativi per “moltiplicatori della prevenzione”, ovvero soggetti, istituzioni, che nei propri contesti naturali, a qualsiasi titolo, sono in grado di trasmettere messaggi di prevenzione (volontari del soccorso, Forze dell’Ordine, insegnanti, ecc.) e sono stati promossi interventi di prevenzione nei luoghi di aggregazione giovanile ed in ambito scolastico sui temi della sicurezza stradale e dei rischi dovuti alla guida associata all’alcol.

Metodo. È stato realizzato un piano di monitoraggio e valutazione con indicatori di processo e di risultato secondo le indicazioni del PRP 2010-2012. Nel territorio di riferimento dell’Azienda USL 11 di Empoli, sono stati valutati gli interventi di prevenzione condotti dai moltiplicatori in ambito scolastico. È stata realizzata una indagine tra gli studenti delle scuole secondarie (*target* del progetto), confrontando i dati relativi all’aumento di consapevolezza sui rischi alcol-correlati rilevati nel gruppo che ha ricevuto l’intervento educativo, rispetto al gruppo di controllo, che non ha ricevuto l’intervento. Per rilevare il grado di consapevolezza raggiunto è stato definito un indicatore di “consapevolezza”, calcolato sui dati raccolti, attraverso un questionario che ha indagato i comportamenti “dichiarati” dai ragazzi, relativamente al consumo di alcol e alle sostanze psicoattive, ai comportamenti alla guida, agli atteggiamenti di rispetto delle regole del traffico e all’uso dei mezzi di protezione.

Risultati. L’indicatore ha rilevato un aumento di consapevolezza nel gruppo intervento rispetto al controllo infatti, siamo passati da un valore 0,25 delle classi di controllo a 0,51 dei ragazzi delle classi di intervento (gruppo campione).

Conclusioni. Questo dato indicativo suggerisce che l’intervento educativo condotto con i “moltiplicatori locali”) ha lasciato un segno fra gli studenti, innalzando la consapevolezza sui rischi alcol-correlati, anche a distanza di 6/7 mesi.

DAL PROGETTO AL SISTEMA ESPERIENZA TERRITORIALE DI RETE

Moltrer Teresa (a), Broseghini Manuela (b), Avancini Sandra (c), Simoni Vittoria (d), Orzes Barbara (e), Zanetti Nicoletta (f), Rigotti Patrizia (f)

(a) *Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Trento, Distretto Est Ambito Valsugana, Servizio Unità Operativa Cure Primarie, Trento*

(b) *Istituto Comprensivo Altopiano di Pinè, Baselga di Pinè, Trento*

(c) *Istituto Comprensivo di Levico Terme, Levico Terme, Trento*

(d) *Gruppo Territoriale Coordinamento Ben D'Essere, Provincia Autonoma di Trento, Comunità di Valle Alta Valsugana Bersntol, Pergine Valsugana, Trento*

(e) *Istituto di Formazione Superiore Maerie Curie, Pergine Valsugana, Trento*

(f) *Provincia Autonoma di Trento, Dipartimento della Conoscenza, Trento*

Introduzione. Per promuovere salute e aumentare le opportunità di miglioramento degli stili di vita sani nel 2003 nell'allora Distretto Alta Valsugana nasce il coordinamento "Alcol e guida. L'approccio sistematico per ridurre l'uso di sostanze psicotrope e gli incidenti stradali ha orientato i promotori verso una gestione partecipata e condivisa in *partnership* con le istituzioni del territorio, superando l'approccio strettamente sanitario. Dal 2005 il progetto riguarda tutti gli stili di vita sani.

Obiettivo. Aumentare l'*empowerment* della popolazione verso stili di vita sani attraverso lo sviluppo delle *Life Skills* utilizzando le risorse della comunità, creando *partnership* stabili tra i soggetti istituzionali presenti sul territorio.

Gruppo di coordinamento. Servizio Igiene e Sanità Pubblica e servizio Alcologia. APSS e scuole Alta Valsugana Sono stati coinvolti: 4 Istituti comprensivi, 3 scuole secondarie di secondo grado, 4 centri giovani, 8 Comuni, 1 Comunità di valle, e altri soggetti (1 scuola guida, 2 oratori 2 associazioni di volontariato).

Metodi.

- Lettura dei bisogni;
- la ricerca - azione: monitoraggio, restituzione, riorientamento delle azioni;
- la co-progettazione: i rappresentanti della rete condividono programma, strumenti, metodi, entità e utilizzo dell'autofinanziamento e tipologie di attività.
- La *Peer Education*.

Risultati del progetto/attività. Dal 2005:125 *Peer Leader* formati. Nel 2010:

- 16 nuovi *Peer Leader* hanno realizzato 20 incontri nelle scuole;
- i *Peer Junior* e *Peer Senior* hanno coinvolto 7 enti territoriali hanno gestito 3 incontri di sensibilizzazione e 1 stand informativo all'interno di un evento musicale rilevante per la comunità;
- 4 Istituti comprensivi su 6 hanno co-progettato sull'educazione alla salute, coinvolgendo 564 ragazzi e 34 insegnanti;
- 5 comuni hanno sostenuto l'adozione di un prezzo ridotto delle bevande analcoliche rispetto alle alcoliche nelle feste di paese.

Conclusioni. La cooperazione fra la sanità e gli altri soggetti presenti sul territorio risulta essere un approccio vincente per aumentare la consapevolezza che la salute si crea

nella comunità ed è sostenibile economicamente. La valutazione si è basata sul gradimento delle diverse componenti ed è risultata alta. I nodi critici riguardano il coinvolgimento degli amministratori nell'avvicendarsi delle legislature e la mancanza di strumenti validati per monitorare efficacia degli interventi. Il lavoro è stato condiviso da tutti gli Enti territoriali, si è concretizzato nel documento “Alcol proposta di regolamentazione a tutela della salute pubblica” in seguito la PAT ha emanato una legge provinciale 3 agosto 2010 n.19 “Tutela dei Minori dalle conseguenze legate al consumo di bevande alcoliche” (B.U. 10 agosto 2010, n. 32).

INFLUENZA DELL'AMBIENTE SUL CONSUMO DI ALCOL NEGLI ADOLESCENTI ITALIANI

Nardone Paola (a), Buoncristiano Marta (a), Lamberti Anna (a), Spinelli Angela (a), Cavallo Franco (b), Giacchi Mariano Vincenzo (c), Santinello Massimo (d), Gruppo HBSC Italia 2010

- (a) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(b) Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi, Torino
(c) Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica, Università degli Studi, Siena
(d) Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione LIRIPAC, Università degli Studi, Padova

Introduzione. Alcuni aspetti di salute e comportamenti a rischio quali, ad esempio, l'abuso di alcol e il tabagismo possono essere influenzati, in particolare tra i giovani, dal contesto familiare, sociale e ambientale. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il 9% di tutti i decessi nei ragazzi tra 15-29 anni sono alcol-correlati. Nell'ambito dello studio *Health Behaviour in School-aged Children*, realizzato per la prima volta nel 2010 in Italia con rappresentatività regionale, sono state raccolte informazioni sul consumo di alcol negli adolescenti e su alcune caratteristiche dell'ambiente di vita.

Obiettivo. Approfondire la relazione tra il consumo di alcol nei ragazzi e il contesto socio-ambientale.

Metodi. I dati sono stati raccolti tramite un questionario autocompilato in classe dai ragazzi di 11, 13 e 15 anni e un questionario per il dirigente scolastico. I soggetti sono stati selezionati mediante campionamento a grappolo in cui l'unità di campionamento primaria è costituita dalla classe scolastica. Per unire le informazioni ottenute dai ragazzi a quelle fornite dal dirigente della loro scuola, è stato adottato un codice alfanumerico univoco. Inoltre, nei quindicenni, con un modello di regressione logistica è stata stimata l'associazione (*Odds Ratio*=OR) tra il consumo di almeno una bevanda alcolica a settimana e l'ambiente scolastico, il contesto familiare e le caratteristiche della zona abitativa. L'analisi statistica tiene conto della struttura complessa dei dati.

Risultati. L'analisi riguarda 51.782 ragazzi. Bevono almeno una bevanda alcolica a settimana il 6,9% degli undicenni, il 12,7% dei tredicenni e il 31,8% dei quindicenni. Le iniziative di prevenzione di abuso di sostanze avviate dalle scuole sono un fattore protettivo per l'assunzione di alcol (OR=0,80), così come il coinvolgimento dei ragazzi in attività di promozione della salute (OR=0,86). Inoltre, il rischio è minore tra i ragazzi che giudicano positivamente la zona abitativa (OR=0,70) e che vivono in aree con adeguate strutture sportive (OR=0,82) e luoghi di incontro (OR=0,80). Anche la sicurezza dell'area dove si trova la scuola (OR=0,78) e dove vive il ragazzo sono fattori protettivi (OR= 0,88).

Conclusioni. L'ambiente di vita e le iniziative scolastiche di promozione della salute sembrano avere un'influenzare sul consumo di alcol nei ragazzi.

P24 IL CONSUMO DI ALCOL IN TOSCANA: DATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI 2010

Sala Antonino (a), Taddei Cristina (a), Allodi Guendalina (b), Cecconi Rossella (c), Garofalo Giorgio (c), Mazzoli Franca (d)

(a) Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi, Firenze

(b) Dipartimento di Prevenzione, ASL 10, Firenze

(c) Coordinamento Regione Toscana, Sistema di Sorveglianza PASSI, Firenze

(d) Coordinamento Regione Toscana, Sistema di Sorveglianza PASSI, Pistoia

Introduzione. Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il Sistema di Sorveglianza PASSI permette il monitoraggio di alcuni comportamenti a rischio modificabili tra cui il consumo di alcol.

Metodi. Da gennaio a dicembre 2010 in Toscana, sono state intervistate 3.012 persone, di età compresa tra i 18 e i 69 anni, selezionate dalle Anagrafi Sanitarie di ciascuna ASL con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classe di età. Hanno partecipato tutte le 12 ASL toscane con un tasso di risposta medio dell'83%.

Risultati. Il consumo di alcol è risultato pari al 58% degli intervistati e quasi 2 intervistati su 10 possono essere classificati come bevitori a rischio (forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore *binge*). Il consumo a rischio è più diffuso negli uomini, nei giovani (in particolare tra i 18 e i 24 anni) e nelle persone con livello di istruzione alto (laurea). Pochi (13,6%) riferiscono che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol, e solo il 6% dei bevitori a rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno. Un intervistato su 10 dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, ossia dopo aver bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche. Il 35% degli intervistati riferisce di aver avuto negli ultimi 12 mesi almeno un controllo da parte delle Forze dell'Ordine, come guidatore o passeggero, e in media questo controllo è capitato circa due volte. Tuttavia, solo il 14% degli intervistati fermati dalle forze dell'ordine riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'*etilotest* (percentuale che diminuisce all'aumentare dell'età: dal 35% dei 18-24enni al 5% dei 50-69enni).

Conclusioni. Anche se la maggior parte degli intervistati dichiara di consumare alcolici, i dati mettono in risalto uno scarso interesse dei medici e degli altri operatori sanitari rispetto al consumo di alcol dei propri assistiti. Solo una minoranza della popolazione continua a mettersi alla guida sotto l'effetto dell'alcol. I controlli delle Forze dell'Ordine e il ricorso all'*etilotest* non risultano ancora molto diffusi: rimane pertanto ampio il margine di miglioramento nelle pratiche di prevenzione e di contrasto.

P25 RAPPORTO COSTO/BENEFICI DI UN GRUPPO APPARTAMENTO PER ALCOLISTI GRAVI IN TRATTAMENTO

Ticali Salvatore, Vegliach Alessandro, Ciarfeo Purich Rosanna, Crimenti Ottaviano, Tomaselli Enico, Generoso Giulia, Valenciak Francesca, Blasina Jadranka, De Belli Gaia, Jugovac Davide

Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina, Trieste

Introduzione. Le dipendenze patologiche sono malattie croniche recidivanti. Ne conseguono percorsi terapeutici lunghi atti al cambiamento dello stile di vita. Tutto questo deve essere fatto nel rispetto del contenimento dei costi. Gli approcci alla cura dell'alcolismo hanno superato modelli di cura tetragonali. Gli alcolisti non sono tutti uguali e pertanto i servizi propongono progetti terapeutici personalizzati. Vi sono, quindi, utenti meno gravi (per cui sono previsti trattamenti ambulatoriali) e utenti più gravi (per cui sono necessari interventi residenziali prolungati).

Metodi. Questo lavoro presenta le attività, i costi gestionali e gli esiti di un "gruppo appartamento" per sei alcolisti gravi inserito nel contesto urbano di Trieste. Valutare, anche in termini di costi, una struttura residenziale risulta utile per dimostrare ai decisori che non sempre questa tipologia di trattamenti corrisponde ad alti costi. Essi, inoltre, sono la miglior risposta di cura per pazienti ad alto carico, che abbisognano di lunghi tempi per poter compiere progressi riabilitativi significativi.

Risultati. Il costo giornaliero per utente è pari a 26 euro calcolato su una piena accoglienza dei 6 posti letto sui 365 giorni annuali per un totale di 2190 giornate di presenza; in realtà, le giornate di presenza sono state 1765 e hanno portato la spesa pro capite a 33 euro al giorno. Un'analisi comparata mostra che questo è un costo altamente competitivo rispetto altre forme residenziali utilizzate dalle strutture sanitarie e sociali quali: comunità terapeutica (50 euro/die), casa comunale (46 euro/die), locanda (30 euro/die). Su 38 utenti ad alto carico si registra dopo sei mesi dalla fine del trattamento il 58% di astinenti. Tutti i soggetti che sono ricaduti sono stati riaccolti subito dai servizi riducendo così i danni da ricaduta grazie al consolidato rapporto terapeutico.

Conclusioni. Il presente lavoro evidenzia come sia possibile la gestione di una struttura residenziale per alcolisti gravi contenendone i costi e valorizzando il loro trattamento non fermandosi così solo a pratiche a bassa soglia. Il tutto risulta fattibile se le attività cliniche e sociali del gruppo appartamento sono fortemente integrate e sinergiche con il servizio alcolologico specialistico di riferimento che provvede a fornire il supporto clinico, amministrativo e formativo per il compimento delle azioni necessarie al reinserimento di pazienti ad alto carico.

ALCOL E GUIDA: PROGRAMMA DI ACCERTAMENTI TOSSICOLOGICI NELL' ULSS 12 VENEZIANA

Zancaner Silvano (b), Frison Giampietro (c), Ziprani Chiara (d), Zancanaro Flavio (c), Frasson Samuela (c), Sciarrone Rocco (a)

(a) Dipartimento di Prevenzione AULSS 12, Venezia Mestre

(b) Servizio medicina Legale-Dipartimento di Prevenzione AULSS 12, Venezia Mestre

(c) UOSD Laboratorio di Igiene Ambientale e Tossicologia Forense, Dipartimento di Prevenzione AULSS 12, Venezia Mestre

(d) UOS Educazione e Promozione della Salute, Dipartimento di Prevenzione AULSS 12, Venezia Mestre

Introduzione. La guida in stato di ebbrezza è la principale causa di incidenti stradali riferibile al comportamento umano. In Italia i dati disponibili risentono di una marcata sottostima dovuta all'effettuazione sporadica di indagini tossicologiche. Il singolo sinistro risulta NON alcol-correlato solo in ragione della mancata ricerca dell'alcol etilico nei conducenti. La collaborazione tra Dipartimento di Prevenzione della ULSS 12 Veneziana, Forze di Polizia Giudiziaria (PG), Autorità Giudiziaria e Presidi Ospedalieri (PO) delle province di Venezia e Rovigo ha portato ad attività di accertamento tossicologico con analisi di campioni biologici prelevati da conducenti coinvolti in incidenti stradali. Il progetto è in linea con le indicazioni del Programma Nazionale Guadagnare Salute, mediante la creazione di una rete di sistema che vede la sinergica collaborazione delle strutture succitate.

Metodi. Gli organi di PG presentano richiesta ai medici dei PO di sottoporre a campionamento di sangue e urina i conducenti coinvolti in incidenti stradali. Il personale dei PO, raccolto il consenso dei conducenti, preleva campioni di sangue e urina e compila il relativo verbale di prelievo e catena di custodia. I campioni sono inviati al laboratorio che effettua le analisi tossicologiche di *screening* e conferma. La refertazione del risultato analitico è trasmessa alle forze di PG. Campioni biologici per controanalisi sono conservati nel Laboratorio per 12 mesi.

Risultati. Gli accertamenti hanno interessato 10 strutture di Pronto Soccorso in provincia di Venezia e 4 in provincia di Rovigo. I conducenti testati sono stati 869; (23%) avevano alcolemia >0,1g/L. Una percentuale elevata (45%, n. 90) aveva alcolemia >1,5g/L; 61 (30,5%) avevano alcolemia tra 0,8 e 1,5g/L, e 19 (9,5%) tra 0,5 e 0,8 g/L.

Conclusioni. Il ruolo dell'alcol etilico nei sinistri stradali è evidente anche nella nostra casistica; un numero elevato di soggetti ha alcolemia >0,1g/L, e, di questi, il 45% ha alcol etilico ematico >1,5 g/L, correlato a grave disabilità alla guida. La rilevanza del problema alcol e guida porta alla necessità di prevedere, alla stregua di esperienze svolte in altre nazioni, lo svolgimento di interventi formativo-educativi associati ad interventi che comportino la creazione di un effetto deterrente sul comportamento pericoloso.

**Area 3.
Contrasto al fumo di tabacco**

P26 SCUOLE LIBERE DAL FUMO A LUOGHI DI PREVENZIONE: RISULTATI PRELIMINARI DELLA VALUTAZIONE DI EFFICACIA DI UN PROGRAMMA SCOLASTICO DI PREVENZIONE DELL'ABITUDINE AL FUMO IN GIOVANI DI 14/16 ANNI

Bosi Sandra (a), Tamelli Marco (a), Monti Claudia (a), Storani Simone (a), Riccò Daniela (b), Gorini Giuseppe (c), Carreras Giulia (c), Martini Andrea (c), Faggiano Fabrizio (d), Allara Elias (d), Beltrami Patrizia (e), Angelini Paola (e), Ferri Mila (e), Finarelli Alba Carola (e), Gruppo Regionale Tabagismo Area Prevenzione

(a) Lega contro i Tumori di Reggio Emilia, ONLUS, Luoghi di Prevenzione, Reggio Emilia

(b) ASL, Reggio Emilia

(c) ISPO Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, SC Epidemiologia Ambientale Occupazionale, Firenze

(d) Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università degli Studi del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro, Novara

(e) Regione Emilia-Romagna, Bologna

Il Centro Luoghi di Prevenzione ha attivato Scuole libere dal fumo, programma regionale di prevenzione dell'iniziazione al fumo dei giovani sviluppato con la metodologia multimediale laboratoriale Ldp. Il programma, rivolto alle classi prime e seconde di scuole secondarie di secondo grado (fascia di età 14/16 anni) consiste in un percorso laboratoriale presso LdP (laboratorio scientifico, informatico, di scrittura creativa e fantasia guidata), intervento curriculare di 12 ore da parte dei docenti; intervento di *Peer Education*, adozione di *policy* scolastiche per la regolamentazione del fumo. Obiettivo di questo contributo è presentare lo studio di valutazione del programma con i risultati preliminari. In un disegno di *trial* clusterizzato randomizzato, 18 scuole secondarie di II grado delle province di Reggio Emilia; Bologna e Ravenna sono state randomizzate in un gruppo di intervento e di controllo. È stato somministrato un questionario prima e dopo l'intervento per valutare le modifiche comportamentali. In un'analisi preliminare, utilizzando un modello di regressione *multilevel*, è stato stimato l'effetto post-intervento sulla prevalenza di chi ha fumato più di 20 volte (fumatore "frequente") e almeno una volta (fumatore "attuale") nell'ultimo mese. È stato stimato sia l'effetto grezzo sia l'effetto corretto per età. Sono stati reclutati all'inchiesta pre-intervento 2.476 ragazzi, con una rispondenza dell'81% nelle scuole di intervento e di controllo. I fumatori "frequenti" e "attuali" sono l'8% e il 25%, rispettivamente, distribuiti uniformemente nei due bracci dello studio. I risultati preliminari mostrano una riduzione grezza del 20% e dell'11% nella prevalenza dei fumatori "frequenti" e "attuali". Inoltre si evidenzia un maggiore effetto nelle scuole di tipo professionale. L'*Odds Ratio* (OR) grezzo e aggiustato per età per i fumatori "frequenti" è 0,73 e 0,79, rispettivamente nelle scuole professionali, e 0,93 e 0,95 nelle non professionali. L'OR grezzo e aggiustato per età per i fumatori "attuali" è 0,74 e 0,78, rispettivamente, nelle scuole professionali, e 1,01 e 0,99 nelle non professionali.

P27 ATTIVITÀ DI PREVENZIONE DEL TABAGISMO A SCUOLA

Brichese Anna, Chermaz Ester, Momo Laura, Cinquetti Sandro
Azienda ULSS 7 del Veneto, Pieve di Soligno, Treviso

Introduzione. L'indagine HBSC eseguita nel 2010 in Veneto, sui giovani di 11-13-15 anni, registra che il 5,6% degli 11enni afferma di aver provato almeno una volta a consumare tabacco, mentre per i 13enni è del 24,9% e per i 15enni del 55,8%. Inoltre, se le persone iniziano a fumare durante l'adolescenza, avranno una maggiore probabilità di diventare un fumatore regolare e consolidato in età adulta.

Metodi. La scuola è il luogo dove i ragazzi si confrontano con se stessi, gli altri, le istituzioni. Le strategie utilizzate tendono a modificare le opinioni e gli atteggiamenti verso il fumo e i fumatori. Nell'a.s. in corso partecipano ai progetti 200 bambini dai 4 ai 10 anni, le loro famiglie e 11 insegnanti delle scuole dell'infanzia e primarie del territorio. Le attività che vengono proposte si basano sull'utilizzo del linguaggio verbale, grafico, iconico, corporeo. I progetti regionali promossi seguono lo sviluppo psicologico, affettivo e cognitivo del bambino e sono: Alla conquista del pass per la Città del Sole-una Città senza fumo, La salute...in gioco, C'era una volta...e poi vissero sani e contenti, Il Club dei Vincenti-Un piano speciale contro il fumo. Il percorso ludico-didattico permette ai bambini di acquisire competenze socio-comportamentali verso buone abitudini di vita, rispetto dell'ambiente, della salute della propria persona e degli altri e promozione di un buon rapporto con il proprio corpo. Per gli oltre 400 studenti delle Scuole Secondarie, impegnati con Liberi di scegliere e *Smoke Free Class*, l'obiettivo è di aiutarli a sviluppare comportamenti per resistere alle influenze, per saper non essere fumatori e per stimolare gli altri a non fumare.

Risultati. Il programma viene valutato con questionari di gradimento per bambini, insegnanti e genitori, in quanto i progetti regionali sono già *evidence based* e la loro efficacia è stata valutata negli anni precedenti.

Conclusioni. È di fondamentale importanza intervenire in ambito scolastico con progetti mirati di prevenzione e di educazione alla salute, incominciando già nelle scuole dell'Infanzia e primaria a promuovere idee e comportamenti salutari, per favorire l'adozione di sani stili di vita, consentendo ai piccoli cittadini e ai loro genitori di poter acquisire abilità e competenze per saper scegliere cosa è bene per la propria salute.

P28 LA RETE E LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE FUMO CORRELATE

Castelli Maurizio (a), Cristaudo Rosa Maria (a), De Cristofaro Raffaela (b), Ferrari Lindo (c), Furfaro Gabriella (d), Verardo Marina Giulia (a)

(a) Azienda USL Valle d'Aosta, Dipartimento di Prevenzione, Aosta

(b) SIMG Valle d'Aosta, Aosta

(c) SC SerT Azienda USL Valle d'Aosta Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali, Regione Valle d'Aosta, Aosta

(d) Servizio Dipendenze Patologiche, Salute Mentale e Promozione della Salute Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali, Regione Valle d'Aosta, Aosta

Introduzione. Il fumo di tabacco rappresenta il primo fattore di rischio di morte e malattia in Europa e si è quindi assistito, nell'ultimo decennio, alla promulgazione di normative specifiche, alla presentazione di progetti da parte di Enti nazionali e regionali, alla costituzione di gruppi di lavoro interdisciplinari impegnati nella prevenzione della dipendenza da tabacco. La Giunta Regionale (30/12/2009) ha approvato il “Piano Regionale quinquennale Tabagismo - linee di indirizzo della Regione Autonoma Valle d'Aosta sugli interventi per la prevenzione primaria, secondaria e terziaria del tabagismo e di problemi fumo correlati”.

Metodi. Sono state finora completate le seguenti azioni:

- Istituzione di un gruppo di coordinamento aziendale con operatori di primo livello d'intervento (informazione/formazione, sensibilizzazione) afferenti alle differenti aree (territoriale, prevenzione, ospedaliera), un servizio di secondo livello (cura), identificato con il Centro per il Trattamento Tabagismo (CTT) e con il coinvolgimento di Enti esterni.
- Definizione delle modalità e degli strumenti di comunicazione di una rete di operatori sanitari per il tabagismo (software, newsletter).
- Organizzazione annuale di eventi formativi rivolti a varie figure professionali della rete ed eventi pubblici per informare la popolazione.
- Formalizzazione di un progetto pilota per la prevenzione, cura e controllo del tabagismo al fine di produrre linee d'indirizzo tecnico organizzative condivise per l'applicazione e diffusione di modelli d'intervento efficaci che coinvolge vari stakeholders.

Risultati. Sono stati formati: 54 medici, 14 ostetriche, 16 assistenti sanitari, 13 infermieri, 4 psicologi, 1 educatore, 18 tecnici della prevenzione e 2 fisioterapisti. Da dicembre 2009 è stato attivato il CTT. Sono state individuate aree multidisciplinari ed intersezionali per la programmazione e condivisione degli obiettivi di salute da raggiungere.

Conclusioni. Il Progetto è ancora in fase di realizzazione, e si concluderà, seguendo gli obiettivi di politica sanitaria, nel 2014. I risultati preliminari evidenziano l'importanza del lavoro di rete tra Regione, Azienda USL, Pubblica Istruzione, LILT e vari Enti per la prevenzione e riduzione del fenomeno tabagismo e delle sue conseguenze.

IL PROGETTO DA NOI NON SI FUMA INTERVENTO DI PREVENZIONE PRIMARIA PER UN AMBIENTE DOMESTICO LIBERO DA FUMO

Chellini Elisabetta (a), Gorini Giuseppe (a), Polvani Stefania (b), Barbanti Alessandro (b), Errico Severina Vincenza (c), Livatino Lucia (d), Giglio Evaristo (e), Giannoni Annamaria (f), Badiali Anna Maria (a), Cacciarini Valentina (a), Carollo Lucia (c), Carreras Giulia (a), Ceccanti Anna (d), Di Marco Ilia (b), Ferrini Piera (e), Ielo Francesco (c), Lelli Monia (b), Mazzoni Gabriele (d), Nidiaci Richard (a), Tronconi Lucia (c)

(a) ISPO, Firenze

(b) ASL 10, Firenze

(c) ASL 11 Empoli, Firenze

(d) ASL 4 Prato, Firenze

(e) ASL 8, Arezzo

(f) Regione Toscana, Firenze

Introduzione. Il fumo passivo in ambiente domestico è un fattore di rischio importante specialmente laddove vi sono bambini e soggetti affetti da patologie cardio-respiratorie. Obiettivo dello studio è stato quello di mettere a punto e validare un intervento sul fumo in ambiente domestico (casa e auto) rivolto a donne con figli.

Metodi. Il progetto “Da noi non si fuma”, effettuato nel 2010-2011, ha coinvolto 5 Aziende del Sistema Sanitario Regionale toscano: ISPO, ASL 4 Prato, ASL 8 Arezzo; ASL 10 Firenze e ASL 11 Empoli. L’intervento previsto sul fumo in ambiente domestico (casa e auto) è stato rivolto a donne con figli residenti nelle aree urbane. A tutte le donne che volontariamente aderivano al progetto veniva consegnato in ambiente sanitario un opuscolo predisposto *ad hoc* e ad una metà di esse veniva anche effettuato un *counseling* breve. La valutazione di efficacia dell’intervento è stata valutata mediante l’analisi delle risposte fornite ad un questionario sulle regole relative al fumo passivo in ambiente domestico, che veniva somministrato sia al momento dell’arruolamento nello studio sia dopo tre mesi. Il progetto è stato finanziato dall’Istituto Toscano Tumori.

Risultati. Sono state reclutate complessivamente 218 donne con figli: 131 fumatrici e 87 non fumatrici. Il momento dell’arruolamento circa il 62% delle fumatrici ha dichiarato di fumare in casa e il 58% in auto. Nel 36% delle abitazioni e nel 40% delle auto delle fumatrici vi erano inoltre altre persone che pure fumavano. Il livello di attenzione delle fumatrici a mantenere la propria casa e auto libere da fumo appariva molto più basso di quello delle non fumatrici. Dopo 3 mesi si è osservato un generale miglior atteggiamento nel bandire il fumo passivo in ambiente domestico, sia che fossero fumatrici o non fumatrici, sia che avessero o meno ricevuto il *counseling* breve. L’opuscolo, distribuito a tutte le donne reclutate, è risultato inoltre ben gradito, e l’intervento di prevenzione ha suscitato interesse anche di altre persone a cui non era specificamente indirizzato.

Conclusioni. L’intervento nel suo complesso ha comportato un incremento di case e auto libere da fumo di tutte le donne incluse nello studio, molto probabilmente da ascrivere all’attenzione che è stata suscitata sull’argomento anche solo distribuendo

l'opuscolo in ambiente sanitario. La buona riuscita del reclutamento e dello studio è stata possibile grazie al “gioco di squadra” portato avanti da tutti gli operatori ed enti del sistema sanitario pubblico coinvolti.

STUDIO SPRINT: TRIAL DI INTERVENTO SU FUMO E ATTIVITÀ FISICA NEL CONTESTO DELLO SCREENING PER IL CERVICO-CARCINOMA

Chellini Elisabetta (a), Giordano Livia (b), Anghinoni Emanuela (c), Iossa Anna (a), Gorini Giuseppe (a), Carreras Giulia (a), Coppo Alessandro (b), Bellati Cristina (b), Grechi Elisa (d), Talassi Fiorella (c), Gruppo di Lavoro SPRINT*

(a) ISPO, Firenze

(b) CPO, Torino

(c) ASL 7, Mantova

(d) LILT, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Firenze

Introduzione. Il fumo di tabacco è la principale causa di malattia e morte nella nostra società. Per le donne giovani i rischi sanitari fumo correlati sono maggiori se fanno anche uso di contraccettivi orali e rappresentano un rischio per la prole. Mostrano inoltre di smettere di fumare meno degli uomini. È quindi necessario attivare interventi di prevenzione indirizzati specificamente a loro per poter ridurre la mortalità e morbosità fumo correlata nei prossimi anni. Il *counseling* motivazionale è un metodo efficace per la cessazione del fumo. Obiettivo dello studio è stato quello di valutare se un intervento di *counseling* sulla cessazione può essere altrettanto efficace se fornito in un contesto di prevenzione secondaria oncologica.

Metodi. SPRINT è un *trial* randomizzato di intervento rivolto a 1.293 fumatrici arruolate tra coloro che sono state invitate ad effettuare il Pap test in Toscana, Piemonte e Lombardia nel 2010. Le partecipanti sono state assegnate a *random* in uno dei 3 bracci dello studio (1 di intervento sul fumo, 1 di intervento sul fumo e l'attività fisica ed 1 di controllo). A tutte è stato consegnato un libretto con indicazioni sull'efficacia della cessazione del fumo e sui Centri antifumo locali. L'efficacia dell'intervento è stata valutata analizzando le risposte ad un questionario *ad hoc* somministrato all'ingresso nello studio e dopo 6 e 12 mesi.

Risultati. Su 5.657 fumatrici contattate che hanno risposto al questionario di ingresso, 1.100 hanno acconsentito di partecipare allo studio (363 nel gruppo di intervento sul fumo, 366 in quello su fumo e attività fisica e 371 in quello di controllo). Le loro caratteristiche socio-demografiche e quelle legate all'abitudine al fumo e all'attività fisica non differiscono nei tre bracci dello studio. Le donne in studio rispetto alle non reclutate hanno qualche anno di più, un livello di istruzione più basso, sono più motivate a smettere, hanno fatto più tentativi per smettere e fumano di più. Dopo 6 mesi, le donne con livello motivazionale alto presentano un tasso di cessazione doppio rispetto a quelle del gruppo di controllo (OR 2,1; CI 95%: 1,0-4,6). Non è stato osservato alcun effetto aggiuntivo legato al *counseling* sull'attività fisica.

Conclusioni. La modalità di approccio dello studio SPRINT permette di contattare un gran numero di giovani fumatrici, data l'elevata adesione ai programmi di screening per il cervico-carcinoma. SPRINT ha inoltre permesso di capire che il momento dello screening è anche un momento importante per fare prevenzione primaria, peraltro richiesta dalle utenti che in genere arrivano con un forte bisogno di fare domande alle ostetriche e di essere ascoltate su vari aspetti della loro salute.

* Gruppo di Lavoro SPRINT: *Badiali Anna Maria, Cacciarini Valentina, Chellini Elisabetta, Di Pierro Carmela, Gorini Giuseppe, Iossa Anna, Mancini Maria, Nidiaci Richard, Bellati Cristina, Colledan Nadia, Coppo Alessandro, Di Stefano Francesca, Giordano Livia, Clara Sabrina, Cerchi Angelica, Notarangelo Anna Maria, Vair Cristina, Amadori Erminia, Anghinoni Emanuela, Baluga Barbara, Barbi Anna Maria, Bellomi Francesca, Benatti Bruna, Berini Elena, Bianchera Elena, Boldrini Laura, Breviglieri Paola, Campitelli Luciana, Caraffa Laura, Casoni Nicoletta, Corradelli Maria Rosa, Cuoghi Lidia, Danielis Cristina, Ferrari Carla, Ferri Marisa, Ferri Tiziana, Fiaccadori Laura, Florio Franca, Foglia Daniela, Franzini Patrizia, Gallina Anna Maria, Gialdini Mariangela, Grossi Loretta, Guzzo Stefania, Mantovanelli Daniela, Mantovani Giulia, Marchi Arianna, Molinari Manuela, Noli Paola, Oliveri Del Castillo Simona, Pasini Rossella, Perfetti Fiorella, Prati Chiara, Pria Giulia, Radaelli Alice, Raffanini Sara, Remi Lorena, Rigoni Nadia, Rovaldi Fiammetta, Russo Elisa, Sgarbi Roberta, Siliprandi Emanuela, Simoncelli Donatella, Talassi Fiorella, Toffalini Simonetta, Tovagliari Claudia, Vaccari Maristella, Villani Patrizia, Zambello Mara, Baldini Bruna, Barbieri Maria Cecilia, Bronchi Cinzia, Calabrese Liliana, Catelani Giuseppina, Casi Donella, Cavini Patrizia, Cozzi Letizia, Forlucci Cecilia, Galanti Elisabetta, Giovacchini Maria Rosa, Innocenti Grazia, Labardi Sonia, Lepri Cristina, Mazzoni Serena, Morandini Manuela, Ticci Cristina.*

GUADAGNARE SALUTE E FUMO: RILEVAZIONI DAL SISTEMA PASSI 2007-2010 - AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA

Coppola Tiziana (a), Simoncello Ivana (b), Gottardello Lorena (b), Cipolla Eustacchio (b), Caracciolo Vera (b), Cannizzo Elisabetta (b), Dainese Stefania (b), Masiero Daniela (b), Pedruzzi Liliana (b), Guerriero Anna Maria (b), Basile Angela (a)

(a) Dipartimento di Medicina Molecolare, Università degli Studi, Padova

(b) UOC Igiene e Sanità Pubblica, Azienda ULSS 16, Padova

Introduzione. Il fumo di tabacco rappresenta uno dei più gravi problemi di salute pubblica al mondo e in Italia un quarto della popolazione adulta fuma. Si è quindi voluto valutare con il sistema di sorveglianza PASSI le percentuali dei fumatori per età e sesso e l'interesse dei medici e degli operatori sanitari verso il problema, con l'obiettivo di ridurre le malattie cronico - degenerative correlate.

Metodi. I dati sono stati ottenuti mediante il sistema di sorveglianza PASSI negli anni 2007-2010 riferiti ad un diverso campione annuale della popolazione residente nell'AULSS 16 di età compresa tra 18 e 69 anni. I dati sono stati raccolti mediante somministrazione per via telefonica di un questionario standard ed analizzati con il software Epi info 3.4.3.

Risultati. La percentuale di persone che dichiara di fumare nella fascia di età <34 anni risulta essere ancora rilevante 38% nel 2007-2008, 44% nel 2008, 37% nel 2009 , 31% nel 2010. Si evidenzia tra i fumatori una diminuzione della percentuale di uomini ed un aumento delle donne. In merito alla percentuale di persone a cui un medico/operatoro sanitario ha chiesto se fuma o alla percentuale di fumatori a cui ha consigliato di smettere di fumare si evidenziano valori inadeguati ad una corretta prevenzione. La percentuale di persone a cui è stato chiesto se fuma è 42% nel 2007-2008, il 53% nel 2008, il 47% nel 2009 e il 24% nel 2010. Inoltre la percentuale di fumatori ai quali è stato chiesto di smettere di fumare è il 67% nel 2007-2008, il 68% nel 2008 e 2009 e il 56% nel 2010.

Conclusioni. Data l'alta percentuale di fumatori nella fascia di età <34 anni e il modesto interesse degli operatori sanitari l'Azienda ULSS 16 ha aderito al Progetto “Tobacco Free United - TFU”, proposto dalla Rete Internazionale degli Ospedali e dei Servizi che promuovono la salute, distribuendo le schede per la sottoscrizione degli intenti a tutti i dipendenti. Inoltre si è voluto rilanciare l'iniziativa “Ospedali e Servizi Sanitari liberi dal fumo” aderendo al “Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo - correlate” che prevede azioni integrate nell'ambito della prevenzione e della protezione dal fumo passivo, il rispetto del divieto di fumo, l'aiuto ai fumatori e la promozione della disassuefazione dal fumo sia per gli operatori che per gli assistiti. A tal fine sono stati introdotti nel programma di formazione 2012 per gli operatori sanitari dei corsi di sensibilizzazione mirati.

“SE PIOVE APRO L’OMBRELLO” - STRATEGIE DI PROTEZIONE PER CAMMINARE NEL MONDO

Falcone Maria Francesca (a), Sturaro Maria Vittoria (b)

(a) *Centro Antifumo, Viareggio, Lucca*

(b) *UOS Promozione della Salute, Azienda USL 12, Viareggio, Lucca*

Introduzione. In adolescenza il gruppo e la sua appartenenza rappresentano un bisogno per l’individuazione psicologica e sociale; esso diventa contenitore d’incredibili potenzialità supportive e di altrettanto rischio se sono introdotti elementi negativi nella traslazione dall’ambito familiare a quello sociale (relazioni con adulti estranei, con l’autorità e i pari). Questo progetto nasce nel convincimento di poter ridurre l’impatto di alcune abitudini socio-ambientali sulla salute per facilitare scelte salutari sia mediante azioni di informazione corretta, sia con interventi attivi sul benessere mediante l’attività che responsabilizzano gli adolescenti nei confronti della propria salute.

Metodi. L’anno scorso è stato realizzato con gli Istituti Comprensivi della Versilia un progetto che mira al rafforzamento delle capacità di scelte degli adolescenti sulla migliore organizzazione dei fattori di protezione.

Il progetto è stato articolato in quattro momenti:

- interventi di carattere formativo-educativo per i docenti (*Life Skills*);
- creazione da parte degli alunni di spot capaci di focalizzare scelte salutari diventando “promotori di salute”;
- scomposizione e analisi del linguaggio pubblicitario;
- realizzazione dello spot e proiezione con il supporto dei genitori e degli insegnanti.

Gli spot realizzati sono stati proiettati e discussi con gli alunni di altre classi. I docenti sono stati guidati a discutere sul fenomeno, a confrontarsi con le abitudini degli stili di vita della comunità; successivamente gli insegnanti hanno utilizzato in classe tecniche di apprendimento attivo (interviste, elaborazioni grafiche ecc.).

Risultati:

- il protagonismo dei ragazzi nel trasmettere messaggi sul benessere individuale e di gruppo;
- significativi momenti di condivisione in *circle time* per esplicitare come il bisogno di omologarsi al gruppo anche nelle “devianze” serve per sentirsi accettato. Riflessioni sul non volersi bene, sui disturbi alimentari;
- opposizione al fumo passivo in casa e l’importanza di esempi positivi dagli adulti;
- realizzazione con il materiale raccolto di un DVD degli spot e presentazioni nella scuola.

Conclusioni. Il progetto si è svolto con successo e soddisfazione dei ragazzi. L’aspetto che ha connotato in modo positivo il lavoro è stato quello di rafforzare le cognizioni salutari.

P29 GLI ADOLESCENTI AL CENTRO DEL PROGRAMMA SCOLASTICO *UNPLUGGED*: L'ESPERIENZA DELLA ASL RM C

Faliva Cristina (a), Darelli Gianna (a), De Luca Francesca (b), Gigli Beniamino (c), Lancia Andreina (b), Marino Alberta (d), Pierlorenzi Claudio (e), Scaglione Maria Rosaria (f), Vazzoler Cristiana (g)

(a) ASL RM C, Dipartimento di Prevenzione, Roma

(b) ASL RM C, UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Roma

(c) ASL RM C, UOSD Medicina Preventiva Età Evolutiva D6, Roma

(d) ASL RM C, UOC Servizio per la Cura e Prevenzione delle Tossicodipendenze D9, Roma

(e) ASL RM C, UOC Servizio per la Cura e Prevenzione delle Tossicodipendenze D12, Roma

(f) ASL RM C, UOC Servizio per la Cura e Prevenzione delle Tossicodipendenze D6, Roma

(g) ASL RM C, UOSD Medicina Preventiva Età Evolutiva D11, Roma

Introduzione. *Unplugged*, programma scolastico europeo per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e droghe, basato sul modello dell'influenza sociale e sulle *Life Skills*, è inserito nel Piano Regionale della Prevenzione 2010-12. Destinatari sono gli studenti adolescenti, attori principali con gli insegnanti del percorso di promozione alla salute. Dal 2009 presso l'ASL RMC di Roma, si è costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare interservizi che ha provveduto attraverso propri operatori esperti a formare gli insegnanti alla metodologia *Unplugged*.

Metodi. Il gruppo di lavoro ha monitorato: l'interesse dimostrato dagli studenti; il livello di interattività, che si è creato durante le attività *Unplugged*, che prevede la realizzazione di 12 unità didattiche in classe; il gradimento. Strumenti utilizzati: schede di monitoraggio compilate dagli insegnanti per singola unità didattica e schede di gradimento (anonime) compilate dagli studenti a fine programma. Entrambe le schede, relative ai due anni scolastici 2009-2010 e 2010-2011, sono state informatizzate ed analizzate con il programma EpiInfo.

Risultati. Nella ASL RM C il programma *Unplugged* è stato realizzato in 39 classi prime di Scuole Superiori per 936 studenti (14-16 anni). Il programma è stato portato a termine nel 69% delle classi. Le schede raccolte sono state 422 di monitoraggio insegnanti e 671 di gradimento studenti. I dati riportati dagli insegnanti nelle schede evidenziano che il livello di interattività e l'interesse mostrato dagli studenti sono elevati/molto elevati rispettivamente nel 63% e nel 67% dei casi. L'analisi delle schede di gradimento indica che l'87% degli studenti vorrebbe ripetere questa esperienza. Il programma è piaciuto molto/moltoissimo a più della metà dei ragazzi. Il 75% degli studenti riferisce che "grazie ad *Unplugged* pensa di sapere più cose sulle conseguenze di fumare sigarette, bere alcol ed usare droghe".

Conclusioni. Il programma *Unplugged* ha suscitato l'interesse degli studenti che si sono sentiti sollecitati a confrontarsi sulle proprie abilità sociali e di vita e ha fornito informazioni corrette. Gli studenti sono stati coinvolti come *testimonial* per la divulgazione di *Unplugged* presso altre Scuole. In considerazione dei risultati ottenuti il programma *Unplugged* continuerà ad essere proposto.

FREE YOUR MIND - CAMPAGNA DI PREVENZIONE

Gallegati Annalisa, Sereni Giuditta

Intendenza Scolastica Italiana di Bolzano, Forum Prevenzione, Bolzano

Introduzione. Un gruppo di lavoro multiprofessionale, composto da operatori della sanità, della scuola, della prevenzione e della terapia ha realizzato un percorso di informazione, prevenzione e sensibilizzazione ai problemi del consumo di tabacco e alcool nelle scuole superiori della provincia di Bolzano, con l'obiettivo di rafforzare nei giovani l'inclinazione a non fumare/non bere e favorire lo sviluppo di atteggiamenti critici verso le sostanze legali e illegali. Parallelamente viene offerta la possibilità, a chi avesse già iniziato a fumare/bere, di seguire un programma di disassuefazione/riduzione in gruppo ristretto e protetto.

Metodi. Percorso strutturato in più incontri, da svolgersi in palestra o in luogo ampio, con conduttori di ambedue i sessi e di diversa provenienza professionale. Realizzazione di una pagina web per giovani e distribuzione di *gadget*. Creazione di gruppi di aiuto per giovani per smettere (o ridurre) di fumare.

Risultati. Il percorso è stato richiesto da molti istituti superiori anche perché prevede un forte coinvolgimento degli insegnanti nella progettazione e nell'organizzazione delle tematiche e delle metodologie.

Conclusioni. Dopo la conclusione del percorso (circa quattro settimane) il *team* che ha accompagnato ogni classe si incontra nuovamente con la stessa per un *feedback* in termini di impressioni e valutazioni personali.

“PERCORSI DI BENESSERE PER GLI ADOLESCENTI - PREVENIRE L’INIZIAZIONE DEI GIOVANI AL FUMO”

Livatino Lucia, Carollo Lucia, Bracciotti Marco, Tronconi Lucia, Ielo Francesco
UF Formazione Educazione Promozione della Salute, Azienda USL 4, Prato

Introduzione. La finalità del progetto è di sensibilizzare la popolazione scolastica al problema del tabagismo e di prevenire/ritardarne l’iniziazione agendo su un *target* molto giovane e per il quale, come lo statistiche confermano, il fumo rappresenta una delle espressioni del “diventare grandi” fortemente influenzato dal gruppo dei pari. Il progetto ha cornice regionale unica in quanto le Linee Guida date dalla Regione Toscana nell’ambito della Del. R.T. n. 800/2008 “Guadagnare Salute in Toscana Azione C. 1 Prevenire l’iniziazione al fumo nei giovani” vengono applicate da tutte le Aziende Sanitarie Toscane. Nello specifico dell’Azienda Usl 4 Prato il progetto è stato condotto secondo la metodologia della Programmazione Partecipata Interistituzionale con coinvolgimento degli enti locali e di soggetti del territorio portatori di interesse in un’ottica di progetto di comunità. Il tema dell’area salute individuato, tabagismo, è stato condotto con l’intento di declinarlo nelle sue relazioni con gli altri stili di vita secondo una prospettiva che mantenga *Life Skills* e competenze trasversali come criterio primo dell’interazione fra formazione e prevenzione. Ha coinvolto Studenti, Insegnanti, Operatori Scolastici dell’Istituto Comprensivo Sandro Pertini di Vernio. L’I.C. è diventato Scuola Libera dal fumo con estensione del divieto di fumare anche negli spazi esterni compresi entro il perimetro di recinzione della scuola.

Metodo. L’obiettivo di salute è stato condiviso con gli enti locali, con la scuola, e con i soggetti del territorio, portatori di interesse per il e dal progetto. L’intervento educativo è stato co-costruito e condiviso con la Dirigente Scolastica e gli insegnanti della Scuola *target* del progetto. Il percorso con gli studenti è stato realizzato utilizzando il modello dell’influenza sociale, delle *Life Skills* e della *Peer Education*.

Risultati. Nel territorio è stato costituito un gruppo di lavoro che opera stabilmente per la prosecuzione del progetto negli anni. Da questo anno l’I.C. S. Pertini Vernio è Scuola Libera dal fumo. Tale decisione è un modo per comunicare agli studenti un messaggio coerente sul consumo di tabacco e sensibilizzare la comunità intera, primi tra tutti i genitori e i frequentatori della palestra comunale interna alla recinzione della scuola. L’iniziativa è stata fortemente condivisa dalla collettività che ha visto la collaborazione a vario titolo di associazioni ed enti locali attivi sul territorio dei Comuni di Vernio e Cantagallo. Sono state definite e realizzate forme di comunicazione dell’obiettivo di salute individuato utile a raggiungere non solo la comunità scolastica ma la comunità intera di quel territorio. È in corso uno Studio di fattibilità per valutare l’efficacia di un intervento di educazione tra pari e di introduzione di un regolamento scolastico sul fumo.

Conclusioni. L’iniziativa è stata fortemente condivisa dalla collettività e ha visto la collaborazione di associazioni ed enti locali attivi sul territorio dei Comuni di Vernio e Cantagallo. Ciò ha permesso la definizione di un modello di intervento di Programmazione Partecipata Interistituzionale su obiettivi di salute.

RIASSUNTO ATTIVITÀ SVOLTE DAL CTT DA LUGLIO - 2008 A FEBBRAIO 2012

Magnelli Fernanda, Vonella Domenico, Addante Anna, Rota Amerigo Josepf
Centro Trattamento Tabagismo SerT di Cosenza, Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, Regione Calabria, Cosenza

Introduzione. Da luglio 2008 è attivo presso il SerT di Cosenza il Centro per il Trattamento del Tabagismo (CTT) per rispondere alle esigenze terapeutiche e di cura di una moltitudine di cittadini affetti o potenzialmente interessati da numerose patologie fumo-correlate. Sono stati arruolati i seguenti utenti:

- 19 nel 2008;
- 53 nel 2009;
- 31 nel 2010;
- 34 nel 2011;
- 8 nel 2012 sino alla data odierna.

Dall'anno 2009 si è deciso di attuare, in accordo con la Direzione Generale dell'ASP, di Cosenza, una migliore strategia operativa per favorire una maggiore aderenza al trattamento per i tabagisti incentivandoli a smettere di fumare e a disintossicarsi garantendo loro la somministrazione gratuita del farmaco antifumo (con p.a. varenicrina) e del prelievo ematico per analisi di routine registrando così, progressivamente, una migliore aderenza al trattamento.

Metodi. Per tutti gli utenti sono state fornite le seguenti prestazioni: *counseling* informativo; visite mediche e controlli periodici per eventuali effetti collaterali farmaco antifumo; colloqui motivazionali; testistica con valutazione della motivazione e del *craving*; misura della CO ad inizio trattamento, durante il trattamento e a fine trattamento; valutazione esito trattamento; analisi di *follow-up* per coloro che hanno finito il trattamento a 6 mesi, 12 mesi e 24 mesi.

Risultati. Per coloro che hanno finito il trattamento farmacologico e terapeutico circa il 50% a smesso di fumare a fine trattamento. Inoltre, l'*équipe* del CTT ha programmato ed attuato campagne di sensibilizzazione per la popolazione sul tabagismo e sulle patologie ad essa correlate. Iniziative di prevenzione e di promozione di stili di vita adeguati tendono infatti a evitare che un numero sempre maggiore di giovani acquisiscano problematiche tabacco correlate. Si sono realizzate, a riguardo, due campagne di prevenzione, sensibilizzazione e promozione della salute rivolte alla cittadinanza nei periodi:

- 22, 23 e 24 giugno 2011 con uno stand congiunto Sitab - CTT SerT di Cosenza allestito in P.zza XI settembre di Cosenza;
- 5, 6 e 7 dicembre 2011 uno stand congiunto Sitab - CTT SerT di Cosenza allestito presso il Centro Commerciale Carrefour di Zumpango (CS).

Conclusioni. Si promuove il trattamento farmacologico a base di varenicrina e eventi preventivi.

P30 C'ERA UNA VOLTA...E POI VISSERO SANI E CONTENTI. L'EDUCAZIONE ALLE *LIFE SKILLS* NELLA SCUOLA PRIMARIA

Mantovani Alessandro, Canova Rosanna, Di Pieri Martina, Tamang Elizabeth
Regione Veneto, Adria, Venezia

Introduzione. Il progetto «C'era una volta...e poi vissero sani e contenti» è il primo programma di educazione e promozione della salute della Regione del Veneto rivolto alle scuole primarie che utilizza l'approccio educativo alle *Life Skills* finalizzato alla promozione di stili di vita sani e nello specifico rivolge un'attenzione particolare al fattore di rischio del fumo di tabacco. Questo progetto è, inoltre, stato inserito come progetto pilota in un programma europeo dal titolo “*Working with communities to reduce health inequalities: protecting children and young people from tobacco*” finalizzato a valutare le metodologie più efficaci per proteggere i bambini dal fumo. Con questa relazione si desidera presentare l'approccio alla *Life Skills Education* integrato in un percorso triennale di prevenzione del tabagismo, nei bambini della scuola primaria, con i risultati della valutazione del percorso effettuato presso l'Azienda ULSS 19 di Adria.

Metodi. Il progetto consiste in un insieme di attività che coinvolgono attivamente i bambini, i genitori e gli insegnanti, attribuendo a ciascuno un compito: al bambino il compito di esprimere il proprio vissuto attraverso la fabulazione ed altre attività espressive, al genitore il compito di riflettere sul proprio modello educativo rispetto alla salute ed all'insegnante il ruolo di stimolare le reazioni, i vissuti e gli effetti attraverso le attività realizzate. La metodologia presta attenzione alle differenze individuali e alle dinamiche di gruppo, oltre che alla fascia d'età con cui si tratta.

Risultati. La valutazione del progetto ha coinvolto oltre i bambini anche i genitori e gli insegnanti con metodi di tipo qualitativo e quantitativo. I risultati, che verranno presentati nello specifico, evidenziano per quanto riguarda i bambini una implementazione delle abilità di vita mentre per quanto riguarda i genitori e gli insegnanti un aumento delle conoscenze e delle competenze nel proteggere i bambini dall'esposizione al fumo.

Conclusioni. La relazione si conclude evidenziando i punti di forza dell'utilizzo di un programma di *Life Skills* nel contesto della scuola primaria al fine di aumentare l'efficacia di un intervento di promozione di stili di vita sani.

P31 PROTEGGERE I BAMBINI E I GIOVANI DAL TABACCO: STRUMENTI PER SVILUPPARE E IMPLEMENTARE INTERVENTI DI EDUCAZIONE TRA PARI E DI COMUNITÀ

Mantovani Alessandro, Finessi Andrea
Regione Veneto, Adria, Venezia

Introduzione. Il fumo di tabacco viene considerato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nella recente pubblicazione “Equità, Determinanti sociali e programmi di Salute Pubblica” uno dei fattori strettamente associati ai determinanti sociali di salute (stato socio economico, livello di istruzione, condizioni abitative e lavorative ecc.), provocando una importante disuguaglianza sanitaria con conseguenze che si elencano in termini di morbilità e mortalità. In linea con tali considerazioni, il progetto europeo “*Working with Communities to reduce Health inequalities*”, che ha coinvolto per la Regione Veneto, l’Azienda ULSS di Adria, è stato finalizzato a sviluppare metodi efficaci per coinvolgere le comunità locali e i gruppi di pari al fine di generare cambiamenti negli stili di vita che potessero avere risultati positivi per la salute e riducessero le disuguaglianze sanitarie.

Metodi. Il progetto ha valutato l’efficacia di due tipologie di intervento: 1) interventi di educazione tra pari finalizzati a sviluppare una consapevolezza circa le problematiche tabacco correlate, con l’intento di ridurre la prevalenza del fumo tra i giovani. 2) interventi che coinvolgono le comunità, finalizzati a proteggere i bambini dall’esposizione al fumo passivo.

Risultati. La valutazione degli interventi fornisce una serie di indicazioni di buona pratica che dovrebbero essere prese in considerazione durante lo sviluppo di progetti o programmi che coinvolgono la comunità o i pari e che puntano a proteggere i bambini e i giovani dall’uso del tabacco. Queste indicazioni aiutano a definire le caratteristiche chiave degli interventi al fine di massimizzarne l’efficacia. Vengono pertanto identificate: le modalità di coinvolgimento degli *stakeholders*; l’ambito e la dimensione dell’attività da realizzare; il tipo di attività da svolgere; lo sviluppo di materiali appropriati; l’identificazione e l’esplicitamento dei bisogni formativi.

Conclusioni. Dall’analisi dei risultati degli interventi e dall’esperienza dei progetti di *Peer Education* e comunitari vengono evidenziate delle linee guida, rivolte ai decisori delle politiche sanitarie a livello locale, regionale, nazionale ed europeo, finalizzate alla protezione dei bambini e dei giovani dal tabacco.

P32 INDAGINE SULL'ABITUDINE AL FUMO DI SIGARETTA NELLA POPOLAZIONE DI CAMERANO (AN)

Morbidoni Marco (a), Ambrogiani Elisa (a), Guidi Antonella (a), Berti Stefano (b), Bernacchia Elisabetta (b)

(a) UO Epidemiologia, Area Vasta 2 Ancona, ASUR Marche, Ancona

(b) Ufficio Promozione della Salute, Area Vasta 2 Ancona, ASUR Marche, Ancona

Introduzione. Il fumo di tabacco è nel mondo la più importante causa di morbilità e mortalità evitabile. Tale evidenza ha condotto la Zona Territoriale 7 ora Area Vasta 2 Ancona, tramite l’Ufficio Promozione della Salute, a predisporre un programma d’azione nel comune di Camerano (AN) dal titolo “Respiriamo liberi” all’interno del quale rientra un’indagine pre/post sull’abitudine al fumo e la sperimentazione di un intervento di comunità per la prevenzione del consumo di sigarette. Si tratta di un modello di sviluppo della comunità per la prevenzione, il controllo e la cura del tabagismo, incentrato su azioni sinergiche e reti socio-istituzionali per la realizzazione di azioni di contrasto al fumo di tabacco. Lo studio di tipo trasversale misura la diffusione del fumo nella popolazione locale, valuta il rischio derivante dall’ambiente di vita in cui la persona vive, le motivazioni che portano a fumare, le opinioni su fumo e fumatori e la reazione all’invito medico di non fumare.

Metodi. L’indagine si è svolta somministrando un questionario alle persone campionate del comune di Camerano. Il campionamento di tipo casuale semplice stratificato per genere ha riguardato 250 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni.

Risultati. La prevalenza dei fumatori risulta del 18,4%, i non fumatori sono il 54,4% e vi è un numero molto alto di ex-fumatori (27,2%). I fumatori maschi sono il 24% e le fumatrici il 12,8% con una differenza statisticamente significativa. L’età media del fumatore è 46,5 anni per gli uomini (moda 37, mediana 46,5 e range 25-67) e 40,18 per le donne (moda 31, mediana 36,5 e range 23-62). Nel 58,7% dei casi il fumatore è coniugato, diplomato (69,6%) e lavoratore (52,2%) anche se non vi è nessuna associazione positiva tra l’abitudine al fumo e le variabili enunciate. Esiste, invece, una correlazione positiva tra consumo medio giornaliero di sigarette e genere. Hanno pensato di smettere di fumare quasi 7 persone su 10. Delle donne pensa che riuscirebbe a farlo il 51,9% contro il 48,1% degli uomini, differenza statisticamente significativa. Contrariamente a quello che comunemente si pensa, non emerge nessuna associazione tra svolgere un lavoro pesante e fumare.

Conclusioni. L’alta percentuale di ex-fumatori evidenzia una popolazione con una probabilità di rischio pari se non maggiore di incorrere in patologie fumo-correlate. Per scongiurare tale pericolo sono state avviate iniziative di promozione della salute, prevenzione e trattamento mediante il lavoro in rete degli operatori socio-sanitari per il contrasto del tabagismo.

P33 COUNSELLING BREVE PER DISASSUEFAZIONE DAL FUMO DI SIGARETTA NEL SETTING DEGLI SCREENING ONCOLOGICI RIVOLTI ALLA POPOLAZIONE FEMMINILE: RCT IN REGIONE LOMBARDIA

Moretti Roberto (a), Tinghino Biagio (b), Cremaschini Marco (a), Cereda Danilo (c), Anghinoni Emanuela (d), Ceresa Piera (c), Salaroli Raffaella (e), Talassi Fiorella (d), Caimi Francesco (f), Silvestri Maria Grazia (g), Galavotti Maurizio (h), Bonfanti Marina (h), Coppola Liliana (h), Zerbi Laura (h), Gramegna Maria (h), Pirola Maria Elena (c)

(a) ASL, Bergamo

(b) ASL, Monza Brianza

(c) ASL Milano 1, Milano

(d) ASL, Mantova

(e) ASL, Lecco

(f) AO Legnano, Milano

(g) ASL, Lodi

(h) Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia, Milano

Introduzione. Regione Lombardia sostiene pianificazioni locali integrate e multisettoriali di interventi, *evidence based*, finalizzati alla promozione di stili sani attraverso azioni di *governance*. Numerosi studi individuano il *counselling* condotto da operatori sanitari e il *setting* sanitario come condizioni favorevoli per la disassuefazione dal fumo di tabacco.

Metodi. Nel periodo 2010-11 è stato condotto un RCT su un campione di donne fumatrici presentatesi consecutivamente ad eseguire una prestazione di *screening* mammografico (50-69 anni) o un pap test (25-64 anni) presso 3 ASL di Regione Lombardia. Lo studio prevede 3 bracci: A consegna di un opuscolo (controllo); B opuscolo e *counselling* breve per la dismissione dal fumo di sigaretta (intervento); C opuscolo e *counselling* breve per la dismissione dal fumo di sigaretta e promozione sani stili di vita (intervento). La dimensione del campione con IC del 95% e la precisione del +/- 5 è pari a 2.400 donne. La randomizzazione avviene con busta chiusa scelta prima dello *screening*, in seguito le donne compilano un questionario sui propri comportamenti (alimentazione, fumo, attività fisica). Gli operatori (tecnici di radiologia, infermieri e ostetrici), formati con un corso di una giornata, provvedono al *counselling* "breve" (durata di 3-6'-modello delle 5A). L'opuscolo "La vita è bella" è stato realizzato secondo indicazioni *evidence based* (WCRF 2007). A 6 e 12 mesi operatori di *screening* contattano telefonicamente le donne per il *follow-up*.

Risultati. Le donne arruolate a gennaio 2012 sono 2.258, il *follow-up* a 6 mesi si è concluso per 1.873 donne (A 627, B 632 C 614), il *follow-up* a 12 mesi per 1.450 (A 490, B 494, C 466). Il tasso di dismissione dal fumo di sigaretta a 6 mesi è: A 8,8% B 7,9% C 9,8% (B+C 8,8). A 12 mesi è: A 11,6% B 14,2% C 15,2% (B+C 14,7). Non si evidenziano differenze statisticamente significative (A vs B+C, 12 mesi, p=0,6).

Conclusioni. I risultati preliminari suggeriscono che il *counselling* breve è efficace per la disassuefazione dal fumo. Il confronto con la sola somministrazione dell'opuscolo va valutata in relazione al possibile *bias* relativo alla telefonata a 6 mesi e al questionario compilato all'arruolamento. Ulteriori analisi permetteranno di perfezionare gli strumenti per la trasferibilità operativa già in atto nel territorio.

P34 PRIMI RISULTATI DELLA RICERCA FOCUS FUMO DELLA REGIONE DEL VENETO

Orlandini Daniela (a), Spiller Valter (b), Caneva Tiziana (c), Cavion Roberto (c), Pettenò Annarosa (d), Spadari Chiara (c), Storti Enzo (e), Tunno Rosalba (c), Zini Gianni (e)

(a) ULSS 12 Veneziana, Venezia Mestre

(b) ASL 3 Genovese e Scuola Italiana di Counselling, Genova

(c) ULSS 5 Ovest Vicentino, Arzignano, Vicenza

(d) Regione Veneto, Venezia

(e) ULSS 6, Vicenza

Introduzione. Si intende presentare alcuni risultati del progetto di ricerca, tuttora in corso, denominato *Focus Fumo*, che ha l'obiettivo di valutare gli esiti a breve, medio e lungo termine degli interventi gruppali ed individuali per smettere di fumare. Lo studio intende identificare le caratteristiche dei fumatori rispetto all'adesione al trattamento e al suo esito al fine di predisporre percorsi terapeutici differenziati.

Metodi. Prima di iniziare l'intervento T0 ai soggetti è stato chiesto di compilare un set di strumenti composto da scheda dati per la raccolta di informazioni socio-anagrafiche e sull'abitudine al fumo, questionario di autovalutazione della dipendenza fisica da nicotina (Fageström), alcune scale specifiche per valutare gli aspetti motivazionali, le capacità di gestione delle situazioni a rischio, la depressione, l'ansia, le strategie di gestione dello stress. È stata prevista la raccolta dati sull'esito dell'intervento e sulle modificazioni degli aspetti considerati al T0 dopo 3, 6 e 12 mesi. Per valutare gli aspetti motivazionali è stato utilizzato il questionario VMC2-T (Valutazione della Motivazione al Cambiamento, Vers.2, Tabagismo), che consente, utilizzando semplici scale analogiche centesimali, di ottenere una valutazione degli elementi motivazionali connessi al cambiamento. Lo studio è stato realizzato in collaborazione con 17 servizi veneti che si occupano di trattamento tabagismo.

Risultati. I dati comparativi T0-T3 relativi a 476 fumatori evidenziano che nessuna delle variabili socio-anagrafiche e sull'abitudine al fumo è risultata predittiva di successo, come altrettanto ininfluenti sono risultati i valori iniziali di depressione, ansia, strategie di gestione dello stress. Le uniche variabili associate con una maggiore probabilità di esito positivo sono alcuni elementi motivazionali. I soggetti astinenti a tre mesi hanno iniziato l'intervento con un livello significativamente superiore di insoddisfazione e preoccupazione, importanza e desiderio, decisione e impegno per il cambiamento. La fiducia nelle proprie capacità è risultata significativa in relazione alla capacità di sopportare i malesseri fisici.

Conclusioni. I risultati preliminari sembrano confermare l'importanza degli aspetti motivazionali nella scelta delle proposte terapeutiche. La capacità degli operatori di essere sensibili ai livelli motivazionali dei fumatori sembra essere un elemento importante per personalizzare gli interventi e facilitare le scelte di salute dei cittadini.

IL COUNSELING COME STRUMENTO PER FACILITARE SCELTE ORIENTATE ALLA SALUTE

Padovan Mara (a), Spiller Valter (b), Schiavinato Alessandra (a), Sbrogiò Luca Gino (c)

(a) ULSS 9, Treviso

(b) ASL di Genova, SerT, Genova

(c) ULSS 19 Adria, Venezia

Introduzione. Nell'ambito del progetto nazionale della LILT e FNCO “Mamme Libere dal Fumo”, finanziato dal CCM, è stato realizzato un piano di formazione rivolto alle ostetriche per sviluppare competenze comunicative legate al *Counseling Sanitario Motivazionale* (CSM), finalizzato ad orientare le donne in gravidanza verso l'astensione dal fumo.

Metodo. La sensibilizzazione all'importanza degli aspetti relazionali nell'intervento professionale è stata perseguita fornendo un inquadramento teorico-pratico del CSM ad un gruppo di Ostetriche a livello nazionale, con l'intento di favorire una successiva formazione “a cascata” rivolta alle colleghi del territorio di appartenenza. La formazione ha inteso aumentare la capacità di “personalizzare” gli interventi in relazione alle caratteristiche delle pazienti. Sono state presentate alcune abilità relazionali di base del CSM e sono state proposte per la sperimentazione su casi presentati dai docenti e, successivamente, su casi presentati dai discenti. La formazione si è svolta in due giornate più un terzo giorno di follow-up per le formiatrici. Per la formazione periferica si richiedeva l'organizzazione di almeno un giorno intero di corso, con il 50% del tempo dedicato al *counseling*.

Risultati. La valutazione degli esiti della formazione è stata studiata somministrando alle 100 ostetriche “formatrici” (su 20 Regioni) un questionario prima e dopo l'intervento formativo. L'efficacia dell'intervento rispetto agli esiti attesi (facilitazione all'orientamento verso l'abbandono dell'abitudine al fumo) è stata osservata somministrando in alcune ASL campione un questionario ai genitori in occasione delle prime vaccinazioni dei neonati. L'intervento presenterà alcuni risultati di queste valutazioni con particolare attenzione agli aspetti legati alla qualità della relazione.

Conclusioni. È stata rilevata l'importanza di una formazione trasversale mirata alla conoscenza delle abilità di *Counseling Sanitario*. I risultati evidenziano inoltre l'utilità di una formazione permanente affinché queste abilità diventino componenti ordinarie della competenza professionale dell'ostetrica. Emerge inoltre che il metodo necessita di un tempo adeguato sia per l'acquisizione delle abilità sia per il consolidamento nel tempo della modifica dello stile relazionale degli operatori.

P35 4 PASSI CON MARKOV: MODELLO A 4 STATI PER VALUTARE L'IMPATTO DI INTERVENTI SUL FUMO A PARTIRE DA DATI PASSI

Piovesan Cinzia, Ramigni Mauro, Gallo Giovanni
Dipartimento di Prevenzione, ULSS 9, Treviso

Introduzione. In Italia si stima che il fumo sia responsabile di circa 70-80.000 morti l'anno. Nonostante la continua diminuzione, attualmente circa il 34% degli uomini e il 23% delle donne fuma (dati PASSI 2010). Il rischio relativo di morte per tutte le cause è circa il doppio per un fumatore rispetto ad un non fumatore. Per l'ex fumatore il rischio si riduce cogli anni fino ad egualare quello di un non fumatore. In base a questo scenario iniziale si sono effettuate delle simulazioni per valutare l'efficacia di interventi volti a ridurre la prevalenza di giovani fumatori o ad aumentare le probabilità di smettere di fumare in tutti gli adulti.

Metodi. È stato creato un modello di Markov a 4 stati (non fumatore, fumatore, ex fumatore e deceduto come stato assorbente) con una matrice di transizione ad un anno per calcolare il numero di morti evitabili e gli anni di vita persi da una coorte di 18-enni con una simulazione temporale di circa 80 anni. Si sono quindi comparate con lo scenario attuale di fumatori presenti in ULSS 9 varie alternative:

- riduzione iniziale del numero fumatori 18-enni dovuta ad interventi nell'adolescente;
- raddoppio della probabilità di smettere di fumare in tutte le età;
- combinazione delle due strategie precedenti;
- completa eliminazione del fumo.

Risultati. Interventi che mirino a raddoppiare la probabilità di smettere in qualsiasi età risultano più efficaci di abbassamenti inferiori al 50% nel numero di fumatori 18-enni. Combinazioni dei due interventi risultano l'azione più efficace a partire da una riduzione del 40% dei fumatori iniziali. Quest'ultima strategia consentirebbe di evitare prima dei 75 anni 61 morti (circa 9% di decessi in meno) tra gli uomini e 8 tra le donne (la prevalenza attuale di fumatrici femmine e la loro tendenza a smettere è nettamente migliore rispetto a quella maschile) nella coorte di 18-enni (ora composta da 3.759 persone). Considerando le speranze di vita della stessa coorte, nei prossimi 65 anni si guadagnerebbero 1.036 anni di vita.

Conclusioni. I modelli sono utili nel quantificare il potenziale impatto delle politiche che inducono una riduzione nel numero di nuovi fumatori e nell'uso del tabacco. Tali analisi possono aiutare i decisori sulle strategie più efficaci da adottare per il controllo dell'abitudine al fumo.

FUMO, GRAVIDANZA, ALLATTAMENTO. LE VACCINAZIONI OCCASIONE OPPORTUNA PER IL COUNSELLING AI GENITORI E PER LA SORVEGLIANZA DEL FENOMENO

Piovesan Gianna, Ramigni Mauro
Dipartimento di Prevenzione, ULSS 9, Treviso

Introduzione. Il Progetto Genitori Più, attivo dal 2006, promuove 7 azioni di dimostrata efficacia per la prevenzione dei rischi per la salute in età perinatale e infantile. Tra queste l'astensione dal fumo durante la gravidanza e nei luoghi frequentati dal bambino.

Metodi. Le vaccinazioni offrono un'importante possibilità di contatto con i genitori per rinforzare la proposta di queste azioni e valutare la loro diffusione. Alla 2° dose di vaccino nell'ULSS di Treviso è previsto un momento di *counseling* motivazionale breve, per il quale il personale vaccinatore è stato adeguatamente formato, riguardante l'astensione dal fumo. In questa occasione viene anche somministrato a tutti i genitori un questionario che, oltre al fumo, riguarda altre 2 delle 7 azioni di Genitori Più: allattamento e assunzione di acido folico.

Risultati. Nel periodo aprile-dicembre 2011 sono stati intervistati 2.477 genitori di bambini di 4-5 mesi (circa 92% dei vaccinati). Il 7,5% delle mamme fuma, il 24,3% è ex fumatrice e il 68,2% non ha mai fumato. L'abitudine al fumo è correlata al basso titolo di studio, alla presenza di *partner* fumatore, all'età più giovane (sotto i 30 anni) e al non allattare al seno. Tre quarti delle donne che fumavano nei 6 mesi precedenti la gravidanza hanno smesso durante questo periodo, ma, al momento dell'intervista, il 25% di queste aveva ripreso a fumare. Questo comportamento si mostrava correlato alla nazionalità straniera, al fatto che il bambino fosse il primo figlio e, ancora, al basso titolo di studio, alla presenza di *partner* fumatore e al non allattare al seno. Tra i papà fuma il 28,8%. I papà fumatori erano significativamente di più nelle classi di età più giovani e tra chi aveva titolo di studio più basso.

Conclusioni. La gravidanza e l'allattamento al seno si confermano stimoli molto forti a smettere di fumare. Un quarto delle donne che aveva smesso durante la gravidanza, però riprende a fumare a meno di 5 mesi dal parto. Situazioni di probabile svantaggio (nazionalità straniera, basso titolo di studio) e avere il *partner* fumatore favoriscono questo comportamento. Le azioni di promozione dell'astensione al fumo già messe in atto durante la gravidanza vanno necessariamente rinforzate nel periodo post parto e dopo lo svezzamento. Particolare interesse va posto nei confronti dei papà fumatori.

P36 PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI E DELLA CESSAZIONE DAL FUMO DI TABACCO IN UNA AZIENDA DI MEDIE DIMENSIONI

Pontoni Humberto (a), Ardemagni Giuseppina (a), Coppola Liliana (b), Resentini Maurizio (a), Cecchetti Roberto (a), Tinghino Biagio (a), Celada Silvia (a), Bonfà Giovanni (a), Franchetti Manuela (a), Cardamone Ugo (c), Galdini Simonetta (d)
(a) Azienda Sanitaria Locale Monza e Brianza, Monza
(b) Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia, Milano
(c) Azienda STMICROELECTRONICS sito di Agrate Brianza, Monza
(d) Confindustria Monza e Brianza, Monza

Il progetto ha promosso l'adozione di sani stili di vita in una azienda di grandi dimensioni, con particolare presenza di lavoratrici. Obiettivi ed azioni erano coerenti con le politiche aziendali con particolare attenzione, non esclusiva, alle donne. Ha incentivato l'attività fisica, reso disponibili snack salutari, avviato un programma antitabagico (*evidence based*). Si è offerta, previa comunicazione, la sensibilizzazione sui danni e percorsi di disassuefazione. Il progetto ha stimolato i lavoratori ad una maggiore attività fisica con l'utilizzo delle scale: *best practice* per la prevenzione delle malattie cronico-degenerative.

Metodi. Per sensibilizzare sul tema del tabagismo sono stati trasmessi messaggi e video nei locali mensa e aperto uno “sportello” gestito dal Centro per il Trattamento del Tabagismo del Dipartimento Dipendenze. Sono stati arruolati 10 fumatori e si è avviato un trattamento di gruppo, ancora in corso. La promozione dell’attività fisica e movimento è stata sostenuta mediante poster multisoggetto, opuscolo e post it, realizzati da un’agenzia di comunicazione specializzata in stili di vita. I dipendenti hanno ricevuto con lettera semplici strategie di movimento.

Risultati. La valutazione del trattamento antitabagico è prevista per marzo. La valutazione in itinere, effettuata tramite misurazione del monossido di carbonio espirato, vede un tasso di cessazione temporaneo del 50% dei partecipanti (4 su 8), con un *drop-out* del 20% degli arruolati. Le misurazioni saranno effettuate a conclusione del percorso, a 3,6,12 mesi. Per l’attività fisica nel 2012 sarà verificata l’efficacia del progetto mediante questionario di gradimento dell’iniziativa e di consapevolezza di un corretto stile di vita.

Conclusioni. Il progetto ha incentivato corretti stili di vita con forme di comunicazione sia video che cartaceo e l’avvio di un percorso per la cessazione dal fumo. Si prevede che la percentuale di disassuefazione dal fumo sia sovrapponibile agli accessi spontanei extralavorativi, ma ha favorito l’arruolamento di fumatori che non avrebbero fatto ricorso alle cure.

INDAGINE SUL FUMO PRESSO LE SCUOLE MEDIE INFERIORI ASL CE

Protano Domenico, Quarto Pasquale, Bergamasco Flavia, Morrone Maria Rosaria
Dipartimento di Prevenzione, ASL, Caserta

Introduzione. Nell'ambito delle attività di educazione alla salute svolte presso le istituzioni scolastiche di due dei distretti aziendali dell'ASL di Caserta, particolare interesse è rivolto alla prevenzione del tabagismo, in quanto prioritario problema di sanità pubblica.

Metodi. Il lavoro è caratterizzato dalla somministrazione agli allievi delle terze classi di un questionario, da cui si rilevano informazioni circa l'età ed il sesso degli alunni, la prevalenza del fumo nelle famiglie e gli amici, se essi stessi fumano e quale percezione hanno del rischio.

Risultati. I questionari somministrati ogni anno sono circa 900 (*range* 961-840), suddivisi per età: 7% 12aa, 67% 13aa, 26% 14aa. La distribuzione per sesso è la seguente 51% M e 49% F. Anche in Italia, come in provincia di Caserta, la percentuale dei fumatori è ancora più elevata nei maschi rispetto alle donne in tutte le fasce d'età. Dal raffronto tra i dati rilevati nelle scuole casertane ed i dati generali nazionali, per l'anno 2011, si osservano le seguenti differenze: L'abitudine al fumo risulta superiore nelle provincie di Caserta. I papà che fumano sono il 38% contro il 26% della media italiana (doxa 2011), mentre le donne fumatrici sono pari al 25%, contro il 19%. Il 70% degli allievi hanno amicizie libere da fumo, a dimostrazione che le occasioni di opportunità di fumare sono molto numerose per la maggior parte degli adolescenti. Per rilevare le opinioni sul fumo è stata posta ai ragazzi la domanda su quante sigarette si possono fumare alla loro età, il 98% ritiene che è meglio non fumare. Alla domanda di quante sigarette è possibile fumare ad un'età lievemente superiore (I o II superiore), la percentuale però scende all'86% lasciando trapelare la convinzione che il fumo arrechi minor danno con la crescita. Se fumare sigarette è pericoloso alla salute, il 66% ha risposto che è pericoloso anche se si fumano 1 o 2 sigarette al giorno, mentre il 4% che non lo è. Per quanto concerne le specifiche esperienze degli studenti il 2% fuma, l'8% ha già provato a fumare.

Conclusioni. La diffusione del fumo nelle famiglie delle scuole resta un problema di sanità pubblica anche se si registra una maggiore conoscenza dei pericoli per la salute e una buona percezione del danno che ne deriva.

P37 I BAMBINI PARLANO ALLA COMUNITÀ: PROGETTO DI LOTTA AL TABAGISMO IN VAL CAVALLINA

Rocca Giuliana (a), Maffioletti Alessandra (a), Lorandi Antonella (a), Cominetti Vincenza (a), Zappella Mariateresa (a), Bonomi Stefania (b), De Ponti Lucia (b)

(a) ASL, Bergamo

(b) LILT Sezione di Bergamo, Bergamo

Introduzione. Svolgimento di un percorso di prevenzione del tabagismo nelle scuole primarie (utilizzando il programma regionale “Il club dei vincenti”) con il vincolo di individuare una modalità di coinvolgimento della comunità su questo argomento.

Metodi. Dopo la presentazione alle scuole della Val Cavallina, si sono raccolte le adesioni degli insegnanti, i quali sono stati poi formati sul progetto. È stato predisposto per ogni scuola un cronoprogramma rispetto all’applicazione del progetto nelle classi quinte, ed alla progettazione e realizzazione di un intervento coinvolgente la comunità, possibilmente nella giornata del 31 maggio.

Risultati. Sono stati raggiunti 380 alunni di 10 anni; i genitori sono stati coinvolti attivamente (non solo dal punto di vista informativo) nella realizzazione di eventi comunitari (spettacoli, mostre, feste); sono stati rispettati i tempi previsti nel cronoprogramma; almeno un attore della comunità è stato coinvolto (Medico di famiglia, farmacista, sindaco, parroco, volontariato, gruppi sportivi, biblioteca, ecc.). È stata organizzata una festa finale con la presenza del DG dell’ASL, del Direttore della LILT di Bergamo, del funzionario dell’Ufficio Scolastico Territoriale, con premiazione delle scuole. È stata curata la comunicazione degli eventi sulla stampa e attraverso la partecipazione dei bambini a trasmissioni delle televisioni locali.

Conclusioni. Il percorso educativo è stato giudicato positivamente dagli insegnanti, ed ha visto la partecipazione entusiasta degli alunni; anche le famiglie hanno molto gradito il progetto ed hanno partecipato alle iniziative comunitarie organizzate dai bambini, spesso collaborando alla loro realizzazione; in alcune realtà le Amministrazioni Comunali hanno appoggiato l’iniziativa, sostenendo ad esempio le spese per la pubblicazione dei manifesti prodotti dai bambini. Il progetto si è svolto nell’anno scolastico 2010-2011, ma anche nell’anno scolastico 2011-2012 le scuole di alcuni Comuni della Val Cavallina hanno chiesto di applicarlo nelle nuove classi quinte, dando così continuità al messaggio educativo.

P38 MONITORAGGIO DEL RISPETTO DELLA NORMATIVA SUL FUMO NEGLI AMBIENTI SANITARI (PROGETTO CCM)

Russo Francesca (a), Bino Erica (a), Di Pieri Martina (a), Marcolina Daniela (b), Michieletto Federica (a), Pettenò Annarosa (a), Tagliapietra Laura (a)

(a) *Regione Veneto, Direzione Prevenzione, Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica, Venezia*

(b) *Azienda ULSS 1 Belluno, Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Belluno*

Introduzione. Il Progetto “Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo in Italia”, affidato dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie - CCM alla Regione del Veneto e svolto in integrazione con il “Programma di prevenzione del tabagismo e sostegno alla legge 3/2003 nelle Regioni italiane” (conclusosi il 28 febbraio 2011), ha quali obiettivi il monitoraggio della Legge 3/2003 negli esercizi pubblici, negli ambienti di lavoro privati e negli ambienti sanitari e, nel contempo, l’implementazione dei quattro progetti selezionati quali buone pratiche per la prevenzione del tabagismo a scuola, dalla scuola dell’Infanzia alla scuola secondaria di II° grado. Tra gli obiettivi perseguiti sarà riportata l’esperienza della sperimentazione di un protocollo standardizzato di analisi per verificare il rispetto della normativa sul fumo negli ambienti sanitari. A tale sperimentazione hanno partecipato 8 Regioni con 14 Aziende Sanitarie e l’ASL di Bergamo, per un totale di 15 ASL.

Metodi. Ogni Azienda Sanitaria partecipante ha svolto le seguenti azioni: costituzione gruppo di coordinamento aziendale; approvazione delibera aziendale di adesione al progetto; aggiornamento registro del personale accertatore ASL; mappatura delle aree di competenza e delle zone di vigilanza di ciascun accertatore; nomina/conferma degli accertatori con DG aziendale; formazione dei formatori; organizzazione formazione aziendale degli accertatori; individuazione degli accertatori esterni (facoltativo); nomina accertatori esterni e relative zone di vigilanza (facoltativo); adeguamento cartellonistica; rilevazione; inserimento dati nel supporto informatico; elaborazione dati. Si sta procedendo alla stesura di una guida pratica specifica sul controllo del fumo negli ambienti sanitari.

Risultati. Saranno presentati i risultati di processo riguardo le attività svolte.

Conclusioni. Il valore aggiunto di tale lavoro è stato quello di riflettere a fondo e di valorizzare la figura dell’accertatore non solo in qualità di figura ispettiva deputata al controllo ambientale ed a garantire il monitoraggio della normativa, ma anche in chiave educativa quale figura che può promuovere la salute. La guida che verrà pubblicata darà ampio spazio anche a queste riflessioni.

P39 ASSOCIAZIONE TRA ALLATTAMENTO AL SENO ED ABITUDINE AL FUMO NELLE MADRI NEI PRIMI SEI MESI DEL POST-PARTUM: STUDIO OSSERVAZIONALE NELLA PROVINCIA DI RIETI

Sbarbati Margherita (a), Baldi Giuseppe (a), Scacciafratte Pasqualina (a), Marci Stefano (a), Mattei Antonella (b), Troiano Mariella (a), Battisti Elena (a), Patacchiola Ada (a), Ficorilli Quirino (a)

(a) Dipartimento Materno Infantile, ASL, Rieti

(b) Dipartimento Medicina Interna e Sanità Pubblica, Università degli Studi, L'Aquila

Introduzione. L'indagine PASSI sulla salute della popolazione ha evidenziato nel 2009, nel Lazio, una percentuale di donne fumatrici più alta rispetto ad altre Regioni italiane, (circa il 29%), con le maggiori percentuali nelle donne in età fertile. Sono ben noti i danni del fumo in gravidanza, ma è dimostrato che anche i neonati sono molto vulnerabili a fattori di rischio ambientali che alterano i processi di sviluppo. Il fumo materno è associato anche a un minor tasso di Allattamento al Seno (AS) e a una sua più breve durata. Questo studio indaga l'associazione tra l'abitudine al fumo materna nel *post-partum* e prevalenza e durata dell'AS.

Metodi. L'indagine è stata condotta nel 2010, con questionari somministrati alle madri che si sono presentate agli ambulatori della ASL di Rieti per la 1^a vaccinazione del figlio al 3° mese e successivamente alle stesse donne, per la 2^a vaccinazione, al 5-6° mese. I questionari indagavano su allattamento ed abitudine al fumo prima, durante la gravidanza ed al momento delle vaccinazioni del bambino e su caratteristiche socio-demografiche. Le domande sull'alimentazione del bambino nelle 24 ore precedenti -come raccomandato dall'OMS- hanno permesso di ricostruire 4 categorie standard di allattamento: esclusivo - predominante - complementato (qualsiasi AS) e non AS.

Risultati. Sono stati raccolti 320 questionari alla prima vaccinazione e 185 alla seconda. L'età mediana delle madri è 33 anni (*range* 18-44 anni). La prevalenza di qualsiasi AS è 65,5% al 3° mese di vita e 51,7% al 5°. Il 33,1% delle madri fumava prima della gravidanza, con prevalenze più alte tra le primipare (chi-quadrato 8,4 p= 0,004). Al 3° mese di vita del bambino fuma il 14,5% delle madri, con differenza significativa di prevalenza tra le madri che allattano rispetto a quelle che non allattano (9,2% vs 25%). Al 5° mese fuma il 15,5% delle madri (l'8,9% tra quelle che allattano). L'analisi logistica multivariata ha evidenziato che fumano significativamente meno le madri meno giovani, le lavoratrici a tempo pieno (OR 0,29 IC95% 0,13-0,63), le laureate (OR 0,2 IC95% 0,13-0,58), coloro che hanno seguito un corso pre-parto (OR 0,33 IC95% 0,15-0,74) e quelle che allattano al 3° (OR 0,27 IC95% 0,13-0,54) e al 5° mese (OR 0,35 IC95% 0,14-0,87).

Conclusioni. Promuovere l'allattamento materno, oltre ad incrementare l'aderenza alle correnti linee guida sull'alimentazione nell'infanzia, può facilitare l'astinenza dal fumo nelle madri nel *post-partum*.

P40 MAMME LIBERE DAL FUMO

Sbrogio Luca Gino (a), Michieletto Federica (b), Schiavinato Alessandra (c), Porchia Stefania (d), Campostrini Stefano (d)

(a) Azienda ULSS 19 Adria, Venezia

(b) Regione Veneto, Venezia

(c) Azienda ULSS 9, Treviso

(d) Università Ca' Foscari, Venezia

Introduzione. La gravidanza e la nascita di un bambino costituiscono momenti fondamentali per la salute della mamma, del bambino e dell'intero nucleo familiare. È pertanto necessario creare un ambiente favorevole ed idoneo per questo evento, incoraggiando comportamenti ed abitudini salutari ed eliminando i principali fattori di rischio tra cui il tabacco. Per aiutare la donna in gravidanza a smettere di fumare e a mantenere questo sano stile di vita anche dopo il parto, si è sviluppato il programma nazionale del CCM “Mamme libere dal fumo” di *counselling* ostetrico antitabagico che ha avuto una prima presentazione dati nel convegno nazionale del 7 luglio 2011 concludendo il percorso valutativo nei primi sei mesi del 2012. I risultati potranno essere presentati nel presente convegno.

Metodo. La valutazione di efficacia del programma “Mamme libere dal fumo” si propone due tipi di finalità. Per le ostetriche: aumentare le conoscenze sul *counselling* e sulle tematiche legate al fumo e ai suoi effetti; aumentare la sensibilità delle ostetriche su questo argomento; far diventare le ostetriche i punti di contatto e di *counselling* sul fumo alle donne. Per le donne in gravidanza: diminuire la percentuale di donne che fuma durante la gravidanza, diminuire la percentuale di donne che riprende a fumare dopo la gravidanza e diffondere stili di vita liberi dal fumo in tutte le persone a contatto con il bambino, soprattutto in casa. La metodologia utilizzata per la valutazione di efficacia consiste in rilevazioni del cambiamento delle conoscenze e del comportamento delle ostetriche prima e dopo la formazione al *counselling*, con un *follow-up* a 10 mesi. Per quanto riguarda il *target* delle donne fumatrici, la rilevazione del cambiamento delle conoscenze e del comportamento tramite questionario dopo circa un anno dal parto alla vaccinazione del bambino.

Risultati. A livello nazionale attualmente sono state realizzate 220 rilevazione di *follow-up* per le ostetriche che hanno partecipato alla formazione locale e nazionale. Mentre le rilevazioni raccolte dalle neo madri a livello nazionale sono 2.449.

Conclusioni. La valutazione parziale realizzata fino ad oggi ha dimostrato che la formazione ha inciso sulle conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti delle ostetriche con effetti sulle conoscenze ed i comportamenti dei genitori. I dati finali che saranno disponibili per giugno si auspica ci permettano di rafforzare queste prime ipotesi di risultato raccolte.

P41 MAMME LIBERE DAL FUMO - LA CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE

Sbrogiò Luca Gino (a), Schiavinato Alessandra (b), Montagner Sandro (c)

(a) Azienda ULSS 19 Adria, Venezia

(b) Azienda ULSS 9, Treviso

(c) Agenzia Pubblicitaria Meta Srl, Treviso

Introduzione. Il programma Mamme libere del fumo, orientato alla formazione delle ostetriche al *counselling* antitabagico delle gestanti è stato supportato da una campagna di comunicazione con i seguenti strumenti: a) manifesto; b) dépliant informativo; c) *gadget* bavaglino; d) bindello appendi porta; e) guida di supporto alla formazione; f) sito internet. Tutti gli strumenti sono stati realizzati in modo coordinato riproducendo, nei diversi formati, il messaggio, badando alla massima efficacia di trasmissione dei contenuti del programma stesso. Tranne l'opuscolo, strumento di lavoro destinato alle ostetriche, tutti gli strumenti sono stati realizzati in modalità multilingue. La *headline* individuata è stata: "Mamme libere dal fumo - Il futuro nel tuo respiro". L'immagine è stata scelta con particolare attenzione all'espressione dei soggetti, proprio a rinforzo dell'*head* di campagna. In un primissimo piano dei volti di una mamma e del suo bambino si poteva individuare nell'espressione del piccolo una specie di interrogazione alla propria mamma ("mi assicuri che posso stare tranquillo vero?") a cui il viso sorridente della mamma rispondeva con serena certezza e sdrammatizzazione ("certo! Sono la tua mamma!").

Metodo. Scegliere un'immagine per campagne legate alla salute è un lavoro complesso. Nel caso specifico si è proceduto ad approfondire la situazione attesa (la mamma smette di fumare in gravidanza e dopo) ed a esaltarne l'esito: la salute del bambino passa per l'amore -e non il senso del dovere (che dovrebbe essere scontato)- che si instaura tra mamma e bimbo. Si è decisamente puntato ad evocare una situazione di grande affetto utilizzando il PPP (Primissimo Piano) e collegando (nell'interazione tra immagine e testo) uno stato di grande "intesa" al progetto di vita ("Il futuro nel tuo respiro"). Nella definizione degli strumenti, il ruolo dei *gadget* infine non è semplicemente quello di veicolare il messaggio attraverso il dono, ma di costituire un promemoria quotidiano (bavaglino e bindello) per mamma e famigliari relativamente al problema del fumo in casa.

Risultati. La scelta comunicativa di "Mamme libere dal fumo" è stata insignita del premio Best Poster Award dal Comitato Scientifico e la Cerimonia di Premiazione si è tenuta il 31 maggio 2011 durante la Conferenza a Budapest (Ungheria).

P42 DA PALMANOVA A LATISANA...SENZA FUMO

Stel Silla, Arena Maria Antonella

Azienda Servizi Sanitari 5 Bassa Friulana, Dipartimento di Prevenzione, Palmanova, Udine

Introduzione. Lavorare attraverso le organizzazioni, i sistemi e le reti sociali per promuovere un ambiente che faciliti le scelte salutari dell'individuo e in cui l'astinenza dal tabacco sia la norma.

Metodi. I Progetti di Comunità per la prevenzione dei danni fumo-correlati nascono con la precisa volontà di passare da interventi “episodici” ad una “progettazione condivisa” da tutte le figure interessate. Si realizzano attraverso la formazione comune, la firma di Protocolli le Campagne di sensibilizzazione “Palma senza fumo” e “Latisana senza fumo”, la distribuzione di *gadget* e la somministrazione di questionari a scuole, ospedali, associazioni di volontariato. Gli interventi: da gennaio 2009 a giugno 2010 a Palmanova da gennaio 2011 al 31 maggio 2012 a Latisana.

Risultati. Apertura dello sportello “Infofumo”. 8 corsi di *minimal advice* ai dipendenti ospedalieri e 1 aperto ai farmacisti. Distribuiti *gadget*, volantini e locandine affisse in farmacie, sedi associative, negozi, scuole, ospedali e ambulatori medici di Palmanova e Latisana. Possibilità per i dipendenti degli ospedali di accedere gratuitamente ai corsi antifumo.

Conclusioni. Dopo gli interventi di comunità, è aumentata l'informazione ed è cambiata la percezione sul fumo di sigaretta; è mutata l'attenzione per il fumo passivo, sono diminuiti i fumatori in casa e nelle automobili. Il lavoro trasversale in rete si è dimostrato un ottimo collante lavorativo e sociale nello stimolare un ambiente favorevole alla salute e nella moltiplicazione dell'azione preventiva.

L'ABITUDINE AL FUMO IN TOSCANA: DATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI 2010

Taddei Cristina (a), Sala Antonino (a), Allodi Guendalina (b), Garofalo Giorgio (c), Mazzoli Franca (d), Cecconi Rossella (c)

(a) Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi, Firenze

(b) Dipartimento di Prevenzione, ASL 10, Firenze

(c) ASL 10 Firenze, Coordinamento Regione Toscana Sistema di Sorveglianza PASSI, Firenze

(d) ASL 3 Pistoia, Coordinamento Regione Toscana Sistema di Sorveglianza PASSI, Pistoia

Introduzione. Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il Sistema di Sorveglianza PASSI permette il monitoraggio di alcuni comportamenti a rischio modificabili tra cui l'abitudine al fumo.

Metodi. Da gennaio a dicembre 2010 in Toscana, sono state intervistate 3.012 persone, di età compresa tra i 18 e i 69 anni, selezionate dalle Anagrafi Sanitarie di ciascuna ASL con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classe di età. Hanno partecipato tutte le 12 ASL toscane con un tasso di risposta medio dell'83%.

Risultati. In Toscana nel 2010 la metà degli intervistati riferisce di non fumare e un quinto di aver smesso. I fumatori sono il 28% del campione e l'abitudine al fumo è più diffusa negli uomini, nelle classi di età 18-34 anni, nelle persone con livello di istruzione basso e in quelle con difficoltà economiche. I fumatori riferiscono di fumare in media 13 sigarette al giorno. Quasi un terzo riferisce che nelle proprie abitazioni si fuma. Circa 9 intervistati su 10 ritengono sostanzialmente rispettato il divieto di fumare nei locali pubblici e sul luogo di lavoro. Solo il 40% circa degli intervistati riferisce di essere stato interpellato da un medico o un operatore sanitario sull'abitudine al fumo e solo la metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare. Tra tutti coloro che hanno tentato di smettere di fumare solo l'1% riferisce di aver fruito di servizi delle ASL.

Conclusioni. La prevalenza di fumatori rimane piuttosto alta, ma solo la metà dei fumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere. È quindi necessario aumentare l'attenzione da parte degli operatori sanitari e promuovere i servizi presenti a livello territoriale. La legge per il divieto di fumo costituisce un vero e proprio strumento per "fare salute": i programmi di controllo e vigilanza delle ASL contribuiscono a garantire il rispetto formale e sostanziale della legge, tuttavia il fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione. Questo programma scolastico è uno dei pochi in Italia su cui è stato innestato un processo di valutazione che ha visto la collaborazione dal 2008 tra istituzioni che organizzano ed erogano l'intervento ed enti di ricerca.

P43 VALUTAZIONE DELLA FORMAZIONE SUL COUNSELING BREVE CON METODI ATTIVI E VIDEOTRAINING: GLI INTERVENTI PER IL TABAGISMO IN CONTESTI AMBULATORIALI E FARMACIE

Tinghino Biagio (a), Pontoni Humberto (a), Calia Roberto (a), Ardemagni Giuseppina (a), Coppola Liliana (b), Resentini Maurizio (a), Buonvicino Paola (a), Franchetti Manuela (a)

(a) Azienda Sanitaria Locale Monza e Brianza, Monza

(b) Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia, Milano

Introduzione. I percorsi di valutazione degli interventi di formazione sono poco frequenti, soprattutto rispetto ai contesti di educazione sanitaria. Lo studio ha misurato la ricaduta della formazione con metodi attivi e *videotraining* in ambulatori e farmacie, per interventi di *minimal advice* favorenti la cessazione dal fumo.

Metodi. Dopo l'effettuazione di *focus group* con i principali portatori di interesse, è stato predisposto un progetto formativo con le seguenti caratteristiche: Piccolo gruppo di partecipanti (max 30), *Target* eterogeneo: medici di medicina generale, farmacisti, ostetriche consultoriali e ospedaliere, psicologi, infermieri ASL e ospedalieri. Adesione volontaria, selezione con priorità per data di iscrizione. Programma formativo multisessione: 4 incontri di 3,5 ore ciascuno, distanziati da circa 1 mese. Lezioni frontali nel 30% del percorso, apprendimento con metodi attivi (*video training* e discussione) per il 40% e, il restante 30%, destinato alla supervisione delle esperienze cliniche effettuate tra una sessione e l'altra. Per la valutazione è stato utilizzato un questionario autocompilato che indaga il tipo di formazione ricevuto fino al momento dell'inizio del percorso, le competenze, le conoscenze e il numero di *counseling* effettuati nei 30 giorni precedenti. Lo stesso questionario è stato somministrato a fine percorso.

Risultati. A conclusione del percorso è stato osservato un incremento significativo delle conoscenze sul *counseling* breve, sulla dipendenza da tabacco e sul suo trattamento. Inoltre, i *counseling* effettuati nei 30 giorni precedenti era pari a 2,8/operatore, tasso che è salito a 6,4/operatore (+220%). Gli operatori che hanno intrapreso azioni antitabagiche per aiutare o consigliare gli utenti sono passati dall'80% al 92%. La conoscenza del Centro per il Trattamento per il Tabagismo e delle modalità di invio è passato dal 60% al 100%.

Conclusioni. La formazione effettuata in piccoli gruppi, con metodi attivi e video training, interiorizza competenze di *counseling* facilmente spendibili nell'attività clinica con incremento notevole.

**Area 4.
Corretta alimentazione**

P44 HEALTH IN ALL SCHOOLS - CRESCENDO MANGIANDO E GIOCANDO

Albertini Augusta (a), Ciserchia Elisabetta (b), Croci Susanna (b), Di Pietro Paola (c)

(a) *Università degli Studi, Ferrara*

(b) *Qualità e Sicurezza Divisione Scuole Sodexo Italia, Cinisello Balsamo, Monza*

(c) *Giovanna Gianvito Comunicazione, Milano*

Introduzione. La scuola è luogo speciale dove la promozione della salute è molto più che educazione e la mensa un laboratorio dove si sviluppano competenze per fare buone scelte e si acquisisce *empowerment* su comportamenti protettivi. Dall'asilo nido all'università, il nostro progetto si integra nella *routine didattica*.

Metodi. Si agisce a dimensione intersettoriale (scuola, famiglia, ente locale, società di ristorazione) condividendo le preziose risorse tempo e competenze verso una cultura condivisa, affrontando la complessità dell'atto alimentare con sinergie tra educazione ed esperienza, gioco e comunicazione, offerta nutrizionale e formazione. Con un approccio diretto, proponendo ai bambini pasti equilibrati e progetti di educazione multidisciplinari, e indiretto, con formazione e informazione di tutti gli adulti di riferimento. Dall'asilo nido, favorendo il prolungarsi fino a sei mesi dell'allattamento materno, con un protocollo ispirato alla "banca del latte" stilato con Asl e pediatri di base, ed esperienze guidate di massaggio. Proseguendo con le scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado, fino alle università, attivando attenzioni al contesto di vita utili alla salute fino a dare spazi a gioco e attività motoria.

Risultati. Una valutazione critica viene effettuata ogni fine anno attraverso l'analisi degli indicatori IQP, Indagine sulla Qualità Percepita, con strumenti messi a punto da Sodexo per monitorare la *compliance* di alunni e insegnanti al servizio complessivo. Un costante studio e una graduale riformulazione dei menu mostra, dai dati ottenuti, che i bambini, accompagnati nella conoscenza diretta e ludica di gusti nuovi, apprezzano e consumano cibi poco graditi in famiglia, come verdure e pesce. Un'ulteriore valutazione è data dal numero di attività svolte nelle scuole/classi che aderiscono nei Comuni che hanno inserito nell'appalto della ristorazione scolastica, gli interventi educativi: 327 attività nell'anno scolastico 2008-09 in 53 realtà, 612 attività nel 2009-10 in 612 realtà, 695 attività nel 2010-11 in 70 realtà.

Conclusioni. I progetti, quando realizzati con costanza e condivisione delle azioni, danno risultati; le nuove criticità riguardano le disuguaglianze che favoriscono alimenti meno sani in quanto più economici, ciò valorizza il ruolo della ristorazione scolastica che garantisce derrate di qualità. Una risorsa da potenziare è quella dell'immigrazione che può aprire spazi per più sostenibili pratiche alimentari.

L'IMPORTANZA DI UNA PRIMA COLAZIONE ED UNA MERENDA INTELLIGENTE: RISULTATI DI UN PROGETTO DI EDUCAZIONE NUTRIZIONALE NELLE SCUOLE PRIMARIE DELLA ASL N. 1 DI SASSARI

Angioi Paola, Vargiu Lisena, Milia Maria Filomena, Lai Lucia, Pini Lucia, Arras Pina
Dipartimento di Prevenzione, Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, ASL 1, Sassari

Introduzione. La sorveglianza nutrizionale condotta dagli operatori del SIAN, nel corso degli anni ha rilevato notevoli criticità; una indagine per monitorare gli scarti nelle mense scolastiche, ha evidenziato che un minor quantitativo di scarti è associato ad una merenda di metà mattina adeguata che a sua volta presuppone una corretta 1a colazione. Si è attivato quindi un progetto di educazione nutrizionale con l'obiettivo di far acquisire a tutti i bambini l'abitudine alla 1^a colazione e ridurre l'apporto calorico nello spuntino di metà mattina.

Metodi. Nel 2010/2011 hanno aderito al nostro progetto 1.640 bambini e 113 insegnanti appartenenti a 15 scuole della ASL di Sassari. Sono stati eseguiti: 13 incontri con le insegnanti, 27 con le famiglie e 117 interventi di educazione nutrizionale in classe. L'insegnante per l'intero anno scolastico ha eseguito un rilevamento sulle prime colazioni, così da valutare i cambiamenti ottenuti. I dati iniziali sono stati illustrati alle famiglie, permettendo così di ottimizzare gli interventi attraverso l'interazione tra scuola, famiglia e sanità. Gli incontri in classe, con l'ausilio di supporti audiovisivi, hanno permesso di rendere consapevoli i piccoli sui concetti chiave di una sana alimentazione ed in particolare sull'importanza del fare la 1^a colazione.

Risultati. La percentuale di bambini che consuma la prima colazione è aumentata del 27% (passando dal 62 all'89%), e quella di coloro che fanno una merenda del mattino adeguata del 63% (dal 5 al 68%). Inoltre tutti gli alunni hanno adeguato la merenda inserendo la frutta almeno una volta alla settimana.

Conclusioni. I risultati sono stati soddisfacenti. Le tecniche di *counselling* (informazione, collaborazione e coinvolgimento attivo di insegnanti e famiglie) sono state utilissime per rendere consapevoli bambini e genitori che abitudini alimentari scorrette possono arrecare gravi danni alla salute. Questi risultati non sono un punto di arrivo, sarà necessario impegnarsi per un loro mantenimento e rafforzamento incrementando gli interventi con gli insegnanti che a loro volta saranno formatori dei loro colleghi. Con l'educazione nutrizionale il SIAN si è rilevato fondamentale come supporto ai docenti nel rapporto con le famiglie, in quanto riconosciuto fonte autorevole di corretta informazione.

L'EDUCAZIONE ALIMENTARE PER IMMAGINI PER L'ETÀ EVOLUTIVA

Antonioli Lucia, Parodi Daniela, Bianchi Cristina, Nigro Enza, Schiavi Margherita
ASL, Bergamo

Introduzione. Lo stile di vita dei nostri giorni è caratterizzato da un'alimentazione scorretta legata alla grande disponibilità di cibo oltre che alla diffusa sedentarietà. Le corrette abitudini alimentari entrano a far parte del bagaglio comportamentale dell'individuo adulto, solo se acquisite da bambini. È importante facilitare sin dall'infanzia l'adozione di abitudini alimentari corrette rivolgendo un'attenzione particolare alle dimensioni delle porzioni dei cibi da consumare durante la giornata. Infatti l'attenzione alle porzioni sta acquisendo in educazione alimentare un'importanza crescente a causa della possibile correlazione del peso corporeo con la dimensione media delle porzioni dei cibi. Il farsi l'occhio sulle dimensioni delle porzioni confrontandoli con volumi di oggetti di uso comune è un sistema semplice di quantificazione delle porzioni che permette di ottenere il bilanciamento di calorie e nutrienti senza ricorrere alla bilancia.

Metodi. Partendo da una giornata alimentare tipo (colazione pranzo cena e spuntini), calcolata attraverso i LARN per fasce di età (3-6, 6-11, 11-14) le porzioni degli alimenti sono state messe a confronto con il volume di oggetti conosciuti (mazzo di carte, mouse, cd, evidenziatori) e fotografate. Per l'individuazione dei valori nutrizionali dei piatti sono state utilizzate come riferimento le "tabelle di composizione degli alimenti" dell'INRAN.

Risultati. È stato realizzato un atlante fotografico contenente per ogni fascia d'età fotografie delle porzioni degli alimenti che in varie combinazioni compongono più frequentemente la giornata alimentare. Ogni fotografia è corredata sul retro dalla descrizione dei volumi di riferimento, dai pesi al crudo e al cotto dei cibi e dalla composizione bromatologica riferita alla porzione così che, con questi riferimenti, è possibile consumare la giusta porzione dei pasti senza doverli pesare. Apre il manuale la parte teorica che sottende ai principi della corretta alimentazione: piramide alimentare, giornata alimentare tipo ecc.

Conclusioni. L'atlante verrà utilizzato dagli operatori della ristorazione scolastica per facilitare la corretta distribuzione, dagli insegnanti per l'educazione alimentare, dai pediatri di famiglia nei momenti di confronto per accompagnare i genitori dei bambini loro assistiti.

LA COLAZIONE A SCUOLA: UN'OCCASIONE PER PROMUOVERE SANI STILI ALIMENTARI

Baldessari Maria Pia (a), Martinatti Alessandra (b), Zottele Letizia (c)

(a) *Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Distretto Sanitario Centro Sud-Vallagarina, Rovereto, Trento*

(b) *Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Distretto Sanitario Est-Alta Valsugana, Pergine Valsugana, Trento*

(c) *Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Servizio Sorveglianza e Prevenzione, Trento*

Introduzione. Fulcro di questo progetto è l'alleanza tra scuola, sanità, famiglia e comunità allo scopo di promuovere stili di vita sani. I comportamenti alimentari corretti acquisiti in adolescenza sono abitualmente mantenuti da adulti con ricaduta favorevole sulla prevenzione di malattie croniche e obesità. Un'adeguata colazione rappresenta un pilastro importante per una sana alimentazione; l'atteggiamento dei bambini rispecchia il comportamento dei genitori e conferma la necessità del coinvolgimento attivo della famiglia nei percorsi educativi. Obiettivo generale: promuovere *empowerment* verso stili alimentari corretti. Obiettivi specifici: formare gli insegnanti sulle caratteristiche di una sana ed equilibrata colazione. Veicolare i messaggi educativi attraverso la realizzazione pratica delle colazioni a scuola con la partecipazione di alunni, genitori e insegnanti.

Metodo e azioni. Metodo esperienziale e sua rielaborazione a sostegno dei comportamenti futuri dell'individuo. Il percorso educativo prevede:

- atto formale di collaborazione tra l'Az. sanitaria, referenti scolastici per l'educazione alla salute e Dirigenti Scolastici;
- formazione di insegnanti delle scuole primarie e secondarie da parte assistenti sanitarie dei distretti e dietiste del servizio di nutrizione clinica degli Ospedali aziendali;
- coinvolgimento delle Agenzie territoriali che si occupano della ristorazione scolastica, della Comunità di Valle, dell'A.P. Prevenzione Ambiente, della Cooperativa AmiCa per l'attività motoria (ad integrazione del Progetto);
- realizzazione della colazione a scuola con insegnanti, alunni, genitori, operatori sanitari e rappresentanti delle Comunità di Valle;
- monitoraggio epidemiologico attraverso il sistema OKkio.

Risultati. Negli ultimi 12 anni sono stati formati 1.314 insegnanti, in 219 classi si sono svolte le colazioni a scuola coinvolgendo 4.039 bambini e 3.009 genitori.

Conclusioni. La promozione di una rete fra diverse agenzie presenti sul territorio e coinvolgimento di più figure professionali permette la sostenibilità nel tempo del progetto che, nelle scuole della Provincia di Trento, si protrae da più di 10 anni, costituisce parte del Piano di Prevenzione Provinciale e dal 2011 è stato inserito all'interno del Programma Guadagnare Salute in Adolescenza.

P45 APPROCCIO INTERSETTORIALE E SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA DI REFEZIONE SCOLASTICA

Barocco Giulio (a,c), Ferri Roberto (a), Pinna Clara (b,c)

(a) Direzione Centrale Salute, Azienda per Servizi Sanitari n. 1 Triestina, Trieste

(b) Azienda per Servizi Sanitari n. 5 Bassa Friulana, Palmanova, Udine

(c) Federsanità ANCI FVG, Udine

Introduzione. Il disegno progettuale si pone l’obiettivo di favorire gli approvvigionamenti di alimenti salutari e di prossimità nella ristorazione collettiva scolastica della Regione Friuli Venezia Giulia. Vengono declinati i principi indicati dall’OMS in numerosi documenti, tra i quali: “Politica alimentare e nutrizionale per la scuola”; “Il piano d’azione per la politica alimentare e nutrizionale 2007-2012”; la “Carta di Tallinn”.

Metodi. Prendendo a riferimento il protocollo d’intesa tra Ministero della Salute e Ministero dell’Agricoltura sul programma “Guadagnare Salute”, la Direzione Centrale Salute ha sottoscritto accordi e protocolli con la Direzione Centrale Agricoltura, ANCI FVG e FederSanità ANCI FVG al fine di migliorare la qualità delle mensa scolastiche. Viene dato risalto alla garanzia d’accesso a prodotti biologici, tipici, tradizionali locali tenendo conto degli aspetti igienici, nutrizionali, ambientali, sociali, equi e solidali. Successivamente Federsanità ANCI FVG ha adottato “Le linee di indirizzo per la valorizzazione dei prodotti di qualità nella ristorazione scolastica”. Il documento, elaborato dai responsabili dei servizi di refezione scolastica delle dieci municipalità regionali più rappresentative, guida gli oltre 200 comuni del Friuli Venezia Giulia negli approvvigionamenti di prossimità per i servizi mensa.

Risultati. Gli atti siglati dagli amministratori, i conseguenti impegni dei servizi comunali e dei rappresentanti della filiera hanno avviato un processo con effetto “domino” sul sistema di refezione collettiva scolastica regionale. I nuovi capitolati di gara dei Comuni di maggiori dimensioni accolgono gli insostituibili valori delle produzioni di prossimità. Scelte che incrementano la qualità merceologica, la fruizione del territorio, le dinamiche nelle microeconomie locali.

Conclusioni. La filiera agroalimentare di prossimità, inserita nel settore della refezione collettiva di un intero territorio regionale, contribuisce efficacemente nella visione unitaria e sistematica di fare “Salute in tutte le politiche”. Il progetto agisce favorevolmente sui determinati di salute sociali, ambientali ed economici delle comunità coinvolte, concorrendo al guadagno di salute globale e armonizzandosi con la visione delineata in “Salute 2020” dell’OMS.

NETWORK DI SUPPORTO AI GOAL NUTRIZIONALI PER L'INFANZIA

Barocco Giulio, Del Pio Tiziana, Fedele Roberta, Longo Tiziana, Sola Vittoria
Azienda per Servizi Sanitari n. 1 Triestina, Trieste

Introduzione. Il progetto rivolto alla primissima infanzia è stato strutturato perseguiendo i goal di salute indicati dall'OMS. In questa ampia cornice, il disegno progettuale si articola toccando i temi dell'alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni seguendo le raccomandazioni del *European Network for Public Health Nutrition*. Le finalità specifiche del progetto hanno voluto supportare l'allattamento esclusivo con latte materno (fino a sei mesi) dei bambini accolti negli asili nido e garantire in questo contesto istituzionale un adeguato e sicuro servizio di ristorazione collettiva, basato sui principi di una corretta alimentazione complementare.

Metodi. Il messaggio di salute nutrizionale e alimentare, quale supporto a una sana alimentazione nei primi anni di vita, è destinato ai genitori. La veicolazione dei contenuti di promozione della salute è affidata a tutti i portatori di interesse coinvolti direttamente e indirettamente nel "sistema asilo nido". Le strategie attivate hanno creato una rete interistituzionale e interprofessionale di esperti nel settore alimentare e nutrizionale, pediatrico, pedagogico, delle scienze motorie, oltre a figure dirigenziali apicali dell'ente comunale. La metodologia del *focus group*, attraverso un percorso trasversale, ha permesso di armonizzare i contenuti della comunicazione destinata ai genitori e alla comunità.

Risultati. Il percorso formativo, replicato in 5 edizioni, ha visto l'adesione di 62 educatori e 36 assistenti afferenti a 20 nidi d'infanzia dei Comuni della Provincia di Trieste. Nell'evento sono stati sviluppati i temi dell'allattamento, dell'alimentazione complementare, dell'interculturalità, del rientro al lavoro delle mamme. Infine sono state presentate le "Linee Guida regionali per l'alimentazione 0-3 anni", contenenti il Protocollo per la conservazione del latte materno al nido e inserite nel capitolato d'appalto per la refezione scolastica comunale.

Conclusioni. Il *network* ha acquisito la capacità di auto consolidarsi e di trasferire in modo univoco il messaggio di salute destinato all'età pediatrica. La metodologia è stata replicata nei nidi d'infanzia gestiti da organizzazioni pubbliche e private della Provincia di Trieste. L'esperienza di buone pratiche è la dimostrazione dei principi contenuti nei recenti documenti internazionali di prevenzione e promozione della salute, fondati sulla continuativa cooperazione di tutti i portatori di interesse per garantire un guadagno di salute alla comunità, iniziando dai suoi nuovi membri.

P46 “A SCUOLA CON GUSTO”: PROGETTO EDUCAZIONE ALIMENTARE NELLA SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO

Belli Luca (a), Cimini Daniela (b), Colao Maria Gabriella (a), Fiacchini Daniel (b), Petruio Francesca (b), Romani Isabella (a), D’Ambrosio Pompeo (c)

(a) *Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione, ASUR Marche Area Vasta 2 Distretto Fabriano, Ancona*

(b) *Servizio Igiene e Sanità Pubblica, ASUR Marche Area Vasta 2 Distretto Fabriano, Ancona*

(c) *Servizio Medicina dello Sport, ASUR Marche Area Vasta 2 Distretto Fabriano, Ancona*

Introduzione. I dati emersi dal progetto OKkio alla Salute hanno evidenziato come la merenda a scuola è un problema per più di 1 ragazzo su 2. Si è proposto quindi nelle scuole primarie dei comuni di Fabriano, Cerreto D’Esi, Genga, Sassoferato, Serra San Quirico un progetto di educazione alimentare denominato “A Scuola Con Gusto” con l’obiettivo di:

- aumentare le conoscenze relative al corretto stile di vita;
- potenziare le capacità sensoriali dei bambini per avvicinarli ad un consumo piacevole di cibi protettivi come frutta e verdura;
- migliorare la qualità della merenda a scuola, incoraggiando l’uso della frutta.

Metodi. Il percorso di educazione alimentare è stato strutturato secondo un modulo base e un modulo avanzato. Il modulo base ha previsto la consegna del Diario delle Merende Salutari a tutti i ragazzi ed il monitoraggio del consumo della frutta a scuola un giorno a settimana. Il percorso avanzato ha previsto come misura rinforzante laboratori del gusto pianificati dal SIAN insieme agli insegnanti, basati sul diretto coinvolgimento e contatto del bambino con forme, colori odori e sapori degli alimenti attraverso l’uso dei 5 sensi. Le informazioni sono state rafforzate anche da formule di animazione/gioco, applicate in classe.

Risultati. L’iniziativa ha permesso ai ragazzi di aumentare le loro conoscenze e di compiere azioni corrette, sviluppando comportamenti giusti. Nel 2009, primo anno di attuazione, si sono avute 1.200 adesioni e un consumo di 16.000 frutti in 5 mesi. Nel 2010 le adesioni sono aumentate a 2.415, con 38.244 frutti consumati in 7 mesi. Il progetto ha previsto anche l’informazione sull’importanza dei 5 colori di frutta e verdura per 5 porzioni al giorno. L’indagine condotta per una settimana su un campione ristretto di 100 ragazzi, ha evidenziato che la frutta e verdura consumata è stata per il 30% di colore bianco, 25% giallo/arancio, 22% verde, 16% rosso, 7% blu/viola.

Conclusioni. Interventi didattici interattivi all’interno di programmi di educazione alimentare possono essere maggiormente efficaci se si utilizza un messaggio salutare accattivante, comprensibile ed emotivo. Consumare frutta a merenda è diventato un comportamento condiviso da più bambini e apprezzato dalle famiglie.

P47 AZIONI SOSTENIBILI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE. ANALISI DI ALCUNE ESPERIENZE DI EDUCAZIONE ALIMENTARE NEL TERRITORIO DELL'AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 4 “MEDIO FRIULI”

Belotti Donatella (a), Pilotto Laura (a), Savonitto Cecilia (a), Pocetta Giancarlo (b)

(a) ASS n. 4 Medio Friuli, Udine

(b) Università degli Studi, Perugia

Introduzione. Lo studio, disegnato per una tesi di master in Promozione della salute presso l’Università di Perugia, si propone di valutare dopo 5 anni, la sostenibilità del progetto “Merenda per tutti”, proposto nell’ottobre 2006 dalla Rete “Città Sane-FVG” ai Comuni aderenti al Progetto OMS. Obiettivo generale: favorire lo sviluppo di una “cultura condivisa” di promozione della salute tra scuola, famiglia, territorio e sanità, per l’acquisizione e il mantenimento di sani stili di vita. Obiettivo specifico; attivare una collaborazione tra Comuni, scuole, pediatri, genitori e imprese del territorio per realizzare percorsi di educazione alimentare sostenibili nel tempo promuovendo il consumo di una merenda sana nelle scuole primarie. Lo studio ha analizzato: grado di interesse, coinvolgimento dei *partner*, percezioni su sviluppo e sostenibilità del progetto negli specifici contesti.

Metodi. Sono stati esaminati i progetti attivi nei 7 Comuni dell’ASS e valutata la sostenibilità riguardo ai principali fattori proposti dalla letteratura. I dati sono stati raccolti con un questionario somministrato ai referenti dei soggetti interessati (ASS, Comune, Scuola e famiglia).

Risultati. Dai dati emerge che tutti i soggetti desiderano continuare il progetto. Positive sono state giudicate le ricadute su istituzioni coinvolte e destinatari. Emerge una percezione diversa tra famiglia e scuola rispetto al consolidamento del progetto; la famiglia sembra avere un atteggiamento meno positivo rispetto alla sostenibilità. Per la scuola mantenere il progetto non rientra perlopiù nell’attività corrente e rappresenta un impegno faticoso, ma importante e coincidente con i propri obiettivi. I Comuni non esprimono particolari difficoltà e questo va interpretato positivamente considerata l’appartenenza a “Città sane”. La famiglia fatica a riconoscere una *leadership* nel progetto.

Conclusioni. Si confermano i dati della letteratura rispetto alla sostenibilità: i progetti di promozione della salute per essere efficaci devono essere sviluppati in un tempo abbastanza lungo per fare in modo che i cambiamenti ottenuti si consolidino nell’individuo, nel contesto e nella comunità.

P48 OKKIO ALLE PENNE!

Cardetti Silvia (a), Blancato Sebastiano (a), Bonanno Mario (a), Caputo Marcello (b), Lanfranchi Raffaella (a), Miaglia Sergio (a), Barale Mariangela (a), Cerrato Marina (a), Sacchi Maria Elena (a)

(a) *Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, ASL CN1, Cuneo*

(b) *Direzione Integrata della Prevenzione, ASL CN1, Cuneo*

Introduzione. Il progetto nasce dall'incontro di interessi di alcuni enti di Savigliano: per il Comune la necessità di ridurre gli avanzi della mensa scolastica e la constatazione del consumo scarso di verdura e secondo; per il SIAN l'esigenza di migliorare l'alimentazione e prevenire l'obesità, spesso legata a porzioni eccessive; per la scuola e la cooperativa di assistenza mensa l'interesse allo sviluppo di progetti educativi con ricadute locali. Si è partiti da un contesto di consolidata collaborazione fra scuola, Comune e ASL sui temi degli stili di vita.

Metodi. Il progetto si è focalizzato sulla porzionature degli alimenti a partire dalla rilevazione dei consumi da parte del personale mensa e dall'automisurazione dei ragazzi, per migliorare la qualità nutrizionale dei pasti e incrementare il consumo di verdura. Questa fase è stata supportata da attività didattico-educative: attività di *Peer to Peer* da parte dei bambini di terza elementare verso i compagni della scuola dell'infanzia sui temi della corretta alimentazione e l'addestramento degli adulti di riferimento (genitori, insegnanti, addetti mensa) sulle corrette porzionature. Le classi pilota hanno effettuato l'automisurazione degli scarti e dei consumi effettivi, per tutta la durata del progetto. Inoltre è stata effettuata la pesata degli scarti all'inizio alla fine del progetto sia per le classi pilota sia per le classi di controllo (che non hanno effettuato l'autorilevazione o altre attività educative).

Risultati. Da una valutazione preliminare delle automisurazioni emerge una migliore distribuzione dei consumi nelle classi pilota e si rilevano minori scarti nelle classi che hanno svolto attività educative rispetto alle classi di controllo. L'impatto della formazione del personale sulla corretta porzionatura sarà valutata durante le attività di sorveglianza.

Conclusioni. L'intervento contemporaneo su più determinanti (attività educative, formazione del personale, autorilevazione, frutta nell'intervallo) sembra dare risultati incoraggianti. Le insegnanti hanno osservato che la rilevazione visiva dei propri scarti data dalla scheda di autorilevazione favorisce nei bambini consumi più equilibrati. Risultati quantitativi verranno forniti alla fine del progetto. Ampliamenti si svilupperanno nell'ambito del programma transfrontaliero ALCOTRA.

PULCINI A TAVOLA - DAGLI OBIETTIVI DI SALUTE AL METODO

Carpi Antonella (a), Togninelli Luciano (b), Ivaldi Maurizio (c), Gallo Fabrizio (d), Marchello Concetta (d), Canepa Vittorio (e), Cinieri Marina (f), Modica Olivia (f), Rota Manuela (f), Serventi Beatrice (f), Gabutti Giovanni (a)

(a) *SC Igiene e Sanità Pubblica, ASL 4 Chiavarese, Regione Liguria, Chiavari, Genova*

(b) *SC Igiene degli Alimenti e Nutrizione, ASL 4 Chiavarese, Regione Liguria, Chiavari, Genova*

(c) *SC Pediatria, ASL 4 Chiavarese, Regione Liguria, Chiavari, Genova*

(d) *SS Dietologia, ASL 4 Chiavarese, Regione Liguria, Chiavari, Genova*

(e) *Pediatria di Libera Scelta, ASL 4 Chiavarese, Regione Liguria, Chiavari, Genova*

(f) *Coordinamento Pedagogico Servizi Socio-Educativi per la Prima Infanzia, ASL 4 Chiavarese, Regione Liguria, Chiavari, Genova*

Introduzione. La corretta alimentazione nei primi anni di vita è fondamentale per la salute ed il benessere non solo nell'età infantile, ma anche nelle epoche successive della vita. Le disposizioni contenute nella LR n 6 del 9 aprile 2009 della Liguria: “Promozione delle politiche per i minori e i giovani”, relative alla validazione dei menu dei Servizi per la prima infanzia (0-3 anni) secondo tabelle dietetiche concordate con le ASL, unite all'esigenza di favorire l'adozione di sani comportamenti alimentari sia a livello scolastico che familiare secondo le indicazioni del programma “Guadagnare Salute”, hanno motivato gli operatori dell'ASL 4 Chiavarese ad effettuare una revisione delle conoscenze e delle pratiche esistenti e alla formulazione di indicazioni coerenti con i principi di buona e sana alimentazione, nell'ambito di un più ampio progetto di educazione nutrizionale.

Metodi:

- costituzione di un gruppo di lavoro composto da professionisti aziendali impegnati nella promozione della salute e nella tutela dei bambini (Dipartimento di Prevenzione, Pediatria Ospedaliera e Territoriale, Nutrizione Clinica);
- revisione delle più recenti indicazioni scientifiche internazionali nell'ambito della nutrizione infantile;
- elaborazione di indicazioni generali per la popolazione e tabelle dietetiche ad uso dei Servizi Socio-educativi per la prima infanzia dell'ASL 4;
- coordinamento e condivisione con gli Enti gestori dei Servizi per la prima infanzia;
- convegno di presentazione del lavoro svolto;
- pubblicazione sul sito web aziendale;
- divulgazione tramite reti televisive locali e piattaforma web.

Risultati:

- stampa, distribuzione e divulgazione web dell'opuscolo “Pulcini a tavola” a Pediatri di famiglia e ospedalieri, Servizi di ristorazione infantile pubblici e privati, Famiglie degli iscritti ai Servizi;
- condivisione ed adozione delle tabelle dietetiche da parte dei Servizi socio-educativi;
- verifica dell'adeguatezza delle tabelle dei Servizi secondo i parametri indicati;

- attivazione di percorsi di buone pratiche all'interno dei Servizi con il coinvolgimento di educatori, bambini e famiglie (Laboratori Colore & Natura - Asili nido di Lavagna e Sestri Levante);
- consultazione ed utilizzo della pubblicazione da parte di diverse tipologie di utenti (Enti gestori, Operatori sanitari, Famiglie, Cittadini), anche in ambito extra-aziendale.

Conclusioni. Le caratteristiche delle strategie di intervento di Promozione della salute rivolte alle fasce di età infantile permettono di diffondere a livello familiare ed educativo principi e indicazioni per modificare stili di vita inadeguati, che favoriscono l'insorgere di malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica, secondo il principio che “L’alimentazione ottimale dipende non solo da quello che il bambino mangia, ma anche da come, quando, dove e da chi il bambino è nutrito” (OMS).

PROGETTO MENÙ A PUNTI

Chiavegatti Benedetta, Giovanetti Gisella, Brambilla Franca, Del Fabbro Dario
SIAN, Sezione Nutrizione, ASL Milano 2, Milano

Introduzione. Si è sentita l'esigenza di formulare uno strumento valutativo dei menù scolastici dal punto di vista nutrizionale che fosse al tempo stesso sufficientemente esaustivo, ma anche semplice nell'uso in modo che anche i componenti delle commissioni mensa lo potessero utilizzare soprattutto in fase di revisione dei menù scolastici. Lo strumento si articola in tre parti: nella 1^a sono valutati i generi alimentari presenti nel menù; nella 2^a le caratteristiche relative alle derrate alimentari presenti nei capitolati d'appalto; mentre nella 3^a sono analizzate le caratteristiche organizzative che hanno un'influenza sulla qualità nutrizionale del Servizio di Ristorazione Scolastica.

Metodi. Nell'anno scolastico 2010-2011 sono stati fatti 49 sopralluoghi in mense scolastiche su 53 Comuni affluenti all'ASLMI2, da un operatore del SIAN (assistente sanitaria o dietista) assieme al referente comunale e un componente della commissione mensa. Nel mese di giugno 2011 sono stati elaborati i dati ed è stato preparato un *report* di sintesi (fotografia della situazione al momento 0).

Risultati. I risultati sono stati presentati ai referenti comunali. Nell'anno scolastico 2012-2013 la rilevazione verrà ripetuta; ci si attende che, almeno in qualche ambito, i comuni apporteranno dei miglioramenti. I comuni sono stati invitati a utilizzare lo strumento anche in autonomia, soprattutto per impostare i nuovi menù. Nell'anno scolastico in corso vengono fatti sopralluoghi solo in quelle realtà che hanno ricevuto un punteggio basso.

Conclusioni. Si sono ottenuti riscontri positivi dai comuni per la velocità ed immediatezza con cui gli ambiti migliorativi vengono evidenziati. Il progetto non è ancora concluso, si possono presentare però i dati che mostrano le caratteristiche dei menù scolastici dell'anno 2010-2011. A seguito dei buoni riscontri, abbiamo progettato, in collaborazione con i pediatri dell'ASLMI 2, uno strumento analogo per valutare i menù degli asili nido. Il progetto per i nidi ha le stesse scadenze temporali del progetto per le scuole solo che è iniziato nell'anno scolastico in corso e si concluderà nell'anno 2013-2014. In ultimo abbiamo realizzato uno strumento che valuta i menù delle strutture RSA del territorio; per questo progetto stiamo concludendo i sopralluoghi.

P49 PROMOZIONE DELLA CORRETTA ALIMENTAZIONE NELLA RISTORAZIONE PUBBLICA

Cingolani Maria (a), Colletta Stefano (a), Diletti Maria Letizia (b), Mazzanti Paola (a), Patrizietti Carla (a), Rebella Valentina (a)

(a) Dipartimento di Prevenzione Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, ASUR Area Vasta 3 Civitanova Marche, Macerata

(b) Biologa Nutrizionista, Volontario ASUR, Civitanova Marche, Macerata

Introduzione. Il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione della ASUR Marche Area Vasta 3 di Civitanova Marche ha progettato per il 2012, nell'ambito della propria attività istituzionale, di organizzare incontri informativi presso i ristoranti, con gli addetti alla produzione e somministrazione di alimenti, allo scopo di promuovere la sana alimentazione anche nella ristorazione pubblica, visto il crescente aumento del numero di pasti consumati “fuori casa”.

Metodi. Il progetto prevede l'attuazione delle seguenti attività:

- standardizzazione delle modalità operative per il personale sanitario coinvolto;
- elaborazione di specifici opuscoli informativi dedicati alla corretta nutrizione, con cenni in tema di sicurezza alimentare e di celiachia (gennaio-febbraio 2012);
- elaborazione di una scheda contenente indicatori su accettazione, conoscenze e coinvolgimento dei soggetti partecipanti agli incontri (febbraio 2012);
- promozione “porta a porta” del progetto, da parte del personale sanitario ASUR al fine dell’adesione (febbraio-marzo 2012);
- esecuzione di incontri informativi/formativi concordati, presso ciascuna attività, a cura del personale sanitario ASUR (da metà marzo 2012);
- analisi degli indicatori stabiliti (grado di partecipazione, di interesse, conoscenze in materia).

Risultati. Sono state standardizzate le modalità operative del personale, elaborati gli opuscoli informativi previsti e la scheda contenente gli indicatori. I dati relativi all’attuazione sul campo del progetto non sono ad oggi disponibili, poiché è appena iniziata la fase operativa.

Conclusioni. La ristorazione pubblica può e deve costituire un contesto privilegiato per favorire l’acquisizione o il mantenimento, da parte dei consumatori, di scelte alimentari corrette, nel rispetto delle Linee Guida per una Sana Alimentazione. I consumatori sono sempre più attenti all’aspetto nutrizionale dell’alimentazione e devono avere la possibilità, anche quando mangiano al ristorante, di trovare alimenti e piatti sani, oltre che sicuri, che caratterizzino il territorio, con un guadagno in termini di freschezza, composizione nutrizionale e gusto. Strumento essenziale per l’adesione al progetto è la corretta comunicazione del rischio, indispensabile al fine di rafforzare conoscenze, atteggiamenti e comportamenti da parte dei ristoratori.

P50 “LA SALUTE VIEN MANGIANDO”: UNA ESPERIENZA DI *HEALTH LITERACY* PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE IN CARCERE

Daghio Maria Monica (a), Canale Alessia (b), Cavazzuti Anna Paola (b), Casella Rosa Alba (c), Cigarini Paola (d), Federzoni Maria (d), Molteni Marzia (e), Casari Susanna (f), Federzoni Guido (f), Fattori Giuseppe (g)

- (a) *Laboratorio Cittadino Competente, AUSL, Modena*
- (b) *Sistema Comunicazione e Marketing, AUSL, Modena*
- (c) *Casa Circondariale Sant’Anna, Modena*
- (d) *Associazione Carcere Città, Milano*
- (e) *AUSER, Modena*
- (f) *Programma Cure Primarie, AUSL, Modena*
- (g) *Programma Territoriale Comunicazione e Promozione della Salute, AUSL, Modena*

Introduzione. Il “Programma regionale per la salute negli istituti penitenziari” affida alle Aziende Sanitarie il compito di informare/educare alla salute estendendo le iniziative già attive sul territorio e valutando, nello specifico, le esigenze degli Istituti Penitenziari. Dal secondo semestre del 2010, si è avviato un progetto di promozione della salute nella Casa Circondariale Sant’Anna di Modena che si è articolato in diversi *step* e ha coinvolto, in tempi diversi, sia le sezioni maschili sia quella femminile. Lo *slogan* “La salute vien mangiando” ha caratterizzato la promozione di una sana alimentazione.

Metodi. Utilizzando la metodologia partecipativa, applicando un percorso di *health literacy*, si sono affrontati i temi rilevanti della promozione della salute in un ambito ristretto con particolare attenzione alla sana alimentazione. Agli approfondimenti e ai lavori di gruppo, a cadenza settimanale, che servivano per costruire il linguaggio della salute al fine di coinvolgere anche i detenuti che non partecipavano direttamente agli incontri, è seguita la volontà di realizzare materiali divulgativi e di sperimentare modalità “altri” di diffusione delle informazioni acquisite.

Risultati. Al progetto di promozione della salute hanno aderito circa 75 detenuti (di cui 12 donne), *range* di età 19-60 anni, titolo di studio scuola media inferiore-elementare e provenienti da Italia (60%), Nord Africa (30%), altre (10%). Il tema dell’alimentazione è stato sviluppato attraverso la realizzazione di un calendario che raccoglieva ricette e consigli pratici per la vita ristretta, la maglietta con lo *slogan* “La salute vien mangiando” e la realizzazione di uno spettacolo teatrale.

Conclusioni. Coinvolgere direttamente le persone recluse su attività che consentano loro di acquisire conoscenze che le aiutino a tutelare la propria salute (e quella degli altri) è un percorso di *empowerment* importante, in un luogo quale il carcere. Fornire competenze, dall’alfabetizzazione per la salute, al relazionarsi per lavorare in gruppo, al concentrarsi per realizzare qualcosa comporta la strutturazione di un percorso non solo esteriore, ma anche interiore di scoperta/fiducia delle/nelle proprie potenzialità che necessita di tempi lunghi e di aggiustamenti continui.

P51 LA PROMOZIONE DELLA SALUTE: UN FATTORE DI COMPETITIVITÀ PER LE IMPRESE? IL CASO DEL PRANZO SANO FUORI CASA

Fagotti Cristina (a), Giannotti Maria (b), Mannelli Raffaele (a)

(a) *Regione Toscana, Firenze*

(b) *Azienda Sanitaria Locale 11, Empoli, Firenze*

Introduzione. L'alimentazione ha sempre rappresentato un determinante di salute nelle politiche sanitarie. I contemporanei stili di vita vedono molte persone alimentarsi in luoghi collettivi (bar, ristoranti, mense, ecc.). Realizzare efficaci politiche di prevenzione e promozione della salute che incidano sugli stili di consumo richiede quindi il coinvolgimento degli operatori della ristorazione professionale nell'adozione di linee guida per una corretta alimentazione. L'azione denominata "Pranzo sano fuori casa" del progetto "Guadagnare Salute" rappresenta il tentativo di attuare questa alleanza strategica tra sistema sanitario e sistema produttivo sul tema della salute. Una sperimentazione che tenta di far percepire il valore che l'adozione di politiche integrate può aggiungere a quelle più tradizionali di settore.

Metodo. Costituzione di un quadro conoscitivo sugli stili di vita e sul significato dei determinanti di salute. Condivisione delle informazioni con i potenziali *partner* strategici dell'azione sperimentale. Costituzione di un gruppo di lavoro integrato. Compilazione della linea d'intervento con attribuzione delle risorse, compiti, attività ed obiettivi ai diversi *partner* coinvolti. Convergenza sull'azione di risorse provenienti da differenti settori e soggetti. Condivisione dei risultati e riprogrammazione dell'azione.

Risultati. Costituzione di una rete di punti di ristorazione collettiva aderenti alla sperimentazione consistente in 500 unità. Promozione dei punti aderenti attraverso campagne di comunicazione mirate a far conoscere la rete del Pranzo sano fuori casa. Esercizio dei controlli sul 50% degli operatori economici aderenti alla sperimentazione, e su campione di 180 consumatori che hanno frequentato i locali coinvolti. Revisione dell'azione sulla base delle informazioni di *feedback* raccolte e sua riprogrammazione.

Conclusioni. Individuazione di un significativo numero di imprese di somministrazione che hanno riconosciuto nell'adozione di un'offerta di pietanze caratterizzate da un equilibrato e corretto apporto nutritivo un fattore di competitività aggiuntivo a quelli più tradizionali. Individuazione di un'alleanza ad alto potenziale tra chi opera per promuovere la salute ed il sistema locale di imprese. Gradimento del consumatore dell'azione di promozione della salute in un contesto di vita ordinaria, comunicata con un linguaggio non sanitario e fruibile in un contesto "non medicalizzato".

P52 PAESAGGI DI PREVENZIONE

Faillace Franca

Azienda Sanitaria Provinciale Catanzaro, Unità Operativa Educazione alla Salute, Catanzaro

Introduzione. La Regione Calabria, nell'ambito del Programma Nazionale CCM “Guadagnare Salute negli Adolescenti - Area alimentazione ed attività fisica” ha aderito al progetto “Paesaggi di prevenzione” per il quale è capofila l’Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, Unità operativa Educazione alla Salute. Sono disponibili dati di soprappeso e ridotta attività fisica nella popolazione scolastica, rilevati da indagini nazionali e locali (OKKio, HBSC). Il progetto è finalizzato ad un percorso di approvazione di raccomandazioni educative nel regolamento scolastico degli Istituti secondari di secondo grado individuati e disponibili, coinvolgendoli nella rete di scuole che promuovono salute.

Metodi. Si sono svolte numerose azioni di coinvolgimento di attori locali rivolte a Responsabili e operatori di Servizi sanitari, Dirigenti e docenti degli istituti aderenti, rappresentanti di Associazioni. Oltre alla formazione nazionale del Referente aziendale in diversi corsi, si è promossa e attuata formazione in sede rivolta ad operatori e docenti, a cura del gruppo di lavoro della Regione Emilia-Romagna. Si offrono consulenza e monitoraggio ai docenti delle classi coinvolte per tutto l’anno scolastico.

Risultati. Sono coinvolte 4 Unità Operative (Educazione alla salute, Medicina dello Sport, Igienegli Alimenti e Pediatria di Comunità), 4 scuole secondarie di secondo grado con undici classi (22 docenti e 3 dirigenti scolastici destinatari intermedi e 241 studenti destinatari finali dell’intervento), la Provincia (Parco della Biodiversità), il Comune (Centro Polivalente per i giovani), le associazioni Coldiretti e *Slow food*, il Centro Calabrese di Solidarietà settore Prevenzione, l’Associazione Sportiva Dilettantistica. Hanno partecipato alla formazione 12 docenti, 17 operatori sociosanitari dell’azienda sanitaria di Catanzaro e 16 di altre aziende sanitarie della Regione. Si sono costituiti 4 gruppi di lavoro nelle scuole.

Conclusioni. Il lavoro è tuttora in itinere. È stato concordato con tutti gli attori coinvolti un evento in maggio presso il Parco della Biodiversità, durante il quale gli studenti presenteranno gli elaborati dell’attività curriculare svolta in relazione ai temi di corretta alimentazione e attività fisica. Si prevede di documentare la manifestazione finale con produzione di un audiovisivo.

P53 SIAN E SCUOLA, UN'ALLEANZA PER UN OBIETTIVO COMUNE: FRUTTA-MERENDA

Favero Elena (a), Stano Antonio (a), Dal Zotto Paola (b), Miola Annacatia (b)

(a) *Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, ULSS n. 3, Bassano del Grappa, Vicenza*

(b) *Servizio Educazione Promozione per la Salute, Dipartimento di Prevenzione, ULSS n. 3, Bassano del Grappa, Vicenza*

Introduzione. Il coinvolgimento attivo dei bambini a partire dall'età di 8 anni in percorsi che promuovono corrette abitudini alimentari è una buona pratica ampiamente documentata attraverso studi e ricerche pluriennali. Inoltre, la collaborazione e l'integrazione tra Servizi sanitari (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione e Servizio Educazione Promozione della Salute) e la scuola sono importanti per incidere in modo efficace e duraturo sulle abitudini di vita sia del bambino che del contesto familiare.

Metodi. I destinatari del percorso di promozione del consumo di frutta a merenda sono stati gli alunni del secondo ciclo della scuola primaria e le rispettive famiglie. Il modello operativo adottato ha previsto la collaborazione tra diverse figure professionali: l'assistente sanitaria, la biologa specialista in Scienze dell'Alimentazione, il medico dietologo, il dirigente scolastico, le insegnanti delle classi coinvolte. Sono stati realizzati nella fase iniziale degli incontri informativi voltati ad assicurare continuità e qualità al progetto. Ognuno, quindi, per le proprie competenze ha reso possibile:

- definire i criteri tra i servizi al fine di raggiungere l'obiettivo del consumo di frutta a scuola 1 o 2 volte a settimana;
- presentare e condividere gli obiettivi con i genitori delle classi interessate;
- stilare un "contratto" da parte di ogni alunno come impegno personale a mangiare la frutta, durante la ricreazione, in un giorno della settimana concordato. La famiglia e la scuola (Dirigente scolastico e gli insegnanti) hanno convalidato il documento;
- l'acquisto diretto della frutta da parte dei rappresentanti dei genitori delle classi.

Risultati. Il progetto della frutta-merenda è stato avviato nel 2009 e attualmente sta proseguendo coinvolgendo in totale 125 alunni, le rispettive famiglie e 5 insegnanti titolari delle classi. Una volta la settimana viene rispettata da tutti la giornata della frutta-merenda e questo ha portato a sviluppare dei percorsi interdisciplinari tra lingua italiana (testo descrittivo) e arte e immagine (attività grafico-pittorica).

Conclusioni. La nostra esperienza ha dimostrato che la condivisione del progetto con tutti gli attori interessati e la motivazione delle insegnanti rappresentino un modello di rete integrata sostenibile dal punto di vista organizzativo che economico. Si consente, così, di migliorare l'appropriatezza e l'efficacia delle azioni rivolte alla modifica dei comportamenti ed all'*empowerment* della comunità.

P54 LINEE GUIDA PER L'OFFERTA DI ALIMENTI E BEVANDE SALUTARI NELLE SCUOLE

Fridel Marina, Finarelli Alba Carola

*Direzione Generale Sanità, Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna,
Bologna*

Introduzione. L'applicazione di standard nutrizionali in tutto l'ambiente alimentare scolastico inteso come refezione scolastica, distribuzione automatica e/o servizi bar situati all'interno delle scuole, consente di migliorare la qualità degli alimenti offerti e somministrati, di ridurre la diffusione di alimenti e bevande non salutari e di favorire l'equilibrio energetico dei giovani.

Metodi. L'interazione e l'approccio integrato delle diverse istituzioni coinvolte (ASL, Amministrazioni Pubbliche, Istituzioni private e Scuola) consentono una efficace implementazione degli standard nutrizionali in tutto l'ambiente scolastico. In particolare, gli "Standard nutrizionali ristorazione" riguardano: la ripartizione calorica dei pasti, i principali nutrienti, le grammature di riferimento, la frequenza degli alimenti a pranzo, le caratteristiche merceologiche dei diversi alimenti alla ristorazione e alla merenda nelle scuole di vari gradi. Gli "Standard nutrizionali relativi ai distributori automatici" riguardano gli alimenti e bevande raccomandati, alimenti e bevande da evitare, l'etichettatura nutrizionale, la pubblicità, l'informazione e le modalità di esposizione.

Risultati. Tramite la "Scheda di valutazione dell'applicazione degli standard" ci si attende il monitoraggio dell'effettiva implementazione nella ristorazione e distribuzione alimentare scolastica.

Conclusioni. Le Linee guida saranno ufficializzate a breve con specifica delibera regionale e firma congiunta degli Assessorati coinvolti, Assessorato Politiche per la Salute e Assessorato Scuola, Formazione Professionale, Università e Ricerca, Lavoro.

EVAI CON LA FRUTTA. INTERVENTO DI PROMOZIONE DI PRODOTTI ORTOFRUTTICOLI FRESCHI IN CINQUE REGIONI ITALIANE

Giacchi Mariano Vincenzo (a), Pilato Valentina (a), Simi Rita (a), Primi Margherita (a), Pitch Francesca (a), Pammolli Andrea (a), Balocchini Emanuela (b), Giannoni Annamaria (b), Balestri Francesca (c), Lorenzo Elvira (d), Mutone Cecilia (d), Galzerano Bruno (e), Giostra Giordano (f), Deintronra Simona (f), Catozzo Rosanna (e), Rosa Giovanna (g), Anelli Savino (g), Veronico Maria (h), Ferro Mariapaola (i), Cacciola Salvo (i), Gentile Maurizio (l), Scotti Maria Teresa (m), Menzano Maria Teresa (m), Galeone Daniela (m), Silani Maria Teresa (n)

(a) Università degli Studi, CREPS, Siena

(b) Regione Toscana, Firenze

(c) USR Toscana, Firenze

(d) Regione Campania, Napoli

(e) USR Campania, Napoli

(f) Regione Marche, Ancona

(g) Regione Puglia, Bari

(h) USR Puglia, Bari

(i) Regione Sicilia, Palermo

(l) USR Sicilia, Palermo

(m) Ministero della Salute, Roma

(n) USR Lazio, Roma

Introduzione. Frutta e verdura sono componenti fondamentali di una dieta salutare. Il loro consumo quotidiano in 5 porzioni, può aiutare a prevenire importanti conseguenze negative per la salute quali le malattie cardiovascolari e alcuni tumori. Per promuovere stili di vita salutari caratterizzati da attività fisica e corretta alimentazione, basata sul consumo di frutta e verdura, nell'a.s. 2010-11 è stato condotto in Campania, Marche, Puglia, Sicilia e Toscana (capofila), con il supporto scientifico del CREPS-Università di Siena, il progetto Buone pratiche sull'alimentazione - Intervento di promozione di prodotti ortofrutticoli freschi, più noto come E...Vai con la frutta.

Obiettivo. Incrementare, di almeno una porzione/die, il consumo di frutta e verdura degli alunni della scuola primaria e secondaria, facilitandone la disponibilità e l'accessibilità a scuola e attivando specifici percorsi formativi, in collaborazione con gli insegnanti e con il coinvolgimento della famiglia.

Metodi. In ciascuna Regione sono state coinvolte 10 classi di intervento e 10 di controllo di ciascun ordine e grado scolastico. Le primarie sono state selezionate fra quelle partecipanti a OKKIO 2008 e le seconde da HBSC 2010. Un questionario pre/post su conoscenze, atteggiamenti e comportamenti è stato somministrato agli interventi e ai controlli. L'intervento consisteva nell'offerta di frutta nelle primarie e nella sua disponibilità, tramite distributori automatici, nelle seconde. Sono stati inoltre messi a disposizione degli insegnanti Kit didattici, diversificati a seconda dell'età degli alunni. Analisi: Test McNemar

su gruppi dipendenti e Z test su gruppi indipendenti per il confronto fra proporzioni; Test t per gruppi appaiati e Test t per gruppi indipendenti per il confronto fra medie.

Risultati. Nelle scuole primarie, secondarie di 1° e 2° grado l'analisi dei dati su conoscenze, atteggiamenti e comportamenti, evidenzia miglioramenti statisticamente significativi nelle tre aree indagate, con differenze statisticamente significative prima/dopo sia negli interventi che nei controlli. I miglioramenti degli interventi sono significativamente più marcati rispetto ai controlli. In particolare negli interventi delle primarie, del 1° grado e del 2° grado il consumo frutta $\geq 1/die$ arriva rispettivamente al 73,1%, al 77,7% e al 68,5%, con aumento significativo rispettivamente di 2,5 p.p. ($p<0,01$), 5,6 p.p. ($p<0,001$) e 6,4 p.p. ($p<0,001$). Incrementi analoghi si verificano per la verdura.

Conclusioni. L'offerta di frutta nelle primarie e la distribuzione automatica di frutta e verdura nelle secondarie affiancate da percorsi formativi si sono dimostrati validi strumenti per incrementare il consumo di frutta e verdura.

P55 PREVENIRE LE MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE ATTRAVERSO MULTIDISCIPLINARITÀ, INTERESETTORIALITÀ, PERSEGUENDO L' EQUITÀ SOCIALE: L'ESPERIENZA DI BOLOGNA

Guberti Emilia, Rizzoli Chiara, Coppini Cristina, Sardocardalano Marika, Spano Maria, Prete Luciana, Navacchia Paola, Veronesi Mara, Celenza Francesca, Di Martino Emanuela, De Giorgi Simonetta, Nascetti Simona, Francia Fausto

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Dipartimento Sanità Pubblica, Azienda USL, Bologna

Introduzione. Uno stile alimentare quali-quantitativamente equilibrato, unitamente ad un'adeguata attività fisica e all'astensione dal fumo, è essenziale per prevenire le malattie cronico degenerative che nel prossimo futuro comporteranno il più alto contributo in termini di morte e di invalidità.

Metodi. Per prevenire le patologie croniche, in particolare obesità, malattie cardiovascolari, diabete, tumori il SIAN di Bologna nell'ambito del Dipartimento di Sanità Pubblica, ha lavorato mediante un approccio integrato multiprofessionale (operatori di prevenzione e diagnosi e/cura, educatori) e multisettoriale (mondo accademico, agenzie educative, enti di promozione sportiva, enti locali, mondo della produzione e del commercio, associazioni di categoria, associazioni dei consumatori), preferendo interventi basati su prove di efficacia e basati su un approccio motivazionale. Gli interventi hanno privilegiato la popolazione infantile, con il coinvolgimento della scuola e della famiglia, senza trascurare le altre fasce di età e diversi *setting*: gruppi di lavoratori (fra cui gli stessi operatori sanitari), soggetti fragili per patologia, per età (donne in menopausa ed anziani) per condizioni socioeconomiche (carcerati, indigenti) in una logica di rete e di perseguitamento dell'equità sociale.

Risultati. Lo sviluppo delle competenze necessarie all'attività di promozione della salute coerente con il modello sociospicobiologico sono divenute parte integrante dell'operatività del SIAN orientate dai risultati della sorveglianza epidemiologica attiva dal 2000. Quest'ultima nel corso delle più recenti rilevazioni (OKkio alla Salute 2010) ha evidenziato segni incoraggianti di inversione del *trend* in crescita dell'eccesso ponderale nella popolazione infantile e di miglioramento delle abitudini alimentari salutari con differenze statisticamente significative per il consumo di frutta e lo spuntino di metà mattina rispetto al dato regionale e nazionale. Anche per la popolazione adulta di Bologna accanto a risultati favorevoli ottenuti per gruppi di popolazione (lavoratori, pazienti con sd metabolica) da registrare per la popolazione in generale il raggiungimento del 17% dell'adesione alle 5 porzioni raccomandate di frutta e verdura differenza statisticamente significativa rispetto al dato regionale (11%) e nazionale (9%) - PASSI 2010.

Conclusioni. I primi risultati sembrano confortare la strategia di popolazione adottata resta comunque molta strada da fare: superato il criterio di interventi legati a progetti settoriali si dovrà entrare in una logica di percorsi legati ad attività istituzionali sistematiche capaci di coinvolgere le diverse articolazioni dell'Azienda Sanitaria Locale ed una molteplicità di attori appartenenti ad altri settori chiamati a diverso titolo in causa.

P56 LO SNACKOMETRO: UNO STRUMENTO PER ORIENTARE VERSO GLI SNACK NUTRIZIONALMENTE PIÙ CORRETTI

Russo Krauss Pio, Maione Lisa, Cione Ilaria
ASL Napoli 1 Centro, Napoli

Introduzione. Un consumo abituale o frequente di snack dolci è diffuso e ciò contribuisce ad una dieta ipercalorica, ricca di grassi, in particolare di quelli saturi. Molte persone non sono disposte a rinunciare al consumo degli snack ma possono essere disponibili a consumare quelli dieteticamente più corretti: può quindi essere utile, oltre a cercare di ridurne il consumo, favorire la scelta di quelli più corretti dal punto di vista nutrizionale, in una prospettiva di “riduzione del danno”.

Metodi. Sono state esaminate le etichette di 350 snack in commercio, inserendo in un *database* i dati nutrizionali relativi ad ogni prodotto. Per la valutazione dei prodotti si sono stabiliti i seguenti criteri, assegnando un punteggio 1, 2 o 3 ed evidenziando con colore verde il punteggio 1, giallo il 2 e rosso il 3: Apporto energetico (kcal per pezzo): fino a 120 kcal: punteggio 1; da 120,1 kcal a 150 kcal: punteggio 2; da 150,1 kcal in su: punteggio 3. Densità energetica (kcal/100g): fino a 400 kcal punteggio 1; da 400,1 kcal a 450 kcal punteggio 2; da 450,1 kcal in su: punteggio 3. Contenuto in grassi saturi (g/100g di prodotto): fino a 6g punteggio 1; da 6,1g a 10g: punteggio 2; da 10,1g in su: punteggio 3. Presenza di grassi idrogenati: presenza: punteggio 2. Si sono sommati i punteggi avuti nei diversi parametri esaminati e si sono contrassegnati:

- in verde (“consigliabili”) i prodotti con punteggio complessivo 3 e 4;
- in giallo (“da guardare con sospetto”) i prodotti con punteggio complessivo 5 e 6;
- in rosso (“da evitare”) i prodotti con punteggio complessivo 7, 8, 9, 10 e 11.

Risultati. 30 snack hanno avuto un punteggio 3 e 32 snack un punteggio 4, quindi solo 62 snack sui 350 esaminati sono “consigliabili”. Lo snackometro è stato distribuito a tutte le scuole che partecipano al Progetto Quadrifoglio (progetto dell’ASL Napoli 1 Centro rivolto a tutte le scuole primarie e secondarie di Napoli, Portici e Capri) e a tutte le Regioni e ASL che partecipano al Progetto Guadagnare Salute in Adolescenza Promozione dell’Attività Fisica e della Corretta Alimentazione.

Conclusioni. Per orientarsi verso gli snack nutrizionalmente più corretti abbiamo costruito uno strumento di facile consultazione e che può avere anche una funzione didattica.

P57 LA SANA ALIMENTAZIONE DAL DIRE AL FARE “CUCINA E SALUTE” A LEZIONE TRA I FORNELLI

La Carrubba Rosanna (a), Alonzo Elena (a), Cacciola Salvo (b), Cannizzaro Virginia (c), Di Grusa Alessandra (a), Torrisi Lidia (a), Valvo Paola (b), Fardella Maristella (a)

(a) SIAN, Azienda Sanitaria Provinciale, Catania

(b) UOESA, Azienda Sanitaria Provinciale, Catania

(c) Facoltà di Agraria, Università degli Studi, Catania

Introduzione. La sana alimentazione ha un ruolo preminente nella prevenzione delle patologie cronico degenerative. Nel contesto del “Programma Guadagnare Salute”, mirato al coinvolgimento di vari attori per facilitare scelte e comportamenti adeguati, è nato il Progetto “Mangiare con Gusto e Guadagnare Salute” progettato dal SIAN con la metodologia PCM, a seguito di un protocollo di intesa tra l’ASP e Comune di Catania, ed indirizzato a tutte le scuole del Comune. Nel progetto, avviato in collaborazione con l’ufficio di Educazione alla Salute della ASP, è stato inserito un percorso, denominato “Cucina e Salute”, rivolto ai genitori dei bambini frequentanti asili nido e scuole dell’infanzia del Comune, con lo scopo di stimolare la partecipazione ed il coinvolgimento necessario per attivare processi di consapevolezza e motivazione al cambiamento e fornire suggerimenti pratici attraverso l’utilizzo di metodologie attive-partecipative.

Metodi. Il progetto, articolato in 4 incontri comprensivi di sperimentazione in un laboratorio di cucina, ha visto la preparazione di piatti salutari e tradizionali con vari metodi di cottura insieme ai genitori, con l’obiettivo di: 1) aumentare le conoscenze dei genitori su una corretta alimentazione come presupposto essenziale per migliorare lo stato di salute di tutta la famiglia; 2) aumentare le conoscenze relativamente alle norme igieniche applicate agli alimenti; 3) offrire stimoli di riflessione sugli aspetti nutrizionali, sociali e relazionali del cibo; 4) valorizzare le risorse individuali del gruppo attraverso la sperimentazione pratica di ricette della nostra tradizione mediterranea. Sono state utilizzate: schede teoriche, questionari di attivazione, *brainstorming*, lavoro di gruppo, diario alimentare, semaforo alimentare, sperimentazione pratiche di ricette. È stato creato ed inserito un questionario *ad hoc* tendente a capire quali sono le conoscenze sull’alimentazione dei partecipanti.

Risultati. Nell’anno 2011 hanno partecipato 47 famiglie, sono in corso l’elaborazione dei questionari relativi alle conoscenze della famiglia in tema di sana alimentazione. Dai *focus group* sul cambiamento in atto risulta una maggiore attenzione alla lettura delle etichette e migliore distribuzione degli alimenti durante la giornata. Il percorso ha avuto una notevole risonanza per cui sono stati richiesti ulteriori moduli che sono già stati programmati per il 2012.

Conclusioni. Il progetto, attraverso la partecipazione attiva e creativa dei genitori, ha consentito l’acquisizione di una nuova consapevolezza sull’importanza della sana alimentazione nel mantenimento di un buon stato di salute ed ha motivato i partecipanti ad un cambiamento dello stile alimentare in famiglia.

P58 SVILUPPARE NUOVE ALLEANZE PER PROMUOVERE LA SALUTE: IL RUOLO DELLA SCUOLA E DELLA SANITÀ NEL FAVORIRE UNA CORRETTA ALIMENTAZIONE DEI BAMBINI

Lamberti Anna (a), Spinelli Angela (a), Buoncristiano Marta (a), Nardone Paola (a), Baglio Giovanni (a), Senatore Sabrina (a), Lauria Laura (a), Bonciani Manila (a), Silani Maria Teresa (b), Galeone Daniela (c), Gruppo OKkio alla Salute 2008-2009, Gruppo OKkio alla Salute 2010

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

(b) *Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio, Direzione Generale, Roma*

(c) *Ufficio II del Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione, Ministero della Salute, Roma*

Introduzione. L'errata alimentazione è tra i comportamenti a rischio associati allo sviluppo di patologie cronico-degenerative. Poiché alcune abitudini si instaurano fin dall'età pediatrica, la famiglia, la sanità pubblica e la scuola assumono un ruolo centrale nell'educare il bambino a seguire stili di vita salutari. In Italia il sistema di sorveglianza OKkio alla Salute consente di rilevare, con cadenza biennale a partire dal 2008, alcune abitudini alimentari dei bambini e le attività di promozione della salute realizzate nelle scuole primarie.

Metodi. Le informazioni vengono raccolte su un campione rappresentativo di bambini della classe terza della scuola primaria di ogni Regione attraverso questionari rivolti agli alunni, alla famiglia e alla scuola.

Risultati. A ogni raccolta dati partecipano oltre 40.000 alunni e più di 2.200 scuole primarie. Sia dalla rilevazione 2008/9 che da quella del 2010 è emerso che il 10% dei bambini ha la tendenza a non fare la prima colazione e, nel 23% dei casi, a non assumere quotidianamente frutta e/o verdura. Si conferma, anche se con valori nettamente inferiori rispetto al 2008/9, l'abitudine tra i bambini a fare una merenda di metà mattina troppo abbondante (82% nel 2008-9 e 68% nel 2010). Per quel che concerne la merenda a scuola, la frutta è stata considerata il fuori pasto ideale seguita in alternativa da altri alimenti quali, ad esempio, verdura, yogurt, succo di frutta non zuccherato. Tra le due raccolte sono state registrate interessanti differenze negli alimenti consumati dai bambini a merenda. Sebbene il panino rimanga l'alimento preferito, nel 2010 si è notevolmente ridotto il suo consumo rispetto la 2008-9 (22,6% vs 31%). Di contro, è aumentato il consumo di frutta (11,3% vs 7,1%) mentre rimangono pressoché stabili il succo di frutta (circa 20%) e lo yogurt (circa 3%). Va sottolineato che, nel 2010, tra le scuole che hanno avviato programmi di promozione della sana alimentazione, si è registrato un maggior consumo di alimenti salutari a merenda rispetto a quelle che non hanno realizzato tale attività (32,2% vs 17,2%).

Conclusioni. La scuola sembra essere la sede ideale per avviare attività di promozione di una corretta alimentazione. Affinché tali interventi siano efficaci è importante però che si fondino su evidenze scientifiche e che le azioni prevedano un percorso intersetoriale e multidisciplinare.

VALUTAZIONE DEI CONSUMI DI BEVANDE ENERGETICHE E SNACK IN AMBIENTE SCOLASTICO ED EXTRA-SCOLASTICO: UTILIZZO DEL QUESTIONARIO BSQ (*BEVERAGE AND SNACK QUESTIONNAIRE*) NELLA PROGRAMMAZIONE DI POLITICHE DI EDUCAZIONE ALIMENTARE

Losasso Carmen, Cappa Veronica, Bertoldo Alessandro, Spinella Paolo, Neuhouser Marian Luise, Caregaro Lorenza, Andriguetto Igino, Ricci Antonia

SC8, Analisi del Rischio e Sistemi di Sorveglianza in Sanità Pubblica, Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, Legnaro, Padova

Introduzione. L'assunzione costante di snack e di bevande energetiche è considerata un comportamento obesogeno a causa dell'influenza di questi alimenti sul bilancio energetico giornaliero, sull'equilibrio fame-sazietà e sul metabolismo energetico. È noto che le politiche di prevenzione primaria riguardanti la ristorazione scolastica influiscano sui consumi alimentari in ambiente scolastico e sullo stato nutrizionale degli studenti. Tuttavia poco è noto circa l'efficacia di queste politiche sulla modifica delle abitudini alimentari in ambiente extra-scolastico. Per valutare l'influenza degli ambienti scolastico ed extra-scolastico sul consumo di bevande energetiche e snack e per misurare l'efficacia degli interventi di educazione alimentare finora condotti, a 691 studenti di età compresa tra 8 e 15 anni, frequentanti la scuola primaria e secondaria di primo grado, è stato somministrato il questionario BSQ.

Metodi. Gli *item* sono stati codificati come variabili categoriali ordinali con intervallo da 1 a 7 e raggruppati in 5 classi che valutavano l'assunzione settimanale di bevande energetiche, snack, latte e yogurt, bevande dietetiche, frutta e verdura, in ambiente scolastico ed extra-scolastico. Per valutare la differenza di assunzione di alimenti tra i due ambienti è stato utilizzato un modello ad effetti misti per misure ripetute corretto per sesso, età ed etnia.

Risultati. L'analisi dei dati ha evidenziato una differenza significativa nell'assunzione settimanale di tutte le classi di alimenti tra i due ambienti considerati, con un maggior livello di assunzione in quello extra-scolastico. In particolare l'assunzione settimanale extra-scolastica di bevande energetiche, bevande dietetiche e di snack eccede quella scolastica rispettivamente di 4,2 e 8 volte. L'assunzione di latte è maggiore in ambiente extra-scolastico (4 volte) come il consumo di frutta e verdura (5 volte). Analoghe differenze sono emerse tra generi e classi di età; la frequenza dei comportamenti obesogeni, infatti, tende ad aumentare nei maschi e negli studenti frequentanti la scuola secondaria.

Conclusione. I risultati ottenuti suggeriscono che gli interventi preventivi che si propongono di ridurre i comportamenti obesogeni nei bambini e negli adolescenti dovrebbero essere rivolti non solo all'ambiente scolastico ma includere anche quello extra-scolastico.

P59 PROGETTO “DISABILI E SPORT”. VALUTAZIONE QUALITATIVA DELLE ABITUDINI ALIMENTARI

Luppi Chiara, Caregnato Andrea Cesare, Severi Sabrina, Tripi Ferdinando
UO Tutela della Salute nelle Attività Sportive, Dipartimento Sanità Pubblica, AUSL, Modena

Introduzione. Da novembre 2007 presso il centro di medicina dello sport dell’AUSL di Modena è attivo un progetto dedicato ai disabili mentali e fisici per favorire l’avviamento e la pratica di attività motoria. Nell’ambito del progetto, abbiamo compreso una parte dedicata alla valutazione dello stato nutrizionale e delle abitudini alimentari.

Metodi. Il gruppo è composto da 257 disabili, età media 26,3 anni. Abbiamo raccolto i dati antropometrici e un questionario sulle abitudini alimentari di tutti i disabili. A 81 disabili (51 disabili mentali e 30 disabili fisici) la dietista ha proposto anche il diario alimentare dei 7 giorni, chiedendo la collaborazione di un familiare o degli operatori delle strutture residenziali in cui sono ospiti.

Risultati. Lo studio dei diari alimentari evidenzia l’abitudine a consumare regolarmente colazione, pranzo e cena da quasi tutti i soggetti (solo il 9% del campione non consuma la prima colazione). Le merende di metà mattina e metà pomeriggio a base di frutta fresca, sono consumate abitualmente solo dai disabili che frequentano i centri diurni. Il pranzo completo di primo piatto, secondo cucinato e contorno è abitualmente consumato dai disabili ospiti in strutture, mentre per i disabili che restano in famiglia la pasta asciutta è la protagonista assoluta, solo nel 50% delle volte è seguita da un secondo piatto composto prevalentemente da formaggi e/o salumi. Il consumo di verdure si conferma scarso e sporadico anche in questa popolazione, solo la metà dei pazienti riferisce di consumarne 1 porzione/*die*, ma non in modo regolare. Il fabbisogno idrico non è sufficientemente assicurato per più della metà dei pazienti. In tutti i disabili si nota una propensione ad utilizzare bevande diverse dall’acqua; tè zuccherati, bibite gassate e succhi di frutta sono le bibite preferite, consumate anche durante i pasti da chi sta in famiglia. Il consumo di *junk food* è quotidiano per la quasi totalità dei pazienti intervistati, il consumo è maggiore per i disabili che trascorrono i pomeriggi in casa.

Conclusioni. 5 anni di studio hanno permesso di evidenziare l’importanza strategica di dedicare risorse al *counselling* nutrizionale rivolto ai disabili, ai loro familiari ed agli operatori sanitari al fine di prevenire stati di malnutrizione nei soggetti con disabilità fisiche e/o mentali.

P60 PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO AL SENO COME DIRITTO DI SALUTE PER OGNI BAMBINO

Mignuoli Anna Domenica (a), D'Angelo Nicola (b)

(a) Comune di Trebisacce, Cosenza

(b) Comune di Roseto Capo Spulico, Cosenza

Introduzione: Nell'ambito della prevenzione dell'obesità e del sovrappeso dell'età infantile, considerato che la Calabria registra alti tassi di bambini obesi, si inserisce la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno nelle strutture ospedaliere e territoriali.

Metodi: Formazione del personale sanitario coinvolto, promozione di attività informative alle donne gravide sull'allattamento al seno, sostegno dell'allattamento in puerperio, promozione di gruppi di sostegno tra pari attraverso processi di *empowerment*.

Risultati: Obiettivo del progetto: incremento del 10% del tasso di allattamento esclusivo al momento della dimissione ed allattamento completo al sesto mese di vita del bambino nel biennio 2011-2012.

Conclusioni: È stato avviato uno studio di coorte, per verificare l'incremento del tasso di allattamento. A tutte le donne, residenti in Calabria, che hanno partorito dal 1° al 30 novembre corrente anno, è stato somministrato un questionario per verificare l'allattamento alla dimissione, le stesse saranno ricontattate al sesto mese di vita del bambino per verificare l'allattamento completo. Dall'elaborazione dei questionari è emerso l'incremento del 20%.

P61 STILI DI VITA SALUTARI A SANGANO

Mismetti Silvia (a), Cosola Alda (a), Ugues Agnese (b), Condipodero Patrizia (b)

(a) ASL TO3, Collegno e Pinerolo, Torino

(b) Comune di Sangano, Torino

Introduzione. “Stili di vita Salutari a Sangano” è un percorso di sviluppo di comunità con *focus* sulla alimentazione, ha prospettiva salutogenica finalizzata a rendere più facili le scelte salutari, sostiene un percorso di riflessione per studenti e famiglie sul “cibo che fa bene e che piace. Destinatari sono studenti di quarta della scuola primaria e di seconda della scuola secondaria di primo grado, genitori e insegnanti. Hanno partecipato amministratori, pediatri, esperti ASL, volontari e la ditta appaltatrice del servizio mensa. Tutti gli attori hanno condiviso i principi della corretta alimentazione e svolto attività pratiche e uscite didattiche sul territorio. Gli studenti hanno riscritto il menu della mensa scolastica, entrato in vigore nel corrente anno scolastico.

Metodi. Lo stile partecipativo ha accompagnato tutte le fasi del progetto: progettazione, realizzazione e valutazione dei risultati; studenti e famiglie hanno contribuito alla analisi dei bisogni. È stato costituito un gruppo di progetto composto da amministratori, dirigente scolastico, insegnanti, esperti ASL, ditta appaltatrice, pediatra e volontari. Il progetto fa parte dell’offerta formativa. La metodologia è multicomponente: associa azioni educative, ambientali, comunicative: laboratori di formazione per insegnanti e genitori, attività in classe, uscite didattiche sul territorio, visita guidata al centro cottura della ditta appaltatrice servizio mensa, distribuzione di frutta a scuola, revisione del menu scolastico da parte degli alunni, eventi con la comunità, coinvolgimento di nuove alleanze per la valutazione, valutazione partecipata con i destinatari, laboratori sul cibo per genitori, pubblicazione.

Risultati. Il programma ha coinvolto 75 studenti e famiglie ed ha riscontrato un alto gradimento. Si è verificato un cambiamento dello spuntino del mattino con l’aumento del consumo di frutta e verdura. Si è verificato un contagio positivo in altre classi non coinvolte nel progetto che hanno richiesto di poter mangiare la frutta a scuola. I genitori rappresentanti nel Consiglio di Istituto hanno chiesto di inserire il progetto nel Piano dell’offerta formativa. Grazie alle conoscenze acquisite i ragazzi hanno rielaborato il menu invernale della mensa scolastica che è stato introdotto dal 1° novembre 2011.

EDUCAZIONE ALIMENTARE E MENSA SCOLASTICA: STATO DELL'ARTE NELLA NOSTRA PROVINCIA

Monfrino Fabrizia (a), Lingua Simonetta (b), Cosola Alda (c), Corni Giovanna (d), Martinengo Letizia (e), Attolico Lucia (f)

(a) *UST di Torino*

(b) *DORS Regione Piemonte Sanità, Grugliasco, Torino*

(c) *ASL TO3, Collegno, Torino*

(d) *Istituto Comprensivo di Pino Torinese, Torino*

(e) *Università degli Studi, Scuola di Psicologia della Salute, Torino*

(f) *Ordine degli Psicologi del Piemonte, Torino*

Introduzione. Il gruppo tecnico provinciale per la promozione della salute di Torino quale organismo di progettazione e controllo composto da: Ufficio scolastico territoriale, ASL, Scuola Polo, referente per l'educazione motoria, Forum dei genitori, Forum del volontariato, Osservatorio sul bullismo, Ordine degli psicologi ed altri *stakeholders* del territorio, per l'anno scolastico 2010-2011, ha promosso un progetto per raccogliere dati sul variegato e complesso mondo delle mense scolastiche e riflettere sui problemi di salute inerenti al cibo e alla relazione sociale-educativa. La ricerca si è realizzata con il contributo di diverse Istituzioni: Scuola, Università, Sanità, Regione Settore Politiche Agricole e Forestali, Comuni e rappresentanti del terzo settore nell'ottica di un sistema integrato, di rete ed intersetorialità. Esempi di modelli partecipati, di efficacia, di *empowerment* e di sostenibilità.

Metodi. La ricerca si è posta come obiettivi: fotografare ed analizzare la realtà della ristorazione scolastica nella provincia di Torino, descrivere la percezione del rischio relativo alle condotte alimentari, individuare le influenze socio-culturali, delinearne gli aspetti organizzativi e strutturali, riflettere sulla evidente necessità di nuove sensibilità, conoscenze e competenze nell'ambito dell'educazione alimentare. Alla ricerca hanno risposto un significativo numero di Istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado sia statali che paritarie, attraverso la risposta ad un questionario elaborato dal Gruppo di Progetto. I dati sono poi stati elaborati, analizzati e restituiti in un incontro collegiale di presentazione della pubblicazione.

Risultati. Pubblicazione in un testo accompagnato da "vignette umoristiche" per sfatare luoghi comuni e nodi problematici, distribuito gratuitamente alle scuole e agli *stakeholders* dove si evidenzia la tendenza del passaggio dai progetti ai processi educativi attraverso offerte formative stabili e trasversali a tutte le discipline, da inserire a sistema nei POF (Piani Offerta Formativa). Intersezione con tematiche ambientali quali lo smaltimento dei rifiuti e il recupero dei pasti non consumati nell'ottica di una educazione alla solidarietà e all'ambiente.

Conclusioni. Si conferma ancora una volta il valore strategico della collaborazione e condivisione tra Istituzioni.

P62 LO STATO NUTRIZIONALE: APPROFONDIMENTO SUL SOTTOPESO

Nucera Andrea, Antoniotti Maria Chiara
Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL, Novara

Introduzione. PASSI descrive lo stato di eccesso ponderale, ma tralascia la condizione di sottopeso, indizio di possibili disordini alimentari con effetti importanti sulla salute. L'obiettivo è studiare la distribuzione dell'IMC per classi di età e sesso. Fornire un identikit della condizione di sottopeso. Confrontare le condizioni nutrizionali dello strato di popolazione maggiormente esposto al sottopeso, in relazione a caratteristiche sociodemografiche, stili di vita e salute mentale.

Metodi. Il campione è composto da oltre 16.000 interviste. L'effetto dei fattori socio demografici sul sottopeso viene valutato mediante regressione logistica. Il confronto tra le condizioni nutrizionali con prevalenze e IC95%.

Risultati. Dalla distribuzione dell'IMC, emerge che l'eccesso ponderale aumenta al crescere dell'età, soprattutto nei soggetti maschi ultra 49enni. La condizione di sottopeso risulta più diffusa nello strato della popolazione under 35, soprattutto donne. L'analisi multivariata conferma la decisiva associazione del sottopeso al sesso femminile, evidenzia la differenza tra le classi di età e rileva la maggiore diffusione nei laureati. Lo strato di popolazione *target* risulta quello delle F18-34enni, soprattutto tra le più giovani dello strato. Laurea, assenza di difficoltà economiche e celibato risultano fattori decisivi, soprattutto se confrontati con la situazione di eccesso ponderale; il lavoro non è determinante. Le 18-34enni in sottopeso sono meno attive fisicamente, ma non più sedentarie. Rispettano il *five a day* come quelle in normopeso, e pensano che quel che mangiano faccia bene. Hanno una maggiore propensione a perdere peso, solo il 25% lo percepisce troppo basso. Mostrano abitudini simili in riferimento al fumo, ma utilizzano di più l'alcol. Come le obese mostrano maggiormente sintomi di depressione, ma diversamente da quelle in eccesso ponderale la maggior parte percepisce positivamente la propria salute.

Conclusioni. PASSI identifica come popolazione *target* per la condizione di sottopeso lo strato F18-34, confermando quanto evidenziato in letteratura. Dai risultati emerge che tale condizione comporti una percezione positiva della propria salute e che il benessere socio-economico sia decisivo nella sua diffusione; gli stili di vita invece non sembrano esserne determinanti.

FORZA5

Palomba Alessandra, Fabbri Alessandra, Della Giustina Claudia, Rosi Maurizio
SIAN, AUSL, Reggio Emilia

Introduzione. L'incremento nella popolazione infantile di sovrappeso e obesità è dovuto principalmente al diffondersi di un modello alimentare ad alto contenuto calorico ed una riduzione dell'attività fisica. Per migliorare le abitudini alimentari e lo stile di vita dei bambini il mediatore educativo più adatto è la scuola primaria. Il progetto educativo "Forza5", specifico per età, coinvolge trasversalmente più materie, più attori (alunni, insegnanti, famiglie, personale sanitario, associazioni sportive) e più momenti della giornata rientrando comunque nella normale programmazione curricolare.

Metodo. Nel primo biennio scolastico si svolgono attività prevalentemente pratiche e manuali che utilizzano il gioco come modalità principale di apprendimento. I bambini analizzano i vari momenti della giornata alimentare collocando gli alimenti consumati nei diversi gruppi che costituiscono la piramide alimentare. Nel triennio successivo sono introdotte concezioni più astratte: i bambini imparano a riconoscere e collegare l'alimento al nutriente prevalente, altri approfondimenti riguardano le porzioni alimentari e il pasto equilibrato. Nel corso dell'anno scolastico è previsto un collegamento attivo con la famiglia, che acquisiti i concetti base di un'alimentazione equilibrata partecipa alle scelte alimentari del bambino.

Risultati. Il progetto consente alla scuola di promuovere comportamenti salutari, con un percorso educativo che si sviluppa nel corso degli anni. Il progetto avviato nell'anno 2010-2011 in 5 scuole primarie, 17 prime classi ha coinvolto un totale di circa 425 alunni. Nell'anno successivo si sono aggiunte 2 nuove scuole, raggiungendo un totale di 28 classi e 700 alunni. I risultati sono monitorati attraverso indicatori specifici che valutano le modifiche dei comportamenti attraverso la compilazione di un diario alimentare e dell'attività motoria.

Conclusioni. Uno tra gli obiettivi principali della scuola primaria è quello di educare e stimolare l'adozione di comportamenti alimentari e stili di vita salutari. La possibilità, pertanto, di seguire un percorso di educazione alla salute che coinvolge più attori e sia realizzato all'interno di un programma curricolare può rappresentare un valido contributo al cambiamento.

IL MANGIAREBENE “GUIDA AL CONSUMO DEI MOLLUSCHI MARINI” COZZE & VONGOLE

Poli Gabriele (a), Boffo Luciano (b)

(a) *Servizio Igiene Alimenti Origine Animale, ULSS 6, Vicenza*

(b) *ULSS 14 di Chioggia, Venezia*

Introduzione. Il progetto è promosso dal Servizio Igiene Alimenti Origine Animale Azienda ULSS n. 6 Vicenza, in collaborazione con i Servizi Veterinari Azienda ULSS n. 14 Chioggia. La finalità è di garantire al consumatore un prodotto sicuro, mediante un’adeguata serie di informazioni, di semplice comprensione e facili da seguire. I prodotti ittici che prendiamo in considerazione nel presente lavoro sono i molluschi eduli lamellibranchi e, in particolar modo, le vongole e le cozze, i più consumati, ma in un prossimo futuro è nostra intenzione rivolgere l’attenzione anche ad altri prodotti della pesca. I molluschi costituiscono il prodotto della pesca più consumato nel nostro Paese, tuttavia il loro utilizzo può rappresentare un pericolo per la salute del consumatore a causa della possibile presenza di microrganismi patogeni, o di loro metaboliti, e di biotossine di origine algale, che possono causare tossinfezioni alimentari. Il più grave rischio di contaminazione dei molluschi dipende dalla qualità delle acque. Nel nostro caso, trattandosi di filtratori, i molluschi si cibano di particelle sospese in acqua, pertanto dove non esiste un idoneo trattamento delle acque reflue il rischio di contaminazione microbica è alto, ma anche in zone con corrette pratiche igieniche il pericolo è presente, pur se in misura decisamente inferiore.

Metodo. Si prevede la produzione e pubblicazione di una “Guida al consumo dei Molluschi Marini” che sarà distribuita ai servizi ed alla popolazione residente nell’ULSS di Vicenza e di Chioggia. La Guida ha lo scopo di fornire al consumatore un quadro d’insieme su produzione e commercializzazione dei molluschi, sui controlli sanitari che gli operatori del settore e delle Aziende Sanitarie Locali eseguono continuativamente, sia sul prodotto, sia sulle acque di produzione durante l’allevamento, nonché su commercializzazione e corretto utilizzo da parte della cittadinanza al momento dell’acquisto, fino al consumo del prodotto. Proporremo, infine, una serie di ricette “sicure” e appetitose, suggerite da famosi chef che operano sul nostro territorio.

Risultati. Popolazione più informata e consapevole rispetto alle proprie scelte alimentari (prodotti ittici considerati). A conclusione del progetto si terrà una serie di conferenze esplicative a favore dei consumatori.

P63 PROGETTO “MANGIAR SANO IN PAUSA PRANZO”

Pupo Anna, Stocco Francesca, Dalla Pria Simona, De Rossi Luciana, Madonia Erica, Gallo Giovanni

Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 9, Treviso

Introduzione. Il progetto, nell’ambito delle azioni che facilitano le scelte alimentari salutari, si propone di migliorare la qualità nutrizionale di chi usa pranzare nella pausa di lavoro presso gli esercizi pubblici (bar, ristoranti, ecc.) attraverso la creazione di una rete di esercizi nel territorio dei comuni della ULSS 9, che condividendo le finalità e le linee guida contenute in un disciplinare, offrano piatti di buona qualità nutrizionale, sicuri ed appetibili. Il progetto prevede che gli esercenti che aderiscono all’iniziativa sottoscrivano un disciplinare con i requisiti nutrizionali ed igienici da soddisfare per acquisire il marchio “Buonpranzo”. L’identificazione del locale da parte dell’utenza sarà favorita dall’esposizione del marchio e lo stesso simbolo caratterizzerà i piatti che rispondono ai requisiti indicati nel disciplinare. Gli esercizi commerciali che aderiscono saranno sottoposti a verifica del rispetto dei requisiti del disciplinare.

Metodi. Azioni preliminari: a) rilevazione atteggiamento ed interesse dell’utenza; b) rilevazione atteggiamento ed interesse dei ristoratori; c) incontri per condivisione obiettivi e strategie con le associazioni di categoria; d) predisposizione disciplinare con requisiti nutrizionali e requisiti igienici condiviso con le associazioni di categoria. Creazione della rete di esercizi: a) accordi formali con le associazioni di categoria; b) raccolta adesioni esercizi pubblici; c) assegnazione marchio “Buonpranzo”. Promozione del progetto e visibilità degli esercizi aderenti: a) predisposizione e diffusione materiale promozionale ed informativo; b) campagna promozione attraverso i mass media locali; siti web dell’Azienda Sanitaria e delle associazioni di categoria; c) promozione nelle manifestazioni a carattere popolare.

Risultati. Nel corso del 2011 sono state realizzate le azioni preliminari e la predisposizione dei materiali, a fine marzo 2012 si prevede l’avvio del progetto e la creazione della rete di esercizi “Buonpranzo”.

Conclusioni. La ristorazione costituisce un contesto privilegiato dove mettere in atto azioni che favoriscano scelte alimentari salutari e l’acquisizione di abitudini alimentari corrette. L’iniziativa rappresenta anche un’opportunità per i ristoratori che assumono un ruolo attivo di promotore di salute ricevendo al contempo visibilità.

P64 DISUGUAGLIANZE E ALIMENTAZIONE

Rebonato Valeria, De Paoli Norma, Ferreri Anna Maria, Chioffi Linda
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Azienda ULSS 20, Verona

Introduzione. Il livello di salute segue un gradiente sociale: rischio di mortalità, obesità, stili di vita scorretti aumentano in ragione inversa delle risorse sociali di cui gli individui dispongono. Le disuguaglianze sanitarie sono evidenti non solo a livello socio economico, ma anche di sesso, etnia, nella popolazione anziana, psichiatrica o con disturbi di apprendimento e spesso riguardano gruppi sociali non facilmente raggiungibili da informazioni e interventi di prevenzione.

Metodi. L'alimentazione è un determinante di salute e di disuguaglianze sanitarie: nei gruppi sociali più deboli è infatti maggiore l'incidenza di obesità e sovrappeso. In questo ambito il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) dell'AULSS 20 di Verona segue diverse linee di azione a contrasto delle disuguaglianze: progetto Last Minute Market, interventi nella casa circondariale, interventi sulla popolazione psichiatrica.

Risultati. Il sostegno del progetto Last Minute Market, dal 2005 a Verona, si è esplicitato anche in uno studio di sostenibilità igienico sanitaria del recupero, secondo protocolli igienico sanitari validati, di eccedenze di pasti in mense scolastiche destinate alla distribuzione in strutture di accoglienza sociale. Attualmente è in fase di progettazione un percorso formativo per i volontari che favorisca le buone prassi igienico sanitarie. Nella casa circondariale di Verona vengono organizzati dal 2009 dei corsi di formazione per i detenuti che lavorano presso la cucina interna. Dal 2004 si sono sviluppati interventi di formazione e sensibilizzazione sulle sane scelte alimentari di operatori e pazienti dei centri di salute mentale; valutazione dei menù proposti presso la mensa interna; concertazione con azioni di promozione dell'attività motoria.

Conclusioni. La diminuzione delle disuguaglianze sanitarie costituisce un elemento cruciale di sanità pubblica. L'OMS invita a valutare il possibile effetto paradosso (allargamento delle disuguaglianze) dei programmi di prevenzione. In linea con le indicazioni internazionali e sulla base delle esperienze pregresse, il Dipartimento di Prevenzione dell'AULSS 20 di Verona ha presentato nel 2011 un piano di intervento aziendale di contrasto delle disuguaglianze sanitarie, che comprende anche azioni nell'ambito dell'alimentazione.

P65 “CAPITANMERENDA E LA RICERCA DELLO SPUNTINO STELLARE”: PROMOZIONE DELLE CORrette ABITUDINI ALIMENTARI IN ALUNNI DELLA SCUOLA PRIMARIA NEL TERRITORIO DELL’AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

Romaniello Antonio, Bianco Anna Maria, Cufino Canio, Negrone Mario, Sansone Giuseppe, Coppola Maria, Giordano Nicola, Rosa Sabrina, Vignola Gabriella, Pinto Rocchina, Cugno Giuseppe Nicolò, Marra Mario
Azienda Sanitaria Locale, Potenza

Introduzione. È dimostrato da varie ricerche che lo stile dei primi anni di vita è fondamentale per raggiungere e mantenere uno stato di salute ottimale nell’arco dell’intera esistenza. Determinanti a tal fine sono le abitudini alimentari acquisite in età evolutiva e tra queste la scelta della merenda a scuola: da qui il progetto “Agenda della merenda”, rivolto agli alunni della scuola primaria con lo scopo di migliorare la scelta qualitativa degli spuntini a scuola.

Metodi. Il progetto è stato svolto nel corso di due anni scolastici, 2009-2010 e 2010-2011, ed ha coinvolto 14 scuole primarie per complessive 35 classi e 695 alunni della prima elementare con un’insegnante per classe. Si è articolato in tre fasi: 1) Conoscitiva. Gli operatori dell’UOC Igiene Alimenti e Nutrizione dell’ASP di Potenza, nel corso di un incontro frontale hanno raccolto dati sulle merende abitualmente consumate dagli alunni a scuola. 2) Didattico-educativa. Con l’aiuto di CAPITANMERENDA, personaggio appositamente creato per un supporto video, è stato illustrato ai bambini l’“universo degli spuntini alleati”, alla ricerca di una “merenda stellare” più adeguata e salutare. Sono state evidenziate le virtù della frutta, presentata come “la merenda dai superpoteri”, capace di svolgere importanti missioni nel nostro organismo. In seguito i bambini sono stati invitati a diventare capitani della loro “navicella corpo” sulla quale far salire solo merende alleate. Gli alunni si sono quindi accordati sulle merende settimanali, hanno stilato l’“Agenda di bordo”, comune a tutta la classe, e si sono impegnati a rispettarla con la supervisione dell’insegnante. 3) Valutazione dell’efficacia. L’adesione all’agenda è stata monitorata e valutata attraverso un “Diario di bordo giornaliero” affidato a ciascun bambino e restituito a fine progetto.

Risultati. Prima del progetto, il 42,6% dei bambini consumava snack dolci, il 33,1% snack salati e solo il 16,1% frutta come spuntino a scuola. Sono stati ritirati 512 diari giornalieri. Dall’analisi dei dati è emerso un notevole incremento del consumo di merende a base di frutta (60%), con una frequenza di tre volte a settimana, come previsto dall’“Agenda di bordo”. Il *planning* settimanale è stato rispettato in media per il 70% del periodo di osservazione.

Conclusioni. Il progetto ha contribuito in modo efficace ad aumentare il consumo a scuola di merende salutari, responsabilizzando i bambini nelle scelte di tipologia e frequenza. L’intera classe è stata coinvolta in un obiettivo comune, con riflessi positivi sulle scelte individuali.

P66 ABC - ALIMENTARSI BENE CONVIENE

Sasso Claudio (a), Massa Saluzzo Marina (b), Cantù Daniela (c), Bernardini Alessandro (d), Barbieri Marzia Raffaella (e)

- (a) *Distretto Tortona, ASL AL, Tortona, Alessandria*
- (b) *REPES, Distretto di Tortona, ASL AL, Tortona, Alessandria*
- (c) *Dipartimento del Farmaco, ASL AL, Tortona, Alessandria*
- (d) *SOC Farmaceutica Zona Sud, ASL AL, Tortona, Alessandria*
- (e) *PEAS, Dipartimento del Farmaco, Tortona, Alessandria*

Introduzione. Il Distretto di Tortona, insieme al Dipartimento del Farmaco, su richiesta della Scuola elementare, ha realizzato un breve corso multimediale di educazione alimentare. Ai bambini è stato chiesto di ascoltare, giocare e intervenire in merito a una corretta alimentazione. Si è partiti dalla composizione del corpo umano, al fine di far capire le ragioni che rendono indispensabile il cibo, sia dal punto di vista energetico che del ricambio dei costituenti. Sono state analizzate le classi dei nutrienti e la composizione degli alimenti per arrivare a formulare una dieta completa ma personalizzata in base alla Piramide alimentare di Harvard: fondamentale è l'esercizio fisico, la frutta e verdura meglio se integrali, importanti i grassi insaturi vegetali e il pesce, mentre vanno ridotti i grassi saturi di origine animale. Si è mostrato quante sono le calorie necessarie per il metabolismo e l'esercizio fisico per poter equilibrare le entrate e le uscite e come la ripartizione del cibo durante la giornata debba fornire energia quando più serve.

Metodi. Hanno partecipato tutte le terze elementari a turno in due sessioni di circa un'ora, distanziate di una settimana circa. La prima giornata è iniziata con una piccola intervista in materia di alimentazione per fare il punto iniziale. Le *slide* comprendevano una canzone da un programma per ragazzi che mostrava come è divertente giocare muovendosi e un'altra (“Gustavo gustando”) che presentava gli alimenti in modo divertente. Se nella 1^a giornata si è discusso degli alimenti complessi, nella 2^a giornata sono stati fissati i concetti appresi attraverso un gioco. A ciascun gruppo di bambini veniva dato un mazzo di carte rappresentanti ciascuna un alimento con caratteristiche diverse: poi veniva chiesto quali carte corrispondevano a un certo gruppo di alimenti, come “alimenti prevalentemente proteici”, “alimenti a base di grassi vegetali” e così via.

Risultati. La partecipazione di tutte le scolaresche è stata entusiasta e nella seconda sessione si è potuto verificare attraverso il gioco l'interesse e l'apprendimento degli argomenti presentati, di cui i bambini conoscevano prima solo alcuni aspetti.

Conclusioni. L'educazione alimentare è indispensabile contro i cosiddetti cibi “spazzatura”, troppo dolci o pieni di grassi saturi e affatto salutari. I bambini delle elementari sono in un'età ancora ricettiva e persino in grado di influenzare indirettamente anche i loro stessi genitori. I bambini, venendo a conoscenza delle proprietà dei diversi alimenti, hanno acquisito così una possibilità in più di nutrirsi davvero in modo vario ed equilibrato.

P67 UTILIZZO DI UNA BANCA DATI ETICHETTE NELLA PROMOZIONE DI SCELTE INFORMATE: LOGHI VS GDA

Spagnoli Denise (a), Cardetti Silvia (b), Lingua Simonetta (c), Vietti Fiorella (a), Caputo Marcello (d)

(a) *Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, ASL TO3, Collegno, Torino*

(b) *Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, ASL CN1, Cuneo*

(c) *Centro Documentazione Regionale per la Salute, DORS, Grugliasco, Torino*

(d) *Direzione Integrata della Prevenzione, ASL CN1, Cuneo*

Introduzione. Esistono diverse strategie per educare i consumatori a scegliere i prodotti confezionati con caratteristiche nutrizionali più salutari: tra queste i loghi (posti sull'etichetta volontariamente dai produttori ed accreditati da società scientifiche e/o istituzioni governative) e le GDA (quantità giornaliere indicative per un'alimentazione sana). Nel 2010 il Settore Promozione della salute ed interventi di prevenzione individuale e collettiva della Regione Piemonte ha strutturato un *database* dei valori nutrizionali e degli ingredienti riportati sulle etichette di 641 spuntini confezionati più venduti in Piemonte, aggiornato nel 2011 con i dati dei prodotti più consumati dai bambini delle scuole primarie. La banca dati, disponibile *online* per tutti i SIAN del Piemonte, è stata utilizzata in questi anni per produrre manuali e materiale documentale e recentemente per un progetto sulla promozione di scelte informate fra gli utenti del *vending* nelle strutture ospedaliere.

Metodi. Si è valutato quale sistema comunicativo (loghi vs GDA) sia di maggior impatto nell'orientare la scelta dei consumatori. La banca dati è stata utilizzata per classificare i prodotti presenti nei distributori, abbinando a ciascuno di essi un logo sulla base della conformità a parametri nutrizionali raccomandati. I loghi saranno apposti sui distributori automatici presenti nelle strutture sanitarie di alcune ASL pilota del Piemonte.

Risultati. La maggior parte degli operatori sanitari ritiene che, per immediatezza di lettura, il logo rappresenti una strategia di comunicazione più efficace rispetto alle GDA; tra quelli proposti il semaforo risulta essere quello di maggior impatto. Il 71% (24/34) ha scelto il semaforo, il 20% (7/34), il cursore francese, il 9% (3/34) altri loghi; nessuno ha scelto la GDA.

Conclusioni. I dati preliminari in accordo con quelli di altri studi, configurano le GDA come un sistema di comunicazione meno efficace rispetto al logo. I loghi, previo accordo con i gestori, saranno apposti sui distributori automatici presenti nelle strutture sanitarie di alcune ASL pilota del Piemonte e accompagnati da un piano di comunicazione. Sono stati programmati piani di verifica sull'efficacia e l'impatto sui consumatori.

GUADAGNARE SALUTE, ... FIN DALL'INIZIO. IL PROGETTO PER LA PROMOZIONE E IL SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO MATERNO NELLA REGIONE VENETO

Speri Leonardo (a), Pastorelli Elisa (a), Lazariotis Yorgos (a), Bosio Chiara (a), Battisti Emanuela (b), Battocchio Stefania (c), Valsecchi Massimo (d), Bonavina Maria Giuseppina (e), Bovo Chiara (f), Russo Francesca (g)

(a) UOS Servizio di Promozione ed Educazione alla Salute, Dipartimento di Prevenzione, ULSS 20, Verona

(b) Dipartimento Materno Infantile, ULSS 20, Verona

(c) Dipartimento Materno Infantile, ULSS 3 Bassano del Grappa, Vicenza

(d) Dipartimento di Prevenzione, ULSS 20, Verona

(e) Direzione Generale ULSS, 20, Verona

(f) Direzione Sanitaria, ULSS 20, Verona

(g) Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica, Regione Veneto, Venezia

Introduzione. L'Allattamento al Seno (AS) è la norma dell'alimentazione del neonato, con effetti di salute *evidence based*. Come da indicazione OMS, Guadagnare Salute pone l'AS come inizio della corretta alimentazione. La *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI OMS/UNICEF) è il miglior strumento disponibile EBM, un modello per la salute pubblica, e implica intersettoralità e contrasto delle disuguaglianze. Il Veneto dal 2004 ha un'intesa con UNICEF e dal 2005 apposite Linee di indirizzo, rilanciate nel Piano regionale della Prevenzione 2010-2012. Obiettivi: Promuovere l'AS esclusivo e prolungato. Promuovere nei punti nascita l'applicazione degli standard BFHI.

Metodi/Risultati. Il progetto si sviluppa su 4 assi:

1) Promozione: diffusione di un libretto (n. 150.000) con indicazioni concrete, validato, disponibile nelle lingue più diffuse, e di una *Policy* illustrata in 13 lingue. Sinergie con GenitoriPiù.

2) Rete: costruzioni di Reti IntraULSS Ospedale/Servizi Territoriali/Dipartimento Prevenzione per raggiungere gli standard BFHI. Rete regionale per lo sviluppo delle pratiche delle ULSS, sostegno tra pari attraverso gli Ospedali BFH del Veneto. Realizzazione del Comitato Intersetoriale per l'Allattamento Materno come da raccomandazione OMS, con inclusione di ONG.

3) Formazione: formazione sul campo (ECM) a cascata a tre livelli (master>formazione-formatori>formazione-standard OMS/UNICEF di 20h) per operatori dei Punti Nascita e del territorio (PLS, Distretti, Consultori, ecc.). Preparati 9 Docenti (Master), c.a 70 Formatori, per c.a 2.500 operatori.

4) Valutazione: il monitoraggio dell'AS esclusivo alla dimissione e al 6° mese è dovuto per la BFHI. È concluso l'inserimento di *item* (criteri OMS) nei flussi informatizzati correnti (3°, 6°, 12° mese) e in studio il rilevamento alla dimissione. Gli ospedali saranno sottoposti all'Audit interno (questionario OMS per le mamme) e al Tutoring/Audit UNICEF.

Conclusioni. Il Piano Nazionale della Prevenzione e il Programma Guadagnare Salute hanno consentito per la prima volta l'avvio di una linea operativa per l'AS. Il progetto ha attivato processi di rete tra la Prevenzione e le Strutture del Percorso Nascita e la Comunità, ha incontrato bisogni ed energie in attesa di essere indirizzate ed ha avuto un'adesione superiore alle aspettative con 20 Punti Nascita di 16 ULSS, dai 5 previsti.

P68 SAPER CUCINARE PER VIVERE MEGLIO

Stocco Francesca, Pupo Anna, Dalla Pria Simona, De Rossi Luciana, Madonia Erica, Gallo Giovanni

Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 9, Treviso

Introduzione. Nel corso del 2011 il Dipartimento di Prevenzione dell’Azienda ULSS 9 ha promosso un intervento di miglioramento della qualità dell’alimentazione dei cittadini, sperimentando una nuova modalità di promozione di corretta alimentazione attraverso l’acquisizione di competenze culinarie, con il coinvolgimento e la collaborazione di enti locali, associazioni di valorizzazione sociale presenti nel territorio, parrocchie, *pro loco*, medici di assistenza primaria ed altri *partner*.

Metodi. Il progetto prevede l’attivazione di gruppi di apprendimento di cucina sana, finalizzati ad aumentare le competenze culinarie applicando i principi di una corretta alimentazione nella vita di tutti i giorni, attraverso un percorso teorico (2 incontri) e cucina pratica (6 incontri). I gruppi, formati da circa 15 persone, sono condotti da uno o due *cooking leader*. Il *cooking leader* è una persona interessata alla cucina sana che ha partecipato ad una formazione specifica e che collabora volontariamente alla gestione dei gruppi di cucina. Le principali attività previste dal progetto sono:

- formazione dei *cooking leader* (con la collaborazione dell’Istituto Alberghiero di Treviso);
- predisposizione materiali a supporto dei *cooking leader* e dei gruppi di cucina (manuale e ricettario);
- alleanze con i *partner* (enti, associazioni, istituzioni presenti nel territorio);
- reperimento di locali con cucina idonei e disponibili;
- avvio di gruppi di cucina salutare territoriali.

Risultati. Dall’attivazione del progetto ad ora sono stati formati 19 *cooking leader* e avviati 8 gruppi territoriali di cucina sana.

Conclusioni. Il progetto rientra tra le azioni avviate con l’obiettivo generale di influenzare positivamente le abitudini alimentari. Risponde ai requisiti di sostenibilità ed equità (il costo per partecipare ai corsi è molto contenuto) che garantiscono la continuità nel tempo. I primi gruppi di cucina avviati hanno riscosso un notevole gradimento tra i partecipanti e i cittadini dei comuni nei quali sono stati attivati, questo è un incoraggiamento in più a proseguire. La criticità maggiore è la gestione molto articolata degli aspetti organizzativi ed amministrativi dei gruppi, che potrà essere superata dalla presa in carico in autonomia da parte degli enti ed associazioni che collaborano con il Dipartimento di Prevenzione.

RISULTATI DELLO SCREENING SULLE ABITUDINI ALIMENTARI E SULL'ATTIVITÀ FISICA DEGLI ALUNNI DELLE SECONDE CLASSI DI UN ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE E DELLE SCUOLE MEDIE DEL COMUNE DI PALMI

Tedesco Antonino (a), Costa Carmela (b), Batà Beatrice (b)

(a) Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria, Dipartimento di Prevenzione, SIAN
Ambito Territoriale di Palmi, Reggio Calabria

(b) UO Medicina Scolastica Ambito Territoriale di Palmi, Reggio Calabria

Introduzione. Dalle indagini condotte su un gruppo di 247 alunni che frequentano alcune scuole dei comuni di Palmi (di cui 197 appartenenti alle seconde classi delle scuole medie e 50 appartenenti alle seconde classi di un istituto di istruzione superiore) ne è emerso che molti di essi incorrono in errori nutrizionali che sono fortemente influenzati dallo stile di vita e da alcune errate abitudini alimentari.

Metodi. Il metodo utilizzato è stato quello della acquisizione del consenso informato sull'indagine che da lì a poco si sarebbe effettuata. Acquisito il consenso dei genitori si è passati alla somministrazione di un questionario sul profilo alimentare e sulla pratica di attività sportive di ciascun alunno. Il questionario era composto da 18 quesiti e da 18 sottoquesiti predisposti in una cartella di 8 pagine con domande a risposta multipla. Ne è seguito il rilievo dei dati antropometrici per ciascun alunno partecipante all'indagine e la consegna agli stessi di un apposito tesserino con i dati acquisiti.

Risultati. I risultati sono stati piuttosto sorprendenti per gli alunni dell'istituto di istruzione superiore, aventi un'età compresa tra i 15 ed i 18 anni con prevalenza dei ragazzi aventi 16 anni (il 42%) ed un sparuta minoranza di ragazzi di 18 anni (il 4%), nel momento in cui sono stati verificati i dati antropometrici sottoposti a screening, in quanto non si è riscontrata alcuna ragazza in sottopeso a differenza dei ragazzi di cui ne è stato trovato ben il 28%; a differenza dei dati riguardanti il soprappeso e l'obesità ove ne è emersa una presenza del 54% di ragazze in soprappeso rispetto al 18,75% di ragazzi ed una presenza del 10% di ragazzi obesi rispetto al 5,56% di ragazze: dato confortante è stato quello del normopeso ove le percentuali di ragazze e ragazzi si equivalgono essendo venuto fuori un risultato del 44,4% di ragazze a fronte di un 43,15% di ragazzi. Per quanto attiene le abitudini alimentari si è riscontrato che solo il 36% consuma verdura 2-4 volte durante la settimana, 1 su 4 consuma una giusta quantità di pesce, mentre è apparso piuttosto elevato il consumo di bibite gassate nel corso dell'intera giornata alimentare andando da un 32% durante lo spuntino di metà mattina per passare al 28% a pranzo, al 39% durante la merenda pomeridiana ed assestarsi al 26% durante la cena.

Conclusioni. A termine degli incontri avuti con gli stessi ragazzi e dei risultati acquisiti, ne è corso l'obbligo dell'invito a cambiare le cattive abitudini ed in particolare a:

- praticare un'adeguata attività fisica giornaliera;
- iniziare la giornata con una adeguata prima colazione;

- evitare e ridurre al minimo cibi grassi e insaccati;
- ridurre al minimo il consumo di bevande gassate;
- limitare il consumo di zuccheri, dolci e bevande zuccherate;
- aumentare il consumo di pesce;
- aumentare il consumo di frutta e verdura.

P69 IMPARIAMO DI GUSTO

Tessari Stefania (a), Casazza Marina (b), Vangelisti Carlotta (c)

(a) SIAN, ULSS 16, Padova

(b) Borsista, SIAN, ULSS 16, Padova

(c) Università degli Studi, Facoltà Scienze della Formazione, Padova

Introduzione. Il progetto ha l'obiettivo di promuovere uno stile di vita sano con particolare riferimento alla corretta alimentazione ed attenzione all'attività fisica nei confronti degli alunni delle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado del territorio dell'Azienda ULSS 16-Padova. Il percorso, proposto dal Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) è finanziato dalla CCIAA (Camera Commercio Industria Artigianato Padova), si svolge con la collaborazione degli artigiani UPA di Padova (Unione Provinciale Artigiani) ed è iniziato nell'anno scolastico 2007/08.

Metodi. Le azioni previste sono:

- per gli insegnanti, un corso di formazione che si svolge ogni inizio anno scolastico;
- per i genitori, su richiesta, incontri di informazione sui corretti stili di vita;
- per i bambini, per i bambini, oltre all'attività degli insegnanti, laboratori di panificazione, pizzeria, cioccolateria, pasticceria e gelateria ad opera degli artigiani dell'UPA presso le scuole con il supporto di personale specializzato nelle diverse professionalità (dietiste, educatori, ecc.).

È stato prodotto un libretto "Impariamo di gusto" di accompagnamento ai laboratori rivolto ai bambini ed ai genitori in cui con linguaggio semplice vengono proposti i laboratori. L'attività di manipolazione di alimenti rivolta ai bambini è svolge con un metodo induttivo basato su forme di attività didattiche orientate ad incrementare l'esperienza come gioco, laboratorio, proiezioni di immagini in cartoni animati per la presentazione dei laboratori. Ad ogni laboratorio è presente personale SIAN che espone con metodologie adatte alle diverse età dei bambini, immagini di cartoni animati riportanti concetti di sana alimentazione specifici per ogni tipologia di laboratorio.

Risultati. Il percorso di educazione ad uno stile di vita sano ha visto, dall'anno scolastico 2007/08, lo svolgimento di 150 laboratori artigianali, il coinvolgimento medio annuo di 1.080 bambini delle scuole dell'infanzia, 1.030 delle scuole primarie e circa 700 delle scuole secondarie di primo grado. I genitori dei bambini sono stati tutti informati tramite la consegna del libretto "Impariamo di gusto", che ogni anno ha visto una nuova edizione ed, in parte sono stati formati tramite incontri di formazione presso le scuole da personale medico SIAN. In particolar ei genitori dei piccolini (infanzia) hanno partecipato attivamente anche se è risaputo che sono spesso anello mancante nei progetti delle scuole.

Conclusioni. Questo progetto continua negli anni grazie al finanziamento della CCIAA ed alla disponibilità degli artigiani dell'UPA che rispettivamente finanziano e supportano l'iniziativa che continua ad essere richiesta, soprattutto nelle scuole dei più piccoli che sono un ottimo terreno per il coinvolgimento dei genitori che invece sono spesso anello mancante nei progetti delle scuole.

P70 MONITORAGGIO DEGLI SCARTI: INDAGINE CONOSCITIVA NELLE MENSE SCOLASTICHE

Vargiu Lisena, Angioi Paola, Lai Lucia, Milia Maria Filomena, Cappai Maria, Arras Pina
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Dipartimento di Prevenzione, ASL 1, Sassari

Introduzione. L'alta percentuale di scarto rappresenta nelle mense scolastiche uno dei punti di maggior criticità. I bambini nelle mense mangiano poco, spesso rifiutano l'assaggio dei cibi a loro poco graditi o sconosciuti. I rilevamenti sistematici dei consumi e delle abitudini alimentari, costituiscono un fattore essenziale di conoscenza per la ricerca, l'impostazione e la realizzazione di programmi di nutrizione applicata e di politiche alimentari.

Metodi. Gli operatori del SIAN hanno condotto una indagine nelle mense di due scuole primarie coinvolgendo 338 bambini. Per 5 giorni consecutivi sono stati monitorati: 1a colazione, adeguatezza della merenda del mattino e, attraverso una stima visiva, la quantità di avanzi lasciati nei piatti del pranzo. Lo scarto viene espresso, come percentuale di quanto servito, utilizzando una scala a 5 punti.

Risultati. Il 14,9% dei bambini non ha mai fatto la colazione nei giorni dell'indagine; il 94,4% ha fatto una merenda di metà mattina troppo abbondante; la percentuale degli scarti del pranzo è stata in media del 50,5% (dato nazionale 50/60%). Si riscontrano differenze legate a: età dei bambini (in prima e in seconda si registrano scarti minori), gradimento rispetto alle varie pietanze (i contorni di verdura cotta vengono totalmente rifiutati), qualità e quantità della merenda del mattino.

Conclusioni. Iniziare la giornata col giusto apporto energetico fornito dalla prima colazione e seguito da uno spuntino leggero a metà mattina, predispone il bambino ad una maggior accettazione del pasto principale. Dalla nostra indagine si evidenzia che è stato registrato uno scarto minore nell'unica classe in cui, grazie alle insegnanti, vige l'abitudine di fare una merenda leggera. I genitori per paura che il proprio figlio rifiuti il pasto alla mensa danno una merenda tale da sostituire il pranzo, dando così l'abitudine a mangiare solo ciò che piace e scoraggiando l'assaggio delle pietanze a loro sconosciute, con la conseguenza che gli spuntini sostituiscono di fatto i pasti principali (capita che i bambini nell'arco della giornata non facciano mai un pasto completo). I dati confermano la necessità di sensibilizzare insegnanti, famiglie e scolari per modificare le scorrette abitudini alimentari attraverso programmi di educazione nutrizionale sull'importanza della colazione e di un leggero spuntino.

EDUCARE LA GRAVIDA ALL'ALLATTAMENTO AL SENO PER PREVENIRE L'OBESITÀ INFANTILE

Vendruscolo Marida (a), Bottarel Mery (b), Piovesan Gianna (c), Arduini Domenico (a)

(a) Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma

(b) Unità Operativa Sala Parto, Ostetricia, Azienda ULSS 9, Treviso

(c) Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 9, Treviso

Introduzione. La strategia globale per l'alimentazione del lattante e del bambino (OMS/UNICEF 2002) afferma che: "Come raccomandazione generale di salute pubblica, i bambini dovrebbero essere allattati esclusivamente al seno per i primi sei mesi per una crescita, uno sviluppo e una salute ottimali. In seguito, per soddisfare le loro esigenze nutrizionali, i bambini dovrebbero ricevere alimenti complementari nutrizionalmente adeguati e sicuri mentre continuano ad essere allattati al seno fino a due anni ed oltre". La rilevanza del fenomeno viene sottolineata, da un punto di vista qualitativo, soprattutto attraverso la riaffermazione di una politica comune su questo tema nel succitato documento europeo che dichiara: "La protezione, la promozione dell'allattamento al seno sono una priorità di salute pubblica in Europa. Tassi ridotti ed interruzione precoce dell'allattamento al seno hanno importanti conseguenze sanitarie e sociali negative per le donne e i bambini, la collettività e l'ambiente, sono associate a maggior spesa sanitaria ed aumento delle diseguaglianze. La strategia globale per l'alimentazione del lattante e del bambino, adottata dai Paesi Membri dell'OMS alla 55^a Assemblea mondiale della salute a maggio del 2002, costituisce la base per iniziative di salute pubblica volte a proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno. Educare le future mamme ad una corretta alimentazione sin dalla fase dell'allattamento/svezzamento crea le condizioni affinché i bambini continuino con un corretto stile alimentare.

Metodi. Attivazione di un progetto educativo in un'ULSS con 2.400 parti all'anno con l'obiettivo di:

- educare le gravide ai benefici dell'allattamento al seno prolungato;
- sensibilizzare le madri a una corretta alimentazione del lattante/bambino per evitare l'obesità infantile;
- attivare punti di ascolto/consulenza per la verifica della capacità per un'alimentazione corretta.

Le principali fasi del progetto sono:

- formazione del personale ostetrico;
- costituzione di un gruppo di operatori sanitari di riferimento per la problematica;
- sensibilizzazione/educazione delle gravide nei corsi di preparazione al parto e nei gruppi *post-partum*.

Risultati. Il supporto delle gravide/puerpera porta al superamento degli ostacoli all'allattamento al seno ed educa le future madri ad attuare un'alimentazione congrua dei bambini che associata al moto dovrebbe portare ad una diminuzione dell'obesità infantile.

Conclusioni. Il problema del sovrappeso/obesità infantile ha una genesi multifattoriale, essendo il risultato di cause più o meno evidenti che interagiscono tra loro: in primo luogo un'eccessiva/cattiva alimentazione collegata a scarsa o assente attività fisica. Tale

fenomeno dovrà essere preso in carico dagli operatori della sanità. Informare/educare le madri prima del parto porterà sicuramente ad una presa di coscienza del problema e contribuirà ad attivare comportamenti salubri.

P71 ALLATTAMENTO MATERNO UN INVESTIMENTO PER LA SALUTE DELLA MAMMA E DEL BAMBINO

Ziprani Chiara (a), Cosmo Loredana (b), Sciarrone Rocco (c)

(a) UOS Educazione e Promozione della Salute, Dipartimento di Prevenzione, AULSS 12, Venezia Mestre

(b) UOC Pediatria Ospedale dell'Angelo Mestre, AULSS 12, Venezia Mestre

(c) Dipartimento di Prevenzione, AULSS 12, Venezia Mestre

Introduzione. L'AULSS 12 dal 2004 ha iniziato un percorso di formazione per gli operatori del Dipartimento Materno Infantile, del Dipartimento di Prevenzione, dei Servizi Vaccinali e dei Consultori familiari finalizzato a promuovere e sostenere l'allattamento materno per la creazione dell'Ospedale e della Comunità Amica del Bambino. Il raggiungimento di tale obiettivo non può prescindere dalla creazione di una capillare rete di sistema tra le strutture.

Metodi. L'attività di formazione continua ha consentito l'implementazione di pratiche cliniche che promuovono l'allattamento naturale: incontri con le gravide; fisiologicità del parto (tra cui riduzione dei tagli cesarei dal 45% nel 2007 all'attuale 27%); contatto precoce madre-neonato, *rooming-in* (madre e neonato insieme nella stessa stanza) come *routine* assistenziale; sostegno nel tempo con colloqui durante la degenza per una dimissione concordata ed appropriata tra Ospedale e Territorio secondo una necessità di percorso condiviso. Per valutare il gradimento delle cure percepite durante la degenza è stato somministrato un questionario per 3 mesi (2009-2010) alle donne alla dimissione; è stata effettuata l'analisi delle cartelle cliniche di neonati con assistenza in *rooming-in* e di neonati con il precedente modello assistenziale.

Risultati. Sono stati analizzati 113 questionari; il 50% delle donne erano primipare ed il 50% pluripare. Per l'82% era una prima esperienza di *rooming-in*; il 73% delle donne ha considerato molto importante il contatto precoce e prolungato (*rooming-in*) nel facilitare il processo di "attaccamento" al proprio bambino. Il 97% delle donne ha riportato una maggiore sicurezza nel rientro a casa grazie all'esperienza del *rooming-in*. Il peso in 3° giornata è apparso significativamente in aumento nei bambini con *rooming-in* rispetto a quelli che non lo avevano fatto.

Conclusioni. I buoni tassi di allattamento alla dimissione dall'Ospedale di Mestre (85% di allattamento esclusivo) rappresentano un risultato incoraggiante. Per mantenere nel tempo gli obiettivi OMS dell'alimentazione infantile a 6 e a 12 mesi di età è necessaria una protezione e sostegno dell'allattamento materno attraverso un lavoro di rete tra Ospedale e Territorio in grado di migliorare la condizione di salute dei bambini. Tale lavoro di rete è in fase di implementazione.

P72 PROGETTO MERENDA SANA NELLE SCUOLE PRIMARIE DEL TERRITORIO DELL'AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA

Ziprani Chiara (a), Elia Marianna (b), Pesce Emanuela (a), Sciarrone Rocco (c)

(a) *UOS Educazione e Promozione della Salute, Dipartimento di Prevenzione, AULSS 12, Venezia Mestre*

(b) *Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Dipartimento di Prevenzione, AULSS 12, Venezia Mestre*

(c) *Dipartimento di Prevenzione, AULSS 12, Venezia Mestre*

Introduzione. Il crescente aumento della prevalenza del sovrappeso e dell'obesità in tutte le età ha indotto il Dipartimento di Prevenzione dell'AULSS 12 veneziana ad attuare il Progetto Merenda Sana effettuato in collaborazione con la Regione Veneto-Assessorato all'Agricoltura, la Provincia, i Comuni di Venezia, Marcon e Quarto d'Altino, e le Scuole primarie del territorio dell'AULSS 12. Si riportano gli obiettivi del Progetto: incentivare il consumo di frutta e verdura tra i bambini del primo e del secondo anno della scuola primaria; diminuire il consumo di snack dolci/salati e bevande zuccherate; offrire ai bambini più occasioni ripetute nel tempo per conoscere prodotti naturali diversi per potersi orientare fra le continue pressioni della pubblicità e sviluppare una capacità di scelta consapevole; coinvolgere i genitori nella scelta organizzativa della merenda a scuola.

Metodi. Il progetto si sviluppa attraverso le seguenti azioni: incontri preliminari con gli insegnanti delle classi coinvolte per la stesura del programma degli interventi e delle attività e consegna di materiale didattico; rilevazione delle merende consumate abitualmente a scuola dai bambini ad inizio progetto e periodicamente per il monitoraggio; percorsi di educazione alimentare rivolti ai bambini, specifici per l'età, attraverso attività ludico-didattiche di supporto al Progetto; incontri informativi ai genitori dei bambini; costituzione di un gruppo di lavoro formato da genitori con il compito di organizzare e supportare il progetto a livello locale per tutti i cinque anni scolastici; formalizzazione del gruppo dei genitori all'interno dell'organizzazione scolastica.

Risultati. L'intervento si svolge durante l'anno scolastico 2011-2012 e coinvolge 653 bambini delle classi prime e 112 delle classi seconde della scuola primaria di istituti comprensivi distribuiti nel territorio dell'AULSS 12 Veneziana. L'obiettivo è di estendere il progetto ai 5 anni del percorso scolastico.

Conclusioni. Viene proposta l'introduzione della Merenda Sana come comportamento alimentare corretto, da strutturare e consolidare nel tempo. È importante supportare, fin dall'infanzia, l'acquisizione di corretti stili di vita e la protezione dall'esposizione ai fattori di rischio delle malattie croniche-degenerative più frequenti del mondo occidentale.

**Area 5.
Promozione dell'attività fisica**

LA COSTRUZIONE E LA CONDUZIONE DELLA RETE NAZIONALE “AZIONI” PER LA PROMOZIONE DELLA ATTIVITÀ FISICA DELLA POPOLAZIONE: CONSIDERAZIONI SU TRE ANNI DI ESPERIENZA

Arlotti Alberto, Beltrami Patrizia, Finarelli Alba Carola

Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Sanità, Servizio Sanità Pubblica, Bologna

Introduzione. Il Progetto CCM-Emilia-Romagna “Promozione della attività fisica - Azioni per una vita in salute” (da qui: Progetto) -sviluppato dal 2007 al 2010 insieme a Piemonte, Veneto, Toscana, Marche, Puglia- si è prefisso di migliorare le competenze del SSN nella promozione della AF, proponendo apposite iniziative. Per dare coerenza organizzativa al percorso, si è costruita una solida struttura di Rete.

Metodi. Sono state studiate le reti nate per approfondire un tema e per promuovere il passaggio delle conoscenze acquisite alla politica e all’azione. È stato scelto come documento di riferimento *Knowledge Networks: Guidelines for Assessment Working Paper* dell’ International Institute for Sustainable Development, Canada, 2004. Da questo si sono ricavati strumenti applicativi, tra cui la “Carta d’Identità di network”, utilizzati per la costruzione della Rete nazionale “Azioni” per la promozione della AF.

Risultati. Nel 2009 ogni Regione partecipante al Progetto ha costituito la Rete regionale dei Referenti di AF del SSR comprendente almeno un referente per ogni ASL. Tutti i referenti delle 6 Regioni, 140 persone, costituiscono la Rete nazionale Azioni. Per mantenere attiva la vita della Rete, dal 2009, sono in corso numerose iniziative tra cui:

- eventi congressuali o seminari; sono stati organizzati 5 eventi nazionali e internazionali per la Rete;
- attività di ricerca formativa; nelle 6 Regioni sono in corso 17 progetti sperimentali condotti da componenti la Rete;
- concorsi a premio su temi specifici;
- iniziative di documentazione per migliorare la comunicazione delle esperienze;
- una iniziativa editoriale; il Progetto edita la pag web “ccm-network.it/azioni” su cui pubblica i documenti scientifici o applicativi relativi alla vita della Rete. Nell’ultimo semestre il sito ha totalizzato 4.255 visite, 11.087 pagine aperte e 1.569 download.

È prevista nella primavera una indagine conoscitiva tra i componenti della Rete per documentare le aree di forza e quelle di miglioramento.

Conclusioni. Le reti supportano la crescita di competenza, autonomia e responsabilità dei professionisti nel proprio ruolo di promotori della salute. Le reti sono fondamentali per lo sviluppo di un linguaggio comune e la condivisione di teorie e metodologie di riferimento in un di un campo d’azione nuovo come l’AF.

P73 PIEDIBUS: TUTTI A SCUOLA A PIEDI - IL PROGETTO DELL'ASL MI2

Assirati Margherita, Acerbi Luigi, Vezzoni Maria, Calaciura Antonella, Morelli Cristina, Mariani Chiara, Montanelli Maurizio

Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Medicina Preventiva nelle Comunità, ASL Milano2, Menzo, Milano

Introduzione. I *walking-bus*, modalità di percorrere in sicurezza il tragitto casa-scuola, sono stati realizzati decenni fa in Nord Europa e poi diffusi in USA ed anche in Italia. Il progetto fa parte degli interventi di educazione alla salute destinati ai ragazzi, ed è inserito come programma tematico all'interno del modello “Una scuola che promuove la salute” (Rete SHE). Lo scopo principale è promuovere l'attività fisica. La sedentarietà è un determinante importante dell'obesità, che in Italia ha un elevato tasso di prevalenza: il 12% dei bambini è obeso ed il 24% in soprappeso. Negli ultimi decenni l'attività motoria dei bambini si è ridotta molto. Oggi solo la metà dei bambini di 11 anni va a scuola a piedi, mentre sempre di più sono accompagnati da un adulto, in genere in macchina. Anche la diminuzione dell'autonomia di spostamento è un fenomeno preoccupante, perché si è evidenziato che l'acquisizione di conoscenza ambientale è influenzata dall'esperienza. L'attività motoria migliora la capacità di apprendimento, consente un miglior controllo emotivo, migliora l'autostima, aumenta le capacità di socializzazione.

Metodi. Il progetto consiste in un impegno condiviso:

- la ASL si impegna a: fornire la consulenza a docenti, amministratori, genitori e volontari che desiderino attuare l'iniziativa; predisporre e distribuire materiale informativo;
- la scuola che aderisce, informa e motiva il collegio docenti ed inserisce il progetto nel piano dell'offerta formativa;
- il Comune fornisce consulenza sulla viabilità, supporto nella ricerca degli accompagnatori e nella realizzazione pratica del progetto;
- la famiglia si assume la responsabilità di una decisione che restituisce autonomia ai figli, contribuisce a motivarli, collabora alla realizzazione;
- le associazioni apportano sinergie utili al raggiungimento degli obiettivi;
- gli adulti volontari si fanno carico di accompagnare i bambini a scuola con il Piedibus;
- gli operatori del Comune e della scuola referenti del progetto organizzano un gruppo di lavoro che studi, valuti la fattibilità del programma e lo metta in opera.

I risultati vengono valutati in base al numero di linee di Piedibus attivate e al numero di bambini partecipanti.

Risultati. Dal 2006 ad oggi il programma ha coinvolto un numero sempre maggiore di scuole ed amministrazioni comunali. Nel 2011 hanno partecipato 30 scuole primarie in 15 Comuni del territorio. Sono state attivate 66 linee Piedibus a cui hanno partecipato attivamente 1402 bambini e 314 accompagnatori adulti.

Conclusioni. Il progetto consente di raggiungere obiettivi importanti: la promozione dell'attività fisica, dell'autonomia, la socializzazione, il rispetto per l'ambiente, recuperando una semplice abitudine: camminare.

P74 L'ESPERIENZA DEI GRUPPI DI CAMMINO NELLE ASL DELLA LIGURIA

Baldi Roberta (b), Fortini Patricia (a), Bazzali Ester (b), Bozzolo Davide (a), Cecconi Rosamaria (a), Colombo Adriana (b), Culotta Claudio (a), Ferrando Gianna Elisa (a), Incarico Ivana (b)

(a) ASL 3 Genovese, SS Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione, Genova

(b) ASL 5 Spezzino, SSD Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione, La Spezia

Introduzione. L'attività fisica previene molte malattie croniche, riduce la paura ed il rischio di cadere e, se svolta in compagnia, l'isolamento sociale. Il progetto dei Gruppi di Cammino nelle Asl liguri è attivo dal 2008 in quanto inserito nel PRP e dal 2009 si avvale di un finanziamento specifico del CCM inerente l'area "Sostegno alle Regioni per l'implementazione del PNP e di Guadagnare Salute".

Obiettivi. Promuovere il cammino nella vita di tutti i giorni e migliorare la qualità di vita dei partecipanti.

Target. Adulti ultraquarantenni e anziani. Si tratta di un gruppo organizzato di persone che si ritrova due volte alla settimana per camminare lungo un percorso urbano/extra urbano, inizialmente con la guida di un esperto del movimento e successivamente di un *walking leader* interno al gruppo ed appositamente formato.

Metodi. Creazione di una rete di collaborazione con portatori d'interesse come associazioni, Comuni, operatori sanitari e sociali e attivazione di specifici accordi con l'Università di Genova - Corso di Laurea in Scienze Motorie e Unione Italiana Sport Per Tutti - UISP. Dal 2010 sono disponibili per tutti i gruppi alcuni indicatori di processo ed esito quali: percentuale di gruppi con *walking leader* sul totale di quelli attivati, distribuzione per età e sesso dei partecipanti, percentuale media di partecipazione, indice di gradimento e di modifica dello stile di vita.

Risultati. Dal 2008 sono stati avviati 61 gruppi (Asl Genovese 39, Spezzina 6, Savonese 9, Chiavarese 4, Imperiese 3). Attualmente 38 gruppi sono ancora attivi: 23 con *walking leader*, 15 con istruttore. Complessivamente il *walking leader* è stato attivato in 30 gruppi. Gli indicatori sono al momento disponibili per 19 gruppi. In questi, l'età media dei partecipanti è risultata essere pari a 64 anni, con rilevante prevalenza delle donne (86%). Il numero medio di partecipanti per gruppo è stato di 12. L'indice medio di gradimento è stato alto (10.15, su una scala da 0 a 12); apprezzabile la modifica dello stile di vita (1.48, su una scala da 0 a 3).

Conclusioni. A fine 2011 più della metà dei gruppi risulta ancora attiva e condotta da *walking leader*, la cui presenza garantisce la sostenibilità nel tempo del progetto e costituisce un indicatore di partecipazione attiva e di reale cambiamento nello stile di vita.

P75 “IL VOLO DELLA FENICE - CORSO DI AUTOMASSAGGIO E GINNASTICA MEDICA CINESE QI-GONG: EFFETTI SULLO STRESS”

Berti Stefano (a), Sotte Lucio (b), Ponzio Elisa (c), Minelli Andrea (d)

(a) Ufficio Promozione della Salute, Dipartimento di Prevenzione Area Vasta 2 Ancona, ASUR Marche, Ancona

(b) Università degli Studi, Master di Agopuntura e Medicina Cinese, Bologna

(c) Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Ancona

(d) Università degli Studi di Urbino Carlo Bo, Dipartimento di Scienze della Terra, della Vita e dell'Ambiente, DiSTeVA, Urbino

Introduzione. Secondo l'OMS l'Attività Fisica (AF) insufficiente è il quarto fattore di rischio di mortalità e causa circa 3 milioni di decessi annuali. In Europa la sedentarietà causa circa 600 mila decessi annuali. Nelle Marche il 30% degli uomini ed 46% delle donne non svolge alcuna attività. L'AF riduce la pressione arteriosa, controlla il livello di glicemia, modula positivamente il colesterolo nel sangue, previene le malattie cardiovascolari, neoplastiche, artrosi e riduce il tessuto adiposo in eccesso, aiutando il benessere psichico. Il fenotipo clinico associato allo stress viene aggravato da uno stile di vita sedentario mentre l'esercizio fisico regolare ha effetti benefici nella prevenzione e nel trattamento delle patologie metaboliche e psicologiche indotte dallo stress cronico. Gli anziani costituiscono una popolazione di soggetti in cui livelli di attività fisica generalmente bassi si associano alla tendenza ad una graduale disregolazione dell'asse neuro-endocrino dello stress e all'aumento dei fattori infiammatori. Il "Volo della Fenice" è un Protocollo teorico-pratico di automassaggio e ginnastica medica cinese fondato sul *Qi Gong*, tecnica efficace nel ridurre i tassi di ACTH, cortisolo e aldosterone legati all'ansia e allo stress.

Metodi. Obiettivo dello studio è quello di indagare, in soggetti anziani sani, gli eventuali benefici del protocollo sulla regolazione di alcune variabili biologiche associate alla risposta da stress, mediante misurazione nella saliva del cortisolo. Tutte le variabili in studio sono state analizzate sugli stessi soggetti sia all'inizio del protocollo (T0) che alla fine del protocollo (T1). L'intervento ha previsto: i) rilevazione del grado di ansia/stress percepito attraverso il questionario PSS-10; ii) valutazione del profilo circadiano basale della secrezione di cortisolo salivare durante 5 prelievi giornalieri (ore 07:00, 11:00, 15:00, 19:00, 23:00).

Risultati. Sono stati arruolati, previo consenso informato, 24 soggetti (7 maschi e 17 femmine) età media 64 anni. Il protocollo di *Qi-Gong* ha avuto una durata di 4 mesi. Dall'elaborazione dei risultati è emerso che c'è stata una diminuzione dello stress percepito, una riduzione significativa ($p<0,05$) dei livelli basali di cortisolo salivare al risveglio (ore 07:00) e diminuzioni non significative nel resto della giornata tra T0 e T1.

Conclusioni. I risultati del presente studio suggeriscono che la ginnastica medica cinese (*Qi-Gong*) favorisce un miglioramento del profilo circadiano di secrezione e normalizzazione dell'attività dell'asse neuro-endocrino dello stress e può rappresentare una misura sussidiaria al fine di aumentare l'efficacia dei programmi di promozione dell'attività fisica nell'anziano.

P76 IL PROGETTO “DISABILI E SPORT” DI MODENA E REGGIO EMILIA: PER UNA SICURA E GRATIFICANTE PRATICA MOTORIA APERTA A TUTTI

Caregnato Andrea Cesare (a), Facchini Patrizia (a), Luppi Chiara (a), Pagani Mauro (a),

Tripi Ferdinando (a), Bruschi Fabiana (b), Ilari Barbara (b), Tirelli Guido (b)

(a) *UO Tutela della Salute nelle Attività Sportive, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL, Modena*

(b) *UO Medicina dello Sport, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL, Reggio Emilia*

Introduzione. L'inattività fisica è tra le principali cause di malattia e di morte per gli effetti che determina sull'apparato cardio-vascolare. Le referenze bibliografiche sono più numerose per l'età pediatrica. Un'attività motoria inadeguata determina riduzione delle abilità residue compromettendo autonomia e salute. Il progetto “Disabili e sport” è iniziato nel novembre 2007 presso il Servizio di Medicina dello Sport dell'AUSL di Modena con il contributo di enti pubblici e privati: sono coinvolti soggetti disabili senza distinzione di età e patologia. Da settembre 2010 il progetto si è esteso a Reggio Emilia nel solo ambito scolastico. Dal maggio 2011 è iniziata una collaborazione col Dipartimento di Salute Mentale dell'AUSL di Modena. Sono stati recentemente avviati rapporti con l'INAIL locale. Gli obiettivi sono favorire la pratica motoria in uno stile di vita sano creando una rete territoriale per disabili, loro famiglie e società sportive.

Metodi. Un *team* pluridisciplinare (medico dello sport, fisiatra, psicoterapeuta, dietista, tecnico sportivo) analizza le condizioni di salute del soggetto e fornisce l'indicazione per prosecuzione o scelta dell'attività motoria.

Risultati. Dal novembre 2007 al gennaio 2012 a Modena sono state eseguite 546 visite (257 prime, 289 controlli), età media 26,3 anni, 60 agonisti, 159 non agonisti; 39 disabili non praticavano alcuna attività e sono stati inseriti nella pratica sportiva. Il gruppo prevalente è dei disabili mentali (154), rispetto a motori (62) ed a soggetti con disabilità mista (30); i sensoriali sono 8. In 8 casi le condizioni cliniche non hanno permesso il rilascio di idoneità. Sono iniziate nuove esperienze: basket per ragazzi autistici, bowling per disabili mentali. A Reggio Emilia sono state eseguite 157 valutazioni a studenti inseriti in progetti scolastici adattati.

Conclusioni. I disabili devono essere indirizzati verso una pratica idonea a migliorare lo stato di salute e le abilità residue. Sul territorio si devono incrementare le attività esistenti e sviluppare nuove opportunità di attività idonee alla disabilità creando una integrazione tra l'attività sanitaria e progetti di promozione dell'attività motoria sul territorio. Il progetto sta consentendo di studiare le correlazioni tra l'esercizio fisico e lo stato di salute nei disabili.

PROGETTO COMENIUS “IN MOTION WITH EMOTION”

Cargnelutti Ivana, Brollo Rita
Direzione Didattica di Gemona del Friuli

Introduzione. Il progetto Comenius “*In motion with Emotion*” 2009 - 2011 ha coinvolto istituti primari di 5 Paesi europei (Italia, Austria, Germania, Polonia, Gran Bretagna) con lo scopo di implementare strategie innovative e percorsi condivisi per supportare lo sviluppo di abilità sociali, emotive e fisiche nei bambini e l'aumento dell'attività motoria non organizzata. La Direzione Didattica di Gemona del Friuli, in collaborazione con altri enti del territorio, è stata capofila di questo progetto.

Metodi. Il progetto si è rivolto a: bambini, famiglie ed insegnanti; oltre alla scuola sono stati coinvolte le Amministrazioni Comunali, la Casa per l'Europa, l'Università di Udine e l'Azienda Sanitaria. Le diverse azioni, inserite nel curriculum scolastico delle classi, hanno riguardato lo scambio e la comparazione di esperienze, l'esercizio di specifiche abilità sociali, emozionali e fisiche, l'identificazione di attività motorie da attuare sistematicamente nel corso della giornata scolastica e di attività di auto-valutazione con registrazione dei propri progressi, la ricerca e la comparazione tra le scuole *partner* di giochi anche in riferimento a lingua, storia locale ed educazione sociale personale. La cooperazione europea si è realizzata anche attraverso un concorso per il logo, una Giornata celebrativa a gennaio 2010, un Meeting Comenius in ogni città-*partner*, la “Giornata europea” 2010 e 2011, il Campus conclusivo nel giugno 2011 a Berlino con la realizzazione di un evento circense.

Risultati. Il progetto ha promosso in bambini ed insegnanti -e indirettamente nelle famiglie e nel territorio- competenze di cittadinanza europea, interesse per le lingue, consapevolezza dell'importanza del movimento per una vita sana. La valutazione ha coinvolto tutte le componenti coinvolte. Particolare attenzione è stata posta al *feedback* di convegni, eventi e meeting organizzati nell'ambito del progetto.

Conclusioni. L'Azienda Sanitaria n.3, individuando il valore in termini di prevenzione del progetto, secondo la modalità “*bottom up*” ne ha seguito lo sviluppo, valorizzato le buone pratiche e sollecitato in modo concreto la prosecuzione delle stesse oltre il ciclo di vita del progetto. I risultati dell'esperienza e la consapevolezza delle sinergie con il territorio hanno incoraggiato la Direzione Dida.

P77 PERCORSI CASA SCUOLA: UN'AZIONE SEMPLICE CHE PORTA A CAMBIAMENTI CULTURALI E STRUTTURALI NEL TEMPO

Castagna Loretta (a), Bellomo Rocco (a), De Noni Lucia (b)

(a) Comune di Verona, Verona

(b) Esperta di Sanità Pubblica, già Responsabile del Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria, Verona

Introduzione. L'Amministrazione Comunale di Verona da molti anni si sta impegnando sulla tematica dei percorsi casa-scuola. In questi ultimi dieci anni si sono consolidati alcuni interventi quali:

- la messa in sicurezza dell'entrata della scuola e segnaletica di zona 30;
- attraversamenti pedonali rialzati;
- presenza di 50 "nonni vigili";
- interventi di educazione stradale.

Si vuole porre l'accento sul progetto "Miglia Verdi" che ci ha permesso di monitorare negli anni la percentuale dei bambini che vanno a scuola a piedi.

Metodi. Nell'anno scolastico 2005-2006 abbiamo fatto una ricerca su tutte le scuole primarie del territorio comunale per sondare aspetti educativi, organizzazione famigliare coinvolgendo anche per i genitori. Da lì ogni anno abbiamo proposto alle scuole di partecipare ad un monitoraggio dei percorsi casa-scuola. Dapprima la misurazione durava una settimana alla fine della quale si premiava la classe che aveva il miglior punteggio, poi via via il concorso si è arricchito ed è diventato annuale. Il progetto è stato sviluppato in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 20 e progetto "Ragazzi in gamba".

Risultati. Il monitoraggio ha catturato l'interesse delle insegnanti e dei bambini. Nel tempo in alcune realtà si sono consolidati dei comportamenti supportati con modifiche strutturali che hanno coinvolto il quartiere. Inoltre molte scuole si sono impegnate nell'organizzare il pedibus grazie all'interesse dei genitori e degli insegnanti e il supporto dell'Amministrazione comunale (questionari incontri ecc.). Ora ci sono 6.500 bambini di 47 scuole che partecipano al progetto, 12 delle quali hanno attivato il pedibus.

Conclusioni. Il continuo intervento a scuola attraverso proposte didattiche strutturate ha fatto in modo di approfondire il tema della mobilità legata ai percorsi casa-scuola che in città diventa determinante per il volume del traffico indotto e ha prodotto un cambiamento di comportamento nei bambini e nelle loro famiglie consolidando una consapevolezza sull'importanza dell'attività fisica e dell'autonomia del bambino ed aumentando al percentuale dei bambini che vanno a scuola a piedi.

PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA MEDIANTE L'UTILIZZO DELLE SCALE AL POSTO DELL'ASCENSORE

Cecconami Lorella, Del Nero Giuliana, Moroni Elena, Corvi Chiara, Tessandori Roberto,
Fanetti Anna Clara, Mucci Nicola
ASL della Provincia di Sondrio, Sondrio

L'inattività fisica è fattore di rischio per numerose malattie. L'obiettivo dello studio è di valutare l'efficacia dell'affissione di poster che promuovono l'utilizzo delle scale nell'ASL della provincia di Sondrio.

Materiali e Metodi. Il poster di promozione dell'utilizzo delle scale ha un formato 21x30 cm ed è stato posizionato presso gli ascensori della sede centrale dell'ASL. I messaggi, contenuti nei poster, sono diversi (ad es. "Costruisci la tua salute... scegli le scale"). Nei due ingressi della sede centrale dell'ASL, l'utilizzo delle scale è stato monitorato per 2 settimane nel periodo agosto 2011-febbraio 2012, prima e dopo l'affissione del poster. Le fasce orarie monitorate sono le seguenti: ore 8.00-9.00 e 12.30-14.00.

Risultati. In assenza di poster, i passaggi rilevati sono stati 553 (62,4% donne e 37,6% uomini). Il 70,4% degli accessi ha utilizzato le scale, mentre il 29,6% l'ascensore. La frequenza di utilizzo dell'ascensore negli uomini è stata del 34,6%, mentre nelle donne è del 26,6%. La frequenza di utilizzo dell'ascensore è risultato maggiore durante la salita rispetto alla discesa (negli uomini: 27% in salita vs 8,6% in discesa, nelle donne: 20,9% in salita vs 6,8% in discesa). Dopo l'affissione del poster, i passaggi rilevati sono stati 478 (68% donne e 32% uomini). Il 72% degli accessi ha utilizzato le scale e il 28% l'ascensore. La frequenza di utilizzo dell'ascensore sia negli uomini che nelle donne è stata del 28%. La frequenza di utilizzo dell'ascensore si è confermata maggiore durante la salita rispetto alla discesa (negli uomini: 20% in salita vs 8,6% in discesa, nelle donne: 25,3% in salita vs 2,5% in discesa).

Discussione. I risultati ottenuti rappresentano un importante punto di partenza per analoghe attività di promozione della salute. I dati ottenuti indicano un lieve aumento nell'utilizzo delle scale dopo l'affissione del cartello di promozione del loro uso. I risultati sono incoraggianti, anche se per ottenere una maggiore adesione da parte degli utenti è possibile ipotizzare di migliorare le strategie di comunicazione. I dati disponibili hanno rilevato un maggiore utilizzo dell'ascensore da parte degli uomini rispetto alle donne e nell'atto di salire; gli uomini tuttavia si sono dimostrati più sensibili all'invito di utilizzo delle scale contenuto nel cartello.

SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO DI VALUTAZIONE QUALI-QUANTITATIVO DELLA FRUIZIONE DELLE AREE VERDI URBANE

Ciddio Paola (a), Lauria Andrea (a), Soave Diego (a), Valenari Laura (a), Castagna Loretta (b), Trabuio Nunzio (b), De Noni Lucia (c)

(a) *ULSS 20, Verona*

(b) *Comune di Verona, Verona*

(c) *Esperta di Sanità Pubblica, già Responsabile del Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria, Verona*

Introduzione. Gli spazi verdi urbani, offrendo facili opportunità di movimento, rappresentano un prezioso alleato per la salute. L'importanza di questa risorsa è spesso sottovalutata da amministratori e cittadini. Tale scarsa considerazione può essere dovuta anche alla difficoltà di valutare l'efficacia degli interventi di promozione di queste aree. A tal scopo, è stato condotto uno studio per la sperimentazione di uno strumento per rilevare le modalità di utilizzo di due aree verdi urbane di Verona (un'area a vocazione naturalistica ed un parco urbano).

Metodi. Attraverso il sistema di rilevazione SOPARC (*System for Observing Play and Recreation in Communities*) sono stati raccolti dati su: numero di presenze, genere, età, etnia, tipologia/intensità dell'attività svolta e condizioni climatiche. Ogni parco è stato suddiviso in sub-aree funzionali. Per ogni sub-area sono state condotte 4 rilevazioni al giorno, ad orari prestabiliti, per 6 giorni consecutivi, nella primavera e autunno del 2010 e nella primavera del 2011.

Risultati. In totale sono state registrate 6.835 presenze, con evidenti differenze tra le due aree riguardo a: numero totale di presenze, età dei fruitori, genere ed attività fisica svolta. Il parco a vocazione naturalistica appare quasi ignorato dalla popolazione circostante (1.946 presenze), in particolare da donne, bambini e ragazzi, mentre il parco urbano appare molto utilizzato (4.889 presenze) sia per lo svago che per l'attività fisica. I risultati sono stati presentati agli amministratori ed agli *stakeholder* al fine di risalire ai perché dei diversi comportamenti.

Conclusioni. La disponibilità di aree verdi urbane non implica necessariamente un loro utilizzo. L'uso effettivo appare dipendere oltre che dalle caratteristiche dell'area stessa, anche da altri fattori quali: conoscenza dell'area, grado di sicurezza percepito, presenza di arredi, senso di appartenenza, partecipazione alle scelte di pianificazione, "effetto modelling". La corretta integrazione tra la conoscenza che gli amministratori hanno del loro territorio e le informazioni sull'effettivo uso da parte dei cittadini può accrescere l'efficacia delle scelte di pianificazione e degli interventi di promozione o di marketing sociale.

P78 GRUPPI CAMMINO: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA ULSS7 DEL VENETO

Ciot Elena (a), Brino Antonio (b), Conte Marco (c), Cinquetti Sandro (b)

(a) *Servizio Tutela della Salute nelle Attività Sportive, Azienda ULSS 7 del Veneto, Conegliano, Treviso*

(b) *Azienda ULSS 7 del Veneto, Pieve di Soligo, Treviso*

(c) *Walking Leader, Spresiano, Treviso*

Introduzione. La sedentarietà è uno dei fattori di rischio per numerose patologie: diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari, obesità, cancro di colon e mammella e altre patologie. Perciò è importante la promozione dell'attività fisica a tutte le età.

Metodi. Dal 2009, nel nostro territorio sono attivi i "Gruppi Cammino", persone che settimanalmente si ritrovano con la guida di un *Walking Leader* (WL) per camminare insieme. Sono stati formati 15 laureati in Scienze motorie (o ISEF) ai quali è affidata la gestione di un gruppo. Il compenso economico per i primi 3 mesi viene garantito dall'Azienda stessa. In seguito è prevista una quota di iscrizione versata dai partecipanti. Avvio e la valutazione di efficacia di un gruppo cammino - *step*:

- 1) incontro con il Comune per illustrare il progetto;
- 2) incontro con la popolazione *target* (adulti/anziani) per spiegare i benefici dell'attività fisica e le modalità organizzative;
- 3) test iniziali di valutazione delle capacità motorie (resistenza, elasticità degli arti inferiori e superiori, elasticità della zona lombare) ripetuti periodicamente;
- 4) somministrazione di un questionario di gradimento e di percezione dei benefici ottenuti.

Risultati. Ad oggi, sono 11 i gruppi cammino attivi in altrettanti Comuni del territorio aziendale (su 28) con una partecipazione di 20-30 persone ad uscita. I test di valutazione delle capacità motorie hanno mostrato che, dopo i primi 3 mesi di attività, il 98,7% ha migliorato la propria *performance* in almeno 1 esercizio e il 61% l'ha migliorata in almeno 3 dei 4 esercizi. Il *focus group*, svolto a due anni dall'avvio del progetto, ha evidenziato quali aspetti positivi: il miglioramento della salute e del benessere psicofisico, la possibilità di conoscere nuova gente, la scoperta di posti nuovi; quali criticità: le differenze di velocità dei partecipanti, la perdita delle persone che avrebbero avuto più bisogno, la scarsa affluenza.

Conclusioni. Quest'azione territoriale ha permesso il consolidamento delle reti con enti e istituzioni del territorio e ha reso i partecipanti dei cittadini attivi, sia in termini di promozione di stili di vita sani, sia in termini di "sentinelle del territorio" in quanto, possono segnalare al Comune eventuali problemi presenti nel territorio stesso (es. rifiuti abusivi, strade da sistemare).

P79 PIEDINEWS - UNO STRUMENTO PER CONDIVIDERE

Ciot Elena, Brichese Anna, Pierdonà Adriana, Chermaz Ester, Cinquetti Sandro
Azienda ULSS 7 del Veneto, Pieve di Soligo, Treviso

Introduzione. Il piedibus è un autobus che va a piedi, formato da un gruppo ordinato di bambini che vanno a scuola accompagnati da due o più adulti. È rivolto a tutti i bambini della scuola primaria, ai loro genitori, insegnanti e prevede il coinvolgimento attivo dei comuni, delle istituzioni scolastiche, delle famiglie e delle aziende sanitarie. Introduce in modo attivo e con l'acquisizione di competenze i bambini all'educazione stradale, all'utilizzo degli spazi urbani in sicurezza; promuove il movimento e l'autonomia negli spostamenti e abilità pedonali; favorisce la socializzazione; riduce la circolazione del traffico attorno alle scuole e l'inquinamento atmosferico. Per diffondere le iniziative realizzate dai singoli piedibus l'Azienda Sanitaria pubblica con cadenza quadriennale il PediNews.

Metodi. A partire dal dicembre 2010 gli operatori dei servizi che si occupano del progetto Piedibus hanno ideato, quale strumento per condividere, conoscere e scambiare esperienze, informazioni ed attività e tutto ciò che riguarda il mondo del Piedibus, un periodico digitale di informazione: il PediNews. All'interno del PediNews trovano spazio, oltre alle iniziative dei singoli gruppi piedibus che possono essere stimolo per gli altri, approfondimenti su salute e mobilità sostenibile, nonché curiosità e informazioni provenienti dalla rete nazionale e internazionale. Il periodico viene diffuso in formato digitale alle Amministrazioni comunali e alle scuole aderenti e ai coordinatori dei piedibus attraverso la *mailing list* dedicata, inoltre è possibile scaricare i diversi numeri dal sito aziendale: <http://www.ulss7.it/magnoliaPublic/istituzionale/strutture-e-assistenza/dip-di-prevenzione/seps>.

Risultati. Durante ogni anno scolastico vengono pubblicati due numeri del PediNews che nascono dalla collaborazione dei gruppi di accompagnatori-piedibus e dei loro piedibussini che, grazie ad un lavoro di rete, segnalano argomenti interessanti da condividere con gli altri. La messa in comune delle informazioni permette la diffusione di buone pratiche e la loro implementazione anche in nuove realtà del territorio.

Conclusioni. Il periodico di informazione promuove il processo di *empowerment* stimolando e motivando i gruppi piedibus a sviluppare nuove iniziative e attua un'azione di collegamento tra gli Enti coinvolti.

P80 STRETCHING IN CLASSE E ALLENAMENTO DELLE LIFE SKILLS

D'Angelo Daniela (a), Primi Margherita (a), Mochi Nicola (b)

(a) Creps, Regione Toscana, Siena

(b) Medicina della Sport USL3, Pistoia

Introduzione. I bambini e gli adolescenti costituiscono un gruppo chiave di popolazione per gli interventi rivolti a favorire la promozione del movimento e la creazione di spazi quotidiani di attività fisica. Il progetto “*Stretching in classe*” è finalizzato a contrastare gli effetti della sedentarietà e di una prolungata posizione, spesso scorretta, nei banchi e richiama l’attenzione sull’importanza dell’attività fisica e del movimento per favorire il benessere tra gli studenti delle scuole elementari e medie. Esso nasce come esperienza locale nel territorio di riferimento della Azienda USL 3, cresce negli anni raggiungendo circa i due terzi delle scuole primarie e secondarie di primo grado della provincia di Pistoia e nel 2010 diventa sperimentazione di livello regionale, estendendosi alle aziende sanitarie di Empoli e Prato. Le attività consistono nel fatto che i ragazzi fanno 10 minuti di stretching al cambio dell’ora fra una lezione e un’altra e sono loro protagonisti del messaggio educativo, infatti a turno, guidano i compagni e gli insegnanti mostrando gli esercizi illustrati in un poster appeso in aula.

Metodo. La strategia utilizzata è quella dell’intersektorialità, attraverso la collaborazione di più istituzioni, con l’obiettivo comune di promuovere il benessere. Inoltre, in accordo alla letteratura che offre evidenze sulla correlazione positiva fra competenze personali e sociali e scelte di salute il progetto ha sviluppato un percorso di allenamento alle *life skill*, che si attivano mentre si fa *stretching*. Il progetto verrà monitorato e valutato attraverso la somministrazione di un questionario sugli stili di vita pre e post intervento a 4 mesi, un questionario di gradimento sulle attività di *stretching* e sulle *life skill* e un questionario sull’utilizzo del “tacchino ragazzi”.

Risultati. La scuola si è resa disponibile a modificare l’organizzazione delle lezioni, per dare spazio allo *stretching* al di fuori delle ore di educazione fisica. È stata rafforzata la parte educativa sugli stili di vita e sono stati elaborati materiali didattici specifici: uno strumento dedicato ai ragazzi, affinché possano conoscere e prendere confidenza con le proprie abilità personali e sociali; uno strumento per gli insegnanti, che dovrebbe supportarli nella gestione delle attività educative, finalizzate a implementare il senso critico, la gestione delle emozioni e le capacità di relazioni interpersonali. Mentre fanno gli esercizi gli studenti avranno la possibilità, non solo di provare il benessere e il rilassamento dovuto al movimento, ma di osservare che cosa accade alle loro emozioni, che sono la spinta per stare bene. Per quanto riguarda il monitoraggio e la valutazione l’indagine è in corso e siamo nella prima fase di somministrazione dei questionari.

Conclusioni. L’aspettativa del gruppo di progetto è quella di rinforzare nei bambini, nei ragazzi e nelle loro famiglie il messaggio sull’importanza del movimento, che è utile camminare, andare in bicicletta, fare esercizio fisico tutti i giorni ed avere una corretta alimentazione. Al momento è in corso la fase di somministrazione dei questionari di valutazione.

PROGETTO NAZIONALE DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ MOTORIA, CERTEZZE E SPUNTI DI RIFLESSIONE

De Noni Lucia

Esperta in Sanità Pubblica, già Responsabile del Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria, Collaboratore di Vari Progetti CCM, Verona

Introduzione. Nel periodo 2008/2011 l'ASL di Verona ha coordinato l'attuazione in sei Regioni delle azioni previste dal "Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria" supportato e finanziato dal Ministero della Salute e dal Dipartimento della Gioventù della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Metodi. Il progetto presentava un approccio multicomponente che comprendeva: il coordinamento con gli altri progetti CCM operanti nella stessa area, la costruzione di una rete interregionale e locale degli operatori, l'individuazione di *partner* e la costruzione di alleanze a livello generale e locale, l'attuazione di un programma formativo per gli operatori sanitari e non impegnati nel progetto, la diffusione di esperienze dirette a *target* sensibili come gli anziani, i bambini e i portatori di problematiche di tipo psichiatrico. Particolare attenzione era riservata alla rilevazione e valutazione dei dati di contesto che permettessero di eliminare le criticità negli interventi di promozione e di individuare i fattori favorenti ed ostacolanti la pratica dell'attività fisica al fine di garantirne la sostenibilità nel tempo.

Risultati. Le attività sono state efficacemente attivate in tutte le Regioni partecipanti seppur con risultati disomogenei in relazione alle specifiche situazioni locali. Il grado di avanzamento raggiunto non è dipeso solo dall'impegno dei servizi e degli operatori della prevenzione ma è stato pesantemente condizionato dalla capacità dell'intera struttura di supportare le attività e di far fronte anche alle incombenze burocratico-amministrative richieste. I servizi coinvolti nelle attività hanno dimostrato di saper affrontare complessivamente le problematiche della promozione della salute nell'ambito di una visione intersettoriale facilitata anche dalla condivisione delle esperienze e dal rinforzo delle reti di supporto. In questo ambito la collaborazione tra vari progetti CCM ha permesso di raggiungere gradi di approfondimento importanti su alcune tematiche più complesse come la progettazione, la valutazione e l'attenzione alle politiche colmando contestualmente le esistenti lacune formative di base.

Conclusioni. Il quadro emergente permette di individuare alcune linee di azione e di approfondimento per garantire efficacia, continuità e sostenibilità ai programmi di promozione.

P81 VALUTAZIONE DI IMPATTO SULLA SALUTE E CONTRASTO ALLA SEDENTARIETÀ

Di Fant Marcella, Ciccone Luciano, Micossi Simonetta
ASS4 Medio Friuli, Udine

Introduzione. L'Italia rispetto ai Paesi europei vanta il triste primato della maggiore incidenza dell'obesità infantile. La prescrizione di aumentare l'attività fisica può scontrarsi con l'ambiente obesogenico delle nostre città, dove i percorsi sono pensati a misura di automobili. È ingenuo pensare di agire solo sulla modifica degli stili di vita individuali; occorre migliorare l'organizzazione delle città. La Regione Friuli Venezia Giulia, con la Generalità della Giunta regionale n. 2939/2009 "Linee guida contenenti i criteri di riferimento per la pianificazione territoriale per promuovere la salute e la mobilità sostenibile e sicura", ha realizzato il progetto "I determinanti di salute in ambito urbano", attuato con ASL, Comuni, Regione Friuli Venezia Giulia, Federsanità-ANCI, ARPA, Progettisti, Ordini professionali.

Metodi. Il progetto ha previsto la creazione di un *network* tra gli attori coinvolti nella pianificazione urbanistica con costituzione di tavoli tecnici regionali per l'individuazione di indicatori per valutare gli obiettivi di salute nella VAS degli strumenti urbanistici. Nel 2011 il progetto è stato pubblicizzato sul territorio regionale con seminari. Per la fase successiva ora sono necessarie alcune condizioni: un'adeguata normativa nazionale/regionale per le valutazione degli impatti sulla salute di politiche, piani e progetti; l'individuazione di chiare relazioni tra Comuni, Professionisti sanitari e ARPA; l'avvio della consultazione partecipata, anche con l'uso di strumenti condivisi. In pratica, la VIS.

Risultati. Per operare in un contesto dove i risultati scientifici vanno confrontati con gli aspetti di qualità della vita e benessere è necessario avviare la VIS come previsto nel PAL 2012 dell'ASS4, supportata da una normativa *ad hoc*. La VIS consente una valutazione complessiva delle variabili sociali, di salute e di benessere integrata al processo decisionale partecipativo; la trasparenza del processo di valutazione diventa uno strumento di supporto alle decisioni politiche.

Conclusioni. Con la progettazione urbanistica si può migliorare salute e benessere della popolazione, oltre che contrastare le disuguaglianze. È necessario quindi sistematizzare le integrazioni tra i sistemi di pianificazione urbana e socio-sanitaria, formulare politiche/piani/programmi integrati, realizzare forme di consultazione partecipata.

P82 LA PRATICA DELLA “ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA” NELLE MARCHE

Di Matteo Francesco (a), Ambrogiani Elisa (b), Morbidoni Marco (b), Guidi Antonella (b)

(a) UO di Medicina dello Sport Promozione dell’Attività Fisica della ex-ZT 7 Ancona,
ASUR Marche, Ancona

(b) Unità Operativa di Epidemiologia, Area Vasta 2 ASUR Marche, Ancona

Introduzione. I dati più recenti sulla pratica dello sport e dell’attività fisica in Italia pubblicati dall’ISTAT (2003) indicano due fenomeni paralleli e contrastanti:

- la pratica sportiva continuativa, dopo il forte calo dei primi anni ‘90, ha ripreso una tendenza di crescita;
- contemporaneamente aumenta la sedentarietà, a causa di un’allarmante riduzione dell’attività fisica diffusa.

Metodi. La Regione Marche ha favorito e sviluppato un Progetto che nasce con Delibera di Giunta regionale n. 1.438 del 3/12/2007 in cui, unica in Italia, introduce su tutto l’ambito regionale il Libretto Sanitario Sportivo (Informatico). All’atto della visita si rilascia un certificato di idoneità sport specifico, e nel contempo lo si inserisce nel “Registro Regionale Informatico Centralizzato” (RRIC). I certificati regionali estrapolati da questo progetto sono 27.100 per i minori di 18 anni (dal 2.1.2010 al 28.2.2011) e 31.912 per gli adulti (rilasciate dal 4.1.2010 al 28.2.2011).

Risultati. Dall’elaborazione dei dati regionali si nota che è più frequente svolgere attività fisica agonistica nel sesso maschile sia per i minori che per gli adulti (68,8% vs 31,2% e 88,3% vs 11,7%). Tra i primi 10 sport praticati troviamo il calcio (circa il 40% dei certificati sia in età adulta che nei minori), seguito da pallavolo (dove però al 16% di minori corrisponde un 6,6% di adulti) e la pallacanestro (10% minori contro 4,7% adulti). Nel rilascio della certificazione la visita medica comprende la determinazione del peso e dell’altezza dell’atleta, consentendo così di calcolare l’Indice di Massa Corporea. Nella popolazione degli sportivi marchigiani, nell’anno 2010, si presentano 3,5% di adulti e 1,4% di minori obesi, e contemporaneamente 25,2% di adulti e 8,20% di minori in sovrappeso: in totale nella pur “selezionata” schiera di persone (selezionata perché alla volontà di attività sportiva agonistica spesso si associa una maggiore cura ed attenzione alla propria salute) un 30% circa di adulti e un 10% circa di minori presenta problemi di peso.

Conclusioni. Le più recenti strategie nazionali ed europee sulla necessità di promuovere a tutti i livelli l’attività motorio-sportiva è ormai bagaglio culturale consolidato. La promozione dello “sport” ha il fondamentale compito di perseguire il raggiungimento dei livelli raccomandati di attività fisica tra la popolazione. I dati contenuti nel Libretto Sanitario Sportivo ci permettono di valutare anche lo stato fisico-nutrizionale della popolazione sportiva marchigiana e riflettere in maniera più completa sulle migliori strategie da adottare nella lotta al preoccupante aumento della sedentarietà e del soprappeso/obesità.

P83 PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ MOTORIA NEI BAMBINI: PEDIBUS

Ferrando Gianna Elisa, Culotta Claudio
Asl 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia, Genova

Introduzione. I cambiamenti negli stili di vita che coinvolgono la popolazione e quindi anche l'infanzia, in particolare la dieta scorretta e lo scarso esercizio fisico, stanno comportando per i bambini un aumentato rischio di contrarre numerose patologie croniche nel corso della vita futura. Per contrastare questo pericolo è importante realizzare azioni di promozione della salute anche nel contesto scolastico e comunitario, destinate ai bambini, alle loro famiglie, agli operatori scolastici e agli Enti Locali.

Metodi. Il progetto Pedibus fa parte del PRP 2010-2012 ligure ed è integrato con altre azioni finalizzate alla promozione di sani stili di vita in tutte le fasce di età. Tutte le Asl liguri hanno partecipato al progetto, coinvolgendo operatori dei dipartimenti di prevenzione, dei servizi consultoriali e (dove esistenti) dei servizi di educazione sanitaria. È stata effettuata una formazione regionale e sono stati predisposti materiali informativi ed il sito internet Pedibusliguria.net. Nei singoli territori sono stati organizzati incontri con rappresentanti degli Uffici scolastici provinciali, le Direzioni degli Istituti comprensivi, i Comuni, i Municipi. Nelle scuole che hanno aderito è stata effettuata attività di informazione e formazione degli insegnanti e dei genitori e sono state realizzate attività informative e pratiche con le classi. Sono stati informati i pediatri di libera scelta ai quali è stato proposto di esporre e distribuire i materiali informativi nei propri ambulatori.

Risultati. Nel periodo 2009-2011 sono stati realizzati gruppi Pedibus in 12 scuole nel territorio delle Asl liguri. Sono in corso contatti e attività propedeutiche in altre scuole. In generale in ogni scuola che ha aderito hanno partecipato diverse classi e i bambini coinvolti sono stati complessivamente circa 500. La partecipazione e il gradimento da parte degli operatori scolastici, delle famiglie, degli operatori degli Enti locali e dei bambini sono stati positivi.

Conclusioni. I programmi che si propongono come obiettivo la modifica degli stili di vita della popolazione per essere efficaci devono essere intersetoriali e interdisciplinari. Il principale messaggio di comunicazione è che il cittadino, sia esso genitore, insegnante, operatore o bambino, deve essere protagonista e *partner* principale nelle azioni volte a promuovere salute e benessere.

P84 GUADAGNARE SALUTE: IL CENSIMENTO DELLE OPPORTUNITÀ DI MOVIMENTO IN UNA CITTÀ

Fiacchini Daniel (a), Belli Luca (b), Colao Maria Gabriella (b), Petruio Francesca (a), Romani Isabella (b), D'Ambrosio Pompeo (c), Venturi Sara (d), Cimini Daniela (a)

(a) *Servizio Igiene e Sanità Pubblica, ASUR Marche Area Vasta 2 Distretto Fabriano, Ancona*

(b) *Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione, ASUR Marche Area Vasta 2 Distretto Fabriano, Ancona*

(c) *Medicina dello Sport, ASUR Marche Area Vasta 2 Distretto Fabriano, Ancona*

(d) *Università Politecnica delle Marche, Servizio Igiene e Sanità Pubblica, ASUR Marche Area Vasta 2 Distretto Fabriano, Ancona*

Introduzione. Inattività fisica e obesità sono in costante e progressivo aumento. Nei Paesi occidentali solo il 25% degli adulti pratica attività fisica secondo i livelli minimi raccomandati; i dati di sorveglianza sugli stili di vita confermano il problema per la Regione Marche e l'importanza di attivare strategie efficaci per la promozione dell'attività motoria nella popolazione generale ed il relativo contrasto a inattività, sovrappeso e obesità. Gran parte delle linee guida raccomandano l'adozione di programmi multi intervento che garantiscano opportunità di movimento e rendano facili le scelte salutari (Guadagnare Salute). L'obiettivo del presente contributo è implementare attività di censimento delle opportunità di movimento che una città offre alla propria popolazione per realizzare una fotografia dell'attuale e poter programmare interventi mirati di promozione dell'attività fisica.

Metodi. A gennaio 2012, nel territorio del Distretto di Fabriano, il locale Dipartimento di Prevenzione ha avviato le attività di censimento che proseguiranno nel corso di tutto il 2012 e che di seguito si riassumono: identificazione/coinvolgimento dei principali *partner* per la costruzione condivisa degli strumenti di rilevazione; implementazione del censimento delle attività promosse dalla scuola (palestre, progetti curricolari o extra) delle strutture presenti sul territorio (piste ciclabili, aree verdi attrezzate, percorsi pedonali...) e delle attività promosse dalle associazioni sportive; attività di comunicazione-divulgazione dei risultati; identificazione partecipata delle priorità di intervento.

Risultati. I risultati attesi sono la definizione di un sistema di monitoraggio delle opportunità di movimento attraverso la ricerca e/o la elaborazione partecipata di strumenti applicabili al contesto territoriale e il successivo avvio delle attività di censimento, di valutazione e di ritorno informativo dei dati raccolti, principalmente finalizzato alla conoscenza del profilo delle opportunità di movimento offerte, alla promozione delle attività più meritevoli e alla identificazione delle azioni implementabili.

Conclusioni. La conoscenza puntuale delle opportunità di movimento di una città può essere identificata come punto cardine per iniziare una incisiva attività di promozione dell'attività fisica.

P85 CAMMINANDO CON...FIDO

Franzoso Antonella Nadia, Rossetti Luigi, Sorentini Jessica, Sbrogiò Luca Gino
Azienda ULSs 19 Adria, Venezia

Introduzione. In questi ultimi anni lo stile di vita dei bambini è cambiato: si è impoverito delle attività ludiche all’aperto e psico-relazionali, gli spazi abitativi sono sempre più ristretti e non favoriscono l’ospitalità di un animale domestico. Diventa quindi importante che le nuove generazioni conoscano i piccoli animali domestici che potranno accompagnarli nei loro giochi, favorendo la socializzazione con l’animale e con i loro coetanei e, allo stesso tempo, incoraggiando il movimento per tutti i benefici che ne derivano.

Metodi. I metodi utilizzati nel progetto sono di tipo osservazionale, partecipativo, esperienziale, informativo, educativo. Si propone di far adottare un cane da un adulto, mentre i bambini a turno con l’ausilio di un adulto impareranno ad accompagnare il cane nelle passeggiate o nei tragitti da casa a scuola e/o viceversa. Ogni fine tragitto a turno un bambino può premiare Fido con del cibo. È prevista in classe una lezione da parte di un esperto e una visita presso il canile per vedere dove viveva Fido. Il progetto prevede a rotazione la tenuta di un diario da parte dei bambini dove scriveranno pensieri, emozioni legate al Pedibus con Fido. A fine anno è prevista una festa con tutti i protagonisti del Pedibus, compreso Fido, dove vengono lette le pagine del diario.

Risultati. L’iniziativa di integrazione del Pedibus con gli animali si è svolta in due Comuni. I bambini che hanno partecipato al Pedibus sono stati complessivamente 221. Nel progetto si sono utilizzati cani di proprietà. A fine anno è stata data una scheda individuale ai genitori e ai bambini dove potevano esprimere il proprio gradimento e i progressi raggiunti. Molti genitori hanno riferito un miglioramento del sonno dei bambini, un risveglio mattutino più gioioso, una maggior serenità e propensione all’attività motoria con attività ludiche all’aperto e passeggiate con il loro cane e un maggiore entusiasmo durante l’attività scolastica quando era presente Fido nel Pedibus.

Conclusioni. L’attività del Pedibus con l’integrazione di alcuni animali come il cane, rappresenta un’esperienza importante lungo il percorso di crescita di bambini e ragazzi, perché risponde a una esigenza della società attuale e rappresenta una risposta concreta al loro bisogno di autonomia, di sicurezza, di conoscenza intraprendente del loro ambiente di vita e del territorio in cui è situato. Si ravvisa la necessità di rinforzare gli interventi coordinando le azioni a più livelli, al fine di migliorare la partecipazione ai Pedibus, a beneficio della salute.

P86 PINOCCHIO E LUCIGNOLO VANNO A SCUOLA

Franzoso Antonella Nadia, Rossetti Luigi, Sorentini Jessica, Sbrogiò Luca Gino
Azienda ULSS 19 Adria, Venezia

Introduzione. Ampliamento della proposta educativa del già collaudato Pedibus: uno o due asinelli percorrono il tragitto che va da casa a scuola assieme ai bambini. Gli asinelli possono portare un carrettino dove i bambini più piccoli possono riporre gli zaini; lo scopo vero degli asinelli è quello però di camminare in compagnia dei bambini per rendere loro più piacevole il tragitto, più facile la socializzazione, facendoli divertire e incuriosire, favorendo il movimento e tutti i benefici che ne derivano. Rapportarsi con questo animale diventa un vero e proprio momento educativo.

Metodi. I metodi utilizzati nel progetto sono di tipo osservazionale, partecipativo, esperienziale, informativo, educativo. Ogni fine tragitto un bambino a turno può premiare l'asinello con una mela o una carota. È prevista una lezione in classe da parte di un esperto dove verranno date informazioni su questo animale. Il progetto prevede una visita su programmazione presso la fattoria per vedere dove vivono Pinocchio e Lucignolo. È consigliata la tenuta di un diario da parte dei bambini, dove possono scrivere idee ed emozioni legate al Pedibus con Pinocchio e Lucignolo. A fine anno è prevista una festa con tutti i protagonisti del Pedibus, compresi Pinocchio e Lucignolo, dove vengono lette le pagine del Diario.

Risultati. L'iniziativa di integrazione del Pedibus con gli animali si è svolta in due Comuni, con due uscite settimanali per due mesi. I bambini che hanno partecipato al Pedibus sono stati complessivamente 221. A termine progetto è stata data una scheda individuale ai genitori e ai bambini dove potevano esprimere il gradimento del progetto e i progressi raggiunti. Molti genitori hanno riferito un miglioramento del sonno dei bambini, un risveglio mattutino più gioioso, una maggior serenità e una maggior propensione all'attività motoria con attività ludiche all'aperto e un maggiore entusiasmo durante l'attività scolastica quando era presente l'asinello nel Pedibus.

Conclusioni. L'attività del Pedibus con l'integrazione di alcuni animali come l'asinello, rappresenta un'esperienza importante lungo il percorso di crescita di bambini e ragazzi, perché risponde a una esigenza della società attuale e rappresenta una risposta concreta al loro bisogno di autonomia, di sicurezza, di conoscenza intraprendente del loro ambiente di vita e del territorio in cui è situato. Si ravvisa la necessità di rinforzare gli interventi coordinando le azioni a più livelli, al fine di migliorare la partecipazione ai Pedibus a beneficio della salute.

SPORT SANTÈ

Galli Giorgio, Pasini Elisa
Azienda USL Valle d'Aosta, Aosta

Introduzione. I risultati di un questionario distribuito in una scuola media superiore “pilota” di Aosta (232 studenti tra i 14 e i 18 anni) hanno dimostrato che il 26% degli studenti pratica sport in modo saltuario e il 38% non pratica per nulla sport. L’obiettivo del progetto è quello di favorire l’attività sportiva nei giovani (specie in coloro che non fanno sport) per prevenire patologie e migliorare il benessere fisico. Il *target* è rappresentato dagli adolescenti dai 14 ai 18 anni. Le strutture coinvolte sono state le scuole medie superiori di Aosta, l’ambulatorio di Medicina dello Sport dell’AUSL Valle d’Aosta e la SC Comunicazione.

Metodi. la sperimentazione è avvenuta negli anni 2009-2011 attraverso:

- campagna di comunicazione nelle scuole e sul territorio;
- invito agli studenti a sottoporsi a visita medico-sportiva gratuita, previa iscrizione presso la segreteria della scuola;
- incontri frontali informativo-formativi in alcune scuole da parte del medico dello sport e del suo staff;
- effettuazione delle visite sportive e consigli personalizzati su una o più discipline sportive da intraprendere;
- visite di *follow-up* a distanza di una anno.

Partner. Assessorato regionale Istruzione e Cultura / Sovraintendenza agli Studi / associazioni sportive amatoriali (UISP, ecc.).

Strumenti.

- conferenza stampa di lancio dell’iniziativa;
- creazione e distribuzione di *gadget* e prodotti editoriali;
- (locandine, pieghevoli, adesivi, ecc.);
- attivazione di una apposita sezione informativa sul web aziendale;
- *media relations*.

Luoghi di riferimento. Istituzioni scolastiche di 2° grado del capoluogo regionale, biblioteche, luoghi di aggregazione giovanile. Il progetto Sport Santè è stato premiato nel 2009 all’interno del concorso “Marketing sociale e comunicazione per la salute”.

Risultati. Nell’anno scolastico 2009-2010 oltre 200 studenti (su 300 richieste) sono stati visitati dal *team* dell’ambulatorio di medicina dello sport. Sono in corso le visite relative all’a.s. 2010-2011 e quelle di *follow-up*. I dati, in fase di elaborazione, saranno a breve disponibili.

Conclusioni. Tenuto conto dell’interesse che ha suscitato il progetto e del buon numero di adesioni da parte degli studenti aostani, è intenzione dell’AUSL Valle d’Aosta proseguire nella sperimentazione.

PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA NELL'ASL DI LECCO: LA VALUTAZIONE LOCALE DEL GUADAGNO DI SALUTE DEI GRUPPI DI CAMMINO

Gattinoni Antonio (a), Tortorella Franco (b), Valsecchi Valter (c), Colombo Alberto (d), Ravizza Pierfranco (e), Salaroli Raffaella (f), Gandolfi Angela (g)

(a) ASL, Lecco

(b) Servizio Medicina Preventiva di Comunità, ASL, Lecco

(c) Dipartimento Cure Primarie, ASL, Lecco

(d) Servizio Medicina delle Sport, ASL, Lecco

(e) Cardiologia Riabilitativa Azienda Ospedaliera, Lecco

(f) Servizio Medicina Preventiva di Comunità ASL, Lecco

(g) Servizio Medicina Preventiva di Comunità ASL, Lecco

Introduzione. Nell'ASL di Lecco risultano attivi 52 Gruppi di Cammino (GdC) presenti in 45 Comuni sui 90 del territorio provinciale, coinvolgendo 2.102 adulti con una copertura di offerta alla popolazione provinciale pari al 73,6% con un percorso progettuale integrato che coinvolge amministrazioni, associazioni, volontari. La risorsa più importante di progetto sono gli accompagnatori (oltre 150 *walking leaders*) che conducono i gruppi secondo gli standard concordati. L'ASL prevede azioni di *empowerment* sugli stili di vita, scelti coi capi gruppo, per favorire una successiva *Peer Education* nella comunità, in occasione dei *check* periodici sullo stato di salute dei gruppi. I GdC sono riconosciuti come step terapeutico nei percorsi diagnostico terapeutici del diabete e dell'ipertensione condivisi tra medici ospedalieri e MMG, con offerta territoriale aggiornata sul sito web dell'ASL, poster per le sale d'attesa e newsletter.

Metodi. Si è ritenuto opportuno realizzare uno studio osservazionale longitudinale prospettico per una misura locale del guadagno di salute di chi partecipa ai GdC, reclutando un campione significativo di 275 camminatori. Si è previsto il monitoraggio di indicatori (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, circonferenza addominale, peso), raccolti dati di esami ematochimici già in possesso. È stato effettuato un "test dei 6 minuti" che misura la *performance* in base alla distanza coperta. Tutti i parametri sono stati registrati a tempo 0-6-12 mesi.

Risultati. Lo studio ha evidenziato i seguenti esiti statisticamente significativi: incremento della distanza percorsa nel test dei 6 minuti del 13% (da m 550 a m 620); riduzione della circonferenza addominale (media M+F di 3 cm; 5 per le donne); riduzione nelle donne dell'indice di massa corporea da classe OMS di sovrappeso a normopeso; ottimi risultati di *performance* nei diabetici ed ipertesi.

Conclusioni. Lo studio ha costituito un'opportunità di rinforzo motivazionale per la popolazione target. L'indicatore non preventivabile è stata la sostenibilità raggiunta dal progetto testimoniato dall'organizzazione da parte delle associazioni stesse che sostengono i GdC di un Convegno, tenutosi il 12/11/2011 presso L'azienda Ospedaliera di Lecco per presentare i risultati dello studio ai medici perché prescrivano l'attività fisica agli assistiti.

P87 ATTIVITÀ FISICA ADATTATA (APA) IN ANZIANI ISTITUZIONALIZZATI AFFETTI DA DISABILITÀ INTELLETTIVO RELAZIONALE: UN APPROCCIO CON EVIDENZA DI EFFICACIA

Ghezzi Iride (a), Giardini Gianluca (a), Zangiacomi Valeria (a), Pregliasco Fabrizio (a), Barbetti Emiliano (b), Incoronato Nello (b), Lozzito Manuela (b), Penna Paola (b), Dell'Orto Giovanna (b), Calise Manuela (b), Zachetti Laura (b), Zancuoghi Andrea (b), Spano Marco (b), Strada Carlo (b), Binda Marta (b)

(a) Fondazione Istituto Sacra Famiglia, ONLUS, Cesano Boscone, Milano

(b) Gruppo di Lavoro ISFAPA 1, Dipartimento Sanità Pubblica, Università degli Studi, Milano

Introduzione. I benefici dell'attività fisica sono noti ma l'effettiva sistematica attuazione nella popolazione è la scommessa del futuro. È necessario oggi verificare le metodologie e gli approcci per massimizzare l'efficacia dei programmi di avvicinamento all'attività fisica adattata mirati a segmenti particolari della popolazione con rilevanti comorbilità e disabilità intellettivo relazionali. Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare alcuni indicatori funzionali per dimostrare l'efficacia di un programma di APA (*Adapted Physical Activity*) in gruppo di anziani disabili istituzionalizzati nel migliorare la *performance* fisica, la massa muscolare e la mobilità di alcuni distretti corporei.

Metodi. Vengono riportati i risultati di tre studi realizzati dal 2002 al 2011 nei quali sono stati reclutati complessivamente 58 soggetti disabili anziani affetti da ritardo mentale residenti presso la Fondazione, omogenei per abitudini di vita. I soggetti reclutati sono stati sottoposti a diversi periodi di allenamento. Per ogni soggetto sono state misurate: la circonferenza brachiale, addominale, del quadricipite e del polpaccio; la mobilità scapoloscapolare e nell'ultimo studio anche la forza dei flessori del braccio con dinamometro. Tutti gli anziani sono stati sottoposti inoltre a *Walking Test* (WT6') ed al *Time Up and Go Test* (TUG). I soggetti arruolati hanno svolto il programma motorio due/tre volte alla settimana per novanta/centoventi minuti. Per ciascun ospite è stata realizzata una scheda di lavoro personalizzata comprendente anche le indicazioni per l'operatore.

Risultati. La *compliance* all'APA è stata elevata. I *drop-out* sono stati determinati da motivi indipendenti dall'attività. Tutti i parametri sottoposti ad analisi hanno evidenziato una differenza statisticamente significativa tra il t0 e il t1 ($p<0,05$), con un miglioramento di tutti i parametri misurati.

Conclusioni. Questi studi evidenziano che l'esercizio fisico continuativo risulta essere efficace nel migliorare i parametri di *performance* fisica dei partecipanti anche ma anche di essere un elemento fondamentale per garantire benessere psico-fisico all'anziano istituzionalizzato. L'APA può quindi essere adottata per soggetti anziani con disabilità intellettivo-relazionale anche nelle residenze protette adattando il *setting* alla struttura.

P88 FISICA....MENTE. BENESSERE FISICO NEI PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBI MENTALI

Giannella Gabriele (a), Bassi Mariachiara (a), Bacchi Elisabetta (a), Bocca Marina (b),
Pinotti Andrea (c), Rivellini Gianfranco (b)

(a) *Area Prevenzione Ambienti di Vita, ASL, Mantova*

(b) *Ospedale Psichiatrico Giudiziario, AO Poma, Mantova*

(c) *Dipartimento Salute Mentale, AO Poma, Mantova*

Introduzione. I dati epidemiologici mostrano maggiore prevalenza di sovrappeso nei pazienti psichiatrici rispetto alla popolazione generale, legata ai farmaci assunti ed a stili di vita non salutari come scarsa attività fisica, alimentazione scorretta, fumo, abuso di alcolici. Il fenomeno diminuisce la *compliance* alle cure e aumenta il rischio di sviluppare comorbilità somatiche come malattie cardiovascolari e diabete tipo2. Il progetto, finanziato dalla Fondazione Cariverona, di durata biennale, intende migliorare la gestione del benessere fisico in questi pazienti attraverso attività motorie e corretta alimentazione.

Metodi. Strutturazione di programmi di attività motoria ed alimentazione rivolti:

- a oltre 400 pazienti delle strutture residenziali, compreso l’Ospedale Psichiatrico Giudiziario, strutturando attività motorie e rivedendo la ristorazione collettiva;
- ai pazienti ambulatoriali dei Centri Psicosociali, arroolandoli in un programma rivolto sia ai pazienti che alle loro famiglie, inteso a modificare lo stile di vita;
- alla popolazione che assume psicofarmaci, attraverso la predisposizione di strumenti informativi e la collaborazione con la rete delle Farmacie e dei Medici di Famiglia.

Il progetto intende:

- fornire adeguata formazione sul tema al personale sanitario coinvolto;
- valutare i miglioramenti antropometrici (peso, circonferenza vita), test motori, parametri ematochimici (glicemia, colesterolo, ecc.) diario alimentare e miglioramento della disabilità psichica e sociale (scale SF36 e HoNOS). I dati saranno raccolti attraverso un software dedicato;
- mettere a punto un protocollo di presa in carico dei malati nelle strutture psichiatriche anche dal punto di vista fisico, utilizzato per tutti i nuovi pazienti;
- sensibilizzare MMF e consumatori all’uso più corretto e maggiore attenzione agli effetti fisici collaterali a lungo termine.

Risultati. avviato nel settembre 2011, prodotti sinora protocolli per pazienti residenziali ed ambulatoriali, adeguati ed attrezzati spazi per attività motorie, avviata l’attività per pazienti residenziali, OPG e 11 strutture residenziali, 150 pazienti ambulatoriali.

Conclusioni. L’esposizione dei malati mentali a rilevanti ripercussioni fisiche è stato finora sottovalutato. Con questo progetto si è inteso realizzare una stabile presa in carico anche di questi aspetti.

P89 LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA PER PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE E PER ACCRESCERE LO STATO DI SALUTE “I GRUPPI DI CAMMINO”

Gradilone Antonio (a), Iona Teresa (b), Iocco Maurizio (c)

(a) UO di Medicina dello Sport, Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza, Castrovilliari, Cosenza

(b) Università degli Studi Magna Graecia, Catanzaro

(c) Università degli Studi Magna Graecia, Scuola di Specializzazione Medicina Fisica e Riabilitativa, Catanzaro

Introduzione. Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico in diverse patologie è ampiamente dimostrato da numerosi studi scientifici, in particolare nelle persone anziane. Nonostante la modesta variazione del tasso intrinseco di invecchiamento, la persona attiva ha un livello di funzionalità sufficiente a ridurre la propria età biologica di 10-20 anni rispetto a quella di un sedentario.

Metodi. Al fine di promuovere nella popolazione anziana calabrese l'attività fisica, sono stati attivati i Gruppi di cammino. Gli attori e portatori di interessi di tale attività di promozione alla salute sono gli anziani calabresi over 65. Il progetto si è articolato in 3 settori di attività: 1. Corsi di cammino rivolti alla popolazione anziana (aree urbane ed extra-urbane). 2. Selezione formazione e coordinamento docenti e *walking leader*; 3. Attività di ricerca scientifica e didattica. Il Gruppo di cammino oltre a svolgere una prevenzione primaria, svolge una prevenzione secondaria nelle patologie croniche eventualmente in combinazione con interventi più strutturati effettuati sotto il controllo medico.

Risultati. Lo stato in itinere del progetto e il rilevamento dei dati in corso fa sì che i risultati attesi siano maggiore benessere psico-fisico, diminuzione dell'incidenza delle malattie cronico-degenerative, mantenimento e recupero della salute, riduzione delle fratture da osteoporosi, in definitiva un miglioramento della qualità della vita. Il progetto ha permesso l'incremento del numero di anziani calabresi che praticano attività fisica, integrazione tra i diversi operatori del territorio per la diffusione di stili di vita salutari e per il potenziamento delle buone pratiche motorie e sportive, riduzione dei costi economici e sociali con acquisizione di risorse, da destinarsi ad una migliore tutela del diritto alla salute.

Conclusioni. Il progetto, nella sua prima fase, ha consentito di effettuare un intervento sul territorio, divulgare i benefici dell'attività motoria e i rischi della vita sedentaria, ha permesso di lavorare in *équipe*, incrementare l'integrazione tra i diversi operatori del territorio per la diffusione di stili di vita salutari. Una successiva e accurata valutazione e analisi dei dati permetterà un'interpretazione ed un commento esaustivo sul miglioramento dello stato di salute della popolazione anziana calabrese.

P90 LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA PER ANZIANI: I GRUPPI DI CAMMINO NELLA ASL DI LATINA

Iacovacci Silvia, Sabatucci Antonio

ASL Latina, Dipartimento di Prevenzione, UOSD Sicurezza Ambienti di Vita, Latina

Introduzione. Il Piano Sanitario Nazionale della Prevenzione 2010-2012, in linea con il precedente, ha tra gli obiettivi la promozione dell'attività fisica che insieme ad una alimentazione equilibrata è oggi documentato essere associata alla tutela della salute. Negli anziani l'attività fisica è fondamentale anche nelle prevenzione delle cadute: circa il 28-35% delle cadute in ambito domestico riguardano gli ultrasessantacinquenni e il 32-45% gli ultrasettantacinquenni. Spesso alle cadute seguono le fratture con complicanze potenzialmente gravi sia sul piano fisico che della qualità di vita. Le fratture rappresentano la causa più comune di morte post-traumatica. Ai fini preventivi si sono dimostrati efficaci gli interventi basati sull'attività fisica, particolarmente programmi che combinano il cammino con esercizi di forza e di equilibrio. Il gruppo di cammino propone in più un modo per fare attività fisica piacevole, non costosa, aperta a tutti, a contatto con la natura e in compagnia, incrementando la rete sociale e di supporto.

Metodi. Il gruppo di cammino è un'attività organizzata nella quale delle persone si ritrovano due-tre volte alla settimana per camminare guidate inizialmente da un insegnante di attività fisica. Nell'ambito del Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria CCM, del programma Guadagnare Salute, grazie alla costituzione di una rete tra la ASL, i Servizi Sociali del Comune, i Centri Anziani, il Responsabile Diocesano della Terza Età, la UISP regionale, sono stati coinvolti gli anziani di due parrocchie di Latina. La ASL ha diffuso un comunicato stampa all'inizio dell'attività. Gli anziani hanno partecipato ad una formazione iniziale e compilato un test di gradimento alla fine dell'attività. Il conduttore ha monitorato l'attività compilando un diario delle uscite di cammino.

Risultati. Sono stati coinvolti 47 anziani divisi in 2 gruppi. Al termine è stato somministrato un questionario di gradimento sul benessere psico-fisico. Per tutti gli aspetti la risposta è stata positiva. Tutti i partecipanti avrebbero voluto ripetere l'esperienza in quanto hanno dichiarato di sentirsi meglio fisicamente con un miglioramento anche delle loro relazioni sociali.

Conclusioni. Dai risultati ottenuti emergono vari aspetti positivi: l'elevato gradimento, il miglioramento del benessere psicofisico, la semplicità organizzativa, il basso costo per l'Azienda. Inoltre l'intervento ha permesso di far collaborare vari Enti con un empowerment del loro personale. Grazie ai risultati ottenuti, il Dipartimento di Prevenzione ha finanziato un progetto, in collaborazione con il CONI, per l'attivazione dei Gruppi di Cammino in 3 territori della ASL per il 2012.

PROMOZIONE DELLA SALUTE ATTRAVERSO IL MOVIMENTO: IL PROGETTO INTEGRATO

Imeroni Andrea
UISP Nazionale Grandetà, Torino

Introduzione. Il Progetto avvia sul territorio varie tipologie di proposte motorie a misura di ognuno e senza escludere nessuno, in quanto rispondono ai bisogni motori delle persone adulte e anziane, anche fragili. Il Progetto è Integrato in quanto garantisce che le attività siano interdipendenti e funzionali l'una all'altra, al fine di garantire la pratica costante del movimento, svolta in modo continuativo, per le persone in età, anche se a rischio o in situazione di fragilità.

Metodi. Il metodo individualizzato per gruppi punta a dare risposte di continuità fra il sanitario (cura) e il sociale (prendersi cura), attivando percorsi di movimento finalizzati a stabilizzare nuovi stili di vita sostenuti dai gruppi della pratica e dalla vita sociale indotta dal risveglio della corporeità. Le opportunità di movimento differenziate (ginnastiche dolci, attività fisica adattata, ginnastica a domicilio, gruppi di cammino, gruppi per obesi, ginnastica nelle residenze, acquaticità, protocolli sull'equilibrio) condotte da laureati in scienze motorie, danno una risposta d'insieme e criteri di scelta ai bisogni di movimento ed alle esigenze della persona adulta o anziana. L'intervento dell'operatore è volto a seguire i praticanti al fine di mantenerli nel circolo virtuoso della pratica motoria costante, indicando loro percorsi alternativi o integrativi quando si manifestano situazioni (cambiamenti dello stato di salute, incidenti, algie ecc.) che nella prassi usuale conducono all'abbandono del movimento.

Risultati. Nel solo 2009/2010 la sperimentazione annuale nel Paese ha visto l'iscrizione di oltre 11.000 anziani alle pratiche integrate, il coinvolgimento di 560 tecnici, di oltre 591 MMG, di 22 ASL e prodotto 48 delibere a favore del progetto in 29 città. Attualmente l'approccio al Progetto Integrato si è diffuso in ogni Regione italiana ed ha favorito l'organizzazione nello specifico di convegni e seminari, aventi fra i patrocinatori il Ministero della Salute, l'ISS, Istituti di ricerca ed amministrazioni locali e regionali, nonché la presentazione di relazioni in vari convegni, simposi e seminari organizzati da associazioni mediche, presidi ospedalieri ed amministrazioni.

Conclusioni. Il Progetto Integrato è una risposta importante per la prevenzione e promozione della salute degli adulti e anziani.

P91 RISULTATI DAL PROGETTO “AL PASSO CON LA TUA SALUTE”: EFFETTO DELLA CAMMINATA SUI MARKER DI INFIAMMAZIONE E SUL DHEAS

Izzicupo Pascal (a), D’Amico Maria Angela (a), Bascelli Adriana (a), Di Fonso Alessia (a), Di Blasio Andrea (b), D’Angelo Emanuele (b), Bucci Ines (b), Napolitano Giorgio (a), Gallina Sabina (b), Di Baldassarre Angela (a)

(a) Università degli Studi G. d’Annunzio di Chieti-Pescara, Dipartimento di Medicina e Scienze dell’Invecchiamento, Chieti

(b) Università degli Studi G. d’Annunzio di Chieti-Pescara, Dipartimento di Scienze del Movimento Umano, Chieti

Introduzione. Uno stile di vita attivo è fondamentale per uno stato di salute ottimale. Evidenze scientifiche recenti mostrano come persone sedentarie che vengono introdotte all’esercizio fisico, possano adottare dei compensi e diminuire quindi l’attività fisica spontanea nel resto della giornata. Lo scopo di questo lavoro è di valutare se tali compensi possano ostacolare l’effetto positivo della camminata, in un gruppo di donne in postmenopausa che hanno partecipato al progetto “Al Passo Con La Tua Salute”.

Metodi. 32 donne in post-menopausa ($56,38 \pm 4,33$ anni) sono state sottoposte allo studio. I criteri di inclusione sono stati: età minore di 65 anni, BMI compreso tra 18,5 e 35, mancanza di patologie croniche, cardiovascolari o ortopediche che potessero impedire il cammino e mancanza di trattamenti farmacologici. Prima e dopo il periodo di camminata sono state valutate per l’attività fisica spontanea quotidiana, la composizione corporea, l’introito calorico, i livelli di citochine plasmatiche e di dehydroepiandrosterone solfato (DHEAS).

Risultati. In condizioni basali, l’attività fisica spontanea quotidiana non risultava correlata all’infiammazione e al DHEAS. Quest’ultimo era invece correlato inversamente al *tumor necrosis factor alpha* (TNF- α) e all’interleuchina 2 (IL2). In seguito alla camminata 16 donne hanno diminuito la loro attività fisica spontanea, mentre altre 16 l’hanno aumentata. Indipendentemente da tali modificazioni, i livelli di TNF- α sono decresciuti, mentre quelli di DHEAS sono aumentati.

Conclusioni. In donne postmenopausali, la camminata ha un effetto antiinfiammatorio ed è in grado di aumentare i livelli di DHEAS. Poiché l’infiammazione sistemica è correlata con diversi fattori di rischio cardiovascolare e il DHEAS ha importanti effetti sulla salute, la camminata rappresenta un ottimo mezzo per contrastare gli effetti avversi della menopausa, indipendentemente dall’attività fisica spontanea.

P92 AMPA - ATTIVITÀ MOTORIA PERSONALIZZATA ADATTATA - AZIENDA ULLS 7 DEL VENETO

Lamberti Vincenzo (a), Brino Antonio (b), Ciot Elena (c), Lamberti Vito (d), Romano Paola (e), Cinquetti Sandro (b)

(a) *Istituto di Medicina dello Sport, Vittorio Veneto, Treviso*

(b) *Azienda ULSS 7 del Veneto, Pieve di Soligo, Treviso*

(c) *Servizio Tutela della Salute nelle Attività Sportive, Azienda ULSS 7 del Veneto, Pieve di Soligo, Treviso*

(d) *Università degli Studi di Chieti G. D'Annunzio, Medicina dello Sport, Chieti*

(e) *Istituto di Medicina dello Sport, Vittorio Veneto, Treviso*

Introduzione. Numerose sono le evidenze scientifiche che hanno dimostrato i molteplici effetti benefici indotti sull'organismo dall'esercizio fisico somministrato come un farmaco e praticato per tutta la vita anche su persone con malattie croniche.

Metodi. L'Azienda ULSS7 Veneto ha promosso e realizzato nel 2009-10, in collaborazione con l'Istituto di Medicina dello Sport di Vittorio Veneto (IMS), il progetto sperimentale Attività Motoria Personalizzata Adattata (AMPA), che prevede programmi di prevenzione e cura di soggetti affetti da patologie croniche degenerative non trasmissibili e sensibili alla "sport-terapia". Il progetto è stato realizzato dall'IMS in collaborazione con alcune unità operative ospedaliere (pneumologia e Centro Antidiabetico). I destinatari della sport-terapia sono cittadini tra 35 e 85 anni affetti da patologie croniche stabilizzate e sensibili alla sport terapia. I pazienti sono stati sottoposti ai seguenti protocolli di valutazione funzionale: visita clinico anamnestica; esami bio-umorali; spirometria (e pletismografia per i BPCO); ECG a riposo; prova da sforzo cardio-polmonare al cicloergometro o *treadmill* o test con prova da sforzo al cicloergometro e metabolimetro; ulteriori visite o accertamenti diagnostici se necessari; valutazione delle caratteristiche della forza muscolare; consulenza psicologica (se indicata); consulenza nutrizionale; questionario sulla qualità della vita (FS-36 adattato) pre e post intervento. Successivamente viene prescritto dal Medico dello Sport e somministrato da un laureato specializzato in Attività Fisica Adattata, l'esercizio fisico, che viene svolto per 3 volte alla settimana in palestra medica per almeno 3 mesi.

Risultati. Nella fase sperimentale sono stati studiati 200 soggetti. I risultati ottenuti sono stati: il miglioramento della qualità della vita; il miglioramento della funzionalità respiratoria; il miglioramento della funzionalità cardiaca; la riduzione del rischio metabolico; la riduzione del rischio cardiovascolare; la riduzione del consumo di farmaci.

Conclusioni. Visti i risultati della fase sperimentale, soprattutto i risultati sulle patologie respiratorie, l'Az. Sanitaria ha ritenuto utile proseguire con il servizio che è tutt'ora in atto.

VADO PIANO E SON PIÙ SANO

Lanfranchi Raffaella (a), Blancato Sebastiano (a), Caputo Marcello (b), Cardetti Silvia (a), Cussa Claudio (c)

(a) SIAN, ASL CNI, Cuneo

(b) Direzione Integrata della Prevenzione, ASL CNI, Cuneo

(c) Comune di Savigliano, Cuneo

Introduzione. Il Comune di Savigliano, nell'adempimento delle linee di indirizzo della carta di Ottawa e secondo le indicazioni nazionali e regionali su sicurezza stradale e mobilità sostenibile, in collaborazione con scuole e ASL, promuove da anni interventi di modifica del contesto urbano con il coinvolgimento attivo della comunità soprattutto nella fase propositiva. Si è posto un problema di inquinamento oltre i limiti di legge nelle ore di ingresso-uscita dalle scuole e di sicurezza in uno dei punti tappa del *pedibus* a causa dell'alta velocità delle auto in quel tratto.

Metodi. Da parte dell'Amministrazione sono state individuate alcune azioni per diminuire il traffico: l'attivazione del *bike sharing* e di una navetta gratuita. La scuola è intervenuta incrementando la frequenza del *pedibus* e attivando un progetto per mettere in sicurezza il punto di incontro pericoloso. I ragazzi hanno rilevato le velocità delle auto in quella zona, che nella totalità dei casi superavano i 30 km/h. Dopo le attività di misurazione e tabulazione si è proceduto ad una fase di analisi propositiva che prevedeva la realizzazione di Zone 30 nell'area presa in considerazione. Il lavoro è stato presentato agli amministratori che hanno recepito il problema ed hanno inserito la zona nel nuovo piano del traffico destinandola a Zona 30, modificando la viabilità in favore della sicurezza di pedoni e ciclisti. Il lavoro e le motivazioni dei ragazzi sono stati presentati agli abitanti del quartiere coinvolto durante una serata pubblica.

Risultati. Dopo la realizzazione dei lavori i ragazzi hanno misurato nuovamente la velocità delle auto riscontrando una diminuzione di circa il 60% dei mezzi che superano la velocità di sicurezza dei 30 km/h. Si è avuto, oltre ad una diminuzione dell'inquinamento, un contemporaneo aumento della sicurezza per la mobilità in autonomia dei bambini.

Conclusioni. Il progetto si configura come un'esperienza di progettazione finalizzata a migliorare gli stili di vita attraverso la modifica del contesto ambientale, con la partecipazione attiva dei destinatari e il coinvolgimento della popolazione interessata dalle modifiche. Ampliamenti del progetto si svilupperanno nell'ambito del programma transfrontaliero ALCOTRA.

LA SALUTE IN MOVIMENTO

Maggiore Adele, Salina Melania, Verrone Cristina, Novelli Lisa, Pasqua Giusi, Humar Mariateresa, Riosa Elisa, Radini Donatella, Sanson Sara, Croci Eleonora, Cogliati Maria Grazia, Di Lenarda Andrea

Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina, Trieste

Introduzione. Oggi lo stile di vita appare caratterizzato dalla sedentarietà e dal progressivo invecchiamento della popolazione: l'inattività o la riduzione "fisiologica" dell'attività fisica sono un problema sempre più importante di Sanità Pubblica, insieme ai bisogni espressi dalla *long-term care*. L'attività fisica regolare si è dimostrata un importante fattore protettivo nei confronti di diverse malattie cronico-degenerative, non soltanto cardiovascolari, agendo positivamente sui diversi fattori di rischio. L'esercizio fisico, inoltre, è fondamentale come strumento di prevenzione durante tutta la storia naturale di diverse malattie cronico-degenerative, rallentandone o arrestandone l'evoluzione. L'attività fisica è quindi diventata punto cardine della medicina preventiva e di quella terapeutica.

Metodi. Per creare una nuova cultura in cui il movimento costituisca parte integrante ed essenziale della vita quotidiana, la nostra Azienda, da anni, promuove e realizza, in collaborazione con associazioni territoriali, progetti dedicati alla cittadinanza triestina e ai suoi dipendenti, quali:

- "Una salute per tutti" (distretto 2), aperto a tutta la cittadinanza;
- "Muoviamoci insieme" (distretto 4), dedicato ai soggetti con osteoartrosi;
- "La Bavisela": partecipazione all'evento cittadino (maratona non competitiva di 7 km) con stand aziendale e gruppo aziendale esteso;
- "Cammina...per il tuo cuore", passeggiata di 5,5 km sul lungomare organizzata annualmente;
- "Lavorare in forma", riservato ai dipendenti aziendali appena attivato.

Risultati. Negli anni si è visto una continua e progressiva crescita dell'adesione ai vari eventi/attività. I primi due progetti, consistenti in percorsi di attività fisica strutturati e continuativi ben si prestano a valutazioni. Si è evidenziato un notevole miglioramento dei parametri analizzati mediante la somministrazione di test dedicati ai partecipanti, quali la qualità di vita percepita, la percezione del dolore, la riduzione dell'eventuale assunzione di farmaci. L'evento "La Bavisela", grazie allo stand aziendale rappresenta, inoltre, un momento di contatto, scambio e reciproca conoscenza tra cittadinanza e Azienda e un'occasione informale per promuovere la salute nel territorio.

Conclusioni. L'esercizio fisico regolare non rientra fra le prestazioni sanitarie propriamente dette, ma, per il ruolo che riveste in ambito di salute, va considerato parte dei piani integrati di salute, per cui sostenuto e promosso dalle Aziende Sanitarie e dai singoli operatori all'intera comunità e ai singoli cittadini. L'inclusione del progetto "Una salute per tutti" nella programmazione del Piano di Zona ben evidenzia il riconoscimento dell'importanza di queste attività in ambito territoriale e in relazione al benessere della popolazione, oltre che la profonda e radicata integrazione degli enti e delle istituzioni operanti in ambito sociosanitario, quali i Comuni e le Province.

P93 LA PREVENZIONE DELLE SINDROMI ALGICHE DA IPOMOBILITÀ NEGLI ANZIANI ATTRAVERSO LA GINNASTICA DOLCE: UN PROGETTO CONDOTTO NELLA CITTÀ DI NAPOLI

Mastronuzzi Roberto (a), Mancusi Caterina (a), Gallè Francesca (a), Di Onofrio Valeria (a),

Cirella Assunta (a), Russo Krauss Pio (b), Cione Ilaria (b), Liguori Giorgio (a)

(a) Università degli Studi Parthenope, Dipartimento di Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali, Cattedra di Igiene ed Epidemiologia, Napoli

(b) ASL NA 1 Centro, Napoli

Introduzione. Numerose evidenze dimostrano che è possibile prevenire le sindromi algiche da ipomobilità mediante la pratica costante di attività motoria. Nell'anno 2008 l'Università di Napoli "Parthenope" e la Direzione Generale dell'ASL Napoli 1 Centro hanno sottoscritto una convenzione finalizzata al miglioramento dell'efficienza psico-fisica, alla prevenzione delle sindromi algiche da ipomobilità nonché degli incidenti domestici negli ultrasessantenni mediante l'organizzazione di corsi di ginnastica dolce. Tali corsi, attivi in cinque strutture da settembre 2010, sono diretti da laureandi specialistici e laureati della Facoltà di Scienze Motorie, reclutati mediante bando dell'Ufficio *Placement* di Ateneo e selezionati in base al *curriculum* universitario. Gli studenti, ottenuto un decreto autorizzativo dall'ASL, vengono avviati ad un percorso di formazione teorico-pratico, curato dalle cattedre di "Igiene ed Epidemiologia" e "Metodi e Didattica per le Attività Motorie Preventive e Compensative" della suddetta Facoltà che hanno altresì redatto, a tale scopo, un manuale di formazione volto ad arricchire le competenze utili allo svolgimento di programmi specifici di ginnastica dolce rivolti a gruppi di anziani. Il tirocinio pratico ha la durata di cinque mesi, al termine dei quali si realizza un *turn-over* con gli studenti in graduatoria.

Metodi. I corsi consistono in incontri bisettimanali della durata di un'ora focalizzati sull'attività motoria e sull'educazione alla salute. Periodicamente vengono somministrati questionari validati per indagare la percezione della salute (*Short Form-12*) e vengono effettuati test motori (*Senior Fitness Test*) per la valutazione delle abilità indispensabili alle consuete funzioni giornaliere.

Risultati. I primi dati raccolti hanno consentito sia di pianificare allenamenti più specifici e diretti al miglioramento delle diverse esigenze fisiche degli anziani che di adottare una comunicazione, in termini di promozione della salute, più efficace. Alla seconda analisi si è registrato un considerevole miglioramento generale, sia nella percezione dello stato di salute che nelle capacità motorie.

Conclusioni. La percezione del miglioramento psicofisico sta contribuendo al benessere degli anziani, i quali mostrano maggiore fiducia nei confronti delle loro capacità.

P94 “GRUPPI DI CAMMINO” PROMOZIONE DELL’ATTIVITÀ FISICA ATTRAVERSO UN’ATTIVITÀ DI GRUPPO PER DIMINUIRE LA SEDENTARIETÀ DELLA POPOLAZIONE ADULTA NEL TERRITORIO DELL’ULSS 9 DI TREVISO

Mazzetto Manuela, Di Staso Luigi, Galiazzo Elena, Tonetto Ciro, Dall’Osso Dante, Gallo Giovanni

Dipartimento di Prevenzione, ULSS 9, Treviso

Introduzione. I Gruppi di Cammino sono un’opportunità per muoversi e socializzare rivolta a persone adulte in buona salute o con presenza di fattori di rischio o affette da patologie croniche che consentono lo svolgimento di attività motoria ad intensità moderata. Nonostante la forte evidenza che una attività fisica moderata e regolare sia un importante fattore di prevenzione e di miglioramento della qualità della vita, dati di sorveglianza mostrano che solo il 18% degli adulti residenti nel nostro territorio si muovono in modo adeguato. 30 minuti quotidiani di attività aerobica moderata, abbinati all’allenamento bisettimanale della forza muscolare, costituiscono i livelli minimi raccomandati per ottenere benefici di salute.

Metodi. I Gruppi di Cammino nascono dal programma di promozione dell’attività motoria del Dipartimento di Prevenzione dell’ULSS 9 e si realizzano grazie ad un lavoro in rete con i Comuni, Ass. di promozione sociale e sportive, Distretti e MMG, Provincia. Il Dipartimento di Prevenzione gestisce l’organizzazione dei Gruppi mentre 2 Ass. di promozione sportiva, selezionate attraverso un bando pubblico, si occupano della conduzione e della gestione economica dell’attività. I Gruppi sono costituiti da 20-30 persone che 2 volte alla settimana camminano per 1h lungo percorsi prestabiliti. Nel primo semestre le uscite sono guidate da un laureato in scienze motorie, in seguito i gruppi diventano autonomi e coordinati da un *walking leader*, formato e supervisionato nel lungo termine.

Risultati. Tra il luglio 2010 e febbraio 2012 sono stati avviati 41 gruppi in 17 dei 37 Comuni dell’ULSS 9, per un totale di 1.067 persone (media 58 anni). L’iniziativa attrae di più le donne: 4 donne per uomo iscritto. Camminare in compagnia oltre a migliorare la salute stimola la socializzazione e favorisce l’autostima portando benefici a livello psicofisico. Dall’indagine di gradimento è emerso che il 98% degli iscritti è soddisfatto dell’attività e segnala l’importanza dei risvolti relazionali dell’esperienza.

Conclusioni. La proposta Gruppi di cammino sta ottenendo un buon successo in termini di accessibilità e gradimento. La valutazione di *output* consente attualmente di definire il modulo organizzativo economico e sostenibile, anche osservando la sopravvivenza autonoma dei gruppi dopo la fase guidata (95% di gruppi ancora attivi dopo il semestre assistito).

P95 ATTIVAZIONE DI UNA RETE PER LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA RIVOLTA A SOGGETTI ANZIANI IN UNA REALTÀ METROPOLITANA

Meraviglia Maria Vittoria, Di Santis Salvatrice, Galessi Laura, Sciuto Jessica, Silvestri Anna Rita

SC Medicina Preventiva nelle Comunità, ASL, Milano

Introduzione. L'efficacia del movimento per aumentare l'autonomia degli anziani e per ridurre il rischio di cadute è da tempo nota e dimostrata: l'attività fisica migliora la qualità della vita e aumenta la sensazione di benessere. Questi vantaggi possono essere quantificati, così come sono quantificabili i vantaggi economici, sia per i singoli che per le comunità. Gli interventi di maggior successo sono quelli multi-componenti e adattati ai contesti locali: se appropriati dai punti di vista culturale e ambientale, offrono maggiore possibilità di essere realizzati, soprattutto nelle strutture sociali già esistenti.

Metodi. La rete esistente all'interno della ASL di Milano, costituita dal Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità e dai 7 Distretti Sociosanitari, è stata implementata con il coinvolgimento del Comune, dei Consigli di zona di decentramento, dei Decanati e delle Parrocchie, delle Università della Terza Età e dei medici di famiglia. Per la sua attivazione è prevista anche la diffusione di materiale informativo nei luoghi frequentati dalla popolazione anziana nonché la creazione di pagine web sul sito dell'ASL.

Risultati. La promozione di gruppi di attività motoria dedicata alla popolazione anziana è stata realizzata in cinque dei sette distretti della ASL, secondo un modello "di collaborazione", volto al superamento del modello *hub and spokes*. Nei due restanti Distretti è in fase di attivazione una rete che comprende le Università della Terza Età e i Comuni dell'area Nord di Milano appartenenti al territorio della ASL. È stata inoltre attivata una rete dedicata alla promozione di "Gruppi di cammino", in cinque dei sette distretti territoriali della ASL di Milano e attualmente in via di implementazione.

Conclusioni. La nuova concezione di salute dell'OMS, che implica il passaggio da "sistemi sanitari" a "sistemi di salute", ripropone come prioritario il concetto di *Community care*, ovvero di un approccio teorico-pratico che ripensa il sistema dei servizi come situato a livello di comunità locali, sistema da progettare e attivare in forma di reti di intervento collaborativo e creativo, tra soggetti del "settore informale" e del "settore formale", mediante relazioni di reciprocità sinergica.

P96 EMOZIONI IN GIOCO SCUOLA E SANITÀ - “DA UNA REGIONE IN MOVIMENTO ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE COME PROPOSTA PEDAGOGICA STABILE” ATTIVITÀ LUDICO-MOTORIE NELLA SCUOLA DELL’INFANZIA

Mercurio Rosario (a), Romano Teresa (b), Scarpino Miriam (a)

(a) Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria, Coordinamento Educazione Motoria, Fisica e Sportiva, Catanzaro

(b) Istituto Comprensivo Pascoli-Aldisio, Catanzaro

Tra le proposte per apprendere l'abc del movimento, dai 5 agli 11 anni, che costituiscono il Progetto “Una Regione in movimento”, promosso dall'Istituto Comprensivo “Pascoli-Aldisio” di Catanzaro, con il supporto dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria - Coordinamento Educazione Motoria, Fisica e Sportiva, “Emozioni in Gioco” è l'attività rivolta ai bambini di 5 anni, una attività ludico-motoria comune che consente a molti bambini calabresi di comunicare con lo stesso linguaggio. Giocare con le proprie emozioni, imparare a riconoscerle su se stessi e sugli altri costituisce un obiettivo importante per dei piccoli che stanno per iniziare il ciclo della scuola primaria, ma se a questo si aggiunge la varietà e la quantità delle attività di movimento che i bambini hanno svolto per l'intero anno scolastico sotto la guida dei propri insegnanti, è facile intuire come si sia puntato sulle esperienze motorie per sviluppare le capacità cognitive e strutturare quei concetti di spazio-tempo e di causa-effetto indispensabili per il successo negli apprendimenti scolastici. Nell'anno scolastico 2010-2011, una rete di 85 Scuole dell'Infanzia e 3.115 bambini hanno perseguito questo obiettivo presentandosi ai nove appuntamenti conclusivi, nelle cinque province della Regione, al termine di un viaggio didattico e laboratoriale sintetizzato in un grande cerchio di stoffa, un particolarissimo diario per ricordare i momenti emozionanti delle attività progettuali, ma anche un vero e proprio attrezzo da usare divertendosi con tutti i compagni della propria sezione. Gioco, movimento ed emozioni: strumenti privilegiati per creare il giusto clima di apprendimento nella scuola dell'infanzia, ma anche per abituare i bambini, fin da piccolissimi, ad uno stile di vita attivo che li aiuti a crescere sani, obiettivo che l'Ufficio scolastico regionale per la Calabria persegue con impegno attraverso un percorso articolato che punta sul ruolo fondamentale dei docenti i quali, incontrandosi con i colleghi delle altre province in incontri formativi programmati *ad hoc* sul territorio, aggiornano, anno dopo anno, la propria metodologia e la propria didattica, confrontandosi e tenendo alta la motivazione e la passione per l'insegnamento con una evidente positiva ricaduta sugli apprendimenti e sul clima scolastico. Dal 2011-12, il Progetto “Emozioni in gioco” è all'interno della programmazione congiunta Scuola e Sanità che ha portato all'evoluzione del Progetto “Una Regione in movimento” in un percorso integrato di educazione sanitaria e attività motorie e sportive per il benessere degli alunni calabresi, dai 3 ai 18 anni e, rivolto ai bambini di 4 anni, nel Piano regionale di Prevenzione 2010-2012.

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI: UN CAMPUS IN MONTAGNA DI SPORT E SALUTE SCUOLA E SANITÀ - “DA UNA REGIONE IN MOVIMENTO ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE COME PROPOSTA PEDAGOGICA STABILE”

Mercurio Rosario

*Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria, Articolazione Territoriale di Catanzaro,
Ufficio Educazione Motoria, Fisica e Sportiva, Catanzaro*

In riferimento alla programmazione del Piano Annuale Provinciale delle Attività, condiviso dalla Commissione Organizzatrice Provinciale, l’Ufficio di Coordinamento per l’Educazione Motoria Fisica e Sportiva dell’Ambito Territoriale Provinciale di Catanzaro, ha avviato una azione di promozione e di gestione delle discipline sportive previste dal progetto tecnico dei Giochi Sportivi Studenteschi 2011/2012 che, in sinergia d’intenti con l’Azienda Provinciale di Catanzaro - UO Educazione alla Salute, si svilupperanno attraverso la realizzazione di *Campus* destinati agli alunni delle scuole secondarie di primo e secondo grado della provincia di Catanzaro partecipanti alle attività sportive extracurricolari nelle discipline sportive quali la vela, l’orienteering, ed altre attività previste in ambiente naturale nell’ambito dei Giochi Sportivi Studenteschi. In particolare, la corsa di orientamento consente lo sviluppo ed il potenziamento delle capacità motorie e, offrendo ai ragazzi momenti di intenso divertimento e soddisfazione, crea i presupposti all’autostima come valore necessario per star bene con gli altri. Il *Campus* montano, realizzato nello scorso febbraio ha consentito lo svolgimento di attività motorie e sportive integrate da momenti informativi sull’importanza di una corretta alimentazione. L’iniziativa, si inserisce nella programmazione congiunta tra Scuola e Sanità “da Una Regione in Movimento alla Promozione della Salute come proposta pedagogica stabile” per promuovere il benessere degli studenti calabresi dai 3 ai 18 anni, ed è rivolta alle scuole che, in attuazione del progetto nazionale dei Giochi Sportivi Studenteschi, potenziano l’attività sportiva scolastica ed hanno incluso l’*Orienteering* (la Corsa di Orientamento) tra le discipline da proporre agli alunni in orario extrascolastico. Durante il periodo delle attività programmate congiuntamente, articolato in due giorni in Sila, i 64 ragazzi tra i 12 ed i 16 anni, di 8 Istituti secondari di primo e di secondo grado della Provincia di Catanzaro, hanno vissuto insieme la montagna, impreziosita dalla presenza di neve abbondante, come “palestra” polivalente, seguiti, oltre che dai rispettivi docenti, anche dallo staff tecnico dell’Ufficio Educazione Motoria, Fisica e Sportiva di Catanzaro e dagli operatori sanitari dell’Azienda Sanitaria della Provincia, con il comune intento di ricercare effetti diretti sull’efficienza fisica e sulla salute da adulti con una minore incidenza di malattie croniche non trasmissibili correlate alla sedentarietà e orientare comportamenti maggiormente consapevoli tra gli adolescenti.

P97 GIOCHIAMO A STAR BENE SCUOLA E SANITÀ - “DA UNA REGIONE IN MOVIMENTO ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE COME PROPOSTA PEDAGOGICA STABILE”

Mercurio Rosario (a), Scarpino Miriam (a), Romano Teresa (b)

(a) Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria, Coordinamento Educazione Motoria, Fisica e Sportiva, Catanzaro

(b) Istituto Comprensivo Pascoli-Aldisio, Catanzaro

L’analisi dei dati provenienti dall’indagine nazionale OKkio alla Salute 2008, relativi alla nostra Regione, ha fatto emergere l’esigenza di creare cultura e sensibilità condivisa negli alunni, nelle famiglie e nella comunità in materia di sovrappeso, obesità, comportamenti alimentari e pratica quotidiana di attività fisica. Il bisogno è stato condiviso dall’Ufficio per le Attività motorie, fisiche e sportive ed il Settore Educazione alla Salute di Catanzaro, dall’Azienda Sanitaria Provinciale e dalla Società Italiana Alimentazione e Sport, attraverso i rispettivi referenti. Da questa collaborazione è nato “Giochiamo a star bene”, un progetto annuale che si propone, attraverso il gioco motorio, di utilizzare le regole del mangiar sano in uno spazio attivo, per portare i bambini di prima classe di scuola primaria ad associare il movimento alla pratica di una alimentazione equilibrata. L’attività proposta coinvolge tutta la classe, durante l’orario curriculare e, con le caratteristiche di un laboratorio, mette in condizione tutti i bambini di costruire attrezzi *ad hoc* e, soprattutto, di utilizzarli in palestra. Le condotte motorie di base, nelle forme più variate di direzione, ritmo, velocità, equilibrio e coordinazione sono i contenuti che consentono di costruire, durante l’ora di attività motoria, una piramide alimentare.”Giochiamo a star bene”, parte integrante del più vasto “Una Regione in Movimento”, è stato avviato in via sperimentale nell’anno scolastico 2009-2010, con una formazione congiunta Scuola e Sanità che ha creato competenze teorico-pratiche in 82 docenti di 29 scuole primarie della provincia di Catanzaro ed un coinvolgimento di 1.503 bambini di 6 anni. Con un incremento di oltre il 28% rispetto all’anno precedente, la conclusione dell’iter progettuale annuale ha testimoniato la partecipazione dei genitori nelle varie fasi progettuali e confermato il ruolo che la scuola può e deve giocare, anche attraverso il coinvolgimento delle famiglie, nel migliorare lo stile di vita dei bambini promuovendo quel benessere a scuola che consente di apprendere e di acquisire informazioni e conoscenze tali da compiere scelte salutari. Le modalità attuative sperimentate per “Giochiamo a star bene” hanno consentito che il Progetto venisse esteso a tutta la Regione con un coinvolgimento, nel 2011-12, di 3500 bambini di 90 scuole primarie e che il Progetto “Una Regione in Movimento” si evolvesse in un percorso integrato di educazione sanitaria e attività motorie e sportive per il benessere degli alunni calabresi, dai 3 ai 18 anni, condiviso dalla Regione Calabria - Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie e l’Ufficio scolastico regionale - Coordinamento Educazione Motoria, Fisica e Sportiva.

P98 L'ORA DI MOVIMENTO - UNA REGIONE IN MOVIMENTO

Mercurio Rosario, Scarpino Miriam

Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria, Coordinamento Educazione Motoria, Fisica e Sportiva, Catanzaro

Bambini ed adolescenti si muovono meno. La perdita di movimento spontaneo, in particolar modo nei centri urbani, non è compensata dalle attività motorie strutturate e sembra essere la causa principale del decremento di spesa energetica che concorre all'aumento del numero dei bambini in sovrappeso e obesi, con conseguenze negative a livello cardiovascolare e metabolico. L'educazione motoria ha un ruolo inconfondibile nella costruzione della personalità in quanto consente al bambino di esprimersi con mezzi e modalità diversi da quelli usuali favorendone non solo gli aspetti funzionali, ma anche quelli affettivi, relazionali e cognitivi. L'Ufficio scolastico regionale per la Calabria - Coordinamento Educazione Motoria, Fisica e Sportiva - ha promosso un percorso comune volto ad incentivare la pratica delle attività psicomotorie e motorie nella scuola dell'infanzia e primaria dando vita ad un Progetto "Una Regione in Movimento". L'intento è far comunicare tutti i bambini coinvolti nel progetto con un linguaggio comune che presuppone la partecipazione di tutti, l'integrazione dei diversamente abili, la destrutturazione delle discipline sportive, la ricerca dei presupposti comuni a tutti gli sport, la proposizione di problemi motori risolvibili dai bambini in rapporto alle loro capacità, quell'abitudine al movimento indispensabile per il benessere e la tutela della salute. Una delle iniziative riguarda i bambini delle terze classi di scuola primaria della Regione. "L'ora di movimento", con la consegna di 2.200 kit contenenti una funicella ed un quaderno-attrezzo per ogni bambino, una fune gigante per la classe, una guida per l'insegnante ed una scheda di monitoraggio delle attività, ha proposto a 2.200 bambini di diventare abili con la funicella usando ogni giorno questo semplice, divertente e salutare attrezzo con il fine di contrastare la tendenza attuale di mancanza di movimento e sviluppare la mobilità articolare e la coordinazione dinamica generale. L'idea progettuale, che prende spunto da una proposta statunitense dell'*American Heart Association*, è che i bambini utilizzino elementi motori per eseguire mentalmente semplici operazioni con i numeri naturali e verbalizzare le procedure di calcolo, ripetendo le tabelline della moltiplicazione dei numeri fino a 10. Il vantaggio di questa forma semplice di interdisciplinarietà è abituare i bambini a saltellare per più tempo possibile e, sfruttando la verbalizzazione a voce alta delle tabelline per tenere sotto controllo il battito cardiaco, memorizzare il calcolo attraverso una forma ludica che, divertendo, spinge alla ripetizione e produce effetti positivi sull'efficienza fisica potenziando, gradatamente, un'attività motoria di tipo aerobico che previene il sovrappeso e l'obesità e riduce le conseguenze negative a livello cardiovascolare e metabolico.

PUNTEG...GIOCHIAMO SCUOLA E SANITÀ - “DA UNA REGIONE IN MOVIMENTO ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE COME PROPOSTA PEDAGOGICA STABILE” ATTIVITÀ LUDICO-MOTORIE NELLA SCUOLA DELL’INFANZIA

Mercurio Rosario (a), Scarpino Miriam (a), Romano Teresa (b)

(a) *Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria, Coordinamento Educazione Motoria,
Fisica e Sportiva, Catanzaro*

(b) *Istituto Comprensivo Pascoli-Aldisio, Catanzaro*

“Puneg...giochiamo” è l’attività ludico-motoria che Scuola e Sanità hanno programmato e rivolto ai bambini di 5 anni, nell’anno scolastico 2011-12, all’interno del Progetto “da Una Regione in Movimento alla promozione della salute come proposta pedagogica stabile”, promosso dalla Regione Calabria - Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie e dall’Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria.

L’Istituto Comprensivo “Pascoli-Aldisio” di Catanzaro è capofila di una rete di 114 Scuole dell’Infanzia della Regione e, con il supporto dell’Ufficio di Coordinamento Regionale Educazione Motoria, Fisica e Sportiva, ha il compito di curarne le varie fasi attuative. Il Progetto, avviato nel corrente anno scolastico, ha visto un momento informativo comune, rivolto ai docenti della scuola dell’infanzia della Regione che hanno avuto modo di acquisire gli strumenti per orientare, con il coinvolgimento dei genitori, comportamenti corretti tra i giovanissimi. L’interessante programma teorico-pratico del Meeting Regionale, che ha avuto luogo nello scorso dicembre, ha fornito informazioni in tema di salute orale, di ipocusia/sordità e cecità/ipovisione infantile, oltre che di educazione alimentare e attività fisica, in attuazione del percorso integrato di educazione sanitaria e attività motorie e sportive per promuovere il benessere degli alunni calabresi, dai 3 ai 18 anni. Se la fretta e la velocità dei messaggi e della posta elettronica hanno fatto sparire accenti, apostrofi, virgolette e punti, sarà l’attività del corpo in movimento, parte integrante di un progetto didattico, di facile realizzazione e che richiede poco spazio e materiali semplici, a creare curiosità negli oltre 4.000 bambini coinvolti intorno a questi piccoli segni che sono molto utili quando si scrive e quando si parla per far capire ciò che si dice. I bambini proveranno a concepire la punteggiatura in maniera giocosa e divertente e questo li aiuterà, attraverso il gioco ed il movimento ed ancor prima di scrivere, a dare ritmo alle parole e, tra domande, esclamazioni, virgolette e punti, espressione alle idee. L’attività progettuale vedrà i bambini protagonisti nella raccolta di informazioni, idee, emozioni e considerazioni, nel dare spazio alla loro creatività, alla loro libertà di muoversi, di sperimentare, di inventare con i compagni movimenti, giochi, rapporti non abituali tra il corpo e lo spazio: un contributo alla loro crescita affettiva, sociale, morale e cognitiva favorendo i movimenti che, per eccellenza, integrano le tre dimensioni dello spazio. Un gioco ludico-motorio per essere motivati a praticare a scuola, ma anche nel tempo libero, più di un’ora al giorno di attività fisica e rendere attivo lo stile di vita fin dalla primissima età.

UNA REGIONE IN MOVIMENTO: UN NUOVO MODELLO DI ATTIVITÀ MOTORIE

Mercurio Rosarion (a), Romano Teresa (b), Scarpino Miriam (a)

(a) *Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria, Coordinamento Educazione Motoria, Fisica e Sportiva, Catanzaro*

(b) *Istituto Comprensivo Pascoli-Aldisio, Catanzaro*

Dai 5 agli 11 anni, sono sette le proposte per apprendere l'abc del movimento, diverse per ogni classe ed adeguate all'età, che costituiscono il percorso progettuale promosso dall'Istituto Comprensivo "Pascoli-Aldisio" di Catanzaro, capofila di una rete di 130 scuole della Regione, con il supporto dell'Ufficio Scolastico per la Calabria - Coordinamento Educazione Motoria, Fisica e Sportiva. Il modello regionale di attività motorie valorizza una buona pratica elaborata e realizzata per oltre dieci anni dall'Ufficio Scolastico di Catanzaro e consente ad ogni bambino, dalla scuola dell'infanzia e fino all'ultimo anno di scuola primaria, di completare l'organizzazione neurologica, sviluppare capacità cognitive, motorie e socio-relazionali e, nel quadro di un armonico sviluppo della personalità, acquisire uno stato di benessere psico-fisico. Caratteristica fondamentale del Progetto è tutelare il reale svolgimento delle ore curriculare di attività motoria e, per favorire l'apprendimento dei contenuti motori previsti dai programmi ministeriali, puntare su una formazione mirata rivolta ai docenti di classe per adeguarla alla specificità delle proposte e qualificarne maggiormente l'intervento sui bambini. Le scuole, avviando il Progetto all'inizio dell'anno scolastico, sono destinatarie di un programma di incontri, a cura degli staff tecnici degli Uffici Scolastici Provinciali di Educazione Motoria, Fisica e Sportiva che, fornendo suggerimenti vari ai docenti ed una particolare organizzazione didattica della lezione, verificano ed integrano in itinere le attività fino alle manifestazioni finali. L'*iter* annuale contribuisce ad incrementare la quantità e la qualità delle attività di movimento integrandole nella *routine* della vita scolastica ed a promuovere benessere ricercando effetti diretti sull'efficienza fisica e sulla salute da adulti riducendo l'incidenza di malattie croniche non trasmissibili correlate alla sedentarietà, all'incremento nel tempo delle prestazioni motorie, che nell'attuale generazione assumono caratteristiche negative rispetto ai valori del passato, allo sviluppo della creatività motoria, come ricerca di soluzioni innovative alla base dello sviluppo di *Life Skills* per la prevenzione di comportamenti devianti. Dal 2011-12, il percorso "Una Regione in Movimento", riconosciuto e condiviso dalla Regione Calabria - Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie - si è evoluto in un percorso integrato di educazione sanitaria e attività motorie e sportive per il benessere degli alunni calabresi, dai 3 ai 18 anni, in attuazione del Protocollo d'Intesa siglato tra il Presidente della Regione Calabria ed il Direttore Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale.

P99 ATTIVIAMOCI! NON È MAI TROPPO TARDI PER GODERE DEI BENEFICI DI UNA REGOLARE ATTIVITÀ FISICA

Miola Annacatia (a), Lorenzi Lionella (a), Sforzi Maurizio (b), Bozzetto Manuele (c,d)

(a) *Servizio Educazione e Promozione della Salute, SEPS del DP, Azienda Sanitaria ULSS 3, Bassano, Vicenza*

(b) *Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria ULSS 3, Bassano, Vicenza*

(c) *Comune di Nove, Vicenza*

(d) *Unione dei Comuni del Marosticense: Comuni di Marostica, Nove, Pianezze Appartenenti al Territorio dell'Azienda Sanitaria ULSS 3, Bassano, Vicenza*

Introduzione. È ormai confermato che l'attività fisica moderata, svolta 4-5 volte alla settimana, apporta grandi benefici alla salute e svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione, obesità e osteoporosi. Inoltre, l'attività fisica se fatta in compagnia, combatte lo stress, la depressione e favorisce l'avvio di nuove amicizie. Il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria dell'ULSS 3, in collaborazione con i comuni di Marostica, Nove e Pianezze (Unione dei Comuni del Marosticense), ha promosso una serie di azioni volte ad aumentare l'attività fisica nella fascia di età 35-55 anni per migliorare la qualità della vita e il benessere percepito dai cittadini. Per garantire la fattibilità e la sostenibilità del programma è stato costituito un gruppo di lavoro composto dagli operatori del Dipartimento di Prevenzione, dagli assessori dei Comuni e dai rappresentanti delle Associazioni locali.

Metodi. Sono stati pubblicizzati e attivati nelle sedi dei tre Comuni corsi specifici di attività fisica presso le strutture/ambienti presenti nei territori interessati ed erogati ad un prezzo agevolato per favorire la più ampia partecipazione dei cittadini. L'attività in acqua è stata svolta nella piscina comunale di Marostica, le danze popolari nella nuova palestra comunale di Pianezze e la camminata con bastoncini *Nordic walking* lungo l'argine del fiume Brenta a Nove.

Risultati. Alle attività in acqua hanno partecipato 29 persone per due corsi di 10 ore ciascuno; all'attività di danze popolari hanno partecipato 34 persone per 15 ore di lezione; il *Nordic walking* ha visto la partecipazione di 39 persone per 30 ore di lezione. Il gruppo di progetto composto da amministratori comunali, operatori del SEPS e associazioni coinvolte ha verificato, attraverso test di gradimento, l'interesse e l'apprezzamento alle attività proposte in quanto facili da fare, collocati in orari accessibili al *target* (soggetti in piena attività lavorativa) e a costi ridotti.

Conclusioni. In seguito alla soddisfazione creatasi nel gruppo di lavoro per la collaborazione raggiunta e all'apprezzamento riscosso dai cittadini, l'Unione dei Comuni del Marosticense si è fatta carico di dare continuità e sostenibilità al programma e di garantirne il supporto economico con il monitoraggio dei servizi del Dipartimento di Prevenzione.

L'EFFICACIA DI UN PROGRAMMA SCOLASTICO DI ATTIVITÀ FISICA, BASATO SU UN APPROCCIO ECOLOGICO, IN BAMBINI SOVRAPPESO

Moisio Valentina, Lanza Massimo, Schena Federico
Facoltà di Scienze Motorie, Università degli Studi, Verona

Introduzione. La prevalenza dell'obesità infantile è andata aumentando negli ultimi 30-40 anni, diventando uno dei più importanti problemi di salute pubblica a livello globale (WHO 2010). In Italia, Hbsc e OKKio alla Salute, due indagini in ambito di salute nei bambini e adolescenti, riportano che circa il 30% di essi si trova in uno stato di obesità o sovrappeso. In risposta a questa drammatica crescita del fenomeno una strategia chiave è quella di promuovere programmi scolastici di attività fisica basati su un modello socio-ecologico e un approccio multi-componente, in quanto l'obesità infantile è influenzata da una complessa interrelazione tra i fattori individuali e interpersonali legati al contesto familiare, scolastico.

Metodi. Il programma "A tutto GAS" (Gioco Amici Salute), prevede incontri informativi per i genitori sulle strategie per uno stile di vita familiare attivo e salutare, 2 incontri settimanali di attività motoria in orario extra-curriculare, in aggiunta alle lezioni di educazione fisica e 2 incontri informativi per i bambini sull'importanza del movimento e su come diventare attivi). Hanno partecipato allo studio 74 alunni della città di Verona che sono stati assegnati in modo randomizzato al Gruppo di Intervento (GI) e Gruppo di Controllo (GC). In questo lavoro discutiamo i risultati relativi ai 28 bambini, inseriti nei due gruppi, in uno stato di sovrappeso/obesità ai test iniziali. All'inizio e alla fine del programma tutti i soggetti sono stati sottoposti alla misurazione di alcuni parametri antropometrici (altezza, peso, BMI, pliche cutanee, circ. vita), a una batteria di test motori per la valutazione del livello di fitness aerobica, equilibrio, flessibilità, forza degli arti superiori, delle gambe e degli addominali, e infine alla compilazione di alcuni questionari sul livello di attività fisica praticata (PAQ-C), sull'atteggiamento rispetto all'attività fisica (PASCQ), sulla percezione delle proprie abilità motorie (PPA) e sul gradimento percepito rispetto alla pratica di attività fisica (PACES).

Risultati. I dati finali del GI mostrano modificazioni positive per quanto riguarda i valori relativi alla somma delle pliche (2,3%; $p<0,001$), al PASCQ 75,6%; $P<0,001$), al PPAS (13,3%; $P<0,001$), al PAQ-C (15,7%; $P<0,001$), al PACES (5,5%; $P<0,001$) e al livello di fitness aerobica (5,43%; $p<0,001$). Il gruppo di Controllo non mostra cambiamenti positivi rispetto ai dati iniziali, evidenziando anche un peggioramento sul livello di fitness aerobica. I valori e le modificazioni di BMI, circ. vita, equilibrio, flessibilità, forza degli arti superiori e degli addominali, sono risultati simili per entrambi i gruppi. Nessuna modifica significativa si è evidenziata per il gruppo di intervento sui livelli di flessibilità e forza degli arti inferiori.

Conclusioni. I dati di questo studio sembrano confermare che un programma di attività scolastico con un approccio ecologico è in grado di indurre cambiamenti positivi nei parametri antropometrici e sullo stile di vita, contribuendo alla riduzione del sovrappeso/obesità e all'aumento della fitness nei giovani.

PROGETTO PILOTA DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA NEGLI ALUNNI STRANIERI DELLE SCUOLE PRIMARIE E SECONDARIE DI I E DI II GRADO

Morgante Susanna (a), Soave Diego (a), Chiari Carlotta (a), Valenari Laura (a), Zandonai Thomas (a), Maggi Cinzia (b), Danese Matteo (c), Speri Leonardo (a)

(a) Dipartimento Prevenzione ULSS 20, Servizio di Promozione ed Educazione alla Salute, Programma di Promozione dell'Attività Motoria della Regione Veneto, Verona

(b) Rete Tante Tinte, Ufficio Scolastico 12, Verona

(c) CESTIM, Centro Studi Immigrazione, Verona

Introduzione. Le comunità più a rischio di determinate patologie spesso sono anche quelle che usufruiscono meno dei servizi preventivi. Per questo è importante riorientare le attività previste da Guadagnare Salute a favore delle fasce svantaggiate. Nell'ASL 20 di Verona si è quindi sviluppato (in collaborazione con la rete Tante Tinte dell'Ufficio Scolastico 12 e con il CESTIM Centro Studi Immigrazione) un progetto pilota di promozione degli stili di vita sani (attività fisica e sana alimentazione) negli alunni stranieri e nei loro insegnanti e genitori.

Metodi. Azioni 2010/11: sviluppo della rete di associazioni e istituzioni; incontri con mediatori culturali e referenti dei servizi e delle associazioni; laboratori con gli alunni/e della scuola primaria e secondaria di primo grado; incontri con genitori stranieri; valutazione. In corso (azioni 2011/12 ed estate 2012): formazione degli insegnanti; laboratori con gli alunni/e delle primarie e secondarie, in orario curricolare, nei centri diurni, nei doposcuola e nei centri estivi; progettazione di materiale multilingue; valutazione.

Risultati. 2010/11: Interventi in 10 Istituti Comprensivi con forte presenza di alunni stranieri e conseguente coinvolgimento di 287 ragazzi di scuole primarie e secondarie e doposcuola. Sono stati svolti 18 laboratori di 2 ore ciascuno (11 nelle scuole e 7 nei doposcuola); hanno partecipato al progetto 14 insegnanti, 5 mediatori culturali e 15 operatori CESTIM. Interventi in 5 centri estivi (90 ragazzi). Enti e associazioni coinvolte: ASL 20 (Dipartimento Prevenzione e Ufficio Mediazione Culturale), Rete Tante Tinte, CESTIM, Comune di Verona, Associazione Le Fate, Cooperative "Azalea" e "Energie sociali", associazioni di immigrati. Attività programmate entro maggio 2012:

- primarie: 23 laboratori di 4 ore;
- medie: 8 laboratori di 8 ore;
- superiori: 3 incontri di due ore per classe in 7 classi (84 ore);
- doposcuola: 5 laboratori di 4 ore;
- formazione: si prevede il coinvolgimento di circa 70 insegnanti.

Conclusioni. I risultati finora ottenuti sono soddisfacenti, sia in termini di numero di ragazzi, famiglie e operatori coinvolti che di gradimento; se saranno riconfermati nel corrente anno è prevista l'esportazione dei materiali e metodi messi a punto nelle altre ASL del Veneto aderenti al progetto Guadagnare Salute in Adolescenza (la 6, la 15 e la 21) e nel restante territorio regionale.

P100 BENESSERE PSICO FISICO: OPERATORI E CITTADINI PER UN OBIETTIVO COMUNE

Mucci Tiziana (a), Mari Sabina (a), Macera Loredana (a), Aguzzoli Cristina (a), Roncali Stefano (b)

(a) ASS 2 Isontina, Gorizia

(b) Polisportiva 2001, Cooperativa Il Mosaico, San Vito della Torre, Udine

Introduzione. Dal 2007 in ASS 2 “Isontina” è stato iniziato un percorso rivolto agli operatori per contrastare la sedentarietà e promuovere le strategie per un posto di lavoro sano. Il progetto si inserisce nelle attività della rete HPH (Ospedali e Servizi Sanitari per la promozione della salute). Dal 2009 l’attività si è aperta anche alla cittadinanza per condividere il percorso in una logica di pro-attività.

Metodi. Istituzione di un gruppo di lavoro aziendale multiprofessionale nell’ambito dei progetti HPH; convenzione con istruttore di attività fisica collegata al benessere psico emozionale; acquisizione disponibilità ambienti idonei alla pratica; organizzazione e avvio di corsi in fasce orarie diversificate pomeridiane e serali nell’arco della settimana; acquisizione iscrizione e adesioni, monitoraggio semestrale sulle ricadute di benessere percepito e *report* di gradimento; alleanze interistituzionali per l’implementazione sulle varie sedi aziendali.

Risultati. Il fascino particolare esercitato dalla tecnica scelta, denominata NIA (Attività Neuromuscolare Integrata) ha determinato un incremento esponenziale di partecipanti negli anni, partendo da 45 iscritti nella fase di avvio e raggiungendo picchi massimi di 180 iscritti. Dai dati emersi, le persone registrano un miglioramento oltre che fisico, anche sui fattori di personalità riferibili al senso di autostima, di sicurezza nei movimenti e di conseguenza negli atteggiamenti quotidiani. Gli operatori che svolgono l’attività da anni rilevano un equilibrio interiore e una migliorata capacità di relazione anche nell’ambiente professionale. Ulteriori occasioni di approfondimento sono le esibizioni pubbliche dedicate alla diffusione dell’iniziativa e all’importanza di praticare attività fisica per il piacere di muoversi e non per una disciplina di sofferta conquista.

Conclusioni. L’attività fisica è un criterio consolidato di prevenzione di malattie croniche sia fisiche che mentali. Il punto forte di questa attività è quello di non sommarsi come ennesimo dovere nella quotidianità, ma piuttosto di collocarsi come un bisogno per appagarsi e riappropriarsi del proprio benessere. Si tratta di una pratica che non richiede particolari abilità se non quella di mettersi in gioco, non c’è competizione ma la ricerca di un tutt’uno nell’espressione emozionale.

P101 PROMOZIONE DELLA CULTURA DEL MOVIMENTO

Nappi Maria Rosaria, Brandimarte Maria Alessandra, Pierangelini Aldo, Tamorri Stefano,
Di Rosa Enrico, De Marchis Antonella

Unità Organizzativa Servizio Igiene e Sanità Pubblica, ASL RME, Roma

Introduzione. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscoloscheletrici) che hanno in comune fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa. Lo svolgimento regolare di attività fisica produce notevoli benefici fisiologici con consistenze riduzione del rischio di insorgenza di patologie importanti, quali malattie cardiovascolari, diabete, obesità, alcuni tipi di tumore e malattie osteo-articolari.

Metodi.

- attivare una rete locale dei soggetti coinvolti a vario titolo e in varie forme nella promozione della cultura del movimento per la lotta alla sedentarietà;
- incentivare iniziative locali come gruppi di cammino, programmi di camminate ludico - motorie nel territorio di appartenenza;
- organizzare incontri/eventi con la cittadinanza, attraverso attività ricreative alle quali partecipano cittadini di tutte le fasce di età, volti alla promozione del movimento;
- organizzare con gli Enti sopra citati, ognuno per la propria competenza, "percorsi vita" nei parchi presenti nel Territorio della ASL RME.

Risultati.

- diffusione di iniziative efficaci e sostenibili, per la modifica dei comportamenti sedentari, che possano essere facilmente adottate e sostenute dai diversi attori sociali;
- individuazione di metodologie e tecniche di modifica del territorio, di facile applicazione, per favorire il coinvolgimento delle amministrazioni locali nell'impresa di rendere più facili le scelte salutari;
- attuazione di campagne informative, in grado di fornire a tutti i cittadini strumenti utili per fare scelte consapevoli per la salute e che creino un clima culturale favorevole per l'adozione di corretti stili di vita.

P102 “PROMOZIONE DI STILI DI VITA ATTIVI E NON SOLO” NELLA SCUOLA PRIMARIA

Ojeda Montes Blanca (a), Saccuman Lorella (b)

(a) Servizio di Promozione ed Educazione alla Salute ULSS 6, Vicenza

(b) Ufficio Scolastico Territoriale, Vicenza

Il progetto è promosso dal Servizio di Promozione ed Educazione alla Salute (SPES) ULSS 6 di Vicenza, in stretta collaborazione con l’Ufficio Scolastico Territoriale, il CONI e l’Assessorato allo Sport di Vicenza. La finalità è la promozione di “corretti stili di vita”, in particolare nell’area riguardante l’attività motoria, per adeguare l’attività fisica praticata a scuola alle indicazioni emanate dall’OMS 2010. Il progetto prevede interventi di attività fisica giornaliera, diversificata per tipologia, durata ed intensità, sia in ambito scolastico sia nell’extrascuola. Nel contesto scolastico è stato necessario intervenire sull’organizzazione didattica per dare maggiore spazio all’attività fisica. Infatti, il progetto prevede a scuola ben 310 minuti d’attività fisica settimanali (rispetto ai 120 minuti d’attività curricolare contemplata) alla quale si sommano i 170 minuti d’esercizio fisico organizzato in ambito extrascolastico. Il progetto inoltre, integra aspetti diversi della salute del bambino, coniugando lo stile di vita attivo con una sana alimentazione e promuovendo l’adozione di comportamenti salutari in ambito scolastico e familiare. Su queste tematiche sono previsti incontri informativi/formativi rivolti ai genitori ed agli insegnanti coinvolti.

Metodo. Il programma prevede attività di educazione motoria “strutturata”, condotta da insegnanti specializzati, articolata in moduli da 30 minuti che si svolgono giornalmente (attività prevalentemente aerobica e per il rafforzamento muscolare). Quest’attività è integrata con l’attività fisica eseguita dai bambini per 20 minuti al giorno in coincidenza con la pausa merenda (attività orientata al rafforzamento della struttura ossea attraverso giochi della tradizione popolare) e con quella condotta dagli insegnanti di classe per 30 minuti due volte alla settimana in coincidenza con la pausa pranzo (attività prevalentemente aerobica e per il rafforzamento muscolare). L’attività prosegue a casa utilizzando apposito kit fornito ai bambini e con altre attività a libera scelta. Si svolgono così 480 minuti di attività motoria/fisica settimanalmente.

Risultati. l’attività viene registrata ogni giorno nelle schede appositamente predisposte e sono utilizzate per il monitoraggio settimanale. I dati complessivi saranno rielaborati a conclusione del progetto (maggio).

P103 CAMMINARE FA BUON CUORE: L'ESPERIENZA CESENATE DEI GRUPPI DI CAMMINO

Palazzi Mauro, Castoldi Francesca
AUSL, Cesena

Introduzione. Il progetto nasce dalla esperienza maturata a Cesenatico nel 2007 e poi sviluppata in altri Comuni. È un intervento di promozione di uno stile di vita attivo, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita e ridurre le patologie riconducibili alla sedentarietà basato sulla valorizzazione delle risorse ambientali e sociali presenti sul territorio.

Metodi. Valutazione dei bisogni e delle caratteristiche della popolazione *target* attraverso un tipo di intervento partecipato che ha previsto l'utilizzo di strumenti di analisi sia qualitativa (*focus group*) che quantitativa (questionari, interviste). È stata inoltre effettuata un'analisi del contesto ambientale sulla base di dati epidemiologici e una valutazione delle risorse amministrative, organizzative e politiche che hanno portato alla creazione di alleanze tra attori sociali fondamentali per la riuscita del progetto. Si è scelto di proporre un'attività facilmente accessibile e alla portata di tutti, valorizzante il territorio e le risorse disponibili e sostenibile da un punto di vista economico. In questo senso la camminata in gruppo guidata da un *walking leader* lungo percorsi urbani precedentemente individuati, è risultata essere la forma migliore di attività motoria che meglio rispondeva a queste caratteristiche.

Risultati. Sono stati organizzati dal 2007 ad oggi 4 gruppi di cammino attivi sul territorio dei comuni di Cesena, Cesenatico, Gambettola, Macerone e 1 sarà attivato da marzo 2012 a Savignano sul Rubicone. Dal monitoraggio delle attività svolte finora emerge una elevata e costante adesione da parte della popolazione con numeri che vanno da un minimo di 40 a un massimo di 600 partecipanti a incontro. La somministrazione del questionario di gradimento e di impatto sulla salute e il comportamento ha mostrato risultati positivi.

Conclusioni. Offrire un'attività facilmente accessibile, condotta da persone esperte e motivate, che offre la possibilità di socializzare e valorizzi il territorio di appartenenza, è la chiave vincente per aiutare le persone a superare gli ostacoli alla pratica di attività fisica e contribuire a raggiungere la quantità di movimento raccomandata per ottenere benefici in termini di salute e migliore qualità della vita.

P104 “GUIDA MOTORIA PER LA SALUTE” PER LA PROMOZIONE DELL’ATTIVITÀ FISICA NELLA SCUOLA PRIMARIA

Palombi Ersilia (a), Sabatano Fausta (b), Iannone Lucia (b), Vaino Nicola (b), Pasolini Olimpia (b), Menechella Maria Antoniette (a), Tartaglia Polcini Emilia (c), Cunti Antonia (b), Valerio Giuliana (b)

(a) ASL Benevento, SIAN, Educazione Sanitaria, Benevento

(b) Dipartimento di Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali, Università degli Studi Parthenope, Napoli

(c) Ufficio Scolastico Provinciale, Benevento

Introduzione. Una percentuale significativa di bambini non segue le raccomandazioni per uno stile di vita attivo. Il sistema scolastico può contribuire a valorizzare il movimento sia aumentando il tempo dedicato all’Attività Motoria (AM), sia incentivando l’espressività e la comunicazione corporea. La mancanza di insegnanti specializzati in educazione motoria nella scuola primaria ne rende difficile l’applicazione.

Metodi. Nell’ambito del progetto Crescere Felix (CF) (Piano di Prevenzione Regione Campania 2005-2007 prorogato al 2009, azione “Promozione dell’attività fisica nei bambini di scuola primaria”) è stata prodotta una Guida motoria per la salute, strutturata in unità didattiche sullo stile di vita e percorsi motori, allo scopo di offrire proposte utili a formare negli insegnanti e nei bambini la consapevolezza dell’importanza dell’AM per la salute. All’inizio dell’a.s. 2010/11, 75 insegnanti della provincia di Benevento hanno partecipato ad un corso di formazione sull’importanza dell’alimentazione e dell’AM nella prevenzione dell’obesità e specifiche indicazioni sul contenuto della guida, con la raccomandazione di inserire l’AM nelle attività curriculari. L’applicazione e il gradimento della guida da parte degli insegnanti sono stati valutati mediante un questionario in una riunione di fine anno.

Risultati. Hanno partecipato 27 insegnanti; 67% aveva partecipato al progetto CF nel precedente a.s. Il 48% ha utilizzato le proposte della guida 1 volta/sett, il 22% 2 volte/sett, il 22% >3 volte/sett. Le proposte motorie sono state realizzate in: aula (55%), corridoio (48%), palestra/cortile (44%), campo comunale/piazza (22%). Il 100% delle insegnanti ha apprezzato il contenuto della guida e concordava sulla necessità di azioni di prevenzione dell’obesità da parte della scuola. Per il 100% le attività hanno riscosso il gradimento degli alunni, il 74% ha ritenuto il contenuto idoneo al contesto e il 92% realizzabile; per il 70% la guida ha prodotto un cambiamento nel proprio modo di insegnare.

Conclusioni. Il coinvolgimento degli insegnanti su tematiche della salute attraverso la promozione dell’AM è una strategia promettente per implementare l’AM nella scuola primaria. È necessario aumentare le competenze e le motivazioni degli insegnanti per stringere un’alleanza duratura nella promozione della salute.

P105 PILOLE DI MOVIMENTO

Paltretti Paola (b), Beltrami Patrizia (a), Casadio Fabio (b), Migliori Rita (b)

(a) Azienda AUSL di Bologna, Dipartimento di Sanità Pubblica, Bologna

(b) UISP Provinciale, Bologna

Introduzione. La sedentarietà è uno dei fattori di rischio alla base dell'insorgenza di molte patologie cronico - degenerative. Gli effetti positivi dell'attività fisica regolare sono solidamente documentati nella riduzione del rischio cardiovascolare, diabete, ipertensione, cancro al colon, cancro al seno e depressione. Inoltre l'attività fisica è un fattore determinante per l'equilibrio energetico ed il controllo del peso. Si rende pertanto fondamentale promuovere interventi e azioni di carattere intersetoriale orientati a sostenere la promozione dell'attività fisica come parte integrante delle abitudini quotidiane. Pilole di Movimento è una campagna di sensibilizzazione rivolta alle persone sedentarie che si pone l'obiettivo di promuovere il movimento in persone totalmente sedentarie o parzialmente attive, per scarsa motivazione personale, per motivi sempre più spesso economici e per un'organizzazione urbana che spesso non favorisce la pratica motoria. Per farlo occorre un vero "salto culturale" e una condivisione di intenti e di linguaggi promuovendo reti territoriali e progettando con modalità partecipata tra tutti coloro che nella comunità locale possono sostenere e facilitare scelte per la salute e il benessere.

Metodi. Il progetto è stato realizzato in aprile e maggio 2011 da "Rete Blu UISP", formata da 22 Società sportive che condividono questi presupposti culturali, in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna (Dipartimento di Sanità Pubblica) 40 Farmacie Comunali di Bologna e Provincia - gruppo ADMENTA, l'Ordine Provinciale dei Medici di Medicina Generale, il Comune di Bologna e 13 Comuni della Provincia, Il Resto del Carlino. Dal 7 di aprile al 31 maggio 2011 le Farmacie comunali coinvolte hanno distribuito 20.000 scatole di "Pillole di Movimento" contenenti:

- il "bugiardino" un'informativa medico-scientifico redatta dall'Azienda USL di Bologna che illustra i benefici del movimento come stile di vita salutare;
- l'elenco delle società sportive che hanno aderito al progetto e che hanno messo a disposizione 60.000 mesi di attività gratuite in palestra o in piscina;
- 3 coupons da consegnare nella palestra o nella piscina validi per 1 mese di accesso gratuito.

La rete formata da Enti e Associazioni coordinate da UISP Bologna ha attivato e fortemente voluto una progettazione partecipata per contrastare la sedentarietà e incentivare le persone al movimento come abitudine quotidiana di vita.

Risultati. Il progetto già dalla fase di pianificazione ha definito tre strumenti: di monitoraggio, di valutazione di processo e di risultato al fine di rilevare il grado di interesse dell'iniziativa da parte dei cittadini, le attività fisiche scelte, frequentate e le ricadute del progetto nei mesi successivi alla sua sperimentazione. Le persone che hanno mostrato interesse sono state 4.500, di queste 2.500 hanno frequentato gratuitamente 1 mese di attività motoria di media intensità in palestra o in piscina, 320 hanno continuato a frequentare l'attività nei mesi successivi alla fine del Progetto.

Conclusioni. Il Progetto ha riscosso l'interesse e la partecipazione dei cittadini, delle Istituzioni e di *partner* coinvolti, verrà riproposto ad aprile 2012 con l'obiettivo di ripeterlo ogni anno e consolidarlo come campagna di sensibilizzazione. L'edizione 2012 vede in più l'adesione di 2 Comuni della Provincia di Bologna e 2 Associazioni Sportive che si aggiungono a quelle già presenti nella prima edizione. Il progetto ad aprile 2012 verrà svolto anche nella città di Milano.

P106 IL PROGETTO INTEGRATO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA POPOLAZIONE ADULTA/ANZIANA NEL TERRITORIO DELL'AULSS 18

Pavarin Maria Chiara (a), Gallo Lorenza (a), Biscuola Silvia (a), Gasparetto Massimo (b)

(a) Azienda ULSS 18, Rovigo

(b) Comitato Provinciale UISP, Rovigo

Introduzione. I dati epidemiologici evidenziano che nel territorio dell'ASL 18 il 32% delle persone tra 50 e 69 anni è completamente sedentario e presenta spesso altri fattori di rischio associati (depressione nel 45%, fumo nel 42%, eccesso ponderale nel 39%, ipertensione nel 33%), correlati con un livello d'istruzione basso. Il Progetto, sviluppato da UISP (Unione Italiana Sport per Tutti) e ASL 18, con il contributo della Fondazione CARIPARO, ha l'obiettivo generale di rendere più facile lo sviluppo di uno stile di vita attivo tramite l'offerta di un'ampia gamma di "opportunità di movimento" per le persone sedentarie in età adulta/anziana anche con patologie croniche esercizio sensibili.

Metodi. Il progetto prevede: la costituzione di un comitato tecnicoscientifico; la condivisione con gli *stakeholder* di obiettivi e strategie; la mappatura e diffusione dei percorsi per la mobilità dolce del territorio provinciale; la formazione di Laureati in scienze motorie, Medici di medicina generale, Medici specialisti, altri professionisti della salute; la costituzione di un Centro di Coordinamento; la realizzazione di specifiche iniziative: a) Gruppi di Cammino (GC); b) Ginnastica Dolce (GD); c) Attività Fisica Adattata (AFA), in palestra e acqua; l'informazione dei cittadini. Risultati: sono stati coinvolti Provincia, Comuni, Ordini Professionali di Medici e Farmacisti, Associazioni Titolari di Farmacia e Farmacie Comunali, Associazioni di Pazienti. Le Amministrazioni Comunali che hanno deliberato l'adesione al progetto impegnandosi a sostenerlo in vari modi sono 22 (51% del totale), tra cui capoluogo e comuni maggiori. Sono state eseguite e pubblicate le mappature dei percorsi per la mobilità dolce di tutti i Comuni; sono stati eseguiti 9 Corsi di formazione per laureati in scienze motorie e professionisti sanitari; è stato costituito il Centro di Coordinamento del progetto, con numero telefonico dedicato; sono attivi nel territorio 10 GC, di cui 2 di pazienti psichiatrici, 33 corsi di GD, 19 corsi di AFA; sono stati realizzati locandine, pieghevoli e spot video.

Conclusioni. Il progetto presenta come principale elemento di forza l'offerta integrata di diverse forme di attività fisica, tutte svolte in gruppo, elemento che, favorendo la partecipazione costante, facilita e supporta il cambiamento verso lo stile di vita attivo.

P107 LA RETE AZIENDALE QUALE FATTORE FACILITANTE PER L'IMPLEMENTAZIONE DI UN PROGRAMMA DI ATTIVITÀ MOTORIA NELL'ANZIANO

Pesare Antonio (a), Cipriani Rosita (a), Insogna Simona (a), Origlia Antonella (b), Mincuzzi Antonia (c), Lattarulo Rossella (a), Viesti Elisabetta (d), Lopuzzo Maria Grazia (d)

(a) Dipartimento di Prevenzione, ASL, Taranto

(b) DSS, Coordinamento Socio-Sanitario, ASL, Taranto

(c) UOC, Epidemiologia e Statistica, ASL, Taranto

(d) Regione Puglia, Assessorato Politiche della Salute, Bari

Introduzione. La promozione dell'attività motoria nell'anziano è riconosciuta quale fattore determinante nell'accrescere e mantenere la salute delle ossa e dei muscoli e ridurre il declino causato dall'età. Pertanto è stato avviato il Progetto "Quattro passi per la salute".

Metodi. Il progetto promosso dalla Direzione Sanitaria della ASL si è concentrato sulla costruzione di una rete intra-aziendale costituita da Distretti Socio-Sanitari (DSS), Dipartimento di Prevenzione (DP) e UOC di Epidemiologia e Statistica. Tale cabina di regia ha tenuto, in sinergia con l'Assessorato regionale alle Politiche della Salute, i rapporti con la UISP che, nella fase iniziale, ha provveduto alla promozione dell'iniziativa e alla raccolta delle adesioni. I partecipanti sono stati presi in carico ed avviati agli accertamenti previsti dal protocollo di arruolamento per la valutazione medica in ordine all'ammissibilità al Programma, il tutto coordinato da una *équipe* di operatori sanitari, con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale. Superando il sistema di prenotazione, attraverso accordi diretti con il Laboratorio Analisi del DSS è stato possibile eseguire il prelievo ematico ai reclutandi; nelle stesse giornate, hanno potuto effettuare gli ECG trasmessi e refertati con il Cardio-on-line. Gli stessi sono poi afferiti ad un ambulatorio del DP dove è stato rilevato peso e altezza, determinato il BMI, misurata la pressione arteriosa e annotate le abitudini e gli stili di vita, le eventuali patologie concomitanti con le terapie.

Risultati. La costituzione della rete intra-aziendale ha consentito di organizzare un percorso che ha reso facilmente accessibili e gratuiti gli esami laboratoristici e strumentali. Infatti, nell'arco di pochi giorni sono state effettuate tutte le routine ematochimiche e gli ECG ed in due giornate le successive valutazioni ambulatoriali di tutti gli anziani coinvolti e la compilazione delle cartelle cliniche, condivise *online* tra i Servizi coinvolti nella rete e regolarmente aggiornate alla fase di monitoraggio e di fine programma.

Conclusioni. La metodologia della completa presa in carico degli utenti si è rivelata vincente. Infatti la celerità e la semplicità logistica e operativa dell'offerta di assistenza sanitaria completa sono stati i fattori determinanti per l'adesione al progetto.

PROMOZIONE DI CORSI DI ATTIVITÀ FISICA ADATTATA

Piastra Giorgio, Lucarini Simonetta, Cavagnaro Paolo
ASL 4 Chiavarese, Chiavari, Genova

Introduzione. L'Attività Fisica Adattata (AFA) svolge una funzione di "prevenzione primaria" e di "prevenzione terziaria" nei confronti di molte patologie e in quei soggetti con riduzione stabilizzata delle capacità funzionali. L'ASL 4 Chiavarese, in un progetto di promozione degli stili di vita, ha avviato dal 2008 un programma di AFA specifica per il mal di schiena e il dorso curvo.

Metodi. È stata presa, come modello organizzativo dell'AFA, adeguandola alla propria realtà territoriale, l'esperienza dell'ASL di Empoli - AUSL 11 della Regione Toscana - che costituisce ormai una *Best Practice* a livello internazionale. La ASL 4 Chiavarese ha contattato le amministrazioni locali per reperire i locali idonei allo svolgimento dei corsi, ha selezionato e formato gli istruttori idonei a svolgere i corsi (laureati in Scienze Motorie con specializzazione in AFA e/o fisioterapisti), effettua le visite mediche preventive obbligatorie ed esegue la sorveglianza e il controllo qualità sull'attività svolta.

Risultati. Da dicembre 2008 a dicembre 2011 i corsi AFA mal di schiena attivati sono 33 in 10 comuni del territorio della ASL 4 Chiavarese a cui si sono iscritti 818 soggetti di cui l'88% femmine e il 12% maschi. L'età media è di 66 anni e 1 mese ($DS \pm 10$ e 2), leggermente più anziana per i maschi (68 e 6, $DS \pm 7$ e 9) che per le femmine (65 e 9, $DS \pm 10$ e 9). Dividendo per fasce d'età i partecipanti i più numerosi sono quelli tra i 60 e i 69 anni (325 pari al 39,7%) seguiti da quelli di età compresa tra i 70 e i 79 (247 pari al 30,2%) da quelli con meno di 60 anni (192 pari al 23,5%). Gli ultraottantenni sono 54, pari al 6,6% (3 le ultranovantenni). I corsi hanno una presenza media dei partecipanti del 70,6% ($DS \pm 9,4\%$) e il *turnover*, dall'inizio dei corsi, ha coinvolto meno di un quarto dei partecipanti (22,7%) confermando il buon gradimento dei corsi.

Conclusioni. Il beneficio che gli utenti ricavano da questa attività assieme al costo limitato (circa 16 euro al mese per due lezioni settimanali), alla sicurezza di esercizi standardizzati e validati dal SSN e alla professionalità degli istruttori sono le condizioni che spiegano l'alta partecipazione ai corsi e la crescente richiesta di iscrizione ai corsi. Attualmente la maggior criticità riguarda il reperimento di nuove sedi idonee allo svolgimento dei corsi.

PROMOZIONE DI CORSI DI QI GONG CONTRO LE CADUTE E LA SARCOPENIA

Piastra Giorgio, Lucarini Simonetta, Cavagnaro Paolo
ASL 4 Chiavarese, Chiavari, Genova

Introduzione. All'interno dell'esperienza dell'ASL 4 Chiavarese di tre anni di Attività Fisica Adattata (AFA) con 33 corsi aperti sul proprio territorio e la partecipazione di circa 800 utenti, ci proponiamo una diversificazione dell'AFA verso la prevenzione del rischio cadute e della sarcopenia promuovendo alcuni corsi sperimentali di *Qi Gong*, attività che stimola particolarmente l'equilibrio, la forza e la deambulazione il cui miglioramento è raccomandato anche dalle linee guida nazionali contro le cadute (raccomandazione IA). A tale scopo la ASL4 Chiavarese ha formalizzato un accordo con l'Area Discipline Orientali (ADO) dell'UISP Liguria per la standardizzazione e la validazione di un protocollo di esercizi di *Qi Gong* la cui fonte primaria è il *Zhi Neng Qi Gong*.

Metodi. Sono previste due sessioni di lavoro settimanali della durata di sessanta minuti. Saranno insegnate gradualmente e in successione la sequenza di preparazione *Zhun Bei Lian Fa* e la sequenza base *Peng Qi Guan Ding* in quanto ambedue offrono singolari peculiarità quali:

- la postura d'esecuzione è prevalentemente a piedi uniti e a occhi chiusi, per stimolare maggiormente l'equilibrio;
- il controllo della lordosi lombare attraverso la mobilizzazione del bacino e l'attenzione all'estensione vertebrale del vertice del capo per ridurre il carico specie nella zona lombare;
- la mobilizzazione e il rilassamento delle grandi articolazioni;
- l'esecuzione di movimenti lenti e complessi che stimolano prevalentemente la muscolatura degli arti inferiori.

La relativa complessità del movimento unita alla lentezza consente, soprattutto all'anziano, di ottenere soddisfacenti risultati stimolandolo anche all'incremento della precisione del movimento. Tutti i partecipanti ai corsi AFA della ASL, saranno sottoposti ai seguenti test:

- prova di equilibrio su pedana stabilometrica ARGO;
- prova di forza (*handgrip*) con Dinamometro Chattanooga;
- analisi massa corporea con esame bioimpedenziometrico a multifrequenza con InBody 720;
- analizzatore della rigidità vascolare e della variabilità del ritmo cardiaco con SA 3000P.

I test saranno eseguiti prima dell'inizio e alla fine dei corsi. La prima valutazione è in corso e se ne prevede la fine entro il mese di maggio. In base alla valutazione saranno individuati i soggetti per i corsi di *Qi Gong*.

P108 PROGETTO PIEDIBUS - BAMBINI A SCUOLA A PIEDI

Pierdonà Adriana, Brichese Anna, Chermaz Ester, Ciot Elena, Cinquetti Sandro
Azienda ULSS 7, Veneto, Pieve di Soligo, Treviso

Introduzione. Il piedibus è un autobus che va a piedi, formato da un gruppo ordinato di bambini che vanno a scuola accompagnati da due o più adulti. È rivolto a tutti i bambini della scuola primaria, ai loro genitori, insegnanti e prevede il coinvolgimento attivo dei Comuni, delle Istituzioni Scolastiche, delle Famiglie e delle Aziende Sanitarie. Introduce in modo attivo e con l'acquisizione di competenze i bambini all'educazione stradale, all'utilizzo degli spazi urbani in sicurezza; promuove il movimento e l'autonomia negli spostamenti e abilità pedonali; favorisce la socializzazione; riduce la circolazione del traffico attorno alle scuole e l'inquinamento atmosferico.

Metodi. Nell'Azienda ULSS 7 il progetto si è realizzato con un lavoro di rete che ha visto, oltre all'Azienda Sanitaria, che ha promosso, sensibilizzato, coordinato e fornito pettorine e modulistica, il Comune competente per territorio, che ha garantito la pedonabilità e sicurezza del percorso, la Scuola titolare del progetto, i genitori e adulti reali gestori del progetto. La metodologia è quella di creare gruppi di lavoro dove la motivazione della parte non istituzionale, genitori e adulti, sia molto forte per avviare il processo di empowerment fondamentale per l'attiva presa in carico del progetto.

Risultati. Il Piedibus, presente nell'Azienda ULSS 7 dall'a.s. 2007-08, vede a tutt'oggi il coinvolgimento di 16 Comuni, con 23 Scuole, con 55 percorsi, 600 accompagnatori, e 1050 Bambini. I Comuni hanno provveduto al ripristino della segnaletica stradale, ai passaggi pedonali, agli arredi urbani per le fermate del piedibus. Inoltre hanno attuato, dove possibile, azioni per il miglioramento della viabilità. Si è formata una rete di accompagnatori dove confrontare esperienze, programmi, soluzioni. Il gruppo si rende disponibile, come testimonial, nella promozione di nuovi Piedibus.

Conclusioni. Il progetto sviluppa il *self-empowerment* muovendo risorse personali dell'individuo, incoraggiandolo ad esplorare valori e credenze favorendo lo sviluppo delle sue abilità, per motivarlo ad agire sulle basi di scelte razionali. Ciò permette agli operatori sanitari nelle fasi successive di attuare solamente una *governance* sul progetto, attuando azione di "ponte" fra i vari Enti e promuovendolo in nuovi Comuni del territorio.

P109 ANDARE A SCUOLA A PIEDI: UN PROGETTO DI SALUTE DELLA COMUNITÀ

Piovesan Gianna, Ramigni Mauro, Gallo Giovanni
Dipartimento di Prevenzione, ULSS 9, Treviso

Introduzione. Il pedibus è un modo innovativo, sicuro, divertente e salutare per andare a scuola. I bambini in fila sono accompagnati a piedi da due adulti. Esistono un capolinea, alcune fermate, gli orari e il percorso sono prestabiliti. Ogni pedibus è diverso e originale perché si adatta alle diverse esigenze della comunità. I protagonisti sono i bambini e i loro genitori. Non è un servizio, ma un progetto condiviso all'interno della famiglia. L'obiettivo principale di questa esperienza è quello di far apprendere ai bambini e alle loro famiglie la valenza formativa del movimento e i benefici correlati alla salute. Muoversi a piedi rappresenta una buona pratica per uno sviluppo armonico del bambino nella comunità in cui vive, per l'acquisizione di autonomia e per radicare uno stile di vita sano anche per l'età adulta.

Metodi. Per la realizzazione del pedibus è fondamentale siano coinvolti sin dall'inizio il Comune, la Scuola, l'ULSS, le Associazioni di volontariato del territorio. Si presuppone che queste istituzioni, ciascuna col proprio ruolo, allaccino delle alleanze e avvino un percorso comune per individuare i problemi e coordinare le azioni per il raggiungimento degli obiettivi condivisi al fine di migliorare in maniera duratura lo stato di salute dei cittadini. Una volta chiariti gli obiettivi e definiti i ruoli si formalizza l'alleanza con un protocollo d'intesa che sancisce i compiti di ciascuno. I passi successivi prima della partenza prevedono la promozione del progetto al resto delle famiglie (incontri genitori, insegnanti, volantini), la rilevazione attraverso un questionario e la individuazione dei percorsi.

Risultati. Dal 2007 nel territorio dell'ULSS9 che comprende 37 Comuni, è stato formalizzato l'accordo in 12 attraverso un protocollo d'intesa e attualmente si sta avviando il progetto in 6, mentre in altri 8 è già attivo in modo autonomo. Si contano una settantina di linee per un totale di circa 1.600 bambini e 600 accompagnatori.

Conclusioni. Si assiste ad una sempre maggiore diffusione di questa buona pratica che "fa muovere" la comunità per migliorare la qualità di vita delle famiglie e dell'ambiente in cui vivono.

P110 ANZIANI IN CAMMINO. MUOVERSI INSIEME PER LA SALUTE

Pontoni Humberto (a), Ardemagni Giuseppina (a), Coppola Liliana (b), Brugola Lorenzo (a), Celada Silvia (a), Franchetti Manuela (a), Dionigi Maurizio (a), Ignone Maria Carmela (a), Cuppone Rosanna (a), Colombo Luca (a), Giussani Claudia (a), Tedeschi Emilia (a), Scanagatti Patrizia (a)

(a) Azienda Sanitaria Locale Monza e Brianza, Monza

(b) Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia, Milano

Introduzione. L'inattività fisica è senza dubbio uno dei fattori di rischio che contribuiscono all'aumento di malattie cronico degenerative dei nostri giorni. Nonostante i dimostrati benefici dell'attività motoria, i livelli in cui viene praticata nei paesi avanzati è molto bassa a tutte le fasce di età e particolarmente negli ultrasessantacinquenni, obiettivo di questo progetto. In Italia, anche se in miglioramento, la maggioranza della popolazione, maschi e femmine, è sedentaria o pratica un'attività insufficiente ai fini protettivi per le malattie cronico-degenerative.

Metodi. Importante è operare un consistente cambiamento culturale per introdurre, in modo sistematico e continuo, uno stile di vita attivo utile a mantenere salute ed efficienza anche nella terza e quarta età. La popolazione è stata prima sensibilizzata attraverso incontri presso i centri anziani, incentrati sull'importanza di una costante attività fisica come strategia di cura e prevenzione delle malattie. I gruppi di cammino sono interventi coerenti con un approccio comportamentale e sociale e presentano numerose evidenze di efficacia. Si tratta di un'attività organizzata nella quale le persone si ritrovano 2-3 volte alla settimana per camminare lungo un percorso urbano o extraurbano prefissato e condotti da un *walking leader* addestrato e supportato, inizialmente affiancato da personale sanitario. Il progetto ha come obiettivo finale lo sviluppo e il mantenimento autonomo dagli stessi gruppi.

Risultati. L'iniziativa ha coinvolto, nel 2010, tre Amministrazioni Comunali (Sovico, Veduggio con Colzano e Verano Brianza) per un totale di 176 anziani che hanno stabilmente fruito dei percorsi pedonali predisposti dalle Amministrazioni; i gruppi di cammino avviati nel 2010 proseguono in autonomia. Nel 2011, grazie alla estensione del progetto ad altri 3 comuni (Macherio, Renate e Vedano al Lambro) gli anziani iscritti sono circa 470. Un'indagine sui partecipanti 2010 ha rilevato un incremento delle ore dedicate settimanalmente all'attività fisica.

Conclusioni. Il progetto grazie al successo ottenuto si estenderà nel 2012 ad altri 3 comuni dell'ASL con incremento di partecipanti.

P111 INDIVIDUAZIONE DI PERCORSI CAMMINO NELL'AREA DELL'ULSS 13 ATTRAVERSO L'UTILIZZO DI TECNOLOGIE GIS

Rigato Elena, Milani Silvia

Azienda ULSS 13, Dipartimento di Prevenzione, Veneto 1, Mirano, Venezia

Introduzione. L'obiettivo del lavoro era individuare nel territorio dell'AULSS 13 aree idonee alla progettazione di percorsi pedonali per svolgere attività fisica. Il territorio dell'ULSS 13 è pianeggiante, copre un'area di 498 kmq situata nella zona occidentale della provincia di Venezia e comprende 17 comuni in cui vivono circa 260.000 abitanti. Lo sviluppo fra Venezia, Padova e Treviso ha prodotto la saldatura di vari insediamenti, creando un *continuum* urbano.

Metodi. Si sono utilizzate le seguenti fonti di dati: Data Base Copertura del Suolo della Regione Veneto; Quadro Conoscitivo Regione Veneto 2009; Gpt-810 GPS *Trip Recorder*; dati sulla qualità dell'aria dell'ARPAV; Censimento ISTAT della popolazione. È stata condotta la valutazione multicriteriale spaziale utilizzando due procedure: *overlay booleano* e combinazione lineare ponderata (WLC) dopo standardizzazione dei fattori. Sono stati individuati dieci criteri (capacità biologica del territorio, valore di interesse dell'uso del suolo, distribuzione della popolazione, elettrodotti, inquinanti atmosferici, ecc.) e quattro costrittori. Strumenti utilizzati: ArcGIS e Idrisi, della famiglia dei GIS e il software *GlobalMapper* per gestire l'informazione geografica.

Risultati. Si è ottenuta la mappa del territorio suddivisa in cinque classi con il metodo Natural Breaks per renderla leggibile. Sono state prodotte mappe con la distribuzione delle aree di prima classe (ottima), di seconda classe (buona) e di terza classe (sufficiente). Nella mappa delle aree ottime non ci sono porzioni di aree idonee sufficienti a costruire i percorsi. La mappa con le tre classi dimostra che in quasi tutto il territorio è possibile costruire percorsi pedonali anche a scapito della qualità. La mappa con le prime due classi presenta una quantità di territorio di buona qualità sufficiente per creare percorsi pedonali dai 4 ai 6 km. Individuate le aree migliori è stato possibile editare percorsi partendo dai centri anziani dei paesi.

Conclusioni. Con gli strumenti utilizzati (ArcGIS; Idrisi e *GlobalMapper*) è stato possibile individuare aree idonee di prima e seconda classe dopo valutazione multicriteriale spaziale e proporre alcuni percorsi pedonali che soddisfassero i criteri prestabiliti. I possibili sviluppi sono l'utilizzo di strumenti urbanistici aggiornati.

P112 CATASTO DINAMICO DEGLI IMPIANTI SPORTIVI: PERCHÉ LA PREVENZIONE È PIÙ IMPORTANTE DELLA PRESTAZIONE

Rizzi Luciano (a), Brandolin Giorgio (b), De Anna Elio (c)

(a) *Costruire in Project, Spilamberto, Modena*

(b) *CONI Comitato Provinciale, Gorizia*

(c) *Regione Friuli Venezia Giulia, Assessorato allo Sport, Trieste*

Introduzione. L'importanza dell'esercizio fisico per la salute è la leva principale della pianificazione urbanistica della Città Attiva: formata dagli spazi sportivi (per lo sport, per il gioco e per il movimento) che esistono o che si debbono riqualificare o realizzare, equamente distribuiti sul territorio in modo comodo. Per pianificare lo sviluppo del sistema sportivo occorre conoscere lo stato della domanda e dell'offerta. Perché la prevenzione è più importante della prestazione.

Metodi. Lo studio, si caratterizza per la definizione di 3 differenti categorie di spazi: gli spazi sportivi per il movimento, per il gioco e per lo sport e per l'introduzione di poli educativi per la salute. I dati degli impianti sportivi, le successive elaborazioni, la popolazione residente, i dati sulle discipline praticate, sono elaborati in APS (Aree di Programmazione Sportiva) formate dall'insieme amministrativo di più comuni. Il sistema scelto come base dello studio è il distretto sanitario: unità amministrativa di secondo livello che ci permette di contemplare un territorio di più comuni che possono condividere servizi e obiettivi. L'indagine dinamica si avvale dei dati esistenti di censimento impianti raccolti dall'Ente Locale (Regione/Provincie) e dal CONI. Le peculiarità è il calcolo dello sport "erogabile" dagli spazi sportivi, rappresentato da 3 indici "standard": ore/anno, presenze/anno e atleti/anno. Per confrontare le dotazioni, analizzare la domanda e, definita la politica sull'attività sportiva, concentrarsi sulle reali esigenze del territorio, lo studio individua le carenze o le abbondanze di tipologia di spazio sportivo per territorio, di modo che si possano assegnare le priorità di intervento.

Risultati. Lo scopo è pianificare in ogni distretto sanitario della Regione, un polo educativo per la salute in cui praticare l'esercizio fisico: una sorta di ospedale in cui poter assumere le dosi necessarie di movimento.

Conclusioni. Per raggiungere l'obiettivo di assumere l'esercizio fisico come strumento essenziale di prevenzione della malattia, bisogna riuscire a ottimizzare le condizioni di chi già pratica sport, avvicinare l'offerta di spazi per l'esercizio fisico ai luoghi di residenza o di lavoro dei praticanti, invogliare la popolazione non praticante al movimento, realizzare veri e propri poli educativi della salute.

P113 LA RETE DEI GRUPPI DI CAMMINO IN PROVINCIA DI BERGAMO

Rocca Giuliana, Bortolotti Gigi, Brambilla Paolo, Maffioletti Alessandra, Barbaglio Giorgio
ASL Bergamo, Dipartimento Prevenzione, Servizio Medicina Preventiva di Comunità, Bergamo

Introduzione. Con i gruppi di cammino si promuove la partecipazione e la cultura locale della salute e dello sviluppo di una comunità, attraverso l'attivazione della comunità stessa, raggiungendo due obiettivi; uno di salute: aumento dell'attività fisica dell'anziano con favorevoli e dimostrate ripercussioni su diabete, sovrappeso, depressione, ecc. Uno di carattere sociale ed organizzativo, favorendo il supporto sociale, motivando le persone ad essere protagoniste del cambiamento.

Metodi. Attraverso il coinvolgimento attivo della comunità, costruzione di una rete di soggetti con ruoli attivi nel progetto: le Amministrazioni comunali, per l'organizzazione locale e la continuità nel tempo; le Associazioni di volontariato che forniscono soggetti che animano i gruppi e che sensibilizzano i cittadini, i quali vengono poi coinvolti in incontri periodici (almeno due volte all'anno) su temi di salute connessi con l'attività fisica. Tre azioni fondanti del progetto: sostegno alla *leadership* del conduttore del gruppo o *walking leader*; collaborazione tra organizzazioni per sostenere il gruppo; partecipazione ad altre attività della comunità, come eventi culturali o altre attività ricreative e di sostegno sociale, che determina un rafforzamento dei legami e delle relazioni dentro il gruppo.

Risultati. Nella provincia di Bergamo sono attivi 96 gruppi di cammino presenti in 70 Comuni su 244. Si è creata una rete attiva, che ha un suo strumento di collegamento rappresentato dal foglio "Novità in cammino" ad uscita quadrimestrale a cura dell'ASL, al quale collaborano i vari gruppi. I *walking leader* vengono incontrati tre volte all'anno raggruppati per territori; i camminatori vengono incontrati periodicamente con il supporto di specialisti come il cardiologo, il fisiatra, il nutrizionista. Alcuni Comuni hanno organizzato raduni provinciali con lo scopo di favorire l'attività fisica abbinata ad occasioni di approfondimento culturale o naturalistico (Villaggio Crespi d'Adda, Terme di San Pellegrino, ecc.).

Conclusioni. Raggiunti importanti traguardi di salute globale: promozione del senso di appartenenza ad una comunità e del senso di responsabilità rispetto al raggiungimento del benessere; sviluppo della rete locale che può incrementare la capacità dei cittadini di accedere alle risorse della comunità per migliorare la salute.

L'ATTIVITÀ FISICA IN TOSCANA: DATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI 2010

Sala Antonino (a), Taddei Cristina (a), Allodi Guendalina (b), Cecconi Rossella (c), Mazzoli Franca (d), Garofalo Giorgio (c)

(a) Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi, Firenze

(b) Dipartimento di Prevenzione, ASL 10, Firenze

(c) Coordinamento Regione Toscana Sistema di Sorveglianza PASSI, Firenze

(d) Coordinamento Regione Toscana Sistema di Sorveglianza PASSI, Pistoia

Introduzione. L'attività fisica svolta con regolarità induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e previene una morte prematura. L'indagine PASSI, raccogliendo dati sugli stili di vita, è uno strumento strategico per indirizzare gli interventi che promuovono una attività fisica moderata, secondo le raccomandazioni dell'OMS.

Metodi. Il sistema PASSI si basa sulla somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato su un campione estratto dall'anagrafe assistiti rappresentato da adulti di età compresa fra 18 e 69 anni.

Risultati. Nel periodo 2007-2010 sono state effettuate nella Regione Toscana 12.654 interviste. Dal 2007 al 2010 la prevalenza di sedentari è aumentata tanto in Toscana (24% vs 28%) quanto a livello nazionale (28% vs 31%). Nel 2010 in Toscana quasi un terzo degli intervistati risulta completamente sedentario. La sedentarietà aumenta con l'età ed è più frequente nelle donne, nelle persone con livello di istruzione basso e in quelle con molte difficoltà economiche. La percentuale di sedentari risulta inoltre significativamente più elevata nei soggetti ipertesi (32% vs 26%) e nelle persone con eccesso ponderale (32% vs 25%). Non si osservano invece differenze statisticamente significative per quanto riguarda la depressione e il fumo. Quasi un terzo delle persone intervistate dichiara che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e solo un terzo riferisce di aver ricevuto il consiglio di praticare attività fisica regolarmente. La percezione soggettiva - elemento importante nel determinare un cambiamento del proprio stile di vita - spesso non corrisponde al livello di attività fisica effettivamente praticata: un quinto dei sedentari percepisce il proprio livello di attività fisica come già sufficiente.

Conclusioni. L'attività fisica praticata dalla nostra popolazione adulta è ancora insufficiente ed esistono ampi margini di miglioramento. L'attenzione e il consiglio degli operatori sanitari, che la letteratura riferisce essere importanti strumenti per aumentare l'adesione alle raccomandazioni, vanno esercitati con maggiore frequenza e fiducia.

P114 INCREMENTARE I LIVELLI DI ATTIVITÀ FISICA (AF) NEI BAMBINI ABRUZZESI: FINALITÀ ED ESTENSIONE DEL PROGETTO REGIONALE “MOVIMENTIAMOCI”

Scatigna Maria (a), Izzicupo Pascal (b), Di Gregorio Maria Rosaria (c), Di Iorio Patrizia (c), Di Baldassarre Angela (b), Marconi Maria Maddalena (d), Agostini Tamara (e), Vinciguerra Maria Giulia (f)

- (a) Università degli Studi dell’Aquila, Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica, Coppito, L’Aquila
- (b) Università degli Studi di Chieti-Pescara, Dipartimento di Medicina e Scienze dell’Invecchiamento, Chieti
- (c) Università degli Studi di Chieti-Pescara, Dipartimento di Scienze Biomediche, Chieti
- (d) Dipartimento di Prevenzione, ASL, Teramo
- (e) Servizio Prevenzione Collettiva, Direzione Sanità, Regione Abruzzo, Pescara
- (f) Università dell’Aquila, Dipartimento di Ingegneria Meccanica, Energetica e Gestionale, L’Aquila

L’inattività fisica e il sovrappeso predispongono all’insorgenza, già nell’infanzia, di condizioni di rischio e manifestazioni cliniche precoci e di patologie cronico-degenerative principali cause di morbosità e mortalità in Italia. In considerazione dei preoccupanti dati ottenuti dalle attività di sorveglianza, la Regione Abruzzo ha inserito nel Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 il progetto “Movimentiamoci”, che consiste in un intervento biennale nel *setting* scolastico (scuola primaria). Allo scopo è stata avviata la collaborazione tra la ASL capofila di Teramo e le due Facoltà Universitarie di Scienze Motorie regionali (L’Aquila e Chieti-Pescara). Gli obiettivi di salute a lungo termine sono: ridurre la prevalenza di sovrappeso e migliorare la *health related fitness* nei bambini. Sono stati arruolati, con adesione volontaria, 141 insegnanti con i loro 4.212 alunni di 252 classi in 46 direzioni didattiche, corrispondenti al 7,3% della popolazione scolastica di pari grado del territorio regionale. La copertura non è risultata omogenea tra le quattro province abruzzesi, con valori distanti anche del doppio tra un territorio e l’altro: il 4,6% della popolazione infantile di pari età nella provincia di Pescara, il 5,4% dell’Aquila, l’8,3% di Chieti, il 10,6% di Teramo. Nei mesi di gennaio e febbraio 2012 è stata realizzata la formazione degli insegnanti alla quale seguirà la fase operativa, in cui tutor motori, Laureati in Scienze Motorie, sosterranno i docenti nella realizzazione pratica delle attività motorie. Sono attesi i seguenti risultati intermedi rispetto agli obiettivi di salute: aumentare i livelli di AF svolta dai bambini d’intensità almeno moderata; ridurre il tempo libero trascorso in attività di tipo sedentario; modificare gli atteggiamenti e le conoscenze dei bambini, potenziando l’*enjoyment* nell’AF; migliorare la preparazione teorico-pratica degli insegnanti rafforzando gradualmente il loro *empowerment* e l’auto-mantenimento dell’intervento scolastico; sensibilizzare i genitori rispetto all’importanza di ogni occasione di movimento per la salute dei propri figli; rafforzare i rapporti di collaborazione interistituzionale (Servizio Sanitario, Università, Scuola) al fine di promuovere interventi integrati e multilivello con una migliore omogeneità territoriale.

P115 RAGAZZI IN MOVIMENTO: UNA Sperimentazione PER IL MIGLIORAMENTO DEGLI STILI DI VITA

Silva Alberto (a), Becherini Daniela (b), D'Angelo Daniela (c)

(a) *Educazione alla Salute, Dipartimento della Prevenzione, USL 11, Empoli, Firenze*

(b) *Medicina dello Sport, USL 6, Livorno*

(c) *Creps, Regione Toscana, Siena*

Introduzione. Il progetto Ragazzi in movimento costituisce un'articolazione del progetto regionale Ragazzinsieme, che punta a favorire stili di vita corretti fra gli adolescenti. Si è trattato di una sperimentazione del modello “Campus sugli stili di vita”, coordinata dalla Medicina dello Sport della Azienda sanitaria di Livorno e finalizzata a promuovere l’attività fisica e il movimento fra gli studenti delle scuole Medie e Superiori. Sono stati oltre 200 i giovani coinvolti in soggiorni residenziali dedicati alla conoscenza e all’esperienza diretta di buone abitudini per stare in salute, a partire da una corretta pratica del movimento (per tipologia, intensità e durata) e ad una alimentazione ricca di frutta e verdura, varia ed equilibrata, anche in rapporto all’attività fisica svolta. Le attività sono state monitorate e valutata e i risultati sono piuttosto incoraggianti.

Metodo. È stato definito uno strumento di rilevazione per poter valutare se ci sono stati cambiamenti nei comportamenti riguardo all’attività fisica, al movimento e all’alimentazione nei ragazzi che hanno partecipato ai *campus* educativi. Un questionario è stato somministrato prima e dopo l’intervento (*campus*) e l’analisi delle informazioni raccolte ha misurato il mutamento “dichiarato” degli stili di vita indotti dal progetto, a distanza di 6 mesi.

Risultati. Per misurare il cambiamento avvenuto nel complesso degli stili di movimento e di alimentazione è stato creato un Indicatore di Risultato (IRi) che ha tenuto conto della combinazione pesata di 4 elementi: 1) le ore di movimento; 2) la valutazione soggettiva dei cibi; 3) la frequenza di consumo settimanale per tipo di alimento; 4) la tipologia di attività del tempo libero (sedentaria o di movimento). Quanto più il valore dell’IRi è alto quanto più i soggetti rispondono ad indicazioni di movimento e nutrizionali corrette. In sintesi tutti i valori dell’IRi mostrano, tra l’inizio e la fine del progetto, un aumento più o meno accentuato; è stato inoltre rilevato che il progetto ha funzionato meglio con gli studenti delle scuole medie (aumentando l’attività di movimento di oltre il 30% e migliorando i consumi alimentari) e per il genere femminile fra gli studenti delle superiori.

Conclusioni. Il progetto ha superato il risultato atteso di un aumento del 3% dei ragazzi che praticano attività di movimento per oltre 6 ore alla settimana (raccomandazione OMS): è stato registrato, alla fine del percorso, un incremento totale del 9%.

LABORATORIO PRATICO-ESPERIENZIALE: OBIETTIVI, MOTIVAZIONE, AUTOEFFICACIA, RISORSE

Simone Matteo

Centro di Selezione Aeronautica Militare, Guidonia, Roma

Introduzione. *Goal setting:* definizione degli obiettivi, lavoro di conoscenza delle proprie risorse e potenzialità, lavoro di consapevolezza volto a aumentare l'autoefficacia personale attraverso la ricerca, con l'aiuto di visualizzazioni, di prestazioni positive, l'individuazione di modelli vincenti simili a noi, la ricerca di *feedback* positivi ed altre tecniche adeguate. Ricerca, installazione, potenziamento delle risorse: a partire da una meditazione e proseguendo con la ricerca del posto sicuro, è possibile utilizzare un approccio di *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR) per cercare di individuare e potenziare le risorse occorrenti.

Metodi. Tecniche di psicologia dello sport, Psicoterapia della Gestalt, approccio di *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR).

Risultati. Si è provveduto ad osservare, monitorare ogni partecipante, ogni concorrente del gruppo, pronti a mostrarsi presenti e ad intervenire per contenere, per rassicurare o per qualsiasi altro intervento. Si è costruito un ottimo clima di gruppo, ogni componente si è coinvolto nelle attività con i propri tempi e modalità ed ha portato a casa una chiara definizione di un proprio obiettivo, una carica motivazionale, un seme da coltivare.

Conclusioni. Si è accennato al ciclo del contatto in psicoterapia della gestalt ed agli stadi del cambiamento teorizzati con il modello transteoretico Di Clemente e Prochaska: prima fase chiamata precontemplativa:

- i soggetti non sono consapevoli e quindi non esprimono alcuna intenzione di cambiare nell'immediato futuro;
- le persone che dichiarano di aver pensato di cambiare il comportamento ma senza assumersi ancora impegni precisi verso una modifica, si trovano nella fase contemplativa;
- la fase di preparazione indica l'intenzione di agire nel futuro prossimo e vi è la presenza di tentativi di cambiare il proprio comportamento;
- la fase di azione è caratterizzata da processi di liberazione, di rivalutazione di sé, attraverso i quali il soggetto si convince di essere capace di cambiare e si impegna nel modificare il proprio comportamento per un certo periodo;
- quando l'azione si mantiene per un tempo superiore, si dice che la persona ha raggiunto lo stadio del mantenimento.

Importante è stato il lavoro sulla ricerca, l'installazione ed il potenziamento delle risorse: a partire da una meditazione sull'essere presente nel "qui e ora", volta a mettere da parte le distrazioni per dedicarsi pienamente a se stessi; si è iniziati con l'osservare il respiro, la bellezza del respiro, sentendo il battito cardiaco e proseguendo con la ricerca del posto sicuro utilizzando un approccio di *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR). In questa maniera si è invitati a descrivere il posto sicuro e a localizzare le sensazioni piacevoli nel proprio corpo, abbinando a tale luogo una frase o parola che lo rappresentasse e si è continuato con la cosiddetta "installazione", che consiste in un

potenziamento e rafforzamento con l'utilizzazione delle stimolazioni bilaterali. Si è passati ad un lavoro di "installazione" delle risorse facendo focalizzare sull'obiettivo imminente e considerando le risorse occorrenti, le precedenti situazioni dove si sono sperimentate, si è individuata la parola che le rappresenti, si è fatto immaginare l'obiettivo da raggiungere legato alle risorse occorrenti e possedute e si è "installato" cioè rafforzato tale convinzione basata sull'immaginazione futura credibile e convinta, insomma un lavoro sull'incremento dell'autoefficacia con l'aiuto dell'EMDR.

P116 IL CONI DI GORIZIA NELLA SCUOLA PER LA PROMOZIONE DEL BENESSERE PSICOFISICO DEI RAGAZZI

Zanet Serena, Stabile Massimiliano
CONI, Comitato Provinciale, Gorizia

Introduzione. La pratica sportiva rappresenta un'opportunità educativa fondamentale per il raggiungimento del benessere psicofisico dei ragazzi. Lo sport non limita infatti la sua influenza alle strutture biologiche, ma interessa anche la sfera psicologica e sociale dell'individuo. Partendo da queste premesse il CONI provinciale di Gorizia ha realizzato un programma di interventi nelle scuole volto alla conoscenza e promozione dello sport come strumento di sviluppo della persona. Nel 2011 tale programma è stato integrato nell'iniziativa "Guadagnare Salute in Adolescenza. Area attività fisica e alimentazione" promossa in alleanza con l'ASS2 Isontina ed il MIUR, Ufficio scolastico regionale, sez. di Gorizia.

Metodi. Gli studenti coinvolti nel progetto partecipano ad una serie di incontri con esperti del CONI, che li guidano in un percorso di valorizzazione dell'attività fisica come strumento fondamentale per la realizzazione delle potenzialità della persona e la costruzione della sua identità. Nell'ambito delle lezioni curricolari di scienze motorie i ragazzi hanno la possibilità di scoprire e misurare le loro abilità attraverso strumenti in grado di dare un'evidenza immediata delle loro capacità motorie e di determinare i margini di miglioramento nel tempo. Gli studenti hanno inoltre l'opportunità, con il supporto di una psicologa dello sport, di analizzare le tematiche relative alla motivazione alla pratica sportiva; attraverso approfondimenti sulle dinamiche emozionali e relazionali coinvolte i ragazzi hanno così modo di affrontare lo sport da una prospettiva diversa che arricchisce l'aspetto motorio di un valore aggiunto dato dall'opportunità di crescita e di raggiungimento del benessere psicofisico attraverso la pratica sportiva.

Risultati. L'adesione sempre maggiore al progetto promosso dal CONI e l'inserimento di tale attività nel piano dell'offerta formativa di alcuni istituti in maniera sistematica fornisce una prova della riconosciuta validità dell'iniziativa.

Conclusioni. Si ritiene che lavorare in stretta collaborazione con gli insegnanti curricolari di scienze motorie sulla conoscenza approfondita delle personali abilità e motivazioni alla pratica sportiva possa far emergere nei ragazzi una maggiore consapevolezza dell'importanza dello sport come strumento di valorizzazione della persona.

P117 PROGETTO PEDIBUS IN UN COMUNE DEL TERRITORIO DELL'AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA - UN MODELLO DI RETE

Ziprani Chiara (c), Selle Vittorio (b), Sciarrone Rocco (a)

(a) Dipartimento di Prevenzione AULSS 12, Marcon, Venezia

(b) Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Prevenzione, AULSS 12, Marcon, Venezia

(c) UOS, Educazione e Promozione della Salute, Dipartimento di Prevenzione, AULSS 12, Marcon, Venezia

Introduzione. La letteratura internazionale relativa alla promozione dell'attività fisica pone sempre più l'accento sulla necessità di inserire l'esercizio fisico nel normale contesto della vita quotidiana quale metodologia ideale per assicurare la continuità di svolgimento nel tempo. In questa ottica si inserisce il Progetto Pedibus nel Comune di Marcon, ovvero l'organizzazione di gruppi di bambini che si recano a scuola a piedi, accompagnati da uno o più adulti per l'anno scolastico 2011-2012.

Metodi. In fase iniziale (primavera 2011) si sono organizzati degli incontri per la divulgazione del progetto ponendo l'accento sull'importanza dello svolgimento di iniziative di promozione dell'attività fisica, sul suo ruolo fondamentale per lo sviluppo ed il benessere psichico, fisico e sociale dei bambini e quindi per la creazione di "alleanze" operative tra il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 12, i rappresentati degli assessorati comunali, i Vigili Urbani, i Dirigenti Scolastici e rappresentanti di Associazioni di Volontariato e dei genitori. Successivamente è stato somministrato un breve questionario distribuito a tutti i genitori dei bambini iscritti alle prime 4 classi delle Scuole Primarie del Comune di Marcon che indagava le abitudini dei genitori sulle modalità di accompagnamento dei figli a scuola, le difficoltà incontrate nei percorsi casa-scuola e, nella parte finale, l'interesse verso il progetto e la disponibilità a partecipare con ruolo attivo in qualità di accompagnatore fornendo una mappatura degli eventuali percorsi da istituire. È stato redatto un Accordo per l'attuazione del progetto tra Comune, Istituto Scolastico e AULSS 12.

Risultati. Nel complesso circa il 50% dei genitori si è dichiarato interessato a far partecipare il proprio figlio al Progetto e circa il 28% a collaborare come accompagnatore. Sono state rilevate alcune situazioni di scarsa sicurezza nei percorsi pedonali che disincentivano l'accompagnamento a piedi dei bambini, che sono state presentate all'Amministrazione Comunale per i provvedimenti del caso.

Conclusioni. Nell'anno scolastico 2011-2012 è stato avviato il Progetto Pedibus con 3 Linee (Blu, Verde e Rossa) per 3 giorni settimanali per le scuole primarie del Comune di Marcon, ottenendo una buona adesione delle famiglie. È auspicabile che tale Progetto possa essere implementato nei prossimi anni con la creazione di nuovi percorsi casa-scuola e con l'estensione a più giorni della settimana. Sono inoltre in programma interventi urbanistici di messa in sicurezza dei percorsi pedonali in prossimità delle scuole.

Area 6.

Strategie di intervento per promuovere la salute

P118 “DA NEW TRIBES ALLA RETE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE”: ESPERIENZA DI UN PROGETTO NELL’AREA VASTA 1 - ASUR MARCHE

Agostini Massimo (a), Castellini Stefania (a), Monaldi Claudia (a), Pugliè Clizia (b), Rastelletti Barbara (a), Ravaglia Elsa (a), Vaccaro Alfredo (a)

(a) Dipartimento di Prevenzione, ASUR Marche Area Vasta 1, Pesaro

(b) Ufficio Promozione Salute, ASUR Marche Area Vasta 1, Pesaro

Introduzione. Programmi scolastici di promozione della salute efficaci devono favorire la partecipazione attiva dei giovani attraverso un percorso formativo accompagnato da docenti adeguatamente preparati e supportati da esperti. In quest’ottica il Dipartimento di Prevenzione di Fano ha elaborato un programma destinato agli studenti degli Istituti secondari di 2° grado della Provincia di Pesaro e Urbino; tale iniziativa è stata realizzata grazie a una rete di alleanze (Sanità, Scuola, mondo imprenditoriale e dell’informazione) che ha consolidato un gruppo di lavoro pluridisciplinare e multispecialistico che nell’anno 2008-2009 ha condotto un primo progetto sperimentale.

Metodi. Il convegno e la mostra degli elaborati degli studenti, con cui si è conclusa la prima edizione, hanno avviato nel 2011 un nuovo progetto triennale, attraverso i seguenti strumenti operativi:

- comunicazione agli studenti di testimonianze significative raccontate da un giornalista secondo una efficace metodologia dialogico-narrativa;
- tecniche interattive ed esperienziali, utilizzate da docenti opportunamente formati sul metodo delle *Life Skills*;
- metodologie comunicative di tipo bidirezionale e partecipativo: gli studenti, con il supporto degli insegnanti, hanno trasformato nella pratica ciò che hanno vissuto cognitivamente ed emotivamente, tramite la produzione di elaborati.

Risultati. I ragazzi hanno assunto un ruolo da protagonisti: delle storie narrate dal giornalista, della fase di riflessione sugli stili di vita, della rielaborazione delle tematiche affrontate. La fase di realizzazione degli elaborati ha rappresentato un momento di grande valenza formativa, il punto di arrivo di un percorso di educazione tra pari e sperimentazione che troverà impiego in future attività educative.

Conclusioni. Il progetto si è avvalso di avanzati strumenti comunicativi: il metodo delle *Life Skills*, basato sull’interazione tra partecipanti e formatori, laddove il formatore non è l’esperto che impone le dall’alto, ma piuttosto un facilitatore che stimola il confronto e la condivisione delle conoscenze; una metodologia della narrazione che permetta di entrare nelle situazioni per capirne dall’interno le dinamiche, abbandonando una logica di comunicazione trasferita dall’esperto per rendere il destinatario un interlocutore attivo nel processo educativo e formativo.

P119 PREVALENZA DEI FATTORI DI RISCHIO PER GLI ESITI AVVERSI DELLA RIPRODUZIONE IN UN CAMPIONE DI DONNE ITALIANE

Agricola Eleonora, Romano Mariateresa, Mastroiacovo Pierpaolo, Cobianchi Francesco,
Tozzi Alberto Eugenio
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, ICBD, Roma

Introduzione. Alcuni stili di vita, alcune malattie croniche, l'assunzione di alcuni farmaci e la familiarità per alcune anomalie genetiche rappresentano dei fattori di rischio che aumentano nelle donne in età fertile la probabilità che si verifichino Esiti Avversi della Riproduzione (EAR). MammaInForma è uno studio su donne che programmano una gravidanza per valutare l'efficacia di un intervento informativo, basato sull'uso di internet e sul profilo personale delle singole partecipanti, nel modificare alcuni comportamenti che rappresentano un rischio potenziale per EAR. Lo studio valuta inoltre la prevalenza di alcuni fattori di rischio per EAR in epoca preconcezionale.

Metodi. Sono state reclutate per lo studio donne in età fertile che stanno programmando una gravidanza. Lo studio propone alle donne la compilazione *online* di due questionari volti a scoprire la loro predisposizione e conoscenza degli EAR. Al termine della compilazione le donne ricevono un opuscolo informativo personalizzato sugli EAR basato sulle loro risposte. Lo studio prevede un *follow-up* a 6 mesi per valutare l'efficacia dell'intervento di prevenzione proposto alle donne tramite l'opuscolo.

Risultati. Nei primi 6 mesi dello studio sono state arruolate 305 donne; l'età media è di 32,7 anni; risiedono in tutte le Regioni d'Italia e il 74,4% sta programmando la prima gravidanza. Alcuni dei dati più rilevanti indicano che: il 72,8% dichiara di assumere farmaci in modo continuativo; il 16,4% delle donne è sovrappeso o obesa; la frequenza di malformazioni in famiglia, aborti spontanei, interruzioni di gravidanza per motivi medici è rispettivamente 10,8%, 8,9%, il 3,9%. L'assunzione di alcol è molto più frequente rispetto all'abitudine di fumare (63% vs 16,7%). Il 42,6% delle donne assume già l'acido folico. Alcuni dei dati che emergono dal questionario sulla conoscenza dei fattori di rischio degli EAR indicano che l'84,6% afferma di sapere che l'acido folico aiuta nella riduzione del rischio di malformazioni e l'87,5% che il fumo è dannoso.

Conclusioni. Il margine di intervento per la prevenzione di EAR nella popolazione in studio è ancora alto. Studi di promozione della salute condotti sul web possono risultare essere vantaggiosi in termini di impegno di risorse e possono essere ripetuti facilmente per monitorare nel tempo l'efficacia degli interventi informativi.

P120 GUADAGNARE SALUTE IN ADOLESCENZA: ATTIVITÀ FISICA E ALIMENTAZIONE IN DUE AREE TERRITORIALI DEL FVG

Aguzzoli Cristina (a), Bassanese Stefania (a), Barocco Giulio (b), Ballarini Umberto (c), Cavallini Gianni (a), Cimarosti Valentina (a), Culot Wally (a), Dominguez Claudia (a), Macera Loredana (a), Mari Sabina (a), Mucci Tiziana (a), Segatori Adriano (a), Turco Celestino (a), Stabile Massimiliano (d), Riva Daniele (a), Zanet Serena (d), Fasiolo Laura (e), Fragiacomo Marco (f), Bonato Annamaria (g)

(a) ASS 2 Isontina, Gorizia

(b) Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Direzione Centrale Salute Integrazione Socio-Sanitaria e Politiche Sociali, Trieste

(c) Ufficio Scolastico Provinciale, MIUR, Gorizia

(d) CONI, Trieste

(e) ISIS D. Alighieri, Polo Liceale, Gorizia

(f) ISIS Einaudi-Marconi-Brignoli, Gradisca d'Isonzo e Staranzano, Gorizia

(g) IC Alighieri, San Canzian d'Isonzo, Gorizia

Introduzione. In base ai risultati dello studio HBSC 2009-2010, in Friuli Venezia Giulia solo un ragazzo su 10 raggiunge il valore raccomandato di 7 giorni alla settimana con almeno un'ora di attività fisica, 7 ragazzi su 10 fanno colazione, ma questa abitudine tende a decrescere con l'età. Solo il 16% consuma frutta e verdura più volte al giorno. Ciò nonostante, rispetto alla media nazionale, i valori di attività fisica e consumo di verdura sono alti a conferma di numerose campagne presenti da tempo sui temi in questione. Attualmente l'obiettivo che si persegue riguarda la sostenibilità e lo sviluppo di fattori protettivi secondo un approccio che privilegi le azioni sul contesto piuttosto che sull'educazione.

Metodi. Coinvolgimento di 1.220 studenti (3 scuole secondarie di I grado e 4 secondarie di II grado) in due territori geograficamente diversi, uno a prevalenza montana e l'altro urbano/pianeggiante. Coinvolgimento di gruppi multiprofessionali, formazione dei formatori, formazione dei docenti delle scuole, dei ragazzi e dei familiari con materiali nazionali (Progetto Quadrifoglio e Ragazzi in Gamba) e l'integrazione con le eccellenze già presenti sui territori. Alleanze esterne CONI, MIUR e Università Scienze Motorie. Realizzazione di interventi educativi in classe a cura di esperti di Psicologia dello sport e di Educazione Motoria del CONI e dell'Università, compilazione diari di attività fisica e alimentare da parte degli studenti, coinvolgimento degli studenti della scuola secondaria di I grado nell'elaborazione di slogan in sinergia con esperti della Comunicazione. Tutte le iniziative si stanno svolgendo in stretta collaborazione con i sindaci dei Comuni e per quanto riguarda la ristorazione collettiva tramite monitoraggio regionale.

Risultati. Workshop per insegnanti, coinvolgimento rappresentanti consulti studenti, in fase di elaborazione lavori degli studenti per evento finale rivolto alle amministrazioni locali, spettacoli teatrali a cura degli studenti.

Conclusioni. Attualmente le scuole coinvolte stanno elaborando in modo curricolare i temi per la rendicontazione finale dell'esperienza in un convegno dedicato alla comunità, in modo da sensibilizzare gli *stakeholder*. Di particolare rilievo l'esperienza dello spettacolo con i ragazzi protagonisti

P121 MUOVITI!

Aguzzoli Cristina (a), Barocco Giulio (b), Bassanese Stefania (a), Ballarini Umberto (c), Cavallini Gianni (a), Cimarosti Valentina (a), Dominguez Claudia (a), Culot Wally (a), Mari Sabina (a), Mucci Tiziana (a), Macera Loredana (a), Riva Daniele (a), Turco Celestino (a), Zanet Serena (d), Segatori Adriano (a), Stabile Massimiliano (d)

(a) ASS 2 Isontina, Gorizia

(b) Direzione Centrale Salute, Trieste

(c) Ufficio Scolastico Attività Fisica, MIUR, Gorizia

(d) CONI, Trieste

Introduzione. Nell'ambito del progetto Guadagnare Salute in Adolescenza - linea di intervento attività fisica e alimentazione - vista la consolidata esperienza locale su questi temi nel territorio della provincia di Gorizia, si è resa necessaria una ridefinizione dei metodi formativi rivolti agli studenti pur restando nella strategia prevista dal progetto nazionale. Con gli istituti coinvolti nell'avvio di progetto (aa scolastico 2011-2012) si è condivisa la realizzazione di uno spettacolo caratterizzato da esibizioni e presentazioni a cura degli studenti per favorire l'apprendimento interattivo e tradurre i temi degli stili di vita in una logica di divertimento e creatività sostenibile.

Metodi. Realizzazione di un evento teatrale rivolto alle scuole in alleanza con il Comune, il CONI, il MIUR e il gruppo multiprofessionale dell'ASS 2 Isontina; relazioni in plenaria da parte degli studenti coordinati dai docenti di riferimento, esibizioni a carattere sportivo e artistico, gestione della pausa durante lo spettacolo mediante l'utilizzo di prodotti stagionali locali. Collaborazione con l'azienda agricola annessa all'Istituto agrario *partner* di progetto. Proiezione di un cortometraggio sull'attività fisica come contrasto all'aggressività e allo stress nell'ambito del gioco di squadra.

Risultati. L'evento ha registrato la partecipazione di circa 200 persone, di cui almeno 160 studenti che, sia come protagonisti sul palcoscenico, sia come gestori della pausa alimentare, hanno vissuto in diretta gli stili di vita che fanno parte delle buone pratiche promosse. È stato realizzato un filmato che riprende le emozioni vissute in quella giornata, dove i professionisti della salute, a disposizione come consulenti, hanno confermato che qualsiasi stile di vita si struttura come scelta consapevole quando viene esperito e assorbito in modo coerente con l'ambiente che lo promuove.

Conclusioni. L'alleanza con il sindaco della città ospitante l'evento è risultata fondamentale per costruire un sistema articolato e sostenibile, a maggio 2012 una iniziativa analoga verrà realizzata nel comune capoluogo, *partner* di progetto, per consolidare il principio del *setting based approach* nel quale la comunità con i suoi componenti si coordina verso obiettivi comuni. In tale occasione le scuole presenteranno i loro lavori.

P122 IL PROFILO DI SALUTE DEI SARDI

Aini Maria Adelia* (a), Atzori Maria Antonietta* (b), Gregu Giovanna* (a), Loi Natalina* (c), Pallazzoni Piera* (a), Santus Simonetta* (d), Sardu Claudia* (e), Sechi Ornelia* (f), Seu Maria Francesca* (f), Siciliano Filippo* (g)

(a) ASL n. 2, Olbia

(b) ASL n. 3, Nuoro

(c) Regione Autonoma della Sardegna, Assessorato Igiene Sanità e Assistenza Sociale, Cagliari

(d) ASL n. 8, Cagliari

(e) Università degli Studi, Dipartimento di Sanità Pubblica, Cagliari

(f) ASL n. 1, Sassari

(g) ASL n. 7, Carbonia

Introduzione. La conoscenza dello stato di salute di una comunità è essenziale per identificare le priorità di salute e pianificare adeguati interventi sanitari. Sulla base di altre esperienze nazionali e internazionali, i componenti della rete epidemiologica sarda hanno elaborato il profilo di salute della Sardegna, strumento in grado di fornire una visione sintetica della situazione locale rispetto alla realtà nazionale e delle altre Regioni. Il set di indicatori costruito per il profilo di salute comprende, fra gli altri, quelli che esplorano i 4 programmi di “Guadagnare Salute”.

Metodi. Lo studio si è articolato in diverse fasi: creazione gruppo di lavoro multidisciplinare; ricerca esperienza ed *evidence*; condivisione conoscenze del contesto locale per individuazione indicatori; scelta e applicazione dei criteri per valutarne accettabilità e validità; capacità di far emergere problemi/determinanti di salute, capacità di orientare l’azione, misurabilità, modificabilità; compilazione metadati per ogni indicatore; verifica reale accessibilità dei dati; definizione lista finale di indicatori suddivisi in 6 aree tematiche; costruzione tabelle riepilogative e comparative con le Regioni italiane per sintesi e analisi dei valori reperiti.

Risultati. Le percentuali di bambini fisicamente attivi e in sovrappeso rientrano nella media nazionale e l’obesità mostra valori significativamente migliori. Negli adolescenti è diffusa l’abitudine al fumo ma non al consumo di alcol che invece negli adulti determina un alto tasso di ospedalizzazione e una percentuale di *binge drinking* tra le più alte in Italia. Negli adulti alimentazione salutare, attività fisica e sovrappeso hanno valori migliori della media mentre non se ne discostano fumo, prevalenza di diabete, mortalità per malattie cardiocircolatorie e tumori. Rilevante è la mortalità per incidenti stradali.

Conclusioni. Priorità di intervento emerse sono: lotta ad alcolismo e tabagismo, promozione di attività fisica e corretta alimentazione in bambini e adolescenti, miglioramento della sicurezza stradale. Nella costruzione del profilo indispensabili per la rilevazione dei fattori di rischio comportamentali sono stati i sistemi di sorveglianza di popolazione che in Sardegna è necessario implementare e potenziare estendendoli a tutte le ASL e rendendoli sostenibili nel tempo.

* Gruppo di Lavoro Profili della Comunità di Pratica per la Rete Epidemiologica Regionale Sarda

APPROCCIO SALUTOGENICO ALLE NTD: STUDIO PILOTA SU SOGGETTI CON DIABETE MELLITO DI TIPO II

Andrissi Laura (a,b), Morciano Laura (a), Segnini Jacopo (c), Girardi Francesco (a)

(a) Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma

(b) Università Campus Bio-Medico, Roma

(c) Università Campus Bio-Medico, Roma

Introduzione. In considerazione della rilevanza della teoria della salutogenesi per la sanità pubblica, un gruppo di medici in formazione specialistica presso la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva ha sviluppato un progetto che ha l'obiettivo di avviare una ricerca nella popolazione con Diabete Mellito II. Lo studio pilota verrà effettuato nel reparto di diabetologia del Polo Ospedaliero di Ceccano (FR). Il modello salutogenico si propone come nuova modalità di lettura dei bisogni di salute nel terzo millennio. È un modello incentrato sull'*empowerment* delle risorse interne ed esterne alla persona ed all'utilizzo del capitale salute come mezzo per il miglioramento della qualità della vita e della salute. Lo strumento che il modello salutogenico utilizza è il questionario *Sense of Coherence* (SOC). Esso misura il livello individuale di senso di coerenza, definito come una modalità positiva di percepire ed interpretare gli eventi, che può venire potenziata dagli stessi durante la vita della persona, favorendo così la capacità dell'individuo di reagire positivamente alle più varie situazioni stressanti della vita. Gli obiettivi sono: valutare la differenza dei livelli di SOC tra individui affetti da DM II e i valori riscontrati nella popolazione generale (dati letteratura) e le eventuali differenze del livello di SOC in relazione al successo o insuccesso nella gestione della malattia, che permettano di individuare i pazienti che necessitano di maggior sostegno ed attenzione per un miglioramento della *compliance* alla terapia.

Metodi. Lo strumento utilizzato è il questionario auto compilato SOC, (sommministrato previo consenso informato del paziente), composto da 13 domande. In Italia lo strumento è stato validato dal punto di vista linguistico/culturale nel 2010 da un gruppo di ricercatori del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Cagliari di cui uno degli autori del presente studio ha fatto parte. L'indicatore di malattia scelto è il valore di emoglobina glicosilata che permetterà di individuare la sua adeguata gestione (parametro di successo/insuccesso). Supponendo che la differenza della media del SOC nella popolazione generale sia superiore di 5 punti di quella di soggetti malati in studio le dimensioni del campione dovranno essere di circa 270 malati con $\alpha=0,01$, potenza del test 0,90 per soddisfare l'obiettivo principale. La struttura delle relazioni tra le componenti del SOC sarà analizzata mediante analisi fattoriale. L'associazione tra SOC e variabili socio-demografiche sarà inoltre valutata con modelli lineari generalizzati.

Risultati. Il progetto è attualmente nella fase di avvio. Gli autori presenteranno in sede congressuale i risultati della ricerca sperimentale avviata.

P123 LUOGHI DI PREVENZIONE: UN CENTRO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E LA RICERCA QUALITATIVA E QUANTITATIVA DI INTERVENTI EFFICACI IN EMILIA-ROMAGNA

Angelini Paola (a), Bosi Sandra (b), Ferri Mila (c), Finarelli Alba Carola (a), Monti Claudia (b), Riccò Daniela (d), Gozzi Cristina (b), Gruppo di Operatori di Luoghi di Prevenzione

(a) *Servizio Sanità Pubblica, Regione Emilia-Romagna, Bologna*

(b) *Lega Contro i Tumori di Reggio Emilia, ONLUS, Luoghi di Prevenzione, Reggio Emilia*

(c) *Servizio Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Regione Emilia-Romagna, Bologna*

(d) *ASL, Reggio Emilia*

La Regione Emilia-Romagna individua Luoghi di Prevenzione come programma per lo sviluppo di modelli efficaci di intervento sulla promozione della salute; la formazione degli operatori; il monitoraggio e la diffusione delle buone pratiche. LdP (Enti promotori: Asl, Provincia, Comune, LILT di Reggio Emilia) è citato nel Piano regionale della prevenzione e nel Piano regionale delle dipendenze. Struttura organizzativa: LILT Reggio Emilia: coord. didattico e gestione amministrativa. Assessorati regionali competenti: indirizzi programmatici e orientamento dei *target* dei servizi erogati. Conferenza degli Enti promotori. Convenzioni: Università di Modena e Reggio, Verona, SIMG, AVIS, ER. Storia: LdP è l'espansione del percorso "Le vie del fumo": Reggio Emilia 2003; Rimini, Ravenna, Scandiano, Napoli, Bologna, Camerano, Campobasso, Vicenza. Servizi: formazione di docenti, studenti, operatori socio sanitari, Enti locali, Luoghi di lavoro. Collaborazione con altre Regioni per la diffusione, il miglioramento e il monitoraggio delle buone pratiche; sperimentazione di strumenti innovativi per la promozione della salute; validazione di efficacia degli strumenti (*trial Paesaggi* di prevenzione, *trial LdP*). Destinatari: nel 2011 circa 22.500 di cui prevenzione generale: giovani e popolazione: 16.200 (72%) prev. Selettiva: (es: gruppi di disassuefazione al fumo; corsi info educativi alcol e guida, ed. fra pari; giovani a rischio): 2.250 (10%), Operatori e docenti: approccio motivazionale per la gestione del rischio: 4.050 (18%). Pluridisciplinarietà e intersettorialità con scrittura creativa, fantasia guidata, gioco di ruolo, *playback theatre*, teatro forum, laboratori espressivi, *training* su *Life Skills*, competenze trasversali, autoregolazione del comportamento, *briefing*, esplorazione della sfera dei vissuti come prerequisito per la contrattazione degli obiettivi di salute per il benessere psicofisico come fondamento della salute personale. Riorganizzazione dei servizi in funzione della contrattazione di obiettivi di salute; attivazione di reti educative, sociali e sanitarie; lavoro di *équipe* sui temi di Guadagnare Salute. Coordinamento didattico di progetti ministeriali: CCM Area Tabagismo dal 2006 ad oggi; valutazione di efficacia degli interventi di prevenzione di uso scorretto di alcol che vedano i giovani come risorsa. Programmazione curriculare interistituzionale fra Scuola e Sanità.

P124 INTERVENTO DI PREVENZIONE NUTRIZIONALE “MED-FOOD ANTICANCER PROGRAM”

Antoniciello Antonietta (a), Panunzio Michele Fernando (a), Caporizzi Rossella (b), Cela Enza Paola (a)

(a) SIAN, Dipartimento di Prevenzione, ASL, Foggia

(b) Università degli Studi di Foggia, LM Scienze degli Alimenti e Nutrizione Umana, Foggia

Introduzione. L'efficacia degli interventi di sanità pubblica nel promuovere congiuntamente l'attività fisica, la dieta mediterranea e il consumo di alimenti non è stata ancora ben ricercata. Scopo del *Med-Food Anticancer Program* è quello di promuovere l'alimentazione mediterranea, valutata mediante l'Indice di Adeguatezza Mediterranea (IAM), di promuovere il consumo degli alimenti e di incrementare l'attività motoria (diecimila passi giornalieri).

Metodi. Il MFAP è un intervento strutturato promosso e gestito dal Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) della ASL e coinvolge gli adulti, le famiglie, gli enti, le associazioni e le istituzioni. La durata del MFAP è di 25 settimane ed è stato sviluppato in due periodi consecutivi. La parte intensiva di 15 settimane consta di tre fasi: formazione, esperenziale e sincretica (l'apprendimento in questa fase è rinforzato secondo il modello attuato nel laboratorio del gusto). La parte resiliente di 10 settimane serve a rinforzare il cambiamento e le abilità conseguite nella parte intensiva, in collaborazione con gli psicologi dell'ASL.

Risultati. Lo studio caso-controllo di efficacia ha indagato, oltre che sul consumo di alcuni alimenti e sull'attività motoria, anche sul cambiamento dei parametri antropometrici, dietetici e metabolici nel gruppo di intervento ed in quello di controllo. Il gruppo di intervento ha mostrato un miglioramento significativo nel peso corporeo, nell'indice di massa corporea, nella glicemia a digiuno, nell'insulinemia a digiuno, nella proteina C-reattiva, l'Indice di Adeguatezza Mediterraneo (+213), l'attività motoria (espressa in passi al giorno, +200%), il consumo di frutta (+38,8%), verdura (+29,3%) e fibra alimentare (+38%). Al contrario, il gruppo di controllo non ha mostrato variazioni significative nei parametri misurati.

Conclusioni. Il Piano regionale della prevenzione 2010-2012 della Regione Puglia ha previsto l'attuazione del MFAP nell'ambito della macroarea “Prevenzione universale” - linea di intervento “Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate” - su di una popolazione *target* di circa due milioni di soggetti, corrispondente a quella residente nella fascia di età tra i 30 ed i 70 anni. Il MFAP, pertanto, è il primo programma istituzionale di prevenzione dei tumori mediante la promozione della dieta mediterranea e dell'attività motoria.

P125 STESURA PARTECIPATA DI UN BANDO DI CONCORSO PER FINANZIARE PROGETTI DI COMUNITÀ SU GUADAGNARE SALUTE

Arlotti Alberto (a), Angelini Paola (a), Beltrami Patrizia (a), Bosi Sandra (b), Durante Marilena (a), Fridel Marina (a), Ferrari Annamaria (a)

(a) *Direzione Generale Sanità, Regione Emilia-Romagna, Bologna*

(b) *Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori, Sezione Reggio Emilia*

Introduzione. Le numerosissime attività di Promozione della salute in corso in Italia hanno mostrato come sia difficile attivare veramente interventi sui 4 fattori di GS a causa delle resistenze a lavorare in rete all'interno del SSN e a attivare le alleanze necessarie con gli attori del territorio.

Metodi. I gruppi aziendali di Guadagnare Salute dovrebbero esprimere qualcosa di più della somma degli esperti dei 4 fattori di rischio, ma squadre con linguaggi, metodi, strategie, obiettivi, responsabilità, finanziamenti ecc. condivisi. La condivisione di obiettivi di salute dovrebbe poi essere allargata a Enti locali e altre Istituzioni per favorire il recepimento dei progetti con modalità non esclusivamente e non prioritariamente sanitarie. Per dare risoluzione al problema si è immaginato un percorso di progettazione partecipata di un bando di finanziamento di interventi di comunità.

Risultati. Il percorso, della durata di 2 anni, avviato dalla Regione Emilia-Romagna prevede dapprima il monitoraggio delle iniziative di comunità in corso in Regione sui 4 fattori di rischio, per esplorare in particolare le modalità di attivazione delle reti e delle alleanze e le relative ricadute degli interventi sulla comunità e sulla organizzazione dei Servizi all'interno della ASL. Successivamente le schede delle iniziative pervenute più interessanti verranno studiate dai *team* che le hanno inviate in un apposito seminario con esperti. Gli stessi *team*, poi, collaboreranno alla stesura partecipata di un bando di finanziamento per interventi di comunità sui 4 fr di GS. Il bando terrà conto delle indicazioni emerse dal *benchmarking* del seminario. Espletate le procedure concorsuali, i vincitori verranno formati in seminari, che faranno seguito al primo citato, ed infine avvieranno i loro progetti. I *team* vincitori saranno affiancati nella conduzione degli interventi da esperti appositamente scelti dalla Regione.

Conclusioni. La condivisione di linguaggi, metodi, strategie, obiettivi, responsabilità, finanziamenti ecc. tra gruppi di lavoro entro alla ASL e tra Sanità e attori del territorio è uno degli ostacoli maggiori allo sviluppo concreto delle iniziative di Guadagnare Salute. La co-progettazione di un bando di finanziamento per iniziative di GS pare uno strumento da esplorare per avviare attività di successo.

“PROMUOVERE SALUTE: QUATTRO REGIONI ITALIANE ALLA RICERCA DI UN MODELLO EFFICACE”

Arlotti Alberto (a), Azzarito Caterina (b), Beltrami Patrizia (a), Giaimo Mariadonata (c), Russo Francesca (d), Tosti Anna (c)

(a) *Regione Emilia-Romagna, Bologna*

(b) *Regione Calabria, Catanzaro*

(c) *Regione Umbria, Perugia*

(d) *Regione Veneto, Venezia*

Introduzione. Il progetto Sviluppare a livello locale la promozione della salute, secondo i principi del programma “Guadagnare Salute” finanziato dal CCM e coordinato dalla Regione Umbria che ha visto coinvolte le Regioni Calabria, Emilia-Romagna e Veneto aveva come obiettivo generale l’individuazione e la sperimentazione nelle Regioni partecipanti al progetto di un approccio appropriato per la promozione della salute.

Metodo. A partire dalla lettura dei bisogni di salute dei territori scelti come luogo per la sperimentazione, le quattro Regioni hanno condiviso il modello della progettazione partecipata, declinandolo in modo differente nei diversi territori consapevoli che comunque il “promotore della salute” debba possedere competenze specifiche. Per tale ragione, in ciascuna Regione, la realizzazione concreta del progetto è stata supportata da un percorso formativo che ha coinvolto, accanto agli operatori sanitari, quelli della scuola, gli amministratori locali e i rappresentanti della società civile.

Risultati. I risultati, in termini di processo, finora conseguiti sono:

- la definizione delle competenze che il promotore della salute deve possedere e l’ipotesi di un percorso formativo “allargato” a sostegno degli operatori non solo delle Aziende Sanitarie, ma anche della Scuola e dei Comuni durante il lavoro;
- la costituzione in ogni territorio di reti interistituzionali per la PS e la stipula di numerosi protocolli d’intesa;
- l’applicazione concreta di una griglia di requisiti minimi di qualità che un progetto di promozione della salute deve avere, e l’apertura di un confronto con il gruppo nazionale che si occupa delle “Buone pratiche” per la Promozione della salute;
- l’applicazione, in bacini territoriali di ampia diversità (provinciale, comunale, distrettuale, ecc.) della progettazione partecipata;
- l’ipotesi della costruzione di un sistema di indicatori per la valutazione di processo e di esito degli interventi attivati.

Conclusioni. A partire da una metodologia comune e da una nuova consapevolezza negli operatori rispetto alle competenze possedute, nelle quattro Regioni, si sono attivati una molteplicità di interventi, che hanno coinvolto gran parte della società civile nei territori interessati dai progetti, anche attraverso un “effetto alone” influenzato dalla costituzione delle reti per la Promozione della Salute. Dal punto di vista degli operatori del sistema sanitario, al termine del progetto, sono definibili le condizioni necessarie affinché la promozione della salute assuma il ruolo di una attività inserita nei livelli essenziali di assistenza.

STORICA-MENTE PER LA PREVENZIONE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Aversa Anna Maria, Forte Genoveffa, Santamaria Palombo Francesca, Ragazzi dell'Istituto Comprensivo Tecnico-Commerciale di Castelforte (Latina)
Azienda USL, Latina

Introduzione. L'immaturità relazionale e l'analfabetismo affettivo dei giovani si traducono in comportamenti a rischio per la salute: sedentarietà, fumo, alcool, stupefacenti, disturbi alimentari. I comportamenti non salutari in età adolescenziale sono superabili con interventi di promozione della salute sinergici ed intersetoriali, che riconoscono alla salute valore in tutte le politiche. A partire dalla sorveglianza sull'estremo territorio del sud-pontino e da una ricerca effettuata in collaborazione con la Facoltà di Psicologia dell'Università La Sapienza di Roma, la U.O.S Promozione Salute e il Consultorio Familiare del Distretto 5 della Azienda USL Latina ha promosso la realizzazione di una rete intersetoriale comprendente anche Sert, Scuola, Comune, Volontariato, Parrocchia, Famiglia e soprattutto i giovani, volta a potenziare le risorse individuali e collettive in un ambiente sociale fortemente problematico. I ragazzi, attraverso la conoscenza del territorio, hanno scoperto che gioia, dolore, gratificazioni e difficoltà "viaggiano" insieme a comportamenti salutari e non. Così, attraverso un programma di escursioni storico-culturali, guidate e da guidare, hanno consapevolmente costruito un percorso di vita alternativo alla sedentarietà, al rifugio illusorio in totem tecnologici o all'abuso di cibo, bevande e sostanze, che non offrono alcuno strumento di scelta per "identificarsi".

Metodi. Metodologia innovativa del progetto Adolescente-mente (Premio alle migliori pratiche CCM 2009) basata sull'ascolto del bisogno dei ragazzi e sull'*empowerment* delle loro potenzialità e applicata, in rete *multi-stakeholder*, per favorire il ruolo attivo dei veri protagonisti di una nuova cultura della salute.

Risultati. Costruzione di una guida turistico-culturale con la quale i giovani possono sperimentare e mantenere comportamenti salutari attraverso la conoscenza di sé nel territorio. Manifestazione locale per la ricapitalizzazione del percorso e per vivere la salute come responsabilità socialmente diffusa e condivisa.

Conclusioni. I ragazzi desiderano ricapitalizzare la loro esperienza di crescita personale e la conquista della nuova cultura della salute attraverso la presentazione diretta del lavoro al Convegno di Venezia.

P126 SCUOLA E SANITÀ DA UNA “REGIONE IN MOVIMENTO” ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE COME PROPOSTA PEDAGOGICA STABILE

Azzarito Caterina (a), Mercurio Rosario (b), Faillace Franca (c), Cavalcanti Anna (d), Epifanio Angela (e), Grasso Maria Beatrice (f), Spadafora Carmine (g), Scarpino Miriam (h), Amendola Rosa (i), Lattari Patrizia (l), Nardo Sabina (m), Siclari Maria Carmela (n)

(a) *Regione Calabria, Catanzaro*

(b) *Ufficio Scolastico Regionale Calabria, Catanzaro*

(c) *Azienda Sanitaria Provinciale, Catanzaro*

(d) *Azienda Sanitaria Provinciale, Cosenza*

(e) *Azienda Sanitaria Provinciale, Reggio Calabria*

(f) *Azienda Sanitaria Provinciale, Vibo Valentia*

(g) *Azienda Sanitaria Provinciale, Crotone*

(h) *Ufficio Scolastico Provinciale, Catanzaro*

(i) *Ufficio Scolastico Provinciale, Cosenza*

(l) *Ufficio Scolastico Provinciale, Crotone*

(m) *Ufficio Scolastico Provinciale, Vibo Valentia*

(n) *Ufficio Scolastico Provinciale, Reggio Calabria*

Introduzione. La realizzazione delle attività di prevenzione e promozione della salute da svolgere nelle scuole calabresi di ogni ordine e grado si è concretizzata nell’anno scolastico 2011/2012 con la sottoscrizione del protocollo d’intesa tra Regione Calabria e USR, che ha lo scopo di avviare formalmente un rapporto di collaborazione interistituzionale per favorire e sostenere lo svolgimento a livello scolastico di attività, iniziative nel campo della prevenzione e promozione della salute rendendo operativi a livello locale i programmi nazionali Guadagnare Salute e Benessere dello Studente e dei progetti contenuti nel PRP 2010/2012.

Metodo. In una “Scuola che promuove la salute” tutte le azioni sono ispirate da una filosofia basata su principi di democrazia ed equità, dove si individuano e si mettono in atto strategie per promuovere la salute e il benessere di tutti a scuola, dove si educa con coerenza e chiarezza, promuovendo la partecipazione e l’impegno di tutti. Alla base di questo modello abbiamo un gruppo interistituzionale scuola e sanità, dirigenti e docenti che guidano autorevolmente le scelte per promuovere la salute a scuola, favoriscono la condivisione dei progetti per la salute, il confronto e la capacità di lavorare in gruppo, e sviluppano una comunicazione positiva ed efficace.

Risultati. Meeting regionale di formazione per i docenti delle scuole dell’infanzia per l’attuazione dei progetti: “pacchetto didattico per gli insegnanti della scuola dell’infanzia sulla prevenzione degli infortuni domestici”, “screening dell’ambliopia e dei vizi di rifrazione in età evolutiva”, screening audiologico infantile, educazione alimentare e attività fisica, “emozioni in gioco” imparare attraverso il movimento lo star bene a scuola. Meeting formativi docenti della scuola primaria attività di prevenzione e promozione della salute delle patologie orali, sana alimentazione ed attività fisica, attività motoria e sportiva.

Conclusioni. la collaborazione tra la scuola e la sanità è stata avviata su tutto il territorio regionale attraverso il coinvolgimento delle scuole, con la attuazione di progetti, che incentivano una attività partecipata nei programmi di promozione della salute finalizzati a promuovere le *Life Skills* nei ragazzi e aumentare l'*empowerment* nella scuola che promuove salute.

BERGAMO: LA RETE PROVINCIALE DI AZIENDE CHE PROMUOVONO SALUTE

Barbaglio Giorgio (a), Moretti Roberto (a), Cremaschini Marco (a), Bonfanti Marina (b),
Coppola Liliana (b)

(a) ASL, Bergamo

(b) Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia, Milano

Introduzione. Regione Lombardia sostiene pianificazioni locali integrate e multisettoriali di interventi *evidence based*, finalizzati alla promozione di stili di vita favorevoli alla salute, attraverso azioni di *Governance* (programmazione, indirizzi, formazione). Nella letteratura scientifica si sono accumulate negli anni indicazioni circa l'efficacia di programmi integrati di promozione della salute nelle aziende (WHP). RL ha inserito i programmi WHP tra gli obiettivi del PRP e delle regole di sistema 2011 e 2012. L'ASL di Bergamo, in collaborazione con Confindustria, la Provincia, i Sindacati e numerose altre *partnership* istituzionali ed associative ha costruito una rete di aziende che effettuano un programma WHP.

Obiettivi:

- applicare un approccio di WHP sperimentato con successo in 2 aziende nell'anno 2011;
- finalizzare un sistema di accreditamento (strumenti, metodi, monitoraggio e valutazione) per le "aziende che promuovono salute";
- estendere la rete WHP ad almeno il 10% delle aziende provinciali con più di 90 dipendenti entro il 2015, valorizzando la rete all'EXPO di Milano.

Il progetto si è sviluppato nelle seguenti fasi:

- costruzione di *partnership*;
- costruzione di un manuale di buone pratiche per la promozione della salute in azienda;
- sperimentazione dell'efficacia nel contesto locale in due aziende;
- estensione del modello.

Le aree di intervento sono sei: fumo; alimentazione; attività fisica; incidenti stradali e mobilità sostenibile; alcol; benessere personale e sociale.

Risultati e Conclusioni. Attualmente è in corso la fase di estensione. Nelle due aziende "pilota" i risultati in termini di comportamenti sani dei lavoratori sono incoraggianti. Sono stati restituiti 263 questionari iniziali che hanno permesso la formulazione di una "diagnosi aziendale" di rischio. Ad un anno di distanza sono stati somministrati 296 questionari che hanno rilevato cambiamenti nella distribuzione dei fattori di rischio. Il gradimento del progetto presso i lavoratori è stato molto elevato. Il progetto ha proposto interventi di formazione/sensibilizzazione sugli stili di vita, modifica di contesto a livello della mensa aziendale. A livello di rete i risultati sono molto incoraggianti: all'iniziativa hanno già aderito oltre 30 aziende con circa 10.000 lavoratori interessati.

TRA DIPENDENZA E AUTONOMIA: IL RUOLO DELLA SALUTE DEI GIOVANI

Beacco Virginio (a), Masci Silvia (a), Sabbion Roberta (a), Burgio Francesco (a), Romanin Silvano (b), Franzolini Annamaria (c), Giotta Domenico (d), Popaiz Massimiliano (e)

(a) Azienda per i Servizi Sanitari n.6 Friuli Occidentale, Pordenone

(b) Prefettura, Pordenone

(c) Ufficio Scolastico Provinciale, Pordenone

(d) IPSIA Zanussi, Pordenone

(e) Centro di Aggregazione Giovanile, Pordenone

Introduzione. In riferimento agli obiettivi adottati dall'OMS, inizio sano della vita e salute dei giovani, l'Azienda Sanitaria n.6 Friuli Occidentale ha promosso un lavoro con le istituzioni del territorio per l'implementazione di un programma di prevenzione delle dipendenze e di promozione della salute. Il programma triennale "Rideremo tra vent'anni" si pone in un ottica salutogenica come processo che genera una salute più persistente e sostenibile attraverso la valorizzazione delle risorse interne ed esterne delle persone e della comunità per potenziarne l'*empowerment* e lo sviluppo di *Life Skills* dei giovani.

Metodi. Si è fatto riferimento al modello multidimensionale di Green e Kreuter "Procede/Proceed" che riconosce la molteplicità dei fattori che agiscono sulla salute e la qualità della vita. Le fasi sono:

1. creazione di un gruppo di riferimento per valutare la qualità della vita della popolazione studentesca e definire i problemi di salute aggredibili attraverso risorse educative e promozionali;
2. coinvolgimento degli studenti utilizzando i canali di comunicazione quali musica, video, cabaret con messaggi trasmessi dagli artisti sul tema della salute;
3. raccolta di dati (qualitativi e quantitativi) e somministrazione di un questionario strutturato a 2.000 studenti;
4. elaborazione dei dati e descrizione della situazione socio-epidemiologica identificando le priorità sociali della comunità;
5. identificazione delle priorità di azione e dei motivi che portano ad adottare quel comportamento;
6. definizione degli obiettivi di attività e degli obiettivi a breve, medio e lungo termine;
7. definizione dei fattori predisponenti.

Risultati. Creazione di una rete di istituzioni che intende promuovere salute. Hanno partecipato al gruppo di lavoro le istituzioni della provincia (Provincia, Ufficio scolastico provinciale, Istituzioni scolastiche, Forze dell'ordine, Ambiti socio assistenziali, Centri aggregativi) coordinate dalla Prefettura di Pordenone. La Direzione sanitaria e il Dipartimento delle dipendenze dell'Ass. 6 hanno sostenuto teoricamente e metodologicamente il gruppo di lavoro. La rete creata ha attivato programmi e progetti per promuovere ambienti *empowering* e scuole che promuovono salute.

Conclusioni. Il programma intende misurare l'autoconsapevolezza attraverso questionari e la diminuzione dei comportamenti a rischio.

P127 IL LABORATORIO COME STRUMENTO DI COLLABORAZIONE TRA ASL, SCUOLE E TERRITORIO A SOSTEGNO DELL'*EMPOWERMENT* DELLA COMUNITÀ

Bellan Giorgio (a), Molino Maria Rita (a), Dupont Maria Franca (a), Massasso Alberto (a), Simonelli Barbara (a), Fassina Simona (a), Vessio Davide (b)

(a) *ASL TO4, Chivasso, Torino*

(b) *Psicologo Collaboratore Professionale, Settimo Torinese, Torino*

Introduzione. Nell'ASL TO4 Regione Piemonte alcuni operatori sanitari e insegnanti avevano già sperimentato il confronto e la co-progettazione attraverso lo strumento del laboratorio. Il progetto Guadagnare Salute in Adolescenza/alimentazione e attività fisica è stata l'occasione istituzionale per estendere a tutto il territorio aziendale questa metodologia di lavoro all'interno delle Scuole secondarie, utilizzando le buone pratiche e in linea con il programma nazionale Scuola e Salute, partendo dai dati delle sorveglianze territoriali su sovrappeso e obesità nella popolazione infantile.

Metodi. Si è scelto di aderire a Guadagnare Salute in Adolescenza, alimentazione e attività fisica con l'applicazione locale dei progetti Paesaggi di prevenzione e Ragazzi in gamba. Nell'a.s. 2011/2012 gli insegnanti hanno sperimentato con gli studenti i materiali didattici multimediali e le schede di attività forniti dalle due progettazioni e, avvalendosi di tecniche di didattica attiva hanno coinvolto i loro allievi nello sviluppo delle competenze trasversali utili a promuovere le *Life Skills*. Lo strumento operativo utilizzato negli incontri tra insegnanti ed esperti è stato il laboratorio che ha offerto l'opportunità di rispondere ai bisogni formativi degli insegnanti, e li ha coinvolti nella progettazione, sostenendo il lavoro di rete e consentendone la sostenibilità.

Risultati. Per l'attivazione del progetto è stato organizzato dall'ASL TO4, un corso di 12 ore a cui hanno partecipato 28 insegnanti. Le adesioni alle attività sono state condivise da 5 scuole sec. di 2° grado (25% degli Istituti superiori) e 4 scuole sec. di 1° grado con una partecipazione complessiva di 30 classi, composte da 600 allievi di età compresa tra i 14/17 anni. È prevista per la fine di giugno 2012 la valutazione di processo rispetto alle linee di progetto.

Conclusioni. Con questo modello di collaborazione tra Sanità, Scuola e territorio si tenta di proporre un sistema che, mettendo in rete insegnanti e operatori, integra formazione, progettazione e impegni istituzionali formalizzati con appositi regolamenti in cui le scuole si impegnano a sostenere la promozione della salute della comunità. Si sta programmando di allargare anche alle scuole primarie, il medesimo approccio organizzativo.

ATTIVITÀ FISICA QUOTIDIANA NELLE ZONE 30

Bellomo Rocco (a), Zegna Elena (a), Castagna Loretta (a), De Noni Lucia (b), Ciddio Paola (c), Vallenari Laura (c)

(a) Comune, Verona

(b) Esperta di Sanità Pubblica, già Responsabile del Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria, Verona

(c) Dipartimento Prevenzione, ULSS 20, Verona

Introduzione. Agenzie ed organismi internazionali hanno recentemente individuato nell'ambiente costruito uno dei fattori che influenzano in modo sostanziale le condizioni di salute della popolazione, in senso positivo o negativo. Numerosi studi scientifici, in particolare, dimostrano che le scelte urbanistiche e viabilistiche sono fondamentali per garantire qualità della vita e benessere. Per questo il Comune di Verona insieme alla locale azienda sanitaria ha condotto una apposita ricerca per individuare i fattori di impatto sulla popolazione di un intervento di moderazione del traffico tramite istituzione di zone 30.

Metodi. È stata effettuata un'indagine campionaria che ha interessato i cittadini di età compresa tra 18 e 80 anni in due quartieri: il primo gode di una notevole estensione di zone 30 già da numerosi anni, nel secondo se ne ipotizza l'introduzione. Sono state raccolte tramite un apposito questionario numerose informazioni sullo stato di salute, sull'attività fisica, sulle abitudini e sulle percezioni. I dati emersi nei due quartieri sono stati messi a confronto e valutati anche in relazione ai risultati del sistema di sorveglianza PASSI.

Risultati. Non sempre vengono consapevolmente avvertiti i vantaggi delle scelte urbanistiche effettuate dall'ente locale. Nelle zone studiate vi è tuttavia una diffusa consapevolezza che il movimento sia un fattore positivo ed in entrambi i quartieri il cammino è l'attività più diffusa tra i pensionati e le casalinghe, l'andare in bicicletta interessa soprattutto la fascia di popolazione in età lavorativa. Queste attività sono indipendenti dal grado di istruzione. Nel quartiere con zona 30 è più elevata la percentuale di bambini che vanno a scuola a piedi o in bicicletta (e lo è pure la percezione del fatto da parte degli adulti) e parimenti si utilizzano di più le stesse modalità per fare spese e commissioni da parte degli adulti. La valutazione di una certa facilità di spostamento a piedi e in bicicletta registra un differenziale di circa il 55% a favore del quartiere con zone 30.

Conclusioni. È effettiva la modifica delle abitudini al movimento a seguito di interventi di moderazione del traffico anche quando le persone non siano del tutto consapevoli dell'opportunità che è stata loro offerta; ciò lascia spazio ad ulteriori modifiche dei comportamenti con opportuni interventi comunicativi.

P128 SAMBA - PROGETTO DI COMUNITÀ PER LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SALUTARI

Beltrami Patrizia (a), Paltretti Paola (b), Guberti Emilia (a), Garulli Andrea (a), Leoni Erica (c)

(a) Azienda USL, Dipartimento di Sanità Pubblica, Bologna

(b) Unione Italiana Sport per Tutti, Comitato Provinciale, Bologna

(c) Università degli Studi, Bologna

Introduzione. Il progetto ha realizzato con modalità integrata ed intersettoriale un percorso di promozione della salute attraverso la partecipazione dell’Azienda USL di Bologna, ente promotore, dell’Università di Bologna, dei Comuni di San Giovanni in Persiceto e di Budrio, dei bambini, insegnanti e famiglie delle scuole primarie del territorio e della UISP Provinciale. L’obiettivo di realizzare azioni integrate per migliorare le abitudini alimentari e incrementare l’attività motoria dei bambini, ha inteso, nello specifico, aumentare la consapevolezza sulle azioni da adottare per conseguire idonei stili di vita e motivare i destinatari a sperimentare nuovi comportamenti (alimentari e motori) in grado di trasformarsi in abitudini.

Metodo. In linea con il modello Precede-proceed, la metodologia prevede, in seguito alle diagnosi epidemiologica, comportamentale e ambientale, educativa e organizzativa, la progettazione di attività orientate alla modifica sia dei comportamenti del singolo/gruppo (approccio educativo), sia del contesto che sostiene i comportamenti scorretti (approccio socio-ecologico). Sono stati realizzati interventi integrati per modificare lo stile di vita individuale e familiare e creare ambienti favorenti lo sviluppo e il mantenimento di comportamenti salutari: pillole formative per insegnanti e genitori, laboratori del gusto per le famiglie, laboratori di cucina per i bambini, *dog walking*, pedibus e bicibus, attività motoria in classe, in cortile ed in palestra e “compiti a casa” con la comunità locale su quattro gesti motori (camminare e correre, pedalare, nuotare e ballare), fruendo della risorse strutturali del territorio.

Risultati. Sono previsti la valutazione di processo (*input* e attività implementate) e di risultato (su comportamento, ambiente, fattori PAR). La valutazione pre-post è stata realizzata attraverso la rilevazione delle capacità fisiche dei bambini e delle abitudini alimentari e motorie di insegnanti e famiglie con l’utilizzo di strumenti validati dalla letteratura.

Conclusioni. Il progetto ha perseguito obiettivi previsti dal Piano regionale della prevenzione dell’Emilia-Romagna, sviluppando con la comunità locale percorsi validati, tesi a sostenere un approccio *multitarget* e multicomponenti per facilitare il movimento e l’adozione di stili di vita salutari.

L'INIZIATIVA UNICEF ITALIA COMUNITÀ AMICA DEI BAMBINI PER L'ALLATTAMENTO MATERNO: STRATEGIA E STRUMENTI

Bettinelli Maria Enrica (a,b), Chapin Elise (b)

(a) ASL, Milano

(b) UNICEF Italia, Roma

Introduzione. L'Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini per l'allattamento (BFHI) OMS UNICEF è un intervento di provata efficacia che migliora i tassi di inizio dell'allattamento, in particolare quello esclusivo, e la sua durata, in alcuni casi anche a 3-6 mesi dalla nascita. Da più parti viene però richiamata la necessità di sviluppare interventi prima e dopo la dimissione ospedaliera, in modo da raggiungere gli obiettivi di salute raccomandati a livello internazionale come strategia globale (6 mesi di allattamento esclusivo e il proseguimento dell'allattamento materno fino a due anni e oltre). L'Iniziativa Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno (BFCI) è un programma che adatta ai servizi territoriali i criteri BFHI. La BFCI è presente in vari Paesi (Gran Bretagna, Canada, Nuova Zelanda, Australia, Argentina, Gambia) e nel 2007 è stata lanciata in Italia, in collaborazione con l'ASL di Milano.

Metodi/Obiettivi:

- descrivere lo scopo della BFCI;
- conoscere lo sviluppo della BFCI in Italia;
- descrivere gli Standard delle Buone Pratiche e gli altri strumenti della BFCI;
- presentare lo studio controllato multicentrico sulla BFCI.

Risultati. Attualmente sono 18 i Distretti Sociosanitari che a livello nazionale stanno applicando in modo rigoroso i principi della BFCI. Sono stati sviluppati standard, strumenti di autovalutazione e valutazione ed è stato applicato un modello a tappe per la valutazione. Sono stati formati da UNICEF Italia 50 tutor/valutatori. È stata allineata la formazione agli standard internazionali (Corso OMS UNICEF 20 ore). È stata riconosciuta l'ASL di Milano come prima Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento in Italia. È stata avviata una ricerca sull'impatto della BFCI sui tassi allattamento.

Conclusioni. L'Iniziativa Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno (BFCI) è ormai una realtà anche in Italia, è un'iniziativa complessa di *empowerment* di comunità, che indirizza i sistemi sanitari territoriali, in accordo con gli ospedali e la medicina di famiglia, ad accogliere bambini, mamme e famiglie offrendo servizi basati su interventi di provata efficacia, che facilitano la scelta informata dei genitori in tema di alimentazione infantile e di sostegno delle competenze genitoriali.

P129 SONNO E OBESITÀ IN UN CAMPIONE DI BAMBINI ITALIANI

Bevilacqua Noemi, Angelini Veronica, Censi Laura, Gruppo Zoom8
Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma

Introduzione. A livello internazionale cresce l'interesse sull'impatto delle ore di sonno sullo stato di salute dei bambini. Diversi studi hanno evidenziato in età infantile un'associazione tra una durata abituale del sonno insufficiente e un più alto indice di massa corporea. Nello studio ZOOM8 è stato esplorato tale argomento nei bambini italiani di 8-9 anni. Per tale fascia di età sono raccomandate almeno 10 ore di sonno per notte.

Metodi. Sono stati esaminati 2.103 bambini, selezionati in base alla classificazione delle Regioni italiane nelle 3 aree a bassa, media e alta prevalenza di sovrappeso/obesità (Nord, Centro e Sud). Lo stato ponderale è stato valutato tramite misura del peso e della statura, sulla base protocollo di OKKIO alla Salute, utilizzando le tabelle internazionali dell'IOTF; lo stile di vita e le ore medie di sonno per notte sono stati rilevati attraverso un questionario *ad hoc* somministrato ad un genitore.

Risultati. Solo il 25,4% dei bambini esaminati dorme in media almeno 10 ore per notte. Nel Nord questa percentuale è maggiore ($p<0,0001$) rispetto alle altre aree (32,6% al Nord, 17,8% al Centro e 25,4% al Sud). Anche la durata media di sonno per notte è risultata più elevata ($p<0,0001$) al Nord ($556,5\pm44$ min) rispetto al Centro ($540,6\pm45$ min) e al Sud ($541,4\pm51$ min). La durata del sonno è associata ($p<0,01$) allo stato di nutrizione: i bambini obesi dormono circa 20 minuti in meno rispetto ai normo/sottopeso e solo nel 17,1% dei casi dormono almeno 10 ore per notte, rispetto al 26,3% dei normopeso. Il 46,4% dei bambini ha un televisore in camera e questa caratteristica è risultata associata ($p<0,0005$) alla durata del sonno: i bambini con il televisore in camera dormono meno di 10 ore (76,1%) rispetto a chi non ce l'ha (72,9%). L'*Odds Ratio* aggiustato per genere, istruzione della madre, presenza del televisore in camera dimostra un rischio di dormire meno di 10 ore maggiore per i bambini obesi ($OR=1,6$).

Conclusioni. Anche se sono necessari ulteriori studi con rilevazione oggettiva delle ore di sonno, il presente lavoro può rappresentare un contributo allo studio del fenomeno e suggerisce che nell'impostare futuri programmi di educazione alla salute può essere importante tenere conto anche di questo aspetto.

P130 LA BUSSOLA DEL CIBO: METODOLOGIE INFORMATIVE E FORMATIVE INNOVATIVE PER ORIENTARSI NELL'ALIMENTAZIONE INSIEME AGLI ADULTI DELLA FILIERA

Bisagni Miriam (a), Marcon Anna (b), Calderone Barbara (c), Nicoli Maria Augusta (c)

(a) Federconsumatori, Piacenza

(b) Dottore di Ricerca in Psicologia Sociale, Libero Professionista, Udine

(c) Area Comunità, Equità E Partecipazione, Agenzia Socio-Sanitaria RER, Bologna

Introduzione. Il tema dell'alimentazione sta assumendo un interesse crescente nei Paesi dell'Unione Europea. Nonostante gli innumerevoli interventi per promuovere uno stile di vita sano, l'aggiustamento della dieta in risposta a raccomandazioni nutrizionali avviene con difficoltà, in particolare per gli adulti. Ciò accade anche per i limiti insiti negli interventi preventivi rivolti al singolo: l'alimentazione, infatti, non è un'azione puramente individuale, ma è intrisa di significati simbolici, culturali e sociali. Emerge, di conseguenza, l'esigenza di affrontare tale tematica nella sua complessità, per programmare azioni preventive realmente efficaci. Sulla base di queste considerazioni, è emersa l'esigenza di affrontare la questione dell'alimentazione da una prospettiva di comunità, di filiera agroalimentare e stile di vita. Nello specifico, sono stati coinvolti per un'intera giornata alcuni cittadini del territorio provinciale, rappresentanti significativi della filiera, al fine di giungere ad una rappresentazione sociale condivisa del problema e all'individuazione di alcune piste di azioni percorribili nel territorio piacentino.

Metodi. Per favorire lo scambio ed il confronto tra i diversi attori, la giornata è stata strutturata utilizzando la metodologia del *Future Work Shop*. Hanno partecipato all'incontro 21 cittadini, diversi per professione, stile di vita, età, tra cui alcuni rappresentanti del mondo sanitario, politico, scolastico ed economico (ristoratori ed istruttori di fitness).

Risultati. È emersa una rappresentazione molto complessa ed articolata del comportamento alimentare e sono state proposte alcune azioni preventive complesse. In fase di convegno saranno illustrati i principali risultati emersi ed i vantaggi/svantaggi riscontrati nell'utilizzo della metodologia del *Future Workshop* applicato alla filiera e alla popolazione adulta.

Conclusioni. Il Laboratorio del Futuro ha avuto il merito di mettere attorno ad un tavolo persone che, all'interno del contesto piacentino, affrontavano il tema alimentare da prospettive differenti (sanitario, educativo, del business, da consumatori) al fine di costruire un terreno di scambio condiviso, a partire dalle esperienze, dai bisogni, dalla istanze di persone portatori di interessi differenti, dando voce alla comunità nel suo complesso.

P131 L'IMPATTO DELLA COSTITUZIONE DELLA BANCA DEL LATTE UMANO DONATO SULL'ALLATTAMENTO AL SENO MATERNO

Bisceglia Massimo, Corapi Umberto, Poerio Vincenzo, Belcastro Antonio, Mesuraca Luigi,
Spadafora Carmine, Cernunzio Antonella
UO Patologia Neonatale TIN, Ospedale, Crotone

Introduzione. I vantaggi per la società oltre che per il singolo individuo dell'allattamento al seno sono innumerevoli, in termini di riduzione dell'incidenza di obesità, allergia e infezioni. Gli interventi atti a promuovere l'allattamento al seno materno sin dal primo giorno di vita, pertanto rivestono un ruolo importante anche per la prevenzione e tutela della salute del neonato e della collettività. La Banca del Latte Umano Donato (BLUD) è un sistema di raccolta conservazione e distribuzione di latte umano donato che si avvale di personale esperto e tecnologie volte al controllo della qualità e sicurezza dell'alimento destinato a neonati e lattanti con patologie varie. L'impatto di una BLUD sull'assistenza neonatologico-pediatrica è stato ovviamente notevole, considerato il ruolo non solo nutritivo ma "terapeutico" del latte umano, così come quello informativo e di educazione sanitaria attraverso la promulgazione della stessa.

Metodi. Nel 2005 è stata inaugurata nell'Ospedale di Crotone la BLUD, in seguito alla formazione del personale e all'acquisto di specifiche attrezzature (pastorizzatrice, congelatore -20°, tiralatte). Nei due anni precedenti era stata effettuata una indagine conoscitiva su tutti i nati nel nosocomio al fine di valutare il tasso di allattamento al seno alla dimissione, a 1 mese, a 3 e 6 mesi. La costituzione della BLUD è stata accompagnata da una importante promulgazione e diffusione della notizia con particolare attenzione al ruolo e all'importanza del latte materno attraverso campagne mediatiche (radio, giornali, televisioni locali) e attraverso il coinvolgimento del personale neonatologico ai corsi di preparazione al parto. Nuova indagine nei due anni seguenti (2005-6) per valutare l'impatto sul tasso di allattamento.

Risultati. Arruolati 1.700 nati vivi negli anni 2004-5. Tasso allattamento al seno alla dimissione 55%, 1 mese 38%, 3 mesi 26%, 6 mesi 18%. Anni 2005-6: arruolati 1.820 neonati. Tasso allattamento al seno alla dimissione 85%, 1 mese 74%, 3 mesi 65%, 6 mesi 55%.

Conclusioni. L'educazione sanitaria, le campagne informative, le gratificazioni del personale e dell'utenza attraverso l'istituzione di una BLUD hanno determinato un innalzamento dei tassi di allattamento con un impatto positivo sulla salute del neonato, della madre e della società che ne beneficia.

P132 UNA PROPOSTA OPERATIVA PER LA PROMOZIONE DI SANI STILI DI VITA NEL REPARTO DI CARDIOLOGIA DELL'OSPEDALE SANTA CHIARA DI TRENTO

Bonani Norma (a), Vivori Cinzia (b), Battisti Laura (c), Bertoldi Manuela (a), Bezzi Eugenia (a), Bonmassari Roberto (a)

(a) UO Cardiologia, Provincia Autonoma di Trento

(b) Servizio Igiene Vallagarina, Provincia Autonoma di Trento

(c) Osservatorio per la Salute, Provincia Autonoma di Trento

Introduzione. Fumo di sigaretta, sedentarietà, cattiva alimentazione e consumo a rischio di alcol sono fattori di rischio per le malattie cardiovascolari. L'adozione di sani stili di vita è fondamentale anche nella prevenzione secondaria per migliorare durata e qualità della vita. Al fine di garantire e rendere omogenea l'informazione data ai pazienti sugli stili di vita a livello ospedaliero è stata elaborata una proposta di educazione terapeutica rivolta ai pazienti con Sindrome Coronaria (SCA).

Metodo. Revisione della letteratura per valutare la rilevanza del problema e gli interventi efficaci realizzabili a livello di reparto. Analisi dei dati PASSI del Trentino per valutare la prevalenza dei fattori di rischio nella popolazione cardiopatica. Presentazione della problematica e acquisizione del consenso di elaborare una proposta operativa da parte della coordinatrice infermieristica e del primario. Analisi del contesto organizzativo e delle risorse umane disponibili. Elaborazione del progetto e condivisione con i decisorи. Presentazione del progetto a tutta l'*équipe*.

Risultati. Tra i cardiopatici trentini il 24% fuma, il 22% è sedentario, il 36% è in eccesso ponderale, il 47% è iperteso, il 52% ipercolesterolemico e il 14% ha sintomi di depressione. La percentuale di cardiopatici che hanno ricevuto consigli da parte di operatori sanitari è insoddisfacente (per es. un terzo dei fumatori cardiopatici non ha ricevuto il consiglio di smettere). La proposta operativa prevede: Due incontri di gruppo settimanali multidisciplinare con i pazienti. I temi affrontati comprendono eziopatogenesi della malattia, fattori di rischio e stili di vita, interventi terapeutici disponibili. I conducenti dei gruppi sono infermieri, medici e pazienti esperti precedentemente formati attraverso la formazione sul campo. Tra il primo e il secondo incontro viene svolto un colloqui motivazionale breve. Ai pazienti dimessi viene offerta la partecipazione ad un incontro medico condiviso (*shared medical appointment*) e verrà effettuata una telefonata di *follow-up* per rinforzare i messaggi, la motivazione dei pazienti e valutare l'efficacia.

Conclusioni. È stato possibile elaborare una proposta operativa e condivisa di promozione di sani stili di vita in ambito ospedaliero. La messa in pratica del progetto è prevista per autunno 2012.

P133 ACCORDI INTERSETTORIALI PER SOSTENERE LA PROGRAMMAZIONE LOCALE DI INTERVENTI FINALIZZATI ALLA PROMOZIONE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE IN REGIONE LOMBARDIA

Bonfanti Marina (a), Coppola Liliana (a), Fanuzzi Antonio (a), Pirola Maria Elena (a), Fortino Ida (a), Burzilleri Liliana (a), Valera Susanna (b), Caputo Eliana (c), Golia Gessyca (c), Capello Roberto (d), Alvaro Roberto (d), Mavellia Giovanna (e), Morghen Giancarlo (f), Poli Palmino (g), Ranzani Claudio (g), Betocchi Massimo (h), Gennuso Marco (i), Perotti Roberto (l), Mandelli Andrea (m), Racca Anna Rosa (n), Bordoni Giovanni (o), Tinghino Biagio (p), Baggio Bruna (q), Gramagna Maria (a)

(a) *DG Sanità, Regione Lombardia, Milano*

(b) *DG Commercio, Turismo e Servizi, Regione Lombardia, Milano*

(c) *DG Semplificazione e Digitalizzazione, Regione Lombardia, Milano*

(d) *Unione Regionale Panificatori Lombardia, Grassobbio, Bergamo*

(e) *Confcommercio Lombardia, Milano*

(f) *Confesercenti Lombardia, Milano*

(g) *ASSITOL, Roma*

(h) *IREKS Italiana Spa, Paderno Dugnano, Milano*

(i) *CNA Alimentare Lombardia, Milano*

(l) *Confartigianato Alimentare Lombardia, Milano*

(m) *Federazione degli Ordini dei Farmacisti della Lombardia, Milano*

(n) *Federfarma Lombardia, Milano*

(o) *Assofarm/Confservizi Cispel Lombardia, Milano*

(p) *Società Italiana di Tabaccologia, Roma*

(q) *Ufficio Scolastico Regionale, Milano*

Introduzione. Agire sui determinanti socio-economici e ambientali delle malattie croniche, dare maggior credibilità ai messaggi da veicolare, consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni, assicurare un'informazione univoca e completa, necessita di alleanze tra soggetti portatori di interesse e settori diversi della società e di azioni sinergiche. In quest'ottica Regione Lombardia, per attuare iniziative concrete, mirate a favorire cambiamenti nei comportamenti e nell'ambiente di vita delle persone, ha stipulato accordi intersettoriali, prima tappa di un processo in continua evoluzione.

Metodi. Istituiti tavoli di lavoro regionali con più Direzioni Generali, Associazioni di categoria, Ufficio scolastico regionale, per definizione partecipata di strategie, obiettivi, azioni e criteri di valutazione su iniziative facilitanti opportunità su stili di vita salutari. Sostegno agli interventi concordati mediante governante regionale: accordi, obiettivi DG ASL, direttive alle ASL, percorsi formativi, strumenti comunicativi.

Risultati. Nel 2010-12 in Regione stipulati accordi con:

- panificatori artigianali per produrre e vendere pane con ridotto contenuto di sale per prevenire il rischio di insorgenza di patologie cardiovascolari. Aderenti all'accordo circa 500 panificatori (13%);

- farmacisti per promuovere comportamenti favorevoli alla salute (cessazione dell'abitudine tabagica, corretta alimentazione, pratica attività motoria) mediante tecnica di *counseling* motivazionale breve. 5 province lombarde stanno sperimentando l'iniziativa per valutarne fattibilità, definire criteri di valutazione e misurarne l'efficacia;
- Ufficio Scolastico Regionale per sviluppare la titolarità delle scuole sui processi di salute nel contesto scolastico: curricula, ambienti fisici/organizzativi, relazioni interpersonali e con le comunità locali. 60 scuole stanno sperimentando il “Modello lombardo delle scuole che promuovono salute”.

Conclusioni. Gli interventi di promozione di stili di vita salutari è facilitata dalla definizione partecipata di strategie, obiettivi, azioni e modalità di valutazione delle iniziative intersetoriali; stipula di accordi regionali che impegnino i portatori di interesse ad attuare quanto previsto; forte *governance* regionale. È fondamentale sostenere le iniziative, cambiando, se necessario, strategia in corso d'opera, in quanto, a fronte di avvii positivi, gli interventi nel tempo tendono lentamente ad arrestarsi.

“CON MENO SALE NEL PANE C’È PIÙ GUSTO E... GUADAGNI IN SALUTE” - ACCORDO INTERSETTORIALE E POLITICHE REGIONALI PER SOSTENERE LA PRODUZIONE E VENDITA DI PANE CON RIDOTTO CONTENUTO DI SALE IN REGIONE LOMBARDIA

Bonfanti Marina (a), Coppola Liliana (a), Fanuzzi Antonio (a), Pirola Maria Elena (a), Fortino Ida (a), Burzilleri Liliana (a), Valera Susanna (b), Caputo Eliana (c), Golia Gessyca (c), Capello Roberto (d), Alvaro Roberto (d), Mavellia Giovanna (e), Morghen Giancarlo (f), Poli Palmino (g), Gramagna Maria (a)

(a) *DG Sanità, Regione Lombardia, Milano*

(b) *DG Commercio, Turismo e Servizi, Regione Lombardia, Milano*

(c) *DG Semplificazione e Digitizzazione, Regione Lombardia, Milano*

(d) *Unione Regionale Panificatori Lombardia, Milano*

(e) *Confcommercio Lombardia, Milano*

(f) *Confesercenti Lombardia, Milano*

(g) *ASSITOL, Roma*

Introduzione. In coerenza con il programma “Guadagnare Salute”, Regione Lombardia è impegnata con politiche intersettoriali di sistema, che coinvolgono più Direzioni regionali in partenariato con operatori economici del territorio. Il partenariato pubblico privato e la trasversalità delle politiche fanno sì che ci si muova verso obiettivi comuni accrescendo la consapevolezza dell’importanza della collaborazione in un’ottica di sviluppo locale e di responsabilità sociale di impresa. In questo scenario è stato siglato un accordo con le Associazioni di rappresentanza dei panificatori per ridurre il sale nel pane, per prevenire patologie cardiovascolari e favorire l’adozione consapevole e attiva di comportamenti sani per la salute.

Metodi. Il tavolo di lavoro regionale tra DDGG di Regione Lombardia e Associazioni dei panificatori ha definito in modo partecipato strategie, obiettivi, azioni e modalità di valutazione dell’iniziativa “Con meno sale nel pane c’è più gusto e...guadagni in salute”. La Regione sostiene l’iniziativa con una forte *governance*: accordo, obiettivi dei DG delle ASL, direttive alle ASL, percorsi formativi, strumenti comunicativi, monitoraggio.

Risultati. Per valutare la fattibilità dell’iniziativa è stata attuata una sperimentazione locale che ha coinvolto su base volontaria circa 200 (3%) panificatori. La valutazione, di processo e di gradimento, ha dato risultati positivi rispetto alla produzione, vendita e gradimento di pane a ridotto contenuto di sale da parte dei panificatori e della clientela. Alla luce di questi risultati è stato/a: stipulato l’accordo con le associazioni di panificatori artigianali, “lanciata” l’iniziativa sul territorio lombardo (stampa, siti istituzionali e delle categorie coinvolte), prodotte e distribuite vetrofanie e locandine ai panificatori aderenti, pubblicato sui siti delle parti coinvolte elenco dei panificatori aderenti al protocollo,

aggiornato trimestralmente, attuata governante regionale: obiettivi dei DG delle ASL, direttive alle ASL, monitoraggio. Aderiscono all'iniziativa circa 500 panificatori (13%).

Conclusioni. Dopo una iniziale e significativa adesione di panificatori, con le Associazioni coinvolte, è risultato necessario sostenere in continuo l'iniziativa; adattare le strategie ai diversi contesti; cercare di risolvere in modo positivo le criticità.

PREVENZIONE & RICERCA: L'ESPERIENZA DELLO "STUDIO ACIDO FOLICO" IN ITALIA

Bortolus Renata (a), Mastroiacovo Pierpaolo (b), Benetollo Pierpaolo (a), Italian Italian Folic Acid Trial Study Group*

(a) Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona

(b) Alessandra Lisi International Centre on Birth Defects and Prematurity, WHO Collaborating Centre, Roma

Introduzione. Finanziato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), grazie ai bandi per la ricerca indipendente, è stato attivato nel nostro Paese lo "Studio acido folico" (www.folictrial.org), sperimentazione clinica che ha l'obiettivo di valutare se la supplementazione periconcezionale con Acido Folico (AF) alla dose di 4 mg al giorno, in confronto alla dose standard di 0,4 mg, riduca maggiormente l'insorgenza delle malformazioni congenite nel loro insieme, oltre alla frequenza di comparsa di aborto spontaneo, ritardo di crescita intrauterina, pre-eclampsia, prematurità e gemellarità. Tra gli obiettivi del progetto vi è anche la diffusione del *Counseling Preconcezionale* (CP) nella pratica clinica, rivolto alle donne/coppie in età fertile come strumento efficace a sostegno della salute riproduttiva.

Metodi. Le donne in età fertile che programmano la gravidanza, sono invitate a prendere contatto con i centri che offrono il CP, informano le donne sugli obiettivi dello studio e le arruolano. La sperimentazione clinica, RCT in doppio cieco, prevede che le pazienti eleggibili vengano randomizzate a 0,4 mg o 4 mg di AF e, successivamente al concepimento, siano tenute in *follow-up* fino all'anno di vita del bambino.

Risultati. La conduzione del progetto di ricerca è strettamente legata alla promozione e alla diffusione del CP. A partire dal 2010 sono state attivate una serie di iniziative con l'obiettivo di sostenere questa buona pratica per la salute riproduttiva ed è stata sviluppata un'attività in rete con altri progetti nazionali. Ad oggi, quasi 1.000 donne in età fertile hanno eseguito il CP e circa 700 di esse sono state randomizzate.

Conclusioni. Questa esperienza, condotta in collaborazione con i colleghi olandesi, rappresenta un'occasione unica in campo materno-infantile per diffondere un'attività che cerca di coniugare lo sviluppo di progetti diretti alla popolazione, con l'obiettivo di sostenere buone pratiche ancora oggi troppo trascurate e lo sforzo di dare una risposta a domande di ricerca cruciali per la salute della popolazione. In merito al coinvolgimento della popolazione generale in esperienze di questa natura, si segnala la necessità di mettere a punto modelli e percorsi integrati dove comunicazione e informazione diventino parte integrante dell'attività di ricerca.

*General Coordinating Centre: Renata Bortolus, Francesca Filippini, Adriana Chiarello, Antonella Noya Di Lannoy, Federica Zantedeschi, Emanuele Leoncini, Fabio Parazzini, Daniele Trevisanuto. Experimental Medicine Management: Marilisa Coati, Alessandra Compagni, Silvia Manfrè. Randomization Centres: Giovanni Zanconato, Elena Mantovani, Elena Cavaliere, Maria Teresa Zenorini, Greta Cherubini, Andrea Baffoni, Michaela Bertezzolo, Debora Balestreri, Elena Benassi, Elisa Caloi, Anna Casaro, Elena Cesari, Erich Cosmi, Silvia Visentin, Enrico Di Mambro,

Maddalena Vessella, Carlo Failli, Maurizia Marzolini, Nedelia Minisci, Gerardo Guida, Daniela Licori, Marina Matterazzo, Maria Grazia Salviato, Anna Sandri, Claudia Guaraldi, Angelo Guido, Laura Valotto, Enrico Ioverno, Gianfranco Jorizzo, Gaetana Cirelli, Francesca Arcidiacono, Maria Giardino, Paola Lanza, Simonetta Marinangeli, Paola Zanini, Graziella Mortaro, Patrizia Rosi, Edgardo Somigliana, Giulia Santi, Federica Alagna, Gian Pietro Piazza, Renato Ruffini, Chiara Tresso, Giorgia Negrini, Giuliano Zanni, Chiara Vernier.

P134 “ORGANIZZARE” LA SALUTE. IL PROTOCOLLO D’INTESA REGIONALE TRA SCUOLA E SANITÀ: STRATEGIA EFFICACE NEL SISTEMA DELLE ALLEANZE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Brugnone Marina (a), Coffano Maria Elena (b), Donna Maria Angela (a), Gobello Mario (c), Monfrino Fabrizia (a), Motta Anna (a), Renosio Manuela (c), Revello Maria Teresa (c), Suraniti Stefano (a), Tomaciello Maria Grazia (d)

(a) *Ufficio Scolastico Regionale del Piemonte, Torino*

(b) *Centro Documentazione DORS Piemonte, Grugliasco, Torino*

(c) *Regione Piemonte, Torino*

(d) *ASL CN2, Alba, Cuneo*

Introduzione. Nell’ultimo decennio in Piemonte tra sistemi scolastico e sanitario si è innescato un processo di ridefinizione secondo un’ottica di intersettorialità e di responsabilità condivisa per la salute, che attraverso il ri-conoscimento reciproco e l’acquisizione di un linguaggio comune ha determinato l’evoluzione di rapporti, obiettivi, metodi, decisioni e programmi, valorizzando il ruolo della scuola come *setting* per la promozione della salute e come attore fondamentale di sviluppo comunitario.

Metodi. Il modello di collaborazione intersetoriale è articolato su tre assi strategici (raccordare e fare rete, programmare e documentare, attivare formazione) che generano una strategia comune - coerente con i rispettivi compiti - come solida cornice di riferimento, l’innesto di un processo partecipato a più livelli per percorsi sostenibili di educazione/promozione alla salute, il sostegno e la disseminazione di buone pratiche delle/nella scuole della Regione.

Risultati. Il processo ha portato a focalizzare luoghi e spazi interistituzionali per integrare in modo sistematico i soggetti, i percorsi, le azioni di coordinamento e progettuali in un sistema-rete. È stato disciplinato e sperimentato un impianto stabile di Protocolli d’intesa (tra Ufficio scolastico regionale e Regione - Sanità e Istruzione - aperto alla collaborazione di altri Assessorati) determinati, nelle loro Linee guida, dal “Gruppo Tecnico Regionale paritetico: la scuola che promuove salute”, e attuati nel territorio con Gruppi tecnici provinciali (organismi di progettazione e controllo comuni tra Uffici scolastici provinciali, ASL, scuole polo ed aperti ad altri *stakeholders*). Componente essenziale è l’individuazione in ogni provincia di scuole polo, per la promozione e il supporto anche gestionale di progetti che si raccordino con il territorio di riferimento e contrastino le disuguaglianze. La rete si avvale del portale “Salutiamoci” gestito da DoRS e del Progetto *Steadycam* gestito dall’ASL CN2; le attività sul campo sono rendicontate e valorizzate nella Banca dati ProSa e nelle Aree *focus* del sito [ww.dors.it](http://www.dors.it).

Conclusioni. “Organizzare” la salute si può. L’esperienza conferma che l’obiettivo di promuovere il “sistema integrato” Scuola - SSR per la promozione della salute è realizzabile. La formula del protocollo d’intesa sancisce e rende stabile il rapporto che favorisce e sostiene la qualità e l’efficacia degli interventi, ottimizza l’allocazione e l’uso delle risorse, riconduce le iniziative esistenti in un quadro unitario di opportunità.

P135 PSICHE, AFFETTI E TEKNE NELLA GENERAZIONE WIRELESS

Burro Francesco (a), Gielmo Nicolina (b)

(a) ASL 1, Benevento

(b) UOCMI, Distretto Sanitario Benevento 2, San Giorgio del Sannio, Benevento

Introduzione. Si discute molto sugli effetti che l'uso delle nuove tecnologie possa avere sulla psiche e sulla vita socio-affettiva delle ultime generazioni e quanto ciò possa togliere spazio ai giochi all'aria aperta, alla pratica sportiva, alla lettura, alle relazioni interpersonali. Pertanto il Materno-infantile di Distretto e l'Istituto Comprensivo di Ponte hanno ipotizzato un programma sperimentale per definire il comportamento rispetto alle tecnologie più diffuse e utilizzate dai "nativi digitali".

Metodi. Obiettivi dell'intervento sono stati:

- conoscere le abitudini tecnologiche di genitori ed alunni, dalla scuola dell'infanzia alla secondaria di 1° grado;
- correlare le stesse con altri ambiti di indagine (attività sportiva, lettura, relazioni interpersonali, autostima);
- formalizzare un tavolo tecnico per le azioni successive.

Il programma ha previsto: somministrazione di questionari agli alunni e ai genitori. Raccolta, tabulazione, lettura e socializzazione dei dati. Sono stati somministrati ed elaborati 501 questionari, per lo più a risposte chiuse, agli alunni e 469 ai genitori.

Risultati. L'indagine ha permesso di valutare la situazione di avvio rispetto alle tematiche in oggetto. È stato formalizzato un tavolo tecnico composto da professionisti del Distretto Sanitario e dell'Istituto scolastico, con il compito di elaborare la "diagnosi educativa". I risultati serviranno a: promuovere la partecipazione di tutti gli *stakeholder*, socializzando i risultati con incontri pubblici ed elaborazione di opuscoli informativi; Individuare un percorso condiviso, secondo il modello della progettazione "a spirale", che possa tradursi in un intervento educativo sull'uso consapevole ed equilibrato delle tecnologie, fortificando le *skill* individuali di tutti i soggetti coinvolti.

Conclusioni. Il contenitore teorico-metodologico di riferimento è stato la Ricerca-Azione (Analisi-Diagnosi-Pianificazione-Attuazione-Controllo, processo globale secondo cui la situazione-problema viene diagnosticata per pianificare un'azione, i cui effetti vanno controllati per ottenere miglioramenti. Alla luce di ciò la promozione di attività per l'utilizzo consapevole e critico della tecnologia deve essere occasione per determinare un miglioramento della autovalutazione riguardo al proprio benessere bio-psico-fisico e sociale.

P136 UNPLUGGED: UN PROGRAMMA EFFICACE PER LA PREVENZIONE DELL'USO DI TABACCO, ALCOL E DROGHE. L'ESPERIENZA NELL'ASL AL

Calisti Antonella (a), Cipolla Daniela (a), Filitti Milena (a), Forti Cecilia (a), Novelli Daniela (c), Marchisio Simona (a), Norando Giovanna (a), Pelizzari Maria Grazia (a), Susani Franca (c), Ubaldeschi Daria (a), Brusa Mauro (b), Vadrucci Verana (d)

(a) Dipartimento di Patologia delle Dipendenze, ASL AL, Alessandria

(b) Coordinamento Promozione Educazione alla Salute, ASL AL, Alessandria

(c) Dipartimento Prevenzione Igiene e Sanità Pubblica, ASL AL, Tortona, Alessandria

(d) Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze, ASL TO3, Torino

Introduzione. L'indagine ISS-DOXA 2010 evidenzia la precocità d'inizio dell'uso di tabacco tra i 15 e 17 anni, periodo nel quale il gruppo dei pari può influenzare fortemente i comportamenti, come la scelta di usare sostanze lecite/illecite. Per la prevenzione di tali "comportamenti a rischio", gli interventi di prevenzione basati sul potenziamento delle *Life Skills*, attuati in ambito scolastico, hanno dimostrato di essere tra i più efficaci. L'attivazione e lo sviluppo, nelle scuole, di programmi educativi validati sul piano dell'efficacia è una strategia prevista nel programma nazionale "Guadagnare Salute". *Unplugged* è un programma basato sul modello dell'influenza sociale che si è dimostrato efficace nel ridurre l'uso di sigarette, alcol e droghe al post-test, nella fascia di età 13-15 anni. L'efficacia dimostrata, la fattibilità e la formazione standard prevista per operatori e docenti, sono i criteri di scelta dell'intervento e dell'investimento di risorse da parte dell'ASL AL.

Metodi. Il progetto inizia nel 2010 con la formazione formatori del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze e del Dipartimento di Prevenzione. L'esperienza permette la costituzione del Gruppo di formatori locali, rappresentato dalle figure di assistente sanitaria, assistente sociale, educatore professionale e psicologo e dal Repes ASL AL. Il programma prevede una progettazione condivisa con la scuola secondaria di primo e secondo grado, la formazione dei docenti, l'inserimento del programma nel Piano dell'offerta formativa e la continuità dell'intervento (supervisione e monitoraggio delle attività attraverso la somministrazione di schede di soddisfazione agli insegnanti e agli studenti). L'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze (OED) dell'ASL TO3 ha garantito e garantisce la consulenza e la supervisione per tutta la durata del Progetto.

Risultati. Sono state realizzate 6 sezioni di formazioni docenti (3 a.s. 2010-2011 e 3 a.s. 2011-2012) per un totale di 118 insegnanti, di cui 36 per le scuole secondarie di primo grado e 40 per le scuole secondarie di secondo grado. Gli studenti coinvolti sono 1.696, di cui 868 per le scuole secondarie di primo grado e 828 per scuole secondarie di secondo grado. Un punto di forza del programma è rappresentato dall'occasione di dialogo, confronto e rispetto reciproco con ricadute positive sulle modalità di gestione della classe; mentre un punto di debolezza riguarda la conduzione del progetto che spesso ricade su un unico insegnante e su un'unica disciplina, a discapito della continuità del messaggio di prevenzione proposto.

Conclusioni. Il gruppo multidisciplinare, l'alleanza sanità/istruzione, la sostenibilità e la riproducibilità hanno nel tempo consolidato e radicato la realizzazione di *Unplugged* nelle scuole della Provincia alessandrina.

P137 WHAT WORKS IN PREVENTION (WWP): CICLO DI SEMINARI SUI PROGRAMMI DI PREVENZIONE EFFICACI

Capra Paola (a), Coffano Maria Elena (a), Faggiano Fabrizio (b,c), Buscemi Daria (c), Fubini Lidia (a)

(a) DoRS, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, ASL TO3, Grugliasco, Torino

(b) OED Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze, Grugliasco, Torino

(c) Università degli Studi del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro, Dipartimento Medicina Clinica e Sperimentale, Novara

Introduzione. La sollecitazione a scegliere interventi di prevenzione fondati su prove scientifiche viene sovente messa in discussione dall'oggettiva scarsa disponibilità di tali interventi nella pratica. Tuttavia, in un'ottica di trasferimento e scambio di conoscenze (*knowledge transfer and exchange*) è importante, per chi è chiamato a qualche tipo di decisione, sia professionale che politica, orientare le scelte in armonia con i risultati della ricerca scientifica. DoRS, OED e Università del Piemonte Orientale hanno proposto un percorso a seminari con l'obiettivo di:

- presentare il quadro esistente degli interventi di prevenzione su un dato tema di salute, che hanno riportato risultati positivi in studi di valutazione rigorosi;
- valutare la forza delle prove di efficacia;
- discutere la trasferibilità alla realtà piemontese.

Metodi. Fra estate e autunno 2011 si sono svolti 2 cicli di seminari sul tema della prevenzione della dipendenza da fumo, alcol e droghe fra gli adolescenti. Sono stati implementati in 2 fasi: nella prima è stato presentato il programma che, sulla base delle evidenze è risultato efficace; nella seconda si è sviluppato il lavoro di revisione a gruppi tra partecipanti e poi di interazione con i *discussant* per verificarne la coerenza con gli obiettivi del Piano regionale di prevenzione, la trasferibilità e sostenibilità rispetto al contesto organizzativo e culturale locale e gli eventuali adattamenti necessari. I partecipanti sono professionisti impegnati nella progettazione, organizzazione e disseminazione di programmi di prevenzione a livello del sistema sanitario, scolastico e della comunità locale. La valutazione di impatto è stata effettuata attraverso un *follow-up* sulle ricadute operative della partecipazione ai seminari attraverso un questionario via web.

Risultati. La partecipazione è stata in media di 25 persone/seminario appartenenti a 11/13 ASL. Sono in corso di raccolta i dati del questionario sui cui si effettueranno analisi per valutare la ricaduta dei seminari nella pratica professionale degli operatori coinvolti.

Conclusioni. WWP è uno strumento formativo innovativo di *knowledge transfer and exchange* che avvicina il mondo della ricerca scientifica a chi svolge attività di prevenzione. Nel 2012 è previsto un 3° ciclo di seminari su promozione attività fisica e sana alimentazione.

L'ATTIVAZIONE DELLA COMUNITÀ NEI PROGRAMMI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE NELL'ASL CN1

Caputo Marcello (a), Beccaria Franca (a), Rolando Sara (a), Tomaciello Maria Grazia (c), Puglisi Maria Teresa (d), Barbero Luigi Domenico (e), Ferreri Enrico (f)

(a) *Direzione Integrata della Prevenzione, ASL CN1, Cuneo*

(b) *Eclectica, Agenzia di Ricerca, Formazione e Comunicazione, Torino*

(c) *SS Educazione Sanitaria, ASL CN1, Cuneo*

(d) *SS Epidemiologia, ASL CN1, Cuneo*

(e) *Distretto Sanitario, ASL CN1, Cuneo*

(f) *Direzione Sanitaria, ASL CN1, Cuneo*

Introduzione. In questi ultimi anni si può osservare, in tema di prevenzione, un progressivo passaggio da un approccio “discendente” degli interventi a un approccio di “comunità”, orientato al coinvolgimento degli attori interessati. A livello di politica locale tale orientamento è stato adottato con l'avvio dei PePS, “Profilo e Piani di Salute”, previsti dalla Regione Piemonte con la legge regionale 18/2007. La programmazione partecipata è una prassi auspicata in diversi ambiti istituzionali: tra le opportunità che offre vi sono lo sviluppo di comunità, l'incremento del ruolo attivo di ciascun attore sociale, l'attivazione di nuove reti sociali, l'aumento della coesione sociale e del rapporto di fiducia tra cittadini e amministrazioni.

Metodi. In quest'ottica nel 2008-2010 in tutti distretti sanitari dell'ASL CN1 è stato adottato un modello comune di intervento ed è stata svolta una ricognizione dei bisogni di salute della cittadinanza, qualitativa (13 *focus group* che hanno coinvolto 43 partecipanti tra tecnici e amministratori e 186 cittadini competenti) e quantitativa (sistemi di sorveglianza). Sono stati attivati in ciascun distretto dei laboratori locali di salute e sono stati organizzati 14 tavoli tematici interistituzionali che hanno coinvolto complessivamente 275 persone, tra amministratori, tecnici e cittadini competenti dell'ASL CN1. Il processo ha portato all'elaborazione e all'approvazione, da parte dei comitati dei Sindaci dei distretti, dei relativi profili e piani di salute.

Risultati. La promozione di stili di vita più salutari è stata indicata quale priorità specifica in diversi distretti. Le priorità emerse sono state considerate nella stesura del Piano locale della prevenzione che annualmente definisce, sulla base degli indirizzi del Piano regionale della prevenzione, le azioni da attivare nelle ASL. Tra i diversi Enti e Istituzioni sono state create *partnership* e collaborazioni e presentati progetti e richieste di finanziamento comuni.

Conclusioni. Il modello di intervento attivato nella ASL CN1 per la definizione dei profili e piani di salute ha dato risultati interessanti in termini di contributo all'individuazione di priorità di salute, costruzione di reti e attivazione di *partnership* per la progettazione e attuazione di programmi di prevenzione e promozione della salute.

P138 PROGETTO PILOTA DI SORVEGLIANZA SU ALIMENTAZIONE E ATTIVITÀ FISICA IN ETÀ PRESCOLARE IN TRE REGIONI ITALIANE

Carletti Claudia (a), Macaluso Anna (a), Pani Paola (a), Caroli Margherita (b), Giacchi Mariano Vincenzo (c), Pilato Valentina (c), Montico Marcella (d), Cattaneo Adriano (a), Gruppo Alimentazione e Attività Fisica Prescolare*

(a) *Unità di Ricerca sui Servizi Sanitari, Epidemiologia di Popolazione e Salute Internazionale, IRCCS Pediatrico Burlo Garofolo, Trieste*

(b) *UO Igiene della Nutrizione SIAN, Azienda Sanitaria Locale, Brindisi*

(c) *CREPS, Centro Interdipartimentale di Ricerca Educazione e Promozione della Salute, Università degli Studi, Siena*

(d) *Epidemiologia e Biostatistica, IRCCS Pediatrico Burlo Garofolo, Trieste*

Introduzione. In Italia, il 34% dei bambini in età scolare sono in sovrappeso o obesi, con un gradiente crescente da nord a sud. Mancano informazioni simili in età prescolare. I pediatri di famiglia garantiscono accesso universale e gratuito all'assistenza ed effettuano controlli regolari dello stato di salute. Questi dati non confluiscono in un sistema informativo nazionale e restano sottoutilizzati. Obiettivo del progetto era valutare la fattibilità di un sistema di sorveglianza nutrizionale in età prescolare usando i dati raccolti dai pediatri.

Metodi. Per un periodo di 6 mesi, durante i bilanci di salute a 1, 3, 5-6, 8-9, 12, 18, 24, 36 e 60-72 mesi, 32 pediatri in Friuli, 39 in Toscana e 108 in Puglia hanno raccolto, registrandoli su scheda informatica dedicata, dati su peso, altezza, alimentazione, attività fisica e variabili socio-demografiche.

Risultati. Il BMI *z-score* di 26.898 bambini (32.915 visite) era più basso dello standard OMS a 1 e 3 mesi ma più elevato dagli 8-9 mesi in poi. I tassi di allattamento al seno a 1, 3, 5-6, 8-9 e 12 mesi erano 88%, 75%, 64%, 52% e 32%, rispettivamente, con 5% e 3% dei bambini ancora allattati a 24 e 36 mesi. L'allattamento esclusivo era 64%, 54% e 20% a 1, 3 e 5-6 mesi. A 5 e 6 mesi il 57% e l'85% aveva già preso alimenti complementari. Solo l'8% e il 10% dei bambini assumeva 5 porzioni di frutta e verdura al giorno a 36 e 60-72 mesi, mentre il 47% e 51% assumeva bevande zuccherate. Meno del 10% riportava almeno un'ora di attività fisica moderata-intensa 5-7 giorni a settimana e il 32% guardava la televisione o giocava ai videogiochi più di due ore al giorno ogni giorno a 60-72 mesi. Alimentazione migliore e più attività fisica erano associate ad un più alto livello di istruzione materna. Si conferma per quasi tutti gli indicatori studiati il gradiente nord-sud. I 103 pediatri che hanno compilato il questionario di valutazione hanno impiegato 8 e 5 minuti in media per raccogliere i dati alla prima e seconda visita, rispettivamente, e oltre il 90% ha considerato la raccolta dati affidabile e fattibile.

Conclusioni. Un sistema di sorveglianza su crescita, alimentazione e attività fisica in età prescolare, con dati raccolti ai bilanci di salute, è fattibile e potenzialmente utile per pianificare e valutare le attività di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità.

** Membri del Gruppo Alimentazione e Attività Fisica Prescolare: Bavcar Alessandro, Carletti Claudia, Cattaneo Adriano, D'Acapito Paola, Daris Sara, Knowles Alessandra, Macaluso Anna, Milinco Mariarosa, Montico Marcella, Pani Paola, Lubrano Paolo, Rosenwirth Daniela, Venier Daniele, Castelli Stefano, De Feo Francesco, Giacchi Mariano, Flori Valdo, Pammolli Andrea, Simi Rita, Caroli Margherita, Cazzato Teresa, Filograna Maria Rosaria, Piazzolla Ruggiero.*

P139 INTERVENTI PREVENTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DEGLI STILI DI VITA IN BAMBINI DI ETÀ PRESCOLARE: RISULTATI DI PERISCOPE, UNO STUDIO PILOTA EUROPEO

Caroli Margherita (a), Tomaselli Maria Anna (a), Malecka-Tendera Ewa (b), Mikkelsen Bent Egberg (c), Matusik Paweł (b), Larsen Sanne (c)

(a) Unità Operativa di Igiene di Nutrizione, Dipartimento di Prevenzione, ASL, Brindisi

(b) Medical University of Silesia, Katowice, Polonia

(c) Aalborg University, Ballerup, Danimarca

Introduzione. Il tasso di obesità in Italia presenta livelli preoccupanti anche in età prescolare. Obiettivi PERISCOPE (*Pilot European Regional Interventions for Smart Childhood Obesity Prevention in Early Age*) ha come obiettivo l'ideazione ed implementazione di strategie innovative per il miglioramento delle abitudini alimentari e l'incremento dell'attività motoria in bambini di età prescolare.

Metodi. PERISCOPE è stato attuato in Italia, Danimarca e Polonia dal 2008 al 2010 su 400 bambini per Paese. 200 bambini per Paese hanno costituito il gruppo di intervento e 200 quello di controllo. I genitori hanno compilato un questionario su abitudini alimentari, uso di TV, livelli di attività fisica del bambino e convinzioni della famiglia sul concetto di salute, prima e dopo l'intervento. Sono stati attuati *focus group* standard con genitori e insegnanti, per valutare le attitudini all'attività fisica e per i bambini è stato sviluppato uno specifico protocollo grafico. Intervento. Ideazione di un protocollo grafico-pratico per i laboratori del gusto e di un libro sul ruolo del gioco di movimento nello sviluppo psicomotorio del bambino e descrizione degli antichi giochi di strada e di favole sugli alimenti e schede di informazione nutrizionale. Intervento laboratori del gusto, lettura delle favole e pratica degli antichi giochi di strada nell'ambito dell'asilo. Formazione di insegnanti e genitori su tecniche di educazione alimentare e per incrementare l'attività fisica. Analisi statistica: *McNemar test*.

Risultati. I gruppi d'intervento in Italia e Polonia hanno mostrato un miglioramento delle abilità e delle capacità motorie e delle abitudini alimentari come assunzione di frutta, verdura e legumi ($p<0,001$). I bambini del gruppo d'intervento danese non hanno mostrato alcun miglioramento nei comportamenti, che erano comunque già i migliori alla prima rilevazione.

Conclusioni. Interventi educativi basati su un approccio ludico diretti a bambini di età prescolare possono migliorare le abitudini alimentari e incrementare il livello di attività fisica e quindi proteggere dallo sviluppo di obesità.

Questo abstract deriva dal progetto PERISCOPE che ha ricevuto fondi dalla EU nell'ambito del Public Health Programme tramite EAHC (Agreement number 2006341).

P140 INTEGRAZIONE DELLE FONTI DI DATI SUL DIABETE IN LIGURIA

Cecconi Rosamaria (a), Culotta Claudio (a), Baldi Roberta (b), Battistella Alessandra (c), Caielli Alice (a), Carloni Roberto (d), Castiglia Raffaella (a), Crisci Patrizia (a), Ferrari Bravo Maura (d), Pascali Federica (f), Picasso Marco (g), Sasso Tiziana (d)

(a) ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia, Genova

(b) ASL 5 Spezzino, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia, La Spezia

(c) Università degli Studi, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Genova

(d) ARS Liguria, Area Epidemiologia e Prevenzione, Genova

(e) ASL 4 Chiavarese, Dipartimento di Prevenzione, Chiavari, Genova

(f) ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, SCIAN, Nutrizione, Genova

(g) ASL 1 Imperiese, Direzione Sanitaria, Imperia

Introduzione. Il diabete è una patologia a forte impatto sulle condizioni di salute della popolazione, con carico assistenziale e ricaduta economica importanti per il sistema sanitario. In particolare il diabete tipo 2 è correlato sia a fattori socioeconomici sia a fattori comportamentali individuali quali l'inattività fisica, l'eccessivo apporto calorico, l'eccesso ponderale; la sua insorgenza può essere perciò in parte prevenuta con uno stile di vita adeguato che preveda movimento e corretta alimentazione. Per questo si è deciso di realizzare un *focus* dedicato all'argomento integrando i dati provenienti dal Sistema di Sorveglianza PASSI, dal progetto Nocchiero di ARS Liguria e dal *Datawarehouse* di Regione Liguria.

Metodi.

- Con il sistema di Sorveglianza PASSI sono state intervistate 5.243 persone 18-69enni dall'aprile 2007 a dicembre 2010 per analizzare prevalenza e stile di vita dei diabetici liguri; l'analisi dei dati raccolti è stata effettuata con il software Epi Info 3.5.1.
- Nel progetto Nocchiero sono stati integrati i flussi regionali dell'assistenza ospedaliera (SDO), della specialistica ambulatoriale e della farmaceutica in Liguria.
- Col *Datawarehouse* regionale sono stati analizzati i costi.

Risultati:

- in Liguria nel periodo in esame il 3,9% degli intervistati ha riferito diagnosi di diabete;
- la frequenza di eccesso ponderale, sedentarietà, ipercolesterolemia e ipertensione è più elevata tra i diabetici che nella popolazione generale;
- la prevalenza di soggetti diabetici rilevata con PASSI è risultata sovrapponibile a quella rilevata dal Progetto Nocchiero nel medesimo periodo temporale;
- i costi per l'assistenza ospedaliera sono risultati elevati.

Conclusioni. Si osservano ampi margini di miglioramento nel ridurre la compresenza dei principali fattori di rischio con il diabete, mentre l'attenzione a monitorarli è risultata molto elevata. L'analisi dei costi avvalora il progetto regionale IGEA sulla riorganizzazione dell'assistenza ai diabetici.

P141 DALLA RICERCA ALL'AZIONE: LA DIFFUSIONE DEI DATI HBSC

Celata Corrado (a), Alfieri Sara (a), Cristini Francesca (a), Gelmi Giusi (a), Velasco Veronica (a), Baggio Bruna (b), Bonfanti Marina (c), Coppola Liliana (c), Tosi Marco (c)

(a) OReD Lombardia, Milano

(b) Ufficio Scolastico Regionale, Milano

(c) Regione Lombardia, Milano

Introduzione. Lo studio HBSC, accanto al proposito di approfondire la comprensione dei giovani, di monitorarne lo stato di salute e di comprendere ciò che può favorire od ostacolarne il benessere, si prefigge di utilizzare i dati per individuare le priorità di intervento, influenzare le politiche di salute e sviluppare strategie di azione sempre più efficaci.

Metodi. In Lombardia, per potenziare la possibilità di tradurre i dati in azioni, la fase della diffusione dei risultati è stata programmata durante la pianificazione della ricerca, attraverso l'individuazione e il coinvolgimento di numerosi *stakeholder*: dirigenti e operatori ASL, docenti universitari, referenti dell'Ufficio scolastico regionale, decisori politici. Attraverso una gestione *bottom up*, chi produce i dati e chi li utilizza ha lavorato fianco a fianco, integrando competenze, esperienze sul campo, prospettive di analisi e utilizzo delle informazioni raccolte.

Risultati. Grazie a questa gestione partecipata tutti gli attori hanno avuto la possibilità di familiarizzare con lo studio e sentirsi com-proprietari dei dati. Questo senso di appartenenza ha stimolato i tutti a utilizzare i risultati nel proprio naturale ambito di intervento, amplificando e affinando i canali di trasmissione verso ulteriori destinatari. A titolo esemplificativo, i decisori politici hanno condiviso i dati:

- all'interno del sistema regionale, nella definizione di politiche di azione coerenti tra diversi settori (i dati sulle abitudini alimentari interessano tanto l'area della sanità quanto quella del commercio);
- con il sistema scolastico all'interno di protocolli di intesa che vincolano il lavoro degli insegnanti;
- con le ASL locali per la definizione di priorità di azione che gli operatori devono perseguire.

Conclusioni. Le informazioni raccolte attraverso lo studio HBSC sono attualmente patrimonio delle principali agenzie che si occupano di promozione della salute. I programmi di prevenzione regionali tengono conto di questi dati sia in fase di progettazione sia in fase di implementazione, fornendo ai destinatari informazioni aggiornate e contestualizzate. Ulteriori sforzi devono essere fatti per coinvolgere genitori e studenti nel processo di pianificazione e diffusione affinché i dati diventino parte delle loro sapere in modo spontaneo e naturale.

P142 LA Sperimentazione a livello regionale di un programma validato: il progetto *LIFE SKILLS TRAINING LOMBARDIA*

Celata Corrado (a), Velasco Veronica (a), Antichi Mariella (a), Tarantola Massimo (b), Coppola Liliana (c)

(a) *Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, OReD, Milano*

(b) *Regione Lombardia, DG Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, Milano*

(c) *Regione Lombardia, DG Sanità, Milano*

Introduzione. La Regione Lombardia (DG Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale e DG Sanità) e l’Ufficio scolastico regionale, nell’ambito del più ampio accordo di collaborazione per lo sviluppo di attività di promozione della salute, hanno promosso la sperimentazione del *Life Skills Training program* (LST) in 100 scuole secondarie di 1° grado. Il LST è un programma di prevenzione all’uso e abuso di sostanze validato scientificamente e dimostratosi capace di ridurre a lungo termine l’uso/abuso di alcol, tabacco e droghe (ma anche violenza e bullismo). Il programma, sviluppato dal Dott. Botvin, ha ricevuto riconoscimenti da numerosi enti del settore. Dal 2008 la ASL di Milano (Dipartimento Dipendenze) ha avviato il suo adattamento per l’Italia.

Metodi. Il LST si focalizza sulle capacità di resistenza all’adozione di comportamenti a rischio all’interno di un modello più generale di incremento delle abilità personali e sociali. Prevede 15 unità di lavoro che gli insegnanti devono realizzare in classe con gli studenti. Il progetto LST Lombardia prevede la realizzazione del programma attraverso la partecipazione dei diversi attori coinvolti nel sistema di intervento nell’ambito della promozione della salute e nel sistema scolastico. Il programma è stato valutato rispetto alla sua efficacia e al processo di realizzazione tramite questionari e schede di monitoraggio rivolti a studenti, insegnanti e operatori.

Risultati. LST Lombardia è stato realizzato a livello territoriale in sinergia con la rete regionale prevenzione e in collaborazione con le ASL della Lombardia e gli Uffici scolastici territoriali. Il progetto ha previsto una formazione a cascata che ha coinvolto circa 10 formatori regionali, 130 operatori delle ASL, 600 insegnanti e 8.000 studenti e la costituzione di gruppi di lavoro interdipartimentali e interprofessionali. Gli insegnanti hanno riconosciuto l’impatto del programma LST sia in riferimento ai singoli contenuti trattati sia al loro rapporto con gli studenti. Inoltre, il progetto è stato in grado di creare una rete di insegnanti e operatori che si occupano di promozione della salute.

Conclusioni. Il progetto rappresenta la sperimentazione a livello regionale di un programma preventivo validato con l’obiettivo di fornire alle scuole uno strumento di prevenzione efficace.

P143 PROGETTO SIBILLA

Cenedese Carlo (a), Bolzonello Igor (b)

(a) Azienda ULSS 7, Centro per le Dipendenze Giovanili, Conegliano, Treviso

(b) Università degli Studi, Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Padova

Introduzione. Nell'esigenza di sviluppare azioni preventive di tipo selettivo nell'ambito di una rete di interventi diversificati ed organici, propria dell'area dipendenze, si è ritenuto utile realizzare una rilevazione approfondita per identificare quei fattori di rischio e di protezione che maggiormente sono associati ai comportamenti di uso/abuso di alcol e sostanze psicotrope. In particolare lo scopo di tale indagine è stato quello di identificare i contesti vitali, territoriali ed i gruppi prevalentemente a rischio per uno o più fattori, in modo da orientare scelte di intervento mirate.

Metodi. La ricerca va oltre la tradizionale idea di osservatorio epidemiologico, per recuperare anche l'aspetto sociale, ossia i significati attribuiti dagli attori sociali del territorio ai fenomeni e ai contesti analizzati. Nel mese di luglio 2008 si è proceduto all'attivazione di tre modalità di raccolta dati: la somministrazione dei questionari (circa 5.300), a cui è seguita a partire dall'autunno l'attivazione di 9 *focus group* (interviste di gruppo) e di 3 *photovoice*, ossia gruppi di adolescenti che usano il linguaggio della fotografia per esprimere il proprio punto di vista.

Risultati. La ricerca svolta ha permesso di comprendere come i consumi di alcol e sostanze illegali cambino a seconda dell'età, dei contesti del divertimento e delle diverse aree del territorio. Complessivamente, per quanto riguarda il livello di consumo, emerge una situazione in linea con i dati nazionali, caratterizzata da un primo contatto verso i 13-15 anni e poi un incremento significativo, durante l'adolescenza, che tende a stabilizzarsi verso i 19-20 anni. Per quanto riguarda i fattori di rischio e protezione, le dimensioni indagate hanno messo in luce come i rapporti tra genitori e figli e tra questi ultimi e il gruppo dei pari, rappresentino due componenti, nella vita dei giovani che, se deficitarie, hanno maggiori probabilità di influire sul comportamento a rischio dei giovani, e sulla loro scelta di metterlo in atto.

Conclusioni. L'integrazione dei dati quantitativi con quelli qualitativi si è dimostrata una strategia efficace al fine non solo di fotografare i consumi ed identificare i fattori di rischio e protezione, ma anche per approfondire gli atteggiamenti di adulti e adolescenti, sui quali sono emersi punti di vista diversi.

P144 LA RISTORAZIONE COLLETTIVA SOCIALE

Chilese Saverio (a), Vanzo Angiola (b), Chilese Saverio (a), Cora Oscar (c), Stano Antonio (d), Tessari Stefania (e), Chioffi Linda (f), Galessio Riccardo (g)

(a) SIAN, ULSS 4 Alto Vicentino, Thiene, Vicenza

(b) SIAN, ULSS 6, Vicenza

(c) SIAN, ULSS 1, Belluno

(d) SIAN, ULSS 3, Bassano, Vicenza

(e) SIAN, ULSS 16, Padova

(f) SIAN, ULSS 20, Verona

(g) Servizio Sanità Animale e Igiene Alimentare, Regione Veneto, Venezia

Introduzione. La Regione Veneto ha sviluppato un approccio globale alla sicurezza alimentare con azioni di pianificazione, esplicitate nei Piani triennali regionali sanità animale e sicurezza alimentare e Piano regionale di prevenzione. L'argomento della ristorazione collettiva sociale è stato affrontato per la prima volta con DGRV 3883 del 30.12.01 con la produzione di Linee Guida in ambito ristorazione scolastica, strumento adattabile alle molteplici realtà territoriali, successivamente aggiornato nel 2008 con DDR 475/2008. Nel 2007 con DDR 381 del 9 agosto sono state pubblicate anche le linee di indirizzo per la ristorazione nelle strutture residenziali extraospedalieri. Sono inoltre in fase di pubblicazioni le linee di indirizzo per la ristorazione ospedaliera.

Metodi. Le linee di indirizzo, sono frutto di un gruppo di lavoro tecnico interdisciplinare costituito a livello regionale da medici dei SIAN, biologi, dietiste, medici dei servizi ospedalieri e universitari di nutrizione clinica e veterinari. Le tre linee di indirizzo per la gestione della ristorazione sono destinate a diverse fasce di popolazione, bambini delle scuole, anziani istituzionalizzati e pazienti di tutte le fasce d'età ospedalizzati. Sono state prodotte con un unico obiettivo: mantenere elevato il livello di tutela della popolazione in ambito sicurezza alimentare sia per gli aspetti igienico sanitari che nutrizionali e sono costituite da uno schema di capitolato d'appalto per strutture specializzate, schede merceologiche per i principali prodotti alimentari a cui poter far riferimento. Gli aspetti nutrizionali pongono l'attenzione su i più comuni problemi quali il sovrappeso, l'obesità, le allergie ed intolleranze alimentari e la celiachia. Per gli anziani istituzionalizzati e pazienti ospedalizzati si pone l'attenzione soprattutto sulla malnutrizione e la disfagia, con proposte di prontuari dietetici specifici per le diverse patologie.

Risultati. Sono stati prodotti i tre documenti sopra indicati supportati dal ricettario per la ristorazione scolastica e dal ricettario delle case di riposo e degli ospedali (in fase di elaborazione).

Conclusioni. Le Linee Guida per la ristorazione scolastica sono diventate uno strumento che viene utilizzato costantemente dalle amministrazioni comunali, dalle scuole private e dalle ditte di ristorazione anche perché sono state proposte più di 10 anni fa ed integrate con le successive modifiche, e sono state supportati dal ricettario per la ristorazione scolastica. Le Linee di indirizzo per la ristorazione nelle strutture residenziali extraospedalieri sono nate a fine 2007 e pertanto si è iniziato ad applicarle solo da poco con qualche criticità determinata dalla carenza di personale specializzato (logopedisti-dietisti) per poter affrontare le

problematiche relative a malnutrizione e disfagia, e sono state supportate dal ricettario delle case di riposo e degli ospedali. Le Linee di indirizzo ristorazione ospedaliera sono concluse e in fase di deliberazione da parte della Regione Veneto.

P145 A SCUOLA CON IL CAR POOLING! - ESEMPIO DI MOBILITÀ SOSTENIBILE PER LE SCUOLE PRIMARIE

Ciot Elena, Brichese Anna, Pierdonà Adriana, Chermaz Ester, Cinquetti Sandro
Azienda ULSS 7 del Veneto, Pieve di Soligo, Treviso

Introduzione. Il *car pooling* consiste nella condivisione di automobili private tra un gruppo di persone, con l'obiettivo di diminuire il numero di auto circolanti su strada e ridurre le emissioni di CO₂. È un intervento di mobilità sostenibile. Nell'Azienda ULSS 7 la modalità di accompagnare i bambini a scuola in auto è diffusa. L'iniziativa è stata proposta per la prima volta nell'anno scolastico 2010-2011, alle scuole primarie di Marenò di Piave, come integrazione al progetto Piedibus attivo dal 2009. L'idea del *car pooling* scolastico è semplice, essendo la scuola il punto di arrivo comune per tutti. Le famiglie residenti vicine possono accordarsi per utilizzare a turno un'auto con più passeggeri, dimezzando il traffico davanti alle scuole.

Metodi. Si è potuto organizzare il progetto grazie a una rete di alleanze tra famiglia, Scuola, Azienda sanitaria e Amministrazione comunale di Marenò, comune già sensibilizzato in tema di promozione della salute in quanto vede sul proprio territorio gruppi di cammino e 6 percorsi Piedibus. Ha coinvolto 2 scuole primarie con le seguenti azioni: rilevazione sulla modalità di trasporto a scuola degli alunni, mappatura delle residenze degli alunni che utilizzano l'auto, invito a riunione per aderire al progetto e costruire gli equipaggi. Predisposizione della modulistica di adesione per autisti e passeggeri, acquisto da parte del Comune di sistemi di ritenuta adatti all'età, stesura del regolamento tra Istituzioni, creazione di parcheggi *ad hoc* per il *car pooling*.

Risultati. Quasi il 60% degli alunni frequentanti la scuola arrivava a scuola in auto. Con l'avvio a maggio della sperimentazione si è visto il formarsi di 10 equipaggi, con a bordo 20 bambini e 13 autisti disponibili, riducendo di 14 unità il numero di auto davanti alla scuola.

Conclusioni. Il progetto che punta sulla riproducibilità e sostenibilità, è una sfida educativa per lavorare sulla persona e sui determinanti di salute. È un'azione di mobilizzazione sociale che coinvolge *in primis* le famiglie attraverso la creazione di importanti alleanze con Amministrazione comunale, Scuola e Azienda sanitaria per uno sviluppo sostenibile, per migliorare l'ambiente e avviare i passi per creare una città a misura di bambino. Il progetto, nell'anno scolastico 2011-2012 ha già visto l'adesione di 3 nuove scuole.

P146 INSIEME X LA SICUREZZA

Cipolla Daniela (a), Brusa Mauro (b), Coppola Massimo (c), Di Pietrantonj Carlo (d), Gastaldo Mauro (c), Novelli Daniela (c), Morano Luisa (c), Repregosi Maria Luisa (c), Susani Franca (c)

(a) Dipartimento Patologie Dipendenze, ASL AL, Tortona, Alessandria

(b) Coordinamento Promozione Educazione alla Salute, ASL AL, Alessandria

(c) Dipartimento Prevenzione Igiene e Sanità Pubblica, ASL AL, Alessandria

(d) Servizio Sovrazonale Epidemiologia, ASL AL, Alessandria

Introduzione. Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte e di disabilità nelle fasce di età giovanili (15-24 anni). Tra i principali fattori di rischio comportamentali per incidenti vi è il consumo di alcol. Il Piemonte è tra le aree a maggior prevalenza di bevitori giovani a rischio: nel 2007, secondo il sistema di sorveglianza PASSI, il 13% dei giovani tra i 18 e 24 anni ha dichiarato di aver guidato dopo aver consumato almeno una unità alcolica e il 22% riferisce di essere stato trasportato da qualcuno che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Metodi. In linea con il Programma Prevenzione Incidenti Stradali, l'ASL AL ha promosso un intervento mirato all'identificazione dei "moltiplicatori dell'azione preventiva" che operano in contesto educativo/formativo, alla loro sensibilizzazione, informazione e formazione favorendo strategie comunicative adeguate per agire sulla percezione del rischio e sull'aumento della consapevolezza nel *target* finale. Nello specifico gli istruttori di autoscuola e gli insegnanti delle Scuole professionali della Provincia. Il coinvolgimento e la sensibilizzazione è stata possibile grazie ad una rete costruita con i principali enti coinvolti nella promozione della sicurezza stradale (Motorizzazione Civile, Prefettura, UNASCA, Provincia). È stato quindi attuato un percorso formativo contenente la sperimentazione di attività didattiche preordinate (*brainstorming*, *role playing*, giochi interattivi, utilizzo di video, ecc.) da utilizzare e replicare in aula ad integrazione dei percorsi curriculari. La valutazione prevede la somministrazione di questionari, tuttora in corso, ai destinatari intermedi (moltiplicatori dell'azione preventiva) e ai destinatari finali (studenti di scuola guida e delle scuole professionali), l'elaborazione dei dati è prevista sia a livello regionale che locale.

Risultati. I due moduli formativi sono stati costruiti tenendo conto delle finalità e delle esigenze dei destinatari, il gruppo di lavoro garantisce il monitoraggio e il supporto per tutta la durata del progetto. Il programma per le scuole, che vede coinvolti n.155 studenti, prevede la costruzione di un evento finale di presentazione dei prodotti realizzati.

Conclusioni. Il lavoro svolto finora ha consentito di creare e mantenere le alleanze interne all'ASL AL (Dipartimento prevenzione, Coordinamento PEAS, Dipartimento patologie delle dipendenze, Servizio sovrazonale epidemiologia) ed esterne (Prefettura, Motorizzazione, Scuole professionali, Autoscuole). Fornire agli operatori competenze e strumenti utili per sperimentare, realizzare e replicare progetti rispondenti ai criteri di efficacia.

P147 “6 OK!” - PROGETTO DI PREVENZIONE DELL’OBESITÀ INFANTILE RIVOLTO AI BAMBINI DI 6 ANNI DEL DSS OVEST DELLA ULSS N. 6 “VICENZA”

Colussi Paola (a), Vanzo Angiola (b), Meneghini Stefania (b)

(a) SISP, Azienda ULSS n. 6, Vicenza

(b) SIAN, Azienda ULSS n. 6, Vicenza

Introduzione. I risultati di “OKkio alla Salute” 2010, relativi alla ULSS n. 6 “Vicenza”, riferiscono che già a 8 anni il 26% dei bambini ha un peso non salutare. Per far fronte a questo problema crescente “6 Ok!” vuole favorire nuove strategie di intervento che promuovono la collaborazione tra i diversi operatori sanitari. Inoltre, propone un intervento prima dell’ingresso alla scuola primaria considerando che abitudini alimentari e stile di vita attivo si formano nel bambino nei primi anni di vita.

Metodi. Il progetto inizia con la costituzione del gruppo di lavoro tra SISP, SIAN, PLS per condividere gli obiettivi; è poi seguita la formazione delle ASV del DSS Ovest al *counseling* motivazionale breve. Una lettera di invito ha informato i genitori del progetto a cui avrebbero potuto aderire in concomitanza del richiamo vaccinale previsto a 6 anni. Agli aderenti al progetto le ASV proponevano un breve questionario per raccogliere informazioni relative alle abitudini alimentari e all’attività motoria dei bambini, effettuavano il bilancio ponderale, fornivano informazioni generali di carattere nutrizionale e consigli sull’importanza di una quotidiana attività fisica consegnando anche materiale cartaceo. Tutti i genitori di bambini con peso non salutare sono stati invitati ad un percorso di gruppo di tipo psico-educazionale. È tuttora in corso un *follow-up* a di 12 mesi per rilevare eventuali cambiamenti nelle abitudini dei bambini e nel loro BMI in seguito all’intervento ricevuto.

Risultati. Il 73% dei bambini nati nel 2005 ha aderito allo *screening*, di questi l’11,8% è risultato obeso e il 5,6 in sovrappeso. Tutti i genitori di bambini con peso non salutare sono stati invitati ad un percorso di gruppo di tipo psico-educazionale: il 20% degli invitati ha partecipato almeno ad un incontro.

Conclusioni. Il progetto è innovativo perché promuove la collaborazione tra servizi del Dipartimento di prevenzione, Servizi territoriali e PLS sul fronte della prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili. Il personale che già si occupa della prevenzione delle patologie acute estende le sue competenze e l’esperienza nel campo della cronicità. Il progetto promuove un intervento di prevenzione sull’eccesso di peso (*screening*, *counseling*) agganciandosi a servizi già garantiti (vaccinazioni) a cui i genitori aderiscono con fiducia.

P148 LA COSTRUZIONE PARTECIPATA DELLA “RETE LOMBarda DELLE SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE”

Coppola Liliana (a), Baggio Bruna (b), Bonfanti Marina (a), Gramegna Maria (a), Pirola Maria Elena (a), Ripamonti Ennio (c)

(a) *Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia, Milano*

(b) *MIUR, Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia, Milano*

(c) *Università degli Studi di Milano Bicocca, Milano*

Introduzione. Vi sono evidenze che la PdS a scuola implica “politiche per una scuola sana, ambienti scolastici come luoghi di benessere fisico e sociale, *curricula* educativi per la salute, collegamenti e attività comuni con altri servizi rivolti alla cittadinanza e con i servizi sanitari” (IUHPE 2009).

Metodi. Nel 2010 Regione Lombardia e MIUR-USR Lombardia, hanno avviato un processo di *empowerment* delle scuole al fine di radicare un modello d’intervento sistematico, integrato e scientificamente fondato. È stato avviato un percorso di progettazione partecipata che ha coinvolto oltre 150 dirigenti scolastici e sanitari. Con metodi dialogico-concertativo (*focus group*, gruppi nominali, *brainstorming*, *world cafè*, ecc.) si è rielaborata in forma originale e contestualizzata la letteratura del *Network School for Health in Europe*. Ne è scaturito il “Modello lombardo delle scuole che promuovono salute”, quindi condiviso con approccio intersetoriale con altri soggetti. Sono individuabili due *focus* cruciali del Modello: A) concetto di *empowerment*: “La Scuola lombarda che promuove salute” assume titolarità nel governo dei processi di salute (e quindi nella definizione di priorità, obiettivi, strumenti, metodi) che si determinano nel proprio contesto -sul piano didattico, ambientale-organizzativo, relazionale- così che benessere e salute diventino reale “esperienza” nella vita delle comunità scolastiche; B) approccio globale: “La Scuola lombarda che promuove salute” pianifica (analisi di contesto) il proprio processo di miglioramento (profilo di salute), adotta un approccio globale che si articola in quattro ambiti di intervento strategici: 1) sviluppare le competenze individuali; 2) qualificare l’ambiente sociale; 3) migliorare l’ambiente strutturale e organizzativo; 4) rafforzare la collaborazione comunitaria.

Risultati. A) istituzionali (Intesa RL-USR “La scuola lombarda che promuove salute”: elevato grado di legittimazione e innovazione per le politiche di prevenzione PdS); B) culturali (rinforzo orientamenti *evidence* e *theory based*, *empowerment* scuola, confronto culturale anche internazionale); C) relazionali (senso di commitment rispetto alla PdS nel suo complesso, migliore collaborazione fra i diversi soggetti e ruoli).

Conclusioni. Sono in corso: valutazione di fattibilità (60 scuole, 15 ASL); Accordo di Rete, Manuale di accreditamento, allestimento Sistema *online* per inserimento di profilo di salute, scelta priorità, piano di miglioramento, valutazione (per singola scuola e monitoraggio regionale), sito web, costituzione GdL regionale interistituzionale. È prevista la messa “a sistema” della Rete a partire dall’a.s. 2012-2013, e il contestuale accreditamento al *Network europeo SHE*.

P149 INTEGRAZIONE DELLE FONTI DI DATI PER LA COSTRUZIONE DEL PROFILO DI SALUTE 2011 DELLA ASL 3 GENOVESE

Culotta Claudio, Cecconi Rosamaria, Caielli Alice, Castiglia Raffaella, Crisci Patrizia
ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia, Genova

Introduzione. L'offerta di prestazioni in campo sanitario deve necessariamente essere basata su un'accurata conoscenza dei bisogni della popolazione, a loro volta connessi con i fenomeni socio-demografici, lo stato di salute, i determinanti di salute, gli interventi sulla salute e le azioni preventive. Numerosissime sono le fonti che possono consentire analisi approfondite su singoli aspetti, ma per individuare le priorità e le strategie, per monitorare i progressi di salute e per confrontarsi con altre realtà può essere utile un profilo sintetico, ispirato alla *Echim short list*, che si avvalga dell'utilizzo integrato di diverse fonti.

Metodi. Sono state utilizzate le seguenti fonti: ISTAT, INAIL, ACI, ISPESL, Stato di salute dei liguri 2010, anagrafe vaccinale ASL 3, Osservatorio Nazionale Screening e dati aziendali specifici, Sistemi di sorveglianza sugli stili di vita (PASSI, Passi d'Argento, OKkio alla Salute), Centro Operativo AIDS.

Risultati. Il prodotto consiste in una tabella contenente, per ciascun indicatore, il valore di ASL 3 genovese, il riferimento nazionale e regionale, dove il significato del confronto è reso evidente dall'uso dei colori; alla tabella seguono due schede di commento sintetico per gli indicatori socio-demografici e sanitari e una scheda di conclusioni.

Conclusioni. In ASL 3 genovese non sono emerse criticità relative agli indicatori socio-economici e ai tassi di mortalità standardizzati per età (compresa la mortalità evitabile) per le principali patologie croniche. Per quanto riguarda alcuni stili di vita (sedentarietà, alimentazione non corretta, fumo), anche se i genovesi si collocano relativamente meglio rispetto ai valori medi nazionali e regionali, in una quota rilevante della popolazione si registra la presenza di comportamenti dannosi per la salute. Una criticità si rileva a proposito del consumo di alcol, anche in relazione con la guida. Tali stili di vita, insieme all'alto indice di vecchiaia, determinano un'elevata prevalenza delle malattie croniche. Per tali motivi è necessario potenziare gli interventi di prevenzione primaria e secondaria anche per ridurre i ricoveri potenzialmente prevenibili e inappropriati.

P150 IL PROGETTO SULLA LETTURA INTEGRATA DELLA CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE IN EMILIA-ROMAGNA

Curcetti Clara, Angelini Paola, Matacchione Pasquale, Parisini Luisa, Brambilla Antonio
Regione Emilia-Romagna, Bologna

Introduzione. Numerose prove scientifiche evidenziano come gli interventi più efficaci nella prevenzione delle patologie cardiovascolari siano quelli che intervengono sui principali fattori di rischio: alti livelli di colesterolo LDL, bassi livelli di colesterolo HDL, pressione arteriosa alta, fumo, obesità, vita sedentaria, valori di glicemia alta. Nel controllo di questi fattori di rischio, occorre riorientare il sistema sempre più verso la medicina di iniziativa, per poter intervenire non solo sul trattamento e sulla cura delle malattie croniche, ma anche sulla promozione della salute. È in questa logica che nel Piano regionale della prevenzione 2010/2012 dell'Emilia-Romagna è in corso di sviluppo lo specifico Progetto sulla lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare.

Metodi. Il Progetto di lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare ha l'obiettivo di attivare uno *screening* con chiamata attiva, mediante l'utilizzo della carta del rischio e di altri strumenti, per personalizzare l'intervento da mettere in campo finalizzato alla promozione di uno stile di vita salutare, nell'ambito di una rete che coinvolga Infermieri, MMG (cure primarie), Assistenti sanitarie e Medici dell'area di sanità pubblica, anche cercando alleanze con enti e istituzioni operanti sul territorio.

Risultati. Dato il carattere innovativo di questo progetto, si è ritenuto opportuno, in una prima fase, individuare 8 AUSL da includere nel percorso sperimentale, focalizzandosi inizialmente su un gruppo *target* non troppo numeroso, così che dalla sua attuazione si possano trarre considerazioni ed elementi utili per una sua eventuale estendibilità. In questa logica e tenuto conto dell'epidemiologia delle patologie cardiovascolari si è ritenuto di individuare nei soggetti maschi di 45 anni di età e femmine di 55 il *target* dell'intervento.

Conclusioni. Il Progetto viene attuato attraverso un gruppo di lavoro regionale, che vede coinvolti i diversi professionisti delle AUSL individuate, al fine di definire un protocollo operativo condiviso, attivare iniziative formative gli Infermieri di riferimento dei nuclei di cure primarie coinvolti e monitorare l'andamento dell'intero processo.

STRATEGIE ORGANIZZATIVE PER LA PREVENZIONE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE IN CALABRIA

Curia Luigi Rubens, Azzarito Caterina
Regione Calabria, Dipartimento Tutela della Salute, Catanzaro

Introduzione. Il PRP 2010/2012 segue le linee programmatiche e le proposte operative a valenza pluriennale, già espresse negli anni 2009 e 2010. Le prospettive programmatiche sono orientate alla costruzione di un modello che, aderente alle evidenze di carattere scientifico e ai concreti problemi della realtà regionale, è attento alle risorse di contesto e si impegna a perseguire un'azione integrata e intersetoriale tra le diverse componenti delle ASP e ai soggetti del sistema sanitario e socio-sanitario, pubblici e privati, che possono giocare un ruolo nel condizionare fattori di rischio o protezione, comportamenti o orientamenti, assetti strutturali o organizzativi influenti sullo stato di salute della popolazione.

Metodi. Il Dipartimento tutela della salute della Regione Calabria svolge la funzione di coordinamento, verifica e controllo e ha avviato un processo che investe le ASP ponendosi come elemento facilitatore di un'azione partecipata, integrata e intersetoriale. Il modello si articola in tre livelli:

- il Gruppo di coordinamento regionale ha il compito di indicare le strategie, orientare la programmazione, favorire sinergie e alleanze all'interno di tutto il territorio regionale, sostenere la massima partecipazione di soggetti esterni, garantire le risorse necessarie, favorire la progettazione di iniziative comuni e condivise, integrate, intersetoriali, partecipate, di durata pluriennale;
- il Gruppo di coordinamento aziendale ha il compito di favorire il coordinamento interno all'ASP, di garantire la massima coerenza interna degli interventi promossi, la miglior aderenza a prove di evidenza e la maggior efficacia pratica;
- i Gruppi di lavoro per progetti di aree tematiche sono strutturati per comprendere la totalità dei progetti che si sviluppano nell'ASP secondo raggruppamenti omogenei di aree tematiche. I compiti sono di carattere tecnico-scientifico, orientati prioritariamente all'attuazione degli indirizzi espressi dall'ASP e alla verifica dei risultati. In ogni gruppo di lavoro si identifica un coordinatore; ad ogni progetto è attribuito un responsabile che sovraintende alle fasi operative della sua realizzazione.

Risultati. Il modello organizzativo rappresenta una rete regionale e aziendale di promozione della salute che orienta e verifica l'attività dei Gruppi di lavoro.

P151 UTILIZZO DELLA CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE: I RISULTATI DELLA SORVEGLIANZA PASSI IN CAMPANIA DAL 2007 AL 2010

D'Argenzo Angelo (a), Pizzuti Renato (a), Cicala Stefano (a), Pugliese Annabella (a),

Sessa Alessandra (b), Gruppo Coordinatori Aziendali PASSI Regione Campania

(a) *Osservatorio Epidemiologico Regionale, Napoli*

(b) *ASL, Caserta*

Introduzione. Le malattie cardiovascolari, prima causa di morte nei Paesi industrializzati, riconoscono una etiologia multifattoriale, legata non solo a caratteristiche individuali immodificabili (età, sesso, familiarità), ma anche a determinanti quali ipertensione, abitudine al fumo di sigaretta, diabete, ipercolesterolemia, su cui è possibile intervenire anche attraverso l'adozione di stili di vita sani. Il rischio individuale globale di sviluppare malattie cardiovascolari non è la semplice somma del rischio dovuto ai singoli determinanti, ma è dato dall'effetto sinergico di questi. È possibile valutare tale rischio attraverso carte appositamente elaborate che, partendo dai valori di sei importanti fattori di rischio, facilmente rilevabili (sesso, età, diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa e colesterolemia), stimano la probabilità di un soggetto di andare incontro ad un evento cardiovascolare nei 10 anni successivi. Tale strumento fornisce agli operatori sanitari, in primis i MMG, una conoscenza oggettiva dei soggetti a maggior rischio, consentendo di individuare la popolazione *target* su cui focalizzare i più urgenti interventi di prevenzione primaria.

Metodi. Attraverso le rilevazioni ottenute mediante i questionari PASSI, è stato valutato l'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare in un campione rappresentativo della popolazione della Regione Campania nel quadriennio 2007-2010.

Risultati. La diffusione della Carta del rischio cardiovascolare, nei quattro anni di osservazione, si mantiene a livelli bassi (8,2%). Ciò a fronte di una diffusione rilevante dei principali fattori di rischio: il 20% degli intervistati riferisce una diagnosi di ipertensione, il 6% di diabete, il 17% di ipercolesterolemia e il 31% dichiara di essere fumatore.

Conclusioni. È evidente che, secondo i dati della sorveglianza PASSI, l'utilizzo della carta del rischio è ancora molto limitato, sebbene rappresenti un valido strumento per individuare quei soggetti a rischio che beneficierebbero di trattamenti preventivi e/o terapeutici adeguati. È dunque necessario sensibilizzare localmente i MMG all'uso routinario di questo strumento, anche e soprattutto in ragione della sempre crescente necessità di promuovere stili di vita virtuosi, per prevenire lo sviluppo di malattie cardiovascolari.

P152 L'ESPERIENZA DELLA RETE TERRITORIALE HPH: CORRELAZIONE E INTEGRAZIONE PROGRAMMA TRIENNALE HPH CON IL PIANO INTEGRATO LOCALE PROMOZIONE (PIL) SALUTE ASL MILANO 1

D'Orio Fortunato (a), Castelli Donata (b), Tartarone Federica (c), Barbieri Maria Antonia (d), Boni Roberto (a)

(a) *ASL Milano 1, Milano*

(b) *Azienda Ospedaliera Guido Salvini, Garbagnate Milanese, Milano*

(c) *Clinica San Carlo, Paderno Dugnano, Milano*

(d) *RSA E. Bernardelli, Paderno Dugnano, Milano*

Introduzione. Gli atti di indirizzo nazionali e regionali sollecitano le Istituzioni a promuovere strategie intersetoriali per promuovere salute. Le Strutture sanitarie sono consapevoli che la promozione salute si traduce in processi a progettazione partecipata per far acquisire consapevolezza e agiti rispetto a: fattori determinanti di salute (alimentazione, attività fisica, stili di vita); condivisione di responsabilità; partecipazione tra soggetti diversi per un impegno coordinato e sinergico sui determinanti di salute ambientali, organizzativi, sociali ed economici. Nel PIL la promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute, è la strategia per la prevenzione primaria delle patologie cronico degenerative. Le azioni sono orientate a criteri di appropriatezza: scelta di interventi di provata efficacia; integrazione che riconosce la multifattorialità dei problemi e supera la visione per singolo determinante; intersetorialità che attiva la responsabilità degli attori che, concorrono alla sostenibilità degli interventi, progettazione pluriennale. Ai contenuti PIL si allinea il programma rete territoriale HPH, 5 strutture, con i suoi progetti, eventi, inerenti la promozione dei corretti stili vita a favore della comunità di riferimento.

Metodi. Condivisione progettuale del programma promozione e prevenzione della salute, sul territorio ASL Milano1, per realizzare progetti integrati ospedale-territorio, incontri periodici tra coordinatori locali, coordinatrice tavolo aziendale promozione della salute e referenti di progetti consentono di condividere la pianificazione ed il monitoraggio della progettualità in itinere, nonché la relativa valutazione. Il *benchmarking* è scelto come strumento di qualità per permettere a ciascuna azienda di migliorare con continuità i propri processi apprendendo dall'esperienza di altri.

Risultati. Realizzazione del Programma 2011-2013 rete territoriale HPH, parte integrante del Piano locale di promozione della salute, articolato in: informazioni sicure sulla salute per navigatori web; stili di vita salutari; accoglienza del pz. straniero in PS; rete delle risorse territoriali per soccorso violenza.

Conclusioni. La progettualità integrata di promozione e prevenzione salute sul territorio ASL Milano 1, consente la realizzazione di progetti ospedale - territorio.

P153 L'AUTO MUTUO AIUTO (AMA) UNA RISORSA PER LA COMUNITÀ

Demaria Daniela, Furlini Paola, Filippi Michele, Pandolfi Paolo, Beltrami Patrizia
Azienda USL, Bologna

Introduzione. Nel 2003 a Bologna è iniziata l'integrazione tra gruppi AMA esistenti e le istituzioni sanitarie e sociali: nell'ambito dei Piani per la salute è nato uno specifico progetto oggi capillarmente diffuso. I cittadini coinvolti nel percorso partecipato, attraverso diversi strumenti (profilo di comunità, studio sui dati di percezione dello stato di salute e della qualità della vita, strumenti partecipativi avviati a livello distrettuale/comunale), hanno espresso il bisogno della popolazione di affrontare i temi del benessere in un confronto fra pari, valorizzando le competenze relazionali di ciascun individuo. I gruppi attivi sono oltre 80 e altri sono in fase di avvio. Il progetto promuove la conoscenza dell'AMA, che può spostare l'attenzione dalla malattia e dal disagio alla prevenzione, considerando la persona capace di iniziative positive per la propria vita. Sul piano individuale ha la finalità di aumentare l'autostima e la percezione di utilità nei confronti dei membri del gruppo; sul piano di comunità vuole dare spazio e visibilità ai gruppi attraverso la diffusione della cultura AMA, con il coinvolgimento di servizi sociosanitari, istituzioni e capitale sociale.

Metodo. Il progetto si rivolge a persone, organizzazioni e comunità: gruppi AMA, cittadini interessati, scuole, AUSL, realtà civili e istituzionali del territorio, comuni, distretti, associazioni di volontariato e del privato sociale. Le azioni realizzate riguardano la costituzione di un gruppo di coordinamento organizzativo, composto da operatori e partecipanti ai gruppi; iniziative di formazione per cittadini e operatori; contatti con varie istituzioni (MMG, Università, Scuole); iniziative pubbliche e di aggregazione per facilitare e sostenere l'avvio dei gruppi; sviluppo di reti e contatti con realtà nazionali.

Risultati. Maggiore acquisizione della cultura dell'AMA, che mette al centro delle proprie azioni l'assunzione di responsabilità sulla salute degli individui e delle famiglie ed attiva nelle comunità locali interventi di promozione al benessere.

Conclusioni. Il progetto ha consentito una buona coesione dei gruppi nell'area metropolitana bolognese; occorre comunque sviluppare ulteriormente l'integrazione tra i servizi sociosanitari e le risorse di sostegno informali che offrono i gruppi AMA, sia a livello locale che nazionale.

SCUOLA E SANITÀ INSIEME PER PROMUOVERE UNA SANA ALIMENTAZIONE E ATTIVITÀ FISICA: L'ESPERIENZA DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DI COMEGLIANS

Di Bernardo Denise, Pilan Stefania, Forgiarini Mariarita

Dipartimento di Prevenzione, ASS 3 Alto Friuli, Gemona del Friuli, Udine

Introduzione. L'ASS3 Alto Friuli partecipa alla linea alimentazione e attività fisica del progetto Guadagnare Salute in Adolescenza con l'obiettivo di promuovere la sana alimentazione e il movimento negli adolescenti, coinvolgendo scuola e famiglia. Tra le scuole che hanno aderito, peculiare è l'esperienza dell'Istituto comprensivo di Comeglians (UD). Le primarie già dallo scorso anno hanno cominciato un percorso con Comuni SIAN e pediatri, coinvolgendo i genitori per modificare il menu scolastico e introducendo la merenda sana. La scuola secondaria di I° che quest'anno partecipa con 90 studenti, si trova nel territorio della Carnia e vi afferisce la popolazione dei comuni di Ovaro, Comeglians, Forni Avoltri, Ravascletto, Prato Carnico, Rigolato.

Metodi. Dopo l'adesione del Dirigente Scolastico e l'inserimento nel POF, gli insegnanti hanno partecipato ad una formazione specifica con consegna di materiale didattico cartaceo e su usb. Il progetto è proposto a tutto l'Istituto e nelle classi seconde coinvolge l'intero corpo docenti (storia, inglese, italiano). Il percorso prevede somministrazione di questionari pre e post test, rielaborati dall'ASS, e dei diari dell'attività fisica, rilevazione delle opportunità a scuola per il movimento, incontri con genitori e partecipazione ad una campagna di comunicazione per la promozione del consumo di frutta e verdura fra i ragazzi proposta a livello regionale. L'avanzamento è monitorato tramite incontri periodici tra insegnanti referenti e operatori che seguono il progetto. È stata stipulata una convenzione con il corso di laurea in Scienze Motorie ed una collaborazione con i Serv Soc dei Comuni.

Risultati. L'esperienza è in corso; hanno partecipato alla formazione 2 insegnanti, sono stati raccolti questionari pre test e distribuiti i diari dell'attività fisica. Sono in programma laboratori di educazione al gusto condotti dal SSC e interventi specifici extracurricolari da parte degli studenti di Scienze Motorie nelle classi. Al termine del progetto si prevedono questionari post test e valutazione di gradimento degli insegnanti nonché un evento conclusivo per tutte le classi che hanno partecipato al progetto in FVG.

Conclusioni. La professionalità delle insegnanti ha permesso un coinvolgimento di tutte le forze intra ed extra scuola e le attività sperimentate potranno essere diffuse alle primarie.

P154 LINEE GUIDA RIVOLTE AI SERVIZI DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA “ASPETTI DI PERTINENZA ASL IN AMBITO VAS (VALUTAZIONE AMBIENTALE STRATEGICA) LEGATA AGLI STRUMENTI DI PIANIFICAZIONE URBANISTICA

Dirita Carmen (a), Rizzo Giuseppina (b), Gay Anna (c), Nucci Bianca (d), Procopio Enrico (d), Biollo Gianmartino (e), Vecchiè Valerio (d)

(a) *ASL TO1, Torino*

(b) *ASL CN1, Mondovì, Cuneo*

(c) *ASL AL, Alessandria*

(d) *ASL TO3, Pinerolo, Rivoli, Torino*

(e) *ASL VB, Verbania, Verbania-Cusio-Ossola*

Premessa/Introduzione. Nell’Ambiente sono oggi comprese la popolazione e la salute umana. Nel 2008, per i processi di VAS legati alla pianificazione urbanistica, la Regione Piemonte individua l’ASL tra i soggetti aventi competenza in materia ambientale. Nasce allora spontanea, negli operatori ASL coinvolti, la ricerca di conoscenze e di indirizzi operativi comuni e condivisi. Gli operatori delle ASL chiamati a rappresentare il territorio regionale, elaborano uno strumento correlabile alle principali problematiche di valenza sanitaria. La sua consultazione potrebbe forse anche agevolare gli organi decisorii e i progettisti nelle valutazioni ambientali riferite alla componente di prevenzione della salute.

Materiali e Metodi. Il percorso ha comportato la:

- condivisione di esperienze maturate sui territori;
- disamina di normative (ambientali, urbanistiche, sanitarie, ecc.);
- ricerca sitografica/bibliografia di esperienze sanitarie analoghe;
- consultazione di bibliografia scientifica.

La consultazione con i Dipartimenti di prevenzione e con altri importanti attori della Regione (Università/Politecnico, Direzioni pianificazione e ambiente, ARPA, ecc.) ha portato alla revisione condivisa della prima bozza del documento. L’odierno concetto di salute affianca al benessere fisico la componente sociale e la reazione individuale agli eventi della vita. Pertanto, l’operatore sanitario deve farsi promotore di aspetti legati all’igiene dell’abitato, oltre che a:

- impatti sulla salute di inquinanti esterni;
- antinfortunistica collettiva (es. incidenti stradali e in luoghi di vita);
- stili di vita favoriti o disincentivati da scelte urbanistiche (es. disponibilità di aree verdi e attività fisica);
- benessere sociale strettamente connesso con quello mentale e fisico di individui e di comunità (es. prossimità dei servizi, sicurezza, integrazione sociale).

Di qui la consapevolezza di riaffermare il proprio ruolo, anche tramite conoscenze e formazione.

Risultati. Il documento sintetizza la teoria nei capitoli discorsivi e fornisce alcuni strumenti operativi e di consultazione (griglie e allegati). Agli argomenti di norma vengono associati le ragioni della prevenzione della salute e i supporti delle evidenze scientifiche disponibili. Lo stesso ipotizza, infine, una metodologia di approccio cartografico che, forse, potrebbe agevolare i compiti degli operatori ASL e dei promotori dell’analisi ambientale.

Conclusioni. Anche nelle inevitabili incertezze, viene comunque confermata l’importanza della sanità nei processi di valutazione ambientale, soprattutto se riferiti alla pianificazione territoriale. Le linee guida progettate, infine, costituiscono un documento aperto, da revisionare e/o correggere anche alla luce dei futuri sviluppi dell’intera, complessa e articolata materia.

“UN PIZZICO DI SALE PER DARE PIÙ SAPORE ALLA VITA”

Fabbri Alessandra, Palomba Alessandra, Della Giustina Claudia, Rosi Maurizio
SIAN, AUSL, Reggio Emilia

Introduzione. I risultati di un recente studio indicano in Emilia-Romagna un consumo medio di sale di 11g/die negli uomini e 8g/die nelle donne, contro il valore <5g/die raccomandato dall'OMS. Il protocollo d'intesa siglato tra Ministero e Associazioni di panificatori, si prefigge di produrre pane a ridotto contenuto di sale, ma rischia di essere vanificato se non si promuove un cambiamento culturale nella popolazione che affronti il tema della “ridotta assunzione di sale” attraverso un’opera capillare di sensibilizzazione che favorisca l’acquisto e il consumo di prodotti iposodici.

Metodi. Con la finalità di raggiungere la popolazione generale, con particolare riferimento ai sanitari e al comparto alimentare, si sono attivati interventi appositi e inserito il tema nei percorsi formativi obbligatori già in essere, in particolare: durante la settimana mondiale di riduzione del consumo di sale si è attivata una massiccia campagna di sensibilizzazione rivolta alla popolazione pubblicizzata attraverso i media e organi di informazione locale, con stand d’informazione allestiti nei principali centri commerciali, distribuzione opuscoli e misurazione della pressione arteriosa; si è organizzata la formazione a piccoli gruppi dei panificatori del territorio mettendo in risalto l’utilità, la fattibilità e l’eventuale ritorno economico del progetto; parallelamente si è inserito il tema nei corsi rivolti al personale sanitario e in quelli per gli operatori del settore alimentare in sostituzione del libretto sanitario.

Risultati. La campagna per la settimana mondiale di riduzione consumo di sale riesce a coinvolgere ampie fasce popolazione; inserendo il tema nei corsi di formazione obbligatori si raggiungono fasce significative del personale sanitario e del comparto alimentare del territorio.

Conclusioni. La varietà di stimoli e la molteplicità delle iniziative offerte alla popolazione favoriscono la condivisione di scelte salutari come la graduale riduzione del consumo di sale.

P155 SCUOLASALUTE NELLA REGIONE LAZIO: UN MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Faliva Cristina (a), Mungo Teresa Maria (b), Delli Colli Lia (c), Lancia Andreina (a), Pulignano Maria (d), Casella Pietro (e), Barletta Giuseppe (f), Coia Maura (g), Farina Pasquale (h), Maciocia Lucio (i), Rossi Maria Lorena (l), Iacovacci Silvia (l), Marci Stefano Tito (m), Giaccone Anna Rita (n)

- (a) ASL Roma C, Roma
- (b) ASL Roma A, Roma
- (c) ASL Roma B, Roma
- (d) ASL Roma D, Roma
- (e) ASL Roma E, Roma
- (f) ASL Roma F, Roma
- (g) ASL Roma G, Roma
- (h) ASL Roma H, Roma
- (i) ASL, Frosinone
- (l) ASL, Latina
- (m) ASL, Rieti
- (n) ASL, Viterbo

Introduzione. Gli interventi di promozione della salute effettuati dalle ASL del Lazio e dalle scuole, da una ricerca dell'ISS, risultano discontinui e disomogenei, non sempre è possibile la loro valutazione e riproducibilità e spesso non sono fondati su metodi *evidence based*.

Metodi. Per rendere omogenee le modalità realizzative e gli interventi su tematiche di salute è stato costituito nel 2008 presso l'ASP Lazio il progetto Scuolasalute. Le finalità sono: - analizzare e diffondere linee di indirizzo che supportino adeguatamente il corretto approccio, dal punto di vista scientifico/operativo, a temi prioritari di salute nei percorsi scolastici; - realizzare interventi di promozione della salute nella scuola attraverso la produzione e la diffusione di contenuti, metodologie e strumenti validati e condivisi. L'obiettivo di Scuolasalute è: definire un modello organizzativo che veda la creazione di una rete collaborativa regionale che coinvolga sanità, scuola, istituzioni e associazioni.

Risultati. La concretizzazione del modello organizzativo di Scuolasalute ha visto: 1) l'istituzione di presso l'ASP Lazio di un: a) Comitato Tecnico Scientifico che analizza, sceglie e fa adottare linee di indirizzo e procedure operative efficaci, alla luce delle evidenze scientifiche, programma interventi formativi, monitora e valuta le attività di prevenzione nella scuola nella Regione; b) Gruppo di coordinamento regionale multisettoriale, che supporta il comitato. Un referente ogni ASL che coordina i progetti, monitorizza e valuta l'attuazione, forma e coordina il gruppo di lavoro aziendale; c) Gruppo di lavoro aziendale, multidisciplinare e interaziendale, che supporta il referente nella realizzazione e organizzazione del lavoro sul territorio facilitando e favorendo una stretta

integrazione tra la Scuola e il Servizio sanitario; 2) la realizzazione di procedure e modalità operative per l'attuazione, il monitoraggio e la valutazione di processo.

Conclusioni. Dal 2009 si applica il modello organizzativo descritto realizzando il programma *Unplugged* per la prevenzione delle dipendenze. Coinvolti insegnanti e studenti (12-15anni) di tutte le scuole superiori di I-II grado. È stata verificata la validità del metodo di lavoro in termini di efficacia: confermata dall'analisi dei questionari di soddisfazione; ed efficienza: dai dati di valutazione di processo.

P156 PROGETTO “IL FILO DI ARIANNA”

Fallace Pasquale

ASL NAPOLI 2 Nord, Struttura Semplice di Educazione alla Salute, Napoli

Introduzione. “Il filo di Arianna” è un progetto d’intervento di ricerca-formazione-azione per la tutela della salute della madre e del bambino e di sostegno alla genitorialità in senso più ampio attraverso il miglioramento dei percorsi di integrazione territorio-ospedale-territorio con i seguenti obiettivi generali:

- stimolare e valorizzare le risorse emotivo/intellettuali proprie della donna e della coppia;
- sollecitare una riflessione sulla possibilità di creare un diverso modello assistenziale dell’evento nascita volto all’umanizzazione delle diverse fasi del percorso: accoglienza/ricovero, travaglio, parto/nascita, dimissione e successiva accoglienza nei servizi territoriali.

Metodologia e Risultati. Il Progetto si articola in tre azioni correlate:

1. un’azione di ricerca rivolta ad un campione di 30 coppie genitoriali con la finalità di migliorare la conoscenza:
 - a) dei bisogni informativi/educativi che emergono nelle diverse fasi del percorso gravidanza/post-nascita;
 - b) dei loro vissuti emotivi nelle varie fasi di tale percorso;
 - c) del grado di soddisfazione degli interventi ricevuti con particolare riferimento ai bisogni informativi/educativi e di natura emotiva.
2. la realizzazione di un corso di formazione ECM rivolto a 50 operatori dei Servizi materno-infantili territoriali e dei reparti ospedalieri di ostetricia e neonatologia coinvolti nel progetto. Il corso ha consentito una restituzione dei risultati della ricerca e l’avvio di un confronto volto a migliorare le capacità operative in merito agli aspetti di:
 - a) integrazione tra operatori/strutture nelle fasi del percorso dalla gravidanza alla dimissione protetta
 - b) comunicazione tra operatori e coppia genitoriale
 - c) fattori organizzativi che contribuiscono al benessere degli operatori e degli utenti
 - d) lettura dei bisogni di natura informativa/educativa ed emotiva/affettiva della coppia genitoriale e la qualità delle risposte.
3. l’attivazione di interventi, nell’ottica di promozione e educazione alla salute nei servizi consultoriali di due DSB direttamente coinvolti nel progetto:
 - a) una campagna di comunicazione sui diritti delle donne/coppie relativi alla maternità/paternità, attraverso la produzione di opuscoli e percorsi informativi attivati *ad hoc*;
 - b) incontri informativo/educativi, sia individuali che rivolti a gruppi di donne/coppie, corsi di accompagnamento alla coppia, organizzati nei contesti territoriali e nei punti nascita, per rafforzare le capacità/competenze dei genitori a saper effettuare scelte consapevoli nell’adottare idonei comportamenti genitoriali.

Partner del progetto è l'Università Federico II di Napoli - Dipartimento di teorie e metodi delle scienze umane e sociali “TEOMESUS” - Sezione di Scienze Psicologiche che ha garantito al progetto una qualificata consulenza e supporto metodologico ed ha curato:

- la creazione degli strumenti di rilevazione, la somministrazione degli stessi e l'elaborazione della metodologia e degli strumenti di valutazione per l'azione di ricerca;
- l'elaborazione del pacchetto formativo e la didattica del corso di formazione;
- l'elaborazione e discussione dei dati rilevati;
- l'apporto all'organizzazione del convegno finale.

Conclusioni. A conclusione del progetto, è in fase di organizzazione un convegno di studio che si svolgerà nei giorni 3 e 4 maggio 2012 con l'obiettivo di creare per gli operatori dell'Azienda un'occasione di confronto con analoghe esperienze condotte efficacemente in altri contesti. Il primo annuncio del convegno è scaricabile al link www.aslnapoli2nord.it/ilfilodiarrianna.

P157 “PEER ASL NA 2 NORD”. UN PROGETTO DI PEER EDUCATION PER LA PREVENZIONE DELLE IST

Fallace Pasquale (a), Auletta Francescantonio (a), D'Addio Antonio (b), Natate Antonio (a), Sanzari Silvia (b), Sarnacchiaro Giannandrea (a), Saviano Teresa (c)

(a) ASL Napoli 2 Nord, Napoli

(b) ISIS Filangieri di Frattamaggiore, Napoli

(c) Liceo Polispecialistico Gandhi di Casoria, Napoli

“Peer ASL NA 2 Nord” è il nome del gruppo *Facebook* creato per accogliere lo scambio di comunicazioni tra i giovani coinvolti nel progetto “L’educazione tra pari per la prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmissibili” attivato in Regione Campania in due distretti dell’ASL Napoli 2 Nord. Il progetto partecipa alla sperimentazione delle buone pratiche diffuse dal programma Guadagnare Salute in Adolescenza ed attualmente è in corso di svolgimento. Quella che proponiamo è la descrizione degli aspetti che caratterizzano il nostro gruppo e la nostra esperienza, unitamente ad un resoconto in itinere dell’andamento del progetto. Da dove iniziare? Beh, partiamo da Torino! Dal gruppo di operatori che ha partecipato alla formazione: tre attempati psicologi e un ginecologo/infettivologo. Tutti un po’ Peter Pan, tutti con esperienza di attività di promozione della salute con gli adolescenti, pronti a mettersi in gioco ancor di più in questa esperienza. Un primo elemento è che il nostro progetto realizza uno *start up* “puro” in quanto nessuna delle scuole coinvolte aveva mai attivato un gruppo di *Peer*. Le scuole sono l’ISIS “Filangieri” di Frattamaggiore e il Liceo polispecialistico “Gandhi” di Casoria, in provincia di Napoli. Qui abbiamo allargato il nostro “gruppo di coordinamento” a tre insegnanti, con il ruolo di referenti delle due scuole. Insieme a loro abbiamo organizzato e realizzato la formazione di 16 insegnanti destinati a svolgere sia l’attività di “rinforzo” che di “trasferimento” a cascata dei contenuti appresi ad altri loro colleghi insegnanti delle classi che saranno coinvolte dall’intervento dei *Peer*. Sono state visitate complessivamente 23 classi di seconda per reclutare aspiranti *Peer* (un gruppo in ogni scuola). Circa 600 studenti contattati con un primo breve incontro durante il quale far conoscere la metodologia di lavoro e sollecitare la loro collaborazione per la realizzazione del progetto. Gli interventi in classe per il reclutamento li abbiamo affidati a giovani psicologhe tirocinanti più vicine per età ai ragazzi. Ida, Imma, Valentina, Amalia, Miriam sono state il primo volto del “progetto *Peer*” agli occhi degli studenti ed hanno preziosamente continuato a coadiuvarci lungo tutte le fasi di attuazione soprattutto con funzioni di osservatori esterni ai fini della compilazione delle schede (tante!) predisposte dal coordinamento nazionale per la valutazione. Abbiamo registrato una massiccia adesione di studenti che ci ha costretti ad introdurre criteri di selezione per giungere, alla fine, a due gruppi di circa venti ragazzi da formare. Nel momento in cui stiliamo questo *abstract* è in svolgimento la formazione dei *Peer*, età media 16 anni. Entro la fine dell’anno scolastico prevediamo di realizzare almeno 15 interventi di “ricaduta” e successivo “rinforzo” in altrettante classi di seconda e di portarne un primo rendiconto in sede di convegno. A

Venezia vorremmo anche portare un bel poster con le foto dei luoghi e dei protagonisti di questa avventura per testimoniare l'impegno e l'entusiasmo che la stanno sostenendo... e le apprensioni per la buona riuscita del lavoro dei "Peer ASL NA 2 Nord"!

P158 “LATTE MATERNO: IL PIÙ NATURALE CHE C’È”. UN PROGETTO NAZIONALE DI PROMOZIONE DELL’ALLATTAMENTO AL SENO IN OSPEDALE

Farchi Sara (a), Asole Simona (a), Privitera Maria Grazia (b), Chapin Elise (c), Speri Leonardo (d), Bettinelli Maria Enrica (e), Benedetti Elisabetta (f), Murè Rosalia (g), Firenze Alberto (h), Di Lallo Domenico (a), Guasticchi Gabriella (a)

(a) Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Roma

(b) Ministero della Salute, Roma

(c) UNICEF Italia, Roma

(d) Azienda ULSS 20, Verona

(e) ASL, Milano

(f) Regione Marche, Ancona

(g) Assessorato Sanità della Regione Sicilia, Palermo

(h) Università degli Studi, Palermo

Introduzione. L’Allattamento al Seno (AS) è il metodo ottimale di alimentazione per il bambino essendo ricco di benefici per la sua salute e quella della mamma. Nonostante tali benefici, le percentuali sono basse. Sono necessari interventi di promozione in quest’area. Nel 2010 è stato avviato da Laziosanità il progetto nazionale sull’AS, finanziato dal Ministero della Salute, che ha l’obiettivo di promuovere negli ospedali coinvolti di 5 Regioni italiane i 10 passi raccomandati dall’OMS e dall’UNICEF per il successo dell’AS e di portare tali ospedali al “certificato di impegno”, fase intermedia al riconoscimento finale.

Metodi. La promozione dell’AS è sostenuta mediante: la creazione di una rete fra Regioni e di un’altra fra ospedali; la formazione a cascata per gli operatori; la diffusione di materiali informativi per mamme e genitori; la valutazione dell’intervento con monitoraggi pre e post-progetto sulla percentuale di AS e sull’adesione ospedaliera ai passi AS. La valutazione dell’adesione ospedaliera avviene attraverso un processo di accompagnamento UNICEF con visite negli ospedali coinvolti.

Risultati. Per la rete sono stati coinvolti l’UNICEF e due ospedali per ognuna delle 5 realtà distribuite sul territorio nazionale (Sicilia, Lazio, Marche, Veneto e ASL di Milano). Per la formazione degli operatori si è tenuto un corso per formatori sull’AS al quale hanno partecipato 21 operatori degli ospedali coinvolti. È in corso la pianificazione della formazione modello UNICEF di 20 ore per trasferire “a cascata” le conoscenze agli operatori sanitari dedicati all’AS. Per la promozione sono stati realizzati un opuscolo sull’AS, uno per le mamme che non possono allattare, una locandina sull’AS ed è in fase di progettazione un sito nazionale (www.lattematerno.it). Per la valutazione, tutti gli ospedali hanno compilato e trasmesso all’UNICEF l’autovalutazione sui 10 passi con il dato sull’AS durante la degenza ospedaliera. È in fase di elaborazione la creazione di una scheda condivisa da utilizzare presso tutti gli ospedali per monitorare il tasso di AS.

Conclusioni. Il progetto, in fase di attuazione, può rappresentare un’opportunità per condividere interventi ed esperienze tra realtà ospedaliere differenti. Può inoltre diventare un’occasione per ridurre le diseguaglianze territoriali, sociali e culturali.

P159 LABORATORIO FIASO “COMUNICAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE”

Fattori Giuseppe, Pinelli Nicola, Locatelli Giacomo Walter
Laboratorio FIASO Comunicazione e Promozione della Salute, Azienda USL, Modena

Introduzione. Nell’ambito delle attività FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) è nato il “Laboratorio Comunicazione e Promozione della Salute”, cui partecipano 18 Aziende sanitarie italiane, che consente la condivisione e confronto delle strategie, dei modelli organizzativi e delle pratiche poste in essere dalle Aziende nel campo dell’educazione, comunicazione e promozione della salute. Oltre alla direzione strategica aziendale, protagonisti della ricerca sono i Responsabili comunicazione e i Responsabili dell’educazione e promozione della salute delle Aziende sanitarie.

Metodi. Nella consapevolezza delle differenze territoriali di ciascuna Azienda, il laboratorio consente la condivisione delle esperienze per favorire una gestione per processi che renda possibile affrontare in modo integrato e innovativo le tematiche inerenti gli stili di vita. Attraverso l’organizzazione di giornate ed eventi formativi, è stata definita una rigorosa metodologia di confronto sulla base della quale è stata avviata una rilevazione presso ciascuna Azienda partecipante. Da segnalare come le attività di comunicazione per la salute siano valutate con particolare attenzione all’utilizzo degli strumenti del web 2.0.

Risultati. I dati raccolti dalle Aziende partecipanti al laboratorio consentono l’approfondimento dei seguenti aspetti:

- livelli di programmazione e concertazione nazionale, regionale, aziendale;
- assetti organizzativi aziendali per la comunicazione, l’educazione e la promozione della salute;
- profili formativi dei Direttori/Responsabili dei servizi di comunicazione e/o promozione della salute;
- esperienze realizzate in ciascuna azienda per area di intervento: alimentazione, attività motoria, fumo, alcol, MST/AIDS.

Conclusioni. Il confronto tra le varie realtà permette di individuare punti di forza e criticità delle esperienze realizzate, permettendone, eventualmente, la replicabilità in altri contesti territoriali. La riproducibilità delle attività, inoltre, consente di ridurre notevolmente le risorse economiche e non solo da investire nella fase di progettazione delle stesse.

P160 IL PROGRAMMA TERRITORIALE DELLA PROVINCIA DI MODENA “COMUNICAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE 2010-2014”: UN’ESPERIENZA DI COMMUNITY CO-CREATION

Fattori Giuseppe (a), Carobbi Manuela (b), Galli Mario (c), Maletti Francesca (d), Cencetti Stefano (e), Caroli Giuseppe (f)

- (a) *Responsabile Tecnico Programma Territoriale Comunicazione e Promozione della Salute e Ausl, Modena*
- (b) *Educazione alla Salute, Ausl Modena*
- (c) *Assessorato Politiche Sociali, per la Salute e la Sicurezza delle Persone, Provincia di Modena, Modena*
- (d) *Assessorato Politiche Sociali, Sanitarie e Abitative, Comune di Modena, Modena*
- (e) *AOU Policlinico, Modena*
- (f) *Ausl, Modena*

Introduzione. In provincia di Modena, in continuità con l’impianto del Piano per la salute, la promozione di sani stili di vita in coerenza con il programma “Guadagnare Salute” e in applicazione del Piano regionale della prevenzione, è realizzata nell’ambito del Programma territoriale “Comunicazione e promozione della salute” 2010-2014, approvato dall’Assemblea della Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Metodi. Il Programma per raggiungere i propri obiettivi, in una logica di coinvolgimento/ascolto attivo dei diversi *partner* (processo di *community co-creation*), ha istituito: un Gruppo strategico deputato al suo coordinamento e sviluppo attuativo coordinato dall’Assessore al *welfare*/sanità della Provincia e dall’Assessore alle politiche sociali e sanitarie del Comune di Modena, ne sono membri gli Assessori alle politiche sociali e sanitarie dei Comuni capoluogo dei Distretti della Provincia (ai Piani di zona per la salute e il benessere sociale spetta pianificare le attività locali di promozione della salute); un coordinamento tecnico affidato all’Azienda USL con il compito di integrare l’attività dei Gruppi di Progetto: alcol, fumo, alimentazione e attività motoria.

Risultati. Dall’avvio del Programma, attività, servizi, strutture sanitarie, EELL, volontariato, ecc., hanno raggiunto una maggiore integrazione/partnership le cui evidenze sono: il sistema di monitoraggio dei Gruppi di Progetto (Alcol, Fumo, Alimentazione e attività motoria, ecc.); l’attivazione di percorsi formativi condivisi fra i diversi *partner* (seminari, workshop, ecc.); la sperimentazione di nuovi media a supporto della rete.

Conclusioni. La costruzione della salute attraverso un processo, complesso e sfidante, di *community co-creation* richiede la costruzione di un *framework* che consenta l’ascolto ed il coinvolgimento attivo di tutti i *partner* nella progettazione degli interventi. Il Programma territoriale “Comunicazione e promozione della salute”, lavorando in stretta collaborazione con le comunità locali e favorendo l’integrazione delle iniziative, in un coerente piano d’insieme con un respiro temporale adeguato, sta ponendo i presupposti affinché la promozione/comunicazione della salute avvenga in modo coerente ed omogeneo sull’intero territorio provinciale.

P161 EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLA ASL4 CHIAVARESE. PROGETTO UNPLUGGED: BISOGNI, METODOLOGIA ED APPLICAZIONE

Ferrari Bravo Maura (a), Carpi Antonella (a), Poggi Laura (b), Chiesa Stefano (a), Costa Andreina (a), DeLeo Alessandro (b), Rebolini Giorgio (b), Gabutti Giovanni (a)

(a) SC Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Prevenzione, ASL 4 Chiavarese, Chiavari, Genova

(b) SC Psichiatria Territoriale e Dipendenze, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASL 4 Chiavarese, Chiavari, Genova

Introduzione. L'approccio sanitario della prevenzione si fonda sull'analisi epidemiologica per motivare le linee operative da adottare. Il concetto di salute, nella sua evoluzione da *welfare/well being/community care*, individua il lavoro di rete e la partecipazione quali strategie per passare dal modello logico scientifico al beneficio di salute per il cittadino. *Unplugged* è il primo programma europeo di provata efficacia che mira a migliorare il benessere e la salute psicosociale dei ragazzi attraverso il potenziamento delle abilità personali e sociali. Interamente condotto dall'insegnante ha effetti secondari sul clima di classe e sulla didattica.

Materiali e Metodi. L'indicatore *Years Life Lost* (YLL), permette di stilare una classifica del carico che ogni decesso ha sulla società nel suo insieme. Nel 2009 è stata effettuata una ricognizione dei progetti ed interventi di prevenzione e promozione della salute negli adolescenti di età compresa tra 11 e 30 anni. La valutazione di impatto di *Unplugged* si è basata sul numero di classi coinvolte (obiettivo 10%). L'analisi delle opinioni degli insegnanti è stata effettuata attraverso la produzione di *clouds*.

Risultati. Il fumo rappresenta un fattore di rischio determinante nelle patologie riscontrate nella ASL4 Chiavarese e la sorveglianza PASSI 2007-2009 indica che circa una persona ogni tre 18-69enni è classificabile come fumatore con le prevalenze più alte nei giovani-adulti e nella fascia 25-34 anni. La ricognizione degli interventi ha messo in evidenza carenze sia nell'ambito l'intervento clinico minimo di contrasto al fumo, noto con la sigla delle 5A (ASK-ADVISE-ASSESS-ASSIST,-ARRANGE), sia negli interventi di educazione sanitaria rivolti agli insegnanti. Il progetto *Unplugged* condotto attraverso la formazione intensiva a cascata di operatori sanitari ed insegnanti ha conseguito le seguenti impressioni riportate nelle *clouds*: faticoso, atteso, interessante. Complessivamente sono stati avviati 14 corsi curricolari condotti dai docenti con il raggiungimento del 14,6% della popolazione target.

Conclusioni. Il fumo di sigaretta è uno stile di vita modificabile in grado di influire sulle cronicità. *Unplugged* ha dimostrato la possibilità di integrazione tra scuola e sanità grazie alla reciprocità di convergenza del metodo operativo.

LA DISTRIBUZIONE AUTOMATICA DI ALIMENTI SALUTARI: DALLA Sperimentazione ALL'APPLICAZIONE GENERALIZZATA. L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA SANITARIA DI TRENTO, 2011-2012

Ferrari Laura, Fateh-Moghadam Pirous

Osservatorio per la Salute, Dipartimento Politiche Sanitarie, Provincia Autonoma, Trento

Introduzione. Il consumo di bevande zuccherate e di snack di scarso valore nutrizionale rappresenta un rischio per la salute ed è favorito dalla presenza capillare di distributori automatici. La presenza di distributori automatici di alimenti “spazzatura” nelle strutture sanitarie nuoce inoltre alla credibilità dei messaggi aziendali di promozione della salute.

Metodi. È stato creato un gruppo di lavoro con i produttori locali di alimenti salutari, le ditte di distribuzione automatica e l’Azienda sanitaria. In due sedi sono stati sperimentati sia la sostituzione totale degli alimenti insalubri che l'affiancamento di prodotti salubri a quelli tradizionali. Sono stati monitorati sia il volume di vendita dei singoli prodotti che il gradimento da parte dei dipendenti (*focus group*). I risultati della sperimentazione sono stati presentati alla Direzione generale dell’azienda.

Risultati. Nel caso della sostituzione completa il volume di vendita è rimasto pressoché invariato; nel caso dell'affiancamento, è stato registrato un incremento delle vendite con un consumo invariato degli alimenti tradizionali, quindi senza guadagno in termini di salute. Per contro grazie all’eliminazione completa delle bevande zuccherate non sono state vendute 1.213 lattine (corrispondenti a 43 kg di zucchero non erogati, da due distributori in 6 mesi). I dipendenti hanno espresso il loro sostanziale gradimento e le ditte hanno riconosciuto la fattibilità economica del progetto, anche nella versione più radicale della sostituzione completa. La direzione generale ha concordato con le ditte una revisione del contratto di appalto che prevede l’eliminazione dai distributori automatici delle bevande zuccherate e la sostituzione degli snack tradizionali con quelli salutari accompagnando questo processo con un’adeguata campagna informativa.

Conclusioni. Attraverso un progetto intersettoriale è stato possibile stabilire la fattibilità e l’efficacia dell’introduzione di distributori automatici con offerta esclusiva di prodotti salutari. È stata superata la contraddizione rappresentata dalla vendita, presso le proprie strutture, di prodotti di cui l’Azienda sanitaria sconsiglia il consumo ristabilendo la coerenza tra i messaggi di promozione della salute e la *policy* aziendale. Questa esperienza è facilmente trasferibile in altri contesti e realtà.

CORRETTO STILE DI VITA IN GRAVIDANZA: UN IMPEGNO PROIETTATO NEL FUTURO

Fiorentino Nicoletta, Vendruscolo Marida, Arduini Domenico
Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma

Introduzione. La salute si costruisce già in epoca prenatale ed è ben nota l'associazione fra eccessivo aumento ponderale ed esiti avversi della gravidanza, parto e salute futura del bambino. La gravidanza, inoltre, è un momento motivazionale molto forte; considerazioni sulla salute del bambino spingono le donne e le coppie a migliorare il proprio stile di vita.

Metodi.

Obiettivo: Prevenzione della salute materno-fetale attraverso un corretto stile di vita, e prevenzione della salute del bambino (1-4). Obiettivo specifico: Attuare un progetto di continuità assistenziale integrata (controllo medico/strumentale, attività fisica, nutrizione e individuazione precoce di eventuali disagi psicologici).

Area di interesse/ riferimento.

Assistenza/sanità pubblica, Qualità, Ricerca.

Campo di applicazione.

Formativo, Clinico e Organizzativo.

Stakeholders.

Case manager, pool di professionisti territoriali e ospedalieri (ginecologi, ostetriche, nutrizionisti, pediatri, fisioterapisti, psicologi).

Legittimazione del progetto.

Punti di forza:

- economicità;
- assenza di ambulatori integrati strutturati (previsti dal progetto);
- tempi di avvio ridotti;
- valorizzazione delle risorse interne.

Punti di debolezza:

difficoltà iniziali:

- consuetudini
- distanza fra conoscenze e pratica clinica.

Risultati.

Risultati attesi:

- riduzione dello scarto ponderale materno-fetale;
- implementazione dell'attività fisica;
- rilevazione precoce di disturbi psichici, alimentari e legati allo stile di vita;
- ottimizzazione delle risorse;
- risparmio economico.

Risultati a cascata.

Possibile riduzione di:

- tagli cesarei per macrosomia fetale;
- morbilità materna da scorretto stile di vita;
- spesa sanitaria.

Conclusioni. L'intervento territoriale integrato di salute pubblica sulle donne in gravidanza, può dare buoni risultati sia nell'immediatezza e come ripercussioni per le generazioni future.

P162 STILE DI VITA E GRAVIDANZA: L'AMBULATORIO INTEGRATO PUÒ FARE LA DIFFERENZA?

Fiorentino Nicoletta, Vendruscolo Marida, Arduini Domenico
Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma

Introduzione. L'ambiente intrauterino influenza il rischio di obesità infantile. I figli di madri diabetiche hanno un rischio significativo di sviluppare la sindrome metabolica in età pediatrica e il peso fetale elevato è un fattore predisponente di rischio in età adulta di diabete di tipo 2. Al contrario, sia in donne normopeso che in donne in sovrappeso e obese, la regolare attività fisica nel corso di una gravidanza fisiologica si associa a un minore aumento di peso durante la gestazione.

Metodi. L'obiettivo è stato valutare se il controllo della gravidanza di un ambulatorio integrato (sperimentale) può influire positivamente sullo stile di vita materno rispetto agli ambulatori standardizzati (pubblici/privati). Sono state incontrate 568 donne fra 1-3 mesi *post-partum* e sono state divise in 2 gruppi:

- gruppo A - 453 donne controllate in gravidanza in ambulatorio (pubblico 14,7%, privato 84,8%);
- gruppo B - 113 donne controllate in gravidanza in un ambulatorio integrato.

Risultati. Al gruppo A (79,7% del totale delle donne)

- è stato controllato il peso e la PA (Pressione Arteriosa) 1 volta al mese;
- non è stato calcolato il BMI (*Body Mass Index*), e sono state fornite indicazioni alimentari generiche;
- l'8% ha praticato attività sportiva, e il 3,6% lo ha sospeso;
- il 9% dei neonati alla nascita aveva un peso medio di gr. 4212 (D.S. 225).

Il gruppo B (19,8%)

- ha controllato peso e PA 4 volte al mese;
- ha seguito i consigli nutrizionali in base al proprio BMI pre gravidico;
- ha mantenuto il peso nel *range* personale consigliato;
- ha svolto attività fisica aerobica specifica: 1 ora 1 volta/settimana con un istruttore e per 30 al giorno a domicilio, (totale 4 ore settimanali);
- tutte le donne che praticavano sport (6%) lo hanno continuato;
- il peso medio alla nascita dei neonati era di gr. 3300 (D.S. 446).

Lo 0,4% delle donne non ha fatto controlli né sport.

Conclusioni. L'intervento sperimentato attraverso l'attività fisica e una dieta personalizzata aiuta a limitare l'eccessivo aumento di peso materno e neonatale. Le gravide sono incoraggiate ad essere meno deleganti, attivamente partecipi e consapevoli che un corretto stile di vita è l'artefice in gravidanza del mantenimento di una condizione fisiologica favorevole per se stesse e per il nascituro e un buon investimento per la salute futuro.

P163 PROMUOVERE BENESSERE INSIEME: RETE TERRITORIALE DEL GEMONESE “B*SOGNO D'ESSERCI”

Forgiarini Mariarita, Di Bernardo Denise, Pilan Stefania
Dipartimento di Prevenzione, ASS 3 Alto Friuli, Gemona del Friuli, Udine

Introduzione. Diffondere corretti stili di vita è possibile se nel territorio nascono alleanze che rendano più efficaci i messaggi. Nel 2009 su iniziativa della scuola è stato siglato tra Istituti scolastici di II° del Gemonese, Ass. Genitori Liceo scientifico “Magrini” e ASS3 Alto Friuli l'accordo di costituzione della “Rete per il Ben-essere” per condividere progettualità rivolte agli adolescenti. Nel 2010 la rete si è allargata a tutti gli Istituti scolastici, agli Enti locali, al Servizio sociale dei Comuni ambito 3.1 e al Centro regionale di orientamento, costituendosi con il nome “Rete B*Sogno d'esserci”.

Metodi. Principale obiettivo è intervenire in modo integrato sulla prevenzione di comportamenti a rischio (alcol, fumo, sostanze, uso delle nuove tecnologie), all'educazione alla diversità, alla cittadinanza attiva. Il gruppo è composto da rappresentanti di ogni Ente. Quattro le fasi di lavoro: analisi del contesto, dei bisogni e delle iniziative già presenti; costituzione di gruppi specifici; interventi di in/formazione alla popolazione; verifica attività.

Risultati. La rete ha sostenuto programmi di prevenzione del tabagismo e dell'abuso di alcol, promozione della sana alimentazione e dell'acquisto consapevole in alcuni istituti primari e secondari, indagini sul consumo di alcol e droghe tra gli studenti delle classi 2 e 4 superiori di tutto il territorio aziendale, progetti di prevenzione degli incidenti stradali, incontri con genitori e studenti (“La sfida del crescere oggi”, “Le nuove tecnologie: se non le conosci, le subisci?”). Ha contribuito alla realizzazione di una serata per i giovani con proiezione del film “Niente paura” e consegna della Costituzione ai diciottenni dei comuni aderenti alla rete; ha sostenuto la mostra “Facciamo crescere il rispetto”. La rete ha permesso di coordinare le iniziative proposte dai vari comuni a favore dei giovani in modo da evitare sovrapposizioni di tematiche e di calendari.

Conclusioni. I componenti della rete hanno valutato l'esperienza positiva, il lavoro di coordinamento è stato determinante. La rete permette lo scambio di informazioni e di rendere efficaci messaggi che diversi attori vogliono trasmettere. La possibilità di crescere con le esperienze di altri e con le ricchezze che questo porta incontra difficoltà nella gestione di gruppi numerosi e con finalità non sempre comuni.

LA BOTTEGA DELLE MERAVIGLIE

Forza Caterina, Stimamiglio Ivana, Finessi Andrea

ULSS 19 Adria e ACAT Basso Polesine, Associazione dei Club Alcologici Territoriali-Metodo Hudolin, Adria e Mazzorno, Rovigo

Introduzione. Il progetto si propone di migliorare il benessere e la salute psico-sociale degli studenti delle classi seconde delle scuole superiori, tramite il potenziamento di alcune abilità (*Life Skills*) utili per la gestione dell'emotività e delle relazioni sociali. L'OMS con il termine *Life Skills* intende tutte quelle competenze ed abilità che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana. Si intende inoltre, fornire informazioni corrette sulle sostanze legali ed illegali e promuovere competenze e abilità volte a fronteggiare le situazioni a rischio per la salute. Le *Life Skills* possono essere innumerevoli, tuttavia l'OMS ne ha individuate almeno 10 di fondamentali. Il presente progetto ne tocca alcune: l'autocoscienza, la gestione delle emozioni, l'empatia, la capacità di prendere decisioni, la comunicazione efficace nella collisione dei valori.

Metodi. Il progetto è articolato in 4 incontri di due ore ciascuno per gruppo classe, a cadenza settimanale, tenuti da un operatore del Dipartimento per le dipendenze. Gli incontri sono improntati ad una metodologia attiva, finalizzata al potenziamento delle abilità di vita attraverso esercizi individuali, *brainstorming*, condivisioni in piccolo e grande gruppo, *role playing* ed *input* teorici. Gli apprendimenti cognitivi relativi ai comportamenti a rischio per l'uso di sostanze, rimandano a situazioni di vita quotidiana, in modo da radicarli nella propria esperienza. Gli incontri si tengono senza la presenza degli insegnanti, per permettere agli alunni di esprimere i propri vissuti in modo più libero e spontaneo. L'operatore utilizza per ogni incontro un "diario di bordo" necessario per una valutazione in itinere e per lo scambio finale con gli insegnanti coinvolti nel progetto.

Risultati. In linea con le ricerche della psicologia umanistica, il progetto ha confermato la propria utilità per quanto riguarda l'aumento negli studenti della percezione di alcuni comportamenti a rischio per la salute e sulle risorse personali nell'affrontarle.

Conclusioni. Gli studenti attraverso l'analisi delle autovalutazioni prodotte, esprimono soddisfazione soprattutto sul versante del miglioramento del clima all'interno della classe e nella gestione dei conflitti.

P164 IL PROGETTO “PALESTRA SICURA. PREVENZIONE E BENESSERE” DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Francia Franca, Tripi Ferdinando, Macini Pierluigi
Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Bologna

A- La Regione Emilia-Romagna è impegnata nella lotta alla sedentarietà e promozione dell’attività fisica e ha avviato programmi di prescrizione dell’esercizio fisico in persone con malattie croniche: questi programmi richiedono sul territorio reti di strutture e occasioni per permettere alle persone di aumentare l’ attività fisica svolta, o di eseguire gli esercizi fisici prescritti, in sicurezza e in modo che da mantenere nel tempo i livelli di attività desiderati.

B- Il progetto “Palestra sicura” è nato in ambito dipendenze per prevenire e contrastare, tra i frequentatori delle palestre, l’utilizzazione e la diffusione di sostanze dopanti e psicoattive legali ed illegali, promuovendo la salute e il benessere; il Piano regionale della prevenzione 2010-2012, ha consolidato il progetto integrandolo con altri programmi di promozione della salute e prevenzione. Esso è finalizzato all’attivazione sul territorio di una rete di strutture (palestre e centri sportivi) in *partnership* con il Servizio sanitario regionale e gli Enti locali, coinvolte nella promozione di stili di vita sani e nella tutela della salute. Sono utilizzate per lo svolgimento di attività fisica e per la “somministrazione” dell’esercizio fisico prescritto; aderiscono a un apposito codice etico, sono attrezzate secondo modalità stabiliti, contraddistinte da una buona gestione complessiva e operanti con modalità tali da garantire la sicurezza e una buona *compliance* ai percorsi proposti. I laureati in scienze motorie delle strutture “riconosciute”, frequentano corsi di formazione, organizzati in collaborazione con la Facoltà di scienze motorie di Bologna.

C- Il programma è stato formalizzato con Delibera di Giunta dell’Emilia-Romagna 1154/2011. La Delibera istituisce, con appositi percorsi di verifica, tre elenchi:

1. elenco delle strutture riconosciute come “Palestra etica”, attualmente 53;
2. elenco dei laureati in Scienze motorie che hanno fatto la formazione conseguendo la qualifica di “referente per la salute”, ad oggi 38;
3. elenco delle “Palestre sicure: prevenzione e benessere”, al momento 17.

D- Il programma “Palestra sicura” rappresenta un modello di intervento per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie croniche, con un ruolo importante a supporto dei programmi del Piano della Prevenzione 2010-2012.

P165 ESSERE COMUNITÀ: AUMENTARE IL CAPITALE SOCIALE E IL LIVELLO EMOTIVO RELAZIONALE PER CREARE BENESSERE E SALUTE

Gadotti Erik (a), Poli Corrado (b), Zanetti Nicoletta (c), Rigotti Patrizia (c)

(a) Istituto Pavoniano Artigianelli per le Arti Grafiche, Trento

(b) Coopertiva Sociale Relè, Trento

(c) Provincia Autonoma, Trento

L’Istituto Artigianelli e la Provincia autonoma di Trento sperimentano un modello di scuola - comunità promotrice di salute. Il modello si fonda sulla messa in rete di più soggetti (la scuola, il consultorio, una cooperativa sociale che si occupa di gestire i servizi scolastici) che condividono un progetto educativo comune e l’obiettivo di creare un ambiente ad elevato capitale sociale. Le varie realtà gestiscono, integrandosi, un “Progetto Benessere” che promuove la sana cultura alimentare, l’attività fisica all’aperto, la capacità di controllo e gestione delle proprie emozioni e la capacità di gestione delle relazioni. Il progetto si propone di aumentare il livello di benessere degli allievi dal punto di vista fisico, alimentare, emotionale e relazionale promuovendo stili di vita sani. Si è cercato di raggiungere gli obiettivi proposti attraverso un approccio sociocostruttivista. L’ambiente scuola è stato ristrutturato creando nodi ad elevata relazionalità e socialità che in modo diffuso promuovono il benessere nei suoi diverse aspetti. In 5 anni il progetto ha portato a:

- strutturare un ambiente di apprendimento, gestito da una cooperativa sociale, che include un bar e una mensa scolastica nella quale mangiano assieme i ragazzi e i professori e nel quale è promossa la cultura della sana alimentazione con un’attenzione alle culture vegetariane;
- strutturare un progetto di avvicinamento dei ragazzi agli sport di montagna che approfondisce i corretti comportamenti alimentari per l’attività sportiva all’aperto
- strutturare, con il consultorio, un nodo di ascolto per i ragazzi e un progetto che aiuta gli allievi a gestire le emozioni e le relazioni;
- costruire un tavolo permanente formato dai rappresentati degli studenti e dei professori che approfondisce le tematiche relative alla corretta alimentazione e promuove, all’interno della comunità, la cultura dell’alimentazione e del benessere;
- introdurre nei programmi scolastici competenze relative alla corretta alimentazione e al benessere psicofisico.

La costruzione di ambienti di apprendimento che, in modo coerente e diffuso, impregnano la scuola, permettono di creare un tessuto sociale ad alto capitale che nella quotidianità dell’esperienza dell’allievo è in grado di cambiare gli atteggiamenti, le culture e gli stili di vita dei ragazzi.

P166 COMPETENZE E RESPONSABILITÀ DELL'ISTITUZIONE SCOLASTICA E DELL'ISTITUZIONE SANITARIA PUBBLICA NELLA PROMOZIONE E NELL'EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLE SCUOLE

Galiazzo Mirco
ULSS 8 Asolo

Diversi studi dimostrano che una delle chiavi di volta per ridurre o contenere i costi sanitari derivati dalle malattie conseguenti all'aumento dell'età media e da scelte di scorretti stili vita è rappresentata dall'Educazione e Promozione della Salute (EPS) sulle persone. La scuola dell'obbligo, costituisce il *setting* migliore di azione, sia per le opportunità educative date dall'età evolutiva, sia per opportunità di raggiungere e intervenire su tutta la popolazione simultaneamente. Da tempo, sono state emanate delle leggi che delegano alle Istituzioni scolastiche il compito dell'EPS sugli studenti e delle leggi che demandano alle ASL/ULSS il compito dell'ESP nella popolazione. Lo scopo dello studio è stato quello di indagare come sia gestita dalle Istituzioni scolastiche la EPS in riferimento agli interventi (int.) di promozione proposti dall'Istituzione sanitaria e qual è l'interazione tra le due Istituzioni. La realizzazione dello studio è avvenuta attraverso la somministrazione di questionari ai dirigenti e referenti degli Istituti scolastici e del SEPS. Sono stati indagati i dati qualitativi e quantitativi degli int. di promozione, dai modelli teorici, alle metodologie e tipologie didattiche/educative. Per la costruzione dei questionari sono state consultate diverse pubblicazioni, alcuni studi simili e i siti internet delle ASL/ULSS italiane. I risultati dello studio hanno evidenziato molti aspetti tra cui una diretta correlazione tra la presenza del referente per l'EPS negli Istituti scolastici e la quali/quantità della EPS proposta dal SEPS. Inoltre, la collaborazione tra il SEPS e l'Istituzione scolastica è condizionata dalla differente gestione organizzativa di quest'ultima e dalla disponibilità del tempo che incide quali/quantitativamente sulla programmazione degli int. Esiste un problema legato alla mancanza dei referenti delle scuole soprattutto primarie e secondarie I°. Concludendo; la copertura delle scuole con gli int. del SEPS è bassa ma esistono un numero di interventi privati non quantificati. Esiste una difficoltà di concertazione per la pianificazione degli int. tra le due Istituzioni Si propone di: rinforzare la rete monitorando gli interventi esterni; aumentare gli interventi formativi mirati sui docenti scolastici; utilizzare le prove invalsi per la raccolta di dati riguardanti le variabili di salute degli studenti. L'ESP utile per l'accreditamento delle scuole.

UNA PALESTRA PER LA MENTE: PERCORSO DI STIMOLAZIONE COGNITIVA PER ANZIANI SANI

Giampietro Chiara, Brea Francesca, Parise Sara, Cozzi Federica, Ferrari Arianna
Cooperativa Sociale Linte, Vicenza

Introduzione. Il percorso “Una palestra per la mente” proposto dal Centro Rindola, mira a potenziare nelle persone anziane la capacità di rendersi attive nella propria vita. L’idea di fondo è che la terza età, caratterizzata dall’indebolimento delle facoltà cognitive e dei ruoli sociali, possa essere vissuta come età della saggezza, della socialità e dell’operatività. Obiettivo del presente studio è valutare gli effetti di un percorso di stimolazione cognitiva su anziani che non sono affetti da declino cognitivo.

Metodo. Il programma è suddiviso in 20 sedute a cadenza settimanale di due ore ciascuna, e prevede un’ora di reminescenza e un’ora di stimolazione cognitiva. Le sedute sono state condotte da uno psicologo formato, in gruppi di 10-12 persone. Il programma prevede una valutazione neuropsicologica pre e post. La batteria di test comprende: *Mini Mental State Examination* (MMSE), Test 3 oggetti 3 luoghi, *Clock Drawing Test*, Test di Fluenza Fonemica, Test di Fluenza Semantica, Test delle 15 Parole di Rey, Test di Prassia Ideomotoria, *Trail Making Test* (TMT A e B), *Short Form Health Survey* (SF-12).

Risultati. Il campione è composto da 22 soggetti (4 maschi e 18 femmine), età media di $72,4 \pm 4$ anni (media \pm DS), scolarità media di $6 \pm 2,5$ anni. L’analisi è stata effettuata con il pacchetto PASW 18. Dall’analisi emerge un aumento significativo al Test di Prassia Ideomotoria (da 19 ± 1 a $19,5 \pm 0,8$). Si nota un lieve miglioramento al Test di Fluenza Fonemica (da $31,6 \pm 8,5$ a $35,1 \pm 8,5$), al MMSE (da $26 \pm 2,1$ a $26,2 \pm 2,4$), al TMT A (da $37,2 \pm 27$ a $34,6 \pm 22,4$). Inoltre si riscontra un leggero miglioramento nel tono dell’umore (SF-12 MCS da $38,3 \pm 10,7$ a $41,9 \pm 9$).

Conclusioni. Pur essendo la casistica limitata a 22 soggetti è interessante rilevare che dopo il ciclo di stimolazione cognitiva si riscontra un miglioramento significativo nella prassia ideomotoria. Gli esercizi sembrano così influire positivamente sulle attività della vita quotidiana, contribuendo all’autonomia dell’anziano. Inoltre, nei partecipanti è stato riscontrato un miglioramento anche della sfera affettiva e del tono dell’umore. La possibilità di esternare dubbi, paure, angosce, difficile nelle relazioni affettive, diventa immediata trovando ascolto nel gruppo di pari, luogo di condivisione di problemi e amplificatore di successi e auto attribuzioni positive.

P167 HEALTH PROMOTING SCHOOL. LO SVILUPPO DELLA RETE A LIVELLO INTERNAZIONALE E LE EVIDENZE DI EFFICACIA

Gilardi Francesco, Morciano Laura, Andriassi Laura

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma

Introduzione. La Carta di Ottawa già nel 1986 individuava nella scuola uno degli ambienti fondamentali dove sviluppare le *Life Skills* per imparare a prepararsi a tutte le fasi della vita e saper fronteggiare e superare traumi, situazioni di crisi quanto malattie croniche. Tra gli strumenti che nel tempo sono stati proposti ed attuati a tal fine vi è l'*Health Promoting School*, un modello di scuola promosso negli anni '90 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità quale ambiente principale in cui costruire nuove generazioni sane. Il presente lavoro ha l'obiettivo di presentare un panorama complessivo ed attuale dell'esperienza condotta in questo ventennio dal movimento dell'*Health Promoting School* attraverso lo sviluppo nei diversi Paesi e continenti, con particolare riferimento alle evidenze di efficacia prodotte sulla Sanità Pubblica.

Metodi. Attraverso una revisione della letteratura recente si intende proporre lo stato attuale di sviluppo del movimento della rete per l'*Health Promoting School* in Italia e nel mondo. In particolare vengono messe in evidenza alcune esperienze di successo ed eccellenza realizzate in diversi contesti nazionali, con particolare riferimento alle politiche ed all'organizzazione che a livello istituzionale sono state attuate per la sua promozione e sviluppo. Il lavoro ha inoltre riguardato la ricerca e selezione di una serie di studi relativi alle evidenze di efficacia prodotte rispetto allo sviluppo dell'*Health Promoting School* e delle sue metodologie.

Risultati. Il panorama offerto dallo sviluppo della rete per l'*Health Promoting School* risulta ricco di esperienze soprattutto laddove i governi hanno promosso politiche ed istituzioni che hanno supportato in maniera decisa il suo sviluppo. Le principali evidenze sono relative all'efficacia dell'*Health Promoting School* per quanto riguarda i comportamenti correlati alla salute, quali ad esempio i consumi alimentari, l'attività fisica, il benessere fisico e mentale, l'autostima e la riduzione del bullismo.

Conclusioni. L'esperienza del movimento dell'*Health Promoting School* costituisce una delle principali strategie efficaci di promozione della salute a livello mondiale. L'interessante e significativo sviluppo di evidenze di efficacia rende importante l'ulteriore diffusione del suo modello.

P168 BUONE PRATICHE PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA ED INVECCHIARE BENE, INSIEME: L'ALIMENTAZIONE

Guberti Emilia (a), Francia Fausto (a), Murtas Giampaolo (a), Spano Maria (a), Zuffa Dimitri (a), Mazza Andrea (b), Rossini Matilde (c), Minardi Bruna (d), Pasqui Francesca (e), Cei Sofia (f), Niccoli Floriana (g), Bertini Silvia (a)

(a) *Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Dipartimento Sanità Pubblica, Azienda USL, Bologna*

(b) *ANCeSCAO, Bologna*

(c) *ASP Giovanni XXIII, Bologna*

(d) *SPI CGIL, Bologna*

(e) *Università degli Studi, Bologna*

(f) *Provincia di Bologna Agricoltura, Bologna*

(g) *Associazione Percorsi, Centro Sociale Stella, Bologna*

Introduzione. L'alimentazione è in grado di condizionare profondamente lo stato di salute a tutte le età, nella popolazione anziana, in particolare, una dieta appropriata è valido strumento di prevenzione per molte patologie e di gestione e trattamento di molte altre.

Metodi. Il laboratorio "alimentazione" fa parte integrante di un progetto più complessivo teso a promuovere comportamenti salutari e a migliorare la qualità della vita fra le persone anziane che condividono il medesimo interesse di alimentarsi correttamente, muoversi e socializzare. Il progetto è connotato da una forte intersetorialità (Azienda USL, ANCeSCAO e altre associazioni di volontariato, di cittadini e pazienti, Provincia e Comune di Bologna, Fattorie didattiche, Sindacati, Università, ASP, associazioni) e si pone l'obiettivo di promuovere una cittadinanza attiva, riconoscere e diffondere buone pratiche sociali. Gli anziani che frequentano i Centri sociali e conducono gli orti urbani si propongono ad un tempo come beneficiari e promotori di un'alimentazione salutare, presso l'intera popolazione con particolare attenzione ai più giovani e senza rinunciare alla tradizione.

Risultati. Il progetto ha messo utilmente in relazione migliorato comunicazione e collaborazione fra istituzioni, associazionismo, volontariato e cittadini condizione, peraltro, indispensabile per promuovere interventi in assenza di finanziamenti dedicati. Ne sono scaturite una serie di iniziative, orientate dai risultati di interviste e questionari somministrati ai diretti interessati, che si svilupperanno durante il 2012 a partire dal mese di aprile. Esse prevedono interventi di promozione di comportamenti salutari tenuti da esperti appartenenti alle istituzioni e alle associazioni partecipanti dirette alla popolazione anziana e alle famiglie, ai *care giver* in cui le informazioni teoriche si abbinano alle esperienze pratiche favorendo processi di *empowerment* e di comunicazione intersetoriale ed intergenerazionale (alimentarsi con gusto e in sicurezza a tutte le età, corsi di giardinaggio, cura degli orti, cucina della tradizione e salutare, momenti conviviali per socializzare). Tali attività procederanno in modo integrato con gli altri gruppi attivati nell'ambito del progetto nella logica del supporto e potenziamento reciproco e contribuiranno alla raccolta di esperienze e progetti di buone pratiche sociali, nella prospettiva dell'istituzione di una

‘Banca dati’ e un ‘Sistema informativo’ messa a disposizione presso un sito Web dedicato la cui istituzione è prevista entro ottobre 2012.

Conclusioni. Il progetto ha contribuito fattivamente a migliorare comunicazione e collaborazione fra istituzioni, associazionismo, volontariato e cittadini condizione, peraltro, indispensabile per promuovere interventi in assenza di finanziamenti dedicati e in un’ottica di intervento integrato finalizzato al miglioramento della salute e dell’ambiente di vita. Sarà interessante valutare in termini di partecipazione e di adesione alle raccomandazioni proposte l’impatto degli interventi nei confronti dei cittadini singoli ed associati.

P169 Sperimentazione di indicatori di efficacia per valutare gli interventi di consulenza degli ambulatori nutrizionali del SIAN

Gulino Margherita (a), Meneghin Margherita (a), Della Torre Angelina (a), Minutolo Monica (a), De Luca Ilaria (a), Beviglia Giuseppina (b), Santolli Stefania (b), Dupont Maria Franca (c), Sciancalepore Manuela (c), Depau Simone (c), Marzullo Anna Maria (c), Richieda Sara (c), Milan Flavia (d), Barozzi Erika (d), Grossi Patrizia (d), Falcone Umberto (e), Migliardi Alessandro (e), Meneghini Stefania (f), Scaglia Maurizio (g)

(a) SC Igiene Alimenti e della Nutrizione, ASL TO5, Nichelino, Torino

(b) SC Igiene Alimenti e della Nutrizione, ASL AL, Casale Monferrato, Alessandria

(c) SC Igiene Alimenti e della Nutrizione, ASL TO4, Chivasso, Torino

(d) SC Igiene Alimenti e della Nutrizione, ASL NO, Arona, Novara

(e) SC DoRS, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, ASL TO3 Piemonte, Grugliasco, Torino

(f) SC Igiene Alimenti e della Nutrizione, USSL6, Vicenza

(g) Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, ASL AL, Alessandria

Introduzione. Il progetto finanziato dalla Regione Piemonte, ha valutato l'efficacia degli interventi di Consulenza Nutrizionale (CN) attraverso l'utilizzo delle tecniche del Counseling Motivazionale (CM), finalizzato all'aumento della motivazione al cambiamento di stili di vita non salutari.

Metodi. La sperimentazione condotta tra settembre 2009-novembre 2011, è stata strutturata in 5 fasi sulla base dell'organizzazione della CN (visita, primo controllo, secondo controllo, terzo controllo e quarto controllo) negli Ambulatori Nutrizionali (AN) di 4 SIAN piemontesi. Alla "visita" sono stati reclutati dagli Operatori Sanitari (OS) degli AN i pazienti eleggibili, nell'arco di 6 mesi sono seguiti i successivi controlli. Gli OS dei SIAN dell'ASL TO5, AL e TO4 (gruppo sperimentale-GS) sono stati formati sulle tecniche di CM e su utilizzo ed interpretazione degli strumenti per valutare la motivazione al cambiamento verso corrette abitudini alimentari e regolare attività fisica. Gli OS dell'ASL di Novara hanno invece condotto una CN tradizionale (gruppo di controllo-GC). È stata costruita una cartella individuale informatizzata suddivisa in 7 sezioni per raccogliere le informazioni sui pazienti e valutare l'efficacia degli interventi di CN.

Risultati. Su 712 pazienti reclutati, 236 (141-nel GS e 95-nel GC) hanno completato l'intero percorso (tasso di adesione 33%) in un tempo medio di 7 mesi. L'età media dei partecipanti è di 47,3 (deviazione standard 12,7), l'80% sono donne. Alla prima visita le donne pesavano in media 80 kg (deviazione standard 14,1) con BMI 31,6 (deviazione standard 5,3), gli uomini 91,5 (deviazione standard 15) con BMI 30,8 (deviazione standard 4,3). L'87,7% consuma la prima colazione (il 37,8% in modo inadeguato da un punto di vista calorico). Il 45% e il 56% consumano due o più porzioni al giorno rispettivamente di verdura e frutta. Lo stile alimentare più frequente è "spiluccare" (39,8%), seguito da "scelta non equilibrata degli alimenti" (38,1%). Il 42,2% non svolge alcun tipo di attività fisica e il 30% ne svolge per meno di 30 minuti al giorno. Il GS ha ridotto il peso corporeo in media

di 4,45 kg (Intervallo Confidenza 95% 3,60-5,29), il GC ha ridotto il peso in media di 3,59 kg (Intervallo Confidenza 95% 2,79-4,38).

Conclusioni. La differenza media di perdita di peso rilevata al termine del percorso di CN tra GS e GC, seppur non statisticamente significativa, suggerisce una maggiore efficacia del trattamento con CM rispetto al tradizionale percorso nutrizionale nella riduzione del peso dei pazienti.

PEER TO PEER: PARTECIPAZIONE, PROTAGONISMO DEI RAGAZZI, PROMOZIONE DELLA SALUTE

Intravaia Giuseppina, Ferraris Alessandra
Struttura Complessa Psicologia, ASL CN2, Alba Bra, Cuneo

Introduzione. Il Progetto *Peer to Peer* è inserito nell'area tematica Benessere/Salute mentale nel Programma Guadagnare Salute in Adolescenza; obiettivo è la promozione del benessere sociale/emotivo e lo sviluppo dell'*empowerment* in adolescenza attraverso la metodologia della *Peer Education*. Questo progetto si ispira all'*Empowered Peer Education*, che sottolinea in tutto l'impianto progettuale la partecipazione dei ragazzi, protagonisti in tutte le fasi dell'intervento. Obiettivo è promuovere il protagonismo dei ragazzi per sviluppare le loro competenze, per essere promotori del loro benessere nella scuola e nel territorio, in linea con i dettami dell'OMS sulla promozione della salute.

Metodi. Le Regioni aderenti sono 7: Abruzzo, Calabria, Campania, Liguria, Molise, Piemonte, Toscana. Il progetto è proposto negli Istituti secondari di II grado e inserito nel POF; l'intervento si articola in due anni e prevede fasi con tempi/obiettivi definiti. Attraverso l'esperienza della costituzione del gruppo di lavoro i ragazzi analizzano i propri bisogni e definiscono l'oggetto di promozione/prevenzione che vogliono sviluppare per sé e per i coetanei nel contesto di riferimento. Gli adulti collaborano assumendo la funzione di facilitatori di processi. Questa metodologia prevede una valutazione continua e condivisa dai destinatari stessi del progetto e l'integrazione di aspetti qualitativi e quantitativi. È stata effettuata una formazione iniziale direttamente *in loco*.

Risultati. Ad oggi il progetto è avviato in 6 Regioni su 7 secondo i criteri condivisi: in tutti gli Istituti individuati sono stati selezionati i ragazzi *Peer*, si è proceduto alla loro formazione e hanno iniziato a progettare azioni per i loro coetanei. Il progetto è stato attivato ad oggi in 11 Istituti medi superiori siti nelle Regioni sopra elencate; in ogni Istituto il gruppo *Peer* è composto da circa 30 ragazzi di II/III superiore. Le azioni dei *Peer* (ad oggi circa 350) si rivolgeranno a una popolazione studentesca stimabile in oltre 8.000 ragazzi.

Conclusioni. L'*Empowered Peer Education* attiva un processo di sviluppo di *empowerment* degli adolescenti che hanno la possibilità di fare esperienza diretta della gestione di un progetto dall'ideazione alla valutazione, con l'opportunità, continuamente discussa con gli adulti, di incidere sul proprio contesto.

P170 SORVEGLIANZA SUGLI STILI DI VITA IN ETÀ INFANTILE ED ADOLESCENZIALE NELLA REGIONE CALABRIA: OKKIO ALLA SALUTE ED HBSC

La Rocca Marina (a), Azzarito Caterina (b), Gruppo Regione Calabria OKkio alla Salute 2010, Gruppo Regione Calabria HBSC 2010

(a) ASP, Catanzaro

(b) Dipartimento Tutela Salute Regione Calabria, Catanzaro

Introduzione. In Italia e in Europa il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% della spesa sanitaria sono causati da malattie cronico degenerative che hanno in comune fattori di rischio modificabili strettamente correlati ai comportamenti individuali che si sviluppano a partire dall'infanzia. Sapere come si caratterizza lo stile di vita dei nostri bambini e adolescenti ci permette di individuare i loro bisogni di salute e di monitorare l'appropriatezza delle azioni preventive intraprese.

Metodi. L'approccio metodologico è quello della sorveglianza di popolazione da effettuarsi con *survey* periodiche su campioni rappresentativi.

Risultati. In Calabria il 100% delle classi selezionate - 114 per OKkio alla Salute e 213 per HBSC - hanno partecipato alle rilevazioni 2010. L'indagine HBSC ha coinvolto 3.155 adolescenti; ad OKkio alla Salute hanno aderito 1.868 famiglie. Si è optato per un campionamento di tipo regionale in quanto la rilevazione 2008 aveva evidenziato una sostanziale omogeneità di dati su tutto il territorio regionale. I comportamenti sedentari sono risultati particolarmente diffusi sia tra i bambini che tra gli adolescenti, tenuto conto che anche la strutturazione dei centri urbani della nostra Regione non favorisce il movimento a piedi o la disponibilità di spazi all'aperto fruibili per camminare o giocare. L'adesione a comportamenti sedentari è favorita inoltre da internet che permette ai ragazzi di essere in contatto con gli amici senza muoversi da casa, senza dimenticare l'attrazione esercitata da videogiochi e tv: il 52% dei bambini di 8 anni ha il televisore in camera. Relativamente allo stato nutrizionale sono in eccesso ponderale 1 adolescente su 5 e 2 bambini su 5. Soltanto il 42% degli adolescenti ed il 41% dei bambini consuma frutta quotidianamente mentre il consumo giornaliero di verdura cala vertiginosamente raggiungendo il 26% tra i bambini e il 12% tra gli adolescenti.

Conclusioni. Le sorveglianze sugli stili di vita 2010 hanno evidenziato la gravità del problema dell'eccesso di peso: i bambini e gli adolescenti della Regione Calabria mostrano un IMC sensibilmente superiore alle medie nazionali. È necessario pertanto mantenere un'osservazione periodica del fenomeno per cogliere segni di cambiamento e per misurare gli effetti legati agli interventi preventivi in corso di realizzazione.

P171 IMPATTO DELLE STRATEGIE DI COMUNICAZIONE SUGLI ESITI DELLA CAMPAGNA VACCINALE VERSO HPV NELLE ADOLESCENTI TARANTINE

Lattarulo Rossella (a), Pesare Antonio (a), Caputi Giovanni (a), Battista Tatiana (a), Sponselli Grazia Maria (a), Viesti Elisabetta (b), Lopuzzo Maria Grazia (b), Conversano Michele (a)

(a) Dipartimento di Prevenzione, ASL, Taranto

(b) Assessorato alle Politiche della Salute, Regione Puglia, Bari

Introduzione. La vaccinazione *vs* HPV ha coinvolto, a livello locale, dapprima le ragazze dodicenni e successivamente le diciassettenni. Al fine di ottenere buone Coperture Vaccinali (CV) si è avviata una Campagna informativa per promuovere la vaccinazione e redimere dubbi e perplessità riguardo l'efficacia e la sicurezza del nuovo vaccino e gli esiti delle patologie HPV-correlate.

Metodi. Si è operato dapprima con la chiamata attiva delle famiglie per raggiungere la popolazione *target* d'intervento. Nel contempo si è avviata una campagna di promozione della vaccinazione in stretta sinergia con Pediatri, MMG e mondo della Scuola. Ogni Dirigente scolastico è stato contattato e sensibilizzato, e in sinergia con il Docente referente dell'educazione alla salute, sono state pianificate le giornate informative che hanno lasciato ampio spazio alla comunicazione collettiva e interpersonale e ad un colloquio diretto con operatori sanitari competenti. La Campagna ha puntato maggiormente a trasmettere le informazioni attraverso un linguaggio che ha enfatizzato il loro potere decisionale oltre che il grado di responsabilità personale. In via del tutto sperimentale e con notevole successo, in alcune scuole è stato proposto alle ragazze di formulare "domande anonime" a cui il Personale sanitario ha fornito adeguate risposte; inoltre numerose sono state le trasmissioni televisive di emittenti locali dedicate al tema. Per la valutazione degli esiti, di grande supporto è stato il sistema dell'anagrafe vaccinale informatizzata, che prontamente aggiornato, ha permesso di monitorare la risposta da parte del *target* in relazione agli interventi promozionali attuati.

Risultati. Dalle rilevazioni dei dati locali aggiornati al 31/01/2012 le CV raggiunte per il *target* delle dodicenni sono state pari al 78%, 88%, 86%, 82% e 75% per le coorti di nascita rispettivamente del 1996, 1997, 1998, 1999 e 2000. Le CV delle ragazze maggiorenne ammontano al 63%, 62% per le coorti di nascita rispettivamente del 1993 e 1994.

Conclusioni. Appare chiaro che nell'ottica del raggiungimento di CV del 95%, come definito dall'Intesa Stato-Regioni, l'impegno debba continuare e che la Campagna informativa rivolta alle diciassettenni vada ulteriormente perfezionata, cercando di percorrere nuovi canali comunicativi più consoni al giovane *target*.

P172 “SE BEVO NON GUIDO, GUIDO SE NON BEVO”: IL NUOVO APPROCCIO COMUNICATIVO RIVOLTO ALLA NEW GENERATION PER COMUNICARE I RISCHI CONNESSI ALLA GUIDA IN STATO DI EBBREZZA

Lattarulo Rossella (a), Ladaldo Concetta (b), Battista Tatiana (a), Caputi Giovanni (a),

Vinci Maria Teresa (a), Dinoi Maria Rosaria (a), Insogna Simona (a), Pesare Antonio (a)

(a) Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto

(b) Assessorato alle Politiche della Salute, Regione Puglia, Bari

Introduzione. La Campagna Ministeriale “Insieme x la sicurezza” ha inaugurato un innovativo approccio comunicativo per agganciare i ragazzi al fine di aumentare l’autoconsapevolezza sulla percezione del rischio legato all’assunzione di alcol e guida di autoveicoli.

Metodi. Ciascun evento informativo ha impegnato professionisti (medico, psicologo, assistente sanitario, infermiere) dei Dipartimenti di Prevenzione e delle Dipendenze Patologiche ASL TA e un gruppo di volontari. All’ingresso in discoteca, il guidatore designato, identificato con un braccialetto, era invitato a raggiungere a fine serata lo stand predisposto per verificare i propri riflessi con l’ausilio di un simulatore di guida. Successivamente veniva compilata la scheda alcolimetrica per valutare la percezione del rischio, ovvero il livello alcolimetrico percepito rispetto al valore reale ottenuto con l’*etilostest*. In caso di esito positivo il conducente era premiato con un ingresso gratuito in discoteca. Gli strumenti di prevenzione erano comunque a disposizione di tutti gli utenti della serata.

Risultati. Il campione costituito da 162 intervistati era così composto: 72% uomini e 28% donne; età media 22 anni. Il 76% del campione dichiara di aver bevuto alcol. Tra i bevitori la bevanda più consumata è stata il superalcolico (56%) seguito da birra (18%) alcol *pops* (17%) aperitivo (12%) e vino (10%). Si denota la prevalenza dell’uso sociale dell’alcol (61%). Il 79% degli intervistati dichiara di essersi ubriacato almeno una volta con un’età media della prima ubriacatura a 16 anni, e una iniziazione alla sostanza ai 14. Alla domanda di autovalutazione del tasso alcolico l’86% dichiara un tasso $\leq 0,5$ g/l ma alla luce dei risultati dell’acoltest il 73% ha realmente questo valore. Il 43% del campione dichiara di dover guidare all’uscita della discoteca; di questi il 22% con un tasso alcole米co $> 0,5$ g/l lo conferma. Altro dato significativo emerso è il 5% del campione che rivela di aver subito almeno una volta il ritiro della patente per guida in stato di ebbrezza.

Conclusioni. Sebbene l’atteggiamento di sfida tipico dell’età e l’attrazione fatale verso gli eccessi continuino a permeare gli atteggiamenti della *new generation*, si intravede un aumento della consapevolezza sugli effetti dell’alcol alla guida: è su questo che il settore della prevenzione deve proseguire il suo impegno.

REGIONE PUGLIA: STATO NUTRIZIONALE E RISCHI COMPORTAMENTALI CHE POSSONO DETERMINARE EFFETTI SULLA SALUTE IN ETÀ 11-15 ANNI

Liuzzi Sabrina, Simeone Maria Domenica, Cavalla Anna Rita, Pesare Antonio
Dipartimento di Prevenzione, ASL, Taranto

Introduzione. Dalla collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità e le Università degli Studi di Torino, Padova e Siena, è stata avviata l'indagine nazionale HBSC Italia 2010 (*Health Behaviour in School-aged Children*).

Metodi. La strategia di intervento ha previsto un monitoraggio dei fattori e dei processi che possono determinare degli effetti sulla salute attraverso un questionario somministrato ad un campione di 77.113 adolescenti italiani.

Risultati. I risultati hanno mostrato che, relativamente al consumo di verdura nelle tre diverse fasce di età (11-13-15 anni), emerge una minore frequenza di consumo quotidiano di verdura nel Sud rispetto al resto d'Italia, mentre i valori riferiti al consumo di frutta nei quindicenni e tredicenni pugliesi superano i dati nazionali. Le Regioni del Centro-Sud Italia presentano la maggiore percentuale di ragazzi e ragazze in sovrappeso e, soprattutto, obesi. In particolare, in Campania si registrano i valori più alti di eccesso ponderale per tutte e tre le fasce d'età, mentre in Puglia i dati sono abbastanza sovrapponibili alla media nazionale, ad eccezione di quelli delle ragazze di 11 anni, che risultano essere più in sovrappeso. La Puglia si colloca al di sotto della media nazionale per quanto riguarda gli episodi di ubriachezza nei maschi (12,9%) e al di sopra per quanto riguarda le femmine (11,5%). Per ciò che concerne l'attività fisica, i ragazzi di 15 anni ne svolgono meno rispetto ai tredicenni. La differenza è ancora più evidente nelle femmine, che svolgono meno attività fisica dei compagni maschi in tutte e tre le fasce di età. Anche in questo caso i ragazzi del Sud Italia risultano i meno attivi dal punto di vista motorio. Dai questionari dei Dirigenti Scolastici emerge che in oltre l'80% degli istituti scolastici sono forniti alimenti non salutari dai distributori automatici. In Puglia è presente una percentuale maggiore di alimenti salutari (circa 38%) rispetto alla media nazionale (22%).

Conclusioni. Il quadro emerso è tale da giustificare un'attenzione costante e regolare nei prossimi anni e l'attivazione di una comunicazione ampia ed efficace dei risultati a tutti i gruppi di interesse, allo scopo di stimolare e rafforzare la propria azione di prevenzione e di promozione della salute, in particolare all'interno della scuola.

ALIMENTA LA SALUTE

Longo Tiziana, Barocco Giulio, Cella Maria Grazia, Claut Michela, Del Pio Tiziana,
Fedele Roberta

Azienda per i Servizi Sanitari n.I Triestina, Trieste

Introduzione. Le politiche di salute dimostratesi efficaci nel contrastare la diffusione delle patologie cronico-degenerative agiscono, nel campo dell'alimentazione, con un approccio sistematico che educa le persone al significato più completo della parola "alimento", passando attraverso l'educazione sensoriale e ai media, per giungere alla sostenibilità delle produzioni e dei consumi, tutelando anche l'ambiente e il territorio di riferimento. Il programma Guadagnare Salute promuove i consumi salutari e la corretta alimentazione attraverso la diffusione di questo approccio globale al sistema agro-alimentare, sostenendo una corretta informazione al consumatore e l'educazione all'acquisto responsabile e consapevole.

Metodi. È stato attivato un corso di formazione con l'obiettivo di diffondere tra i colleghi dell'ASS l'approccio globale al sistema salute-alimentazione-ambiente, sia nell'attività professionale che nella propria vita privata, per poter compiere scelte alimentari di salute, coerentemente integrate con gli aspetti della sostenibilità ambientale, socioculturale, etica e solidale. Il coinvolgimento degli operatori di tutta l'Azienda ha favorito la realizzazione di una rete di collaborazione fra le diverse Strutture in grado di fornire ai cittadini risposte integrate, coerenti ed efficaci. Nozioni di natura igienica e nutrizionale sono state arricchite da informazioni sulle strategie economiche adottate nella filiera alimentare e sulle opportunità di tutela del consumatore, e da esperienze sensoriali pratiche per scelte di qualità totale.

Risultati. Sono state realizzate finora 9 edizioni del corso accreditato ECM, per un totale di 202 partecipanti. I risultati del post-test somministrato a distanza di almeno 6 mesi dalla partecipazione per valutare eventuali cambiamenti in alcune abitudini alimentari o di acquisto, hanno evidenziato che: il 30% circa degli intervistati consuma più frutta e verdura, il 18% ha iniziato ad assumere la prima colazione, il 41% utilizza meno zucchero, il 76% non acquista più prodotti contenenti margarine e grassi vegetali non specificati, il 65% cerca di acquistare prodotti locali a km0.

Conclusioni. La strutturazione del percorso formativo è riuscita a tradurre le conoscenze in esperienza, facilitando nel tempo il passaggio dal "sapere" al "saper essere" una persona capace di scegliere in modo responsabile e consapevole. Il raggiungimento dell'ultimo dei tre livelli del "sapere pedagogico" testimonia la qualità del progetto formativo ed il suo valore anche in termini di reale e fattivo investimento per la "salute" del singolo, del suo nucleo familiare, della comunità e del territorio in cui vive.

P173 SICUREZZA ALIMENTARE E SICUREZZA NUTRIZIONALE: UN APPROCCIO INTEGRATO PER MIGLIORARE I COMPORTAMENTI DEI CONSUMATORI

Losasso Carmen, Cibin Veronica, Cappa Veronica, Roccato Anna, Vanzo Angiola, Andriguetto Igino, Ricci Antonia

SC8, Analisi del Rischio e Sistemi di Sorveglianza in Sanità Pubblica, Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, Legnaro, Padova

Introduzione. Le misure di sicurezza alimentare e nutrizionale adottate dai consumatori assumono notevole rilevanza nella prevenzione delle malattie alimentari giacché la “fase del consumatore” esula dal controllo delle autorità competenti che assicurano la qualità igienico-sanitaria degli alimenti e l’adeguatezza nutrizionale dei pasti. Nonostante sia noto il ruolo della corretta gestione degli alimenti in ambito domestico e delle sane scelte alimentari nel miglioramento dello stato di salute, questa consapevolezza non è sufficiente a modificare le abitudini alimentari dei consumatori. Questo lavoro descrive una metodologia innovativa ed efficace per orientare i consumatori verso abitudini alimentari più sane e più sicure, affrontando in modo olistico i temi della sicurezza alimentare e nutrizionale.

Metodi. 595 consumatori sono stati coinvolti in un percorso formativo sui temi dell’igiene dell’alimentazione e della nutrizione la cui efficacia è stata valutata con un questionario volto ad acquisire informazioni sui comportamenti alimentari in ambiente domestico. Gli *items* sono stati codificati e raggruppati in classi, considerando le tipologie di pericolo per la sicurezza alimentare (contaminazione crociata, cottura inefficace, temperatura di conservazione inadeguata, contaminazione da fonti ignote) e delle abitudini virtuose o obesogene per la sicurezza nutrizionale. Un modello di regressione logistica ha permesso di valutare l’efficacia dell’intervento.

Risultati. La proporzione di soggetti con un miglioramento nelle abitudini alimentari dopo l’intervento è pari al 12,9% per la sicurezza alimentare e al 13,9% per la sicurezza nutrizionale. L’intervento è stato più efficace nella riduzione di comportamenti a rischio legati al pericolo di contaminazione crociata (12,1%), al controllo della temperatura di conservazione degli alimenti (11,9%) e alla riduzione di comportamenti obesogeni (10,1%).

Conclusioni. Lo studio dimostra che lezioni frontali tenute da esperti possono essere più efficaci per la modifica di abitudini non salutari rispetto ad approcci basati sull’anonimo trasferimento di informazioni. La metodologia descritta potrebbe essere adottata in prevenzione primaria per diffondere informazioni riguardanti la salute su larga scala e a costi ridotti, contribuendo al miglioramento della gestione domestica degli alimenti.

P174 *HEALTHY STYLE: PROGETTO DI RICERCA-FORMAZIONE-INTERVENTO PER LA DIVULGAZIONE DI STILI DI VITA SALUTARI TRA ADOLESCENTI DELLA CITTÀ DI NAPOLI*

Mancusi Caterina, Mastronuzzi Roberto, Di Onofrio Valeria, Gallè Francesca, Cirella Assunta, Liguori Giorgio, Gruppo di Lavoro Healthy Style*

Facoltà di Scienze Motorie, Dipartimento di Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali, DiSIST, Università degli Studi Parthenope, Napoli

Introduzione. La scarsa attività fisica e l'alimentazione scorretta hanno prodotto negli ultimi decenni un aumento dell'incidenza di sovrappeso/obesità anche tra i più giovani e, contemporaneamente, una riduzione dell'efficienza fisica che, se inadeguata, è predittore di morbilità e di mortalità per malattie metaboliche e cardiovascolari. Il progetto *Healthy Style*, promosso dal Comune di Napoli in collaborazione con l'Università "Parthenope", è finalizzato alla divulgazione di stili di vita salutari comprendenti attività fisica e corretta alimentazione in ambito scolastico.

Metodi. L'indagine è stata condotta su 120 ragazzi, di cui 65 (54%) femmine e 55 (46%) maschi, con un'età media pari a 12 anni (*range* 11-14) frequentanti una scuola media inferiore del territorio cittadino. Per il suo svolgimento ci si è avvalsi del supporto scientifico-operativo di docenti appartenenti a tre aree della Facoltà di Scienze Motorie (Prevenzione e Salute, Motorio-Sportiva, Pedagogica). Per ciascun soggetto sono stati acquisiti il peso, l'altezza e la circonferenza vita e, mediante un questionario anonimo, informazioni riguardanti le abitudini alimentari e l'attività fisica svolta. L'efficienza fisica (capacità cardiorespiratoria, forza muscolare e flessibilità) è stata valutata tramite test motori validati per l'età evolutiva.

Risultati. Il 28,5% dei ragazzi è in una condizione di sovrappeso/obesità. I valori medi della circonferenza vita erano pari a $72,4 \pm 12,4$ cm nei maschi e $70,6 \pm 10,5$ cm nelle femmine ($>90^{\circ}$ percentile). I risultati del questionario indicano la presenza di cattive abitudini alimentari nel campione: più della metà dei ragazzi (51%) non fa colazione regolarmente e consuma maggiormente alimenti dannosi per la salute rispetto a quelli sani. Sebbene il 62,5% del campione dichiari di svolgere attività sportiva, solo il 22% di questo pratica regolarmente attività fisica di intensità moderata-vigorosa. I risultati dei test motori indicano un'inadeguata efficienza per alcune delle componenti considerate, fra cui capacità cardiorespiratoria, forza esplosiva degli arti inferiori e flessibilità articolare.

Conclusioni. Il campione ha mostrato un rischio cardiovascolare non trascurabile. Risulta pertanto necessaria l'attuazione di un programma di promozione della salute, previsto per la seconda fase del progetto.

* Gruppo di Lavoro *Healthy Style*: Buono Pasqualina, Tafuri Domenico, Cunti Antonia, Iavarone Maria Luisa, Valerio Giuliana, Alfieri Andreina, Amato Marco, Bellantonio Sergio, Cante Monica, Gallarato Valeria, Henke Roberto, Lemba Jole, Martone Domenico, Russomando Luca.

P175 QWERT: I NEW MEDIA PER LA PROMOZIONE DELLE LIFE SKILLS PER I PRE TEENAGER

Marini Francesco, Galeotti Antonio, Lattanzio Enzo, Tutino Morena, Minerva Chiara,
Scannapieco Gianluigi, Di Giorgi Enrico
Azienda ULSS 9, Treviso

Introduzione. L'obiettivo era di favorire dinamiche di scambio tra pari in merito a tematiche utili allo sviluppo di capacità protettive rispetto a comportamenti a rischio per la salute a favore dei preadolescenti (11-14). Per raggiungere i nativi digitali è stato individuato come media più efficace un *social network* dedicato ai ragazzi delle Scuole Medie (sperimentandolo nel distretto di Treviso) con l'obiettivo di sviluppare le *Life Skills* (OMS 1993). Le criticità principali erano la sicurezza del sistema, il coinvolgimento delle scuole/genitori, la copertura dei costi di *start-up* del progetto e infine il forte carattere sperimentale: non esistevano realtà simili con le quali confrontarsi, ciò ha favorito la creazione di un modello di "ingaggio" con i ragazzi misto *online/offline*.

Metodi. Sicurezza: il sistema accedono solo i ragazzi tramite password e username e tramite la sottoscrizione dei genitori di una liberatoria. La password è consegnata manualmente al ragazzo per essere certi dell'identità. Le scuole e i genitori sono stati coinvolti con incontri e con il coinvolgimento anche operativo degli insegnanti. Il lancio è stato fatto con una conferenza stampa e una campagna di comunicazione sul territorio e nelle scuole (marketing non convenzionale). Il principio di gestione è quello del *user generated content* ossia i contenuti e le attività vengono decise dalla comunità dei "Qwerters". Il SN offre applicazioni tipiche di un *social network* quali gruppi, chat, messaggi privati, forum di discussione, gallerie video e immagini, concorsi e test. Il SN favorisce la socializzazione tra i Qwerters, e il contatto con gli operatori attraverso un avatar "Qwerty", senza identità fisica, che ricopre il ruolo di facilitatore nelle discussioni. Per continuità offline gli stessi operatori, ricoprono il ruolo di "amici" di "Qwerty" senza svelarne l'identità. Per la copertura dei costi è stata fatta un'azione di marketing sociale nel territorio.

Risultati. Il progetto è stato sponsorizzato da realtà locali. La sperimentazione ha portato: quasi 700 utenti di Treviso (30% del bacino potenziale), 1.945 gruppi e corrispondenti tematiche, 1,5 milioni di pagine viste e 205 ragazzi *online* al giorno. Tre eventi ideati *online* e organizzati sulla città dai ragazzi: www.youtube.com/myqwertTv, www.myqwert.it. Nel 2012 il progetto sarà ampliato a due Distretti aziendali.

CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA: MONITORAGGIO DELLE STRATEGIE DI PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA NELLA PROVINCIA DI PALERMO

Marsala Maria Grazia Laura (a), Restivo Vincenzo (a), Asciutto Rosario (a), Cracchiolo Manuela (b), Ferrara Clara (c), Vitello Debora (c), Perino Antonino (c), Firenze Alberto (a)
(a) Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi, Palermo

(b) Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi, Palermo

(c) Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, Università degli Studi, Palermo

Introduzione. Il Progetto di Ricerca “Prevenzione del carcinoma della cervice uterina: monitoraggio delle strategie di prevenzione primaria e secondaria. Revisione sistematica della letteratura scientifica e comunicazione delle informazioni attraverso strumenti di *information technology*” (PRIN 2008), coinvolge le Università di Roma “Sapienza”, Cassino, Ferrara, Palermo e Roma “Cattolica”. Obiettivo del Progetto è valutare l’impatto del programma di *screening* e della vaccinazione sulla popolazione femminile, valutando i bisogni informativi in contesti socio-culturali diversi, per potenziare le attitudini al comportamento preventivo e ridurre i comportamenti a rischio.

Metodi. L’Unità di Ricerca di Palermo, nell’ambito del PRIN 2008, vede coinvolti la Sezione di Igiene del Dipartimento di scienze per la Promozione della Salute “G. D’Alessandro”, il Dipartimento di prevenzione medico, Servizio dipartimentale di sanità pubblica, epidemiologia e medicina preventiva dell’Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Palermo, e il Dipartimento materno infantile - ginecologia ostetricia e fisiopatologia della riproduzione umana dell’AOUP di Palermo. Lo studio, nell’Unità di Ricerca di Palermo, è stato condotto attraverso la somministrazione di questionari formulati *ad hoc* per quattro coorti di un campione di popolazione femminile della Provincia di Palermo:

- questionario 1 alle madri coorte 1996 offerta attiva (11-12 anni);
- questionario 2 alle madri fuori coorte offerta attiva (12-18 anni);
- questionario 3 alle ragazze da vaccinare con età inferiore ai 18 anni;
- questionario 4 alle ragazze da vaccinare con età superiore ai 18 anni.

Risultati. Dallo studio emerge come la maggior parte delle mamme delle ragazze vaccinate, ha acquisito delle informazioni sulla vaccinazione anti-HPV, attraverso canali comunicativi quali TV, radio, quotidiani/settimanali; invece solo il 30,8% delle ragazze di età inferiore ai 18 anni, conosce la vaccinazione anti-HPV, mediante informazioni ricevute dal medico di famiglia. Le ragazze universitarie, invece conoscono la vaccinazione anti-HPV, perché rappresenta un argomento affrontato durante il percorso formativo; solo il 14% di queste infatti, ha appreso notizie da fonti non qualificate.

Conclusioni. Un dato interessante emerso dallo studio è l’esigenza espressa dalla maggior parte delle intervistate di ricevere informazioni da professionisti sanitari sulla prevenzione del Carcinoma della Cervice uterina: da ciò deriva la necessità di campagne informative qualificate per far fronte alla disinformazione tra la popolazione interessata

da tale problematica; e pertanto l'obiettivo primario delle strategie di Sanità Pubblica, non può che essere una corretta comunicazione persuasiva e diversificata in base ai gruppi *target*.

P176 LA PROMOZIONE DELLA SALUTE MATERNO-INFANTILE INIZIA PRIMA DELLA GRAVIDANZA

Mastroiacovo Pierpaolo* (a), Agricola Eleonora* (a,c), Bortolus Renata* (b), Corchia Carlo* (a), Gastaldi Paolo* (d), Lalatta Faustina* (e), Ruggeri Stefania* (f), Tozzi Alberto Eugenio* (c)

(a) ICBD, Alessandra Lisi International Centre on Birth Defects and Prematurity, WHO Collaborating Centre, Roma

(b) SSF, Promozione della Ricerca, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona

(c) Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

(d) Ospedale Santo Spirito, Roma

(e) UOD, Genetica Medica Fondazione Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

(f) INRAN, Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma

Introduzione. La *Global Consensus Conference on Preconception Health* tenutasi recentemente all'OMS ha chiaramente indicato che un sensibile miglioramento della salute materno-infantile si ottiene se le cure materno-infantili si estendono al periodo che precede la gravidanza: salute riproduttiva, salute preconcezionale e inter-concezionale.

Metodi. In Italia l'ICBD, WHO Collaborating Centre, insieme a colleghi di altre istituzioni (GLISP), ha promosso iniziative per aumentare l'attenzione sulla promozione della salute preconcezionale:

- “Pensiamoci Prima”, progetto finanziato dal CCM del Ministero della Salute;
- il “Mese della Prevenzione dei Difetti Congeniti e della Prematurità”;
- il Comitato “Donne Portatrici di Salute”.

Risultati. Pensiamoci Prima (www.pensiamociprima.net) ha prodotto materiale per operatori sanitari (pacchetti formativi di aggiornamento, raccomandazioni per il *counseling* preconcezionale, scheda di valutazione dei rischi preconcezionali) e per le donne/coppie in età fertile (videoclip, manuale e schede informativi, opuscoli, locandina); ha ispirato “Mamma InForma”, indagine dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù sull’efficacia di consigli preconcezionali personalizzati forniti via internet (www.mammainforma.it); ha promosso l’attivazione di ambulatori “Pensiamoci Prima” e l’ “Indagine sulla Prevalenza dei Fattori di Rischio Preconcezionale e loro Determinanti” in alcune strutture ospedaliere. Il “Mese della Prevenzione dei Difetti Congeniti e della Prematurità” (aprile 2012) prevede la realizzazione di un sito web: www.primadellagravidanza.it per informare la cittadinanza, e l’invito a realizzare eventi di sensibilizzazione. Il Comitato “Donne Portatrici di Salute” utilizza il metodo *Peer to Peer Education* per disseminare informazioni sulla promozione della salute delle donne. Il tema del 2012 è la promozione della salute delle donne in età fertile e/o in vista di una gravidanza.

Conclusioni. Le attività e gli interventi in Italia per la promozione della salute materno-infantile sin da prima del concepimento sono ampi ed articolati, tali da includerla tra i Paesi più avanzati in questo settore. Questi interventi potranno migliorare ulteriormente negli

anni a venire la salute materno-infantile. Si auspicano studi di valutazione dell'efficacia di tali interventi.

* In rappresentanza del GLISP: Gruppo di Lavoro Italiano Salute Preconcezionale.

P177 STRATEGIE DI PREVENZIONE E DI GESTIONE DELLA BPCO DA PARTE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE NELLA ASL DI TERAMO

Mattei Antonella (a), Quaranta Alberto (a), Evangelista Paolo (b), Angelone Anna Maria (a), Sbarbati Margherita (c), Desideri Giovanbattista (a), Di Orio Ferdinando (a)

(a) Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica, Università degli Studi, L'Aquila

(b) Medico di Medicina Generale, L'Aquila

(c) Unità Operativa Materno Infantile, ASL, Rieti

Introduzione. La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una patologia frequente, che causa importante compromissione della qualità di vita e rischio di morte prematura. In Italia la prevalenza è in crescita, soprattutto nel sesso maschile e con l'aumentare dell'età; rimane comunque un 50% di sottodiagnosi, perché la malattia è spesso riconosciuta nelle fasi avanzate. Il Medico di Medicina Generale (MMG) occupa un posto privilegiato nella gestione della malattia, perché, promuovendo azioni atte a ridurre i fattori di rischio modificabili (soprattutto il fumo di tabacco) sulla popolazione a rischio medio, può favorire piccoli cambiamenti comportamentali che inducono grandi risultati in termine di prevenzione. Ha inoltre ruolo essenziale nella gestione e nel monitoraggio in tutti gli stadi della malattia e nel trattamento delle riacutizzazioni. L'obiettivo dello studio è stato valutare la gestione della BPCO da parte dei MMG, analizzando prevalenza della malattia, possibilità di diagnosi precoce, frequenza delle riacutizzazioni bronchiali ed utilizzo ambulatoriale della spirometria.

Metodi. Hanno aderito all'indagine, svoltasi nel 2010, 40 MMG della provincia di Teramo. I dati sono stati estrapolati da software gestionali per cartelle cliniche informatizzate ed elaborati con il programma STATA 12 dell'Università dell'Aquila.

Risultati. La prevalenza stimata di BPCO tra gli assistiti teramani è risultata del 3,5%, maggiore nei maschi (4,3%). Sono stati arruolati nello studio 1.133 soggetti con età ≥ 35 anni (età media: 70 anni) e diagnosi di BPCO effettuata dal MMG: a 912 su base clinica ed a 221 con spirometria. Il 56,5% dei soggetti è risultato fumatore attuale ed un quinto di questi ha effettuato una spirometria. Il 26,7% ha presentato una BPCO di grado lieve-moderato. Il sintomo tosse è stato riferito da tutti i soggetti: per lo più tosse intermittente, anche se i fumatori hanno presentato maggiori frequenze di tosse persistente ed espettorazione, in tutte le fasce d'età. All'80,8% è stata riscontrata dispnea intermittente, al 17,7% persistente. Nell'anno in studio, tre quarti dei pazienti hanno avuto riacutizzazioni, con maggior frequenze tra i soggetti con sintomi persistenti (92%) e rischio significativamente aumentato tra i fumatori (OR 1,6, IC95% 1,96-2,17). Nei pazienti con una spirometria basale, coloro che hanno avuto riacutizzazioni hanno presentato valori medi di FEV1 del 46,7% (DS \pm 18,8), contro il 64,7% (DS \pm 14,8) tra coloro che non hanno mostrato riacutizzazioni. Sono stati effettuati complessivamente 421 ricoveri, di cui 144 per insufficienza respiratoria acuta e cronica.

Conclusioni. L'indagine evidenzia che, grazie alle indagini funzionali ambulatoriali, l'identificazione tempestiva dei soggetti a rischio o in stadi precoci di BPCO è facilmente praticabile dal MMG ed è fondamentale per garantire l'attuazione di interventi capaci di rallentare il decorso tra i quali non ultimo l'intervento sull'abitudine al fumo.

P178 Sperimentazione di un approccio integrato per favorire la sana alimentazione in età scolare

Midili Simona, Cirillo Mariangela, Tripodi Alberto
UOS Nutrizione, SIAN, AUSL, Modena

Introduzione. La letteratura scientifica individua l'infanzia come una fascia di età particolarmente a rischio perché sono proprio i bambini in età prescolare e scolare i soggetti fisicamente più vulnerabili ed esposti ai potenziali rischi causati da un'alimentazione quantitativamente e qualitativamente non adeguata. Il SIAN di Modena ha sperimentato un approccio integrato di promozione di corrette abitudini alimentari, a partire dalla refezione scolastica, attraverso una serie di azioni in grado di enfatizzare il ruolo chiave della "scuola promotrice di salute", in quanto luogo ideale dove attuare interventi educativi per ispirare sane abitudini di vita nelle giovani generazioni.

Metodi. Da un censimento avviato nel 2006 sulla valutazione dei menù delle scuole di Modena e provincia, sono emerse criticità riconducibili all'adozione di menù volti a soddisfare più la gradibilità che la qualità nutrizionale dei pasti offerti. Previo contatto con le direzioni scolastiche sono stati promossi incontri formativo-motivazionali, rivolti al personale scolastico (insegnanti, ausiliari, cuochi) durante i quali è stato riservato ampio spazio al confronto. Nella maggioranza dei casi è emersa la necessità di far corrispondere alla proposta di un menù qualitativamente e quantitativamente più equilibrato un messaggio educativo coerente anche negli altri momenti della vita scolastica nonché extrascolastica attraverso il coinvolgimento delle famiglie. Il SIAN, oltre al contributo nelle variazioni dei menù, ha offerto il proprio supporto con un progetto di educazione alimentare mettendo a disposizione materiale informativo per alunni e genitori e partecipando ad iniziative rivolte alle famiglie.

Risultati. Questo tipo di approccio integrato, che ha coinvolto la scuola nella sua globalità, è stato sperimentato su 70 scuole di Modena e provincia ed ha coinvolto circa 300 operatori. Il 90% dei menù è stato migliorato dal punto di vista nutrizionale registrando una maggiore variabilità in rapporto alla stagionalità dei prodotti, una diminuzione della proposta di salumi e formaggi a favore di ricette a base di verdure ed un incremento della frutta fresca di stagione a merenda. Il 50% delle scuole ha aderito al progetto di educazione alimentare proposto attivando un percorso educativo gestito, in classe, dalle insegnanti ed organizzando iniziative rivolte ai genitori, raggiungendo così quasi 2.500 alunni ed altrettante famiglie. Si è osservata una buona gradibilità dei nuovi menù ed un maggiore consumo di frutta e verdura in mensa.

Conclusioni. Un approccio integrato che aiuti la scuola a proporre messaggi semplici ed univoci di salute in tutti i momenti della giornata scolastica è in grado di favorire l'instaurarsi di corrette abitudini alimentari fin dall'infanzia.

P179 DIS-ABILMENTE

Miola Annacatia (a), Lorenzi Lionella (a), Stano Antonio (b), Boldrin Marina (c), Sforzi Maurizio (d), Menegolo Annalisa (e), Smiderle Cristina (f)

(a) *Servizio Educazione e Promozione della Salute, SEPS del DP, Azienda Sanitaria ULSS 3, Bassano, Vicenza*

(b) *Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, SIAN del DP, Azienda Sanitaria ULSS 3, Bassano, Vicenza*

(c) *Ambulatorio Nutrizionale, Azienda Sanitaria ULSS 3, Bassano, Vicenza*

(d) *Dipartimento di Prevenzione, DP, Azienda Sanitaria ULSS 3, Bassano, Vicenza*

(e) *Unità Operativa Disabilità, Azienda Sanitaria ULSS 3, Bassano, Vicenza*

(f) *Dipartimento di Medicina Riabilitativa, Azienda Sanitaria ULSS 3, Bassano, Vicenza*

Introduzione. È ampiamente dimostrato che una regolare attività fisica e uno stile alimentare corretto riducono sensibilmente le malattie cardiovascolari, diabete, osteoporosi, sovrappeso e obesità. Le malattie croniche hanno assunto una dimensione sociale importante e registrano maggiore incidenza presso le fasce socioeconomiche più basse e nei gruppi più vulnerabili della popolazione come i disabili, maggiormente esposti al rischio di obesità e sovrappeso. Il Servizio educazione e promozione salute con il SIAN e la MFR, ha attivato percorsi formativi per promuovere l'attività motoria e la corretta alimentazione presso i Centri per disabili adulti del territorio. Si è favorita la formazione degli operatori dei Centri, ma anche di un gruppo di disabili e dei loro familiari al fine di attivare processi di consapevolezza per scelte salutari. Sono state approfondite le tematiche di interesse con gli operatori e condivise modalità pratiche per favorire l'inserimento dell'attività fisica e il controllo dell'alimentazione nei programmi quotidiani personalizzati ai disabili. I corsi sono stati realizzati da due fisioterapisti e una dietista aziendale e da un maestro di *Nordic walking* dell'Associazione di volontariato "I CAN".

Metodi. Ad un gruppo di disabili è stata proposta l'attività all'aperto di camminata con i bastoncini (*Nordic walking*), utili alla funzione di appoggio indispensabile per alcuni utenti, tecnica che migliora la coordinazione motoria, l'equilibrio, il tono muscolare e la resistenza. Ai non deambulanti i fisioterapisti hanno proposto esercizi per la corretta postura in sedia/carrozzina. La dietista ha condotto lezioni frontali separate per i *target* e una lezione in cucina per un gruppo selezionato di disabili. A conclusione delle attività è stata dedicata una giornata per una camminata all'aperto e un buffet nutrizionalmente corretto preparato dai disabili. Il SEPS ha predisposto una scheda di valutazione in itinere per la rilevazione del n° delle attività svolte (camminate, laboratori cucine) e le abilità sviluppate dai disabili.

Risultati. Sono stati formati il 57% degli operatori dei Centri, il 24% dei disabili e il 24% dei genitori. La collaborazione fra i Servizi coinvolti ha consentito la realizzazione di una formazione integrata. Il programma svolto ha riscosso un elevato gradimento da parte dei beneficiari che hanno riscoperto il piacere di muoversi e mangiare meglio.

Conclusioni. La formazione di operatori, utenti e familiari è diventata patrimonio dei Centri per Disabili. Gli operatori formati potranno trasmettere queste "buone pratiche" ad altri operatori, disabili e familiari. Si è concordato di proseguire la formazione coinvolgendo un ulteriore 15% di operatori-disabili-familiari entro il 2012.

P180 PROMUOVERE COMPETENZE E COMPORTAMENTI POSITIVI PER LA SALUTE E LO SVILUPPO PERSONALE E SOCIALE (*LIFE SKILLS*)

Miola Annacatia, Dal Zotto Paola, Rizzo Maresa, Bozzetto Manuele, Crapella Sabrina, Piloni Luigi, Sforzi Maurizio

Servizio Educazione e Promozione della Salute del Dipartimento Prevenzione, Dipartimento per le Dipendenze, Azienda sanitaria ULSS 3, Bassano del Grappa, Vicenza

Introduzione. La prevenzione dei comportamenti a rischio legati all'uso di tabacco, alcol e droghe è più efficace se, oltre alla trasmissione di informazioni scientificamente corrette, si potenzia lo sviluppo di abilità sociali secondo il modello delle *Life Skills Education*. L'acquisizione di tali abilità consente l'aumento dei fattori protettivi necessari allo sviluppo individuale e sociale degli adolescenti e contribuisce alla riduzione dei fattori di rischio che possono portare a comportamenti devianti. I docenti sono gli attori protagonisti del progetto ma sono accompagnati nel percorso di formazione da una èquipe multidisciplinare, composta da operatori del Ser.D e del SEPS che, in un'ottica di lavoro integrato, coordina e sostiene le varie attività.

Metodi:

- condivisione e adesione al progetto da parte dei dirigenti scolastici e dei docenti interessati;
- formazione dei docenti da parte dell'èquipe multidisciplinare in cui sono state proposte specifiche unità didattiche da realizzare all'interno delle classi che vedono anche il coinvolgimento dei genitori;
- attivazione del programma agli studenti delle classi 2^a della Scuola secondaria di I grado e le loro famiglie;
- valutazione;
- incontro finale di restituzione delle attività da parte dei gruppi classe, dei docenti e degli operatori aperto alle comunità scolastiche.

Risultati. Il progetto è stato avviato nell'anno scolastico 2010, attualmente sta proseguendo con la partecipazione di 6 Scuole secondarie di I grado, 11 classi 2^a, 240 alunni, le rispettive famiglie e 16 docenti. Gli incontri, grazie ad una modalità di tipo interattivo, hanno consentito un maggior coinvolgimento dei Docenti e ha permesso il confronto e la socializzazione di varie esperienze professionali. In classe ci sono stati momenti di confronto attivo, occasioni di riflessione comune e di valutazione di opinioni e idee. Le esercitazioni genitori-figli, svolte a casa, hanno motivato i genitori a confrontarsi con i docenti considerandola un'opportunità da perseguire.

Conclusioni. La nostra esperienza ha dimostrato che l'applicazione della metodologia basata sul rafforzamento delle *Life Skills* consente un miglioramento del dialogo e del confronto tra i vari attori. Con questa metodologia i docenti e gli allievi hanno infatti avuto l'opportunità di "scoprirsi" reciprocamente in ruoli che esulano dall'aspetto strettamente didattico. Le attività svolte a casa hanno rappresentato un'occasione per il confronto/ascolto genitori-figli.

GUADAGNARE SALUTE NEGLI ADOLESCENTI: LUOGHI DI PREVENZIONE: UN'ESPERIENZA NEL DISTRETTO DI SOVERATO (CZ)

Montesano Franco (a), Pelaia Donatella (a), Notaro Maria Rita (a), Battaglia Egidio (a), Saia Diego (b), Pellegrino Antonio (b)

(a) ASP CZ, Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, UOC SerT, Soverato, Catanzaro

(b) Associazione Obiettivo Salute, Soverato, Catanzaro

Introduzione. La Regione Calabria, Assessorato Salute, ha promosso assieme alla Regione Emilia-Romagna e Piemonte un'esperienza pilota, denominata “Luoghi di Prevenzione” finalizzata all’implementazione delle azioni di prevenzione ed educazione alla salute rivolte a studenti delle Scuole medie inferiori, allo scopo di contrastare comportamenti a rischio legati all’uso di bevande alcoliche e altre sostanze psicoattive, specie tabacco e cannabinoli. È stato individuato il SerT di Soverato (CZ) ed è stato coinvolto l’Ufficio regionale scolastico.

Metodi. Il progetto prevede l’individuazione di tre locali-laboratorio - “Luoghi di Prevenzione” - opportunamente arredati e all’uopo concessi dal Comune di Soverato (CZ) e situati nell’Istituto Scolastico “U. Foscolo”. Vengono ospitati di volta in volta, previo appuntamento, le III classi, nelle ore antimeridiane, per circa 3 ore e 1/2 durante i quali operatori specificatamente formati forniscono indicazioni sui rischi legati al bere e attuano strategie di coinvolgimento ludico-educativo. Gli operatori coinvolti sono dipendenti (medici-psicologi-educatori) del SerT, tranne due educatori, utilizzati *part-time* con apposita convenzione per come indicati dall’Associazione “Obiettivo Salute”. Il materiale utilizzato consiste in *slide*, materiale cartaceo e strumenti particolari (occhiali disperettivi, giochi finalizzati, ecc.). È previsto un registro delle presenze, un questionario di valutazione e lavoro di gruppo.

Risultati. Tramite incontri preliminari sono stati sensibilizzati tutti gli istituti comprensivi del territorio comprendenti 15 scuole medie inferiori e 2 scuole private di 12 comuni. Hanno aderito 11/15 (73%) scuole, con una partecipazione complessiva di 511 studenti e 18 docenti accompagnatori. Sono stati effettuati n. 26 incontri.

Conclusioni. L’esperienza è stata positiva e più efficace rispetto alle tradizionali metodologie di prevenzione nelle scuole. Le principali difficoltà sono state di natura logistica. È prevista una manifestazione conclusiva con la presentazione di lavori individuali e di gruppo, preparati dagli studenti e inerenti l’argomento. Nel futuro si prevede di estendere l’attività nel restante territorio aziendale e regionale.

P181 DALLA VALUTAZIONE DELL'INIZIATIVA DI DUE GIORNATE DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE “RIGUARDIAMOCI IL CUORE” A FIRENZE ALLA PROPOSTA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA COMUNITÀ

Naldoni Paola, Basetti Sani Ilaria, Zocchi Daniela, Mereu Giovanna
UO Assistenza Sanitaria in Ambito Preventivo, ASL 10, Firenze

Introduzione. Nel 2011 è stato attuato a Firenze il programma di prevenzione delle malattie cardiovascolari “Riguardiamoci il cuore” rivolto ai cittadini. All'iniziativa di 2 giorni, promossa dalla Società della Salute di Firenze, hanno aderito spontaneamente 804 cittadini di varie fasce di età. Lo studio della ASL 10 di Firenze ha valutato i risultati dell'iniziativa sui cittadini a distanza di due mesi e la qualità percepita da loro e dai professionisti sanitari coinvolti.

Metodi. Per la valutazione del programma sono state realizzate 3 indagini:

- 1) di risultato, a distanza di 2 mesi, con 108 interviste telefoniche a partecipanti con rischio cardiovascolare medio, allo scopo di rilevare le azioni di prevenzione effettivamente adottate in seguito ai consigli personalizzati ricevuti dai sanitari;
- 2) di qualità percepita dai partecipanti con 747 questionari autocompilati alla conclusione dell'iniziativa;
- 3) di qualità percepita dagli 88 professionisti sanitari rispondenti ai questionari *online* somministrati a distanza di un mese.

Risultati. A distanza di due mesi più di due terzi dei partecipanti intervistati dichiarano di essersi recati dal medico di base, mostrando gli esami e la scheda del rischio cardiovascolare; un quarto di aver aumentato l'attività fisica; un terzo di aver apportato una o più modifiche alle abitudini alimentari. Il giudizio sull'efficacia e il gradimento dell'iniziativa risulta più alto tra le persone con grado di istruzione più basso (elementari e medie inferiori); i cittadini partecipanti sono favorevoli alle iniziative di prevenzione nel territorio e pensano che debbano coinvolgere i quartieri, le scuole, le associazioni di volontariato. La quasi totalità dei professionisti sanitari si dichiara soddisfatto dell'efficacia del suo operato all'interno dell'iniziativa e della relazione con i cittadini e ritiene efficace l'estensione della prevenzione nel territorio.

Conclusioni. L'iniziativa è stata apprezzata; i partecipanti hanno un alto grado di scolarità; ciò nonostante l'efficacia e il gradimento delle informazioni ricevute è maggiore nei livelli di scolarità più bassi. Coinvolgere il territorio, come richiesto, vorrebbe dire applicare un approccio *down-top* nell'attivare la comunità locale verso le persone più difficili da raggiungere.

P182 PROTOCOLLO D'INTESA TRA AZIENDA ULLS 6 E UFFICIO SCOLASTICO TERRITORIALE VICENZA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLE SCUOLE DEL VICENTINO

Ojeda Montes Blanca (a), Poli Vanni (a), Venturella Franco (b), Schiavotto Anunziata (b)
(a) *Servizio di Promozione ed Educazione alla Salute, ULSS 6, Vicenza*
(b) *Ufficio Scolastico Territoriale, Vicenza*

Introduzione. Il Protocollo sancisce l'accordo tra l'Azienda ULSS 6 Vicenza e l'Ufficio scolastico territoriale Vicenza per gestire in forma comune e coordinata gli interventi di educazione alla salute rivolti alle scuole nella realtà locale del vicentino. L'accordo si è sviluppato in base alle linee ed indicazioni contenute:

- nell'Intesa tra il Ministero della salute e il Ministero della pubblica istruzione del 5 gennaio 2007;
- nel Piano regionale prevenzione 2010/2012;
- nel Documento programmatico "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM 4 maggio 2007);
- nel Piano nazionale per il benessere dello studente 2007/2010.

La promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario ma va al di là degli stili di vita e punta al benessere fisico, mentale e sociale degli individui (*The Ottawa Charter for Health Promotion*, WHO, 1986).

Metodi. L'approccio "intersetoriale" che coinvolge il sistema scolastico e il sistema sanitario per promuovere la salute come bene collettivo attraverso l'integrazione delle azioni sanitarie, sociali ed educative. Un'azione efficace rende quindi necessaria una visione comune tra soggetti diversi per un impegno coordinato e sinergico sui determinanti di salute di natura ambientale, organizzativa e sociale.

Risultati. L'Intesa ha lo scopo di avviare formalmente un rapporto di collaborazione interistituzionale per favorire e sostenere lo svolgimento a livello scolastico di attività, iniziative e progetti di qualità nel campo dell'Educazione e promozione della salute. Con l'intesa tutte le iniziative e le proposte relative all'educazione e promozione della salute in ambito scolastico, dovrebbero essere ricondotte ad un quadro organizzativo e metodologico unitario, condizione necessaria per una progettazione condivisa in particolare per le aree prioritarie identificate (prevenzione malattie cronico degenerative e promozione di stili di vita salutari).

Conclusioni. L'intesa è stata firmata dagli Enti contraenti nel mese di febbraio 2012 e sarà resa attuativa subito dopo la conferenza stampa prevista per il mese di marzo. Subito dopo sarà data ampia diffusione agli operatori scolastici e sanitari. Il nuovo anno scolastico presuppone l'applicazione del Protocollo e la nomina della Rete dei referenti per la salute nell'ULSS 6 Vicenza.

P183 PERCORSO DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA SUL TERRITORIO DELL'ASL TO4 CHIVASSO: DALL'USO DELLE SORVEGLIANZE DI POPOLAZIONE ALL'AVVIO DEI PROGETTI

Ottino Marina Giuliana, Bellan Giorgio, Cane Luciano, Francone Carla, Gottin Maurizio
ASL TO4, Chivasso, Torino

Introduzione. L'attività fisica quotidiana è riconosciuta dalla letteratura scientifica come pratica efficacie per contrastare la sedentarietà e prevenire, così, molte patologie croniche e aumentare il benessere fisico. Le sorveglianze OKKIO, PASSI, HBSC, rappresentano importanti strumenti per evidenziare le caratteristiche degli stili di vita di adulti, bambini, ragazzi.

Metodi. L'ASL TO4, rilevando con le sorveglianze di popolazione, l'alta % di adulti, bambini e ragazzi in sovrappeso/obesi e sedentari/parzialmente attivi, ha iniziato nel 2011, un percorso di appoggio a iniziative che incrementino l'attività fisica. La Direzione integrata della irevenzione, supportata dalla Direzione generale, ha predisposto una delibera-quadro dove si enfatizza l'importanza dell'attività fisica come prevenzione efficace.

Risultati. A questo atto amministrativo sono seguite diversi accordi, come quello con la Scuola universitaria di scienze motorie (Suism) e con l'Unione Italiana Sport per tutti (UISP), per l'avvio di Attività Fisiche Adattate (AFA) per cittadini con diverse patologie croniche, al fine di migliorare la qualità della vita dei cittadini. Inoltre si sono avviati molteplici interventi di promozione dell'attività motoria per tutte le età, come i corsi di *Fit-walking* e *Nordic walking*, con la partecipazione aziendale al progetto nazionale CCM "Azioni", e iniziative nelle scuole. Le Amministrazioni comunali collaborano attivamente fornendo locali dove effettuare le attività sportive. Molta enfasi è data alla valutazione dei progetti, sia di gradimento tra gli utenti, che di risultato, attraverso il monitoraggio e la somministrazione di questionari.

Conclusioni. Partendo dai dati epidemiologici forniti dalle sorveglianze, nel 2011, l'ASL TO4 ha attivato 8 corsi AFA-UISP, 2 corsi AFA-Suism, 5 corsi *Nordic walking* in 4 sedi e uno di *Fit-walking*, promosso giochi dimostrativi, e sostenuto iniziative per disabili e non-vedenti. Nel *setting* scuola, l'ASL TO4 partecipa a "Guadagnare Salute in Adolescenza" con un progetto titolato "Pro-muovi saperi e sapori", attivando in 10 scuole secondarie il progetto "Ragazzi in gamba" già della Regione Veneto. "MAGIA", progetto per la scuola primaria con videogioco interattivo e promozione di minisport, è inserito, come buona pratica, nella *European Guide of Healthy Physical Activity and Sports Programmes*.

RISTORAZIONE SCOLASTICA: RUOLO DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE PER MIGLIORARE LO STATO NUTRIZIONALE NELLA PRE-ADOLESCENZA

Pagliuso Maria Teresa, Cesario Michele, Chimenti Rosa, Perrelli Marcello
Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione, Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Provinciale, Cosenza

Introduzione. L'alimentazione è un determinante di salute che incide fortemente sulla vita futura delle persone. Più precoci sono gli interventi di promozione e prevenzione più certa è l'efficacia dei risultati. È necessario passare da un modello educativo di natura precettistica a una forma di interventi di promozione basati sulla creazione di una coscienza critica e sulla partecipazione diretta finalizzata a scelte salutari, facili, semplici, possibili. Ci si propone di fare: 1) acquisire le conoscenze e le capacità necessarie per collocare la salute e la malattia, giacché la salute è una condizione di benessere fisico, psichico, sociale, ecologico, spirituale (dal modello bio-medico al modello bio-psico-sociale); 2) acquisire conoscenze destinate a trasformarsi in comportamenti; 3) sviluppare la capacità di prendere parte insieme ad altri a processi finalizzati ad individuare soluzioni (*Peer Education*); 4) acquisire un rapporto con la conoscenza per mantenere viva la motivazione verso il sapere e la scoperta come attitudini della mente, da conservare nella vita da adulti.

Metodi. L'intervento è finalizzato a rilevare qualità nutrizionale e gradimento del pasto. Lo studio ha interessato tutte le scuole primarie pubbliche con servizio mensa. Sono stati valutati qualità e gradimento dei pasti preparati da centri di cottura interni e esterni. Gli alunni che pranzano giornalmente sono 610, coinvolti 600 bambini, completato in 544, il tasso di copertura pari al 90,6% del campione totale.

Risultati. L'elaborazione dei questionari evidenzia giudizio positivo, relativamente alla quantità delle porzioni ed alla qualità dei cibi, (sapore ed aspetto), un giudizio negativo del gradimento del contorno, legato alla temperatura. È maggiore il gradimento dei pasti preparati da centri di cottura interni.

Conclusioni. È auspicabile che gli interventi di promozione di salute nelle scuole evolvano verso scuole promotorie di salute; gli interventi riguarderanno non gli alunni ma la comunità scolastica, non il *setting* scuola ma il *network* aperto di scuole e *partner* di cooperazione, comportamenti individuali e stili di vita legati ai fattori socio-culturali e contesto: dalla patogenesi alla salutogenesi, da un'idea di norme e regole ad un'idea emancipatoria esplicitamente democratica, alla partecipazione e all'*empowerment*.

OKKIO ALLE 3 A (ALIMENTAZIONE, ATTIVITÀ MOTORIA & ABITUDINI): DATI PRELIMINARI SUL LIVELLO DI CONOSCENZE, ATTEGGIAMENTI E COMPORTAMENTI DELLE FAMIGLIE DI BAMBINI DI ALCUNE SCUOLE MATERNE LIGURI

Pascali Federica (a,d), Baldi Roberta (f), Caielli Alice (d), Carpi Antonella (e), Castiglia Raffaella (d), Cecconi Rosamaria (d), Crisci Patrizia (d), Culotta Claudio (d), Dabovic Luciano (d), Favareto Franca (d), Frascà Antonia (d), Magliano Anna (c), Montaldi Maria Lina (b), Rizzitelli Emanuela (g), Tosca Paola (f), Vignolo Marina (h)

(a) *Regione Liguria, Genova*

(b) *ASL 1, Imperia*

(c) *ASL2, Savona*

(d) *ASL3, Genova*

(e) *ASL4, Chiavari, Genova*

(f) *ASL5, La Spezia*

(g) *Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi, Genova*

(h) *Istituto G. Gaslini, Genova*

Introduzione. Dal 2010 in Liguria si conduce il progetto “OKkio alle 3A” per il contrasto di sedentarietà e abitudini alimentari scorrette, importanti determinanti nella genesi di sovrappeso e obesità anche infantile. L’intervento, dopo un’attenta analisi dei risultati di OKkio alla Salute 2008 e 2010, è condotto nelle scuole materne da un gruppo di lavoro con operatori di salute pubblica, scuola, famiglia e comunità. Al progetto partecipano 23 scuole materne distribuite nelle 5 Asl liguri, per un totale di 1.020 bambini e relative famiglie e 110 educatori, garantendo una buona rappresentatività del territorio ligure.

Obiettivi. Sono: misurare conoscenze di educatori e famiglie nei confronti di alimentazione e attività motoria; stimolare sani stili di vita nei bambini attraverso gli educatori coinvolgendo i portatori di interesse presenti nel territorio.

Metodi. Il gruppo operativo regionale, dopo la valutazione dei bisogni delle scuole coinvolte con questionario dedicato, ha somministrato a educatori e famiglie, un questionario KAP iniziale (*Knowledge Attitude Practice*) per misurare il livello di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti nei confronti di alimentazione e attività fisica. In tutte le scuole coinvolte sono stati attivati laboratori di ricerca-azione.

Risultati. I KAP iniziali dei genitori indicano:

- conoscenze: 25% ritiene di poter eliminare i grassi dalla dieta del bambino; 22% (27% tra quelli attivi) sa che il proprio bambino dovrebbe fare attività in movimento tutti i giorni per almeno un’ora;
- atteggiamenti: 32% fa sempre attenzione che a cena siano previste frutta e verdura; 83% ritiene di essere poco o nulla influenzato dalla pubblicità nelle scelte alimentari;

- comportamenti: 65% consuma meno di 3 porzioni al giorno di frutta e verdura; solo il 4% ne consuma più di 5,36% utilizza ancora il biberon per la colazione del bambino; 49% dei genitori è attivo fisicamente.

I laboratori stanno producendo mostre, ricettari, esperienze culinarie e altro.

Conclusioni. I risultati mostrano diverse lacune conoscitive e anche atteggiamenti e comportamenti non ottimali nei genitori. Ciò lascia spazio per l'*empowerment* di educatori e famiglie. La ricerca-azione del progetto dovrebbe far acquisire e mantenere alcune abilità e competenze utili al miglioramento dello stile di vita, proteggendo i bambini da sovrappeso e sedentarietà.

MODELLO DI GOVERNANCE INTERISTITUZIONALE DELL'ATTIVITÀ DI PROMOZIONE DELL'EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLE SCUOLE NELLA REGIONE PUGLIA

Pedote Pasquale Domenico (a), Viesti Elisabetta (a), Longo Fulvio (a), Cammalleri Anna (b), Veronico Maria (b)

(a) *Assessorato alle Politiche della Salute, Regione Puglia, Bari*

(b) *Ufficio Regionale Scolastico Puglia, Bari*

La Regione Puglia e l’Ufficio Scolastico Regionale (USR) per la Puglia condividendo il principio secondo cui la promozione della salute rientra nella più ampia accezione di promozione della “qualità della vita”, il cui obiettivo è quello di aiutare le nuove generazioni nel raggiungimento del benessere psicofisico, hanno sottoscritto, nell’anno 2011 un Protocollo d’intesa finalizzato al riconoscersi reciprocamente come interlocutori istituzionali privilegiati. Le principali finalità del Protocollo sono l’individuazione e monitoraggio dei bisogni e la definizione delle priorità ai fini della programmazione di interventi di prevenzione e promozione della salute nella comunità scolastica; la progettazione di interventi tipo e di strumenti operativi; formazione degli operatori; la valutazione dell’efficacia degli interventi. Gli obiettivi prefissati sono quelli di promuovere percorsi e azioni coerenti con i programmi nazionali GS operando nelle aree d’intervento: alimentazione, attività fisica, fumo, sostanze d’abuso, incidenti stradali, salute mentale, affettività e sessualità, sicurezza nei luoghi di lavoro; di favorire l’attività di conoscenza del contesto socio-culturale e dei profili di salute della comunità, attraverso la conduzione di indagini epidemiologiche con l’utilizzo anche di sistemi di sorveglianza sugli stili di vita atti a rilevare i bisogni specifici di salute e a monitorare i principali fattori di rischio comportamentali; di favorire una visione di programmazione partecipata sugli stili di vita, in un’ottica di rete, con il coinvolgimento attivo di docenti, studenti, genitori, che preveda la possibilità di alleanze con altri soggetti pubblici e privati, quali le associazioni sportive, di volontariato, gli enti locali oltre che con i gestori; di programmare interventi di prevenzione *evidence based* secondo i principi di efficacia e sostenibilità; di diffondere le buone pratiche. Il modello organizzativo previsto: struttura regionale Gruppo tecnico interistituzionale, costituito da Assessorato alla salute, USR, OER, ARES, responsabili delle UO educazione alla salute delle ASL e referenti all’ed. salute degli US provinciali; e da strutture provinciali Gruppo interdisciplinare aziendale che prevedono al suo interno Dip. prevenzione, Distretti, Dip. salute mentale, dipendenze patologiche e USP.

P184 PROGRAMMA ORGANIZZATO DI PREVENZIONE ATTIVA CARDIOVASCOLARE (POPAC). LO STATO DI AVANZAMENTO NEL VENETO. (PROGETTO CCM 2009)

Pellizzari Barbara (a), Tomasini Mary (a), Ferro Antonio (b), Valsecchi Massimo (c), Cinquetti Sandro (d)

(a) CCMR, Regione Veneto, Venezia

(b) Azienda ULSS 17, Este, Padova

(c) Azienda ULSS 20, Verona

(d) Azienda ULSS 7, Pieve di Soligo, Treviso

Introduzione. Le Malattie Cardiovascolari (MCV) costituiscono la prima causa di morte e rappresentano un problema di Sanità Pubblica sia per la mortalità che per la morbosità. Poiché molti dei fattori di rischio per le MCV possono essere corretti con un'azione di tipo attivo si è proposta l'attuazione di un modello strutturato secondo l'operatività degli *screening* oncologici: chiamata attiva di soggetti sani, offerta di interventi per soggetti selezionati.

Metodi. I soggetti tra i 45 e 59 anni selezionati dal Medico di Medicina Generale, che esclude i soggetti già ammalati di malattie cardiovascolari e/o diabete, sono invitati attraverso la chiamata attiva eseguita dal Centro *screening* dell'Azienda sanitaria, ad effettuare una visita con un Assistente sanitario che tramite la rilevazione degli stili di vita (attività fisica, alimentazione e abitudine al fumo), e la misurazione della circonferenza vita, del BMI, della pressione arteriosa e della glicemia, inserisce gli utenti in una determinata classe di rischio: gruppo A) assenza di fattori di rischio comportamentali e parametri nella norma; B) presenza di fattori di rischio comportamentali e parametri nella norma; C) nuovi ipertesi e iperglicemici; D) soggetti non eleggibili.

Risultati. Al progetto partecipano 7 Aziende ULSS del Veneto e attualmente sono state invitate 9.451 persone con un 54% di adesione totale. Di questi un 56% presenta stili di vita scorretti e parametri nella norma; un 14% risulta essere un nuovo iperglicemico e/o iperteso con stili di vita scorretti, il 2% presenta valori alterati nonostante i comportamenti corretti; solo il 23% rientra in classe A. Il *follow-up* monitorerà l'efficacia dei percorsi preventivi.

Conclusioni. Questi primi evidenziano la fattibilità di un modello organizzato di "screening cardiovascolare", che utilizza l'esperienza, gli strumenti, modalità organizzative e parte del personale della centrale di *screening*. Lo studio ha evidenziato una quota importante di ipertesi e di iperglicemici che non era a conoscenza del problema. Si apre quindi per i Dipartimenti di prevenzione una prospettiva d'azione entusiasmante, che dovrà essere accompagnata da adeguate iniziative sulla prevenzione cardiovascolare "secondaria", relativa cioè a soggetti già colpiti da evento specifico.

PRIME VALUTAZIONI, TRAMITE ANALISI SWOT, DELLA Sperimentazione A LIVELLO LOCALE DI alcune INIZIATIVE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE SECONDO I PRINCIPI DEL PROGRAMMA NAZIONALE “GUADAGNARE SALUTE”

Perri Giuseppe, La Rocca Marina, Battistina Rosato Marina, Rocchino Vittoria
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, ASP, Lamezia Terme, Catanzaro

Introduzione. Per la sperimentazione di modelli di intervento preventivo orientati a contrastare i fattori di rischio delle malattie cronico degenerative e “rendere facili le scelte salutari” sin dalla tenera età, il SIAN di Lamezia Terme dell’ASP di Catanzaro ha promosso, negli anni 2009-2011, la sperimentazione di alcune iniziative di promozione della Salute attraverso una rete di cooperazione con *stakeholders* significativi (Scuola, Enti locali, Croce Rossa Italiana, Associazioni, Media locali), riconoscendo la necessità di agire sinergicamente a 360° per “Guadagnare Salute” in ciascuno dei quattro ambiti del programma ministeriale, ma rivolgendo una particolare attenzione all’alimentazione ed all’attività fisica, alla luce soprattutto dei dati allarmanti emersi in Calabria dalle indagini OKKIO alla Salute e HBSC. Pertanto, pensando al prosieguo delle attività, abbiamo ritenuto di sottoporre ad una prima valutazione le attività sperimentate negli anni precedenti, utilizzando la tecnica dell’analisi SWOT.

Metodi. L’analisi SWOT viene oggi utilizzata correntemente in sanità pubblica nell’analisi e nella valutazione di interventi/progetti e delle alternative per realizzarli.

Risultati. L’analisi delle attività sperimentate nel corso degli anni 2009-2011, ha permesso, attraverso un *focus group* condotto tra operatori e *stakeholder*, di creare 2 griglie di analisi valutativa delle iniziative realizzate relativamente ai seguenti 2 aspetti ritenuti di particolare importanza: 1) l’approccio trasversale ai fattori di rischio e di benessere; 2) il lavoro di rete interistituzionale ed intersetoriale.

Conclusioni. Alla luce dell’analisi fatta, abbiamo ritenuto sintetizzare 2 gruppi di raccomandazioni che dovranno ispirare i futuri interventi di Guadagnare Salute nel nostro territorio: Punto 1): creare in Regione e nelle singole Aziende sanitarie una specifica struttura di coordinamento; investire sulla formazione integrata; coinvolgere in maniera attiva MMG e PLS; implementare politiche di qualità sulla comunicazione del rischio. Punto 2): coinvolgere maggiormente gli Enti locali; far diventare Guadagnare Salute parte integrante del PAT dei Distretti.

LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO NEI PERCORSI SCOLASTICI: DAI BISOGNI FORMATIVI ALLE STRATEGIE DI INTERVENTO

Petyx Marta (a), Papale Adriano (b)

(a) INAIL, Settore Ricerca, Dipartimento Medicina del Lavoro, Centro Ricerche, Monteporzio Catone, Roma

(b) INAIL, Settore Ricerca, Dipartimento Processi Organizzativi, Roma

Le attuali dimensioni del fenomeno infortunistico sul lavoro, nonostante il *trend* decrescente degli ultimi anni e una riduzione dei casi mortali al di sotto dei 1.000 casi l'anno, continua a stimolare una riflessione in chi si occupa di prevenzione sulla necessità di individuare idonee strategie di intervento. Tra le fasce di età più colpite emerge quella dei giovani fino ai 34 anni che sono i protagonisti del 31% degli infortuni sul lavoro. Questo dato, insieme con le dimensioni del fenomeno infortunistico in ambiente domestico, evidenzia come permangono criticità in merito alla formazione in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL) all'interno dei percorsi scolastici ed Universitari e confermano la necessità di promuovere tali conoscenze sin dalla scuola primaria, sensibilizzando i bambini alla percezione dei rischi negli ambienti che li circondano. La normativa in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81) ha indicato in maniera chiara la facoltà per gli Istituti scolastici di inserire in ogni attività scolastica percorsi formativi interdisciplinari alle diverse materie ai fini della promozione e divulgazione della cultura della SSL (art.11 c.4). Anche la Strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul lavoro per il periodo 2007-2012, in merito all'educazione integrata nei programmi scolastici sottolinea l'importante ruolo assegnato alla scuola primaria, dal momento che i riflessi condizionati in materia di prevenzione si acquisiscono proprio durante l'infanzia. Fondamentale è, quindi, il contributo della scuola dell'obbligo responsabile della trasmissione del sapere ma anche dell'acquisizione e sviluppo di comportamenti responsabili nei confronti delle propria salute e sicurezza, per impostare e orientare comportamenti adeguati e stili di vita sani e positivi. L'INAIL ex ISPESL ha costruito un progetto di ricerca che, partendo da un confronto con le scuole ha cercato di definire percorsi formativi specifici, unendo le conoscenze degli esperti in materia di SSL con le competenze formativo/metodologiche proprie di chi opera quotidianamente nella scuola, portando anche alla realizzazione di prodotti formativi, ludico/didattici e informativi in corso di sperimentazione presso le scuole (disponibili su <http://prevenzionescuola.ispesl.it/>).

P185 PROMUOVERE LA CULTURA DELLA SALUTE E SICUREZZA NELLE SCUOLE: UN'ATTIVITÀ SPERIMENTALE SUL TERRITORIO

Petyx Marta, Fortuna Grazia, Manca Sandra, Rosa Valentina, Iavicoli Sergio
INAIL ex-ISPESL, Dipartimento Medicina del Lavoro, Centro Ricerche Monteporzio Catone, Roma

A livello europeo, la strategia comunitaria in materia di salute e sicurezza sul lavoro (2007-2012) ha identificato l'importante ruolo dell'educazione primaria e la cultura della prevenzione come fattori chiave per mantenere e migliorare la qualità del lavoro. A livello nazionale, il D.Lgs. 81/2008 ha dato facoltà agli istituti scolastici di inserire in ogni attività didattica percorsi interdisciplinari alle diverse materie ai fini della promozione e divulgazione della cultura della salute e sicurezza sul lavoro (art.11 c.4). Sulla base di tale quadro normativo, dal 2009 il Dipartimento di medicina del lavoro dell'ex-ISPESL ha avviato delle iniziative per le scuole volte a promuovere la cultura della salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro. Attualmente sono in corso di sperimentazione in alcune scuole primarie del Lazio due pacchetti formativi inerenti le tematiche della prevenzione, corredati da supporto teorico e metodologico. Il primo "Ergonomia a scuola - A scuola di ergonomia" focalizza l'attenzione sulla prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo-scheletriche. Il secondo pacchetto formativo "Scansiamo il pericolo" è finalizzato alla conoscenza dei rischi in ambiente di vita: i bambini attraverso il gioco vengono stimolati a riflettere sul dove, quando e perché si verificano gli incidenti in casa e come prevenirli. La metodologia proposta dai due pacchetti formativi ha l'obiettivo di fornire agli insegnanti delle scuole primarie strumenti didattici semplici e coinvolgenti che, facendo leva sulla creatività dei bambini, siano in grado di sensibilizzarli sulla conoscenza dei comportamenti a rischio per la salute. Per entrambe le tematiche proposte la sperimentazione in corso presso le scuole è articolata in diverse fasi d'intervento:

- presentazione del progetto e consegna dei materiali agli insegnanti: materiale informativo, giochi e supporti didattici in *power point*; questionari pre-intervento per insegnanti, alunni e famiglie;
- sperimentazione in classe del progetto formativo a cura dei docenti;
- verifica con questionari post-intervento per valutare con gli alunni l'apprendimento e il gradimento, con i docenti la chiarezza del pacchetto formativo e la fattibilità delle attività proposte.

I risultati attesi dalla sperimentazione in corso mirano a valutare, grazie al prezioso contributo dei docenti della scuola, la funzionalità, la motivazionalità e l'efficacia delle metodologie e degli strumenti formativi proposti. Inoltre verrà valutato l'aumento di conoscenze degli alunni sulle tematiche proposte con l'obiettivo ultimo di contribuire al processo d'integrazione della salute e sicurezza nell'istruzione e alla progressiva assimilazione di comportamenti sani e sicuri grazie a un processo di formazione continua.

ANDIAMO A SCUOLA CON IL CAR POOLING! - PROGETTO DI PEER EDUCATION NELLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

Pierdonà Adriana, Brichese Anna, Chermaz Ester, Cinquetti Sandro
Azienda ULSS 7 del Veneto, Pieve di Soligo, Treviso

Introduzione. Il *car pooling* consiste nella condivisione di automobili private tra un gruppo di persone, con l'obiettivo di diminuire il numero di auto circolanti su strada e ridurre le emissioni di CO₂. È un intervento di mobilità sostenibile. L'iniziativa è stata proposta per la prima volta nell'anno scolastico 2010-2011, alla Scuola secondaria di primo grado di Marenò di Piave al fine di avviare percorsi di formazione per gli studenti sui temi dell'inquinamento, della mobilità sostenibile e riflettere su cause e conseguenze dell'uso massiccio dell'automobile. Ha inoltre l'obiettivo di formare un gruppo di studenti di classe prima che, nella scuola, ricoprono il ruolo di *mobility manager junior* per organizzare concretamente, con il *car pooling*, il trasporto casa-scuola, valutando la disponibilità delle famiglie e promuovendo forme di trasporto alternative all'uso individuale dell'auto privata.

Metodi. Presentazione del progetto alle quattro classi prime dell'Istituto e consegna agli insegnanti di scienze dei materiali formativi sulla mobilità sostenibile, individuazione all'interno della classe degli studenti-coordinatori per gestire il progetto, somministrazione alla classe della scheda di rilevazione per censire le modalità di trasporto a scuola e analizzare la mobilità scolastica individuando, su mappa comunale, la dislocazione abitativa dei ragazzi che arrivano a scuola in auto. Calcolo delle emissioni di CO₂ prodotte in ogni tragitto casa-scuola e ritorno utilizzando: www.viamichelin.it e www.co2neutral.it. Presentazione da parte degli studenti-coordinatori all'intera scuola, a maggio 2011, dei risultati della rilevazione e proposta di attività sperimentale di *car pooling* alle famiglie per l'anno scolastico 2011-2012.

Risultati. Gli studenti, formati come *mobility manager junior*, hanno rilevato come ogni giorno le auto che accompagnano gli studenti di prima a scuola producono 36 kg di CO₂ che diventano circa 21 tonnellate in un anno scolastico per l'intero plesso.

Conclusioni. Nell'anno scolastico 2011-2012 gli studenti coordinatori sono impegnati come *Peer Educator* verso i compagni nella propria scuola nella promozione della mobilità sostenibile organizzando con le famiglie il *car pooling* e sono testimonial dell'iniziativa in altre scuole secondarie di primo grado del territorio.

P186 DETERMINANTI AMBIENTALI DI SALUTE: PROMUOVERE SALUTE CON GLI STRUMENTI DI PIANIFICAZIONE TERRITORIALE

Pinna Clara (a), Del Fabbro Tiziana (b), Ferri Roberto (a), Tunini Chiara (a), Brana Marina (c), Cavallini Gianni (d), Pischiutti Paolo (e), Brianti Giorgio (f), Trani Gabriella (g), Bomben Lucio (h)

- (a) *Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Udine*
- (b) *Federsanità ANCI FVG, Udine*
- (c) *ASS N.1 Triestina, Trieste*
- (d) *ASS N.2 Isontina, Gorizia*
- (e) *ASS N.3 Alto Friuli, Gemona del Friuli, Udine*
- (f) *ASS N.4 Medio Friuli, Udine*
- (g) *ASS N.5 Bassa Friulana, Palmanova, Udine*
- (h) *ASS N.6 Friuli Occidentale, Pordenone*

Introduzione. Per modificare le abitudini sedentarie è importante una pianificazione degli ambienti urbani che permetta lo svolgimento di attività fisica nella vita quotidiana. Gli incidenti stradali per circa il 70% avvengono in ambito urbano. Occorre una progettazione delle strade che induca gli automobilisti a comportarsi in modo virtuoso, ed una rete adeguata di marciapiedi e di percorsi ciclabili.

Metodi. Nel 2008 la Direzione centrale salute ha promosso un progetto formativo su determinanti di salute e pianificazione territoriale organizzato in moduli (1 per operatori della sanità, 1 per progettisti e tecnici comunali, 1 convegno finale comune ad entrambi), per sensibilizzare operatori di sanità pubblica, amministratori e progettisti, affinché le politiche urbane contribuiscano a creare un ambiente favorevole alla salute. Nella tavola rotonda finale si è condiviso di produrre in modo multidisciplinare un documento di indirizzo su mobilità sostenibile e sicura, con criteri per la redazione dei piani e per la formulazione dei pareri igienico sanitari. Dopo un workshop di avvio, un tavolo tecnico interistituzionale (Salute, Trasporti, Ambiente, Pianificazione territoriale, ARPA, Ceformed, Federsanità ANCI FVG e ANCI FVG, ordine degli architetti, Città sane) ha prodotto il documento poi presentato in Giunta a fine 2009.

Risultati. È stato individuato un sistema di indicatori da applicare alla mobilità urbana utilizzabile dalle amministrazioni comunali nella fase pianificatoria e per valutare gli effetti delle azioni intraprese. L'approccio metodologico è stato quello di sistemi oggi in uso nati in ambito internazionale o nazionale. Il documento tecnico è sul sito di Federsanità ANCI FVG, e viene diffuso ad amministratori locali e progettisti tramite vari workshop sul territorio realizzati in sinergia tra Sanità, Trasporti, Federsanità ANCI.

Conclusioni. Si è creata una rete di collaborazione, in alcuni casi vera alleanza, orientata all'obiettivo di promuovere una mobilità sostenibile e sicura. La disponibilità di un indirizzo tecnico condiviso ha rinforzato l'azione dei Dipartimenti di Prevenzione; il coinvolgimento di professionisti e istituzioni locali di vari ambiti nella sua redazione ne ha costituito il valore aggiunto. Ulteriori azioni di sviluppo sono previste nel 2012.

P187 SEDUTI A GUARDARE IL FUTURO. L'IMPATTO DELL'INATTIVITÀ FISICA SULLA MORBOSITÀ PER MALATTIE CRONICHE AD ALTA PREVALENZA IN ULSS 9

Piovesan Cinzia, Mazzetto Manuela, Ramigni Mauro, Gallo Giovanni
Dipartimento di Prevenzione, ULSS 9, Treviso

Introduzione. L'attività fisica è riconosciuta come mezzo efficace nella prevenzione, trattamento e riabilitazione delle principali malattie croniche. Tuttavia la percentuale di soggetti fisicamente attivi in riferimento agli standard minimi raccomandati è molto bassa: nel nostro territorio 25% (dati PASSI 2010).

Metodi. È stato creato un modello di Markov a 7 stati con matrice di transizione ad un anno per simulare l'effetto dell'essere fisicamente inattivi sulle principali patologie correlate alla mancanza di attività fisica: tumore al colon, diabete, malattia cerebrovascolare, malattia cardiovascolare e tumore alla mammella. Alle coorti di 45enni, suddivise in soggetti attivi e non attivi secondo i dati PASSI, è stata applicata una simulazione temporale di 20 anni. Si è supposta sana la coorte iniziale considerando costante nel periodo la ripartizione tra soggetti attivi e inattivi. Per il calcolo dei tassi delle patologie, specifici per età e sesso, sono stati utilizzati i dati SDO del quinquennio 2006/10. Elaborando questi con i dati di prevalenza di persone attive, i dati di popolazione e i rischi relativi presenti in letteratura, si sono ricavati i tassi di malattia, specifici per età e sesso, per persone attive e non attive, così da stabilire la probabilità di transizione da uno di questi due stati iniziali agli stati di malattia.

Risultati. Applicando il modello descritto è possibile costruire simulazioni per prevedere, da scenari diversi, quale sarà tra 20 anni il numero di persone della coorte di 45enni dell'ULSS 9 che ammaleranno. Utilizzando il modello a partire dallo scenario presente nell'ULSS che vede il 17% di attivi nella coorte femminile e il 23% in quella maschile, si conta un eccesso di 689 malati (+54%) rispetto alla situazione ideale (tutte le persone attive e sane). Si conta addirittura il 65% di casi in più di tumore al colon (91) e il 63% in più (194 casi) di malattie cerebrovascolari.

Conclusioni. L'inattività fisica costituisce un problema di sanità pubblica di dimensioni globali, con pesanti conseguenze in termini di mortalità, riduzione della qualità della vita e costi sociali. Le stime di impatto derivanti dall'applicazione del modello rappresentano una modalità efficace per comunicarne il carico a livello locale.

P188 FISICA-MENTE. L'ATTENZIONE ALLA SALUTE FISICA NEI PAZIENTI PSICHIATRICI COME VALORE PROFESSIONALE DELL'ASSISTENZA

Pirazzini Erica (a), Covili Monica (a), Centis Elena (b), Beltrami Patrizia (b)

(a) Azienda USL di Bologna, Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Bologna

(b) Azienda USL di Bologna, Dipartimento di Sanità Pubblica, Bologna

Introduzione. Il progetto, di durata biennale, nasce con l'obiettivo di promuovere sani stili di vita nelle persone affette da disturbo mentale che, dagli studi epidemiologici, manifestano un tasso di mortalità 1,6-2,6 volte superiore alla popolazione generale, un tasso di prevalenza delle malattie croniche e dei fattori di rischio correlati che si attesta attorno al 50% dei pazienti e spiega circa il 60% delle morti premature non dovute a suicidio. Questa situazione è correlabile a stili di vita a rischio, effetti metabolici della terapia psico-farmacologica, scarsa attenzione alla salute fisica. Inoltre, le barriere all'integrazione delle persone affette da disturbo psichiatrico nella vita sociale, impediscono spesso di cogliere le opportunità offerte alla popolazione generale. Il progetto è stato avviato dal DSM-DP e dal DSP dell'Azienda USL di Bologna, in collaborazione con il privato sociale, gli Enti di promozione sportiva, l'Istituto prof. statale per i Servizi alberghieri e della ristorazione, le Associazioni di volontariato di familiari e utenti, costituendo una rete di soggetti con competenze diverse per sviluppare e sostenere politiche intersezionali di promozione alla salute.

Metodo. Sono stati selezionati 50 utenti nei Centri di salute mentale di Bologna, campionati dalle *équipe* multiprofessionali (psichiatri, infermieri ed educatori professionali) secondo specifici criteri di inclusione. L'intervento si struttura in: incontri educativi finalizzati al miglioramento delle abitudini alimentari e all'incremento dell'attività fisica, percorsi di cammino nei parchi cittadini, laboratori di cucina per trasmettere comportamenti corretti in merito all'igiene nella preparazione dei cibi e momenti dedicati al confronto delle difficoltà emerse e dei risultati raggiunti. A inizio e metà percorso sono previsti interventi motivazionali di gruppo (tecnica del colloquio motivazionale applicato ai gruppi), allo scopo di facilitare il cambiamento dei comportamenti.

Risultati. La valutazione viene effettuata attraverso misurazioni antropometriche, IMC, e analisi dei cambiamenti cognitivi e comportamentali pre-post.

Conclusioni. Il progetto in fase pilota, si propone di identificare criticità e punti di forza del percorso educativo per estenderlo successivamente ad altri ambiti territoriali.

P189 RENDIAMO FACILI LE SCELTE SALUTARI

Polo Fabrizia, Basso Lucio, Chiesa Edoardo, Dagazzini Ivo, Pavanati Lucia, Baldo Mariella, Banovich Flavio

Azienda ULSS 4 Altovicentino, Thiene, Vicenza

Nell'ambito del Programma Guadagnare Salute è stato messo in atto dall'ULSS 4 Alto Vicentino della Regione Veneto, un intervento di progettazione partecipata sul tema del consumo di alcol rivolto ai giovani e ai lavoratori. In 3 Comuni (popolazione totale 23.000 abitanti) sono stati invitati, tramite le Amministrazioni comunali, i rappresentanti di associazioni attive nel territorio, di scuole, e di datori di lavoro, per concordare una serie di attività di prevenzione. Circa il 22% degli invitati ha aderito all'iniziativa, con 35 associazioni, 3 scuole e 1 impresa coinvolte. Le attività sono state discusse in gruppi di lavoro strutturati secondo vari ambiti di intervento, finalizzati ad aumentare conoscenze e competenze nella comunità, sviluppare attività per il tempo libero, aumentare le difficoltà di reperimento di bevande alcoliche, rendere i luoghi di lavoro favorevoli al consumo responsabile di alcol e favorire la discussione sulle tradizioni locali legate al consumo di alcol. Le attività proposte dalla comunità includono la promozione del consumo di bevande analcoliche negli eventi organizzati dalla comunità, la formazione di insegnanti, genitori e studenti su *life skills* connessi al consumo di alcol, l'organizzazione di attività di animazione per ragazzi, la formazione degli esercenti (pubblici esercizi). Tali attività sono previste da aprile 2012. La prima valutazione di *outcome* sarà effettuata nel 2015. Numerose lezioni sono state apprese sulle modalità di comunicazione, sull'organizzazione della progettazione partecipata e sulla preparazione di strumenti adeguati.

P190 STILI DI VITA E PROPRIETARI DI CANI: UN'INDAGINE PRELIMINARE NEL TERRITORIO DELLA ASL ROMA D (2011)

Pontecorvo Francesca (a), Malandrucco Livia (b), Fantini Claudio (a), Spaziani Alessandra (c), Ciccone Glauco (c), Trivellini Rosanna (a)

(a) Dipartimento di Prevenzione, ASL Roma D, Roma

(b) Ospedale Veterinario, ASL Roma D, Profeva Coorte 2004, Roma

(c) Ospedale Veterinario, ASL Roma D, Roma

Introduzione. Gli studi sugli stili di vita dei proprietari dei cani sono pochi ed in gran parte si focalizzano sugli aspetti psicologici e sociali. Pertanto durante un progetto di vigilanza e prevenzione delle morsicature (2010/2011) nei parchi della ASL RM D, è stata effettuata un'indagine al fine di analizzare gli stili di vita dei proprietari dei cani e di rilevare eventuali associazioni.

Metodi. I dati sono stati raccolti mediante un questionario somministrato sia a cittadini proprietari di cani (pc) e non proprietari (npc), contenente *items* (presenti nell'intervista PASSI 2007) che indagano le abitudini di vita (attività fisica, fumo, alimentazione), lo stato di salute (la salute percepita, la presenza di fattori di rischio cardiovascolari), le generalità anagrafiche. Sono stati somministrati 59 questionari ai pc e 60 a npc. Il *data entry* e l'analisi dei dati sono stati effettuati mediante l'utilizzo del software EPIINFO versione 3.3. È stato calcolato il *Body Mass Index* (BMI).

Risultati. Il campione è costituito dal 64% di donne (pc 68%), età media 48 anni (18-92 anni). Il BMI è in media 23 (16-38). È risultato che il 43% del campione svolge attività fisica (56% pc/30% npc), il 19% dichiara di avere colesterolemia alta (17% pc/21% npc), di essere fumatore il 28%; il 32% dei pc dichiara di sentirsi molto bene. Il 61% del campione dichiara di consumare da una a due porzioni di frutta e verdura al giorno. Il 7% del campione ha la pressione alta (3% pc-10,5% npc). Con l'analisi multivariata è risultato che essere "pc" ha un *Odds Ratio* (OR) 2,24 (1-4,98 IC 95% *p-value* 0,04) verso fare "attività fisica" ed un OR 4,12 (1,35-12,58 IC 95% *p-value* 0,01) verso il "sentirsi molto bene".

Conclusioni. I risultati ottenuti confermano le evidenze ritrovate in letteratura riguardo all'effetto benefico della convivenza con il cane per lo stato psicologico del proprietario, mentre non è stato possibile evidenziare altri aspetti degli stili di vita dei proprietari per la ridotta numerosità campionaria. Considerati i limiti del disegno dello studio sarebbe utile coinvolgere un più vasto numero di soggetti, anche utilizzando il sistema PASSI già esistente e validato.

P191 LE BUONE PRATICHE PER LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI A SCUOLA. AZIONI, ESPERIENZE E RIFLESSIONI

Pontello Elisabetta

ISIS Dante Alighieri, Istituto di Istruzione Secondaria di II Grado, Gorizia

Introduzione. A partire dal Progetto avviato nell'anno 2007 dal Liceo Scipio Slataper "Mangiamo bene, muoviamoci insieme!" il Polo liceale di Gorizia (www.isisalighieri.go.it) è stato attivo nell'educazione e nella promozione della salute dei giovani, con una particolare attenzione ai fattori determinanti dell'alimentazione e dell'attività fisica. Nel 2010 sono stati pubblicati i risultati della ricerca sull'attività fisica praticata dagli studenti nel libretto " Sport e...è salute" che ha avuto il sostegno del CONI di Gorizia, della Scuola regionale dello sport del Friuli Venezia Giulia ed è stata elaborata dagli studenti del Liceo delle scienze sociali durante lo *stage* formativo presso l'Istituto di sociologia internazionale di Gorizia (www.isig.it), sotto la guida della docente curatrice Prof. Elisabetta Pontello.

Metodi. Tali iniziative rientravano nel più ampio progetto del Piano annuale di educazione alla salute dell'istituto, attuato in collaborazione con l'Azienda sanitaria e la Provincia di Gorizia (progetto sulla sicurezza stradale, sulla celiachia, sul benessere psicosociale, sulla solidarietà e sulla disabilità - Progetto "Non aver paura di provare ...insieme"-, sportello psicologico, ecc.).

Risultati. È stata effettuata una ricerca sulla pratica sportiva e sugli stili di vita dei giovani dell'Istituto (14-17 anni). Dall'analisi della situazione esistente (molti studenti non svolgono alcuna attività fisica) sono state avviate una serie di iniziative, in collaborazione col CONI e con l'Azienda sanitaria n. 2 Isontina, per promuovere l'informazione e l'assunzione di stili di vita corretti.

Conclusioni. Il progetto Guadagnare Salute in Adolescenza può implementare le azioni in corso in modo da ottimizzarle ed estenderle alla rete territoriale locale e nazionale.

P192 PEER EDUCATION 2.0: DALLA PREVENZIONE ALL'EMPOWERMENT NEL WEB

Ratti Claudia (a), Croce Mauro (b)

(a) Associazione Contorno Viola, Verbania

(b) ASL VCO, Verbano-Cusio-Ossola, Omegna, Verbania

Dopo quindici anni dall'esordio degli interventi di *Peer Education* nella provincia di Verbania, la rete territoriale composta da ASL VCO, Associazione Contorno Viola e istituti scolastici, rivede l'approccio alla prevenzione di fronte all'evoluzione delle tecnologie digitali e delle nuove forme di comunicazione multimediale. In questi anni sono stati coinvolti negli interventi di prevenzione quasi 20.000 studenti con il concorso di circa 1.500 *Peer Educator* e 320 insegnanti. Tuttavia i nuovi media hanno modificato le modalità di comunicazione tra gli adolescenti, l'estensione dei gruppi e le relazioni tra pari, per cui anche i modelli preventivi devono considerare questo cambiamento. Tale riflessione sul rapporto tra prevenzione e linguaggi giovanili, rimette al centro il tema delle competenze comunicative da cui hanno avuto origine i primi interventi di *Peer Education* sulla prevenzione di IST e AIDS. Date queste considerazioni sulle prospettive della *Peer Education*, è stata elaborata la tesi per cui l'evoluzione dei media digitali e la presenza dei *social network* impongono lo sviluppo di un approccio di prevenzione che possa estendersi alla rete. Questa strategia, che si avvale delle affinità con la *New media education*, è stata denominata *Peer Education 2.0* e ha lo scopo di promuovere comportamenti responsabili anche nel gruppo digitale, sfruttando la piattaforma di *Facebook* come luogo di interazioni sociali. Qui un giovane può dialogare con i *Peer Educator* e con i servizi sociosanitari, al fine di trovare informazioni e risposte alle proprie esigenze. Si sfrutta l'ambiente *Facebook* poiché noto e familiare ai giovani ed estensione dei loro spazi sociali. Tale spazio on line viene animato dai *Peer Educator* che mediano e indirizzano verso i servizi sociosanitari, quando le questioni vanno oltre le loro competenze di *Peer*. Nella formazione i *Peer* acquisiscono competenze tecniche e di processo, grazie anche al supporto di professionisti, in cui vengono sperimentati linguaggi multimediali. In questo percorso si valorizza il ruolo dei coetanei nei processi educativi e si consolida la consapevolezza delle trasformazioni generate dai *new media* e dal *web 2.0*, favorendo una strategia educativa di formazione alla cittadinanza. Un cambiamento che ha comportato un passaggio alla costruzione di una *Peer Education 2.0*.

P193 EPPUR SI MUOVE... CON-LABORANDO: WORK IN PROGRESS IN AMBITO DI PREVENZIONE NUTRIZIONALE E RISTORAZIONE SCOLASTICA A PESARO

Ravaglia Elsa (a), Battisodo Paola (b), Lisi Marialuisa (a), Viti Francesca (a), Arcangeli Bruno (c), Giacomucci Giancarlo (d), Luchetti Tanja (b), De Marchi Angela (e), Marconi Carlo (c), Fresina Massimo (a)

(a) ASUR Marche AV 1 Sede Pesaro, Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Pesaro

(b) Comune di Pesaro, Servizi Educativi, Pesaro

(c) Pediatra Libera Scelta FIMP, Pesaro

(d) ASUR Marche AV 1 Sede Pesaro, Distretto Sanitario, Pesaro

(e) Ufficio Scolastico Provinciale, Pesaro

Introduzione. Il DPCM del 4 maggio 2007 “Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari”, così come i recenti Piani nazionali e regionali della prevenzione hanno stimolato anche in Italia un approccio alla promozione della salute sempre più orientato al coinvolgimento di diversi soggetti. Sulla scorta di questi orientamenti e per particolare sensibilità locale, da anni il Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione e il Comune di Pesaro, che vanta al suo interno uno specifico servizio di ristorazione scolastica dotato di una dietista, una biologa igienista, un sistema qualità certificato, hanno sviluppato un dialogo sulla refezione per ogni ordine di scuola, ambito che si presta in modo particolare a fungere da volano per raccordarsi anche con le famiglie e altri interlocutori, ad esempio i pediatri.

Metodi. Dal 2009 in poi sono stati organizzati e mantenuti con periodicità di incontri, tavoli tecnici su specifici argomenti, in particolare su: gestione in senso ampio delle diete speciali, redazione di una pubblicazione “a più mani” sull’alimentazione del bambino in età scolare, aggiornamento condiviso dei menu scolastici delle diverse fasce d’età nelle scuole del Comune di Pesaro. Tale sinergia di approccio ha facilitato il coinvolgimento e relativa collaborazione, in termini anche di personale ed economici, nella organizzazione di una manifestazione che, nata dalla adesione del SIAN di Pesaro, come centro di riferimento provinciale, alla Giornata nazionale ADI *Obesity Day*, è stata da subito ampliata in una iniziativa comune, con periodicità annuale ed aperta a molti soggetti attivi nel territorio, denominata *Info-Point* sulla nutrizione, che, tra l’altro, contribuisce alla divulgazione degli intendimenti e dei risultati anche di OKkio alla Salute e di PASSI.

Risultati.

1. Redazione, introduzione e attivazione di una procedura congiunta tra SIAN, Distretto sanitario (anche in qualità di coordinatore dei Pediatri di libera scelta) e Comune di Pesaro in relazione alla richiesta e gestione diete speciali, che nel nostro contesto non era mai stata presente e dunque risulta innovativa.
2. Stesura, stampa, presentazione e distribuzione di una pubblicazione dal titolo “Che cosa ho oggi nel piatto? L’alimentazione del bambino in età scolare e ... consigli utili per tutti” a cura del Comune di Pesaro, ASUR, e ditta appaltante il servizio di ristorazione scolastica.

3. Costante revisione congiunta dei menu scolastici e relativi aggiornamenti condivisi.
4. Organizzazione congiunta con periodicità annuale dell'*Info-Point* sulla nutrizione.
5. Coinvolgimento dei Pediatri in tema di ristorazione scolastica.

Conclusioni e Prospettive. Il percorso fin qui fatto dimostra che reciproca apertura e ricerca di integrazione tra enti diversi, sono elementi indispensabili per crescere insieme e affrontare con le migliori energie disponibili le quotidiane sfide che il mondo ci pone, anche ottimizzando le risorse. E, se come la letteratura dimostra, la costruzione della rete intersettoriale che parte “dal basso” ha maggiori probabilità di mantenersi e di svilupparsi, forse siamo sulla buona strada...

ATTIVAZIONE DEI PIANI AZIENDALI DI EDUCAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI E OSPEDALIERE DELLA REGIONE SICILIA

Requirez Salvatore

Servizio Promozione della Salute, Assessorato Regione Sicilia, Palermo

Dalla Legge regionale n. 5 del 2009 con cui il Presidente Lombardo ha varato il riordino del sistema sanitario in Sicilia derivano diversi decreti attuativi ispirati a nuove logiche di governo che vedono nella educazione e promozione della salute una vera e propria manovra di economia sanitaria volta alla diffusione di corretti stili di vita e all'azione preventiva di patologie cronico degenerative dall'elevato impatto finanziario e sociale. L'Assessore alla salute Massimo Russo, nell'assegnare valore strategico alla materia, ha adottato il 20 febbraio 2012 il decreto n. 300 che istituisce le Linee guida per il funzionamento delle Unità operative di educazione e promozione della salute già attive in Sicilia ed introduce l'obbligo da di redigere annualmente Piani di educazione e promozione della salute differenziandoli per aree operative e attribuendo alle Aziende sanitarie provinciali il ruolo di capofila nei territori in cui insistono anche le aziende ospedaliere secondo una logica di interazione programmatica condivisa. Inoltre l'assessore, consci della necessità di promuovere in maniera uniforme su tutto il territorio le iniziative di educazione sanitaria, ha inserito nei piani attuativi delle aziende obiettivi specifici che consentano di valutare l'operato complessivo dei Direttori generali anche sulla base dei risultati nel settore della Promozione della salute. Questo ha determinato un innalzamento della soglia di attenzione nei confronti della disciplina, la cui competenza è inserita, per norma, nello staff delle direzioni sanitarie aziendali, che adesso gode di nuovo privilegio esecutivo. In base al D.A. 300/12 entro il 31 marzo di ogni anno i Direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali e delle Aziende ospedaliere adottano un Piano aziendale per l'educazione e la promozione della salute. I Piani aziendali sono adottati con atto deliberativo ed in armonia con gli indirizzi regionali e ministeriali. Sono inoltre trasmessi alla Regione per la necessaria approvazione e la successiva valutazione. Per le aree di Palermo, Catania e Messina il Piano aziendale è redatto in sinergia con le Aziende ospedaliere e universitarie concomitanti, integrando le reciproche iniziative, e contiene i distinti piani delle singole Aziende. Il programma, sulla base dell'analisi dei bisogni rilevati, delle specifiche necessità assistenziali e organizzative, delle linee progettuali dettate dal Piano regionale della prevenzione e degli indirizzi maturati d'intesa con altre amministrazioni pubbliche contiene azioni volte ad incrementare il corretto utilizzo dei servizi sanitari da parte di cittadini e operatori e negli ospedali, prevede la consegna agli utenti di *vademecum* che illustrino salutari stili di vita e i più appropriati percorsi assistenziali per le specifiche patologie.

IL PROGETTO “KAMBIO MARCIA-IN ATTESA CAMBIA” VERSO UN APPROCCIO MULTISTAKEHOLDER PER LA PROMOZIONE DELLA GRAVIDANZA SANA

Riscica Patrizia (a), Moino Giuliana (a), Bazzo Stefania (b), Marini Francesco (c), Scannapieco Gianluigi (c), Battistella Giuseppe (d), Piovesan Gianna (e), Bottarel Mery (f), Dal Pozzo Giuseppe (f)

(a) Ser. D. 3, *Alcologia, Azienda ULSS 9, Treviso*

(b) *Università degli Studi, Trieste*

(c) *UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione, Azienda ULSS 9, Treviso*

(d) *Servizio di Statistica ed Epidemiologia, Azienda ULSS 9, Treviso*

(e) *Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 9, Treviso*

(f) *UOC Ostetricia e Ginecologia, Presidio Ospedaliero, Azienda ULSS 9, Treviso*

Introduzione. L’Azienda ULSS 9 di Treviso, nel 2008 ha avviato il progetto di ricerca-intervento “Kambio marcia-In attesa cambia” con l’obiettivo di promuovere la gravidanza sana, libera da rischi alcolcorrelati per la donna e il nascituro. Il progetto rientra in una più ampia strategia di prevenzione e coinvolge i servizi dei Dipartimenti materno-infantile, dipendenze, prevenzione, programmazione-ricerca e comunicazione.

Metodi. Il progetto ha comportato la realizzazione d’interventi di rilevanza diversa, sia nell’area della ricerca, svolta in collaborazione con l’Università di Trieste (uno studio preliminare sui professionisti socio-sanitari e studi osservativi su diversi campioni di popolazione fertile) sia in quella della comunicazione, conosciuta anche come “Mamma Beve Bimbo Beve” (campagna anno 2010), come anche nella formazione degli operatori e nell’individuazione di percorsi assistenziali per le persone a rischio.

Risultati. Ricerca e comunicazione si sono integrati a favore di un’immagine coordinata del progetto, così da innescare nei *target-destinatari* un processo di sensibilizzazione sul tema della prevenzione del FASD (*Fetal Alcohol Spectrum Disorders*) per la salute delle famiglie e dei nascituri. Oltre alle pubblicazioni scientifiche, vi sono collaborazioni con progetti di prevenzione regionali e interregionali; richieste di formazione sul tema; attivazione sul territorio di “portatori d’interesse”.

Conclusioni. L’approccio intersetoriale e multidisciplinare del progetto ha favorito nei professionisti, nei servizi, e negli *stakeholders* istituzionali e comunitari una certa attenzione sul tema del progetto. Attualmente il progetto consta in diversi filoni d’intervento:

- valutare l’efficacia della campagna;
- dare continuità al messaggio di prevenzione, con l’uso del marketing sociale non convenzionale, sulla comunità locale e regionale, rivolti in particolare alla popolazione in età fertile;
- sviluppare la formazione degli operatori mediante la collaborazione con il progetto regionale “Genitori Più” e nell’ambito degli interventi riservati alla prevenzione alcologica di “Guadagnare Salute” della Regione Veneto;

- definire un protocollo di collaborazione tra i servizi ospedalieri e territoriali a favore di mamma-bambino per i rischi e i problemi dovuti al consumo di alcol in gravidanza e allattamento.

P194 FACCIAMO RETE

Rizza Lidia (a), Brugnano Mariella (b), Nocera Vincenzo (b), Palermo Vincenzo (c)

(a) *Centro Diurno DSM, ASP, Crotone*

(b) *Associazione Attivamente, Crotone*

(c) *UISP, Crotone*

Introduzione. Il Progetto Facciamo Rete nasce come risposta alla proposta di partecipazione al VI Torneo nazionale di calcio a 6 dei DD.SS.MM. "La Testa nel pallone" - 4° Memorial Dott. Antonio Vetrugno - Lecce, organizzato dal DSM ASL Lecce e il Comitato provinciale ACSI Lecce. All'evento hanno partecipato 24 squadre composte da utenti psichiatrici e da operatori. L'attività sportiva e parte necessaria di un trattamento integrato è strategia preventiva e o ripartiva degli effetti sfavorevoli della patologia e dei farmaci; e anche diritto al benessere fisico, ad una aspettativa di vita sovrapponibile a quella altrui e alla mobilità sociale.

Metodi. Il progetto si realizza attraverso:

- valutazione;
- attività motoria con carichi progressivi;
- allenamenti sul campo;
- controllo e progressiva riduzione della terapia farmacologica;
- sviluppo della rete, del gruppo e dell'essere squadra.

Risultati.

- acquisizione/ri-acquisizione del concetto di schema motorio;
- riscoperta del valore educativo dello sport;
- integrazione sociale come strumento di crescita e di valorizzazione delle capacità;
- miglioramento del benessere della persona disabile;
- aumento dell'autostima della persona come risultato di un'azione integrativa;
- riconoscimento e valorizzazione di potenzialità e di capacità;
- raggiungimento di un buon grado di equilibrio, coordinazione, lateralità;
- partecipazione ai giochi di avviamento alla pratica sportiva, accettando le regole, collaborando con i compagni.

Conclusioni. Il progetto Facciamo rete, ha permesso il raggiungimento di risultati specifici:

- individuali: buona *performance* psico-fisica per poter giocare;
- collettivi: integrazione del gruppo che diventa squadra;
- di rete: capacità di collaborazione di Istituzioni diverse pubblico/privato. Ogni partecipante è migliorato nelle diverse aree riabilitative;
- miglioramenti nell'area della cura di se e del proprio abbigliamento;
- diminuzione dell'aggressività percepita;
- miglioramenti nell'area delle interazioni sociali e di amicizia e dei rapporti con l'operatore;
- miglioramento della socializzazione tra pazienti, con la condivisione dello spazio esterno;
- miglioramento della salute fisica e psichica;
- miglioramenti nell'area degli interessi e delle attività ricreative e produttive;
- miglioramenti nella velocità.

P195 UN'ESPERIENZA DI PREVENZIONE IN VALLE D'AOSTA: DALLA PEER EDUCATION ALLA VIDEO PEER EDUCATION

Rollandoz Chiara, Salino Paola
Azienda USL, Regione Valle d'Aosta, Aosta

Introduzione. La Regione Valle d'Aosta, che ha sostenuto in questi ultimi anni interventi a favore della prevenzione, ha aderito al Progetto nazionale “Guadagnare Salute in Adolescenza” con un progetto di *Peer Education* in due scuole superiori della Valle. Questo progetto si inserisce, da una parte, all'interno di un lavoro, costruito negli anni, di collaborazione tra Azienda USL e Istituzioni scolastiche attraverso una offerta da parte dell'Azienda sanitaria di progetti di educazione alla salute, dall'altra parte si collega all'esistenza di un Consultorio adolescenti che sostiene interventi di prevenzione sulla fascia adolescenziale. Partendo dalla premessa che le nuove forme di comunicazione multimediale sono parte integrante del linguaggio delle giovani generazioni, i *new media* diventano allora l'elemento dal quale non si può prescindere per sviluppare le attività di prevenzione. È di conseguenza importante che la *Peer Education* si relazioni ed interagisca con le forme di comunicazione digitale diffuse tra gli adolescenti. L'idea della *Peer Video Education* si fa quindi strada nel progetto sviluppato in Valle d'Aosta nell'ambito della sperimentazione ministeriale “Guadagnare Salute in Adolescenza” come spazio di comunicazione e prevenzione delle MTS.

Metodi. I ragazzi diventano promotori e realizzatori di un video per i loro coetanei riflettendo sulle proprie conoscenze, sui messaggi sociali e apprendendo le tecniche di realizzazione e interpretazione del linguaggio digitale. L'obiettivo diventa quindi la creazione di un video dedicato agli adolescenti, interamente prodotto dagli adolescenti, in cui l'adulto si fa garante e facilitatore del processo di acquisizione di nuovi linguaggi e competenze. Sono 4 le fasi su cui si struttura il progetto: 1) la progettazione; 2) l'interpretazione dei ruoli; 3) la realizzazione tecnica; 4) la diffusione del video.

- 1) La progettazione: la scelta delle idee, il confronto con i messaggi sociali, con le proprie premesse e conoscenze, l'individuazione dei temi e dei contenuti per la stesura della sceneggiatura permettono al gruppo e al singolo di lavorare su di sé.
- 2) L'interpretazione dei ruoli: permette di rivivere e rielaborare dinamiche emotive nel contesto del gioco del “come se”, di sperimentare situazioni di *problem solving* e *decision making* efficaci.
- 3) La realizzazione tecnica: permette di riflettere sulle modalità di comunicazione di un messaggio, sulla sua efficacia, di confrontarsi con le proprie capacità organizzative, ma anche di acquisire consapevolezza della non naturalità di un prodotto e di promuovere una visione critica dei media.
- 4) La diffusione del video: sia come strumentazione utilizzata dai *Peer* negli interventi nelle classi, sia come messaggio di prevenzione rivolto agli adolescenti non direttamente coinvolti nel progetto.

Risultati. Sono da collegare alla valutazione: della ricaduta dell'utilizzo del video nelle classi delle scuole coinvolte nel progetto; della sua diffusione; dei punti di forza emersi nel progetto; delle criticità.

Conclusioni. Il lavoro di *video education* svolto con i ragazzi si propone come processo di *empowerment* e come mezzo per interagire con se stessi, con il gruppo di lavoro e con i propri coetanei nel susseguirsi delle sue fasi. La produzione di un video permette in una Regione piccola come la Valle d'Aosta di creare uno strumento utilizzabile dagli adolescenti in vari contesti scolastici e da diffondere con differenti modalità.

DALLA PREVENZIONE SULLA COLLETTIVITÀ ALLA PREVENZIONE SUL SINGOLO: L'ESPERIENZA DEL SIAN DI POTENZA

Romaniello Antonio, Bianco Anna Maria, Cufino Canio, Negrone Mario, Sansone Giuseppe, Coppola Maria, Giordano Nicola, Rosa Sabrina, Vignola Gabriella, Pinto Rocchina, Guarino Giuseppe, Cugno Giuseppe Nicolò, Marra Mario
Azienda Sanitaria Locale, Potenza

Introduzione. Uno degli obiettivi prioritari dell'attività del SIAN è rappresentato, nell'area funzionale di Igiene della nutrizione, dalla prevenzione primaria delle malattie croniche legate all'assunzione di alimenti, da attuare con interventi mirati a modificare lo stile di vita della collettività. Tali interventi rientrano in una tipologia di attività consolidate, che fanno parte del bagaglio tecnico storico degli operatori di sanità pubblica territoriale. Meno usuali sono invece gli interventi di prevenzione effettuati sul singolo.

Metodi. Per attuare la prevenzione secondaria, delle malattie a componente nutrizionale, sul singolo, nel 2004 l'UO SIAN della ASL di Potenza ha istituito un ambulatorio di dietetica, cui è possibile accedere con ricetta medica e pagamento del relativo ticket. La prevenzione viene attuata mediante: anamnesi clinica e nutrizionale; valutazione antropometrica; valutazione della composizione corporea con plicometria e bioimpedenzometria; *counselling* nutrizionale; schemi dietetici personalizzati; controlli periodici a lungo termine. Il personale impegnato in ambulatorio è composto dai medici igienisti e dietisti in servizio presso il SIAN. Prima dell'avvio dell'attività esso ha seguito corsi interni di formazione e di successivo e costante aggiornamento su argomenti di nutrizione.

Risultati. Dal gennaio 2004 a gennaio 2012 sono state effettuate in totale 6.920 visite a 2.783 pazienti. Essi presentavano la seguente suddivisione in base al BMI al momento della prima visita: 16 pazienti con BMI inferiore a 18,5 (0,6%); 203 pazienti tra 18,5 e 24,9 (7,3%); 759 pazienti tra 25 e 29,9 (27,3%); 904 pazienti tra 30 e 34,9 (32,5%); 561 pazienti tra 35 e 39,9 (20,2%); 340 pazienti con BMI maggiore di 40 (12,2%). È stata effettuata almeno una visita di controllo da 1.356 pazienti; di questo gruppo il 5,5% sono passati dalla condizione di sovrappeso a quella di normopeso e il 13,4% da quella di obesità di I grado a quella di sovrappeso.

Conclusioni. La notevole richiesta di prestazioni di dietetica, specie da parte di pazienti obesi, ha dimostrato, nell'esperienza della ASL di Potenza, l'utilità di aggiungere, alle azioni di prevenzione primaria sulla collettività, anche quelle di prevenzione secondaria sul singolo. Esse risultano fondamentali in un settore, quale quello della lotta all'obesità, in cui prevenzione secondaria e terapia coincidono, visto che l'intervento terapeutico si fonda su una, pur difficoltosa, rieducazione nutrizionale ad una corretta alimentazione del paziente.

SCUOLA E SALUTE – CONTRIBUTO DELLA CONSULTA PROVINCIALE DEGLI STUDENTI

Rosso Eugenia (a), Marson Alessandra (a), Omoregie Erika (a), Bertoni Emanuele (a), Ciccone Luciano (b), Micossi Simonetta (b)

(a) Consulta Provinciale degli Studenti di Udine, Ufficio Scolastico VII, Udine

(b) ASS 4 Medio Friuli, Udine

Introduzione. Il protocollo d'intesa del 5.1.2007 tra i Ministeri della salute e dell'istruzione, redatto nell'ambito del Piano ministeriale "Guadagnare Salute e Scuola", prevede una fattiva cooperazione interistituzionale promuovendo anche la partecipazione attiva degli studenti. In Friuli Venezia Giulia nel luglio 2009 è stato firmato un protocollo d'intesa tra l'Azienda per i servizi sanitari n. 4 Medio Friuli e l'allora "Ufficio scolastico provinciale di Udine" al fine di avviare un rapporto di collaborazione nel campo della promozione ed educazione alla salute e del benessere dello studente mediante un tavolo di lavoro interistituzionale scuola - azienda sanitaria. Nell'ambito del workshop "health in all policies..." Roma 18.1.2012 nella relazione di sintesi del gruppo di lavoro "Scuola: una comunità locale" è stata ribadita la necessità di un maggiore coinvolgimento delle consulte provinciali degli studenti nella pianificazione delle attività correlate a Guadagnare Salute.

Metodi. Dal 2009 il tavolo interistituzionale si è riunito regolarmente a cadenza bimestrale. Sono stati trattati, tra l'altro, temi come la gestione dei farmaci e delle urgenze a scuola, l'affettività e sessualità, programmi di monitoraggio di stili di vita e promozione delle *Life Skills*.

Risultati. La co-progettazione della ASS4 con l'Ufficio scolastico VII (ex provinciale) aveva il limite di rappresentare solo una delle Aziende sanitarie della provincia di Udine e di non coinvolgere i destinatari finali degli interventi, cioè i ragazzi. Quest'anno oltre ad integrare il tavolo con referenti delle altre due aziende provinciali (la ASS3 e la ASS5) sono stati invitati i referenti della Consulta provinciale degli studenti per una gestione condivisa di percorsi che vedano i giovani protagonisti.

Conclusioni. I ragazzi invitati al tavolo si sono dimostrati interessati alla progettazione delle iniziative da avviare nel corso del prossimo a.s. e, volendo definire le priorità degli interventi a partire dai loro reali vissuti, rispetto alle tematiche di Guadagnare Salute, sessualità, prevenzione degli incidenti stradali, domestici e sul lavoro, bullismo, si sono dati il compito di riportare nelle assemblee scolastiche le varie possibilità, discuterne all'interno della Consulta e riportarle al tavolo di promozione della salute.

IL PIANO DI SALUTE DELLA SCUOLA PER RENDERE IL CONTESTO SCOLASTICO PROMOTORE DI SALUTE

Russo Krauss Pio, Cione Ilaria, Maione Lisa, Malgieri Giuseppe
ASL Napoli 1 Centro, Napoli

Introduzione. Il curricolo nascosto, in altre parole l'insieme dei messaggi che lo studente percepisce nel contesto scolastico fuori dell'attività didattica programmata, incide educativamente molto più del curricolo manifesto (l'attività didattica programmata, quali lezioni, esercitazioni ecc.) e se è dissonante da quello manifesto, l'efficacia di quest'ultimo può essere vanificata. È di estrema importanza, quindi, per l'efficacia delle attività di educazione alla salute intervenire anche sul curricolo nascosto.

Metodi. Si sono intervistati presidi di scuole primarie e secondarie per rilevare attenzione al curricolo nascosto, difficoltà e bisogni delle scuole in merito alla realizzazione di concreti interventi di miglioramento delle stesse. Si è proceduto ad una ricerca bibliografica, ad una cognizione delle esperienze (*Health promoting school*, Scuole libere dal fumo ecc.) e delle normative. Si sono stese 3 linee guida per l'elaborazione del Piano di salute della scuola (per la scuola primaria, secondaria 1° e 2°) e si sono raccolti o prodotti materiali utili per realizzare interventi (bozza di convenzione col bar della scuola, consigli per la refezione, cartello per invitare ad utilizzare le scale invece dell'ascensore, consigli per una scuola senza fumo, *vademecum* per i piedibus, *vademecum* per ridurre l'impronta ecologica della scuola, documenti sugli acquisti verdi, normative ecc.). Il materiale è stato raccolto in un cd. Per verificarne accoglienza e appropriatezza, lo si è proposto agli insegnanti delle scuole che hanno partecipato ai corsi di formazione annuali dei progetti Quadrifoglio (progetto dell'ASL su alimentazione, attività fisica, fumo e igiene orale) ed Ecolandia (per la prevenzione del disagio adolescenziale e l'educazione all'ambiente).

Risultati. Il cd è stato presentato e distribuito a 48 insegnanti e 4 presidi (24 scuole). La fase attuale prevede incontri con presidi e insegnanti per sollecitarli a redigere il piano e offrire loro sostegno e consulenza. Il materiale del cd è stato distribuito anche agli operatori del Progetto GSA (www.inadolescenza.it).

Conclusioni. Si sono prodotti dei sussidi utili per affrontare praticamente lo spinoso problema della congruità tra curricolo manifesto e nascosto. Insegnanti e presidi hanno accolto con interesse e favore tali sussidi. Il progetto è ancora in corso.

P196 IL PROGETTO NAZIONALE GUADAGNARE SALUTE IN ADOLESCENZA ALIMENTAZIONE E ATTIVITÀ FISICA

Russo Krauss Pio (a), Cione Ilaria (a), Maione Lisa (a), Bosi Sandra (b), De Noni Lucia (c), Coffano Maria Elena (d)

(a) ASL Napoli 1 Centro, Napoli

(b) Regione Emilia-Romagna, Bologna

(c) Progetto Ragazzi in Gamba, Verona

(d) DoRS ASL TO3, Regione Piemonte, Grugliasco, Torino

Introduzione. Dei 339 progetti su alimentazione e/o attività fisica censiti dal Dors per conto del Ministero della Salute solo 6 rispondono in pieno a criteri di buona pratica. È necessario quindi orientare le attività verso metodologie più appropriate. Il Progetto Guadagnare Salute in Adolescenza Attività Fisica e Alimentazione (GSA AF-AL), che è parte del programma nazionale GSA, ha questa finalità.

Metodi. Sono stati individuati come buone pratiche il Progetto Quadrifoglio (PQ) dell'ASL Napoli 1 Centro, Paesaggi di Prevenzione (PdP) dell'Emilia-Romagna e Ragazzi in Gamba (RG) dell'USSL di Verona. A tutte le Regioni è stato proposto di partecipare al progetto GSA attuando il PQ o PdP, integrati con RG, mettendo a disposizione un finanziamento di 21.000 euro per l'avvio dell'attività. 15 Regioni hanno aderito alla proposta. Il Gruppo di coordinamento nazionale ha formato i gruppi di lavoro regionali o di ASL, ha prodotto e distribuito una "scatola degli attrezzi" per lo svolgimento del progetto ed ha fornito consulenza. Lo svolgimento dei progetti è attentamente monitorato.

Risultati. Sono stati organizzati 5 corsi di formazione nazionale (149 partecipanti) e corsi di formazione a cascata (164 partecipanti). In 38 delle 41 ASL i gruppi di lavoro sono formati da più articolazioni aziendali. Circa i 2/3 delle Regioni e/o ASL che non avevano sottoscritto intese sulla promozione della salute con enti hanno siglato tali accordi. 14 delle 15 Regioni hanno inserito nel loro Piano di prevenzione il progetto GSA AF-AL. Nelle 15 Regioni sono stati organizzati corsi di formazione per insegnanti (1.313 partecipanti). 23.000 studenti sono coinvolti in percorsi educativi strutturati. Principali criticità: lungaggini amministrative (stipula convenzioni, costituzione dei tavoli di lavoro, impiego fondi ecc.), carenza di personale già oberato da altri compiti.

Conclusioni. È possibile con fondi esigui (circa 360.000 euro) riuscire a diffondere buone pratiche su tutto il territorio nazionale, formando un discreto numero di operatori sanitari e scolastici e coinvolgendo in attività educative strutturate un buon numero di soggetti.

P197 “STILI DI VITA NELLA SCUOLA” (ALIMENTAZIONE - ATTIVITÀ FISICA - TABAGISMO) ANNI 2009/2010 ASL VARESE

Sambo Franca, Bardelli Roberto, Bianchi Maria Antonietta, Pacchetti Raffaele
*Dipartimento di Prevenzione Medica, ASL, Ufficio Scolastico Territoriale di Varese,
Provincia di Varese, Varese*

Introduzione. Numerosi studi e ricerche concordano nell'evidenziare la carenza di movimento, le scorrette abitudini alimentari e il tabagismo come elementi che caratterizzano negativamente gli stili di vita della popolazione giovanile. Le azioni efficaci di prevenzione devono mirare ad ottenere cambiamenti anche minimi ma significativi negli stili di vita personali. Pertanto per un corretto approccio educativo si deve considerare fondamentale il coinvolgimento del mondo della scuola e delle famiglie.

Obiettivi specifici. 1) Incidere sugli stili di vita degli studenti della scuola primaria e secondaria di I° grado. 2) Proporre azioni e modelli di intervento da sperimentare nelle scuole. 3) Coinvolgere scuole, docenti, genitori, Enti Locali, Associazioni, in scelte finalizzate alla riduzione dei comportamenti a rischio e alla definizione di percorsi esperienziali adeguati per la popolazione scolastica. 4) Favorire la formazione dei docenti sulle tematiche specifiche. 5) Monitorare le fasi di realizzazione del progetto.

Metodi. Il metodo utilizzato per il raggiungimento degli obiettivi è quello basato sull’“Imparare facendo”. Affinché le nozioni apprese possano venir trasformate in consuetudini comportamentali occorre far vivere agli alunni esperienze significative con le quali sperimentare la positività dei valori proposti. Il progetto è attivo dal 2007, hanno aderito al progetto tra il 2009/2010, 5 Istituti comprensivi. Hanno partecipato al corso di formazione 75 insegnanti, coinvolgendo circa 1.300 ragazzi, di cui 900 frequentanti la scuola primaria (6-10 anni) e 400 (11-13 anni) la scuola secondaria di primo grado.

Risultati. Negli Istituti coinvolti vi è stato un esplicito supporto alle scelte salutari (eliminazione distributori del 100%, merende di frutta e verdura nel 100%, incremento dell'attività fisica scolastica nel 100%). Sono state raccolte ed elaborate le schede relative al *follow-up* dei partecipanti al progetto 2007/2008, che hanno dimostrato l'efficacia degli interventi: aumento del consumo di verdura e frutta, riduzione della sedentarietà, riduzione del BMI, riduzione dell'esposizione al fumo passivo.

Conclusioni: La strategia proposta nel progetto ha prodotto un significativo guadagno di salute nella popolazione scolastica coinvolta.

P198 NUOVE ORGANIZZAZIONI E STRATEGIE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE IN BAMBINI NORMODOTATI E CON DIVERSE ABILITÀ FISICHE E PSICHICHE: CENTRO ESTIVO “SETTIMANA VERDE IN SCUDERIA”

Sanson Sara (a), Brana Marina (a), Croci Eleonora (a), Pugliese Rita (b), De Ponte Giovanna (b), Maggiore Adele (a)

(a) Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina, Trieste

(b) ASD Equilandia-Aiastrieste ONLUS, Sgonico, Trieste

Introduzione. L’Azienda per i servizi sanitari n.1 Triestina aderisce alla rete HPH&HS dell’OMS. Le azioni strategiche prevedono: costruzione di una politica pubblica per la salute, creazione di ambienti favorevoli, rinforzo di azioni di comunità, sviluppo di abilità personali e ri-orientamento dei servizi socio-sanitari. L’OMS definisce la salute come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non come semplice assenza di malattia. Sulla base di questi principi l’Azienda realizza nel nostro territorio interventi di promozione della salute in collaborazione con altri enti ed istituzioni, tra cui un centro estivo sperimentale per bambini/ragazzi (6-14 anni) con l’Associazione sportiva dilettantistica Equilandia Aiastrieste.

Metodi. Il centro estivo è durato due settimane. Ad ogni sessione, di una settimana ciascuna, hanno partecipato 20 bambini/ragazzi, inclusi due con disabilità per turno. Abbiamo organizzato delle attività ricreazionali ed educative caratterizzate da una forte valenza di promozione della salute (sana alimentazione, attività fisica, *pet therapy*), utilizzando nuovi *setting* con lo scopo di agire non solo sui tradizionali e noti fattori di rischio delle malattie croniche ma anche sulle *Life Skills* per rafforzarle. Inoltre, si è voluto far conoscere ai bambini normodotati la disabilità, fisica e psichica di coetanei, per fornire loro strumenti corretti di interazione sociale.

Risultati. L’ultimo giorno di ciascuna sessione abbiamo fatto compilare ai genitori un questionario di gradimento. Quasi tutti i genitori sono risultati complessivamente soddisfatti delle attività svolte (95%); molto apprezzato il rispetto per le diversità di ognuno. Le attività più gradite ai bambini/ragazzi sono state quelle relative all’accudimento degli animali, cane e cavallo e i laboratori sensoriali di alimentazione che hanno coinvolto insieme genitori e figli. Nella parte dedicata ai commenti, i genitori hanno segnalato l’interesse dei bambini per cibi sani non abitualmente consumati a casa, dimostrando già dei risultati positivi pur nel breve termine.

Conclusioni. L’approccio della promozione della salute in età evolutiva ha un ruolo fondamentale nel prevenire i possibili disagi che, se non gestiti adeguatamente, possono trasformarsi in disturbi nell’età adulta. Il centro estivo ha rappresentato un laboratorio esperienziale che ci ha permesso di sperimentare un nuovo modo di fare salute. Visto la brevità delle attività non è stato possibile effettuare alcuna valutazione sulle ricadute in termini di outcome di salute. Dato l’apparente successo e il gradimento ottenuto, questa estate il progetto, rivisto ed ampliato, verrà riproposto alla cittadinanza per l’intero periodo di chiusura delle scuole, potendo così strutturare una valutazione oggettiva.

P199 RETI E ALLEANZE: NUOVI SISTEMI DI GOVERNANCE DELLA SALUTE

Sanson Sara (a), Aguzzoli Cristina (b), Croci Eleonora (a), Bertoli Marco (b), Maggiore Adele (a)

(a) Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina, Trieste

(b) Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina, Gorizia

Introduzione. La diffusione della consapevolezza che la sanità incide poco sulla salute dei cittadini (stime del 15%) è una molla che spinge le Aziende sanitarie ad allearsi con altri attori presenti nelle comunità dando esempi di organizzazione integrata. La sanità possiede le evidenze epidemiologiche sullo stato di salute della popolazione ma non incide su variabili quali reddito, condizioni sociali di vita e lavoro, politiche dell'istruzione e del tempo libero, determinanti altamente coinvolti nella salute. Diventa necessario sostenere a livello decisionale “politiche di governance”, dove la rete si integra con strumenti di lavoro e buone pratiche validate a livello nazionale ed internazionale.

Metodi. I cardini della politica della qualità aziendale, integrando la promozione della salute come componente proattiva di tutti i percorsi, sono:

- creare sinergie tra modelli operativi e percorsi;
- avviare e consolidare alleanze con *non-health sectors*;
- individuare nell'operatore sanitario il portatore dei valori della promozione della salute;
- attuare interventi di prevenzione in tutta la storia naturale della malattia e trasferire;
- competenze per l'autonomia di pazienti e *caregivers*;
- garantire ai cittadini equità di accesso ai servizi;
- monitorare e valutare strutturalmente e sostenibilmente gli interventi attuati;
- sperimentare nuovi modelli e metodologie;
- avviare processi e modelli di comunicazione innovativi;
- applicare il *setting base approach*.

Risultati. Si vuole superare la frammentazione delle risorse in progettualità non sostenibili nel tempo per strutturarsi in modo stabile nella politica dell'organizzazione. Tale modello è messo in atto nelle Aziende proponenti attraverso documenti ufficiali che determinano le responsabilità e le aree di lavoro soggette ad integrazione all'interno dell'ambiente sanitario e attraverso convenzioni e protocolli di intesa con enti e associazioni esterne alla sanità. Si sta consolidando un modello di forte integrazione tra i diversi processi e attività svolte, che vede paritari i differenti gruppi di lavoro e che rivolge particolare attenzione a processi efficaci ed innovativi di comunicazione.

Conclusioni. La filosofia della creazione di reti e alleanze è fondamentale per intervenire sui determinanti di salute come indicato da numerose ricerche. Una leva tale da permettere un cambiamento significativo ed impattante di organizzazione può essere realizzata solo attraverso una programmazione integrata con altri enti (Comuni, Province, INAIL, Federsanità, ANCI, ecc.) mediante protocolli e convenzioni in un'ottica di ambienti ed organizzazioni che dialogano con lo stesso linguaggio e su obiettivi comuni, permettendo così anche un'ottimizzazione delle risorse disponibili.

P200 “DIMISSIONE PROTETTA” UN MODELLO DI INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO

Sansoni Diana (a), Baffoni Massimo (b), Nisii Alessandra (c), Viviani Giancarlo (c)

(a) Ospedale Mazzoni, Ascoli Piceno

(b) Centro Epidemiologico SISP, Ascoli Piceno

(c) Direzione Sanitaria Ospedale Mazzoni, Ascoli Piceno

Introduzione. Il binomio Ospedale-Territorio costituisce il fondamento imprescindibile della politica sanitaria degli ultimi anni, che ha come obiettivo “la continuità di cura, assistenza e riabilitazione del Paziente” (da una breve degenza ospedaliera all’affidamento al territorio, a fronte di una sempre più forte prevalenza di patologie croniche e/o invalidanti correlate all’invecchiamento della popolazione). Dall’assistenza ospedaliera, orientata verso l’intensità di cura, alla dimissione protetta, il paziente viene “curato” a domicilio o in diversa struttura di degenza senza soluzione di continuità, attraverso una rete di comunicazione-integrazione tra operatori sanitari (medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali) dell’ospedale e del territorio e il coinvolgimento dei MMG/PLS.

Metodi. Il processo delle dimissioni protette richiede una attenta programmazione, un coordinamento efficace e una comunicazione fluida tra i due poli del trasferimento. Presso l’Ospedale Mazzoni di Ascoli Piceno, è il coordinamento del percorso, svolto dalla Direzione medica di presidio che, dopo aver attentamente analizzato le esigenze assistenziali del paziente rappresentate dai Reparti di degenza e la disponibilità delle risorse necessarie, attiva “ il protocollo di dimissione protetta” che ha come obiettivo l’affidamento del paziente alle strutture territoriali.

Risultati attesi.

- Riduzione della degenza ospedaliera;
- contenere i ricoveri incongrui e/o ripetuti;
- implementazione della rete sanitaria e sociale ospedaliera-territoriale;
- sviluppo di alternative terapeutiche territoriali, con contenimento della spesa sanitaria.

Conclusioni. Favorire il mantenimento dei soggetti fragili presso il proprio domicilio, nel tessuto familiare, attraverso lo sviluppo e la diffusione dei servizi domiciliari in forma integrata, contrastando il ricorso alla istituzionalizzazione, è un indubbio vantaggio per la qualità della vita e un tentativo di rispondere in modo più appropriato al ridotto equilibrio clinico del paziente nel periodo immediatamente successivo al ricovero.

P201 MONITORAGGIO DELL'OSSEVRANZA DELLA LEGGE NEI PUBBLICI ESERCIZI ASL 10 FIRENZE

Santini Maria Grazia (a), Ricciarelli Laura (a), Verdiani Marzia (a), Montanelli Diletta (a), Gorini Giuseppe (b)

(a) *UF Igiene e Sanità Pubblica Zona, Firenze*

(b) *ISPO, Firenze*

Introduzione. La UF ISP ASL Firenze e ISPO hanno partecipato al Progetto CCM 3 coordinato dalla Regione Veneto, che ha fra gli obiettivi il monitoraggio della Legge 3/2003 in esercizi pubblici.

Obiettivi. 1) descrivere conoscenze, attitudini e comportamenti in relazione alla legge dei proprietari di locali pubblici, quali bar, pizzerie, pub, ristoranti; 2) stimare l'adesione alle disposizioni di legge nei locali pubblici.

Metodi. Alla fine del 2010, sono stati visitati 50 locali pubblici selezionati in modo casuale (bar, ristoranti, pizzerie e pub) utilizzando un questionario in due parti: una parte compilata dal gestore e l'altra dal tecnico della ASL, riguardante la presenza di fumatori nei locali nell'orario di maggiore affluenza della clientela, registrando la presenza diretta di clienti fumatori o tracce eventualmente lasciate (presenza o odore di fumo). Il personale ASL ha provveduto a portare e a ritirare direttamente il questionario spiegando la finalità dell'iniziativa.

Risultati. Il 6% dei locali sono dotati di zona fumatori conformi alla norma; nell'8% erano presenti strutture *dehor*. Nel 72% dei locali il cartello con l'indicazione di divieto di fumo era regolamentare. In nessun locale sono stati osservati fumatori, il fumo era visibile in 1 locale e in 7 c'era odore di fumo. Nei *dehor* non sono state trovate persone che fumavano, né era presente fumo o odore. Il 90% dei gestori ha risposto che tutti i clienti rispettano la legge. Il 59% dei fumatori riferisce di fumare meno rispetto a prima dell'entrata in vigore della legge.

Conclusioni. Il rispetto della normativa antifumo nei pubblici esercizi fiorentini, sembra abbastanza soddisfacente e non ha provocato evidenti implicazioni negative economiche agli esercenti. I cosiddetti *dehor* possono apparire come "zone franche" nelle quali la legge potrebbe non essere completamente applicata; il nostro compito sarà quindi quello di vigilare e sollecitare tutti i Comuni perché vengano classificati come locali chiusi ai fini della normativa sul fumo.

P202 ALIMENTAZIONE E ATTIVITÀ FISICA NEI BAMBINI DELLA ASL DI MILANO: RISULTATI E CONFRONTI DA OKKIO ALLA SALUTE

Silvestri Anna Rita, Cecile Danila, Cassatella Cristina, De Rosa Anna, Galessi Laura,
Sciuto Jessica, Volpi Manuela
SC Medicina Preventiva nelle Comunità, ASL Milano

Introduzione. È ormai accertato che lo stile di vita adottato nella prima infanzia influenzi lo stato di salute dell'età adulta. "OKkio alla Salute" è un sistema di sorveglianza finalizzato alla raccolta di informazioni sulle abitudini alimentari e l'attività fisica dei bambini che frequentano le scuole primarie; questo sistema permette di monitorare nel tempo e acquisire informazioni utili allo sviluppo di iniziative di promozione della salute.

Metodi. Nel 2010 ASL Milano si è servita di "OKkio alla Salute" per conoscere gli stili di vita della popolazione dei bambini frequentanti le classi terze delle scuole primarie ubicate nel suo territorio. La popolazione oggetto di studio è stata campionata secondo campionamento a grappolo (unità campionaria la classe) e l'indagine è stata condotta secondo quanto previsto dal protocollo: sono stati coinvolti 530 bambini e i risultati ottenuti sono stati confrontati con i dati nazionali.

Risultati. Dall'analisi dei dati è emerso che il 27% dei bambini è in eccesso ponderale, a fronte del 34% del livello nazionale. I fattori che potrebbero spiegare queste differenze sono numerosi e riguardano sia gli stili che gli ambienti di vita dei bambini, delle loro famiglie e della scuola. È emerso, ad esempio, che la mensa è presente nella totalità delle scuole campionate (100% *versus* 68% nazionale) e che in un'alta percentuale di queste è prevista a merenda la distribuzione di cibi salutari (63% *versus* 38% nazionale). Evidenti differenze si sono riscontrate anche riguardo l'attività fisica: le due ore alla settimana di attività motoria curriculare è garantita in un elevato numero di scuole della ASL (93% *versus* 66% nazionale). Anche l'ambito familiare sembra mostrare maggiore sensibilità all'adozione di comportamenti utili a ridurre la sedentarietà quali il numero di ore trascorse davanti alla TV e ai videogiochi (22% *versus* 38%) e l'abitudine di recarsi a scuola a piedi o in bici (51% *versus* 26%).

Conclusioni. Quanto emerso necessita di conferme e di approfondimenti che deriveranno dalla prossima rilevazione del 2012 e la prevista partecipazione di altre ASL lombarde offrirà l'occasione anche per un confronto locale.

P203 “GENITORIPIÙ” – PROGRAMMA DI PREVENZIONE PRECOCE E MONITORAGGIO DEI COMPORTAMENTI E DELLE AZIONI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE DEI PRIMI ANNI DI VITA

Speri Leonardo (a), Brunelli Mara (a), Simeoni Lara (a), Campara Paola (a), Porchia Stefania (b), Campostrini Stefano (b), Valsecchi Massimo (c), Bonavina Maria Giuseppina (d), Bovo Chiara (e), Russo Francesca (f)

(a) *UOS Servizio di Promozione ed Educazione alla Salute, Dipartimento di Prevenzione, ULSS 20, Verona*

(b) *Università degli Studi Ca Foscari, Venezia*

(c) *Dipartimento di Prevenzione, ULSS 20, Verona*

(d) *Direzione Generale, ULSS 20, Verona*

(e) *Direzione Sanitaria, ULSS 20, Verona*

(f) *Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica, Regione Veneto, Venezia*

Introduzione. Lanciata nel 2006 dalla Regione Veneto a supporto della sospensione dell’obbligo vaccinale, coordinata dallo SPES dell’ULSS 20 Verona, con partner FIMP e UNICEF, la Campagna GenitoriPiù prosegue nel 2007 come Progetto. Estesa a livello nazionale in 13 Regioni e 2 ASL, entra in “Guadagnare Salute” per divenire “Programma” nel Piano regionale della prevenzione 2010-2012.

Obiettivi. Orientare i genitori su scelte di salute consapevoli su 7 determinanti di salute precoci prioritari (*evidence based*): assunzione di acido folico, lotta al fumo, allattamento al seno, posizione supina nel sonno, protezione in casa e in auto, vaccinazioni, lettura precoce ad alta voce. N. 8 dal 2012: non bere alcol in gravidanza e in allattamento. Parallelamente formazione degli operatori.

Metodi/Risultati. Il progetto, centrato sull’*empowerment* e con attenzione al *counselling*, si sviluppa su 4 assi:

- 1) Promozione: campagna massmediatica regionale/nazionale e divulgazione di materiale informativo (cartaceo e videospot) per i genitori, con attenzione alla multiculturalità, e formativo per gli operatori dei percorsi nascita (manuale). Realizzazione del sito web www.genitoripiù.it.
- 2) Rete: organizzata a livello aziendale nel Veneto e regionale in Italia, promuove localmente la campagna, realizza la formazione e la valutazione. In parallelo attivata la Rete di referenti dei progetti *leader* sui singoli determinanti.
- 3) Formazione degli operatori dei Percorsi Nascita (PLS, operatori Punti Nascita, Consultori familiari, Servizi vaccinali): coinvolti circa 370 formatori e a cascata di circa 9.000 operatori. Sperimentazione in progresso nel triennio 2010-12 di un percorso FAD/*Blended* sul *counselling* vaccinale in 6 ULSS Venete.
- 4) Valutazione. Nel 2008/09 elaborazione di circa 4.500 questionari di neogenitori e circa 4.200 di operatori, con il Dipartimento di statistica dell’Università Cà Foscari

(VE). Revisione della valutazione per lo sviluppo nei flussi correnti di un sistema di sorveglianza.

Conclusioni. Il progetto ha incrementato l'attenzione sui determinanti di salute precoci, consolidando le reti aziendali e regionali, fornendole di strumenti per riprogettare sulla base di un set di dati disaggregati localmente, per verificare nel tempo i risultati, per fare emergere le disuguaglianze in salute e per ri-orientare le attività promozionali e formative.

P204 PROMUOVERE LA SALUTE NEL PERCORSO NASCITA: UN MODELLO TRASVERSALE DI INTEGRAZIONE DI RETE NELL'AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Speri Leonardo (a), Scudellari Maria (b), Bovo Chiara (c), Nesoti Maria Vittoria (d), Zuppini Cristina (b), Cinquetti Mauro (e), Romagnolo Cesare (f), Balestreri Debora (f), Brunelli Mara (a), Pastorelli Elisa (a), Bosio Chiara (a), Baldissera Mara (a), Capirossi Giuseppina (g), Calò Nicola (h), Valsecchi Massimo (i), Bonavina Maria Giuseppina (l)

(a) UOS Servizio di Promozione ed Educazione alla Salute, Dipartimento di Prevenzione, ULSS 20, Verona

(b) UOC Area Famiglia, ULSS 20, Verona

(c) Direzione Sanitaria, ULSS 20, Verona

(d) Direzione Medica Ospedaliera, ULSS 20, Verona

(e) Dipartimento Materno Infantile, ULSS 20, Verona

(f) UOC Ginecologia Ostetricia, Ospedale, ULSS 20, Verona

(g) Servizio Professioni Sanitarie, ULSS 20, Verona

(h) Distretti Socio Sanitari, ULSS 20, Verona

(i) Dipartimento di Prevenzione, ULSS 20, Verona

(l) Direzione Generale, ULSS 20, Verona

Introduzione. L'ULSS 20 fa parte della Rete Veneta HPH&HS e vanta eccellenze in campo materno-infantile: in accordo con i criteri di intersetorialità, sui determinanti di Guadagnare Salute ha creato il programma GenitoriPiù, l'ospedale è un *Baby Friendly Hospital* OMS/UNICEF per l'allattamento a seno, è in sperimentazione la *Baby Friendly Community Initiative*. Permangono tuttavia disomogeneità nell'offerta e nell'utilizzo dei servizi. I servizi hanno attivato collaborazioni nella "Rete dei servizi attorno a mamme e bambini per un percorso nascita dell'ULSS20" con l'obiettivo di rendere omogenea l'offerta dei LEA in promozione della salute, prevenzione assistenza e cura nel percorso nascita (dal preconcezionale ai primi anni di vita), integrando in un percorso nascita unitario obiettivi e strumenti di provata efficacia sui principali determinanti di salute materno-infantile, con particolare riferimento al contrasto del fumo (mamme libere dal fumo, dell'alcol e alla promozione dell'allattamento materno). Viene promossa l'integrazione tra servizi restituendo centralità a madri e bambini (*empowerment*) e coinvolgendo la popolazione *target*.

Metodi. Creazione di un gruppo di lavoro multiprofessionale ed interservizi con inclusione di *stakeholder*. Stesura condivisa di nuove linee di indirizzo nel percorso di accompagnamento alla nascita e post nascita, individuale e di gruppo, inclusione delle indicazioni derivate da progetti di eccellenza già perseguiti o dalla letteratura. Formazione degli operatori, applicazione dei modelli, valutazione interna ed esterna.

Risultati. Il modello è stato adottato e l'implementazione è in corso. Risultati di processo: l'attivazione del gruppo, l'approvazione di linee di indirizzo aziendali, integrazione delle raccomandazioni e dei requisiti richiesti dai sistemi di qualità/

accreditamento adottati, diffusione tra il personale del modello operativo, attivati momenti di autovalutazione in vista delle valutazioni esterne.

Conclusioni. I servizi coinvolti hanno adottato un'ottica di rete in cui il lavoro e le linee guida costruite sono basate sulle migliori evidenze disponibili e promettono positivi esiti di salute. Viene attuata una ottimizzazione delle risorse e la restituzione a donna e bambino della centralità nei processi e nelle scelte sulla propria salute.

DIRITTO E SALUTE: COME LE NORME SONO A TUTELA DEL NOSTRO BENESSERE PSICO-FISICO

Sturniolo Mattia Maria (a), Rugiano Marianna (b), Sturniolo Carmina (c), Cortese Carmela (d)

(a) UO *Educazione alla Salute, ASP Castrovilliari, Cosenza*

(b) *ITIS Castrovilliari, Cosenza*

(c) *Servizio PISAL, ASP, Cosenza*

(d) *Dipartimento di Prevenzione, ASP Castrovilliari, Cosenza*

Introduzione. “Diritto e Salute” è un progetto pilota inserito nel POF dell’Istituto tecnico industriale E. Fermi di Castrovilliari (CS), iniziato dall’a.s. 2009-2010 coinvolge l’insegnante di diritto e il medico di educazione alla salute. Target 225 alunni (M.188, F.37) di 10 classi, età 14-16aa.

Metodi. Brainstorming; distribuzione della classe in cerchio; educazione tra pari; *Life Skills*; raccontare e raccontarsi; *role playing*: es. riflessioni su una convivenza senza regole; durata: 4 incontri per classe nelle ore curriculari di diritto.

Risultati. Formativi: gli alunni hanno interiorizzato: che la salute è un diritto Costituzionale fondamentale per l’individuo e per la collettività; che le nostre azioni sono sottoposte a leggi naturali ineluttabili, fisiche, chimiche, biologiche, leggi umane per la convivenza; che i comportamenti trasgressivi che violano le leggi comportano delle sanzioni: leggi umane: multa, ammenda, contravvenzione, carcere; leggi naturali: danno per la salute fisico-psichica; che c’è un rapporto costante tra agire individuale e collettivo-sociale. Cognitivi: gli alunni sono stati condotti a: riflettere sul “costo” sociale-economico della malattia; cogliere analogie e differenze tra eventi e situazioni; gestire la propria aggressività, comportarsi rispettando le regole, generali e quelle per la tutela della salute individuale e collettiva; formulare problemi e ipotizzare soluzioni.

Conclusioni. È emerso che il medico e l’insegnante sono stati visti come “adulti diversi” perché “svolgevano una attività nuova senza essere obbligati”, come persone che si incontrano e, unendo le loro conoscenze, cercano di potenziare nei ragazzi un *modus vivendi* per stare meglio. Per gli alunni è stata la prima esperienza scolastica di confronto di opinioni alla pari con adulti e fra pari. Durante il “tempo del cerchio” hanno riflettuto sui propri convincimenti, riconoscendo l’altro come interlocutore degno di considerazione. Un disvelarsi a se stessi e ai compagni, riconoscersi e, per la prima volta, scoprirsi protagonisti, liberi di esprimere le proprie opinioni, metterle a confronto, verificare anche la necessità di riconsiderarle. I ragazzi hanno capito che gioco e sfide nascondono rischi. Riferiscono la percezione di essere scopo del progetto insieme al loro benessere psico-fisico e di essere stati indotti a porsi la domanda: “io cosa posso fare?”.

FRUTTA A SCUOLA E IN FAMIGLIA. PER VINCERE IN SALUTE. ANNO 2010/2011

Tessari Stefania (a), Casazza Marina (b)

(a) SIAN, ULSS 16, Padova

(b) ULSS 16, Padova

Introduzione. Il progetto prevede la fornitura di frutta per la merenda del mattino, per due giorni a settimana nei primi tre mesi dell'anno scolastico, alle scuole secondarie di 1° degli Istituti comprensivi del Comune di Padova che si sono impegnati a continuare nell'arco di tutto l'anno l'assunzione di frutta a merenda. Ha coinvolto la Camera di commercio di Padova per il finanziamento ed è il risultato della collaborazione, fin dal 2003, anno di sperimentazione, tra Azienda ULSS 16 Padova - Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN), Mercato Agro Alimentare di Padova (MAAP), Comune di Padova-Settore servizi scolastici. Testimonial sportivo è il campione olimpionico Rossano Galtarossa.

Metodi. Somministrazione attiva di 17.174 kg. di frutta a merenda da parte del MAAP (ott. nov. dic. 10) e visite guidate al MAAP per 4.131 alunni tra gli 11 ed i 13 anni appartenenti a 22 plessi scolastici di 14 istituti comprensivi della scuola secondaria di 1° del Comune di Padova; formazione degli insegnanti *tutor* e sensibilizzazione delle famiglie; impegno da parte delle scuole a far assumere nel periodo da gennaio a giugno 2011, frutta a merenda ai ragazzi per scelta individuale, con modalità gestite dalla scuola stessa, almeno 2 giorni alla settimana; rilevazione del gradimento delle variazioni delle abitudini alimentari relative alla merenda; festa finale con attività sportive.

Risultati. Il diario di rilevazione delle abitudini alimentari ha evidenziato:

- il 21% ha consumato panino, il 13% frutta, il 31% cracker, il 32% prodotti confezionati e il 3% altro;
- il 46% ha consumato acqua, il 18% the, il 34% succo di frutta e il 2% altro.

Sono state analizzate le merende più frequentemente assunte dei ragazzi calcolandone la composizione bromatologica. Il Questionario di rilevazione del gradimento sulla frutta fornita ha evidenziato che la tipologia di frutta fornita (clementine, mele e banane) è risultata suddivisa in parti quasi uguali, in quantitativo adeguato ed al giusto stadio di maturazione; vale a dire che la frutta di stagione sia dal punto di vista organolettico sia per la facilità di consumo risulta generalmente gradita ai ragazzi

Conclusioni. La "sfida" di questo progetto è l'ampia sinergia, in un contesto educativo, fra le Istituzioni che l'hanno ideato, finanziato e ne hanno supporto l'iniziativa, pronti ad investire nel mutamento di stili di vita non corretti attraverso la promozione del consumo di frutta e dell'attività motoria, l'educazione dei ragazzi e delle loro famiglie. L'auspicio quindi, visto il continuo successo ottenuto dall'iniziativa in questi anni, è che possa continuare ad allargarsi e coinvolgere sempre più scuole di ogni ordine e grado, anche di altri comuni del territorio, nonostante le difficoltà del momento.

P205 CON LE BUONE SI OTTIENE TUTTO... UN PROTOCOLLO OPERATIVO CONDIVISO DALLE PARTI AL FINE DI DARE APPLICAZIONE ALLA NORMATIVA VIGENTE SU ALCOOL E LAVORO

Ticali Salvatore (a), Patussi Valentino (a), Ciarfeo Purich Rosanna (a), Vegliach Alessandro (a), Muran Anna (a), Calligaro Donatella (a), Borsoi Gabriella (a), Crocco Sara (a), Fiorito Antonio (b), Riavez Roberto (b), Bresich Cristiano (c), Rizzi Fabio (d), Saule Guido (e), Musolino Beatrice (f)

(a) *Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina, Trieste*

(b) *Medici Competenti, Trieste*

(c) *Acegas-Aps, Trieste*

(d) *Autorità Portuale, Trieste*

(e) *Trieste Trasporti S.p.A., Trieste*

(f) *Prefettura, Ufficio Territoriale del Governo, Trieste*

Introduzione. La normativa sulla prevenzione degli infortuni sul lavoro e dei possibili danni a terzi legati all'assunzione di alcolici prevede un elenco di lavorazioni nelle quali è vietato assumere e somministrare alcolici. I riferimenti sono rappresentati dalla legge quadro sull'alcol (L. 125/01) e da quella sulla sicurezza sul lavoro (D.Lgs. 81/08). La complessità applicativa delle norme, a Trieste, è stata affrontata sotto la regia della Prefettura che ha riunito l'Azienda per i servizi sanitari e le parti sociali per definire un intervento con le aziende che operano in settori ad alto rischio (servizi portuali, trasporto e servizi di guardia particolare e giurata).

Metodi. Definizione di un protocollo di intesa condiviso sulle modalità di intervento articolato in:

- definizione della rete aziendale dei referenti per la sicurezza sul lavoro competenti sul problema;
- definizione degli strumenti da adottare;
- informazione e formazione dei referenti e dei lavoratori addetti a lavorazioni a rischio;
- esecuzione di test alcolimetrico con preavviso per consolidare la conoscenza sulla modalità dei controlli;
- esecuzione di controlli alcolimetrici senza preavviso con eventuale applicazione di sanzioni;
- definizione di un protocollo condiviso in caso di problematiche alcool correlate con individuazione di buone pratiche che agevolino l'avvio alle cure del lavoratore.

Risultati. 1) Completata la formazione di 1.000 lavoratori e dei referenti aziendali per la sicurezza. 2) Attivati controlli alcolemici, con preavviso e senza, tra gli operatori della nettezza urbana e gli addetti alla movimentazione carichi in ambito portuale:

- addetti alla nettezza urbana: al primo controllo con preavviso su 71 lavoratori, 3 positivi e 4 rifiuti al test; a valle del percorso a due controlli a sorpresa a fine turno su 157 lavoratori 1 solo positivo;

- addetti portuali alla movimentazione carichi: a valle del percorso all'effettuazione a sorpresa del test su 45 lavoratori, 4 positivi (allontanati dalla mansione a rischio).

Conclusioni. Le modalità impiegate hanno voluto garantire il rispetto dei diritti e della dignità dei lavoratori, ponendosi come obiettivo non la semplice realizzazione di una attività di vigilanza ma di *empowerment* del dipendente nei confronti della tematica. L'intervento su diverse piccole aziende operanti in ambito portuale ha evidenziato la necessità di un approccio diverso che preveda il rafforzamento degli interventi sui preposti e referenti di area oltre che l'attivazione di controlli a sorpresa più frequenti.

P206 LA COMUNICAZIONE DEI DATI PASSI E DELLE SORVEGLIANZE DI POPOLAZIONE A SOSTEGNO DEGLI INTERVENTI DEL PIANO DI PREVENZIONE

Trinito Massimo Oddone (a), Lancia Andreina (a), Iacovacci Silvia (b)

(a) Dipartimento di Prevenzione, ASL Roma C, Coordinamento PASSI Lazio, Roma

(b) Dipartimento di Prevenzione, ASL Latina, Coordinamento PASSI Lazio, Latina

Introduzione. Il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) rappresenta un ambito ideale per esercitare una delle funzioni proprie dei sistemi di sorveglianza: la comunicazione dei risultati, in particolare a sostegno degli interventi di prevenzione in atto. Proprio a tal fine è stato incluso nel PRP del Lazio il progetto “Comunicazione integrata dei dati PASSI e delle altre sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell’empowerment dei cittadini”, partito ad aprile 2011.

Metodi. Le azioni previste dal progetto, dal 1° maggio al 31 dicembre 2011, sono state: 1) la definizione di una strategia di coinvolgimento dei Referenti dei progetti del PRP sui temi di Guadagnare Salute nella comunicazione dei dati Passi e delle altre Sorveglianze di popolazione; 2) l’individuazione dei Gruppi d’interesse regionali e locali; 3) la stesura di un Piano di comunicazione biennale regionale e aziendale; 4) l’avvio della realizzazione dei prodotti comunicativi identificati nei Piani di comunicazione per almeno 1 dei 4 temi di Guadagnare Salute.

Risultati. È stata condivisa con i Referenti dei progetti del PRP sui temi di Guadagnare Salute (GS), sia a livello regionale che aziendale, la tipologia del prodotto comunicativo con dati di sorveglianza da redigere a sostegno degli interventi progettati. Con una comune matrice di classificazione, sia in Regione che in 11 Asl su 12 sono stati individuati gli *stakeholders* sui temi di GS. Sulla base di queste premesse, è stato realizzato il Piano di Comunicazione regionale e 11 Piani locali. Infine sono stati redatti e diffusi i primi prodotti, con dati di sorveglianza, previsti dai vari Piani di comunicazione. A livello regionale sono stati realizzati: una scheda fronte/retro ed un set minimo di diapositive sull’abitudine al fumo e un Poster su “fumo e lavoratori”; a livello aziendale, complessivamente sui temi GS, sono stati redatti e diffusi 21 prodotti comunicativi.

Conclusioni. Punto critico dell’esperienza in corso è l’asincronicità, talvolta rilevata, fra l’intervento di promozione della salute ed il prodotto comunicativo a suo sostegno. Due i punti di forza: lo sforzo d’integrare quando possibile i dati delle sorveglianze e di programmare la comunicazione in modo coerente con la realizzazione degli interventi sulle tematiche di GS.

P207 PROGETTI DI COMUNITÀ PER LA PROMOZIONE DI UNA SANA ALIMENTAZIONE E DI UNA REGOLARE ATTIVITÀ FISICA E PER LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ INFANTILE IN PROVINCIA DI MODENA. RISULTATI A 6 ANNI DI SPERIMENTAZIONE

Tripodi Alberto (a), Midili Simona (a), Cirillo Mariangela (a), Serafini Chiara (b)

(a) UOS Nutrizione, SIAN, AUSL, Modena

(b) Coop Estense, Modena

Introduzione. Le agenzie nazionali ed internazionali che si occupano di salute, sottolineano l'importanza di sviluppare iniziative multisettoriali per promuovere sane abitudini alimentari e motorie e prevenire sovrappeso ed obesità, fin dall'infanzia, attraverso il coinvolgimento dei portatori d'interesse della comunità. Da oltre 6 anni, il SIAN di Modena promuove, "Progetti di Comunità", per diffondere una sana alimentazione ed una regolare attività motoria a partire dalla scuola, con il contributo attivo delle amministrazioni comunali e di altri enti, aziende private, associazioni.

Metodi. Dopo una preliminare condivisione degli obiettivi e delle strategie con i principali *partner*, sono stati istituiti gruppi di lavoro operativi, coordinati dalle amministrazioni comunali, comprendenti anche: scuola (Direzione didattica ed insegnanti referenti), USL (SIAN, Distretti, Medici e Pediatri di base), genitori, aziende della grossa distribuzione, società sportive, CONI, associazioni di volontariato. Sono state attivate valutazioni di efficacia, mediante indagini di sorveglianza nutrizionale e compilazione di semplici questionari, per verificare eventuali variazioni negli anni, della prevalenza di eccesso di peso nei bambini e dei comportamenti alimentari loro e delle rispettive famiglie.

Risultati. Attualmente i progetti sono attivi in 6 territori con il coinvolgimento di oltre 10.000 bambini e ragazzi ed altrettante famiglie e con una ricaduta diretta o indiretta su 100.000 persone. Sono stati formati circa 400 insegnanti ed oltre 800 classi, appartenenti a scuole di vario ordine e grado, partecipano ai progetti educativi. Nelle scuole vi è ampia diffusione del consumo di merende a base di frutta. Sono stati implementati percorsi motori e sportivi in orario scolastico e, in 2 territori, è stato attivato il piedibus (percorsi a piedi, assistiti, casa-scuola). Sono state realizzate numerose iniziative divulgative e di promozione in ambito extrascolastico, comprese iniziative all'aperto e nei centri commerciali. Vengono organizzate iniziative motorie in orario extrascolastico fra cui escursioni guidate nel territorio. Dal 2005 al 2010, la prevalenza di sovrappeso ed obesità in bambini di 8-9 anni in provincia di Modena si è ridotta del 18%. Si è documentato un aumento della sensibilità delle famiglie in tema di sana alimentazione e svolgimento di regolare attività fisica ed un miglioramento di alcune abitudini di vita nei bambini.

Conclusioni. Progetti condivisi dai diversi "attori" della comunità ed in grado di stimolare il protagonismo di bambini, ragazzi, famiglie e cittadini, sono in grado di favorire comportamenti salutari attraverso la creazione di un circuito virtuoso scuola-famiglia-comunità.

P208 PLAY TO CHANGE: ADOLESCENTI IN GIOCO PER NON RISCHIARE

Ubaldeschi Daria (a), Novelli Daniela (b), Di Pietrantonj Carlo (c)

(a) Dipartimento di Patologia delle Dipendenze, ASL AL, Novi Ligure, Alessandria

(b) Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, ASL AL, Tortona, Alessandria

(c) Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, Alessandria

Introduzione. *Play to change* è un progetto di *Peer Education* sul tema dell’uso/abuso di alcol, tabacco e cannabis che nasce nel 2010 a seguito di altri due progetti di educazione tra pari attuati negli anni precedenti in un liceo della provincia di Alessandria. A seguito della formazione dei *Peer Educator* (PE), il progetto ha previsto l’elaborazione, somministrazione e analisi di un questionario proposto a tutte le classi I e IV e la successiva restituzione, attualmente in corso, finalizzata a proseguire la selezione di pari per il mantenimento e l’evolversi del gruppo di PE. Obiettivo generale del progetto è misurare le conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti degli studenti sul tema dell’uso di alcune sostanze, al fine di avere dati territoriali sufficientemente attendibili cui fare riferimento per la programmazione degli interventi di educazione alla salute e prevenzione dei comportamenti a rischio.

Metodi. Il progetto ha coinvolto 14 classi (7 prime e 7 seconde) cui è stato somministrato un questionario conoscitivo anonimo strutturato in 27 domande (scale Likert e domande chiuse), suddivise in quattro sezioni: informazioni anagrafico - anamnestiche; conoscenze, motivazioni e atteggiamenti; assertività e autoefficacia; educazione tra pari. La somministrazione è avvenuta in una mattinata a cura dei PE e degli operatori, che hanno poi analizzato ed elaborato i dati con la consulenza del Servizio di epidemiologia, attraverso il programma di EpiData Analysis.

Risultati. Alcuni risultati: il 73% degli intervistati dichiara di consumare bevande alcoliche; di questi il 10% consumerebbe più di 6 bevande in una sera, evidenziando l’esistenza del fenomeno del *binge drinking*. Il 24% degli studenti afferma di fumare tabacco e ciò mette in luce che il fenomeno sarebbe molto meno presente di quanto in realtà non sia percepito, soprattutto dagli adulti. Infine, emerge una valutazione della cannabis come sostanza maggiormente a rischio di creare situazioni di dipendenza, rispetto ad alcol e tabacco.

Conclusioni. Buona parte dei risultati concorda con quanto già evidenziato e riportato dalla letteratura scientifica sull’argomento del “rischio in adolescenza”, costituendosi così questo lavoro come attendibile nell’offrire un’immagine sufficientemente realistica della realtà adolescenziale del territorio coinvolto. I dati raccolti, inoltre, possono offrire interessanti spunti per la progettazione di interventi di educazione alla salute e di prevenzione dei comportamenti a rischio.

CREAZIONE DI UNA RETE OPERATIVA TRA ENTI PUBBLICI ED AZIENDE PRIVATE, PER LA TUTELA DELL'AMBIENTE E DELLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE: UN MODELLO APPLICATO NEL COMUNE DI TEANO

Ullucci Rita (a), Leoncini Laura (b), D'Aiello Gian Paolo (c)

(a) ASL, Dipartimento di Prevenzione, UOPC, Teano, Caserta

(b) ASL, Dipartimento di Prevenzione, UOPC, Piedimonte Matese, Caserta

(c) Comune di Teano, Assessore Alle Politiche Sociali e Urbanistica, Teano, Caserta

Introduzione. Nel Comune di Teano è stata avviata nel 2009 una collaborazione, mediante protocollo d'intesa tra enti pubblici e privati; è stato avviato un monitoraggio sulle acque e sui suoli del territorio per certificare la qualità della produzione agricola, nonché la qualità ambientale tutelando al contempo la salute della popolazione del territorio. Questa attenzione promuove la "cultura del benessere" e valorizza l'immagine del territorio, e supporta una presa di coscienza delle problematiche di contaminazione ambientale con adozione tempestiva di procedure correttive virtuose. L'attuazione del Progetto, grazie alla partecipazione degli Enti locali, dell'Università e di Aziende private, è stata possibile con un impegno di risorse economiche ed umane estremamente limitato per quanto riguarda l'ASL grazie alla creazione di un *network* sperimentale. La ricerca è stata finalizzata a garantire un alto livello di protezione dell'ambiente dagli effetti di possibili eventi di contaminazione, tali da produrre fenomeni di allarme sociale se non governati.

Metodi. Il progetto prevede attività d'indagine e monitoraggio del suolo, ed una certificazione di qualità ambientale che ha come finalità ultime la tutela della salute della popolazione (inclusa quella dei consumatori dei prodotti del territorio) e la promozione della cultura e dell'"Immagine" del territorio. Lo studio effettuato è stato orientato alla valutazione del rischio sanitario al quale può essere esposta la popolazione per il consumo di prodotti alimentari di origine vegetale provenienti dall'area in esame, eventualmente contaminati da polveri sottili, metalli pesanti, fitofarmaci, diossine e PCB ecc.; sono stati effettuati campionamenti sul suolo e sulle acque destinate a consumo umano.

Risultati. Nelle fasi di *follow-up*, in corso, i rilievi hanno permesso di "intercettare" l'inquinamento da arsenico di falde per eventi sismici.

Conclusioni. Il Protocollo di intesa tutt'ora attivo tra Comune di Teano, Ferrarelle SpA, Comunità Montana Monte S. Croce, ASL Caserta - Dipartimento di prevenzione - Unità operativa prevenzione collettiva del Distretto ex 28 di Teano, Direzione provinciale coltivatori diretti, Confederazione Italiana Agricoltori (CIA) e II^a Università degli studi di Napoli- Dipartimento di scienze ambientali, è un modello di "Rete operativa" attuabile, con impatto economico contenuto ed elevata efficacia, per la tutela della salute della popolazione e dell'ambiente.

P209 LUSORUTS E...CEROTS: PROGETTO DI EDUCAZIONE ALLA SICUREZZA DOMESTICA

Vacri Annamaria (a), Gnesutta Daniela (a), Pupini Miriam (b), Cremaschi Silvana (a), Bertossi Chiara (c), Merzliak Saverio (a), Montina Laura (a), Brianti Giorgio (a)

(a) ASS4 Medio Friuli, Udine

(b) Scuola dell'Infanzia Anthony David Liberale di Rualis, Circolo Didattico di Cividale del Friuli, Udine

(c) Scuola di Specializzazione di Neuropsichiatria Infantile, Università degli Studi di Padova, Verona

Gli incidenti domestici rappresentano nei Paesi industrializzati la prima causa di morte nella popolazione infantile con una percezione del rischio molto bassa. Poiché gli interventi di tipo spot fino ad ora messi in atto dalle Aziende sanitarie si sono rivelati inefficaci, abbiamo individuato una nuova forma di collaborazione con la scuola per “insegnare” la sicurezza domestica con continuità per un intero anno scolastico. È stato avviato un progetto pilota che sta coinvolgendo gli insegnanti ed i bambini, circa 120, con le rispettive famiglie, di due scuole dell’infanzia del territorio della nostra ASS, denominato LUSORUTS e...CEROTS. La favola di Babbo Natale caduto sul ghiaccio, soccorso ed accolto da una famigliola di topolini, vede accadere molti incidenti domestici, tutti poi riparati con comportamenti corretti dai topolini-bambini, viene raccontata in un libro di testo, in versione bilingue (italiano e friulano), arricchito da moltissime tavole a colori. Il testo ed i disegni vengono ripresi nel libro operativo in cui il bambino colora le tavole ed esegue anche alcuni esercizi, compatibili con le proprie competenze, che dimostrano l’avvenuto apprendimento. Il kit comprende anche un gioco memory, per affiancare causa ed effetto, rischio ed incidente, ed una cartellina da personalizzare che raffigura la casa di ogni bambino. L’attività didattica viene integrata dagli insegnanti in molti altri momenti che vedono anche l’esecuzione di disegni a mano libera, disegni che saranno poi valutati dallo specialista neuropsichiatra infantile. Il coinvolgimento delle famiglie è iniziato con un incontro propedeutico con le insegnanti ed il referente del progetto presso l’ASS4, e viene mantenuto durante l’anno nei fine settimana durante i quali i bambini portano a casa il materiale ed eseguono piccoli compiti sotto la supervisione dei genitori. L’approccio didattico, estremamente gradito, è del tutto innovativo in quanto: 1) risulta di grande impatto, rinforzato anche dalla consegna dei libri da parte del referente ASS4 nei panni di uno dei personaggi (Toni Surisin); 2) determina un coinvolgimento costante e ripetuto; 3) si avvale di informazione autorevole ma anche di *Peer Education*; 4) offre molti momenti di riflessione e soprattutto; 5) determina un apprendimento di tipo cooperativo particolarmente più efficace.

MOTIVARE IN RETE: COUNSELING MOTIVAZIONALE E VALUTAZIONE DELLA MOTIVAZIONE AL CAMBIAMENTO VERSO ABITUDINI ALIMENTARI CORRETTE ED UNO STILE DI VITA ATTIVO

Vanzo Angiola (a), Chilese Saverio (b), Cora Oscar (c), Stano Antonio (d), Tessari Stefania (e), Chioffi Linda (f), Galessio Riccardo (g)

- (a) SIAN, Azienda ULSS n. 6, Vicenza
- (b) SIAN, Azienda ULSS n. 4 Alto Vicentino, Thiene, Vicenza
- (c) SIAN, Azienda ULSS n. 1, Belluno
- (d) SIAN Azienda ULSS n. 3, Bassano, Vicenza
- (e) SIAN Azienda ULSS n. 16, Padova
- (f) SIAN Azienda ULSS n. 20, Verona
- (g) Servizio Sanità Animale e Igiene Alimentare, Regione Veneto, Venezia

Introduzione. La Regione del Veneto, con la progettualità dell'area nutrizione dei piani triennali regionali sanità animale e sicurezza alimentare 2005-2007 e 2008-2010 ed il Piano regionale di prevenzione 2010-2012 ha integrato i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) in un modello di rete intersetoriale e pluriprofessionale, in collaborazione con MMG e PLS e servizi specialistici, con l'obiettivo di rafforzare le azioni rivolte alla modifica dei comportamenti ed all'*empowerment* degli individui e della comunità per la prevenzione dell'obesità e delle Malattie Non Trasmissibili (MNT) correlate ad alimentazione ed attività fisica.

Metodi. La rete regionale dei SIAN ha effettuato un percorso di ricerca e formazione pluriennale qualificata del proprio personale nell'ambito del *counseling* motivazionale e della valutazione al cambiamento verso stili di vita sani. I SIAN sono diventati un primo livello, insieme con i MMG e PLS, in grado di effettuare interventi di prevenzione mirata ai fattori di rischio comportamentali, ambientali e metabolici modificabili, integrandosi con i servizi specialistici della rete. La valutazione in progress e finale degli interventi è effettuata mediante l'utilizzo dell'EMME3, set di strumenti per la valutazione della motivazione al cambiamento, disponibile on line sul sito www.venetonutrizione.it.

Risultati. I SIAN offrono servizi di primo livello anche ambulatoriali, per singoli e gruppi, con personale qualificato e formato, cui accedono utenti selezionati dai MMG, PLS e specialisti, per percorsi che utilizzano il *counseling* motivazionale per l'acquisizione di stili di vita sani, con una particolare attenzione alle fasce più svantaggiate della popolazione su cui incidono maggiormente i fattori di rischio per le MNT.

Conclusioni. L'esperienza rappresenta un modello di rete integrata esportabile nel contesto nazionale, è sostenibile sia dal punto di vista organizzativo che economico. Viene utilizzato il *counseling* motivazionale con i test di valutazione della motivazione al cambiamento, che consentono di migliorare l'appropriatezza e l'efficacia delle azioni rivolte alla modifica dei comportamenti ed all'*empowerment* della comunità ed aumentano anche la consapevolezza e la soddisfazione degli operatori.

P210 STRUMENTI PER AUMENTARE L'APPROPRIATEZZA E L'EFFICACIA DEI TRATTAMENTI PER PROMUOVERE UNA CORRETTA ALIMENTAZIONE ED UNA REGOLARE ATTIVITÀ FISICA - EMME3: DUE SET DI STRUMENTI PER LA MOTIVAZIONE AL CAMBIAMENTO

Vanzo Angiola (a), Scaglia Maurizio (b), Spiller Valter (c), Meneghini Stefania (a), Cortese Giuseppe (d), Levorato Sibilla (e), Pavan Pierpaolo (f), Ranieri Renato (g), Stano Antonio (h), Boldrin Marina (i), Cibin Monica (d), D'Amato Antonio (a), Dalle Carbonare Giancarlo (g), Del Sole Anna Maria (d), Foà Dario (a), Giaretta Giulia (a), Pressendo Ornella (f), Scremen Silvia (a), Turcato Patrizia (i), Senesi Guido (l), Chioffi Linda (m), Galessio Riccardo (n)

(a) SIAN, Azienda ULSS n. 6, Vicenza

(b) Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, ASL n. 20 AL, Alessandria

(c) Servizio Tossicodipendenze, ASL n. 3, Genova

(d) SIAN, Azienda ULSS n. 19, Adria, Venezia

(e) SIAN, Azienda ULSS n. 13, Mirano, Venezia

(f) SIAN, Azienda ULSS n. 17, Este, Padova

(g) SIAN, Azienda ULSS n. 8, Asolo, Treviso

(h) SIAN, Azienda ULSS n. 3, Bassano, Vicenza

(i) Servizio di Dietetica, Azienda ULSS n. 21, Legnago, Verona

(l) Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica, Azienda ULSS n. 18, Rovigo

(m) SIAN, Azienda ULSS n. 20, Verona

(n) Servizio Sanità Animale e Igiene Alimentare, Regione Veneto, Venezia

Introduzione. La motivazione al cambiamento gioca un ruolo fondamentale nel processo di cambiamento di abitudini non salutari. Poterla misurare e comprendere come meglio accompagnare il paziente nel percorso terapeutico, permette di attuare interventi più efficaci ed appropriati. In Italia, la disponibilità di strumenti validati per valutare la motivazione al cambiamento è limitata all'area delle dipendenze e nulla vi è a supporto degli operatori che operano per promuovere stili di vita salutari. Questo studio ha l'obiettivo di colmare tale lacuna e realizzare due set di strumenti per valutare la motivazione al cambiamento verso corrette abitudini alimentari ed una attività fisica regolare.

Metodi. Costruzione, valutazione linguistica e validazione di due set di strumenti per valutare la motivazione al cambiamento verso corrette abitudini alimentari ed una attività fisica regolare. I due strumenti, aventi identica struttura, sono costruiti a partire dal Modello degli stadi del Cambiamento di Prochaska e Di Clemente per misurare 9 costrutti: 5 stadi del cambiamento e 4 fattori motivazionali. Il protocollo (realizzato all'interno del Progetto "Consulenza dietetico-nutrizionale" del Piano triennale sicurezza alimentare della Regione Veneto) ha coinvolto più di 400 pazienti per entrambi gli strumenti. Sono stati inclusi soggetti adulti, afferenti ad alcuni Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN),

che non presentavano evidenti disturbi del comportamento alimentare e patologie psichiatriche gravi (secondo i criteri del DSM IV).

Risultati. I risultati della validazione sono sostanzialmente sovrapponibili per i due set di strumenti. L'analisi fattoriale esplorativa ha evidenziato una struttura coerente con i presupposti teorici e l'analisi fattoriale confermativa ha indicato che il modello descrittivo è sufficientemente esplicativo della variabilità dei dati osservati. La consistenza interna è risultata da buona ad eccellente per tutte le scale, che hanno dimostrato una validità concorrente pienamente soddisfacente.

Conclusioni. Gli strumenti hanno dimostrato piena validità ed affidabilità e possono essere un valido aiuto nella fase di valutazione, di consulenza e di monitoraggio del percorso terapeutico ed educazionale con i pazienti; se ne consiglia l'utilizzo all'interno di un approccio motivazionale.

STRATEGIE PER IMPLEMENTARE L'ADESIONE ALLE CAMPAGNE DI PREVENZIONE DEL CERVICO-CARCINOMA

Vendruscolo Marida, Arduini Domenico

Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Dipartimento Chirurgico, Roma

Introduzione. Il tumore della cervice uterina è il quinto tumore più frequente tra le donne di età compresa tra 0 e 44 anni, con un picco massimo di incidenza tra i 44 e i 55 anni (Associazione italiana registri tumori, 2009). Il Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma (GISCI) non determina degli standard accettabili e/o desiderabili per quanto riguarda l'adesione delle donne allo screening, in quanto questi andrebbero determinati empiricamente a seconda che l'invito sia rivolto a tutte le donne o solo a quelle non coperte spontaneamente. Resta il fatto che le percentuali delle donne che aderiscono allo screening organizzato sono comunque basse: sono già state eseguite delle indagini per studiare i motivi addotti per spiegare la mancata adesione all'invito e, al primo posto tra le risposte date, circa il 30% delle donne sostiene di "non averne bisogno". Secondo l'ultimo survey dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS; 2010) relativo all'anno 2009, su tutto il territorio nazionale la percentuale media di adesione allo screening è stata del 39%, leggermente in rialzo rispetto ai trienni precedenti (dal 2003 al 2008). Nel Veneto, Regione di provenienza della maggior parte delle donne che hanno partecipato allo studio, il 44,8% delle donne invitate nel 2008 ha aderito e si è sottoposta allo screening. Tale dato è da ritenersi insoddisfacente necessitando di azioni di miglioramento.

Metodi. L'obiettivo dello studio è quello di analizzare il livello di conoscenza di un gruppo di donne (n. 240) dei programmi di screening offerti.

Disegno di studio. Studio quantitativo osservazionale descrittivo.

Strumento. Lo studio è stato condotto utilizzando un questionario nel periodo ottobre 2011 - gennaio 2012.

Risultati. L'80,33% delle donne ha risposto al questionario (n. 240). Il 51% circa delle donne ritiene di sentirsi poco informata sul tema dello screening per il carcinoma della cervice uterina, il 33,3% abbastanza, il 13,54% per nulla ed il restante 2% molto. Il 94,84% delle donne rispondenti ha inoltre dichiarato che se ricevesse maggiori informazioni aderirebbe al programma di screening.

Conclusioni. La percezione delle donne di sentirsi poco informate potrebbe avere delle ripercussioni sulle percentuali di adesione all'invito a sottoporsi allo screening. Nel fornire delle informazioni gli operatori sanitari, particolarmente la figura del ginecologo e dell'ostetrica, dovrebbero cercare di rendere le donne *empowered* nella gestione della loro salute, dando loro gli strumenti per una scelta consapevole nel sottoporsi o meno allo screening aumentando il valore della responsabilità per la loro salute.

P211 BENESSERE COME RESPONSABILITÀ SOCIALE: ALIMENTARE BUONE PRATICHE NELLA RISTORAZIONE

Venturini Edoardo (a), Dell'Acqua Raffaele (b), Nespoli Claudio (c), Madini Alessandro (d), Albertini Augusta (e), Gianvito Giovanna (f)

(a) Sodexo Italia, Dipartimento Relazioni Esterne, Milano

(b) Sodexo Italia, Dipartimento Sistemi Qualità e Sicurezza, Milano

(c) Sodexo Italia, Dipartimento Servizio Acquisti, Milano

(d) Sodexo Italia, Dipartimento Sviluppo Sostenibile, Milano

(e) Università degli Studi, Ferrara

(f) Società Giovanna Gianvito Comunicazione, Milano

Introduzione. Migliorare la qualità della vita quotidiana è la vocazione di Sodexo, azienda specializzata in Soluzioni Globali di Servizi. La sua dimensione sociale si concretizza in progetti e azioni coordinati dal 2009 nel *Better Tomorrow Plan*, con tappe precise e misuratori predefiniti. Orientamenti sugli stili di vita sono aggiornati dal Comitato scientifico. La sfida è conciliare qualità dei servizi, *business* e responsabilità sociale.

Metodi. Il *Better Tomorrow Plan* è la mappa che indica la strada verso buone pratiche e innovazione basandosi su: *we are* azienda riconosciuta a livello internazionale per la sua responsabilità sociale; *we do* azioni basate su tre priorità: nutrizione, salute e benessere; sviluppo delle comunità locali; ambiente; *we engage* impegni verso i nostri *stakeholder*. Si articola in macro e microprogetti, completati dalla comunicazione. Tra i tanti, campagna “Coniugare piacere e salute? Si può!”, con informazioni sui corretti stili di vita, tra cui riduzione del sale nei menu, su manifesti e tovagliette per gli adulti, passata al vaglio della Commissione ministeriale di “Guadagnare Salute”; campagna “Pesce sì, ma sostenibile!”, in accordo con *WWF International*, per sostituire le specie ittiche a rischio con altre provenienti da filiere sostenibili; la realizzazione del sito www.piaceresalute.it su nutrizione, attività motoria, ecologia.

Risultati. La campagna “Coniugare piacere e salute? Si può!” nel triennio ha raggiunto circa 120.000 persone annualmente presso il loro ristorante aziendale, con ricadute sull'offerta alimentare verificate da indicatori numerici dell'Osservatorio sui Consumi Alimentari Sodexo. Grazie a “Pesce sì, ma sostenibile!”, da settembre 2011, l’80,5% dei ristoranti Sodexo non acquista più pesci “a rischio”, per un totale del 72,5% dei kg, promuovendo nel contempo un maggior consumo di pesce. Il sito ha ricevuto 146.784 accessi negli ultimi 12 mesi.

Conclusioni. Le azioni vengono potenziate nel loro impatto da una comunicazione volta a sensibilizzare collaboratori, fornitori, clienti e consumatori affinché agiscano in modo analogo anche nel loro privato. Per la sostenibilità del pesce, la criticità è nella consapevolezza delle aziende e istituzioni appaltanti a formulare a monte coerenti capitolati: l’obiettivo è lo 0% di consumo di prodotti ittici a rischio.

INDICATORI DI QUALITÀ PER LA VALUTAZIONE DI UNA SCUOLA CHE PROMUOVE SALUTE

Vezzoni Maria (a), Calaciura Antonella (a), Morelli Cristina (a), Assirati Margherita (a), Acerbi Luigi (a), Montanelli Maurizio (a), Garbagni Erminia (b), Marcassa Valentina (b), Bellettini Francesca (c), Germani Tiziana (d), Ricci Mariagrazia (e), Genchi Elisabetta (f)

(a) ASL Milano2, Dipartimento Prevenzione, SMPC, Melzo, Milano

(b) Circolo Didattico di Cassano d'Adda, Milano

(c) Circolo Didattico di Cernusco S/N, Milano

(d) Circolo Didattico di San Giuliano, Milano

(e) Circolo Didattico di Gorgonzola, Milano

(f) Circolo Didattico di Pioltello, Milano

Introduzione. Nel 2006 la ASL Milano2 ha avviato un percorso di promozione della salute insieme alle scuole. Quest'esperienza ha permesso di costruire uno strumento di autovalutazione basato su indicatori di qualità vicini ai determinanti di salute, nella convinzione che anche solamente il fatto di misurare una cosa serva a migliorarla.

Metodi. La valutazione delle azioni per promuovere la salute viene effettuata dalle Commissioni salute istituite presso 38 Istituti, composte da: dirigente, docenti, genitori, alunni, staff scolastico e sanitario. Le Commissioni hanno analizzato le azioni che le scuole mettono in atto per migliorare salute e benessere in 6 aree: filosofia, organizzazione, clima relazionale, *curriculum* educativo, ambiente di vita e rete di alleanze. Per ogni area sono stati scelti 4 obiettivi e degli indicatori suggeriti dal programma. L'obiettivo è raggiunto quando sono presenti uno o più indicatori di qualità, indipendentemente dal grado di *performance*.

Risultati. Nel 2011 hanno eseguito l'autovalutazione 89 scuole; dal 2008 al 2011 la media di obiettivi raggiunti per ogni scuola è salita da 7/37 a 25/37. Nell'area *curriculum* educativo ad es. le scuole che hanno strutturato stabilmente il *curriculum* e inserito nel POF le tematiche di salute come attività interdisciplinari, sono passate dal 73% del 2009 al 100% nel 2011; il numero dei temi affrontati è passato da una media di 5,1% ad una di 6,7%, a fronte di un'indagine del 2001 dove la media dei temi di salute trattati a scuola era <=2,8. Un miglioramento si è ottenuto anche nelle aree filosofia e organizzazione, dove risulta migliorata la partecipazione alla vita scolastica da parte dei genitori (dal 16% nel 2009 al 80% nel 2011), la *leadership* del dirigente in ambito di promozione della salute (dal 13% nel 2009 al 64% nel 2011) e il coordinamento dei progetti per la salute (dal 13% al 63%). Il consumo di frutta a scuola è aumentato (dal 61% al 82%). Dal 2012, per valutare meglio i progressi delle scuole, ogni indicatore verrà misurato con una scala da 1 a 6, corrispondente al grado di *performance*.

Conclusioni. Il sistema di autovalutazione da parte delle scuole ha dimostrato di essere uno strumento utile, in grado di misurare la qualità delle azioni per la salute; per il futuro si ritiene necessario misurare anche quantitativamente i progressi in questo ambito.

P212 SCUOLA CHE PROMUOVE LA SALUTE: L'ESPERIENZA DI UNA ASL DELL'HINTERLAND MILANESE

Vezzoni Maria, Calaciura Antonella, Morelli Cristina, Assirati Margherita, Mariani Chiara, Acerbi Luigi, Montanelli Maurizio

Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Medicina nelle Comunità, ASL Milano2, Melzo, Milano

Introduzione. L'esperienza della "Rete europea delle scuole che promuovono la salute" ha dimostrato che è possibile rendere più facili le scelte salutari a scuola quando tutta la comunità scolastica partecipa per fornire agli alunni esperienze positive che promuovono la salute. Il maggior interesse dimostrato nei confronti di questa "strategia di sistema" rispetto a interventi tradizionali è dato da studi che dimostrano come azioni di sistema possano influire positivamente sul contesto della scuola, migliorando i determinanti della salute, quali nutrizione, attività fisica e relazioni interpersonali. Dal 2006 la ASL Milano2 propone a tutte le proprie scuole un approccio di sistema alla promozione della salute attraverso l'elaborazione di un modello locale di scuola che promuove la salute e l'individuazione di indicatori che permettono una autovalutazione del percorso.

Metodi. Il modello di scuola che promuove salute proposto dalla Rete europea è stato adattato attraverso un lavoro intersistemico tra ASL, Ufficio scolastico e Scuole, con l'aiuto di insegnanti, studenti, genitori, enti locali, associazioni. È stato messo a punto uno strumento di autovalutazione che comprende 6 aree di intervento e 37 indicatori. Le linee di indirizzo condivise vengono periodicamente aggiornate attraverso un Osservatorio al quale partecipano insegnanti, genitori e ASL. È stata effettuata la formazione sia del personale sanitario che degli insegnanti, modello e strumenti sono stati divulgati attraverso pubblicazioni e sito. La valutazione dei risultati viene effettuata per ogni scuola a cura di una commissione interna formata da insegnanti, genitori, studenti, personale scolastico e sanitario.

Risultati. Dal 2007 il numero delle scuole che conducono il programma è aumentato progressivamente, passando da 56 a 89 scuole (43 infanzia, 30 primarie, 16 secondarie). È migliorata la capacità di autovalutazione da parte delle scuole e il numero di obiettivi conseguiti (dal 2008 al 2011 la media di obiettivi raggiunti per ogni scuola è passata da 7 a 25).

Conclusioni. Il modello proposto dalla Rete europea è adattabile alla realtà italiana e rappresenta una modalità efficace e sostenibile per promuovere la salute attraverso azioni di sistema, passando così da progetti estemporanei ad azioni continuative assimilate nel tessuto scolastico.

P213 KALEDO, UN GIOCO DA TAVOLO PER L'EDUCAZIONE ALIMENTARE NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA: UNO STUDIO RANDOMIZZATO A CLUSTER PER LA PROMOZIONE DI UN SANO STILE DI VITA

Viggiano Alessandro (a), Viggiano Emanuela (a), Viggiano Andrea (b), Vicedomini Claudia (b), Di Costanzo Anna (c), Andreozzi Eleonora (d), Romano Vincenzo (d), Rianna Ines (e), Monda Marcellino (a), De Luca Bruno (a), Amaro Salvatore (a)

(a) Seconda Università di Napoli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Napoli

(b) Università degli Studi Parthenope, Facoltà di Scienze Motorie, Napoli

(c) ASL NA1 Centro, DSB32, Napoli

(d) Liceo Scientifico Statale F. Silvestri, Portici, Napoli

(e) Istituto Comprensivo Statale G. Falcone, Volla, Napoli

Introduzione. L'infanzia e l'adolescenza sono periodi critici per imparare sane abitudini alimentari. Siccome il gioco può essere un importante strumento educativo, soprattutto per i bambini, abbiamo messo a punto Kaledo, un nuovo gioco da tavolo, per promuovere l'educazione alimentare e migliorare lo stile di vita.

Metodi. È stato adottato un disegno sperimentale a due gruppi (trattato e controllo) con 1 controllo pre-trattamento e 2 post-trattamento. Sono state reclutate 30 scuole (3.110 soggetti dai 9 ai 19 anni) e assegnate casualmente ad uno dei due gruppi in studio. Il trattamento è durato 20 settimane e consisteva in sessioni di gioco con Kaledo di 15-30 minuti ciascuna una volta a settimana. I soggetti sono stati seguiti per 18 mesi. Le variabili misurate sono state il punteggio ottenuto al questionario *Adolescent Food Habits Checklist* (AFHC), i punteggi ottenuti su 6 sezioni del questionario alimentare ed il BMI *z-score*.

Risultati. Al primo controllo post-trattamento (6 mesi), il gruppo trattato ha ottenuto punteggi significativamente più alti rispetto al gruppo controllo al questionario AFHC ($14,42 \pm 0,20$ vs $10,89 \pm 0,16$, $p < 0,001$) e alle sezioni del questionario alimentare “Conoscenze Nutrizionali” ($6,50 \pm 0,07$ vs $4,61 \pm 0,06$; $p < 0,001$), “Concetto di Dieta, Atteggiamento e Cibo Salutare” ($11,21 \pm 0,11$ vs $10,43 \pm 0,09$; $p < 0,001$), “Attività Fisica e Impiego del Tempo Libero” ($13,45 \pm 0,15$ vs $12,05 \pm 0,12$; $p < 0,001$) e “Abitudini Alimentari” ($32,37 \pm 0,21$ vs $27,64 \pm 0,17$; $p < 0,001$). Al secondo controllo post-trattamento (18 mesi), non è stata trovata alcuna differenza significativa tra i due gruppi nei punteggi ai questionari. Al contrario, il gruppo trattato aveva un BMI *z-score* significativamente inferiore rispetto al gruppo controllo sia al primo ($0,44 \pm 0,01$ vs $0,58 \pm 0,01$; $p = 0,01$) che al secondo controllo post-trattamento ($0,34 \pm 0,02$ vs $0,58 \pm 0,02$; $p = 0,17$).

Conclusioni. Kaledo ha mostrato un effetto positivo sulle conoscenze nutrizionali, sul comportamento alimentare e sullo stile di vita e ha determinato una perdita di peso dei soggetti nel lungo termine. Pertanto il gioco Kaledo si è dimostrato uno strumento efficace.

P214 L'AZIENDA USL DELLA VALLE D'AOSTA COME PROMOTRICE DI SALUTE

Villani Giuseppe, Fiacchi Sonia
Azienda USL della Valle d'Aosta, Aosta

Introduzione. L'Azienda USL della Valle d'Aosta, in materia di promozione della salute, ha rilevato eterogeneità e carenza di riferimenti teorici e metodologici combinata con la episodicità delle iniziative. Si è, dunque, evidenziata la necessità di fondare una cultura della promozione della salute come patrimonio condiviso non solo da tutta l'Azienda USL ma anche dagli operatori sociali e scolastici impegnati in quest'ambito, in un'ottica interistituzionale e multiprofessionale. Una delle leve individuate a tale scopo è quella della formazione degli operatori.

Metodi. L'intervento sulla formazione degli operatori è avvenuto attraverso la creazione di un apposito progetto operativo, individuando il DoRS come struttura pubblica idonea alla sua progettazione e gestione. Il percorso formativo si è sviluppato con un evento lancio, destinato ai partecipanti ai laboratori e ai decisori, l'attivazione di tre edizioni di un laboratorio della durata di 4 giornate, l'evento di ri-lancio per la restituzione dei risultati del percorso. Il laboratorio si è focalizzato su: analisi critica degli approcci teorici, metodologici e operativi attraverso il benchmarking tra i modelli attualmente in uso in Valle d'Aosta e le migliori esperienze nazionali e internazionali; incremento delle conoscenze dei modelli teorici e progettuali e delle relative evidenze di efficacia per le azioni da intraprendere; revisione critica dei programmi attuati dall'Azienda USL, individuandone punti di forza, criticità e ipotesi di miglioramento verso la realizzazione di buone pratiche sostenibili; condivisione dei modelli strategici di comunicazione per la salute.

Risultati. Il percorso formativo è finalizzato a rafforzare l'acquisizione della cultura della promozione della salute all'interno dell'Azienda USL, dei servizi sociali e delle istituzioni scolastiche regionali nel senso di riorientare i servizi sanitari e socio-educativi ad una prospettiva salutogenica attraverso un processo di costruzione di competenze e di realizzare alleanze fra gli attori del territorio in un'ottica di *empowerment*.

Conclusioni. Il percorso sarà di aiuto affinché gli operatori appartenenti a diverse professionalità e provenienti da diversi ambiti professionali possano trasferire nella pratica quotidiana gli apprendimenti acquisiti e riflettere sulle tappe.

P215 NUOVI STILI DI VITA NEGLI STUDENTI DI UNA SCUOLA SECONDARIA DI 1° GRADO DELLA PROVINCIA DI PORDENONE IN SEGUITO ALLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ORARIO DOVUTO ALLA RIFORMA SCOLASTICA

Widmann Silvana (a), Stuto Fabiola (a), Parpinel Maria (b)

(a) Dipartimento di Prevenzione, Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 Friuli Occidentale, Pordenone

(b) Cattedra di Igiene ed Epidemiologia, Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche, Università degli Studi, Udine

Introduzione. Nell'ambito del programma aziendale “Stili di vita come fattori di promozione della salute” coordinato dal Dipartimento di prevenzione dell’ASS n. 6, nelle scuole della provincia di Pordenone sono avviati da tempo progetti di prevenzione dell’obesità. Questo lavoro ha lo scopo di raccogliere informazioni sugli stili di vita degli studenti della scuola sec. di 1° grado dell’istituto comprensivo di Chions, che, a seguito dell’applicazione della recente normativa (L. 133 e 169/2008) ha modificato il proprio orario scolastico programmando le attività dalle 8 alle 14 con sabato libero. È stato eliminato il servizio mensa e sono state state attivate 2 ricreazioni di 10’ ciascuna.

Metodi. A tutti gli studenti dei 2 plessi (Chions e Pravisdomini) è stato somministrato il 31/03/2011 un questionario anonimo relativo alle abitudini alimentari della giornata precedente (*recall24h*) e ai comportamenti abituali riferiti alla sedentarietà. Gli operatori sanitari hanno stilato un giudizio di adeguatezza sulla tipologia delle merende secondo le indicazioni nutrizionali dell’INRAN, tenendo conto della distribuzione della giornata alimentare in 5 momenti: 3 pasti e 2 spuntini.

Risultati. Hanno partecipato alla rilevazione 234 alunni (118 maschi e 116 femmine), 137 nella scuola di Chions e 97 a Pravisdomini. Prima della scuola ben 209 (89,3%) ragazzi fanno colazione mentre 23 non la consumano (9,8%). L’86,3% dichiara di consumare la prima merenda e il 77,4% la seconda merenda, nel complesso ben il 70,9% dei ragazzi mangia durante le 2 ricreazioni consumando 2 merende, il 5,9% non fa nessuna merenda. In merito al giudizio di adeguatezza delle merende solo il 39,6% risponde al criterio. La maggior parte dei soggetti consuma il pranzo a casa tra le ore 14:15 e le 16:00. Infine, il 78% dei ragazzi fa anche uno spuntino al pomeriggio. Per quanto riguarda l’attività fisica svolta nell’ultimo mese (almeno 60 minuti/die), il 40,9% degli studenti ha dichiarato di averla svolta per più di 3 giorni/sett, il 38,4% per 2/3 giorni, il 12,9% per un solo giorno e il 7,8% non ha svolto attività fisica.

Conclusioni. Si rileva una tendenza allo “spiluccamento” continuo che può rendere fuori controllo i meccanismi che regolano la sazietà. Il livello di attività fisica consigliato dall’OMS è stato raggiunto da meno della metà dei ragazzi e risulta complessivamente basso. Entrambi gli aspetti possono contribuire a vanificare i progetti di promozione alla salute finalizzati al recepimento di corretti stili di vita. La strategia di minima proposta alla scuola, che allo stato attuale non può modificare l’orario scolastico, è stata quella di rivedere le ricreazioni organizzandole in modo tale che nella prima si faccia merenda e nella seconda attività motoria.

**Area 7.
Altro**

P216 CONTRASTARE I PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO IN ADOLESCENZA: IL PROGRAMMA “PAESAGGI DI PREVENZIONE” E LA SUA IMPLEMENTAZIONE IN UNO STUDIO CONTROLLATO E RANDOMIZZATO

Angelini Paola (a), Faggiano Fabrizio (b), Bosi Sandra (c), Gorini Giuseppe (d), Beltrami Patrizia (a), Tamelli Marco (c), Monti Claudia (c), Allara Elias (b), Carreras Giulia (d), Martini Andrea (d), Storani Simone (c), Fridel Marina (e), Finarelli Alba Carola (a)

(a) *Servizio Sanità Pubblica, Regione Emilia-Romagna, Bologna*

(b) *Università degli Studi del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro, Dipartimento di Medicina Traslazionale, Novara*

(c) *Lega Contro i Tumori di Reggio Emilia, Onlus, Luoghi di Prevenzione, Reggio Emilia*

(d) *SC Epidemiologia Ambientale Occupazionale, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, ISPO, Firenze*

(e) *Servizio Veterinario e Igiene degli Alimenti, Regione Emilia-Romagna, Bologna*

Introduzione. La valutazione dell’efficacia dei programmi di prevenzione primaria è poco diffusa in Italia. Questo studio mira a valutare con una metodologia rigorosa e affidabile un intervento diffuso dal Servizio sanitario regionale dell’Emilia-Romagna.

Metodi. 54 scuole secondarie di I grado afferenti a 10 AUSL e 44 scuole secondarie di II grado afferenti a 9 AUSL, stratificate per variabili socio-economiche e tipologia di scuola, sono state randomizzate a un gruppo di intervento o di controllo. Il gruppo di intervento ha implementato “Paesaggi di prevenzione”, un programma scolastico che prevede l’attivazione nelle scuole di percorsi condivisi di promozione della salute in un’ottica di sviluppo delle autonomie e delle responsabilità e l’inserimento nella programmazione scolastica ordinaria della promozione della salute mediante un DVD. Il programma mira a: 1) ridurre l’iniziazione a fumo e alcol; 2) migliorare la qualità della dieta e 3) aumentare frequenza e intensità dell’attività fisica. È stato somministrato un questionario anonimo prima e dopo l’intervento al fine di valutare le eventuali modifiche comportamentali e attitudinali.

Risultati. Sono state incluse 46 scuole secondarie di I grado con 5.001 ragazzi e 38 scuole secondarie di II grado con 3.407 ragazzi. Al *baseline* l’8% dei ragazzi delle secondarie di I grado e il 25% delle secondarie di II grado riferisce di aver fumato nell’ultimo mese; il 9% e il 17% di essersi ubriacato nell’ultimo mese; il 25% e il 19% di aver consumato frutta e verdura più di 5 volte a settimana; il 35% e il 39% di aver consumato patatine o cibi fritti o coca cola più di 5 volte a settimana; il 17% e il 24% di non praticare nessuna attività fisica intensa; il 30% e il 37% di non praticare nessuna attività fisica moderata.

Conclusioni. Questo è il primo studio italiano che valuta l’efficacia di un programma di prevenzione integrato come “Paesaggi di prevenzione”. Le caratteristiche al *baseline* nei gruppi di studio appaiono ben bilanciate. Il genere dei ragazzi, la famiglia, gli amici e la situazione socioeconomica di partenza paiono influenzare, in modo diverso e con varia intensità, quasi tutti gli indicatori considerati. I risultati sono complessivamente in linea con la letteratura, e in generale paiono indicare un buon successo nell’implementazione del *trial*.

P217 LAVORO A TURNI E STILE DI VITA: QUALE RELAZIONE?

Andrighettoni Sabrina (a), Ramigni Mauro (b)

(a) Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 2, Feltre, Belluno

(b) Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 9, Treviso

Introduzione. L'OMS definisce lo stile di vita "modo di vivere fondato su modelli comportamentali riconoscibili, determinati quindi da interazione fra caratteristiche personali del singolo, relazioni sociali, economiche e condizioni di vita ambientali". Il raggiungimento di uno stile di vita "sano" è vincolato dalla realizzazione di interventi condivisi coi destinatari che concretizzino il miglioramento del singolo e della comunità di cui fa parte. Questo il fine dello studio, di cui si riportano alcuni dati, realizzato con i Vigili del Fuoco.

Metodi. Un questionario semi-strutturato da auto-compilare è stato somministrato a 284 pompieri, tutti uomini, in servizio a turno nel 2010 nelle 7 sedi in Provincia di Treviso. Grande attenzione è stata posta per preservare l'anonimato, questione molto sentita sia dagli intervistati che dai loro superiori, il questionario è stato perciò progettato con i lavoratori adattandolo alle articolari caratteristiche ambientali e sociali.

Risultati. Hanno risposto 207 vigili del fuoco (73%). Il 40% aveva 44-49 anni; più di tre quarti superavano i 10 anni di servizio. Il 56% (IC95%: 49-62) era in sovrappeso, mentre il 3% (1-6) obeso, percentuali significativamente diverse da quelle della popolazione maschile veneta rilevata dal sistema PASSI Veneto nel 2010: sovrappeso 40% (38-42); obesi 11% (10-12), anche quando confrontate per classi di età. Sia i fumatori: 29% (23-35) vs 23% (21-25), che soprattutto, i consumatori abituali di quantità rischiose di alcol (>2 unità alcoliche al giorno): 16% (11-21) vs 9% (8-10) erano in numero maggiore tra i pompieri. Inoltre il 45% dei fumatori e il 38% dei bevitori riferiva un aumento dei consumi rispetto all'inizio dell'attività lavorativa a turni. Il gradimento agli interventi di promozione della salute proposti è stato alto: il 75% aderirebbe a un programma alimentare specifico e il 76% sceglie di svolgere attività fisica durante il turno di lavoro.

Conclusioni. L'alta adesione allo studio ha dimostrato l'importanza di coinvolgere i destinatari. Il confronto con i dati della popolazione generale mostra, rispetto agli stili di vita, una situazione di maggior rischio per questi lavoratori. Al termine dello studio sono stati proposti 2 programmi condivisi: attività fisica "Pancafit"; alimentazione specifica per lavoratori turnisti.

P218 LA SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE NEI BAMBINI DELLA SCUOLA MATERNA DELLA ASL BARI

Anelli Savino (a), Censi Laura (b), Galfo Myriam (b), Roccaldo Romana (b), Lagravinese Domenico (a)

(a) Azienda Sanitaria Locale, Bari

(b) Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma

Introduzione. L'indagine di sorveglianza nutrizionale "OKkio alla Salute" ha evidenziato alti valori della prevalenza di sovrappeso/obesità per i bambini della scuola primaria, oltre all'esistenza di abitudini alimentari e stili di vita che si discostano dalle raccomandazioni per tale fascia di età. Per impostare efficaci interventi di prevenzione si sono indagati tali aspetti anche nei bambini in età prescolare.

Metodi. È stato esaminato un campione di 1.455 bambini della scuola materna della ASL BA, applicando il protocollo ed i questionari dell'indagine "OKkio alla Salute" 2008. Lo stato di nutrizione è stato valutato tramite misura del peso e della statura, utilizzando le tabelle di riferimento IOTF.

Risultati. Campione: (media±DS) età 4,7±0,9 anni, peso 18,8±4,1 kg, statura 107,2±7,6 cm, IMC 16,3±2,0. Il 14,2% (IC 12,5%-16,5%) dei bambini è risultato in sovrappeso, il 7,0% (IC 5,8%-8,5%) obeso, senza differenze fra maschi e femmine. Solo il 43,6% del campione consuma frutta e verdura più volte al giorno e il 40,1% una volta al giorno. Il 20,4% beve bibite zuccherate/gassate una volta giorno, l'8,7% più volte al giorno. Soltanto il 30,5% va a scuola a piedi, il 63,4% utilizza l'automobile. Il 60,4% dei genitori pensa che il proprio figlio dedichi "poco" tempo all'attività fisica, contro il 36,5% che ritiene tale tempo "sufficiente" e appena il 3,1% "tanto". Il 36,1% dei bambini ha la TV in camera; il 36,3% guarda la TV per più di 2 ore al giorno ed il 30% passa almeno un'ora al giorno giocando con i videogiochi o con il computer. Il 43,9% dei genitori di bambini obesi definisce il proprio figlio "normopeso", il 48,0% "un po' in sovrappeso" e solo il 6,1% vede il proprio bambino "molto in sovrappeso". Il 29,6% dei genitori di bambini obesi ritiene che il proprio figlio mangi "troppo", il 66,3% "il giusto" ed il 4,1% "poco".

Conclusioni. Le prevalenze di sovrappeso e obesità sono risultate inferiori a quelle riscontrate in età scolare, tuttavia già si notano in età prescolare abitudini relative all'alimentazione, all'attività fisica e alle attività sedentarie non in linea con le raccomandazioni. Emerge anche una scarsa percezione dei genitori dello stato di nutrizione del proprio figlio e la necessità di azioni mirate al miglioramento delle conoscenze alimentari e dei comportamenti.

P219 PROMOZIONE DELLA SALUTE E MIGLIORAMENTO DEGLI STILI DI VITA NEI LAVORATORI

Bisbano Alessandro, Sisia Francesco, Coco Ida Consolina
Azienda Sanitaria Provinciale, Regione Calabria, Crotone

Introduzione. Nel corso degli anni e, ancor più negli ultimi due decenni, il concetto di salute e benessere legato all'attività lavorativa dell'individuo ha subito un'evoluzione che ne ha sviluppato e sostanzialmente modificato il significato originario di "assenza di malattia" per estenderlo alle relazioni che intercorrono tra lo stato psico-fisico dell'uomo, l'ambiente, i comportamenti e la tecnologia. L'applicazione degli strumenti propri della promozione della salute in ambito lavorativo rappresenta una innovazione e il teatro offerto dai luoghi di lavoro rappresenta sicuramente un contesto privilegiato dove può essere più facile ottenere il coinvolgimento attivo di persone che, accumunate da problematiche simili, condividono lo stesso ambito sociale e spesso gli stessi bisogni di salute.

Metodi. Sono state raccolte informazioni sulle abitudini alimentari, sull'attività fisica, sull'assunzione di alcol, sull'abitudine al fumo dei lavoratori mediante un questionario anonimo, somministrato al termine degli eventi formativi organizzati in Azienda ai sensi dell'art. 37 del D.lgs. 81/08.

Risultati. Hanno risposto al questionario 403 lavoratori (48,2±8,6 anni; 220 M). Il 44,1% degli intervistati è risultato essere in sovrappeso e il 9,3% francamente obeso. Circa le abitudini voluttuarie, il 51,4% ha dichiarato di assumere abitualmente alcolici e solo l'8% ritiene di doverne diminuire la quantità. L'80,6% dei fumatori (129) fuma 5 o più sigarette al giorno. A riguardo del peso corporeo, il 54,6% pensa di dover modificare il regime alimentare e il 39,2% di ridurlo anche attraverso l'attività fisica (76,9%).

Conclusioni. Lo strumento utilizzato si è dimostrato efficace a rilevare i principali fattori di rischio correlati allo stile di vita degli operatori della nostra Azienda. Gli interventi di questo tipo, previsti da una buona politica di promozione della salute, non richiedono eccessivo dispendio di energie e sono fonte preziosa di informazioni per orientare gli interventi sanitari, sviluppare integrare e rafforzare le azioni di prevenzione e promozione della salute anche nelle comunità a lavoro. Siamo convinti, infatti, che possano contribuire a favorire e sostenere il benessere del lavoratore nel triplice ruolo di protagonista destinatario e moltiplicatore degli interventi preventivi.

P220 CRITICITÀ NELLA DEFINIZIONE DI SOVRAPPESO E OBESITÀ NEI BAMBINI

Buoncristiano Marta, Lamberti Anna, Nardone Paola, Senatore Sabrina, Spinelli Angela,
Gruppo OKkio alla Salute 2010

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

Introduzione. L'eccesso ponderale nei bambini è un tema prioritario di Sanità Pubblica. La stima e il monitoraggio del fenomeno sono necessari per la pianificazione di appropriati interventi di promozione della salute e di contrasto all'obesità. Ad oggi, esistono molteplici proposte metodologiche relative alla definizione di eccesso di peso nei bambini. In ambito internazionale, alla definizione basata sui valori soglia specifici per età e sesso raccomandati dall'*International Obesity Task Force* (IOTF), si è aggiunta, nel 2007, quella basata sulle curve di crescita proposte dall'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS). Il sistema di sorveglianza "OKkio alla Salute", che raccoglie informazioni sullo stato ponderale dei bambini in Italia, costituisce un'importante occasione per una valutazione della omogeneità delle stime di prevalenza di sovrappeso/obesità ottenute adottando l'uno o l'altro approccio.

Metodi. Utilizzando i dati della seconda rilevazione di "OKkio alla Salute", realizzata nel 2010, sono state calcolate le prevalenze di sovrappeso e obesità nei bambini di 8 e 9 anni. Lo stato ponderale del bambino è stato definito sulla base dell'Indice di Massa Corporea (IMC) applicando sia i valori soglia dell'IMC raccomandati dall'IOTF sia quelli proposti dall'OMS. Entrambe le metodologie forniscono *cut-off* diversi a seconda del sesso e dell'età del bambino.

Risultati. L'analisi ha riguardato 41.595 bambini. I valori soglia dell'OMS sono generalmente più bassi di quelli dell'IOTF e le prevalenze risultano, di conseguenza, più elevate. Le stime differiscono in modo pronunciato: i bambini in sovrappeso o obesi costituiscono il 43,4% (Intervallo di Confidenza IC95%: 42,8-44,0) secondo le curve dell'OMS e il 34,2% (IC95%: 33,6-34,8) secondo quelle dell'IOTF. Tale risultato è da attribuire principalmente a una differenza nelle prevalenze di obesità (20,1% vs 11,2%) che risulta più pronunciata nei maschi (obesi: 23,8% vs 11,8%) che nelle femmine (obesi: 16,2% vs 10,5%).

Conclusioni. Poiché le stime calcolate con differenti approcci metodologici possono essere anche molto diverse tra loro, è auspicabile un confronto tra i professionisti della salute al fine di adottare una metodica condivisa, omogeneizzare i messaggi e facilitare la comunicazione dei risultati.

P221 CORRO LONTANO PERCHÉ MANGIO SANO

Campigotto Flavia (a), Troncon Maria Luigia (b)

(a) SEPS, ULSS n. 2, Feltre, Belluno

(b) Servizio di Dietetica, ULSS n. 2, Feltre, Belluno

Introduzione. Anche nell'ULSS n. 2 obesità e sovrappeso, dovuti principalmente a inattività fisica e scorretta alimentazione, sono fenomeni in preoccupante aumento, sia nella popolazione adulta che fra i più giovani. Per questi ultimi, l'indagine OKkio alla Salute mostra in particolare che: soltanto l'1% dei ragazzi consuma quattro o più porzioni giornaliere di frutta e verdura; solo il 30% fa una adeguata merenda a scuola; le scuole primarie dell'ULSS n. 2 sono all'ultimo posto in Veneto per ore di attività motoria praticate a scuola.

Metodi. Il Progetto, sperimentato nel 2011 e riproposto nel 2012, si propone di contrastare i comportamenti sedentari e le cattive abitudini alimentari nella popolazione scolastica (età 6/13 anni), al fine di ridurre l'obesità e il sovrappeso. Gli alunni vengono invitati dagli insegnanti a consumare una merenda sana e svolgere esercizio fisico almeno due volte a settimana; la risposta degli studenti viene monitorata con una tabulazione in ogni classe aderente; al termine del percorso risulta vincitrice la classe più "virtuosa". Il Progetto prevede una formazione iniziale per gli insegnanti, una formazione in itinere per i genitori e la sottoscrizione di un patto fra scuola, famiglie ed alunni come presa di responsabilità condivisa. Vengono inoltre sviluppate politiche di rete coinvolgendo i Comuni, le Associazioni sportive e ricreative, i Produttori agricoli locali, al fine di aumentare le opportunità di movimento e sana alimentazione.

Risultati. all'inizio e alla fine del Progetto viene somministrato un questionario agli alunni aderenti, il quale viene riproposto a distanza di un anno. Con esso ci si propone di verificare la modifica di comportamenti alimentari (aumento consumo di frutta) e motori (aumento attività fisica) a breve e medio termine.

Conclusioni. dalla comparazione dei questionari in ingresso e in uscita è risultata una timida tendenza al miglioramento nei parametri verificati, nonostante un'evidente differenza nel numero dei questionari raccolti, che rende approssimativa l'analisi; si attendono i dati del questionario a distanza di un anno. Da segnalare inoltre l'incremento delle iscrizioni all'Associazione sportiva che ha supportato il progetto (+20%). Tutto ciò sembra suggerire la necessità di ricalibrare le modalità e i parametri di rilevazione.

IL CAFFÈ DELLA SALUTE

Casadei Marina

UO Educazione alla Salute, Dipartimento Sanità Pubblica, AUSL, Rimini

Introduzione. Ho vissuto l'esperienza del Caffè della Salute c/o l'Università di Perugia al Centro Sperimentale in promozione della Salute (CSES), dove ho conseguito il Master in "Progettazione, coordinamento e valutazione di interventi integrati di educazione e promozione della salute". Ho proposto l'esperienza nell'ambito della formazione 2011 dell'AUSL di Rimini ove presto servizio.

Metodi. Il Caffè della Salute è stato indirizzato al nascente gruppo aziendale in promozione della salute. L'obiettivo principale è stato quello di creare scambi di conoscenze e informazioni fra professionisti che si occupano di promozione della salute, creare un gruppo di lavoro aziendale capace di essere propositivo e attivatore di processi. La metodologia utilizzata ha seguito i principi dell'educazione degli adulti ed ha mirato al coinvolgimento dei partecipanti su argomenti e temi riguardanti il più direttamente possibile il loro quotidiano. Durante gli incontri i partecipanti, a turno, hanno proposto, condiviso e discusso articoli scientifici, progetti, esperienze, testi in tema di promozione della salute in un clima sereno e di grande condivisione fra professionisti di varia provenienza. È stato vissuto come "momento per noi", come momento "in cui stare bene", come momento di comunicazione/condivisione "alla pari", come momento di coinvolgimento e "vera" formazione. È stato stabilito un n. massimo di 20 partecipanti per incontro e ciò ha permesso di realizzare agilmente attività di *role playing*, simulazioni, esercitazioni, ecc.

Risultati. Ciascun incontro è stato accreditato per l'ECM, per un totale di 47 CF; n. incontri: 9 ; n. totale di ore di formazione: 39; n. relatori: 23; n. totale di partecipanti: 127. È stato sottoposto ai partecipanti un questionario interno volto a raccogliere informazioni, pareri e suggerimenti. La partecipazione è stata multidisciplinare e multisettoriale. Il Caffè della Salute ha incontrato il parere favorevole della Direzione ed è stato inserito nel bilancio di missione dell'Azienda.

Conclusioni. I partecipanti hanno assegnato un valore alto all'intero progetto; in alcuni casi i giudizi sono stati entusiasti in quanto è stato apprezzato il modo innovativo di formarsi. In relazione ai risultati e su richiesta degli Operatori il progetto prosegue nell'anno 2012.

P222 ALCOL E SICUREZZA STRADALE

Cavalcanti Anna, Donato Marylena
Regione Calabria, Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza

Introduzione. Dai dati ISTAT 2010 risulta che in Calabria, il numero di morti per incidenti stradali, è in costante diminuzione. Gli incidenti più gravi sono spesso provocati dall'alcol. I giovani sono le principali vittime di incidenti mortali. Obiettivo generale: ridurre la mortalità e la disabilità tra i giovani, dovuta a guida in stato di ebbrezza. Obiettivi specifici: promuovere tra i giovani il consumo consapevole di bevande alcoliche, sensibilizzare i giovani ad avere un comportamento responsabile alla guida.

Metodi. La metodologia utilizzata è stata di potenziare la ricaduta delle azioni preventive attraverso la sinergia tra diversi progetti: Scegliere la Strada della Sicurezza, Scuola & Salute, Insieme x la Sicurezza - area tematica Prevenzione incidenti Stradali del Programma Guadagnare Salute in Adolescenza. L'integrazione dei progetti si realizza con un più ampio utilizzo dei materiali e delle strategie comunicative e con il coinvolgimento di un maggior numero di moltiplicatori. Sono state coinvolte diverse categorie di moltiplicatori dell'azione preventiva e avviate azioni coerenti nei contesti individuati: del divertimento e educativo.

Risultati. Le attività sono state inserite nel PRP 2010/2012 della Regione Calabria. Sono state attivate collaborazioni con: Ufficio scolastico regionale e provinciale, C.R.I. di Cosenza, Autoscuole, Forze dell'ordine. Nel territorio Regionale per il Progetto Insieme x la Sicurezza sono stati attivati: 20 Corsi di formazione per un totale 378 moltiplicatori. Nell'ASP di Cosenza sono stati attivati: un Corso di formazione rivolto ai moltiplicatori in sinergia fra i progetti Scegliere la strada della Sicurezza e Insieme x la Sicurezza, due Corsi di formazione per il progetto Insieme x la Sicurezza: uno rivolto ai componenti del Coordinamento regionale, l'altro rivolto ai docenti delle Scuole secondarie impegnati nei corsi per l'acquisizione del patentino e nell'educazione stradale ed in sinergia con il progetto Scuola & Salute. Le attività programmate nei contesti del divertimento sono in corso di realizzazione.

Conclusioni. Le attività finora svolte hanno consolidato collaborazioni già esistenti e hanno sviluppato nuove alleanze. I moltiplicatori coinvolti hanno manifestato gradimento delle iniziative richiesto ulteriori incontri di approfondimento.

IL PROGETTO PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI DEGLI ANZIANI

Cione Ilaria (a), Russo Krauss Pio (a), Castagna Patrizia (a), Scognamiglio Mario (a), Astarita Maria (a), Malagnino Anna Maria (a), Sorrentino Paolo (a), Mancusi Caterina (b), Mastronuzzi Roberto (b), Liguori Giorgio (b)

(a) ASL Napoli 1 Centro, Napoli

(b) Università degli Studi Parthenope, Dipartimento di Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali, Cattedra di Igiene ed Epidemiologia, Napoli

Introduzione. Sono illustrate le attività e i dati del Progetto prevenzione incidenti domestici degli anziani dell'ASL Napoli 1 Centro (finanziamento regionale di 48.000 euro).

Metodi. Il Progetto biennale prevedeva i seguenti interventi: 1) intervento per la prevenzione delle cadute degli anziani tramite i Medici di Medicina Generale (MMG) e gli operatori delle UO Assistenza anziani; 2) intervento per la prevenzione delle cadute tramite l'organizzazione di gruppi di cammino e ginnastica dolce; 3) intervento rivolto a persone immigrate impegnate in attività di assistenza agli anziani. Ciascun intervento prevedeva la formazione sugli incidenti e sulla comunicazione col paziente, la produzione e consegna di materiale informativo (opuscolo e locandina su prevenzione degli incidenti e promozione dell'attività motoria).

Risultati. Si è stipulata un'intesa con la Facoltà di scienze motorie per far svolgere il tirocinio post-laurea presso l'ASL in attività di ginnastica dolce per e si sono presi accordi col Comune di Napoli e con una parrocchia per l'utilizzo delle loro strutture per tale attività. Sono stati realizzati: un corso di formazione (7 ore) per il personale delle UO Assistenza anziani (30 operatori formati), 36 edizioni di 2 corsi di 4 ore ciascuno per i 900 MMG dell'ASL, un corso di 3 ore per 10 mediatici culturali e un incontro di 2 ore con i tirocinanti. Sono stati affisse in tutte le UO anziani locandine sulla promozione dell'attività fisica e distribuite 2.700 copie dell'opuscolo. Ai MMG sono state consegnate 300 copie dell'opuscolo e 3 copie della locandina (in totale 245.000 opuscoli e 844 locandine). Sono stati organizzati 8 corsi di ginnastica dolce (incontri bisettimanali) in 5 sedi, con la partecipazione di 68 anziani. La partecipazione ai corsi è stata promossa tramite i MMG, le locandine affisse nei loro studi e nelle strutture dell'ASL, del Comune e della Parrocchia coinvolta. Ottimo è il gradimento da parte degli anziani e dei tirocinanti.

Conclusioni. È stata avviata un'attività che si stima abbia raggiunto in vario modo circa 150.000 anziani attraverso emittenti autorevoli opportunamente formati e supportati. Il progetto è ancora in corso come attività istituzionale ordinaria dell'ASL.

P223 LA SALUTE PERCEPITA. INTEGRAZIONE DEI DATI DELLE SORVEGLIANZE

Cosola Alda, Vernerio Elena, Paltrinieri Giovanna, Spagna Susanna, Gibilisco Giuseppe, Spagnoli Denise, Sapei Antonella, Nucera Andrea
ASL TO3, Torino

Introduzione. Il Piano regionale per la prevenzione del Piemonte individua nella “gestione e valorizzazione integrata delle informazioni derivanti dai sistemi di sorveglianza correnti o da sistemi *ad hoc*”, la prima delle azioni per la promozione di stili di vita salutari. In Piemonte sono attive diverse sorveglianze sulla popolazione i cui dati possono essere esaminati per comprendere come la salute viene percepita dai diversi *target* e quali stili di vita vengono adottati. Le raccolte ormai pluriennali permettono una lettura integrata e una osservazione longitudinale su alcuni gruppi di popolazione circa gli stili di vita.

- OKkio alla Salute, rivolto ai bambini della scuola primaria, indaga alimentazione ad attività fisica e il contesto familiare e scolastico. L’indagine è biennale, c’è disponibilità di risultati per la ASL TO3 nel 2008 e nel 2010.
- HBSC (*Health Behaviour Schooled-aged Children*) è indagine campionaria rivolta ai ragazzi di 11, 13 e 15 anni, che indaga stili di vita e altri aspetti di salute. In Piemonte è stata attuata nel 2006 come indagine regionale ed è stata ripetuta nel 2008 raccogliendo dati rappresentativi a livello di singola ASL.
- PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), sorveglianza campionaria rivolta alla popolazione tra 18 e 69 anni che indaga stili di vita, aspetti di salute e la diffusione delle attività di prevenzione. Avviato in Piemonte nel giugno del 2007.
- Bilanci di Salute: dati provenienti dai 12 bilanci di salute effettuati dai Pediatri di famiglia ai bambini da 0 a 14 anni di età.

Metodo. Nella ASL TO3 è stato avviato un Gruppo di miglioramento, che attraverso un percorso di formazione sul campo, metta a punto un modello per una analisi e la successiva diffusione dei dati integrati delle sorveglianze e dei bilanci di salute. È già stata effettuata una indagine Delphi (più di 500 operatori aziendali tra MMG, PLS, Direttori, ecc.) circa le esigenze di informazioni sugli stili di vita della popolazione.

Risultati e conclusioni. Con la costruzione e diffusione di *report* mirati ci si attende un aumento dell’utilizzo, da parte degli operatori, delle informazioni integrate delle sorveglianze sia per la programmazione sia per la valutazione degli interventi di comunicazione e promozione della salute.

P224 GUADAGNARE SALUTE IN ADOLESCENZA - INSIEME PER LA SICUREZZA: MOLTIPLICHIAMO LE AZIONI PREVENTIVE

Crosa Lenz Chiara (a), Marinaro Laura (b), Ermacora Antonella (c), Beccaria Franca (c), Intaschi Guido (b)

- (a) ASL VCO, Omegna, Verbania
- (b) ASL VC, Vercelli
- (c) Eclectica, Torino
- (d) ASL Viareggio, Lucca

Introduzione. Il progetto “Insieme per la sicurezza: moltiplichiamo le azioni preventive”, promosso all’interno del programma nazionale “Guadagnare Salute in Adolescenza” individua come obiettivo generale la diffusione della cultura della sicurezza alla guida nei giovani, 14-25 anni, attraverso la progettazione e realizzazione di interventi di prevenzione degli incidenti stradali in contesti del divertimento ed educativi.

Metodi. Il progetto prevede una serie di azioni “a cascata” tali che, a una formazione rivolta in una prima fase agli operatori sanitari, segue una formazione rivolta ai moltiplicatori dell’azione preventiva (ossia quei soggetti, es. insegnanti e istruttori di autoscuole, insegnanti impegnati nei corsi per il patentino, forze dell’ordine, volontari, gestori dei locali, ecc. che, pur non avendo un ruolo specifico nell’ambito della prevenzione, entrano a vario titolo in contatto con i destinatari finali), che a loro volta dovranno attivare interventi nei due contesti individuati (divertimento ed educativo).

Risultati. Il progetto ha coinvolto 13 Regioni. È stato realizzato un corso di formazione nazionale, in due moduli, a gennaio 2011, a cui hanno partecipato 64 operatori provenienti da tutte le Regioni aderenti al progetto. In alcune Regioni sono state inoltre organizzate formazioni a cascata che hanno coinvolto altri n. 176 operatori sanitari. Complessivamente sono stati individuati e formati n. 1.154 moltiplicatori, di cui n. 737 moltiplicatori dei contesti educativi, n. 220 contesti divertimento, n. 197 in entrambi i contesti. Il gruppo di coordinamento nazionale ha definito alcuni criteri metodologici e fornito alle regioni indicazioni al fine di rendere comparabili le azioni realizzate nei territori. Particolare attenzione è stata rivolta alla valutazione di processo e di risultato del progetto, a tal fine è stato predisposto un articolato piano di valutazione.

Conclusioni. Insieme per la sicurezza può rappresentare un esempio di trasferibilità di esperienze dal livello locale al livello nazionale e di attivazione e valorizzazione delle reti interistituzionali e intersetoriali. Il progetto si concluderà il 30 novembre 2012.

P225 SICUREZZA IN FESTA

Crosa Lenz Chiara (a), Ferrari Paolo (a), Moia Edoardo (b), Bagnasco Gabriele (c), D'Alessandro Aniello (c), Bacchi Maurizio (d)

(a) ASL, VCO, Omegna, Verbania

(b) ASL NO, Novara

(c) ASL VC, Vercelli

(d) ASL BI, Biella

Introduzione. Sicurezza in Festa è uno dei 4 moduli del progetto Multicentrico “Promozione di comportamenti liberi dall’alcol per la prevenzione degli incidenti stradali” del Piano regionale di prevenzione del Piemonte 2007-2009, sviluppatisi nelle 4 ASL corrispondenti alle Province di Biella, Novara, Vercelli e Verbano-Cusio-Ossola, territori ove la cultura del bere alcolico è radicata. Obiettivo è diffondere una cultura della sicurezza tra i giovani-adulti (25-49anni) intercettati nei contesti del divertimento tipici della tradizione locale, le feste di paese; raccogliere dati specifici e confrontarli con quelli della sorveglianza PASSI.

Metodi. Il progetto adotta il modello di progettazione *precede-proceed*. È stata prevista la formazione a cascata degli operatori ASL, che a loro volta hanno formato i volontari delle associazioni del soccorso ed i volontari delle *ProLoco*, identificati come “moltiplicatori dell’azione preventiva” ossia quei soggetti che pur non avendo un ruolo istituzionale nell’ambito della prevenzione, entrano a vario titolo in contatto con i destinatari finali; la loro formazione ha l’obiettivo di renderli consapevoli del proprio ruolo nelle comunità in cui vivono e renderli risorse a disposizione degli interventi di prevenzione. *Équipe* formate da operatori ASL e “Moltiplicatori” sono intervenuti durante le feste ed hanno offerto ai frequentatori un breve *counselling* con distribuzione di materiale informativo, la possibilità di determinare l’alcolemia e misurare i tempi di reazione, raccogliendo un questionario compilato. I dati sono stati analizzati con Epiinfo e confrontati con i dati PASSI.

Risultati. Sono stati formati 31 operatori ASL che hanno formato 117 volontari di 22 associazioni. Si sono attuati 58 interventi sul campo, raccogliendo 1.767 questionari nel 2008 e 1.328 nel 2009. Il 37% dei partecipanti presentavano alcolemia superiore al limite di legge per la guida. Valutazione dell’efficacia: il 35% dei soggetti con alcolemia >0,50 gr/l che pensava di guidare, a seguito dell’intervento formativo ha manifestato l’intenzione non guidare.

Conclusioni. Il progetto ha sviluppato l’attenzione della società civile e l’integrazione tra servizi delle ASL e il volontariato sociale su un problema di grande importanza ed interesse, che richiede interventi multisettoriali coordinati e condivisi.

P226 PASSI ATTRAVERSO I CAMBIAMENTI: SORVEGLIARE PER “GUADAGNARE SALUTE” IN CAMPANIA

D'Argenzo Angelo (a), Pizzuti Renato (a), Cicala Stefano (a), Pugliese Annabella (a), Sessa Alessandra (b), Gruppo Coordinatori Aziendali PASSI Regione Campania

(a) *Osservatorio Epidemiologico Regionale, Napoli*

(b) *ASL, Caserta*

Introduzione. Nel novembre 2008 la Regione Campania, per far fronte ad un grave stato di disavanzo economico, vara un piano di riorganizzazione della Sanità, che prevede, entro 8 mesi, la riduzione delle ASL da 13 a 7. A marzo 2009, in netto anticipo rispetto ai tempi previsti, i Direttori generali delle vecchie ASL vengono sostituiti da Commissari straordinari, col compito di rendere effettiva la fusione delle Aziende. Si avvia, così, il riassetto del Servizio Sanitario Regionale, che, per la sua complessità, a tutt'oggi, non è ancora completato. Ipotizzando che tali cambiamenti abbiano avuto ripercussioni sull'organizzazione e l'offerta dei servizi sanitari è sembrato interessante valutare, attraverso i dati PASSI, l'adesione agli screening “organizzati” della sfera femminile, pratiche preventive di ormai consolidata esperienza, che, per la loro natura interdisciplinare, vedono coinvolte strutture appartenenti ad aree funzionali differenti, e, come tali, costituiscono, indirettamente, uno specchio del funzionamento del Servizio Sanitario.

Metodi. L'adesione agli screening per i tumori della mammella e della cervice uterina, nella popolazione bersaglio, è stata valutata attraverso dati autoriferiti, raccolti, annualmente, mediante le interviste del Sistema di Sorveglianza PASSI, dal 2007 al 2010.

Risultati. Si confermano, per la Regione Campania, i valori di scarsa diffusione di entrambi gli screening “organizzati”, in linea con quelli delle altre Regioni meridionali. L'adesione ai programmi “organizzati” evidenzia un andamento altalenante negli anni, con valori minimi nel 2009: la copertura della popolazione bersaglio è pari al 17,5% per il pap-test ed al 24,3% per la mammografia.

Conclusioni. Sebbene le differenze di adesione fra i vari anni non raggiungano la significatività statistica, la riduzione registrata in modo omogeneo nel 2009 rappresenta pur sempre un dato, a nostro parere, rilevante. È ipotizzabile che le criticità venutesi a creare con la fusione delle ASL abbiano influenzato in senso negativo l'offerta dei servizi sanitari.

P227 GIORNATE DELLA SICUREZZA: EDUCAZIONE STRADALE DALLA TEORIA ALLA PRATICA

Donini Rachele (a), Panza Maurizio (a), Rizzo Roberto (b), Rossi Umberto (b), Valle Annalaura (c), Buono Paolo (d), di Donato Maria Rosaria (e), Marchese Claudia (e)

(a) ASL 2 Savonese, Savona

(b) ACI, Savona

(c) ASL 4 Chiavarese, Chiavari, Genova

(d) ASL 1 Imperiese, Imperia

(e) ASL 3 Genovese, Genova

Introduzione. L’azione rientra nelle attività previste dal Progetto “Insieme per la sicurezza” promosso dal gruppo Ligure e dalle autoscuole ACI in collaborazione con un’ampia *partnership* tra cui alcune scuole di diverso ordine e grado della provincia di Savona, le amministrazioni comunali, le pubbliche assistenze locali.

Metodi. Il progetto ha previsto diverse fasi: è stato inizialmente attivato un percorso di formazione rivolto ad un gruppo di studenti scelti nelle classi terze delle scuole secondarie di secondo grado. La formazione ha veicolato sia conoscenze tecniche in materia di sicurezza stradale, sia competenze per il supporto di gruppi utilizzate in una seconda fase dagli stessi. In affiancamento a operatori con diverse professionalità, i ragazzi hanno poi svolto la funzione di tutor accogliendo e accompagnando classi di studenti di diversa età nella sperimentazione di un campione di attività esperienziali. Gli studenti più giovani insieme ai loro insegnanti hanno assistito ad esperimenti volti ad incentivare l’uso corretto del casco in bicicletta, delle cinture di sicurezza e sperimentato l’angolo cieco alla guida di mezzi pesanti. Per i ragazzi più grandi sono state proposte sperimentazioni di tecniche sull’uso dello sguardo, equilibrio, simulazione di impatto, uso delle cinture, controllo dei veicoli a due ruote in frenata sul bagnato. Si è inoltre allestito un percorso da affrontare su sedia a rotelle volto a sottolineare le problematiche derivanti dalle barriere di diversa natura.

Risultati. Il progetto ha visto coinvolti circa 1.150 allievi delle scuole primarie e secondarie della provincia di Savona e i relativi corpi docenti. I giovani tutor hanno svolto la loro funzione con senso di responsabilità con un notevole coinvolgimento personale. Gli studenti hanno dimostrato interesse e curiosità per i messaggi veicolati dalle esperienze pratiche. Gli insegnanti sono stati invitati a riprendere i temi trattati all’interno del proprio ambito curricolare.

Conclusioni. Il modello “giornate della sicurezza” può essere considerato un format replicabile ed esportabile. L’iniziativa ha avuto ampia eco sui media e sono giunte nuove richieste da parte di pubbliche amministrazioni e scuole in relazione alla possibilità di implementare tale esperienza in diversi ambiti e territori.

IN SOSTANZA DIVENTO ABILE

Fedele Roberta, Celebre Cinzia, Nordici Deborah
Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina, Trieste

Introduzione. Il programma Guadagnare Salute in Adolescenza ha favorito la comunicazione e la condivisione delle quattro aree di salute a vari livelli. La diffusione e l'implementazione di programmi di provata efficacia risultano le strategie vincenti per investire in azioni di promozione della salute. L'obiettivo è riuscire a rendere consapevoli e responsabili i ragazzi nelle loro scelte di vita, informando e rinforzando le abilità individuali in particolare rispetto all'uso di sostanze quali fumo e alcool. Il programma di prevenzione scolastica dell'uso di sostanze *Unplugged* è stato implementato nella Regione Friuli Venezia Giulia, in particolare sviluppato nella Provincia di Udine, capofila del progetto, e di Trieste.

Metodi. Questo programma è centrato sull'interattività, sul "fare" mettendo in gioco la parte affettiva, relazionale ed emozionale dell'essere adolescente oggi. Il metodo prevede l'uso di attività stimolanti ed energizzanti utili per coinvolgere e attivare il protagonismo dei ragazzi. Si facilita il processo di apprendimento e saper fare, attraverso lo scambio, condivisione e messa in discussione di emozioni, idee e pensieri tra pari. Previste tra le tecniche il *brainstorming*, lavori di gruppo, lavoro a coppie, giochi di ruolo.

Risultati. A livello regionale sono stati formati 25 operatori; 3 formatori dell'ASS n. 1 Triestina hanno poi effettuato la successiva formazione di 21 ore per 24 docenti a settembre 2011; è stato poi avviato il programma *Unplugged* che prevede lo sviluppo di 12 unità nell'attuale anno scolastico. Stanno partecipando 12 terze classi di tre Istituti della Provincia di Trieste. A gennaio è stato fatto il primo monitoraggio confermando l'adesione al programma con lo sviluppo in media, alla data attuale, di 5 unità per classe. Evidente il coinvolgimento e l'entusiasmo dei docenti che hanno segnalato l'attesa e la curiosità delle prossime attività da parte dei ragazzi/e.

Conclusioni. Considerato che il riuscire a coinvolgere nel processo della promozione della salute i protagonisti principali quali i ragazzi e la scuola diventa oggi più che mai una "sfida" in termini di coerenza e risorse disponibili, questa esperienza in progress ci conferma, invece, che la condivisione e il lavoro di squadra può restituirci ancora ottime possibilità e speriamo validi risultati.

P228 L'ESPERIENZA DI "PAESAGGI DI PREVENZIONE" A TRIESTE

Fedele Roberta (a), Tominz Riccardo (a), Monti Claudia (b), Storani Simone (b), Bosi Sandra (b)

(a) Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina, Trieste

(b) Luoghi di Prevenzione, Lega Contro i Tumori, Onlus, Reggio Emilia

Introduzione. L'esperienza degli operatori in linea con la letteratura scientifica ha portato alla ricerca di metodologie che utilizzino al meglio le risorse disponibili, tengano in considerazione l'*evidence based prevention* e prevedano una corretta valutazione di *effectiveness*. L'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina (ASS n.1) nell'ottica di perseguire tale finalità ha definito il gruppo di lavoro multidisciplinare che si occupa di promozione della salute nella scuola. L'occasione di partecipare al progetto Paesaggi di Prevenzione (Lega contro i Tumori Onlus - Reggio Emilia) ha favorito e consolidato la sperimentazione in quattro Istituti secondari di secondo grado delle tre aree di interesse.

Metodi. Formazione dei formatori da parte del gruppo di lavoro di Reggio Emilia e, a cascata, dei docenti. Stipula di un patto d'intesa di durata biennale fra ASS n. 1, Direzione scolastica regionale, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - Trieste, Dirigenza di quattro Istituti della scuola secondaria di secondo grado. Utilizzo del DVD "Paesaggi di Prevenzione", strumento didattico multimediale che prevede l'uso di diversi linguaggi e la loro applicazione nelle varie discipline didattiche. Sviluppo e implementazione di azioni specifiche per favorire l'esercizio fisico, il consumo di cibo sano e il contrasto al consumo di alcol a scuola.

Risultati. Le scuole sono state divise in due "casi" e due "controlli". Entrambi i "casi" lavorano sull'alimentazione, uno sull'attività fisica e l'altro sull'alcool. Come da programma sono state effettuate:

- 18 ore di didattica nelle due scuole caso;
- inserimento del progetto nei POF dei 2 anni scolastici;
- i regolamenti di Istituto;
- le due raccolte dati;
- due *focus group* di monitoraggio;
- una "caccia al tesoro" a fine anno.

Le attività gestite dai docenti continuano mentre il ruolo del personale sanitario rimane di supervisione/supporto esterni. La valutazione intermedia è in fase di elaborazione, quella finale è prevista per la fine del corrente anno scolastico.

Conclusioni. Il progetto sperimenta un approccio diverso che tiene conto degli effetti collaterali riportati in letteratura a carico di strategie di promozione alla salute basate su interventi frontali o che non tengono comunque conto della vulnerabilità degli adolescenti.

SICURAMENTE

Ferri Roberto (a), Gobbino Iliana (a), Mossenta Alessandra (b), Tamburini Laura (b), Treleani Igor (c), Tunini Chiara (a)

(a) *Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Trieste*

(b) *Ufficio Scolastico Regionale, Trieste*

(c) *FVG Strade, Trieste*

Introduzione. Il Friuli Venezia Giulia è fra le Regioni italiane a più alto rischio di incidente stradale con conseguenze mortali, sanitarie e sociali. La Regione ha avviato un dialogo con un approccio multidisciplinare e interistituzionale per svolgere azioni di prevenzione coordinate sul territorio. In tale ottica si configura il progetto SicuraMENTE, attraverso la partecipazione attiva di Enti ed Istituzioni, capofila la Regione (Direzione centrale mobilità; Friuli Venezia Giulia Strade S.p.A.; Direzione centrale salute) con l’Ufficio scolastico per la Regione FVG. Questa “cabina di regia” svolge azioni di coordinamento e indirizzo degli interventi proposti alle scuole di ogni ordine e grado e anche a fasce di popolazione adulta. I *partner* coinvolti sono: Istituti scolastici; Aziende dei servizi sanitari Compartimento Polizia Stradale; Polizia Municipale; Università degli studi di Trieste e di Udine e della terza età; Unità di ricerca in didattica della fisica, Facoltà di scienze della formazione, Laboratorio di bioingegneria.

Metodi. Il progetto si pone l’obiettivo di promuovere l’educazione alla sicurezza stradale e diffondere la cultura della sicurezza, attraverso una corretta valutazione del rischio, valorizzando strategie comunicative adeguate sui fattori protettivi della salute (*Life Skills*) per una riduzione del fenomeno in FVG. Il metodo usato è la formazione attraverso la collaborazione tra istituzioni e *partner* coinvolti, con la produzione di specifica documentazione di buone prassi pubblicate sul sito <http://sicuramente.fvgstrade.it>. Il *target* a cui è rivolto il progetto sono gli studenti (età compresa tra 4 e 18 anni), i docenti e i genitori a cui si aggiunge una quota di cittadini raggiungibili attraverso l’università della terza età. La durata prevista è triennale, con inizio settembre 2010 e termine 30 giugno 2013.

Risultati. Sono stati realizzati interventi formativi dei docenti e degli studenti, privilegiando la loro partecipazione attiva, realizzando un concorso di Idee per le scuole superiori che ha prodotto materiale ideato dagli studenti. È stata raggiunta un’ampia di popolazione scolastica dell’intera Regione; nel 2012 è in corso la formazione della popolazione adulta attraverso l’intervento dell’Università della terza età; si sta realizzando il campo scuola nell’ambito di un comune centrale al territorio regionale.

Conclusioni. Al termine del periodo finanziato, previsto dal progetto, si intendono raccogliere elementi utili alla valutazione del fenomeno incidentalità stradale in Regione, ma soprattutto si intende divulgare i risultati prodotti dai giovani studenti, spot, video, giochi, produzioni letterarie, valorizzando il pensiero creativo delle giovani generazioni come messaggi di promozione della salute e di una sana cultura della sicurezza tra pari.

P229 “CAMMINANDO E LEGGENDO...RICORDO” PROMOZIONE DELL’ATTIVITÀ FISICA E DELLA LETTURA ATTRAVERSO ATTIVITÀ DI GRUPPO PER LA PREVENZIONE DEL DECADIMENTO COGNITIVO

Gallucci Maurizio (b), Astolfo Paola (a), Mazzetto Manuela (a), Gallo Giovanni (a)

(a) Dipartimento di Prevenzione, ULSS 9, Treviso

(b) UO Disturbi Cognitivi e della Memoria, Dipartimento di Medicina Riabilitativa, ULSS 9, Treviso

Introduzione. In ULSS 9 le persone con demenza sono 5.000. Secondo le stime, i casi nel 2040 raddoppieranno. Le evidenze indicano che l’attività motoria riduce il rischio di insorgenza di *deficit* cognitivo e abbassa la probabilità di progressione verso la demenza delle condizioni di *deficit* cognitivo lieve (MCI). L’attività fisica non solo riduce il rischio di cadute e l’incidenza o la progressione di patologie croniche concomitanti, ma ha un effetto diretto sul miglioramento delle funzioni cognitive. Anche la lettura rappresenta un importante presidio di prevenzione del *deficit* cognitivo, così come il mantenimento di una rete di relazioni sociali.

Metodi. Dipartimento di prevenzione e Unità operativa disturbi cognitivi e della memoria, sulla base dell’evidenza disponibile circa gli effetti di attività motoria, lettura e socializzazione sugli stati di predemenza, hanno formulato una proposta rivolta a soggetti con diagnosi di *deficit* cognitivo lieve (MCI) e a loro familiari.

Risultati. È nato così il progetto “Caminando e Leggendo...ricordo” che propone un’attività bisettimanale in palestra seguita da camminata veloce all’aperto ed un “gruppo di lettura” in cui i partecipanti sono stimolati a completare un libro iniziato insieme con lettura animata e, dopo un mese, a condividere in gruppo le impressioni ricevute. I 30 pazienti arruolati vengono clinicamente monitorati per valutare l’effetto della proposta. La promozione della lettura come opportunità di prevenzione del decadimento cognitivo viene rafforzata anche dal loro coinvolgimento nell’iniziativa “PassaLibro, bookcrossing” che consiste nella libera circolazione di libri donati da privati, selezionati e messi in circolo in specifici punti di diffusione, tra cui alcune sale d’attesa dell’ULSS 9 ed intende attrarre alla lettura in modo non convenzionale.

Conclusioni. La valutazione di processo e di gradimento hanno evidenziato la sostenibilità della proposta in termini organizzativi, l’adeguatezza per il *target* della combinazione di attività motoria volta a mantenere coordinazione, forza ed equilibrio con attività di tipo aerobico ed il gradimento di entrambe le proposte (attività fisica e gruppo di lettura) da parte degli utenti che ne hanno fortemente sottolineato l’importante aspetto aggregativo.

P230 IL PROGETTO ORAL HEALTH

Garavelli Marina (a), Caputo Marcello (b), Cardetti Silvia (c), Ferreri Enrico (d), Gili Andrea (e), Siciliano Giovanni (f), Tomaciello Maria Grazia (b)

(a) *Ambulatorio Odontostomatologico, ASLCN1, Distretto di Saluzzo, Cuneo*

(b) *Servizio di Educazione Sanitaria, Direzione Integrata della Prevenzione, ASL CN1, Saluzzo, Cuneo*

(c) *Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, ASL CN1, Cuneo*

(d) *Direzione Sanitaria, ASL CN1, Saluzzo, Cuneo*

(e) *Distretto Sanitario di Saluzzo, Cuneo*

(f) *Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero, ASL CN1, Cuneo*

Introduzione. La carie è la patologia più diffusa al mondo, causa del 10% della spesa sanitaria globale. In Italia ne soffre il 22% dei bambini di 4 anni e il 44% di quelli di 12. L'ASL CN1, la Direzione didattica e il Comune di Saluzzo, con il sostegno della Fondazione CRS, hanno avviato un progetto di salute orale rivolto ai bambini della III elementare dell'intero distretto scolastico, con gli obiettivi di agevolarne l'accesso alle cure, di migliorarne lo stato di salute orale e prevenire le patologie orali, riducendo i costi delle terapie odontostomatologiche con l'uso di procedure semplificate (odontoiatria "di base").

Metodi. Il progetto ha integrato più linee d'azione: le insegnanti formate all'uso dei materiali "I Denti Kit" hanno svolto attività educative su igiene orale e stili di vita; le famiglie sono state coinvolte attraverso incontri, questionari di gradimento e la consegna di materiale informativo; informazioni a rinforzo sono state inserite in un opuscolo sulla sana alimentazione prodotto e distribuito dai pediatri di libera scelta; infine tutti i bambini coinvolti hanno fruito di una prima visita odontoiatrica specialistica gratuita (individuazione delle necessità di terapia, fluorazione topica ed igiene; applicazione sigillanti sui primi molari).

Risultati. Sono stati visitati circa 230 bambini di cui molti non avrebbero avuto accesso a strutture odontoiatriche specialistiche; a tutti sono state fornite indicazioni scritte per la continuità di cure. Entro settembre è prevista l'effettuazione di 168 sigilli dei molari per il 26% dei bambini interessati. Sono stati somministrati altrettanti questionari di gradimento alle famiglie, la cui elaborazione è ancora in corso. L'intervento, seppure esteso all'intero distretto scolastico, si è dimostrato perfettamente sostenibile. Non è ancora possibile stimarne l'impatto economico né sulla prevalenza delle patologie, ma tali fattori potranno essere valutati nel tempo, coprendo trasversalmente la popolazione per un lungo periodo.

Conclusioni. Il progetto, in un'ottica di integrazione socio-sanitaria e di diversi modelli di prevenzione, si configura come una sperimentazione pionieristica di un modello di odontoiatria sociale, si propone di individuare e migliorare le procedure per l'Odontoiatria pubblica ambulatoriale e ridurre le disegualanze di salute.

MENO...PAUSA PIÙ BEN..ESSERE: PROGETTO DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE RIVOLTO ALLE DONNE IN PREMENOPAUSA

Glielmo Nicolina, Palombi Ersilia
ASL, Benevento

Introduzione. La menopausa rappresenta un evento particolare nella vita della donna e generalmente si manifesta tra i 45 e i 55 anni. Accanto a reali modifiche dell'organismo, si possono determinare instabilità emotiva, ansia, irritabilità, stati depressivi. Ciò perchè essa è spesso vissuta come un "lutto" e come tale faticosamente elaborata. Il SIAN dell'ASLBN e l'UOMI del Distretto BN2 hanno pensato pertanto di attivare un intervento volto ad informare e sostenere le donne in premenopausa, per promuovere corretti stili di vita, sottolineando l'importanza dell'alimentazione e di una moderata attività fisica nel contrastare l'insorgenza di patologie cronico-degenerative e prevenire le complicanze dell'osteoporosi, determinando al tempo stesso un approccio più consapevole e una maggiore tolleranza della sintomatologia correlata. Gli obiettivi dell'intervento sono: miglioramento delle conoscenze; aumento della consapevolezza sull'importanza di corretti stili di vita; maggiore adesione agli interventi di prevenzione secondaria.

Metodi. Il progetto è stato attivato in 8 Comuni, con 187 donne, con la collaborazione di associazioni ed Enti locali. Le donne, individuate consultando le liste anagrafiche, vengono invitate al Convegno di presentazione, durante il quale vengono raccolte le iscrizioni al corso. Nei 4 incontri, condotti da medici e da uno psicologo e diretti a circa 20 partecipanti, si affrontano temi relativi alle problematiche della menopausa, (modifiche assetto ormonale, aspetti psicologici, alimentazione, patologie cronico-degenerative, loro prevenzione). Sono state inoltre registrate in forma anonima le misure antropometriche.

Risultati. Dal confronto tra le risposte ai test somministrati nel 1° e nel 4° incontro risulta un miglioramento delle conoscenze soprattutto per quanto riguarda il rischio cardiovascolare ed i corretti stili di vita. Il questionario di gradimento ha dato risultati positivi. È aumentata l'adesione ai programmi di *screening*.

Conclusioni. Il programma proposto prevede il coinvolgimento di più attori, compresi i decisori e le donne interessate. Il successo dell'intervento è direttamente proporzionale al grado di integrazione e partecipazione raggiunto: esso si inserisce in un percorso di educazione sanitaria intesa come strumento di promozione della salute.

STRATEGIE DI INTERVENTO PER PROMUOVERE LA SALUTE - CONTRASTARE L'USO DI SOSTANZE IN ADOLESCENZA

Grasso Maria Beatrice (a), Azzarito Caterina (b), De Pasquale Emilio (a), Ceraso Paolo Antonio (a), De Gennaro Rosella (a), Fiorellini Stefania (a), La Ratta Filomena (a), Nardo Sabina (c)

(a) ASP, Vibo Valentia

(b) Dipartimento della Salute e delle Politiche Sanitarie, Regione Calabria, Catanzaro

(c) Ufficio Scolastico Provinciale, Vibo Valentia

Introduzione. L'integrazione dei dati delle sorveglianze in relazione agli stili di vita ed ai comportamenti a rischio ci permette di osservare l'evoluzione di questi fenomeni nelle varie fasce di età, e di avviare azioni utili a prevenire e contrastare la diffusione di questi comportamenti a rischio. Lo studio italiano HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), indagine sui comportamenti a rischio in età evolutiva dai 6 ai 17 anni riguardo a: abitudine al fumo, abuso di alcool e uso di cannabis, evidenzia che la percentuale di ragazzi che riferisce queste abitudini cresce maggiormente tra i 13 e 15 anni. Mentre fra i più giovani sono i maschi a riferire comportamenti a rischio, man mano che aumenta l'età il rapporto tra i due sessi si equivale per aumentare tra le ragazze nell'età successive. La sorveglianza PASSI mostra che il consumo di alcool considerata ad alto rischio (*binge drinking*) è un'abitudine più frequente nei giovani di 18-34 anni, tra gli uomini e tra coloro che lamentano maggiori difficoltà economiche. Inoltre, è noto che il consumo eccessivo di alcool e/o sostanze è associato a incidenti stradali ed episodi di violenza; e che gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e disabilità nella fascia di età più giovane. Da questi dati è emersa l'esigenza di promuovere un intervento efficace calibrato per la fascia d'età che risulta più a rischio; di conseguenza tra le aree tematiche di Guadagnare Salute in Adolescenza è stato attivato il progetto per la prevenzione dell'uso di sostanze *Unplugged*. Per saggiare il coinvolgimento della scuola, valutare l'impatto del progetto e uniformare la strategia dell'intervento nel territorio regionale, le attività sono state avviate in una azienda capofila per estendere successivamente la stessa metodologia alle altre Asp.

Metodi. Al fine di raggiungere la popolazione *target*: ragazzi di età pre ed adolescenziale, individuata negli alunni che frequentano la terza media e le prime due classi dell'istruzione superiore, il progetto è stato offerto attivamente alle scuole. Attivamente perché l'*empowerment* della scuola è una condizione indispensabile per l'esecuzione del progetto, infatti l'AS promuove comportamenti salutari con azioni che richiedono attività che devono essere realizzate dalla scuola e dagli stessi docenti. *Unplugged* è stato presentato, con la collaborazione dell'ufficio scolastico, ai dirigenti scolastici e agli insegnanti referenti dell'educazione alla salute. I formatori *Unplugged* hanno illustrato le basi teoriche e le principali caratteristiche del progetto. Nel corso del workshop è stato distribuito il materiale informativo e la scheda di adesione, nella quale alle scuole partecipanti è stato richiesto di indicare: il numero delle classi e degli alunni individuati, e il numero dei docenti partecipanti.

Risultati. Scuole che hanno aderito al progetto: Istituto comprensivo Mongiana classi 3 alunni 40, Istituto comprensivo Tropea classi 5 alunni 110, Istituto comprensivo Ricadi classi 5 alunni 66, Istituto comprensivo Sant'Onofrio classi 6 alunni 88, Istituto comprensivo Maierato classi 5 alunni 76, ISS Vibo Valentia classi 3 alunni 54, IPSSARA Vibo Valentia classi 5 alunni 50. Numero dei docenti partecipanti distinti per disciplina: Scienze naturali e matematiche 12, Lettere 6, Sostegno 3, Scienze motorie 1, Tecnologia 1.

Conclusioni. Il risultato soddisfacente di come è stata accolta questa iniziativa dalla scuola, suggerisce che per aumentare l'estensione del progetto è necessario migliorare la strategia operativa:

- istituire un coordinamento dell'attività progettuale composto dagli esperti dell'azienda sanitaria e dai rappresentanti della scuola;
- centrare l'attività alle prime classi delle scuole superiori, numericamente rilevanti e momento in cui si strutturano nuovi gruppi e nuove *leadership*.

P231 PROTEGGIAMO IL FUTURO - PROMUOVERE COMPORTAMENTI CORRETTI TRA I DIPENDENTI DELL'AZIENDA USL NEL TRASPORTO DEI MINORI IN AUTO

Lacava Giuseppe, Zenesini Corrado, Benassi Simona, Blundo Giovanni, Pandolfi Paolo
Dipartimento di Sanità Pubblica, UOC Epidemiologia, Promozione della Salute e Comunicazione del Rischio, Azienda USL, Bologna

Introduzione. Gli incidenti sono la prima causa di morte nei ragazzi fino ai 14 anni ed il 3% è dovuto a incidente stradale. L'uso appropriato dei Sistemi di Ritenuta in Auto per Bambini (SRAB) è l'unico modo per affrontare efficacemente questo importante problema di salute. Studi internazionali dimostrano che l'utilizzo di SRAB diminuisce del 69% i decessi tra i bambini fino ad un anno e del 47% per i bambini da 1 a 14 anni. Il Dipartimento di sanità pubblica dell'AUSL di Bologna ha condotto una indagine sull'uso di SRAB tra i dipendenti attivando poi una campagna specifica di promozione sul loro corretto uso.

Metodi. È stato somministrato via intranet ai dipendenti dell'Azienda USL un questionario su comportamento e conoscenze nel trasporto dei minori in auto. Il campione è stato suddiviso in due gruppi in base all'altezza dei bambini trasportati ($>0 < 150$ cm). I dati ottenuti sono stati studiati con una regressione logistica in modo da confrontare i due gruppi e valutarne eventuali caratteristiche condizionanti il comportamento rispetto all'uso di SRAB.

Risultati. Hanno risposto 1.493 dipendenti degli oltre 8.000, di cui circa il 75% femmine, con un'età media di 44 anni. Età, sesso ed istruzione sono gli elementi che di più condizionano le conoscenze e di conseguenza, potenzialmente, i comportamenti. Le persone più giovani (18-39 anni), sono maggiormente informate e dichiarano comportamenti più sicuri, anche per via della minore età dei bambini trasportati. Le donne, più degli uomini, hanno dimostrato un'adeguata percezione del rischio nel transito urbano, specialmente per quanto riguarda gli spostamenti brevi. Gli uomini dichiarano con maggior frequenza di conoscere il sistema di ritenuta Isofix. I laureati possiedono più informazioni rispetto a coloro che hanno licenza media o elementare, rispondendo a tutte le domande con più risposte corrette, evidenziando una buona conoscenza delle norme di sicurezza e delle sanzioni previste dal codice della strada, come anche il corretto utilizzo dei sistemi di ritenuta SRAB.

Conclusioni. Si sono evidenziate le condizioni che influenzano le conoscenze ed i comportamenti alla guida. Emergono differenze significative, per alcune variabili, tra i due gruppi studiati che permetteranno di orientare al meglio i lavori dei futuri *focus group*.

P232 “A TAVOLA CON SICUREZZA”: ESPERIENZA FORMATIVA DEL SIAN DELLA ASL DI SASSARI

Lai Lucia, Milia Maria Filomena, Vargiu Lisena, Angioi Paola, Arras Pina, Demontis Maria Luisa Graziella

SIA, Dipartimento di Prevenzione, ASL, Sassari

Introduzione. La carenza di conoscenze delle norme igieniche sulla sicurezza degli alimenti da parte degli utenti e i dati sulla sicurezza alimentare in ambito domestico sottolineano la necessità di diffondere una corretta informazione sulle più comuni norme di sicurezza alimentare.

Obiettivi. Sviluppare una coscienza alimentare sulle abitudini e sulle norme igieniche volte a garantire un’adeguata sicurezza degli alimenti; fornire alle famiglie, attraverso gli elaborati degli studenti della Scuola media, informazioni di sicurezza alimentare in ambito domestico e di decodificazione delle etichette alimentari. Il risultato è ottenuto attraverso la conoscenza dei principali fattori di rischio di contaminazione alimentare, il riconoscimento e l’applicazione delle principali norme igieniche, la lettura e la decodificazione delle etichette dei prodotti alimentari.

Metodi. Gli operatori del SIAN hanno programmato ed attuato interventi di educazione alimentare sulla qualità e sulla sicurezza degli alimenti nelle classi seconde della Scuola media, la metodologia si basa su: test di ingresso e di verifica per la valutazione delle conoscenze sia di base che acquisite, presentazione della parte teorica in ppt, partecipazione attiva degli studenti attraverso: *brain storming*, esercitazioni pratiche, produzione di elaborati rivolti alle famiglie. Dal 2010 ad oggi hanno aderito 25 classi per un totale di 473 studenti; l’intervento è stato articolato in un colloquio con gli insegnanti per la pianificazione e in due incontri con gli studenti di ciascuna classe.

Risultati. La verifica dell’apprendimento è stata fatta attraverso test ed esercitazioni. Sono stati prodotti, da parte degli alunni, diversi elaborati: video “Caccia all’errore”, promemoria plastificato sui 5 punti chiave dell’OMS, trasferimento delle conoscenze acquisite alle famiglie attraverso una presentazione multimediale. Gli elaborati sono stati utilizzati inoltre come materiale didattico per le nuove classi.

Conclusioni. La partecipazione attiva di tutti gli attori ha favorito l’apprendimento delle metodologie di acquisto, conservazione e utilizzo degli alimenti e delle norme di buona prassi igienica. Gli alunni sono diventati i protagonisti della sicurezza alimentare nell’ambiente domestico e ciò ha portato a costruire un rapporto di collaborazione tra scuola, SIAN e famiglie coinvolte.

P233 ALLATTAMENTO AL SENO: PREVALENZE, DURATA E FATTORI ASSOCIATI

Lauria Laura, Spinelli Angela, Lamberti Anna, Buonchristiano Marta, Bucciarelli Mauro, Andreozzi Silvia, Grandolfo Michele, Gruppo di Lavoro sul Percorso Nascita

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

Introduzione. La promozione dell'allattamento al seno è un obiettivo prioritario di sanità pubblica date le evidenze di effetti positivi sulla salute sia della madre che del bambino, effetti che per il bambino si protraggono durante l'infanzia e l'adolescenza riducendo il rischio di sviluppare obesità, diabete, infezioni. L'obiettivo di questo studio è di valutare gli effetti sulle prevalenze di allattamento al seno dovuti all'implementazione di un percorso assistenziale che opera nell'ottica dell'offerta attiva e dell'attivazione di processi di *empowerment* nella donna.

Metodi. Nell'ambito del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) varato nel Piano Sanitario Nazionale del 1998/2000, è stata condotta, nel 2008/09, una indagine campionaria su donne partorienti con *follow-up* a 3, 6 e 12 mesi dal parto in 25 ASL, per valutare l'assistenza al percorso nascita. Tra gli indicatori di esito è stato considerato il tipo di alimentazione del bambino. L'indagine è stata ripetuta, ad un anno di distanza, per valutare i cambiamenti riconducibili ad interventi di implementazione del POMI. I risultati si riferiscono alle donne italiane residenti in 20 ASL che hanno completato il *follow-up* delle due indagini, 1.918 donne nel 2008/09 e 1.957 nel 2010/11. La durata di allattamento esclusivo al seno è stata analizzata con modello di regressione di Cox.

Risultati. La prevalenza di allattamento esclusivo al seno è passata dal 59,1% al 63,8% in reparto e dal 51,7% al 55,4% a 3 mesi dal parto; a 6 mesi dal parto la prevalenza si riduce al 10,6% e al 7,4% nelle due indagini rispettivamente mentre l'allattamento complementare passa dal 45,7% al 52,4%. A 12 mesi l'allattamento complementare aumenta dal 32,6% al 37,3% e si riduce la prevalenza di donne che non allattano al seno, dal 66,5% al 62,3%. Tra le donne che hanno allattato in modo esclusivo al seno, il 24,2% nella prima indagine e il 18,0% nella seconda dichiarano di aver smesso entro il primo mese dal parto. Si rileva una riduzione significativa del rischio di smettere di allattare in modo esclusivo nella seconda indagine rispetto alla prima: RR=0,87 (0,81-0,94); altri fattori che riducono significativamente il rischio sono: l'età avanzata, essere pluripara, non aver ripreso il lavoro, il parto spontaneo, aver partecipato a gruppi di sostegno in puerperio e ai corsi di accompagnamento alla nascita durante la gravidanza.

Conclusioni. L'attività implementata sul territorio ha migliorato le prevalenze di allattamento al seno. Permane una tendenza a svezzare precocemente il bambino. Oltre che una maggiore esposizione ai corsi di accompagnamento alla nascita, appare necessario aumentare l'offerta attiva di sostegno in puerperio alla donna che allatta.

P234 STIMA DELLA PREVALENZA DI OBESITÀ SEVERA NEI BAMBINI ITALIANI: I DATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA OKKIO ALLA SALUTE

Lombardo Flavia (a), Buoncristiano Marta (a), Mazzarella Gianfranco (b), Caroli Margherita (c), Giacchi Mariano Vincenzo (d), Lamberti Anna (a), Nardone Paola (a), Senatore Sabrina (a), Spinelli Angela (a), Gruppo OKkio alla Salute 2008-9, Gruppo OKkio alla Salute 2010

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

(b) *UOC Pediatria, OORR Penisola Sorrentina, ASL NA 3 Sud, Napoli*

(c) *UO Nutrizione, ASL, Brindisi*

(d) *Università degli Studi di Siena, Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica, Siena*

Introduzione. L'obesità severa in età pediatrica, oltre ad avere implicazioni dirette sulla salute fisica e psicologica, può essere considerata un fattore predittivo di obesità nell'età adulta e rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza di gravi patologie cronico-degenerative quali, a esempio, diabete mellito di tipo II, ipertensione arteriosa, malattie cardio-cerebrovascolari, dismetabolismi e tumore del colon-retto. Per avere una misura dell'entità del problema a livello nazionale, è stata stimata la prevalenza dell'obesità severa nei bambini utilizzando i dati della prima e seconda rilevazione del sistema di sorveglianza OKkio alla Salute.

Metodi. Sulla base delle curve di crescita proposte nel 2007 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono stati definiti bambini con obesità severa quelli con Indice di Massa Corporea (IMC) >3 Deviazioni Standard (DS). I valori soglia dell'IMC sono stati identificati sia in relazione al sesso del bambino che alla sua età espressa in mesi.

Risultati. L'analisi è stata condotta su un totale di 88.705 bambini, fra gli 8 e 9 anni di età. La prevalenza di obesità severa è risultata pari a 4,8% (Intervallo di Confidenza IC95%: 4,6-5,0) nell'intero periodo, con una lieve diminuzione nel 2010 rispetto al 2008-9 (4,5%, IC95%: 4,2-4,7 vs 5,1%, IC95%: 4,8-5,4). Complessivamente, la prevalenza è maggiore nei maschi, con valori quasi 3 volte più elevati rispetto alle femmine (7,0%, IC95%: 6,7-7,4 vs 2,4%, IC95%: 2,2-2,6), come pure nei bambini di 8 anni (5,2%, IC95%: 5,0-5,5) rispetto a quelli di 9 (4,0%, IC95%: 3,8-4,3). Infine, emerge un gradiente geografico Nord-Sud con valori che variano da 1,5% in Valle D'Aosta a 9,2% in Campania.

Conclusioni. L'utilizzo dei *cut-off* dell'OMS sui dati raccolti con OKkio alla Salute ha evidenziato una non trascurabile prevalenza di obesità severa nei bambini italiani, suggerendo la necessità di approntare specifiche misure volte a contrastare un fenomeno gravato da importante comorbidità.

P235 LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV E IL COUNSELLING TELEFONICO: L'ESPERIENZA DEL TELEFONO VERDE AIDS/IST DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ ITALIANO

Luzi Anna Maria, Colucci Anna, Botta Francesca, D'Ippoliti Alessia, Lichtner Eleonora, Mulieri Ilaria, Taglieri Filippo Maria, Valli Rudi, Gallo Pietro

Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. Il *counselling* è un metodo caratterizzato dall'applicazione di conoscenze, di qualità personali, di abilità (ascolto attivo, autoconsapevolezza, empatia) e di tecniche comunicative (riformulazione, delucidazione, capacità di indagine). Tale metodo si è rivelato efficace nella prevenzione primaria e secondaria dell'infezione da HIV. Quanto sopra riportato, costituisce la base metodologica dell'attività di *counselling* telefonico svolto dal Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST) collocato all'interno dell'Unità Operativa Ricerca Psico-socio-comportamentale, Comunicazione (UO RCF), Formazione del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate (MIPI) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Il TVAIDS/IST cofinanziato dal Ministero della Salute è stato istituito nel 1987 dalla Commissione Nazionale di Lotta all'AIDS e da giugno 2010 fornisce informazioni anche sulle IST.

Metodi. L'intervento di *counselling* telefonico erogato dal Telefono Verde AIDS e IST Italiano è strutturato in tre fasi: iniziale, intermedia e finale. La AIDS Helpline italiana si avvale di un software di *data-entry* che consente di raccogliere i dati relativi alle telefonate pervenute. I dati sono gestiti in anonimato e analizzati in forma aggregata. I dati informativi raccolti durante l'attività di *counselling* telefonico permettono di tracciare un profilo della persona/utente: caratteristiche anagrafiche (sesso/età), bisogni informativi, comportamenti adottati.

Risultati. Le persone, utenti che in oltre 24 anni di attività, si sono rivolte alla AIDS Helpline italiana dell'ISS sono 671.823, di queste il 73,9% sono maschi con un'età tra 20-39 anni (78,0%), risiedono nel centro Italia e si dichiarano eterosessuali (55,1%). Le principali aree informative affrontate durante il colloquio di *counselling* riguardano le modalità di trasmissione dell'HIV (27,2%), l'*iter* diagnostico (25,3%), gli aspetti psicosociali (14,9%), la disinformazione (12,4%) e la prevenzione (7,0%). Il *trend* temporale delle telefonate pervenute negli anni evidenzia un costante decremento delle donne che accedono al TVAIDS/IST.

Conclusioni. Il Telefono Verde AIDS non risponde più ad una situazione di emergenza ed allarme sociale come vent'anni fa. Pur tuttavia i dati mostrano che un notevole numero di persone, quotidianamente, contattano gli esperti del TVA, scegliendo il mezzo telefonico e la modalità in anonimato, per esprimere i propri bisogni informativi, chiarire dubbi e avere indicazioni in merito ai servizi presenti sul territorio ai quali potersi riferire. Oggi, un Servizio di *Counselling* Telefonico garantisce ai cittadini italiani e stranieri accesso

immediato e fruizione di informazioni personalizzate su tematiche inerenti l'infezione da HIV e AIDS indispensabili per tutelare la propria salute e quella della collettività.

P236 I GIOVANI E LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE: L'ESPERIENZA DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ ITALIANO

Luzi Anna Maria, Colucci Anna, Botta Francesca, D'Ippoliti Alessia, Lichtner Eleonora, Mulieri Ilaria, Taglieri Filippo Maria, Valli Rudi, Gallo Pietro

Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. Il Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse (TV AIDS / IST) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) collocato all'interno dell'Unità Operativa Ricerca Psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione (UO RCF) in oltre ventitré anni di attività ha ricevuto un totale di 671.823 telefonate di queste 43.177 sono pervenute da parte di giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni.

Metodi. Il colloquio telefonico è svolto secondo la metodologia dell'HIV/AIDS *counselling*, da un'*équipe* multidisciplinare di professionisti opportunamente formati ed aggiornati sulle Infezioni a trasmissione sessuale. L'UO RCF dispone di un software di *data entry* ulteriormente migliorato e ampliato nel corso degli anni e di un archivio informatizzato di Centri diagnostico clinici costantemente aggiornato. I dati raccolti durante l'intervento di *counselling* telefonico in anonimato consentono di definire le caratteristiche dei giovani utenti che contattano il TVAIDS/IST. Il software utilizzato per l'analisi è stato Epinfo versione 3.5.

Risultati. Questi dati offrono una panoramica sulla situazione informativa dei giovani-adulti italiani rispetto alle informazioni circa l'HIV/AIDS. Hanno bisogno di confermare le informazioni trovate su internet, metodo più utilizzato per ottenere informazioni. Il 62,4% (28.774) delle chiamate ricevute da giovani nel corso dei 23 anni di *counselling* telefonico sono pervenute da utenti di sesso maschile e il 37,5% (17.328) da utenti di sesso femminile, mentre per 50 persone (0,1%) l'informazione è mancante. I dati evidenziano che i gruppi di coloro, non tossicodipendenti, che hanno avuto contatti eterosessuali e i NFDR sono i più rappresentati. Il numero totale dei quesiti formulati dai giovani è di 117.680; le richieste maggiori riguardano le informazioni sul test (26,0%), le modalità di trasmissione (25,9%), gli aspetti psicosociali (12,4%), la disinformazione (11,7%) e la prevenzione (10,1%).

Conclusioni. Oggi ancor più che nel passato il telefono rimane uno strumento elettivo attraverso cui i giovani possono informarsi su aspetti di vitale importanza per la tutela della loro salute. In un Paese come l'Italia, che vede sempre più persone che s'infettano per la mancanza di conoscenze sulle modalità di trasmissione di questa infezione o per il mancato uso del preservativo, le nuove generazioni si stima abbiano informazioni limitate su HIV/AIDS e IST o comunque in molti casi sembrano non avere la percezione del rischio di contagio.

VARIAZIONE DIFFERENZIALE DELLA PREVALENZA DI OBESITÀ TRA IL 2008 E IL 2010 TRA BAMBINI CON MADRI DI DIVERSA ISTRUZIONE IN CAMPANIA: OKKIO RILEVA UN AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE

Mazzarella Gianfranco (a,c), Buoncristiano Marta (b), Lamberti Anna (b), Pizzuti Renato (c),
Gruppo di Lavoro OKkio alla Salute Campania 2010

(a) UOC Pediatria, OORR Penisola Sorrentina, ASL Napoli 3 Sud, Napoli

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

(c) OER , Assessoreato alla Sanità, Regione Campania, Napoli

Introduzione. L'istruzione della madre è uno dei fattori associati con l'obesità del bambino. Al fine di contenere le disuguaglianze in salute, è auspicabile che eventuali variazioni temporali della prevalenza dell'obesità nella popolazione pediatrica si verifichino in misura non differenziale tra i figli di madri con diverso grado d'istruzione. Scopo del lavoro è analizzare se tra il 2008 e il 2010 si sia verificata una variazione della prevalenza di obesità di simile entità tra i figli di madri di Bassa Istruzione (BI) (≤ 8 anni) e di quelle laureate, in Italia e in Campania.

Metodi. Utilizzando i dati delle due raccolte di OKkio alla Salute, sono state calcolate le prevalenze di obesità stratificate per grado di istruzione materna. Sui soli dati campani, poi, è stata realizzata un'analisi multivariata (Regressione Logistica) finalizzata a valutare l'entità della riduzione del rischio di obesità tra figli di madri di diversa istruzione nel 2010 vs 2008, correggendo per alcuni possibili *confounder* riportati nel database di OKkio.

Risultati. In Italia si è registrata una riduzione della prevalenza di obesità solo tra i figli di madri di BI che tra il 2008 e il 2010 è passata rispettivamente dal 15,6% al 14,0% ($p=0,006$). In Campania, invece, si è registrata una marcata tendenza alla riduzione della prevalenza di obesità solo tra i figli di madri laureate che tra il 2008 e il 2010 è passata rispettivamente dal 15,1% al 10,5% ($p=0,068$). In Campania, inoltre, aggiustando per sesso ed età del bambino, occupazione della madre e zona geografica di residenza, solo i figli di madri laureate confermano una probabilità quasi doppia di riduzione dell'obesità nel 2010 vs 2008: *Odds Ratio* aggiustato 0,66 (Intervallo di Confidenza al 95%: 0,42-1,03).

Conclusioni. La tendenza alla riduzione tra il 2008 e il 2010 della prevalenza dell'obesità solo tra i figli di madri laureate in Campania, in controtendenza rispetto a quanto verificatosi in Italia, rappresenta un dato che, anche se di non facile interpretazione, è un preoccupante segnale di un aumento delle disuguaglianze in salute tra bambini di diversa classe sociale. In attesa di un'ulteriore conferma da OKkio 2012, questo dato rappresenta un pressante invito per gli operatori a un'attenta riflessione su come interpretare e affrontare tempestivamente questa realtà.

NON CI RICASCO. PROGRAMMA MULTICOMPONENTE DOMICILIARE PER RIDURRE L'INCIDENZA DELLA RIFRATTURA DI FEMORE NELLA POPOLAZIONE ULTRA64ENNE

Mazzetto Manuela (a), Astolfo Paola (a), Bortolato Alessia (b), Gialazzo Elena (a), Meneghin Emanuela (a), Trevisanello Giovanna (b), Regazzo Sara (b), Stocco Francesca (a)

(a) Dipartimento di Prevenzione, ULSS 9, Treviso

(b) Dipartimento di Medicina Riabilitativa, ULSS 9, Treviso

Introduzione. Un terzo degli ultra64enni che vanno incontro a frattura di femore, causa frequente di invalidità e complicanze mortali si riferisce entro 2 anni. Fattori di rischio individuali ed ambientali sono stati identificati e possono essere oggetto di interventi. Nell'ULSS9 si è avviata una sperimentazione di intervento multicomponente volto a: 1) ridurre l'incidenza della riferita di femore in persone ultra64enni, deambulanti, autosufficienti e senza gravi problemi cognitivi prima della frattura; 2) migliorare abilità e qualità della vita dei pazienti che hanno superato una prima frattura.

Metodi. Un tavolo di coprogettazione tra Dipartimento di prevenzione, Dipartimento di medicina riabilitativa, UO Ortopedia e Distretti ha predisposto un programma in continuità tra ospedale e territorio costruito sulle evidenze a disposizione.

Risultati. È stato definito un programma domiciliare individuale di durata annuale composto da:

- programma di esercizi pianificato da Medicina dello sport e Medicina riabilitativa personalizzato con valutazione al tempo 0 e successivamente trimestrale supervisionata da assistente sanitaria e fisioterapista. Questo programma è finalizzato a recupero ed incremento di forza, equilibrio e abilità motorie complessive;
- valutazione dei rischi ambientali e prescrizione di correzione degli elementi di rischio;
- *counselling* motivazionale per mantenere l'adesione al programma con monitoraggio telefonico settimanale;
- valutazione.

Nel primo anno di attività sono stati arruolati 15 donne e 1 uomo di età tra 70 e 91 anni; nel 60% dei casi con comorbosità multiple e nel 67% in polifarmacoterapia; gran parte delle cadute causa della prima frattura erano avvenute in ambiente esterno; non si sono resi necessari rilevanti interventi di riduzione del rischio in abitazione (quello più ricorrentemente rilevato era la presenza di tappeti).

Conclusioni. La valutazione di processo ha evidenziato la sostenibilità della proposta in termini organizzativi ed il gradimento degli utenti. La *compliance* alla presa in carico domiciliare è elevata così come quella agli esercizi; in quasi tutti i pazienti si è tuttavia rilevata difficoltà a progredire nell'intensità dell'esercizio della forza, fatto attribuibile al complessivo stato di fragilità (da comorbosità o età media elevata).

P237 DIFFERENZE SOCIO-ECONOMICHE NELL'ACCESSO ALLO SCREENING CITOLOGICO ORGANIZZATO E ALLA PREVENZIONE INDIVIDUALE NEL VENETO

Milani Silvia (a), Michieletto Federica (b), Russo Francesca (b), Bino Erica (b)

(a) Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 13 Veneto, Dolo, Venezia

(b) Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica, Direzione Prevenzione, Regione Veneto, Venezia

Introduzione. Dal 2007 i programmi di *screening* delle neoplasie del collo dell'utero sono attivi in tutte le 21 Aziende ULSS della Regione. Con i programmi di *screening* cervicale tutte le donne tra i 25 e i 64 anni, iscritte alle anagrafi sanitarie aziendali, sono invitate con una lettera ad eseguire un pap test con un appuntamento prefissato. Il prelievo viene effettuato da una ostetrica in una struttura pubblica. Il pap test, gli eventuali accertamenti e terapie successivi sono gratuiti.

Metodi. I dati regionali PASSI 2010 sono stati analizzati per età, stato civile, livello di istruzione, *status* socioeconomico e cittadinanza per evidenziare eventuali differenze e sperequazioni di accesso ai programmi di *screening* citologico organizzati e non.

Risultati. Secondo le definizioni utilizzate da PASSI, rientrano nel programma di *screening* organizzato tutte le donne che hanno fatto un pap-test negli ultimi tre anni senza pagare, mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato il pap-test negli ultimi tre anni, pagando il ticket o l'intero costo dell'esame. Tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 46% (IC:43,9-48,5) ha effettuato il pap-test all'interno di un programma di *screening* organizzato, mentre il 39,3% (IC: 37,1-41,6) l'ha effettuato come prevenzione individuale (85,3% in totale). Analizzando le modalità di accesso secondo alcuni parametri socio-economici, risulta interessante la differenza di comportamento rispetto ad alcune variabili: l'accesso a programmi di *screening* organizzati è infatti più frequente da parte delle donne tra i 50 e 64 anni, con un basso livello di istruzione e soprattutto nelle donne di origine straniera. Anche la presenza di difficoltà economiche favorisce l'accesso ai programmi di *screening* organizzati.

Conclusioni. Considerando i pap test eseguiti negli ultimi tre anni al di fuori dei programmi di *screening*, l'uso del test nei tempi raccomandati è risultato marcatamente più alto nelle donne italiane, nella fascia 25-34 anni e nelle donne con alto livello d'istruzione e senza rilevanti difficoltà economiche. Viceversa i programmi organizzati producono equità riducendo le differenze per età, livello d'istruzione, difficoltà economiche e cittadinanza.

P238 LA MORTALITÀ PER OBESITÀ IN ITALIA: STUDIO DELLE CAUSE MULTIPLE DI DECESSO

Minelli Giada, Lombardo Flavia, Manno Valerio, Conti Susanna

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

Introduzione. L'obesità è un fattore di rischio per le principali malattie croniche quali malattie cardiovascolari, ictus, diabete e alcuni tumori, ed è una condizione associata a morte prematura. Secondo l'OMS l'obesità è responsabile del 10-13% dei decessi in varie Regioni d'Europa.

Metodi. Oltre al *database* ufficiale delle cause di morte ISTAT che codifica la causa iniziale, la fonte primaria di dati utilizzata è il *database* delle cause multiple (ISTAT) che dispone anche della causa "intermedia", "terminale" e di tutti gli "altri stati morbosi rilevanti". L'utilizzo dei due *database* ISTAT linkati fra loro, permette di ottenere il quadro patologico complessivo indicato dal medico sul certificato di morte. L'analisi si riferisce al periodo 2000-2002 e 2006. Il calcolo degli SMR di patologia e SMR regionali (riferimento nazionale) è stato ottenuto confrontando gli osservati con gli attesi rispetto al *database* ISTAT delle cause iniziali. Gli intervalli di confidenza al 95% sono calcolati con formula di Byar's.

Risultati. Negli ultimi 30 anni in Italia, la mortalità per obesità (IC-IX 278.0 e ICD-X E66) è cresciuta del 14% (tasso std 0,059 per 100.000 nel 1980, 0,804 nel 2008). Nel periodo di questo studio sono state individuate 4.358 schede di morte con indicazione di obesità in qualunque posizione del certificato. Il 64,3% erano donne; l'età media al decesso è 67 anni (61 negli uomini, 73 nelle donne), significativamente inferiore a quella per tutte le cause che è 77 anni (74 negli uomini e 80 nelle donne). Il 34,5% delle schede risultano avere l'obesità come causa iniziale. Le cause di morte più frequenti sono il diabete (SMR=1,94, IC 1,71-2,18), le malattie cardiache (SMR=1,17, IC 1,11-1,21) e le malattie del sistema respiratorio (SMR=1,22, IC 1,11-1,36). Le Regioni con numero di decessi per obesità significativamente maggiori degli attesi sono: Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Lazio e Abruzzo, mentre i valori più bassi sono in Lombardia, Toscana e Calabria.

Conclusioni. Questo lavoro riporta dei risultati inediti in Italia. Come per la prevalenza vi è un aumento della mortalità. L'obesità oltre ad essere una causa di morte, è presente come co-morbidità in numerose patologie. Le differenze territoriali trovate sono in parte spiegate da una differente attenzione nel registrare la patologia.

P239 WWW.CONSULTORIOGIOVANI.ASLCN1.IT - UN'ESPERIENZA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE SUL WEB FRA RELAZIONE ED INTIMITÀ

Nunziato Daniele

SSD Consultorio Familiare Mondovì-Savigliano, ASL CNI Piemonte, Saluzzo, Cuneo

Introduzione. Il progetto consultoriogiovani.aslcn1.it nasce dalla tesorizzazione di un'esperienza quasi ventennale dei Consultori familiari dell'ASLCN1 (Piemonte) in tema di promozione della salute sessuale. È stata esportata dal contesto scolastico al Web l'opportunità di offrire delucidazioni e consigli in tema di affettività e sessualità a ragazzi che desiderino condividere dubbi, preoccupazioni, o porre specifici quesiti in un clima di attenzione e riservatezza. Il sito web consultoriogiovani.aslcn1.it offre una veste volutamente semplice e poco istituzionale, ma allo stesso tempo in grado di mantenere una referenzialità professionale. Grande attenzione è stata dedicata all'impatto visivo delle pagine e alla valenza comunicativa delle illustrazioni, sempre attraversate da una valorizzazione dell'aspetto relazionale della sessualità.

Metodo. I visitatori hanno l'opportunità di porre direttamente domande condividendo alcune minime informazioni, che non pregiudicano il loro eventuale desiderio di anonimato. Gli stessi visitatori hanno la possibilità di leggere le risposte date precedentemente ad altri ragazzi, consultabili anche separatamente per sottotemi. L'elenco di dette tematiche implicitamente qualifica e confina l'ambito di interesse del sito: affettività e sessualità, conosci il tuo corpo, masturbazione, omosessualità, le "coccole", la prima volta, rapporto sessuale, gravidanza, contraccezione, contraccezione d'emergenza, infezioni sessualmente trasmissibili, interruzione volontaria di gravidanza. Ciascuna richiesta di consultazione viene gestita da un micro-staff redazionale del consultorio familiare in eventuale collaborazione con altro personale sanitario specialistico. Il sito presenta inoltre una serie di rimandi a fonti di approfondimento e suggestione su ciascun tema, così come ad informazioni rispetto a servizi territoriali ed eventuali specifiche iniziative.

Risultati e conclusioni. Il sito viene costantemente monitorato attraverso il Servizio di Statistiche Google Analytics. Dalla sua pubblicazione ha ricevuto 7.458 visite, 33.380 visualizzazioni, ha generato circa 200 consulenze dirette e presenta un andamento in costante crescita. Il sito viene utilizzato anche durante incontri di promozione salute rivolti ad adolescenti in ambito scolastico, consultoriale e nelle comunità locali.

P240 ATTIVITÀ FISICA, ALIMENTAZIONE ED ECCESSO DI PESO NEI GIOVANI TOSCANI: I RISULTATI DELL'INDAGINE EDIT 2011

Olimpi Nadia, Voller Fabio, Orsini Cristina, Cipriani Francesco
Agenzia Regionale di Sanità Toscana, Firenze

Introduzione. L'adozione nei giovani di sane abitudini rispetto ad attività fisica e alimentazione può aiutare a ridurre il rischio di obesità e di sviluppo negli anni di malattie croniche, le principali cause di decesso negli adulti. L'indagine EDIT svolta dall'ARS Toscana ha rilevato comportamenti riguardo a questi stili di vita e stato nutrizionale negli adolescenti toscani, per monitorare la prevalenza di condizioni a rischio e fornire un supporto epidemiologico alla programmazione di azioni preventive.

Metodi. L'indagine EDIT 2011 ha coinvolto un campione rappresentativo per Asl di 4.829 studenti (M: 2.359; F: 2.854) di 14-19 anni frequentanti 51 istituti. In ogni istituto è stato somministrato ad un intero ciclo scolastico un questionario *self-report* che indaga i principali stili di vita. I dati raccolti su supporto informatico sono stati elaborati con software SPSS 13.0.

Risultati. L'11,8% degli adolescenti non svolge mai attività fisica (M: 7,2%; F: 16,7%). Il 6,8% raggiunge il valore raccomandato dall'OMS di praticare attività fisica almeno 1h/die (M: 8,0%; F: 5,5%). L'84,8% dei maschi e il 69,5% delle femmine ha praticato sport nell'ultimo anno. Snack dolci e/o salati e bevande zuccherate e/o gassate sono consumati frequentemente. La prevalenza di sovrappeso mostra un lieve *trend* in aumento nei tre anni in cui si è svolta l'indagine (2005: 9,9%; 2008: 11,9%; 2011: 12,7%), così come l'obesità (2005: 1,7%; 2008: 2,3%; 2011: 2,7%). All'aumentare del livello di istruzione familiare cresce la quota di ragazzi che ha praticato sport e il consumo di verdura e frutta. Nei soggetti con livello di istruzione familiare basso il consumo di snack dolci e/o salati e di bibite zuccherate e/o gassate è più frequente. Obesità e sovrappeso sono più diffusi nei ragazzi con livello di istruzione familiare basso.

Conclusioni. I dati indicano di favorire la pratica dell'attività fisica negli adolescenti, con particolare attenzione alle ragazze, complessivamente più sedentarie. Risultano migliorabili anche le abitudini alimentari. Negli anni la prevalenza di eccesso di peso mostra lievi differenze, ma con valori in crescita, risulta pertanto rilevante continuare a monitorare il fenomeno anche in questa fascia di età. Le fasce culturalmente più deboli necessitano di una maggiore attenzione, in quanto più a rischio di abitudini scorrette.

DEPRESSIONE POST-PARTUM: VERSO LA PREVENZIONE E L'INTERVENTO PRECOCE

Palumbo Gabriella, Mirabella Fiorino, Tarolla Emanuele, Cascavilla Isabella, Del Re Debora, Gigantesco Antonella

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

Introduzione. L'efficacia di specifici interventi psicologici per la prevenzione e il trattamento precoce della depressione *post-partum* è stata recentemente oggetto di diversi studi. Nell'ottobre 2011 il Reparto di salute mentale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha ricevuto un finanziamento dal Ministero della Salute per valutare, nella realtà italiana, la fattibilità e l'efficacia nella pratica dell'intervento di provata efficacia basato sul lavoro clinico e la ricerca condotti presso l'*Infant Clinic of the Parent-Infant Research Institute, Austin & Repatriation Medical Centre di Melbourne*.

Metodi. Partendo dal lavoro di Milgrom J, Negri LM, Gemmill AW, McNeil M, Martin PR. del 2005, la prevenzione della depressione *post-partum*, intesa come approccio focalizzato sulla promozione e sviluppo del potenziale positivo (Meneghetti A.), ha diversi punti di forza: promuove l'*empowerment*; è verosimilmente costo-efficace; è innovativo, perché riguarda un vero e proprio intervento psicologico, non limitato quindi solo all'educazione/informazione e/o al sostegno psicologico.

Risultati. Il progetto consentirà di raccogliere alcuni dati riguardanti l'efficacia nella pratica dei servizi italiani dell'intervento in termini di remissione dei sintomi depressivi, aumento del benessere psicologico e miglioramento della qualità di vita delle puerpera.

Conclusioni. Il progetto permetterà di valutare l'applicabilità dello *screening* e dell'intervento precoce nella realtà italiana e già durante lo studio di trasferire una metodologia innovativa presso i servizi coinvolti. L'applicazione del metodo di *screening* e di intervento potrà essere diffusa anche ad altre Regioni d'Italia.

P241 GAMBE IN SPALLA: PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA NELLE PERSONE CON PSICOPATOLOGIE CRONICHE

Pavarin Maria Chiara, Biscuola Silvia, Gallo Lorenza, Gasparetto Massimo
Azienda ULSS 18, Unione Italiana Sport per Tutti, Rovigo

Introduzione. Le evidenze epidemiologiche indicano che i quattro principali fattori di rischio per le patologie cronico-degenerative sono maggiormente diffusi tra le persone delle classi socio-economiche più basse e tra quelle affette da psicopatologie croniche, anche perché la terapia con psicofarmaci comporta in molti casi l'insorgenza di effetti indesiderati che influenzano negativamente lo stile di vita. Inoltre l'attività fisica e psicomotoria sono suggerite come mezzo di prevenzione, cura e riabilitazione e la pratica sportiva è divenuta anche uno strumento terapeutico-riabilitativo per la reintegrazione sociale di persone con malattia mentale. Il Progetto, sviluppato dal Dipartimento di Prevenzione dell'ASL 18, in collaborazione con la UISP (Unione Italiana Sport per Tutti), la Cooperativa Sociale Porto Alegre e il Dipartimento di salute mentale, ha l'obiettivo generale di rendere più facile agli utenti l'adozione di uno stile di vita attivo.

Metodi. Il progetto prevede la condivisione con *partner* e *stakeholder* di obiettivi e strategie; la costituzione di un Gruppo di coordinamento; la formazione dei laureati in scienze motorie e degli educatori coinvolti nel progetto; la realizzazione di specifiche iniziative: a) gruppi di cammino; b) ginnastica in palestra; la valutazione di processo e gradimento da parte di tutti gli attori.

Risultati. L'attività fisica è stata inserita stabilmente nel percorso individuale di riabilitazione a seguito della valutazione positiva dei medici psichiatri referenti. I laureati in scienze motorie hanno rilevato un miglioramento progressivo delle prestazioni fisiche dei partecipanti; gli utenti hanno riscontrato un beneficio sia fisico che psicologico, sentendosi più agili e rilassati, e per loro l'attività è diventata anche un momento di socializzazione. Gli educatori hanno riferito un reale cambiamento dello stile di vita, avendo osservato negli utenti una maggiore attenzione all'alimentazione ed una riduzione del numero di sigarette fumate.

Conclusioni. I risultati soddisfacenti ad ora ottenuti sono da attribuirsi alla condivisione da parte dei *partner* dell'obiettivo OMS relativo alla riduzione delle diseguaglianze in salute, alla definizione concordata delle metodologie e alla fattiva collaborazione tra i diversi attori.

P242 DIAMOCI UNA MOSSA, RIDIAMOCI UNA MOSSA, 1...2...3...MOSSA!

Rossi Daniela, Lucidi Fabio
UISP, Unione Italiana Sport per Tutti, Roma

Introduzione. La campagna di comunicazione triennale per stili di vita sani dal 2006 ha coinvolto 130.000 bambini e le loro famiglie (www.diamociunamossa.it). È inserita nei POF delle scuole primarie, per contrastare la sedentarietà promuovendo il gioco e il movimento quotidiani e associandoli a uno stile alimentare corretto. Questi due aspetti abbinati rappresentano versanti cruciali della salute e sono diritti fondamentali di ogni persona. Un'altra caratteristica della campagna è proporre ai bambini e agli adulti l'adesione ai principi di uno stile di vita sano come un gioco divertente e un momento di condivisione tra loro.

Metodi. L'azione sociale si sviluppa attraverso materiali dedicati ai bambini (diari con giochi, informazioni, spazi da personalizzare), poster per le classi, brochure-guide per genitori e insegnanti, tabloid illustrativi. Nel secondo anno della campagna l'obiettivo diventa trasformare gli stili di vita sani in abitudini quotidiane, in una strategia di mantenimento, nel terzo viene valorizzato il gruppo classe per la condivisione di comportamenti salutari. Gli educatori dell'UISP affiancano gli insegnanti con proposte di gioco e attività motorie, pediatri e nutrizionisti delle Asl intervengono sui temi dell'alimentazione.

Risultati. La campagna è stata valutata nella sua efficacia nel triennio dall'Università della Sapienza di Roma, Facoltà di psicologia e all'interno del progetto PNPAM del Ministero della salute con questionari in entrata e uscita rivolti a genitori, operatori, insegnanti e bambini: i risultati registrano un decremento della sedentarietà, miglioramenti nelle abilità motorie, una modificazione delle abitudini alimentari e un aumento di motivazioni verso il movimento e una sana alimentazione.

Conclusioni. La campagna ha ottenuto il riconoscimento di Guadagnare Salute; la sua valutazione di efficacia affidata a strutture esterne e i risultati raggiunti, l'attivazione e implementazione di reti di diversi soggetti impegnati nella prevenzione e promozione della salute, la pluriennalità degli interventi garantiscono la riproducibilità e sostenibilità di queste buone pratiche. Un esempio è costituito da "Pronti, partenza, via!", progetto sugli stessi temi promosso nel 2010 da *Save the Children*, UISP e CSI in 10 città con interventi nelle scuole primarie e riqualificazione di spazi in zone disagiate.

P243 POSITIVO ALLA SALUTE: SANI STILI DI VITA NELLO SPORT

Savino Gustavo, Luppi Chiara, Chiossi Alessandro, Fattori Giuseppe, Macini Pierluigi,
Trenti Tommaso, Tripi Ferdinando

Centro Regionale Antidoping, Regione Emilia-Romagna, AUSL, Modena

Il concetto di positività nello sport è considerato con accezione negativa e con facile riferimento alla rilevata assunzione di sostanze illecite dopo un controllo antidoping. Lo slogan Positivo alla Salute vuole controvertire questo significato volgendolo ad un'accezione provocatoriamente più pulita, la positività alla salute ed ai sani stili di vita nello sport. Il progetto, promosso dal Centro regionale *Antidoping* e dalla Regione Emilia-Romagna intende, attraverso efficaci sistemi di comunicazione, coinvolgere gli appassionati di sport e gli sportivi non professionisti informandoli sui rischi correlati all'uso di sostanze dopanti ed al beneficio di una sana pratica sportiva.

Metodi. Il progetto si è avvalso principalmente finora della realizzazione di: un sito internet corredata di materiali informativi, video, interviste e di un *database* di sostanze vietate nello sport consultabile gratuitamente; la predisposizione di un camper dedicato ad eventi di formazione ed adibito all'allestimento di un vero e proprio villaggio della salute con la partecipazione di esperti (farmacologo, medico dello sport, dietista) orientato ad offrire momenti di riflessione ed a fornire consulenze gratuite nei luoghi di sport, nel contesto di eventi sportivi ufficiali, nelle scuole (6.000 studenti incontrati) e nelle società sportive; la redazione di un *vademecum* dello sportivo con indicazioni su come praticare sport in sicurezza e come evitare gli effetti di farmaci e sostanze inutili e pericolose e su come fare a meno degli integratori a favore di una sana e corretta alimentazione; la disponibilità di un servizio di *counselling* telefonico quotidiano con numero verde (800170001) "Telefono Pulito". Tutto ciò per poter raggiungere facilmente chiunque fosse interessato al tema dello sport sano.

Risultati. I metodi impiegati hanno consentito di raggiungere dal 2009 ad oggi 300.000 persone e di raccogliere 1.800 questionari. Gli operatori del progetto hanno ricevuto inviti a partecipare ed organizzare eventi formativi su tutto il territorio regionale.

Conclusioni. Il modo migliore per parlare di sport è farlo nei luoghi dello sport, il miglior modo per affrontare temi come il doping non è quello di cavalcare l'onda dello scoop giornalistico o della sensazione ma è importante farlo con costanza offrendo a tutti gli strumenti per conoscere.

P244 LA FORMAZIONE ALLA RELAZIONE D'AIUTO, SECONDO IL COUNSELING MOTIVAZIONALE (UNA STRATEGIA PER PROMUOVERE LA SALUTE DEI PAZIENTI). L'ESPERIENZA CON I SIAN DELLA REGIONE VENETO

Scaglia Maurizio (a), Meneghini Stefania (b), Vanzo Angiola (b)

(a) Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, ASL AL, Alessandria

(b) Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, USSL n. 6, Vicenza

Introduzione. È risaputo che per mantenere uno stile di vita sano e ridurre il peso in eccesso, non basta che l'operatore informi e consigli, ma occorre che agisca sulla motivazione, costruisca una relazione efficace e utilizzi tecniche per aumentare la motivazione. Tali competenze sono il frutto di una formazione alla relazione d'aiuto e del suo mantenimento e stabilizzazione attraverso periodiche riprese della formazione e la supervisione.

Metodi. L'intervento, previsto dai Piani triennali sicurezza alimentare 2005-2007 e 2008-2010 della Regione del Veneto, è stato realizzato attraverso un percorso sia di ricerca sia di formazione. La formazione è iniziata nel 2005, ha avuto 2 edizioni, ha coinvolto n. 19 SIAN della Regione Veneto per un totale di n. 50 operatori. È consistita in:

- una sensibilizzazione ai temi della relazione professionale d'aiuto;
- una formazione all'ascolto empatico;
- una formazione alle tecniche di motivazione e di cambiamento;
- una guida all'apprendimento della capacità di presa in carico e di scelta di obiettivi strategici.

Il metodo pratico ed esperienziale ha caratterizzato la formazione attraverso l'utilizzo di *real play* e *role play*.

Risultati.

- Gli operatori riferiscono un miglioramento dell'autostima e dell'autoefficacia. Si sta, quindi, predisponendo uno studio per la valutazione del grado di formazione degli operatori e dell'efficacia dei trattamenti cui i pazienti sono sottoposti.
- Costruzione di un pacchetto formativo che fornisce strumenti per il trattamento del paziente, la programmazione di interventi adeguati allo profilo motivazionale, le valutazioni in progresso del trattamento, con ricadute sull'appropriatezza ed efficacia degli interventi di *counseling*.
- Costituzione di alcuni partecipanti in un gruppo per la redazione di un manuale per il *counseling* nutrizionale motivazionale.

Conclusioni. La formazione di lungo periodo al *counseling* motivazionale permette al professionista di adattare il piano di trattamento al profilo motivazionale del destinatario (*tailored-intervention*) ottenendo in modo concreto e misurabile la promozione di uno stile di vita sano ed attivo, la riduzione del peso in eccesso e la prevenzione delle malattie croniche associate ad una alimentazione non salutare ed alla sedentarietà.

P245 ATTIVAZIONE DI UN PROGRAMMA DI PREVENZIONE DELLE RECIDIVE NEI SOGGETTI CHE HANNO GIÀ AVUTO ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI

Tomasini Mary (a), Pellizzari Barbara (a), Groppi Vanessa (a), Ferro Antonio (b), Cinquetti Sandro (c)

(a) *Coordinamento Regionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, Regione Veneto, Venezia*

(b) *Direzione Prevenzione, Azienda ULSS 17, Este, Padova*

(c) *Direzione Sanitaria, Azienda ULSS 7, Pieve di Soligo, Treviso*

Introduzione. In Italia le malattie cardiovascolari sono responsabili del 42% dei casi di morte ed un contributo notevole è dato dalle malattie ischemiche del cuore. Nonostante le forti evidenze di efficacia degli interventi di prevenzione secondaria nel ridurre l'incidenza delle recidive, è documentato che gli stessi coinvolgono meno del 20% dei pazienti (pz) infartuati. Appare indispensabile implementare un intervento integrato tra i diversi attori che entrano in gioco nelle campagne preventive (Dipartimenti di prevenzione, cardiologi, MMG, fisiatri, dietisti e fisioterapisti) realizzando una progettualità unitaria tra ospedale e territorio per promuovere l'adozione e il mantenimento nel tempo di stili di vita corretti tramite un processo di *empowerment* del pz.

Metodi. Per ogni Azienda Sanitaria vengono arruolati 75 soggetti che hanno avuto un primo episodio di cardiopatia ischemica e dimessi con un *Grace Score* di grado medio-basso. Il pz selezionato dall'UO Cardiologica viene contattato da un Assistente sanitario che gli somministra un questionario sugli stili di vita, gli misura il BMI, la circonferenza addominale, la pressione arteriosa e controlla l'aderenza terapeutica. Al pz e ad un suo familiare vengono quindi proposte delle "Occasioni di Salute" che sono dei percorsi strutturati rivolti alla promozione dell'attività fisica, alla prevenzione del tabagismo e alla promozione di un'alimentazione sana. Seguirà un periodo di *follow-up* durante il quale il soggetto sarà rivisto a 6 mesi dall'arruolamento e contattato telefonicamente al 3° e 9° mese per verificare l'adesione alla terapia e alle proposte di miglioramento dello stato di salute.

Risultati. Il Progetto che coinvolge 6 Aziende sanitarie del Veneto e 2 dell'Emilia-Romagna, permette di prendere in carico i soggetti già infartuati che non riescono ad essere immessi nel circuito della riabilitazione cardiaca, solitamente riservato ai casi più gravi o interessati da un intervento cardio-chirurgico importante.

Conclusioni. Questo progetto offre ai pz infartuati interventi riabilitativi efficaci ed integrati con le successive fasi post-dimissione permettendo il reinserimento a domicilio grazie all'implementazione di un *follow-up* strutturato e la prevenzione delle recidive attraverso la modifica dello stile di vita e la terapia farmacologica.

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute – Ccm

OKKIO ALLA RISTORAZIONE COLLETTIVA (PROGETTO OPERATIVO INTEGRATO IN RETE PER SORVEGLIANZA, MONITORAGGIO E PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA RISTORAZIONE COLLETTIVA IN OTTICA GUADAGNARE SALUTE)

Ugolini Giuseppe (a), Minnielli Saba (a), Fei Francesca (a), Ugolini Ambra (a), Giacchi Mariano Vincenzo (a), Guberti Emilia (a), Alonzo Elena (a), Fardella Maristella (a), Giostra Giordano (a), Pontieri Vincenzo (a), Panunzio Michele Fernando (a), Antoniciello Antonietta (a), Spagnoli Denise (a), Montaldi Marilina (a), Vanzo Angiola (a), Stano Antonio (a), Andreoli Patrizia (b), Gerosa Stefania (b), Lorusso Annamaria (b), Prugnola Daniela (b), Massimiani Maria Luisa (c), Pasanisi Patrizia (d), Berrino Franco (d), Ruggeri Stefania (e), Taruscio Domenica (f), Olivieri Antonella (f), Cairella Giulia (a), Fagioli Paola (g)

(a) *Gruppo OKkio alla Ristorazione, Roma*

(b) *Aziende di Ristorazione Collettiva, Roma*

(c) *Comune, Roma*

(d) *Istituto Tumori, Milano*

(e) *Inran, Roma*

(f) *Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(g) *AIC Lazio, Roma*

Introduzione. A 5 anni dall'esordio l'esperienza locale di OKkio alla RC quale metodo operativo consolidato di collaborazione in Rete integrata tra SIAN RMC Regione Lazio - Aziende RC - Istituzioni scientifiche e politico sanitarie è in fase di diffusione ad altre Regioni. Le Aziende di RC con circa 2 miliardi di pasti/anno condizionano l'alimentazione e quindi la salute di gran parte di popolazione lavorativa costituendo obbligato *stakeholder* SIAN per la responsabilità di garantire ai commensali sicurezza alimentare e nutrizionale e spazi di corretta informazione all'interno delle proprie strutture a operatori e commensali.

Metodi. Utilizzato Protocollo SCHEMA Guida 28 *items* (e/o questionario equivalente) invio e-mail e ritorno compilata a mittente da OSA Referente per rilevazione omogenea numero e coordinate tipologiche di struttura di RC, identificazione terminali gestionali e capacità produttive e riassumere dati e informazioni. Inviato materiale (Ministero Salute - ISS - Inran - SIAN - IstitutoTumori Milano) informativo-formativo (poster, depliant ecc.) e legislazione per campagne di promozione: "poco sale ma iodato", menù ricco in folati e dieta mediterranea, a richiesta disponibilità menù celiaci, diffusione metodica dietetica per volumi, decalogo prevenzione nutrizionale cancro. Inviata relazione annuale al Parlamento celiachia.

Risultati. Censite 182 ARC nazionali di cui 28 operative in Asl RMC con 78 strutture attive (58 mense aziendali +6 case riposo +3 ospedali +7 case cura +1 RSA +3 IFO) 11 catering e 7 cucine artigianali per circa 24.000 pasti/die e sottoposte a sorveglianza e monitoraggio sistematici. Operativi 163 cuochi, 26 dietisti, 6 nutrizionisti. Forte attenzione alle 3 maggiori ARC (Sodexo-Compass-Pellegrini) che riassumono il 50% di strutture e

pasti/*die*. Totale l'adesione di ARC a riduzione sale in cucina con forte incremento sale iodato: non uso sceso da 63 a 7%, uso parziale (solo tavola) aumentato da 25 a 64% uso esclusivo (cucina+tavola) da 12 a 29%. Su 78 strutture ben 61 (78%) offrono pasti a celiaci per una media *die* effettiva di 39.

Conclusioni. Esperienza e risultati dimostrano praticabilità, comune interesse SIAN-ARC, necessità *empowerment* cuoco (“responsabile” finale piatto) e estensione nazionale di uso canale RC preformato a costo zero, straordinaria opportunità per interventi di prevenzione nutrizionale in Sanità pubblica.

P246 “TIENI STRETTA LA VITA” PREVENZIONE INCIDENTI ALCOOL CORRELATI

Zampetti Rosamaria
ASL, Salerno

Introduzione. Gli incidenti stradali rappresentano un problema estremamente diffuso, specialmente nella fascia d'età 15-29, la cui prevenzione risulta di difficile attuazione. Dall'analisi dei dati ISTAT, nel corso degli anni, si evidenzia un decremento degli incidenti, pertanto le azioni educative/formative vanno potenziate e anche rivisitate nel tempo.

Metodi. Negli anni di attuazione del progetto si è confrontata la metodologia con gli studi sulle buone prassi, con la letteratura scientifica internazionale, aderendo a programmi di prevenzione nazionali del Ministero della Salute CCM “Scegliere la Strada della Sicurezza” e al “Programma Guadagnare Salute in Adolescenza”, ai piano regionale di prevenzione. Il programma si è orientato verso un approccio di “Sviluppo di comunità” che potesse sensibilizzare la cittadinanza ad attivarsi sul tema della sicurezza stradale, ha previsto azioni multilivello su più ambiti (educativo, formativo, informativo, organizzativo). La costruzione di una rete di alleanze Istituzionale e con il volontariato sociale ha consentito un apporto sinergico tra i diversi attori sociali che ha facilitato le azioni previste nei diversi contesti di intervento. Il *target group* è composto da destinatari intermedi/moltiplicatori: insegnanti scolastici e di autoscuole, attori del sociale.

Destinatari finali. La popolazione giovanile compresa nella fascia di età 14/29 anni. L'impianto progettuale ha come modalità d'intervento la formazione cosiddetta “a cascata” basata sulla partecipazione e il coinvolgimento degli attori nelle fasi attuative.

Risultati. Il programma ha consentito di raggiungere una vasta popolazione giovanile che ha ricevuto informazioni su come guidare in sicurezza, sia nell'ambito educativo sia nel momento dello svago e del divertimento, disponendo di moltiplicatori adulti e coetanei presenti in contesti diversi.

Conclusioni. È possibile motivare e coinvolgere se un progetto è ben presentato e coerente nella sua applicazione.

INDICE DEGLI AUTORI

- Acerbi Luigi 142; 366; 367
Addante Anna 69
Agostini Massimo 209
Agostini Tamara 201
Agricola Eleonora 210; 304
Aguzzoli Cristina 183; 211; 213; 344
Aini Maria Adelia 214
Albano Nekdulf 26
Albertini Augusta 91; 365
Alfieri Sara 249
Allara Elias 57; 373
Allodi Guendalina 33; 51; 87; 200
Alonso Elena 113; 414
Alvaro Roberto 233; 235
Amaro Salvatore 368
Ambrogiani Elisa 72; 155
Amendola Rosa 221
Andreoli Patrizia 414
Andreozi Eleonora 368
Andreozi Silvia 397
Andrighetto Igino 115; 299
Andrighettoni Sabrina 374
Andrissi Laura 215; 288
Anelli Savino 109; 375
Angelini Paola 57; 216; 218; 259; 373
Angelini Veronica 229
Angelone Anna Maria 306
Anghinoni Emanuela 62; 73
Angioi Paola 92; 134; 396
Antichi Mariella 250
Antonicello Antonietta 217; 414
Antonioli Lucia 93
Antoniotti Maria Chiara 37; 120
Aprile Valerio 18
Arcangeli Bruno 330
Ardemagni Giuseppina 79; 88; 196
Ardis Sergio 15
Arduini Domenico 135; 279; 281; 364
Arena Maria Antonella 86
Arlotti Alberto 141; 218; 219
Arras Pina 92; 134; 396
Asciutto Rosario 302

Asole Simona 274
Assirati Margherita 142; 366; 367
Astarita Maria 381
Astolfo Paola 390; 403
Attolico Lucia 119
Attolini Ettore 26
Atzori Maria Antonietta 214
Auletta Francescantonio 272
Avancini Sandra 48
Aversa Anna Maria 220
Azzarito Caterina 3; 219; 221; 260; 294; 393
Bacchi Elisabetta 163
Bacchi Maurizio 384
Bacchion Enzo 42
Badiali Anna Maria 60
Baffoni Massimo 345
Baggio Bruna 233; 249; 257
Baglio Giovanni 114
Bagnasco Gabriele 384
Baldessari Maria Pia 94
Baldi Giuseppe 83
Baldi Roberta 4; 10; 14; 143; 248; 315
Baldissera Mara 350
Baldo Mariella 326
Balducci Maria Teresa 5
Balestra Antonella 22
Balestreri Debora 350
Balestri Francesca 109
Ballarini Umberto 211; 213
Balocchini Emanuela 109
Banovich Flavio 326
Barale Mariangela 22; 99
Barbaglio Giorgio 199; 223
Barbanti Alessandro 60
Barbero Luigi Domenico 244
Barbetti Emiliano 162
Barbieri Maria Antonia 262
Barbieri Marzia Raffaella 12; 126
Bardelli Roberto 342
Barletta Giuseppe 268
Barocco Giulio 95; 96; 211; 213; 298

Barozzi Erika.....	291
Bascelli Adriana.....	167
Basetti Sani Ilaria.....	311
Basile Angela	23; 38; 64
Bassanese Stefania	211; 213
Bassi Mariachiara.....	163
Basso Lucio.....	326
Batà Beatrice.....	131
Battaglia Egidio.....	310
Battisodo Paola	330
Battista Tatiana	295; 296
Battistella Alessandra.....	10; 14; 248
Battistella Giuseppe	39; 40; 41; 333
Battisti Elena	83
Battisti Emanuela.....	128
Battisti Laura.....	232
Battistina Rosato Marina.....	319
Battocchio Stefania.....	128
Bazzali Ester	143
Bazzo Stefania.....	39; 40; 41; 333
Beacco Virginio	224
Beccaria Franca.....	244; 383
Becchio Maria Teresa	22
Becherini Daniela.....	202
Belcastro Antonio.....	231
Bellan Giorgio.....	225; 313
Bellati Cristina.....	62
Bellettini Francesca.....	366
Belli Luca	97; 157
Bello Paolo	42
Bellomo Rocco.....	147; 226
Belluzzi Luigi.....	11
Belotti Donatella	98
Beltrami Patrizia.....	6; 57; 141; 188; 218; 219; 227; 263; 325; 373
Benassi Simona	395
Benedetti Elisabetta.....	274
Benetollo Pierpaolo	237
Bergamaschi Anna	19
Bergamasco Flavia	80
Bernacchia Elisabetta	72
Bernardini Alessandro.....	12; 126
Berrino Franco	414
Bertazzo Luisella.....	24
Berti Stefano	72; 144
Bertini Silvia	289
Bertoldi Manuela	232
Bertoldo Alessandro.....	115
Bertoli Marco	344
Bertoni Emanuele	339
Bertossi Chiara.....	360
Betocchi Massimo.....	233
Bettinelli Maria Enrica.....	7; 228; 274
Beviglia Giuseppina.....	291
Bevilacqua Noemi.....	229
Bezzi Eugenia	232
Bianchi Cristina	93
Bianchi Maria Antonietta.....	342
Bianco Anna Maria	125; 338
Bianco Elvira	8
Binda Marta	162
Bino Erica.....	82; 404
Biollo Gianmartino	265
Bisagni Miriam	230
Bisbano Alessandro	376
Bisceglia Massimo	231
Biscuola Silvia	190; 409
Blancato Sebastiano	99; 169
Blasina Jadranka	52
Blundo Giovanni	395
Bobbio Alessia	30
Bocca Marina	163
Boffo Luciano	122
Boin Federica	29
Boldrin Marina	308; 362
Bolzonello Igor	43; 251
Bomben Lucio	323
Bonaldo Daniele	9
Bonani Norma	232
Bonanno Mario	99
Bonato Annamaria	211
Bonavina Maria Giuseppina	128; 348; 350
Bonciani Manila	114
Bonfà Giovanni	79
Bonfanti Marina	24; 73; 223; 233; 235; 249; 257
Boni Michelangelo	11
Boni Roberto	262
Bonmassari Roberto	232
Bonomi Stefania	81
Bordoni Giovanni	233
Borsoi Gabriella	354

- Bortolato Alessia 403
 Bortolotti Gigi 199
 Bortolus Renata 237; 304
 Bosi Sandra .. 57; 216; 218; 341; 373; 388
 Bosio Chiara 128; 350
 Botta Francesca 399; 401
 Bottarel Mery 40; 41; 135; 333
 Botto Maria Maddalena 22
 Bovo Chiara 128; 348; 350
 Bozzetto Manuele 180; 309
 Bozzolo Davide 143
 Bracciotti Marco 68
 Brambilla Antonio 259
 Brambilla Franca 102
 Brambilla Paolo 199
 Brana Marina 323; 343
 Brandimarte Maria Alessandra 184
 Brandolin Giorgio 198
 Brea Francesca 287
 Bresich Cristiano 354
 Brianti Giorgio 323; 360
 Brichese Anna 58; 151; 194; 254; 322
 Brino Antonio 150; 168
 Brollo Rita 146
 Broseghini Manuela 48
 Brugnano Mariella 335
 Brugnone Marina 239
 Brugola Lorenzo 196
 Brunelli Mara 348; 350
 Bruno Stefano 22
 Brusa Mauro 241; 255
 Bruschi Fabiana 145
 Bucci Ines 167
 Bucciarelli Mauro 397
 Buoncristiano Marta... 50; 114; 377; 397;
 398; 402
 Buono Paolo 386
 Buonocore Raffaella 46
 Buonvicino Paola 88
 Burgio Francesco 224
 Burro Francesco 240
 Burzilleri Liliana 233; 235
 Buscemi Daria 243
 Cacciarini Valentina 60
 Cacciola Salvo 109; 113
 Caielli Alice 10; 14; 248; 258; 315
 Caimi Francesco 73
 Cairella Giulia 414
 Calaciura Antonella 142; 366; 367
 Calcagno Daniela 31
 Calderone Barbara 230
 Calia Roberto 88
 Calise Manuela 162
 Calisti Antonella 241
 Calligaro Donatella 354
 Calò Nicola 350
 Cammalleri Anna 317
 Cammisa Maria 26
 Campara Paola 348
 Campigotto Flavia 44; 378
 Campostrini Stefano 84; 348
 Canale Alessia 11; 104
 Cane Luciano 313
 Canepe Vittorio 100
 Caneva Tiziana 75
 Cannizzaro Virginia 113
 Cannizzo Elisabetta 23; 38; 64
 Canova Rosanna 70
 Cantù Daniela 12; 126
 Capello Roberto 233; 235
 Capirossi Giuseppina 350
 Caporizzi Rossella 217
 Cappa Veronica 115; 299
 Cappai Maria 134
 Capra Paola 243
 Caputi Giovanni 295; 296
 Caputo Eliana 233; 235
 Caputo Enrico 18
 Caputo Marcello . 99; 127; 169; 244; 391
 Caracciolo Vera 23; 38; 64
 Cardamone Ugo 79
 Cardetti Silvia 99; 127; 169; 391
 Caregaro Lorenza 115
 Caregnato Andrea Cesare 116; 145
 Cargnelutti Ivana 146
 Carletti Claudia 245
 Carloni Roberto 10; 14; 248
 Carobbi Manuela 11; 276
 Caroli Giuseppe 276
 Caroli Margherita 26; 245; 247; 398
 Carollo Lucia 60; 68
 Carpi Antonella 100; 277; 315

Carreras Giulia	57; 60; 62; 373
Carucci Elena	13
Casadei Marina	379
Casadio Fabio.....	188
Casali Fiammetta.....	7
Casari Susanna	104
Casazza Marina	133; 353
Cascavilla Isabella.....	408
Casella Pietro	268
Casella Rosa Alba.....	104
Cassatella Cristina.....	347
Castagna Loretta.....	147; 149; 226
Castagna Patrizia.....	381
Castelli Donata	262
Castelli Maurizio	59
Castellini Stefania	209
Castiglia Raffaella. 10; 14; 248; 258; 315	
Castoldi Francesca	186
Catozzo Rosanna	109
Cattaneo Adriano	245
Cavagnaro Paolo	192; 193
Cavalcanti Anna	3; 221; 380
Cavalla Anna Rita	297
Cavallini Gianni	211; 213; 323
Cavallo Franco	50
Cavazzuti Anna Paola.....	104
Cavion Roberto	75
Ceccanti Anna	60
Cecchetti Roberto.....	79
Cecconami Lorella	148
Cecconi Rosamaría.....	10; 14; 143; 248; 258; 315
Cecconi Rossella	33; 51; 87; 200
Cecile Danila.....	347
Cei Sofia.....	289
Cela Enza Paola	217
Celada Silvia	79; 196
Celata Corrado	249; 250
Celebre Cinzia.....	387
Celenza Francesca.....	111
Cella Maria Grazia.....	298
Cencetti Stefano	276
Cenedese Carlo.....	251
Censi Laura	229; 375
Centis Elena	6; 325
Ceraso Paolo Antonio.....	393
Cereda Danilo	73
Ceresa Piera	73
Cernunzio Antonella	231
Cerrato Marina.....	22; 99
Cesario Michele	314
Ceschi Ilario	42
Chapin Elise	228; 274
Chellini Elisabetta	60; 62
Chermaz Ester.....	58; 151; 194; 254; 322
Chiari Carlotta.....	182
Chiavegatti Benedetta	102
Chiesa Edoardo	326
Chiesa Stefano	277
Chilese Saverio	252; 361
Chimenti Rosa	314
Chioldi Paolo	8
Chiolfi Linda.....	124; 252; 361; 362
Chirossi Alessandro.....	411
Ciarfleo Purich Rosanna	52; 354
Cibin Monica	362
Cibin Veronica	299
Cicala Stefano	16; 261; 385
Ciccone Glauco	327
Ciccone Luciano	28; 154; 339
Ciconte Emma Anna Rita	45
Ciddio Paola.....	149; 226
Cigarini Paola	104
Cimarosti Valentina	211; 213
Cimini Daniela	97; 157
Cingolani Maria	103
Cinieri Marina	100
Cinquetti Mauro	350
Cinquetti Sandro	58; 150; 151; 168; 194; 254; 318; 322; 413
Cione Ilaria	112; 171; 340; 341; 381
Ciot Elena	150; 151; 168; 194; 254
Cipolla Daniela	241; 255
Cipolla Eustacchio	23; 38; 64
Cipriani Francesco	34; 407
Cipriani Rosita	18; 191
Cirella Assunta	171; 300
Cirillo Mariangela	307; 357
Ciserchia Elisabetta.....	91
Claut Michela	298
Cobianchi Francesco	210
Coco Ida Consolina.....	376

Coffano Maria Elena	239; 243; 341	Crocco Sara	354
Cogliati Maria Grazia	170	Croce Mauro	329
Coia Maura	268	Croci Eleonora	170; 343; 344
Colao Maria Gabriella	97; 157	Croci Susanna	91
Colletta Stefano	103	Crosa Lenz Chiara	383; 384
Colombo Adriana	143	Cufino Canio	125; 338
Colombo Alberto	161	Cugno Giuseppe Nicolò	125; 338
Colombo Luca	196	Culot Wally	211; 213
Colucci Anna	399; 401	Culotta Claudio	10; 14; 143; 156; 248; 258; 315
Colussi Paola	256	Cunti Antonia	187
Cominetti Vincenza	81	Cuppone Rosanna	196
Condipodero Patrizia	118	Curcetti Clara	259
Contarino Fabio	37	Curia Luigi Rubens	260
Conte Marco	150	Cussa Claudio	169
Conti Susanna	405	Czerwinsky Loredana Domenis	40; 41
Conversano Michele	295	D'Addio Antonio	272
Coppini Cristina	111	D'Aiello Gian Paolo	359
Coppo Alessandro	62	D'Alessandro Aniello	384
Coppola Liliana	24; 73; 79; 88; 196; 223; 233; 235; 249; 250; 257	D'Amato Antonio	362
Coppola Maria	125; 338	D'Ambrosio Pompeo	97; 157
Coppola Massimo	255	D'Amico Maria Angela	167
Coppola Tiziana	23; 38; 64	D'Angelo Antonio	46
Cora Oscar	252; 361	D'Angelo Daniela	32; 152; 202
Corapi Umberto	231	D'Angelo Emanuele	167
Corchia Carlo	304	D'Angelo Nicola	117
Corni Giovanna	119	D'Argenzo Angelo	16; 46; 261; 385
Corrieri Puliti Lucia	15	D'Ippoliti Alessia	399; 401
Cortese Carmela	45; 352	D'Orio Fortunato	262
Cortese Giuseppe	362	Da Canal Elvia	44
Corvi Chiara	148	Dabovic Luciano	315
Cosmo Loredana	137	Dagazzini Ivo	326
Cosola Alda	118; 119; 382	Daghio Maria Monica	104
Costa Andreina	277	Dainese Stefania	23; 38; 64
Costa Carmela	131	Dal Pozzo Giuseppe	41; 333
Coviello Vincenzo	18	Dal Zotto Paola	107; 309
Covili Monica	325	Dall'Osso Dante	172
Cozzi Federica	287	Dalla Costa Damiano	29
Cracchiolo Manuela	302	Dalla Pria Simona	123; 130
Crapella Sabrina	309	Dalle Carbonare Giancarlo	362
Cremaschi Silvana	360	Danese Matteo	182
Cremaschini Marco	73; 223	Darelli Gianna	17; 66
Cricenti Ottaviano	52	De Anna Elio	198
Crisci Patrizia	10; 14; 248; 258; 315	De Belli Gaia	52
Cristaudo Rosa Maria	59	De Cristofaro Raffaela	59
Cristini Francesca	249	De Gennaro Rosella	393

De Giorgi Simonetta	111
De Luca Addolorata.....	18
De Luca Bruno	368
De Luca Francesca	17; 66
De Luca Ilaria.....	291
De Marchi Angela	330
De Marchis Antonella	184
De Noni Lucia... 147; 149; 153; 226; 341	
De Palma Maria.....	18
De Paoli Norma.....	124
De Pasquale Emilio	393
De Ponte Giovanna	343
De Ponti Lucia	81
De Rosa Anna	347
De Rossi Luciana.....	123; 130
Deintrona Simona.....	109
Del Fabbro Dario.....	102
Del Fabbro Tiziana	323
Del Nero Giuliana	148
Del Pio Tiziana.....	96; 298
Del Re Debora.....	408
Del Sette Massimo	4
Del Sole Anna Maria.....	362
DeLeo Alessandro	277
Dell'Acqua Raffaele	365
Dell'Orto Giovanna.....	162
Della Giustina Claudia	121; 267
Della Torre Angelina.....	291
Delli Colli Lia	268
Demaria Daniela.....	263
Demontis Maria Luisa Graziella	396
Depau Simone	291
Desideri Giovanbattista	306
Di Baldassarre Angela.....	167; 201
Di Bernardo Denise	264; 282
Di Blasio Andrea.....	167
Di Costanzo Anna	368
Di Fant Marcella	28; 154
Di Fonso Alessia	167
Di Giorgi Enrico.....	301
Di Gregorio Maria Rosaria.....	201
Di Grusa Alessandra	113
Di Iorio Patrizia	201
Di Lallo Domenico.....	274
Di Lenarda Andrea	170
Di Marco Ilia.....	60
Di Marco Mariasilvia.....	19
Di Martino Emanuela.....	111
Di Matteo Francesco	155
Di Onofrio Valeria	171; 300
Di Orio Ferdinando	306
Di Pieri Martina	70; 82
Di Pietrantonj Carlo	255; 358
Di Pietro Paola.....	91
Di Rosa Enrico.....	184
Di Santis Salvatrice.....	173
Di Staso Luigi	172
Diletti Maria Letizia.....	103
Dinoi Maria Rosaria.....	296
Dionigi Maurizio.....	196
Dirita Carmen	265
Dominguez Claudia	211; 213
Donadello Federico	42
Donato Maria Rosaria.....	386
Donato Marylena	380
Donini Rachele	386
Donna Maria Angela	239
Dupont Maria Franca	225; 291
Durante Marilena	218
Elia Marianna.....	138
Epifanio Angela	3; 221
Ermacora Antonella	383
Errico Severina Vincenza	60
Evangelista Paolo.....	306
Fabbri Alessandra	121; 267
Facchini Patrizia	145
Faggiano Fabrizio ... 30; 31; 57; 243; 373	
Fagioli Paola	414
Fagotti Cristina	105
Faillace Franca.....	3; 106; 221
Falcone Agata	44
Falcone Maria Francesca	65
Falcone Umberto.....	291
Faliva Cristina	66; 268
Fallace Pasquale.....	20; 270; 272
Fanetti Anna Clara	148
Fantini Claudio	327
Fanuzzi Antonio.....	24; 233; 235
Farchi Sara	274
Fardella Maristella	113; 414
Farina Pasquale	268
Fasiolo Laura.....	211

Fassina Simona	225
Fateh-Moghadam Pirous	278
Fattori Giuseppe..	11; 104; 275; 276; 411
Favareto Franca.....	315
Favero Elena	107
Fedele Roberta	96; 298; 387; 388
Federzoni Guido.....	104
Federzoni Maria	104
Fei Francesca.....	414
Ferrando Gianna Elisa.....	143; 156
Ferrara Clara	302
Ferrari Annamaria	218
Ferrari Arianna	287
Ferrari Bravo Maura.....	10; 14; 248; 277
Ferrari Laura	278
Ferrari Lindo	59
Ferrari Paolo.....	37; 384
Ferraris Alessandra.....	293
Ferraro Salvatore.....	27
Ferreri Anna Maria.....	124
Ferreri Enrico	244; 391
Ferri Mila	57; 216
Ferri Roberto	21; 95; 323; 389
Ferrini Piera.....	60
Ferro Antonio	318; 413
Ferro Mariapaola.....	109
Fiacchi Sonia.....	369
Fiacchini Daniel	97; 157
Ficorilli Quririno	83
Filippi Michele	263
Filitti Milena	241
Finarelli Alba Carola..	57; 108; 141; 216; 373
Finessi Andrea.....	71; 283
Fiorellini Stefania	393
Fiorentino Nicoletta	279; 281
Fiorito Antonio	354
Firenze Alberto.....	274; 302
Flammia Incoronata	8
Foà Dario.....	362
Fondi Martina.....	15
Forgiarini Mariarita	264; 282
Forgione Nunzia.....	8
Forte Genoveffa	220
Forti Cecilia.....	241
Fortini Patricia.....	143
Fortino Ida	233; 235
Fortuna Grazia	321
Forza Caterina	283
Fossati Anna Maria	22
Fragiacomo Marco	211
Franchetti Manuela	79; 88; 196
Francia Fausto.....	111; 289
Francia Franca.....	284
Francone Carla.....	313
Franzolini Annamaria	224
Franzoso Antonella Nadia.....	158; 159
Franzot Cecilia	44
Frascà Antonia	315
Frasson Clara	9
Frasson Samuela	53
Fresina Massimo	330
Fridel Marina	108; 218; 373
Frison Giampietro	53
Fubini Lidia.....	243
Furfaro Gabriella.....	59
Furlini Paola.....	263
Gabutti Giovanni.....	100; 277
Gadotti Erik.....	285
Galavotti Maurizio	73
Galdini Simonetta	79
Galeone Daniela.....	109; 114
Galeotti Antonio	301
Galessi Laura	173; 347
Galestro Riccardo	252; 361; 362
Galfo Myriam	375
Galiazzo Elena	172; 403
Galiazzo Mirco	286
Gallè Francesca.....	171; 300
Gallegati Annalisa	67
Galli Giorgio	160
Galli Mario.....	276
Gallina Sabina	167
Gallo Ciro	8
Gallo Fabrizio	100
Gallo Giovanni... 77; 123; 130; 172; 195; 324; 390	
Gallo Lorenza	190; 409
Gallo Pietro	399; 401
Gallucci Maurizio	390
Galzerano Bruno	109
Gandolfi Angela.....	161

Gandolfo Carlo	4
Garavelli Marina	391
Garbagni Erminia	366
Garofalo Giorgio	13; 33; 51; 87; 200
Garulli Andrea	227
Gasparetto Massimo	190; 409
Gastaldi Paolo	304
Gastaldo Mauro	255
Gattinoni Antonio	161
Gay Anna	265
Gelmi Giusi	249
Genchi Elisabetta	366
Generoso Giulia	52
Gennuso Marco	233
Gentile Maurizio	109
Gentilini Franca	19
Germani Tiziana	366
Gerosa Stefania	414
Ghezzi Iride	162
Giacchi Mariano Vincenzo	50; 109; 245; 398; 414
Giaccone Anna Rita	268
Giacomucci Giancarlo	330
Giaimo Mariadonata	219
Giampietro Chiara	287
Giannella Gabriele	163
Giannoni Annamaria	32; 60; 109
Giannotti Maria	105
Gianvito Giovanna	365
Giardini Gianluca	162
Giaretta Giulia	362
Gibilisco Giuseppe	382
Gigantesco Antonella	408
Gigli Beniamino	66
Giglio Evaristo	60
Gilardi Francesco	288
Gili Andrea	391
Giordano Livia	62
Giordano Nicola	125; 338
Giostra Giordano	109; 414
Giotta Domenico	224
Giovanetti Gisella	102
Girardi Francesco	215
Giussani Claudia	196
Glielmo Nicolina	240; 392
Gnesutta Daniela	360
Gobbino Ilana	389
Gobello Mario	239
Golia Gessyca	233; 235
Gorini Giuseppe	57; 60; 62; 346; 373
Gorio Roberta	24
Gottardello Lorena	23; 38; 64
Gottin Maurizio	313
Gozzi Cristina	216
Gradilone Antonio	164
Gramegna Maria	24; 73; 233; 235; 257
Grandolfo Michele	397
Grasso Maria Beatrice	3; 221; 393
Grechi Elisa	62
Gregu Giovanna	214
Grilli Linda	7
Groppi Vanessa	413
Grossi Patrizia	291
Gruppo Alimentazione e Attività Fisica	
Prescolare	245
Gruppo Coordinatori Aziendali PASSI	
Regione Campania	16; 261; 385
Gruppo di Operatori di Luoghi di	
Prevenzione	216
Gruppo di Lavoro Healthy Style	300
Gruppo di Lavoro OKkio alla Salute	
Campania 2010	402
Gruppo di Lavoro SPRINT	62
Gruppo di Lavoro sul Percorso Nascita	
	397
Gruppo HBSC Italia 2010	50
Gruppo OKkio alla Salute 2008-9	114; 398
Gruppo OKkio alla Salute 2010	114; 377; 398
Gruppo Regionale Tabagismo Area	
Prevenzione	57
Gruppo Regione Calabria HBSC 2010	
	294
Gruppo Regione Calabria OKkio alla	
Salute 2010	294
Gruppo Zoom8	229
Guarino Giuseppe	338
Guasticchi Gabriella	274
Guberti Emilia	111; 227; 289; 414
Guelfi Gian Paolo	6
Guerriero Anna Maria	23; 38; 64

Guidi Antonella	72; 155	Lazariotis Yorgos	128
Gulino Margherita	291	Lelli Monia	60
Humar Mariateresa	170	Leoncini Laura	359
Iacovacci Silvia	165; 268; 356	Leoni Erica	227
Iannone Lucia	187	Levorato Sibilla	362
Iavicoli Sergio	321	Lichtner Eleonora	399; 401
Ielo Francesco	60; 68	Liguori Giorgio	171; 300; 381
Ignone Maria Carmela	196	Lingua Simonetta	119; 127
Ilari Barbara	145	Lisi Marialuisa	330
Imeroni Andrea	166	Liuzzi Sabrina	297
Incarico Ivana	143	Livatino Lucia	60; 68
Incoronato Nello	162	Locatelli Giacomo Walter	7; 275
Insogna Simona	191; 296	Loi Natalina	214
Intaschi Guido	47; 383	Lombardo Flavia	398; 405
Intravaia Giuseppina	293	Longo Fulvio	26; 317
Iocco Maurizio	164	Longo Tiziana	96; 298
Iona Teresa	164	Lopuzzo Maria Grazia	191; 295
Iossa Anna	62	Lorandi Antonella	81
Italian Italian Folic Acid Trial Study		Lorenzi Lionella	180; 308
Group	237	Lorenzo Elvira	109
Ivaldi Maurizio	100	Lorusso Annamaria	414
Izzicupo Pascal	167; 201	Losasso Carmen	115; 299
Jugovac Davide	52	Lozzito Manuela	162
La Carrubba Rosanna	113	Lucarini Simonetta	192; 193
La Ratta Filomena	393	Luchetti Tanja	330
La Rocca Marina	294; 319	Luchi Fiorella	32
Lacava Giuseppe	395	Lucidi Fabio	410
Ladalardo Concetta	296	Luppi Chiara	116; 145; 411
Lagravinese Domenico	375	Luzi Anna Maria	399; 401
Lai Lucia	92; 134; 396	Macaluso Anna	245
Lalatta Faustina	304	Maccioni Dario	45
Lamberti Anna	50; 114; 377; 397; 398;	Macera Loredana	183; 211; 213
402		Macini Pierluigi	284; 411
Lamberti Marina	22	Maciocia Lucio	268
Lamberti Vincenzo	168	Madini Alessandro	365
Lamberti Vito	168	Madonia Erica	123; 130
Lancia Andreina	66; 268; 356	Maffioletti Alessandra	81; 199
Landini Emanuela	4	Maggi Cinzia	182
Lanfranchi Raffaella	99; 169	Maggiore Adele	170; 343; 344
Lanza Massimo	181	Magliano Anna	315
Larsen Sanne	247	Magnelli Fernanda	69
Lattanzio Enzo	301	Maione Lisa	112; 340; 341
Lattari Patrizia	221	Malacaria Edoardo	45
Lattarulo Rossella	191; 295; 296	Malagnino Anna Maria	381
Lauria Andrea	149	Malandrucco Livia	327
Lauria Laura	114; 397	Malecka-Tendera Ewa	247

Maletti Francesca	276
Malgieri Giuseppe	340
Manca Sandra	321
Mancusi Caterina	171; 300; 381
Mandelli Andrea	233
Mannelli Raffaele	105
Manno Valerio	405
Mantovani Alessandro	70; 71
Marcassa Valentina	366
Marcer Jacopo	44
Marchello Concetta	100
Marchese Claudia	386
Marchisio Simona	241
Marci Stefano	83
Marci Stefano Tito	268
Marcolina Daniela	82
Marcon Anna	230
Marconi Carlo	330
Marconi Maria Maddalena	201
Mari Sabina	183; 211; 213
Mariani Chiara	142; 367
Marinaro Laura	383
Marini Francesco	40; 41; 301; 333
Marini Sara	12
Marino Alberta	66
Marra Mario	125; 338
Marsala Maria Grazia Laura	302
Marson Alessandra	339
Martinatti Alessandra	94
Martinengo Letizia	119
Martini Andrea	57; 373
Marzullo Anna Maria	291
Masala Rita	27
Mascheroni Rita	7
Masci Silvia	224
Masiero Daniela	23; 38; 64
Massa Saluzzo Marina	12; 126
Massasso Alberto	225
Massimiani Maria Luisa	414
Mastroiacovo Pierpaolo	210; 237; 304
Mastronuzzi Roberto	171; 300; 381
Matacchione Pasquale	259
Mattei Antonella	83; 306
Mattiello Amalia	8
Matusik Paweł	247
Mavellia Giovanna	233; 235
Mazza Andrea	289
Mazzanti Paola	103
Mazzarella Gianfranco	398; 402
Mazzetto Manuela	172; 324; 390; 403
Mazzoli Franca	33; 51; 87; 200
Mazzoni Gabriele	60
Mazzotta Luisa	15
Mele Rosa Maria	26
Meloni Serena	27
Mendes Maria Claudia	46
Menechella Maria Antoniette	187
Meneghin Emanuela	403
Meneghin Margherita	291
Meneghini Stefania	256; 291; 362; 412
Menegolo Annalisa	308
Menel Antonella	44
Menzano Maria Teresa	109
Meraviglia Maria Vittoria	173
Mercurio Rosario	174; 175; 176; 177; 178; 179; 221
Mereu Giovanna	311
Merzliak Saverio	360
Mesuraca Luigi	231
Miaglia Sergio	99
Michieletto Federica	82; 84; 404
Micossi Simonetta	28; 154; 339
Midili Simona	307; 357
Migliardi Alessandro	291
Migliori Rita	188
Mignuoli Anna Domenica	117
Mikkelsen Bent Egberg	247
Milan Flavia	291
Milani Silvia	29; 197; 404
Milia Maria Filomena	92; 134; 396
Minardi Bruna	289
Mincuzzi Antonia	191
Minelli Andrea	144
Minelli Giada	405
Minerva Chiara	301
Minnielli Saba	414
Minutolo Monica	291
Miola Annacatia	107; 180; 308; 309
Mirabella Fiorino	408
Mismetti Silvia	118
Mochi Nicola	152
Modica Olivia	100

Moia Edoardo	384
Moino Giuliana	40; 41; 333
Moisio Valentina	181
Molino Maria Rita	225
Molteni Marzia	104
Moltrer Teresa	48
Momo Laura	58
Monaldi Claudia	209
Monda Marcellino	368
Monfrino Fabrizia	119; 239
Montagner Sandro	85
Montaldi Maria Lina	315
Montaldi Marilina	414
Montanelli Diletta	346
Montanelli Maurizio	142; 366; 367
Montesano Franco	310
Monti Claudia	19; 57; 216; 373; 388
Montico Marcella	245
Montina Laura	360
Morandin Marta	9
Morano Luisa	255
Morbidoni Marco	72; 155
Morciano Laura	215; 288
Morelli Cristina	142; 366; 367
Moretti Roberto	73; 223
Morgante Susanna	182
Morghen Giancarlo	233; 235
Moroni Elena	148
Morrone Maria Rosaria	80
Mossenta Alessandra	389
Motta Anna	239
Mucci Nicola	148
Mucci Tiziana	183; 211; 213
Mugnai Alice	32
Mulieri Ilaria	399; 401
Mungo Teresa Maria	268
Muran Anna	354
Murè Rosalia	274
Murtas Giampaolo	289
Musolino Beatrice	354
Mutone Cecilia	109
Naldoni Paola	311
Napolitano Giorgio	167
Nappi Maria Rosaria	184
Nardo Sabina	221; 393
Nardone Paola	50; 114; 377; 398
Nascetti Simona	111
Natale Antonio	272
Navacchia Paola	111
Negrone Mario	125; 338
Nesoti Maria Vittoria	350
Nespoli Claudio	365
Neuhouser Marian Luise	115
Niccoli Floriana	289
Nicoli Maria Augusta	230
Nidiaci Richard	60
Nigro Enza	93
Nisii Alessandra	345
Norando Giovanna	241
Nordici Deborah	387
Notaro Maria Rita	310
Novelli Daniela	241; 255; 358
Novelli Lisa	170
Nucci Bianca	265
Nucera Andrea	37; 120; 382
Nucera Antonia	4
Nunziato Daniele	406
Ojeda Montes Blanca	185; 312
Olimpi Nadia	407
Olivieri Antonella	414
Omoregie Erika	339
Origlia Antonella	191
Orlandini Daniela	75
Orsini Cristina	34; 407
Orzes Barbara	48
Ottino Marina Giuliana	313
Pacchetti Raffaele	342
Padovan Mara	76
Pagani Mauro	145
Pagliuso Maria Teresa	314
Palagi Emanuele	47
Palazzi Mauro	186
Palermo Vincenzo	335
Pallazzoni Piera	214
Palomba Alessandra	121; 267
Palombi Ersilia	187; 392
Paltretti Paola	188; 227
Paltrinieri Giovanna	382
Palumbo Gabriella	408
Pammolli Andrea	109
Pandolfi Paolo	263; 395
Pani Paola	245

Panico Salvatore	8
Pantaleoni Anna	9
Panunzio Michele Fernando	217; 414
Panza Maurizio	386
Papale Adriano	320
Parise Sara	287
Parisini Luisa	259
Parodi Daniela	93
Parpinel Maria	370
Pasanisi Patrizia	414
Pascali Federica	10; 14; 248; 315
Pasini Elisa	160
Pasolini Olimpia	187
Pasqua Giusi	170
Pasqui Francesca	289
Pastorelli Elisa	128; 350
Patacchiola Ada	83
Patrizietti Carla	103
Patussi Valentino	354
Pavan Pierpaolo	362
Pavanati Lucia	326
Pavarin Maria Chiara	190; 409
Pedote Pasquale Domenico	317
Pedruzzi Liliana	23; 38; 64
Pelaia Donatella	310
Pelizzari Maria Grazia	241
Pellegrino Antonio	310
Pellizzari Barbara	318; 413
Penna Paola	162
Perciacante Marco	46
Perenzin Paolo	44
Perino Antonino	302
Perotti Roberto	233
Perrelli Marcello	314
Perri Giuseppe	319
Pesare Antonio	191; 295; 296; 297
Pesce Emanuela	138
Petruio Francesca	97; 157
Pettenò Annarosa	75; 82
Petyx Marta	320; 321
Piastra Giorgio	192; 193
Picasso Marco	10; 14; 248
Pierangelini Aldo	184
Pierdonà Adriana	151; 194; 254; 322
Pierlorenzi Claudio	66
Pilan Stefania	264; 282
Pilato Valentina	109; 245
Piloni Luigi	309
Pilotto Laura	98
Pinelli Nicola	275
Pini Lucia	92
Pinna Clara	21; 95; 323
Pinotti Andrea	163
Pinto Rocchina	125; 338
Piovesan Cinzia	77; 324
Piovesan Gianna	78; 135; 195; 333
Pirazzini Erica	325
Pirola Maria Elena	73; 233; 235; 257
Pirrone Rosario	45
Pischietti Paolo	323
Pitch Francesca	109
Pizzuti Renato	8; 16; 261; 385; 402
Pocetta Giancarlo	98
Poerio Vincenzo	231
Poggi Laura	277
Poli Corrado	285
Poli Gabriele	122
Poli Palmino	233; 235
Poli Vanni	312
Pollice Anton Giulio	18
Polo Fabrizia	326
Polvani Stefania	60
Pontecorvo Francesca	327
Pontello Elisabetta	328
Pontieri Vincenzo	414
Pontoni Humberto	79; 88; 196
Ponzio Elisa	144
Popaiz Massimiliano	224
Porchia Stefania	84; 348
Prato Rosa	5
Pregliasco Fabrizio	162
Pressendo Ornella	362
Prete Luciana	111
Primi Margherita	32; 109; 152
Privitera Maria Grazia	274
Procopio Enrico	265
Prota Daniela	5
Protano Domenico	46; 80
Prugnola Daniela	414
Pugliè Clizia	209
Pugliese Annabella	16; 261; 385
Pugliese Rita	343

Puglisi Maria Teresa	22; 244
Pulignano Maria	268
Pulit Daniele	9
Pupini Miriam	360
Pupo Anna	123; 130
Quaranta Alberto	306
Quarto Pasquale	80
Quercia Valerio	6
Racca Anna Rosa	233
Radini Donatella	170
Ragazzi dell'Istituto Comprensivo Tecnico-Commerciale di Castelforte (LT)	220
Raggio Elisa	4
Ramigni Mauro	77; 78; 195; 324; 374
Randino Silvia	30
Ranieri Renato	362
Ranzani Claudio	233
Rastelletti Barbara	209
Ratti Claudia	329
Ravaglia Elsa	209; 330
Ravizza Pierfranco	161
Reale Nicoletta	4
Rebella Valentina	103
Rebolini Giorgio	277
Rebonato Valeria	124
Regazzo Sara	403
Renoso Manuela	239
Repregosí María Luisa	255
Requirez Salvatore	332
Resentini Maurizio	79; 88
Restivo Vincenzo	302
Revello Maria Teresa	239
Rianna Ines	368
Riavez Roberto	354
Ricci Antonia	115; 299
Ricci Mariagrazia	366
Ricciarelli Laura	346
Riccò Daniela	57; 216
Richieda Sara	291
Rigato Elena	197
Rigo Erika	42
Rigotti Patrizia	48; 285
Riosa Elisa	170
Ripamonti Ennio	257
Riscica Patrizia	40; 41; 333
Riva Daniele	211; 213
Rivellini Gianfranco	163
Rizza Lidia	335
Rizzi Fabio	354
Rizzi Luciano	198
Rizzitelli Emanuela	315
Rizzo Giuseppina	265
Rizzo Maresa	309
Rizzo Roberto	386
Rizzoli Chiara	111
Rocca Giuliana	81; 199
Roccaldo Romana	375
Roccato Anna	299
Rochino Vittoria	319
Rolando Sara	244
Rollandoz Chiara	336
Romagnolo Cesare	350
Romani Isabella	97; 157
Romanillo Antonio	125; 338
Romanin Silvano	224
Romano Mariateresa	210
Romano Paola	168
Romano Teresa	174; 176; 178; 179
Romano Vincenzo	368
Roncali Stefano	183
Rosa Giovanna	109
Rosa Sabrina	125; 338
Rosa Valentina	321
Rosati Alberto	15
Rosi Maurizio	121; 267
Rossetti Luigi	158; 159
Rossi Daniela	410
Rossi Maria Lorena	268
Rossi Umberto	386
Rossini Matilde	289
Rosso Eugenia	339
Rota Amerigo Josepf	69
Rota Manuela	100
Ruggeri Stefania	304; 414
Rugiano Marianna	352
Russo Francesca ..	82; 128; 219; 348; 404
Russo Krauss Pio	112; 171; 340; 341; 381
Sabatano Fausta	187
Sabatucci Antonio	165
Sabbion Roberta	224

Saccani Andrea.....	42
Sacchi Maria Elena	99
Saccuman Lorella.....	185
Saia Diego	310
Sala Antonino.....	33; 51; 87; 200
Salaroli Raffaella.....	73; 161
Salina Melania.....	170
Salino Paola.....	336
Salmaso Silena	30
Sambo Franca.....	342
Sandri Giulia	44
Sandrin Luana	21
Sanson Sara	170; 343; 344
Sansone Giuseppe	125; 338
Sansoni Diana	345
Santamaria Palombo Francesca.....	220
Santinello Massimo	50
Santini Maria Grazia	346
Santolli Stefania	291
Santus Simonetta.....	214
Sanzari Silvia	272
Sapei Antonella	382
Sardocardalano Marika	111
Sardu Claudia	214
Sarnacchiaro Giannandrea.....	272
Sartor Tiziano.....	42
Sasso Claudio	12; 126
Sasso Tiziana.....	10; 14; 248
Saule Guido.....	354
Savelli Giannalberta	19
Saviano Teresa	272
Savino Gustavo	411
Savonitto Cecilia	98
Sbarbati Margherita.....	83; 306
Sbrogio Luca Gino ..	76; 84; 85; 158; 159
Scacciafratte Pasqualina.....	83
Scaglia Maurizio	291; 362; 412
Scaglione Maria Rosaria	66
Scanagatti Patrizia	196
Scandariato Vittoria	7
Scannapieco Gianluigi	301; 333
Scarpino Miriam.....	174; 176; 177; 178; 179; 221
Scatigna Maria.....	201
Schena Federico	181
Schiavi Margherita	93
Schiavi Paola.....	42
Schiavino Alessandra.....	76; 84; 85
Schiavotto Anunziata	312
Sciancalepore Manuela	291
Sciarrone Rocco	53; 137; 138; 206
Sciuto Jessica	173; 347
Scognamiglio Mario.....	381
Scotti Maria Teresa	109
Scremin Silvia	362
Scudellari Maria	350
Sechi Ornelia.....	214
Segatori Adriano	211; 213
Segnini Jacopo	215
Selle Vittorio	206
Senatore Sabrina	114; 377; 398
Senesi Guido	362
Serafini Chiara	357
Sereni Giuditta	67
Serventi Beatrice	100
Sessa Alessandra	16; 46; 261; 385
Seu Maria Francesca	214
Severi Sabrina	116
Sforzi Maurizio	180; 308; 309
Siciliano Filippo.....	214
Siciliano Giovanni	391
Siclari Maria Carmela	221
Silani Maria Teresa	109; 114
Silva Alberto	47; 202
Silvestri Anna Rita	173; 347
Silvestri Caterina	34
Silvestri Maria Grazia	73
Simeone Maria Domenica.....	297
Simeoni Lara.....	348
Simi Rita	109
Simoncello Ivana	23; 38; 64
Simone Matteo	203
Simonelli Barbara	225
Simoni Vittoria	48
Sisia Francesco	376
Smiderle Cristina	308
Soave Diego.....	149; 182
Sola Vittoria	96
Soppelsa Mauro	44
Sorentini Jessica	158; 159
Sorrentino Paolo	381
Sotte Lucio.....	144

Spadafora Carmine	3; 221; 231	Tessandori Roberto	148
Spadari Chiara	75	Tessari Stefania	133; 252; 353; 361
Spagna Susanna	382	Tessieri Massimo	15
Spagnoli Denise	127; 382; 414	Ticali Salvatore	52; 354
Spano Marco	162	Tinghino Biagio	73; 79; 88; 233
Spano Maria	111; 289	Tirelli Guido	145
Spaziani Alessandra	327	Togninelli Luciano	100
Speri Leonardo ..	128; 182; 274; 348; 350	Tomaciello Maria Grazia ..	239; 244; 391
Spiller Valter	75; 76; 362	Tomaselli Enico	52
Spinella Paolo	115	Tomaselli Maria Anna	26; 247
Spinelli Angela ..	50; 114; 377; 397; 398	Tomasi Alberto	15
Sponselli Grazia Maria	295	Tomasini Mary	318; 413
Stabile Massimiliano	205; 211; 213	Tominz Riccardo	388
Stano Antonio ..	107; 252; 308; 361; 362;	Tonetto Ciro	172
	414	Torrisi Lidia	113
Stel Silla	86	Tortorella Franco	161
Stimamiglio Ivana	283	Tosca Paola	315
Stocco Francesca	123; 130; 403	Tosi Marco	249
Storani Simone	57; 373; 388	Tosti Anna	219
Storti Enzo	75	Tozzi Alberto Eugenio	210; 304
Strada Carlo	162	Trabuio Nunzio	149
Sturaro Maria Vittoria	65	Trani Gabriella	323
Sturniolo Carmina	352	Traverso Elisabetta	4
Sturniolo Mattia Maria	352	Treleani Igor	389
Stuto Fabiola	370	Trenti Tommaso	411
Suraniti Stefano	239	Trevisan Andrea	9
Susani Franca	241; 255	Trevisanello Giovanna	403
Tacconi Sandro	32	Trinito Massimo Oddone	356
Taddei Cristina	33; 51; 87; 200	Tripi Ferdinando ..	116; 145; 284; 411
Tagliapietra Laura	82	Tripoli Alberto	307; 357
Taglieri Filippo Maria	399; 401	Trivellini Rosanna	327
Talassi Fiorella	62; 73	Troiano Mariella	83
Tamang Elizabeth	70	Troncon Maria Luigia	44; 378
Tamburini Laura	389	Tronconi Lucia	60; 68
Tamelli Marco	57; 373	Tunini Chiara	21; 323; 389
Tamorri Stefano	184	Tunno Rosalba	75
Tarantola Massimo	250	Turcato Patrizia	362
Tarocco Roberta	42	Turco Celestino	211; 213
Tarolla Emanuele	408	Turco Luigi	44
Tartaglia Polcini Emilia	187	Tutino Morena	301
Tartarone Federica	262	Ubaldeschi Daria	241; 358
Taruscio Domenica	414	Ugolini Ambra	414
Team intervistatori ASL Caserta	46	Ugolini Giuseppe	414
Tedeschi Emilia	196	Ugues Agnese	118
Tedesco Antonino	131	Ullucci Rita	359
Termite Stefano	18	Vaccaro Alfredo	209

Vacri Annamaria	360
Vadrucci Serena	30
Vadrucci Verana.....	241
Vaino Nicola	187
Valenari Laura.....	149; 182
Valenciak Francesca.....	52
Valera Susanna.....	233; 235
Valerio Giuliana.....	187
Valle Annalaura	386
Vallenari Laura.....	226
Valli Rudi.....	399; 401
Valsecchi Massimo....	128; 318; 348; 350
Valsecchi Valter	161
Valvo Paola	113
Vangelisti Carlotta	133
Vanoli Marco	11
Vanzo Angiola ..	252; 256; 299; 361; 362; 412; 414
Vargiu Lisena	92; 134; 396
Vazzoler Cristiana.....	66
Vecchiè Valerio.....	265
Vece Marilena Monica.....	5
Vegliach Alessandro	52; 354
Velasco Veronica	249; 250
Vendruscolo Marida..	135; 279; 281; 364
Venturella Franco.....	312
Venturi Sara	157
Venturini Edoardo	365
Verardo Marina Giulia	59
Verdiani Marzia	346
Vernero Elena	382
Veronesi Mara.....	111
Veronico Maria	109; 317
Verrone Cristina	170
Vessio Davide	225
Vezzoni Maria.....	142; 366; 367
Vicidomini Claudia	368
Viesti Elisabetta	26; 191; 295; 317
Viotti Fiorella	127
Viggiano Alessandro.....	368
Viggiano Andrea	368
Viggiano Emanuela.....	368
Vigna Francesca.....	42
Vigna Taglianti Federica.....	30; 31
Vignola Gabriella.....	125; 338
Vignolo Marina	315
Villani Giuseppe	369
Vinci Maria Teresa	296
Vinciguerra Maria Giulia.....	201
Vitale Giaccone Paola.....	31
Vitello Debora.....	302
Viti Francesca	330
Viviani Giancarlo.....	345
Vivori Cinzia.....	232
Voller Fabio	34; 407
Volpi Manuela	347
Vonella Domenico	69
Widmann Silvana.....	370
Zachetti Laura	162
Zampetti Rosamaria	416
Zancanaro Flavio	53
Zancaner Silvano	53
Zancuoghi Andrea	162
Zandonai Thomas.....	182
Zanet Serena	205; 211; 213
Zanetti Nicoletta	48; 285
Zangiacomi Valeria.....	162
Zappella Mariateresa.....	81
Zegna Elena	226
Zenesini Corrado	395
Zerbi Laura	73
Zini Gianni.....	75
Ziprani Chiara	53; 137; 138; 206
Zocchi Daniela	311
Zottele Letizia	94
Zuffa Dimitri	289
Zunino Barbara	30
Zuppinii Cristina	350

*Stampato in proprio
Settore Attività Editoriali
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena 299, 00161 Roma*

Roma, aprile-giugno 2012 (n. 2) 13° Suppl.