

Best Practices in Actions: come trasferire, implementare e sostenere interventi efficaci di promozione della salute per bambini e bambine (0-12 anni)

Modulo 3 - Smart Family: Una Buona Pratica per supportare e rafforzare le famiglie nella promozione del benessere e di uno stile di vita sano

Sessione 3.2 – Fase di pre-implementazione di Smart Family

Unità 3.2.1 - “Situazione di partenza attraverso l’analisi SWOT e Scope – esperienze dalla Grecia”

Relatrice: Emmanuela Magriplis (Laboratory of Dietetics & Quality of Life, Agricultural University of Athens)

Slide 1

Ciao, mi chiamo Emmanuela Magriplis. Sono professore associato in biologia della nutrizione e salute pubblica presso la Facoltà di Agraria dell’Università di Atene, in Grecia, e sono professore visitatore presso l’Università di Patras, dove collaboro con il progetto Smart Family Health4EUKids per il pacchetto di lavoro Smart Family.

Slide 2

Oggi vi presenterò alcune informazioni su Smart Family, una buona pratica pensata per supportare e rafforzare le famiglie nella promozione del benessere e di uno stile di vita sano. Ci concentreremo in particolare sulla fase pre-implementazione della situazione di partenza di Smart Family, attraverso l’utilizzo dell’analisi SWOT e dell’analisi degli obiettivi, basandoci su esperienze maturate in Grecia.

Slide 3

A questo punto, vorrei sottolineare che abbiamo sempre bisogno di un fattore motivante. È proprio questo fattore a guidare il nostro percorso. Ed è qui che entra in gioco l’elefante, che rappresenta la parte più grande del nostro cervello. Poi c’è una piccola persona che cerca di far muovere l’elefante nella direzione giusta: quella persona è il lobo frontale, la piccola area del cervello che tenta di orientare e motivare l’elefante.

Perché è necessario tutto questo? Perché è proprio da qui che parte tutto, ed è ciò che Smart Family tiene in considerazione. Dobbiamo essere in grado di motivare non solo le famiglie e i/le bambini/e, ma anche i professionisti della salute e gli educatori, affinché possano davvero promuovere uno stile di vita sano e fornire informazioni alimentari corrette ai/alle bambini/e, contribuendo così a ridurre sovrappeso e obesità — una vera epidemia dei nostri giorni.

È proprio su questo aspetto che questa Joint Action si concentra: migliorare il nostro benessere. In alto vedete anche alcune piccole immagini di libri, che vi presenterò nel dettaglio man mano che proseguiamo, insieme a materiali educativi continui che abbiamo preparato per supportare tutte queste azioni.

Slide 4 - Studio Smart Family in Grecia: due direttrici

Cos'è lo studio Smart Family in Grecia e quali sono le due direttrici su cui ci siamo concentrati? L'obiettivo principale era motivare i professionisti sanitari a modificare il loro approccio di intervento verso le famiglie, passando da un trattamento generico a uno più personalizzato. Questo è stato avviato nella zona di Patrasso, che ha rappresentato l'area pilota del progetto. Da lì, abbiamo adattato la metodologia per estenderla al 6th Health ADM region espandendo il progetto sulla base delle informazioni, dei feedback ricevuti, delle difficoltà incontrate e naturalmente dei risultati ottenuti. Inoltre, non abbiamo trascurato l'importanza dell'allattamento, ed è per questo che abbiamo avviato due azioni specifiche, differenziate per durata e fase di avvio, con l'obiettivo non solo di fornire conoscenze, ma anche di trasmettere competenze alle donne durante la gravidanza, accompagnandole in tutto il percorso. Tutto questo è stato fatto cercando di individuare le strategie e gli approcci più sostenibili, che vi presenterò a breve. Questo è il nostro progetto Smart Family. Abbiamo anche creato un sito web, che vi mostrerò più nel dettaglio tra poco.

Slide 5 - Studio Smart Family in Grecia: due direttrici

Perché queste due direttrici? Come abbiamo detto, lo studio Smart Family in Grecia si è sviluppato su due direttrici. Se guardiamo il grafico, possiamo capire meglio: si tratta dei dati della valutazione intermedia del Piano d'Azione dell'UE sull'obesità infantile, che ha coperto il periodo 2014-2020. I dati specifici sono stati monitorati e diffusi nel 2018. Cosa mostrano questi dati? Che la Grecia — indicata con "EL" nel grafico — presenta la più alta prevalenza di obesità infantile, sia tra le bambine che tra i bambini, nella fascia di età 7–9 anni, per la quale avevamo informazioni dettagliate. Questa è una delle due direttrici principali del nostro intervento.

Slide 6 - Baby Friendly

L'altra direttrice riguardava l'allattamento. Se osserviamo nuovamente i dati relativi alla percentuale di ospedali e reparti maternità riconosciuti come "Baby Friendly" — ovvero strutture che promuovono attivamente l'allattamento secondo l'iniziativa internazionale — e la percentuale di/le bambini/e nati in queste strutture, vediamo che nel 2016 la Grecia presentava una delle percentuali più basse. Anche in questo caso, nel grafico, la Grecia è indicata con la sigla "EL", che sta per Elláda, ovvero Grecia.

Slide 7 - Allattamento esclusivo

Questa è la percentuale di/le bambini/e allattati esclusivamente. In Grecia, solo l'1% dei/delle bambini/e veniva allattato/a esclusivamente fino ai 6 mesi di età. Da ciò comprendiamo quanto queste due aree siano critiche. Sappiamo infatti che l'allattamento è uno dei fattori chiave e una delle azioni di sanità pubblica più efficaci per promuovere il benessere del/della bambino/a, ma anche per ridurre i tassi di obesità.

Slide 8 - Bambini/e e tutori/tutrici (2-12 anni)

Nei/Nelle bambini/e e tutori/tutrici dai 2 ai 12 anni, l'azione e l'intera fase di implementazione che desideriamo sono iniziate a gennaio 2024, quando è iniziato il primo intervento per Smart Family, insieme alla formazione. La fase di implementazione è durata da gennaio fino a luglio 2024, con la conclusione dell'iscrizione reciproca di/delle bambini/e e tutori/tutrici, subito dopo la fase di formazione in cui erano coinvolti i/le professionisti/e sanitari/e. A giugno, abbiamo avuto la prima valutazione dei/delle bambini/e iscritti/e a gennaio. A luglio, l'ultimo follow-up per i/le bambini/e iscritti/e ad aprile 2024, e a ottobre 2024, dopo i primi risultati e il primo feedback ricevuto dai/dalle professionisti/e sanitari/e. La prima formazione nel programma pilota ha segnato l'inizio dell'espansione del programma, e a questo punto abbiamo raggiunto la seconda formazione dei/delle professionisti/e sanitari/e.

Slide 9 - Bambini/e e tutori/tutrici (2-12 anni)

Durante questo processo, quello che abbiamo fatto è stato raccogliere le informazioni, ottenere i risultati, ricevere il feedback non solo dai/dalle professionisti/e sanitari/e, ma anche da un campione delle famiglie che hanno partecipato all'intero processo e, di conseguenza, sviluppare il nostro nuovo piano, che vi mostreremo insieme all'analisi SWOT prima e dopo. In generale, prima di procedere con l'analisi SWOT, pre- e post-implementazione, vediamo che inizialmente abbiamo avuto 47 individui che sono stati formati e hanno iniziato la formazione, di cui 7 erano effettivamente attivi alla fine. Il totale delle famiglie di/delle bambini/e iscritte era di 41. L'obiettivo raggiunto rispetto all'obiettivo principale, che inizialmente era di 200 per l'intero programma, è stato del 20,5% dalla fase pilota. Per quanto riguarda i questionari di autovalutazione restituiti, abbiamo ricevuto 15 questionari, con un tasso di risposta approssimativo del 32%. Bene, se ci pensiamo, questo è effettivamente ciò che ci aspettavamo, sopra il 20%. Riteniamo che sia un buon tasso di risposta considerando come sono andate le cose, ma volevamo arrivare al 40%, per quanto possibile, poiché questo è stato in una zona ristretta. Pertanto, siamo stati al di sotto di quanto avevamo mirato inizialmente.

Slide 10 - Inizio del secondo ciclo del programma greco di Smart Family

L'inizio del secondo ciclo del programma greco di Smart Family, che abbiamo detto di iniziare a luglio 2024, ha visto l'adattamento della formazione in base ai feedback ricevuti dalla fase pilota. Da settembre a dicembre, abbiamo formato i/e professionisti/e sanitari/e e, ovviamente, alla fine del programma pilota, abbiamo adattato tutti i materiali per portare il programma amministrativo nel 6th Health ADM region, coinvolgendo i/e pediatri/e, con modifiche basate sul feedback principale ricevuto.

Slide 11 - Modifiche SWOT: Analisi SWOT Pre-Pilota vs Post-Pilota

Passiamo alle modifiche SWOT: analisi SWOT pre-pilota rispetto a quella post-pilota. I cambiamenti chiave nella prospettiva SWOT e, naturalmente, osservando il passaggio dalla teoria ai dati concreti e l'evoluzione della SWOT dall'inizio. Quindi, iniziamo con il pre-pilota:

Dalla teoria ai dati concreti: i dati concreti sostituiscono i benefici concettuali.

In generale, da generale a specifico: risultati misurabili rispetto agli obiettivi più ampi.

Da potenziale a percorsi concreti: opportunità di espansione chiare identificate, tutte le quali vedremo in dettaglio.

Alcune supposizioni e barriere: sfide reali di implementazione che sono emerse.

Da speranza a realismo: miglior comprensione dell'impegno dei/delle partecipanti e aspetti da approfondire.

Da pianificazione a miglioramento: aree specifiche per il miglioramento del programma, al fine di renderlo più sostenibile, come la maggior parte e l'obiettivo di Health4EUKids.

Quindi, abbiamo una pianificazione consensuale preparata e benefici teorici. La valutazione del pilota basata su evidenze, con metriche concrete e principali apprendimenti, ha rivelato nuovi spunti in tutte le aree, nei quadranti, se così vogliamo definirli.

Slide 12 - Modifiche SWOT: Analisi SWOT Pre-Pilota vs Post-Pilota - confrontare i punti di forza

Punti di Forza. All'inizio, l'analisi SWOT pre-pilota evidenziava i punti di forza di un approccio completo, mirato a più popolazioni. Il focus sui gruppi vulnerabili in aree a basso livello socioeconomico, naturalmente. Obiettivi multipli per quanto riguarda l'allattamento, lo stile di vita, la gestione del peso e i componenti educativi per i/e professionisti/e e i genitori, specificamente.

Post-Pilota SWOT e i punti di forza che sono emersi e come sono stati modificati, con risultati basati su evidenze. Abbiamo avuto tassi di allattamento esclusivo dell'83,3% al mese, nonostante il tasso di cesarei del 72%. Penso che fosse qualcosa che ci aspettavamo, basandoci sulle evidenze provenienti da ampie indagini. Abbiamo avuto anche risultati accademici, con abstract generati per conferenze scientifiche. Metriche di successo chiare, come i migliori tassi di valutazione, i punteggi di competenza familiare e, naturalmente, gli

strumenti convalidati che sono stati utilizzati, come l'HCCQ, che ha mostrato punteggi alti, tra 6,0 e 8,0. Quindi, una media di 6,8 su 7 per l'approccio dei professionisti. Questi sono gli strumenti che sono stati utilizzati, che, come ho detto, sono convalidati per permettere alle famiglie di dirci se erano effettivamente soddisfatte dell'intero processo della nuova metodologia, che è l'approccio Smart Family. Abbiamo anche la Smart Family Health Card, dove le famiglie possono selezionare i comportamenti da affrontare, e, naturalmente, l'impegno multidisciplinare: abbiamo pediatri/e, dietisti/e, assistenti sociali e infermieri/e che lavorano insieme per costruire un approccio più collaborativo al team.

Slide 13 - Modifiche SWOT: Analisi SWOT Pre-Pilota vs Post-Pilota - confrontare le opportunità

Per quanto riguarda le opportunità, pre e post, sempre all'inizio abbiamo il potenziale di supporto per le iniziative per la salute dei/delle bambini/e, potenziali partnership con ospedali e asili. Le opportunità offerte dai progressi tecnologici, e il potenziale di ricerca e sviluppo. Parallelamente, queste opportunità si sono evolute.

Potenziale di localizzazione: risultati promettenti per la pubblicazione su riviste peer-reviewed. Pertanto, la diffusione dei risultati li rende più chiari, rafforzando così l'implementazione del programma a livello UE: parte del programma di azione congiunta europeo.

Integrazione del protocollo: volevamo e possiamo avere metodi che potrebbero diventare protocolli standard per i/e pediatri/e, il che sarebbe un buon obiettivo, non solo per la Grecia, ma a livello generale.

Espansione digitale: il programma è adattabile per una consegna digitale più ampia.

Standardizzazione educativa: sistema di formazione per l'educazione continua dei professionisti sanitari e questo è il motivo per cui, come ho detto, abbiamo iniziato a implementare il programma di educazione continua che è attivo e continuerà ad essere utilizzato in molti cicli.

Fondazione collaborativa: abbiamo università, ospedali e autorità sanitarie regionali che fanno parte del programma, sono stati educati e sono motivati a proseguire e continuare il processo.

Studi di follow-up: valutazioni a tre e sei mesi per ottenere informazioni sulla sostenibilità, anch'esse importanti. Non esiste un programma e un programma di prevenzione senza valutazioni durante tutto il processo.

Slide 14 - Modifiche SWOT: Analisi SWOT Pre-Pilota vs Post-Pilota – confrontare punti di debolezza e sfide

Passiamo ora a confrontare le debolezze e le sfide. Quali sono le nuove debolezze identificate? Solo il 29% dei/delle professionisti/e sanitari/e formati/e ha partecipato attivamente. Quali sono le ragioni di ciò? Beh, dobbiamo considerare il carico di lavoro e l'equilibrio tra vita privata e lavoro, e quindi come possono essere motivati o come questo possa essere implementato nel contesto lavorativo nelle loro effettive descrizioni di lavoro.

Tasso di abbandono del 19,5% nello studio sull'allattamento, e questo è avvenuto quando si trattava di avere l'infermiera che allattava molto vicino, riguardo a ciò che succedeva quando c'era un video dietro di esso, quindi è qui che le cose sono state modificate.

Abbiamo punteggi elevati di PCS, che sono le competenze acquisite dalle famiglie, ma che mostrano una grande variabilità nel mantenimento a lungo termine. Pertanto, sebbene le famiglie apprezzino il programma e lo trovino motivante, le competenze che hanno acquisito e la loro fiducia in esse erano molto più basse.

Barriere all'implementazione: tempo, personale e limitazioni materiali, che sono problemi che dobbiamo tenere in considerazione e che ci obbligano a procedere più lentamente per avere qualcosa che possa essere implementato a lungo termine.

Formazione: la partecipazione volontaria introduce un bias verso i/le partecipanti motivati/e. Abbiamo una portata geografica limitata. Fino ad ora, abbiamo solo Patras. Abbiamo bisogno di un feedback dal secondo ciclo. Ora che stiamo anche espandendo, poiché gli effetti sociali e culturali possono influire, dobbiamo concentrarci anche su questo aspetto.

Focus attuale sugli esiti a breve termine: dobbiamo sempre pensare a lungo termine. A questo punto, non possiamo aspettarci una diminuzione della prevalenza del sovrappeso e dell'obesità. Dobbiamo agire e avere pazienza, perché si tratta di cambiare uno stile di vita per ottenere l'effetto desiderato. Questa è l'area su cui la maggior parte delle famiglie e dei professionisti sanitari deve essere motivata, perché il risultato è ciò che stanno cercando di ottenere. E questo è come sono stati formati fino ad ora, quindi questo rappresenta il grande cambiamento con l'approccio Smart Family.

Slide 15 - Sito Web Greco di Smart Family

Per fare questo, abbiamo creato il sito web di cui ho parlato all'inizio della mia presentazione, che riguarda la salute delle Smart Families, e accogliamo tutte le famiglie e gli educatori della salute a connettersi e ad avere gli strumenti di cui hanno bisogno in qualsiasi momento. Abbiamo due "eroi": Socrate e Alice, con Alice in questo caso, che sto cercando di motivare per coinvolgere i/le bambini/e e le famiglie nel programma e far loro vedere gli strumenti disponibili per loro. E naturalmente, un libro di salute pubblica con questi eroi che possono scaricare in qualsiasi momento o vedere online, dove ci sono varie belle immagini e uno stile di vita attivo, e questi contenuti si stanno espandendo ulteriormente.

Slide 16 - Salute Pubblica per bambini/e

C'è un'area dedicata alla Salute Pubblica per bambini/e, che non si concentra solo su nutrizione e benessere, consigliando e raccomandando schemi alimentari sani, ma anche sullo stile di vita, cercando di favorire il rilassamento, il sonno e sottolineando l'importanza di queste aree. Ma naturalmente, includendo anche il movimento il più possibile. Questo non significa solo andare a partite di basket o giocare a calcio, ma anche andare in bicicletta e uscire con le famiglie, e quindi divertirsi, il che è altrettanto importante.

Slide 17

Non dimentichiamo, come abbiamo detto, l'altra area che riguarda l'allattamento. In questa slide vedete "Tutto ciò di cui ha bisogno il mio piccolo vale più", un modo per promuovere l'allattamento attraverso l'acquisizione delle competenze necessarie per affrontarlo. In questo caso, non abbiamo solo supportato le donne con la conoscenza di quanto sia bello e importante allattare, cosa già nota, ma non solo perché c'era un'operatrice che allattava, che seguiva e supportava le donne nella zona di Patras. L'obiettivo in questo caso era quello di entrare in contatto e avvicinarsi a quante più donne possibile, quindi sono stati anche prodotti e preparati video specifici che possono essere visionati online, dopo aver risposto a specifici questionari che vengono scansati tramite il QR code, oltre al link presente nel sito Smart Family. In questo modo, possiamo ottenere informazioni sulle loro difficoltà e su come stanno affrontando l'evoluzione dell'allattamento, ma anche, in qualsiasi momento, rivedere i video e quindi ricevere formazione sulle procedure.

Slide 18 - Allattamento (0+)

E questi sono i vari questionari che erano disponibili sia nella zona di Patras, dove avevano l'operatrice che allattava, sia online, per rispondere con feedback specifici. Abbiamo utilizzato la piattaforma congiunta per raccogliere tutte le informazioni.

Slide 19 - Modifiche SWOT: Analisi SWOT Pre-Pilota vs Post-Pilota – Minacce e sfide (Post-Pilota)

Pertanto, quali sono le minacce e le sfide pre e post-pilota? Le sfide recentemente identificate. Per quanto riguarda i professionisti sanitari, come abbiamo detto, c'è un basso tasso di

adozione da parte dei professionisti. La fiducia delle famiglie, la variabilità nel mantenimento a lungo termine, come abbiamo detto.

Iniziative concorrenti di salute pubblica; bassi tassi di completamento del ciclo completo di intervento e dati limitati tra diversi gruppi socio-economici.

Le sfide recentemente identificate per l'allattamento: dati limitati tra diversi gruppi socio-economici; dipendenza dai finanziamenti dell'UE senza transizione a un supporto permanente; l'alto tasso di cesarei che può compromettere gli obiettivi di allattamento, e le barriere comuni come il posizionamento errato e l'insufficiente produzione di latte, che spesso richiedono cambiamenti culturali e un maggiore supporto.

In entrambi i casi, la dipendenza dai finanziamenti dell'UE senza una transizione a un supporto permanente è una questione che deve sempre essere presa in considerazione.

Slide 20 - Il valore dell'implementazione del Pilota e del proseguimento

Il valore dell'implementazione del pilota: ha rivelato punti di forza concreti supportati da prove; ha identificato barriere specifiche che richiedono attenzione; ha evidenziato percorsi chiari per l'espansione; ha fornito una visione realistica delle sfide di implementazione e ha creato la base per il miglioramento basato sui dati. Ha trasformato i benefici teorici in risultati misurabili, per quanto possibile.

Per andare avanti, dobbiamo affrontare tutte queste problematiche, in particolare: i tassi di partecipazione, perché non solo questo non fa parte di uno studio, ma è fondamentale anche mantenerli nel tempo, assicurandosi così che l'azione sia duratura e sostenibile. Ridurre l'abbandono e rafforzare quindi l'adesione a lungo termine. Espandere la portata geografica il più possibile, cosa che abbiamo già iniziato a fare.

Sviluppare piani di sostenibilità per ridurre la dipendenza dai finanziamenti dell'UE, e naturalmente affrontare le barriere sistemiche: lavorare con la comunità medica sui tassi di cesareo, ad esempio, e non solo, e supportare l'allattamento, che è l'altra area che stiamo implementando, non solo avendo le operatrici che allattano, ma anche avendo i/le pediatri/e al nostro fianco, così come altri/e ginecologi/ginecologhe con cui le donne iniziano il loro percorso durante la gravidanza. Pianificare per l'adattamento digitale, che è un componente di successo sfruttato per una portata ampia complessivamente.

Slide 21 - Modifiche al Programma basate sulla SWOT rivisitata

Pertanto, la modifica del programma basata sulla SWOT rivisitata, adattando le metodologie Smart Family dopo la fase pilota. Vogliamo ridurre la quantità di dati da raccogliere e gestire. Riduciamo anche i materiali di contenuto che i/le professionisti/e sanitari/e dovevano utilizzare durante il processo, in particolare quando si trattava di consulenze mensili sullo stile di vita con le famiglie.

In modo più specifico, la formazione e l'uso degli strumenti devono diventare più interattivi per renderli più personali e motivare ulteriormente i genitori, spiegando che le difficoltà non sono insormontabili quando vengono effettivamente formati per affrontarle.

Il programma di educazione continua è la sezione successiva, che riguarda le metodologie per gestire i/le bambini/e e le famiglie con sovrappeso e obesità per i/le professionisti/e sanitari/e, che devono essere specifiche, poiché sono stati formati in modo diverso. Pertanto, bisogna capire come queste metodologie possano essere utilizzate in modo più pratico, non solo introducendole teoricamente.

Slide 22 - Modifiche al Programma basate sulla SWOT rivisitata

Quindi, tutti i seminari e i workshop sull'obesità infantile: un workshop pratico per i professionisti sanitari che trasforma la conoscenza in pratica, di cui abbiamo già completato il primo ciclo e ora stiamo iniziando il secondo ciclo. E naturalmente, la raccolta dei dati ha

acquisito misure di base in tutto il 6th Health ADM region, per sapere da dove partiamo, e continueremo a seguire il processo per sei mesi con l'obiettivo di valutare la tendenza e rafforzare la necessità di nuovi approcci.

Slide 23

Sulla base dei dati, questi sono i risultati. Abbiamo raccolto dati in tre diverse fasce di età, per un totale di 2.739 persone acquisite nel 6th Health ADM region; 387 bambini/e dai 2 ai 5 anni, 1.424 bambini/e dai 6 ai 12 anni e 900 adolescenti dai 13 ai 18 anni, tutti misurati. Sono stati raccolti anche il sesso e l'area di provenienza, e quindi abbiamo un tasso di prevalenza: 27,3% nei maschi, 16,1% nelle femmine per il sovrappeso in generale. E l'8,5% nei maschi per l'obesità e circa il 5,5% nelle femmine, con una distribuzione che mostra una tendenza crescente con l'età, con tassi più alti nei gruppi più grandi. La maggior parte dei dati provengono, come detto, dai/dalle bambini/e di età compresa tra i 6 e i 12 anni, ma lo stato di obesità era più alto tra i/le ragazzi/e dai 13 ai 18 anni, specialmente nei maschi.

Slide 24 - Cronoprogramma Smart Family (Gantt Chart)

Questo è il Grafico di Gantt. Quello che abbiamo fatto e quello che faremo da ora in poi, a partire da aprile 2025, dove siamo ora. Queste sono tutte le azioni che sono già state intraprese e le aree che dobbiamo ancora raccogliere, e come le cose evolveranno per le pratiche più sostenibili, e come le cose saranno modificate per ottenere un approccio Smart Family sostenibile a lungo termine, evitando che qualcosa si fermi entro il 2025, con la fine del programma.

Slide 25 - Raccomandazioni Generali

Come ultima slide, vorremmo fare una raccomandazione generale. Progettazione del programma e coinvolgimento dei/delle partecipanti: vogliamo semplificare la raccolta dei dati, come abbiamo detto, e ridurre il carico di materiale, perché i professionisti sanitari hanno già troppi compiti da svolgere. Affrontare i tassi di abbandono con strategie mirate di fidelizzazione. Concentrarsi su interventi nelle aree che permetteranno di acquisire migliori competenze. Sviluppare un supporto specifico per le famiglie per le barriere comuni che raccoglieremo attraverso tutti i dati che chiederemo di fornirci, rendendolo così più mirato. Dobbiamo creare formati più accessibili per diversi gruppi socioeconomici al fine di raggiungere e coinvolgere più livelli diversi, riducendo così le potenziali disuguaglianze. Raffinare la metodologia basata sul feedback dell'implementazione. E sviluppare approcci di implementazione scolastica come passo successivo, poiché finora abbiamo solo i professionisti sanitari che abbiamo contattato.

Integrazione del sistema sanitario e professionale: sviluppare piani di sostenibilità per ridurre la dipendenza dai finanziamenti dell'UE, attraverso la formazione e i materiali che abbiamo creato tramite il sito web Smart Family e quindi caricare maggiori contenuti su questo. Migliorare la partecipazione dei/delle professionisti/e sanitari/e oltre il tasso del 29%, il che significa motivarli ulteriormente sull'importanza della consulenza sullo stile di vita per ridurre l'obesità a lungo termine e non solo sull'immediato. Creare protocolli standardizzati e programmi di educazione continua per loro da seguire. Affrontare le barriere sistemiche, come il cesareo, che rappresentano una grande sfida, che naturalmente dipende da molteplici fattori, ma bisogna affrontarla e tenerne conto. E quindi, espandere la metodologia nel 6th Health ADM region, come abbiamo ripetuto finora.

Slide 26 - Grazie a tutti/e per la partecipazione!

Grazie a tutti/e per la vostra partecipazione e per aver ascoltato questo webinar.