

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II



SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dottorato in Sanità Pubblica e Medicina Preventiva

Dipartimento di Sanità Pubblica

TESI DI DOTTORATO

**Modello integrato di promozione della Salute per la
prevenzione dell'obesità infantile: Scuole Promotrici di
Salute, Ristorazione Scolastica e Madri Peer Educator**

Relatore:
Ch.ma Prof.ssa
Maria Triassi

Candidata:
Carmela Vallone

ANNO ACCADEMICO 2017/2018

A mio Padre

INDICE

Introduzione	5
CAPITOLO I: EPIDEMIOLOGIA DELL’OBESITA’ INFANTILE	9
1.1 Definizione di obesità.....	10
1.2 L’obesità infantile: determinanti socio-economici e nutrizionali.....	11
1.3 L’obesità infantile in Italia.....	13
CAPITOLO II: PROGETTAZIONE DI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	18
2.1 Introduzione.....	19
2.2 Modello per la progettazione di un intervento: Project Cycle Management.....	21
2.3 Health Equity Audit.....	26
2.4 Il Setting Approach e il Life-Course Approach.....	27
2.5 Empowerment nelle scelte di vita salutari.....	29
2.6 La Peer Education.....	31
2.7 La Scuola promotrice di Salute.....	32
CAPITOLO III: LA REGIONE CAMPANIA E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE	39
3.1 La Salute in Campania.....	40
3.2 Governance Regionale e Aziendale per la promozione della salute.....	41
3.3 Definizione di buona pratica.....	43
3.3.1 Competenze degli Operatori.....	44
CAPITOLO IV: PROGETTO MENS(A) SANA	48
4.1 Obiettivi.....	49
4.2 Analisi di contesto.....	49

4.3 Materiali e metodologie.....	52
4.3.1 Fasi preliminari.....	56
4.3.2 Valutazione dei comportamenti alimentari prima dell'intervento.....	56
4.3.3 Primo incontro: albero dei problemi.....	56
4.3.4 Secondo incontro: albero delle soluzioni.....	58
4.3.5 Spesa consapevole.....	60
4.3.6 Monitoraggio.....	61
4.4 Risultati.....	63
Conclusioni.....	67
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	70
Appendice.....	77
Ringraziamenti.....	85

Introduzione

Il livello di salute dei cittadini campani, così come emerge dai Sistemi di Sorveglianza e da altri Sistemi Informativi, è mediamente poco soddisfacente, soprattutto se paragonato con quello dei cittadini residenti nelle altre regioni del Paese.

La maggior parte dei determinanti di salute e/o patologie conclamate, tendono a concentrarsi in modo particolare tra le fasce di popolazione in condizioni socio-economiche svantaggiate che, in Campania, sono rappresentate molto più che nelle altre regioni dell'intero Paese. Questi cittadini particolarmente vulnerabili, purtroppo, sono anche quelli più difficilmente raggiungibili da efficaci interventi di prevenzione. Una tale situazione genera disuguaglianze di salute che nella nostra Regione registrano livelli davvero preoccupanti. In tale scenario di riferimento, la risposta del sistema sanitario, così come emerge dai Sistemi di Sorveglianza, non appare particolarmente efficace per una serie di motivi, tra cui l'efficacia dell'azione delle cure primarie nella promozione di stili di vita salutari in favore della popolazione, non si è rivelata adeguata [1].

Si rileva, quindi, la necessità di interventi "di sistema" che possano conferire sostenibilità nel tempo alle azioni di prevenzione per garantire un'appropriata, sistematica ed efficace promozione della salute.

Tra le azioni prioritarie al fine di migliorare il sistema, troviamo l'investimento di adeguate risorse, l'accountability dell'organizzazione, la realizzazione di un'efficace intersettorialità sia a livello regionale che territoriale, l'adeguamento delle competenze degli operatori, l'implementazione delle buone pratiche di dimostrata efficacia e un'azione più determinata verso la riduzione delle

disuguaglianze di salute nella popolazione.

Allo scopo di dare supporto al “sistema” di promozione della salute, la Regione Campania con la DGR 501 del 01/08/2017 ha emanato “l’Atto d’Indirizzo per le attività di Educazione e promozione della Salute nelle AA.SS.LL. della Regione Campania” [1] in cui è indicato come compito primario quello di promuovere una cultura della salute secondo la strategia “La salute in tutte le politiche”. In tutte le aree delle politiche, infatti, sia sanitarie che non sanitarie, è possibile implementare azioni che, se adeguatamente ideate nell’ottica della promozione dell’equità, possono concorrere a contrastare o moderare i vari meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute.

La promozione della salute è fortemente connessa, sin dalla prima infanzia, con lo sviluppo, l’affermazione personale, il benessere e la democrazia. Richiede, pertanto, la partecipazione di molteplici attori e diverse Istituzioni, a partire dalla Scuola quale *setting* specifico. La Scuola, infatti, è in grado di offrire un contributo significativo alla salute e al benessere riconoscendo che la salute, l’istruzione, l’educazione e lo sviluppo sono strettamente collegati. La promozione della salute richiede, quindi, un agire sistemico con altri stakeholder di rilevanza regionale e cittadina.

A tale scopo, la Regione Campania con DGR n. 699 del 14 Novembre 2017 ha approvato il “Protocollo d’Intesa” con il MIUR-Ufficio Scolastico Regionale della Regione Campania per la promozione della salute nelle scuole, il cui obiettivo è favorire la collaborazione tra operatori della salute e operatori della scuola attraverso la realizzazione di piani intersettoriali di promozione della salute nei diversi ambiti territoriali per l’attuazione di quanto previsto nelle diverse Azioni del

Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 approvato con DGRC n. 860/2015.

In particolare, viste le numerose conseguenze sulla salute degli individui, l'obesità infantile rappresenta un problema non soltanto per la salute del singolo, ma della collettività poiché quasi sicuramente il bambino obeso sarà un adulto obeso che svilupperà altre patologie e andrà incontro a una riduzione della sua qualità di vita. Tali conseguenze andranno, inoltre, a determinare un aumento delle spese sanitarie da affrontare per trattare le complicanze a cui va incontro il paziente obeso. In particolare, in letteratura sono state individuate quattro categorie di costi legati all'obesità: costi medici diretti, costi in termini di produttività persa, costi di trasporto e costi di capitale umano [2].

Valutazioni effettuate dall'università di Tor Vergata [3], stimano che per ogni aumento di 1 punto di BMI, la spesa sanitaria pro capite/anno va da 4,7 euro nella classe normopeso, 8 per la classe sovrappeso, 13 per gli individui obesi fino ai 17 per gli obesi gravi e 23,7 per quelli molto gravi.

Compito del Sistema Sanitario Nazionale è quindi quello di elaborare proposte operative sostenibili che tentino di dare risposte alle necessità di prevenzione per evitare che i tassi di sovrappeso e obesità continuino ad aumentare e quindi pesare ancora di più sulla spesa sanitaria.

Il Modello integrato di promozione della salute oggetto del presente lavoro di ricerca vuole essere un intervento di promozione della salute, per il contrasto dell'obesità infantile, che seguendo i principi di pianificazione, organizzazione, coordinazione e controllo del Project Cycle Management (PCM) [4] anticipa e si ispira ai criteri e requisiti dell' Atto d'Indirizzo per le attività di Educazione e promozione della Salute

nelle AA.SS.LL. della Regione Campania [1] per lo sviluppo e l' implementazione di una “buona pratica”.

CAPITOLO I
EPIDEMIOLOGIA DELL' OBESITA' INFANTILE

1.1 Definizione di obesità

L'obesità è una condizione clinica caratterizzata da un eccesso ponderale che può provocare gravi conseguenze sulla salute dell'individuo e una riduzione della sua aspettativa di vita. L'eccesso ponderale è determinato da uno squilibrio tra aumento di massa grassa rispetto alla massa magra [5], di solito come conseguenza di un'alimentazione scorretta e di una vita eccessivamente sedentaria.

L'obesità infantile, in particolare, è una condizione difficile da trattare e che può persistere e avere ripercussioni sulla salute dell'adulto, determinando una serie di patologie sia a breve che a lungo termine come Diabete Mellito di tipo 2 (DM2), Iperensione Arteriosa (HTA), Iperlipidemia, Steatoepatite Non Alcolica (NASH) e Sindrome delle Apnee Notturne (OSAS), tutte condizioni che rappresentano di per sé fattori di rischio per malattie cardiovascolari [7] [8] [9].

La tecnica per valutare il grado di obesità più utilizzata è il calcolo del BMI (*Body Mass Index* o IMC, Indice di Massa Corporea) che si ottiene dividendo il peso in Kg per il quadrato dell'altezza in m: in genere si definisce obesità un valore di BMI superiore al 95° percentile (sovrappeso tra 85° e 95°) oppure superiore a 30 (sovrappeso se tra 25 e 29,9) [6].

Indici antropometrici più precisi come la plicometria (misurazione dello spessore delle pliche adipose in distretti anatomici standardizzati) sono inficiati di un'ampia variabilità sia intra- che inter-operatore.

Infine, nella Consensus Conference Italiana sull'Obesità si è proposto di definire tale condizione in funzione della circonferenza vita > 90° percentile per sesso ed età e/o valutando il rapporto vita/altezza considerato patologico se superiore a 0,5.

1.2 L'obesità infantile: determinanti socio-economici e nutrizionali

L'obesità è una patologia multifattoriale che origina da cause che possono avere una natura sia genetica che ambientale e che possono interagire tra loro. Raramente, l'obesità è il risultato di alterazioni genetiche (obesità sindromica) o di un assetto genetico che determina una predisposizione a questa condizione [7] [8].

L'obesità risulta essere un problema che riguarda principalmente le categorie sociali svantaggiate, vale a dire la fascia di popolazione che presenta minori livelli di istruzione e maggiori difficoltà ad accedere all'assistenza medica, a causa dei bassi livelli di reddito (Drewnowski e Darmon, 2005) [9]. Secondo uno studio di Loureiro e Nayga (2005), si riscontra una percentuale di obesità alquanto bassa fra la popolazione adulta con livelli di istruzione elevati e redditi medio-alti, mentre l'incidenza di individui obesi risulta nettamente più elevata in quella parte della popolazione che possiede solo un'istruzione elementare. Inoltre, il collegamento tra obesità, basso reddito e limitato grado di istruzione appare più evidente nelle donne.

Un altro gruppo di variabili collegate all'obesità riguarda le attitudini verso determinati stili di vita. In particolare, un imponente ruolo è stato svolto dai rapidi cambiamenti sociali e ambientali nel mondo occidentale che ha portato a una riduzione della richiesta energetica parallela a un aumento dell'*intake* calorico: uno stile di vita sedentario con diminuita attività fisica associato al consumo di alimenti a elevata densità energetica determina un bilancio calorico positivo che, anche se di lieve entità, può aumentare il deposito di grasso e, col tempo, portare a una condizione di obesità [10]. I paesi sviluppati sono andati incontro a una "transizione alimentare" [11], passando da un'alimentazione prevalentemente basata su cereali e ortaggi a un'alimentazione in cui sono sempre più preponderanti elementi di origine

animale e cibi ad alta intensità energetica, ricchi di grassi e zuccheri semplici e poveri di fibre. La maggior parte degli studi epidemiologici evidenzia un rischio limitato in gruppi che svolgono attività fisica moderata o elevata regolarmente [12]: quindi, l'esercizio è un fattore importante per ridurre il grasso corporeo e quindi il rischio di morbilità e mortalità [13].

Un determinante esterno che può essere causa di sovrappeso e obesità è la percezione che il bambino ha del cibo: alcuni alimenti, spesso proprio quelli più sani, vengono stigmatizzati e visti come socialmente rischiosi, in quanto possono essere causa di derisione o esclusione da parte dei coetanei. Per questo, spesso i bambini tendono a scegliere categorie di cibi popolari e con più appeal che nella maggior parte dei casi si identificano col cosiddetto *junk food*.

Tutti questi risultati hanno mostrato uno scenario preoccupante e l'esigenza di un'indagine mirata ad approfondire aspetti di particolare interesse per individuare e studiare fattori di rischio modificabili, tra cui le abitudini alimentari e il comportamento motorio nei diversi contesti.

L'OMS elenca diversi aspetti comportamentali associati a sovrappeso e obesità:

- Aumentata frequenza dei pasti;
- Consumo di cibi ad alta densità calorica;
- Consumo di bevande ricche in zuccheri semplici;
- Consumo di porzioni abbondanti ai pasti;
- Assunzioni frequenti fuori dai pasti;
- Consumo di scarsa quantità di fibra ed elevato apporto di grassi e zuccheri semplici.

Quest'ultimo punto, in particolare, è stato associato a un aumento del rischio di patologie di diversa natura, tra cui quelle cardiovascolari, in quanto è ciò che più si allontana da un regime dietetico del “Modello Mediterraneo” che invece è associato alla riduzione di tale rischio [14] [15].

1.3 L'obesità infantile in Italia

Nonostante l'attenzione rivolta, negli ultimi anni, alla promozione degli stili di vita salutari e alla lotta al sovrappeso già dall'età infantile, la proporzione di persone in eccesso ponderale rimane elevata con un impatto notevole sulla salute.

Un importante strumento per la programmazione delle attività di prevenzione è la Sorveglianza Nutrizionale che consiste in una raccolta mirata di dati epidemiologici (mortalità, morbosità), di consumi e abitudini alimentari e in un rilevamento dello stato nutrizionale per gruppi di popolazione. Essa ha lo scopo di fornire in modo strutturato e con continuità le informazioni necessarie a costituire il profilo alimentare della popolazione per pianificare interventi educativi mirati a modificare comportamenti alimentari errati e pericolosi per la salute. Un sistema di sorveglianza, infatti, si differenzia da un semplice monitoraggio di dati in quanto le informazioni raccolte sono principalmente quelle che studiano le cause prevenibili del fenomeno ed è indirizzato ad attivare azioni per la prevenzione del fenomeno

Con particolare riferimento alla popolazione infantile, nel 2008 è stato avviato per la prima volta il Progetto Nazionale “OKkio alla Salute” [16] grazie anche alla collaborazione con Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), l'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), Regioni e l'Istituto Superiore della Sanità (ISS). Inoltre, OKkio alla Salute è

collegato al programma europeo “Guadagnare salute - rendere facili le scelte salutari” (recepito in Italia con DPCM del 4 maggio 2007) e al “Piano Nazionale della Prevenzione” (coinvolge tutte le Aziende Sanitarie d’Italia coordinate a livello Regionale).

L’obiettivo della sorveglianza è descrivere nel tempo (con cadenza biennale) l’evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini delle scuole primarie (8 e 9 anni) e del loro ambiente scolastico, in relazione alle sue caratteristiche favorenti una corretta nutrizione e l’attività fisica, allo scopo di suggerire azioni appropriate e basate su prove di efficacia.

In questo modo sono state ottenute, ad oggi, informazioni su oltre 48900 bambini e, al 2016, la prevalenza dell’obesità a livello nazionale è risultata del 9,3% (2,1% i bambini gravemente obesi), mentre la condizione di sovrappeso colpisce il 21,3% dei bambini; inoltre, le bambine hanno mostrato una percentuale di obesità del 8,8% contro il 9,7% dei maschi [17].

Dalle osservazioni di OKkio alla salute 2016, inoltre, è emersa anche una sostanziale differenza nella distribuzione delle condizioni di sovrappeso e obesità sul territorio nazionale, con una maggiore prevalenza al Sud (in particolare in Campania, Calabria e Sicilia) rispetto al Nord ed al Centro.

In tema di obesità/sovrappeso, PASSI ha evidenziato che, dal 2008 al 2017, circa il 40 % della popolazione adulta italiana presenta un eccesso ponderale: questa condizione colpisce soprattutto gli uomini rispetto alle donne e persone con basso grado di istruzione e difficoltà economiche.

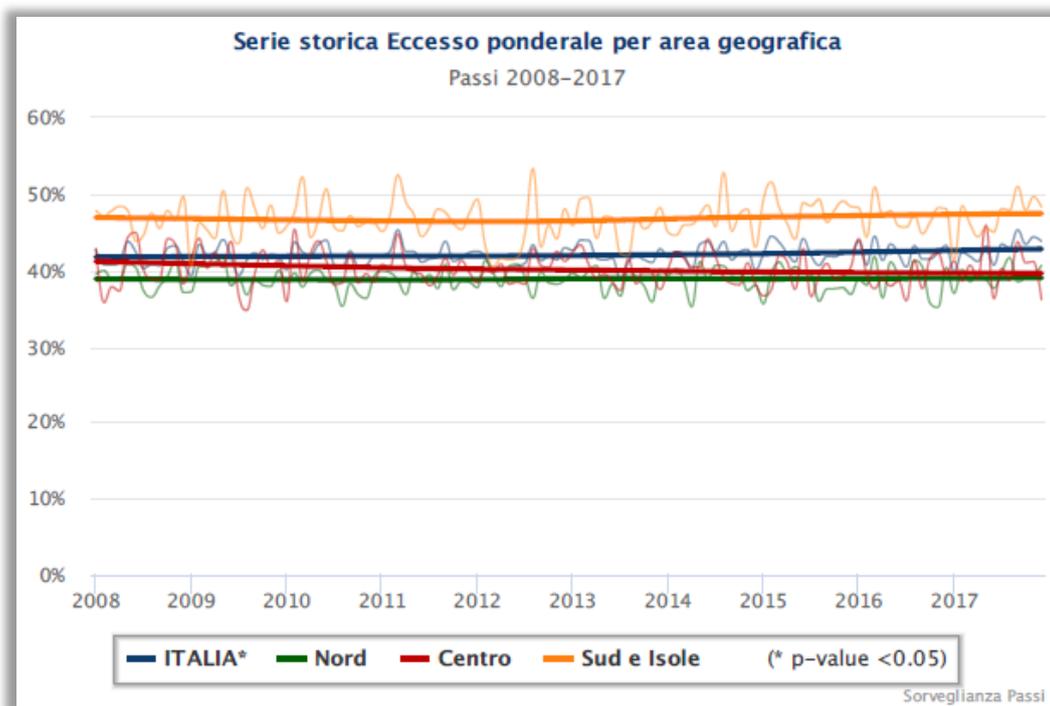


Fig. 2: Eccesso ponderale per area geografica. Da: PASSI 2008 – 2017

Il confronto tra i dati dei due Sistemi di Sorveglianza OKkio alla Salute e PASSI rileva un nesso causale tra le abitudini dei bambini e la probabilità di questi ultimi di diventare adulti affetti da diabete, asma, malattie cardiovascolari, stress da stigmatizzazione, bassa autostima e delle competenze relazionali sociali

Da questi dati si evince, quindi, quanto siano importanti strategie di prevenzione che agiscano già nei primi anni di vita, perché un bambino sovrappeso/obeso molto probabilmente lo sarà anche da adulto, andando incontro a un aumentato rischio di MCNT e a una ridotta qualità di vita.

I dati illustrati dimostrano la necessità di interventi di promozione della salute per la prevenzione dell'obesità infantile e il contrasto delle disuguaglianze di salute allo scopo di scardinare l'epidemia dell'obesità" maggiormente dilagante nelle aree e nei contesti caratterizzati da disagio socio-economico.

Le disuguaglianze sociali, infatti, in tema di salute riflettono il rapporto tra posizione sociale e stato di salute in base al quale a una più alta posizione sociale corrisponde, in media, una salute migliore [19] [20]. Quindi, nonostante la salute rientri nei diritti fondamentali dell'uomo, esistono comunque disuguaglianze tra paesi e, all'interno dei paesi stessi, tra diverse zone geografiche.

CAPITOLO II

PROGETTAZIONE DI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

2.1 Introduzione

Per la pianificazione, progettazione e stesura dell'intervento pilota, utili strumenti di riferimento adottati, sono stati il modello per la progettazione *Project Cycle Management* (PCM) e gli *Health Equity Audit*.

Il principio perseguito dal documento (PCM) è una guida affinché un percorso di Sanità Pubblica risulti efficace e sostenibile. Per ottenere ciò, un percorso deve essere progettato ponendo particolare attenzione alle fasi di monitoraggio e valutazione delle attività svolte poiché senza queste due fasi, non si possono correggere eventuali errori o implementare i successi ottenuti. Questi due processi si articolano in:

- Valutazione ex ante: da un giudizio su fattibilità, appropriatezza, efficacia, efficienza, equità, sostenibilità del progetto prima del suo inizio evidenziando e correggendo eventuali criticità;
- Monitoraggio: controlla in itinere e in maniera sistematica se l'intervento si sta svolgendo come programmato con modalità e tempi stabiliti, così da individuare eventuali scostamenti e responsabilità;
- Valutazione di processo: affronta di norma l'aspetto procedurale e mira ad analizzare la congruenza tra gli obiettivi indicati ex ante e quelli perseguiti in fase di attuazione, il grado di cooperazione tra i vari soggetti coinvolti nella definizione attuazione delle politiche, il modo in cui vengono raggiunti i destinatari delle politiche, le procedure di partecipazione adottate, le risorse impiegate per realizzare l'intervento; gli ostacoli o le facilitazioni incontrati nella implementazione dell'intervento;

- Valutazione di risultato: verifica se il target intermedio ha svolto le attività previste;
- Valutazione d'esito: verifica se gli obiettivi educativi, gli obiettivi di modifica del contesto e gli obiettivi di salute sono stati raggiunti;
- Valutazione di gradimento: per sapere se target e stakeholder hanno gradito l'intervento, se sono state soddisfatte le loro aspettative e come giudicano la qualità del progetto;
- Valutazione economica: per conoscere quanto effettivamente è costato l'intervento e quale è il rapporto output/costi.

Tale progettazione risulta essere strategica poiché troppi sono stati gli interventi di promozione risultati poco efficaci. Inoltre, la frammentazione degli interventi ha contribuito negativamente al raggiungimento di modifiche significative sugli stili di vita dei soggetti destinatari degli interventi e degli obiettivi prefissati.

L'inefficacia e la frammentazione degli interventi sono stati gli elementi alla base della necessità di stilare un documento di indirizzo regionale (Atto d'Indirizzo per le attività di Educazione e promozione della Salute nelle AA.SS.LL. della Regione Campania) che sottolinea l'importanza che tutti gli interventi di promozione della salute esaudiscono le condizioni di *best-practice*. Tale documento, infatti, oltre a definire i requisiti di *best-practice* fornisce una scheda come un utile strumento di valutazione degli interventi (Allegato 1).

2.2 Modello per la progettazione di un intervento: Project Cycle Management

Il *Project Cycle Management* (PCM) [4] è un processo di pianificazione, organizzazione, coordinazione e controllo di un progetto attraverso le sue diverse fasi. Secondo il protocollo PCM, un progetto è un insieme di attività che mirano a raggiungere obiettivi definiti entro un determinato periodo di tempo e con un budget prestabilito. Esso può essere visto come un processo circolare in cui vengono definiti tutti i passaggi principali e le connessioni tra di essi all'interno dello stesso sistema.



Fig. 3: Project Cycle Management.

In tutte le fasi del ciclo, il PCM utilizza la tecnica del *Logical Framework Approach* (LFA) cioè un approccio “efficace nel consentire a diversi soggetti di individuare e analizzare problemi e definire obiettivi e attività da intraprendere per risolvere quei

problemi”. Tutte le fasi, inoltre, si susseguono in maniera progressiva e devono essere completate prima di passare alla fase successiva.

Il LFA permette di realizzare progetti

- Pertinenti rispetto al *setting* e alla popolazione target beneficiaria
- Coerenti: con esplicito legame tra attività, risultati e obiettivi
- Sostenibili: gli effetti devono durare nel tempo

Nella fase di identificazione viene fatta un’analisi di contesto per identificare i problemi e le possibili soluzioni, in maniera tale da avere un’immagine della situazione attuale e della situazione futura desiderata e ottenuta tramite le strategie applicate.

L’analisi dei problemi si basa sulle relazioni causa-effetto tra i diversi aspetti della situazione esistente ed è rappresentata come Albero dei problemi.

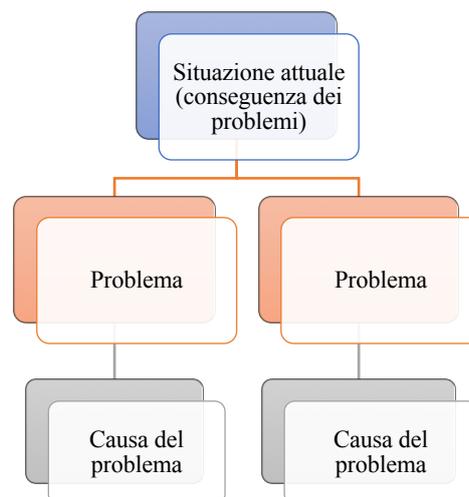


Fig. 4: Albero dei problemi.

L'analisi degli obiettivi (o delle soluzioni) descrive la situazione che si vuole raggiungere una volta risolti i problemi. Essa è rappresentata come albero degli obiettivi.

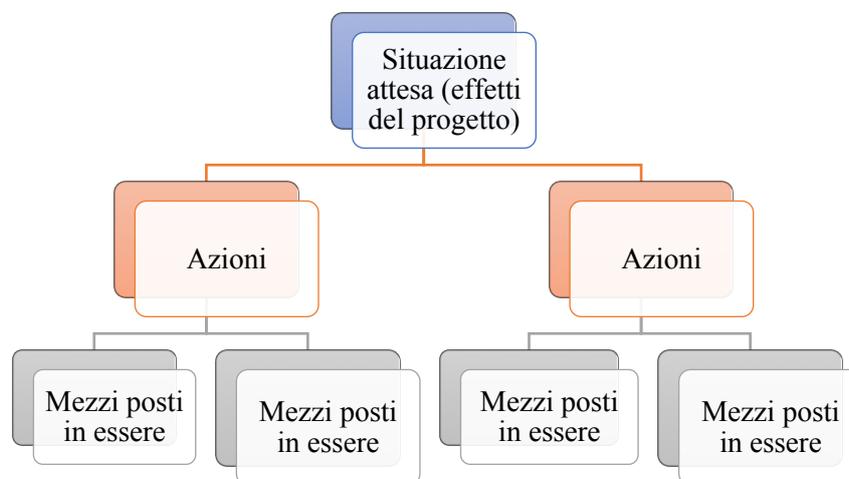


Fig. 5: Albero degli obiettivi.

Infine, l'analisi delle strategie prevede due momenti: l'individuazione degli ambiti di intervento, cioè gli obiettivi simili nell'albero degli obiettivi, e la scelta della strategia progettuale, cioè quali ambiti possono essere affrontati nel progetto.

Nella fase di formulazione, a partire dai risultati della fase precedente, si elabora un progetto rispettando requisiti formali e condizioni (*terms of references*) previste per assicurare fattibilità e sostenibilità del progetto.

Anche in questa fase si utilizza il LFA e la *Logframe Matrix* cioè una matrice utile per definire i fattori e le componenti necessarie alla realizzazione del progetto e alla corrispondenza con gli obiettivi prefissati ed evidenziare i legami tra eventi che si susseguono.

Dal LFA si passa al piano delle attività che prevede la scomposizione delle attività in sub-attività, la determinazione della sequenza e dei vincoli tra le attività e la stima

della loro durata. Le azioni da intraprendere possono essere poste in un grafico detto *Work Breakdown Structure* (WBS), cioè “un albero di attività orientate a un obiettivo che organizza, definisce e visualizza graficamente tutto il lavoro che dev’essere fatto per raggiungere gli scopi finali di un progetto”. Lo scopo della WBS è l’individuazione di pacchetti di lavoro *Work Package* (WP) in cui si possano definire gli obiettivi e i singoli compiti in modo da facilitare la programmazione e il controllo del progetto. Ogni elemento del WBS, detto *Work Breakdown Element* (WBE), avrà un preciso compito da svolgere, una durata, le risorse, il costo e le rilevazioni dell’avanzamento dei lavori ed è collegato a uno e uno solo degli elementi di livello superiore secondo una gerarchia. A tale scopo è importante l’analisi fatta da Gantt col suo diagramma che permette di definire cosa fare e in quanto tempo (durata), un riferimento per il controllo dell’avanzamento del progetto e la definizione di eventi chiave (*milestones*).

Infine si sviluppa un piano delle risorse per definire le risorse richieste per ogni attività, per inserirle nelle categorie di costo, per pianificare i costi e per determinare i costi totali e periodici.

La fase di implementazione è la fase in cui vengono realizzate le attività previste nel progetto per arrivare all’obiettivo prefissato passando attraverso l’organizzazione delle risorse umane e materiali a disposizione, lo sviluppo e la realizzazione delle attività, il management e il monitoraggio del progetto, la ridefinizione in itinere eventuale e la chiusura del progetto.

La fase di valutazione giudica gli effetti di un progetto o di un'attività attraverso uno schema di riferimento con precisi criteri, indicatori e strumenti da utilizzare. Essa può avvenire *ex-ante* (durante le fasi di identificazione, finanziamento, formulazione), *in itinere* o alla fine della fase di implementazione ed *ex-post*. Gli Audit effettuati in questa fase hanno proprio lo scopo di garantire il rispetto dei criteri di riferimento.

Nel Quadro Logico (QL) la valutazione e la progettazione sono due attività parallele facenti parte di un ciclo: “le attività di un progetto dovranno contribuire al raggiungimento dei risultati utilizzando nel modo più efficiente le risorse umane e finanziarie disponibili; i risultati (servizi, prodotti, valore aggiunto) dovranno raggiungere in modo efficace i benefici che il progetto intende apportare ai destinatari. Inoltre, l'intervento sarà rilevante se ha costruito soluzioni per i problemi specifici e più salienti dei beneficiari, cioè se si è raggiunto l'obiettivo specifico (scopo) del progetto, ed avrà un impatto positivo se il raggiungimento dell'obiettivo generale ha creato miglioramenti nella qualità di vita dei destinatari e ha effetti nel medio-lungo periodo sulla collettività”. Impatto, rilevanza, efficacia ed efficienza sono criteri per valutare un progetto, in particolare:

- L' impatto misura gli effetti in termini di vantaggi sociale/economico di medio e lungo termine determinati dal progetto nel setting di riferimento (obiettivo generale);
- La rilevanza: misura dell'importanza dei risultati del progetto per i beneficiari (scopo del progetto);
- L'efficacia misura dei risultati conseguiti, cioè come i servizi/prodotti hanno permesso ai beneficiari di ottenere un determinato beneficio;

- L'efficienza è il rapporto tra qualità/quantità dei servizi e costi per mettere in atto l'intervento.

Ulteriori criteri di giudizio sono l'innovatività, la sostenibilità e la trasferibilità:

- L'innovatività è il livello di novità del progetto in rapporto alle condizioni di partenza, la popolazione target, i modelli adottati e l'impatto sulle politiche locali, nazionali e comunitarie;
- La sostenibilità è la capacità di continuare a mettere in atto il progetto anche dopo la fine del suo finanziamento;
- La Trasferibilità è la capacità di moltiplicare l'azione su uno stesso target (Riproducibilità) o target/setting diversi.

Quando un progetto rispetta questi criteri, esso è indicato come "buona prassi".

2.3 Health Equity Audit

L'*Health Equity Audit* (HEA) è un processo finalizzato a verificare sistematicamente la presenza di disuguaglianze evitabili nell'esposizione ai rischi e nell'accesso alle soluzioni e quindi negli esiti, a individuare le conseguenti azioni di contrasto e a verificarne il loro impatto [21] [22] [23].

Il processo di HEA può richiedere da mesi ad anni, a seconda del tipo e dell'entità del problema che l'intervento mira a risolvere. L'intero processo passa attraverso sei fasi:

1. Creazione del gruppo di lavoro con individuazione delle priorità da affrontare;
2. Creazione del "Profilo di Equità", cioè della raccolta di informazioni su stato di salute, utilizzo dei servizi socio-sanitari e distribuzione dei determinanti

- sociali della salute, secondo variabili socio-economiche, per individuare disuguaglianze tra gruppi di popolazione con diverse caratteristiche;
3. Identificazione delle disuguaglianze e implementazione delle azioni per contrastarle;
 4. Individuazione degli obiettivi per contrastare le disuguaglianze;
 5. Avvio delle modifiche;
 6. Valutazione dei progressi e dell'impatto sugli obiettivi prefissati.

2.4 Il setting approach e Life-course approach

La scuola rappresenta il *setting* ideale per la promozione della salute e per la prevenzione di condizioni patologiche che si possono presentare già in età infantile ma che possono avere ripercussioni a lungo termine sulla salute dell'individuo.

Il *setting* è il luogo o il contesto sociale nel quale le persone si impegnano nelle attività quotidiane nelle quali i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono per ripercuotersi sulla salute e sul benessere. Un *setting* è più di un luogo, esso funge sia da strumento che da risultato dell'interazione sociale. Gli individui appartengono a *setting* diversi e vengono influenzati da *setting* diversi. Nell'ambito della promozione della salute per *setting* o ambiente organizzativo s'intende un sistema sociale delimitato, analizzato e definito a fini d'interventi favorevoli alla salute e nel quale vengono prese le decisioni e le misure tecniche necessarie per provvedimenti concreti volti a promuovere la salute. Il concetto di *setting* generalmente ha una connotazione locale.

Il *setting approach*, descritto già nella Carta di Ottawa [24], è un metodo multidisciplinare che ha lo scopo di migliorare gli *outcome* relativi alla salute attraverso interventi rivolti al sistema intero.

Il *setting* risulta costituito da diversi elementi che però interagiscono tra loro, influenzandosi reciprocamente. I principi su cui si basa sono la partecipazione della comunità, la responsabilizzazione e l'equità.

Affinché, però, la promozione della salute incida realmente sullo stato di salute dei cittadini è necessario un approccio prolungato nel tempo e interventi precoci, in modo da garantire il mantenimento della salute dell'individuo.

L'approccio *life-course* ricerca gli effetti a lungo termine sulla salute determinati dall'esposizione a fattori di rischio fisici e sociali durante la gestazione, l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta [25]. In questo senso, la prevenzione e la promozione della Salute risultano più efficaci se coinvolgono precocemente gli individui, in quanto il benessere della persona si costruisce a partire dal concepimento e durante tutte le diverse fasi della vita.

Una dimostrazione dell'importanza di questo approccio prolungato nel tempo è data proprio dalla prevenzione dell'obesità basata su corsi di accompagnamento alla nascita offerti alla donna in gravidanza, controllo del peso alla nascita del neonato, allattamento materno prolungato, alimentazione adeguata e stile di vita familiare non sedentario già dai primi anni di vita del bambino, sviluppo di *life-skills*, una vita all'aria aperta e in movimento, ridotto utilizzo di TV e apparecchi elettronici, utilizzo di scale e camminare a piedi, etc...: tutti questi comportamenti aiutano a proteggere dall'obesità e ad aumentare l'aspettativa e la qualità della vita dell'individuo [26].

2.5 Empowerment nelle scelte di vita salutari

L'*Empowerment* è il processo attraverso il quale le persone e le comunità acquisiscono il controllo sulle decisioni e sulle azioni che riguardano la propria salute [27]. La messa in atto di comportamenti salutari non è determinata solo dalle intenzioni di svolgere un'azione positiva e/o abbandonarne una negativa ma anche dall'identificazione dei processi psicologici che portano la persona a dare inizio a una determinata azione, a mantenerla nel tempo e a comprenderne i vantaggi per se stesso e per chi ne sta intorno. Per questo motivo, per favorire azioni salutari, occorre lavorare su più fronti, oggettivi e soggettivi. Al primo gruppo appartengono elementi come leggi, assetto economico, norme culturali che possono influenzare i sistemi di regolazione istituzionale che a loro volta influenzano la regolazione individuale e viceversa. Mentre, a livello soggettivo saranno importanti fattori emotivi e caratteriali, come percezioni, credenze e ostacoli percepiti alla messa in atto del comportamento salutare, norme sociali, percezione di vulnerabilità personale, autoefficacia percepita e risultati aspettati.

Il meccanismo di *empowerment* rende le persone indipendenti e responsabili nella scelta dei comportamenti che possono favorire lo stato di salute. In questo caso, è importante:

- a. Analizzare e intervenire sulle norme sociali fortemente radicate tra i gruppi sociali e che possono influenzare la condotta individuale;
- b. Indagare e lavorare sulla percezione di vulnerabilità personale, cioè valutare la percezione del rischio (processo cognitivo), l'assunzione del rischio (messa in atto di comportamenti rischiosi per la salute) e la propensione al rischio (caratteristica di personalità);

- c. Monitorare e rafforzare l'autoefficacia dell'individuo in quanto lo rende capace di modificare comportamenti errati e mantenere alta la motivazione al cambiamento avviato in modo da mantenerlo.

Oltre che al singolo, la responsabilità della salute e del benessere del cittadino sono riconducibili all'intera comunità (*empowerment* di gruppo). All'interno dei gruppi, si realizza dialogo, reciprocità, interscambio e interazione continua e quindi il cambiamento dell'individuo è fortemente legato agli altri tramite processi di influenza reciproca. Per questo motivo, per attuare interventi di promozione della salute bisogna:

1. Coinvolgere la comunità nell'identificare i problemi di salute e nell'individuare possibili soluzioni tramite la formazione di gruppi di auto-aiuto e/o gruppi di pressione o sostenendo la formazione di strutture e servizi a tutela della salute a livello locale;
2. Rafforzare la percezione di efficacia collettiva nei gruppi (*collective efficacy*), intesa come la percezione condivisa dai membri di un gruppo di avere la capacità di determinare un cambiamento sociale attraverso un'unica azione, sia in ambito di promozione della salute che di prevenzione delle malattie;
3. Favorire l'organizzazione del gruppo implementando programmi di promozione della salute all'interno di organizzazioni a beneficio di dipendenti e utenti perché migliorando le condizioni di lavoro dei dipendenti, si ha un miglioramento riflesso nella relazione con gli utenti e quindi si rafforza l'organizzazione, l'efficienza e la produttività aziendale.

Laverack e Labonte [28], descrivono l'*empowerment*. come un processo che si sviluppa attraverso un continuum dinamico ed evolutivo che comprende:

- *Empowerment* personale;
- Sviluppo di piccoli gruppi di supporto;
- Organizzazioni di comunità;
- Partnership tra organizzazioni;
- Azione sociale e politica.

Tale classificazione di Laverack e Labonte appare particolarmente interessante perché è proposta all'interno di un quadro concettuale che cerca di ricomporre due diversi approcci alla promozione della salute: quello "bottom-up" che contraddistingue l'*empowerment* di comunità e quello "top-down" che caratterizza le campagne di prevenzione di sanità pubblica.

2.6 La Peer Education

Per *Peer Education* (Educazione tra pari) si intende un tipo di strategia educativa, nata negli anni '70 negli Stati Uniti, basata sulla trasmissione, lo scambio e la condivisione di informazioni, valori ed esperienze tra persone della stessa età e/o appartenenti allo stesso gruppo sociale. In questo processo, alcuni membri di un gruppo, detti *peer educator*, vengono scelti e formati per svolgere un ruolo da educatori verso gli altri membri dello stesso gruppo simili ai primi per età, condizioni di vita, provenienza culturale, etc... Il principio base della *peer education* è perciò il legame che esiste tra membri di uno stesso gruppo, e quindi simili tra loro, e l'influenza sociale [29]: la sintonia avvertita dai membri di un gruppo rende una

persona tra questi più credibile e affidabile e quindi è più probabile che gli altri individui vengano influenzati nel loro modo di fare o pensare [30].

Il primo passo in questi interventi è l'individuazione del *peer educator*, cioè colui o colei che riesce a migliorare e utilizzare le proprie capacità comunicative e relazionali, mettendosi in discussione e partecipando attivamente ai processi di condivisione di conoscenze e di abilità tra operatori e gli altri membri del gruppo di lavoro.

Quando applicata a interventi di promozione della salute, questa strategia permette di potenziare conoscenze e competenze che permettano di compiere scelte responsabili e consapevoli nei confronti della salute dei “*peer*”, annullando le differenze tra formatori e soggetti destinatari della formazione e determinando un cambiamento nel metodo comunicativo da una forma unidirezionale a una bidirezionale o circolare, questo anche grazie ai nuovi mezzi di comunicazione che hanno senz'altro facilitato la diffusione e la condivisione di notizie e conoscenze tra i destinatari di questi interventi.

2.7 La Scuola promotrice di Salute

La scuola è un luogo strategico promozione della salute in età evolutiva poiché essa accoglie per un lungo periodo di vita tutti i soggetti in età evolutiva e offre la possibilità di osservare e monitorare il percorso di crescita e il modello di salute e benessere sul quale il singolo soggetto sta forgiando il suo personale concetto di “stare bene”.

La scuola rappresenta un microcosmo ideale in cui si maturano convinzioni, opinioni, conoscenze, atteggiamenti e abitudini che determineranno in gran parte

l'evoluzione dell'individuo maturo, il suo ruolo e il suo contributo al vivere sociale. In tal senso la collaborazione tra il mondo sanitario e quello dell'educazione e della formazione rappresenta un elemento fondamentale per lo sviluppo di azioni che permettano di governare processi altrimenti travolti da pressioni commerciali miranti a favorire il consumo di bevande zuccherine, cibi e bevande ipercaloriche.

Organizzazioni internazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura (UNESCO), l'United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), il Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e l'International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), riconoscono, infatti, il ruolo centrale della scuola nel contribuire al miglioramento della salute e del benessere. Infatti, la scuola in molti casi è, assieme al contesto familiare, il luogo dove i ragazzi trascorrono gran parte della loro vita e, spesso, l'unica occasione di socializzazione, aggregazione ed educazione di riferimento. Essa rappresenta, quindi, un contesto ottimale per integrare conoscenze e capacità attraverso l'inserimento di insegnamenti relativi alla salute che siano ben accolti e poco costosi.

Dal punto di vista metodologico, gli interventi di educazione sanitaria rivolti a studenti da parte di personale scolastico o sanitario hanno fatto sì che i ragazzi potessero acquisire determinate conoscenze relative alla salute in modo da influenzarne i comportamenti. Attorno agli anni '80, si è cercato di arricchire questi programmi fornendo non solo conoscenze ma anche capacità (*skills*) che mettessero i bambini in grado di fare scelte di salute sane: queste *skills* riguardano la capacità di prendere decisioni (*decision making*) e di risolvere problemi (*problem solving*), senso critico, comunicazione efficace, capacità di instaurare relazioni interpersonali,

autocoscienza, empatia e gestione delle emozioni e dello stress. La maggior parte di questi programmi si sono basati sulla teoria dell'apprendimento sociale e l'autoefficacia di Bandura [31] e sull'*HealthBelief Model* [32].

Successivamente, Hagquist e Starrin [33] hanno evidenziato l'esistenza di due categorie di interventi di educazione sanitaria.

1. Strategia utilizzata per il cambiamento dall'alto al basso e del basso in alto (*top down e bottom up*);
2. Strategia riferita al quadro di riferimento ampio o limitato (*narrow/wide contestual framework*) all'interno del quale è praticato.

Strategy for change	Contestframework	
	Narrow	Wide
Top-down	Traditional educational models	Planner models
Bottom-up	Modern educational models	Empowerment models

Fig. 6: Modelli educativi. Da Hagquist e Starring, 1997.

Dall'insegnamento tradizionale caratterizzato da una strategia *top-down* in cui lo studente riceve le informazioni, si passa a una strategia *bottom-up* in cui lo studente è un partecipante attivo e il lavoro si focalizza sui fattori che influenzano il comportamento più che sul comportamento in sé.

Col tempo si sono poi affermati i *comprehensive programs*, cioè strategie che prevedono acquisizione di conoscenze e capacità da parte dei ragazzi e coinvolgimento nella programmazione e negli interventi di famiglia e membri della comunità allargata. Così negli USA e in Canada nasce il modello CSHP – Comprehensive School Health Program definito come “un insieme integrato e continuato nel tempo di servizi, strategie e azioni nella scuola finalizzati a

promuovere lo sviluppo fisico, emozionale, sociale ed educativo degli studenti. Il programma coinvolge e supporta le famiglie ed è stabilito dalla comunità locale e basato sui bisogni, risorse della comunità. È coordinato da un team interdisciplinare, responsabile nei confronti della comunità per la qualità del programma e l'efficacia" [34] [35]. Le componenti del CSHP sono otto:

1. Programmazione continua di un curriculum di educazione sanitaria dal 1al 12 grado scolastico (secondo il sistema scolastico americano);
2. Servizi sanitari scolastici;
3. Ambiente scolastico;
4. Educazione fisica a scuola;
5. Servizi degli alimenti;
6. Servizi di *counseling*;
7. Promozione della salute di tutto il personale;
8. Integrazione della promozione della salute della comunità scolastica.

Già nella carta di Ottawa si parlava di coniugare educazione e salute anche nella scuola. In particolare, nel documento si parla di ri-orientamento: ci si concentra più sugli aspetti positivi che costituiscono la salute (determinanti della salute) che sui comportamenti a rischio (cause di malattia). Inoltre, essa afferma che "la salute si crea dove la gente vive, lavora" e quindi inaugura il concetto di *setting*: la scuola rappresenta proprio uno di questi *setting* dove promuovere la salute di studenti e comunità. Quindi la carta di Ottawa rappresenta un vero e proprio impegno politico per la salute che richiede politiche relative alla sanità, all'istruzione, all'economia,

all'ambiente, ai trasporti, necessitando perciò di cooperazione inter-settoriale e inter-istituzionale.

Il modello di Keith Tones [36] identifica, invece, tre concetti chiave all'interno dei quali sono identificati dodici criteri su cui basare una scuola promotrice di salute:

1. Curriculum formale della salute in classe:

- i. Programmazione e realizzazione di un curriculum della salute continuo e accessibile a tutti;
- ii. Utilizzazione di metodologie di insegnamento di alta qualità, caratterizzato da un approccio positivo e basato su un lavoro condiviso con gli studenti e incentrato sulle loro esperienze;
- iii. Elaborazione di una serie di politiche correlate alla salute che siano in accordo con gli obiettivi della scuola;
- iv. Implementazione di politiche correlate alla salute e monitoraggio di eventuali cambiamenti di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti degli studenti;
- v. Promozione di cambiamenti di atteggiamenti e comportamenti favorevoli alla salute in tutti i ragazzi attraverso un ampio range di attività fisiche, accademiche, sociali e comunitarie;

2. Ethos¹e ambiente scolastico:

- i. Garanzia di un ambiente sicuro e che incoraggi gli studenti a essere sani e sicuri sia all'interno che all'esterno della scuola;
- ii. Promozione attiva di opportunità che sviluppino l'autostima e la fiducia in sé stessi degli studenti, mettendoli in grado di assumere

¹ L'ethos di una scuola è riferibile alla "cultura" o "clima" di una scuola, esso ha significativo impatto sull'atmosfera in cui studenti e insegnanti vivono e lavorano. Costituisce una rete di componenti che interagiscono tra loro (relazioni sociali, attività di lavoro, politiche scolastiche)

- iniziative, di fare scelte, esercitare la loro responsabilità sulla propria e l'altrui salute;
- iii. Crescita della comprensione del ruolo generale e degli obiettivi nella scuola per l'educazione alla salute e del contributo che i singoli individui possono offrire attraverso le proprie capacità e qualità personali;
 - iv. Creazione di un clima scolastico caratterizzato da buone relazioni, rispetto e considerazioni reciproche;
 - v. Promozione della salute e del benessere di studenti e corpo docente, in particolare evidenziando il ruolo di quest'ultimo quale modello esemplare anche per i comportamenti di salute;
3. Rapporti con la famiglia e la comunità, inclusi i servizi sanitari:
- i. Sviluppo di buone relazioni con altre scuole, genitori degli studenti e la comunità in un ampio range di iniziative che promuovano la salute;
 - ii. Impiego efficace di agenzie esterne e servizi specialistici per stimolare, sostenere e contribuire alla promozione della salute.

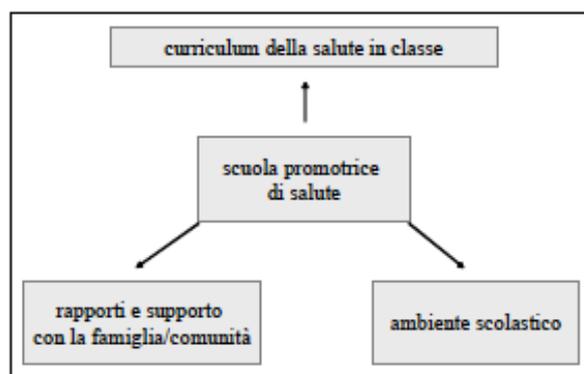


Fig. 7: Scuola promotrice di salute. Da: Tones, 1996.

Gli interventi di promozione della salute, quindi, per la loro complessità e articolazione, richiedono metodologie di approccio integrate e multidisciplinari, nonché strumenti operativi validati nella loro efficacia. Tali interventi, inoltre, se adeguatamente condotti anche in ambito scolastico, hanno dimostrato efficacia nell'indirizzare conoscenze e modificare comportamenti verso un corretto stile di vita.

[37]

CAPITOLO III

LA REGIONE CAMPANIA E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

3.1 La salute in Campania

Secondo dati relativi alle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) e i determinanti associati, in Campania ci sono ancora livelli troppo elevati di sedentarietà, scorretta alimentazione, abuso di alcol e fumo, tutti fattori di rischio modificabili ma che interessano ancora un'ampia fetta della popolazione campana, in particolare le fasce in condizioni socio-economiche più svantaggiate che in Campania sono più rappresentate rispetto alle altre regioni. Questo fa sì che gli interventi di prevenzione abbiano una difficoltà a priori nel raggiungere questa tipologia di cittadini che risultano quindi più a rischio di ammalarsi, anche precocemente, con maggiore probabilità di cronicizzazione, di esiti invalidanti e infausti. Queste disuguaglianze mostrano anche un andamento a gradiente: a ogni posizione nella scala sociale corrisponde un livello di salute meno favorevole rispetto alla posizione superiore e più favorevole rispetto a quella superiore [38].

Focalizzando l'attenzione sulla città di Napoli, nel 2008 è stato realizzato "Profilo di salute dei bambini di Napoli: disuguaglianze... una città nella città?" [39] un importante strumento che ha identificato i principali problemi di salute coi loro determinanti e le disuguaglianze in tema di salute tra le diverse aree della città. Col suo milione circa di abitanti, Napoli è la terza città più popolata d'Italia (densità abitativa 2612 abitanti/km²) e la città più giovane con la più alta proporzione di popolazione con età ≤ 14 anni (Napoli 17% contro il 14% della media italiana). Tra i distretti che la compongono, alcuni costituiscono aree disagiate con una popolazione pari al 35% di quella totale, densità abitativa 8 volte superiore alla media e abitanti

con età ≤ 14 anni pari al 20%. In queste zone, la povertà relativa²(24% in Campania, 11% in Italia) e la speranza di vita alla nascita mostrano livelli inferiori alla media, i livelli di istruzione sono molto bassi (50% contro il 10% degli altri distretti) e persistono alti tassi di analfabetismo e abbandono scolastico tra i giovani [40]. Inoltre, la città presenta la minore superficie di verde urbano rispetto alle altre regioni italiane (2,1 m²/abitante) e i più alti livelli in Italia di inquinamento dell'aria da NO² (99microg/m³), con importanti ripercussioni sulla salute delle fasce più deboli come anziani e bambini sotto i 24 mesi di vita. Infine, la popolazione che vive in questi distretti disagiati più periferici mostra indicatori socio-economici, culturali, comportamentali e sanitari più sfavorevoli rispetto alle altre zone della città e al resto d'Italia e queste differenze sono associate a disuguaglianze di salute che vanno a creare una vera e propria "città nella città". Proprio per questo, in tali contesti si rendono necessarie attività di promozione della salute mirate ed efficaci.

Per garantire un'appropriata, sistematica ed efficace promozione della salute si devono soddisfare determinate fasi: investimenti di risorse, *accountability*, collaborazione intersettoriale a livello regionale e territoriale, adeguamento delle competenze degli operatori, implementazione delle buone pratiche di dimostrata efficacia, riduzione delle disuguaglianze di salute nella popolazione [41] [42] [43] [44].

3.2 Governance Regionale e Aziendale per la promozione della salute

La promozione della salute è un processo multidisciplinare e multisetoriale che prevede un'azione sistematica e programmata che coinvolga diversi enti, istituzioni e

²Indica le difficoltà economiche nella fruizione di beni e servizi riferita a individui o aree geografiche in rapporto al livello economico medio di vita dell'ambiente o della nazione.

agenzie che spaziano dal livello regionale a quello provinciale, distrettuale, comunale e comunitario. La Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR della Regione Campania è l'organo che svolge, nell'ambito di una *governance* regionale, la funzione di *stewardship*, cioè di gestione responsabile delle risorse, facendo convergere interessi e contributi diversi nei processi decisionali che riguardano le azioni di tutela e promozione della salute attraverso gruppi di studio, coordinamenti e tavoli tecnici tematici.

Nella pianificazione, nello svolgimento e nella valutazione delle strategie di promozione della salute bisogna tener conto dei diversi programmi di educazione e promozione della salute che le stesse AA.SS.LL. sono tenute a svolgere, del dialogo fra le diverse aziende e fra queste e altri organi come istituzioni, agenzie, organizzazioni no profit etc... e dell'importanza della condivisione che portano alla formazione di una rete comunicativa fra le varie parti.

Il D.C.A. n 99/2016 “Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016-2018” [45] assegna compiti di educazione e promozione della salute a varie strutture territoriali, come Distretti Sanitari, Dipartimenti di vario interesse, ed evidenzia l'importanza di attuare programmi di educazione e promozione della salute su diverse tematiche e rivolti a diversi *target* e *setting*.

Dato che l'A.S.L. è un sistema complesso e articolato formato da diverse strutture, è importante seguire un modello trasversale per garantire una programmazione omogenea nei diversi interventi realizzati in tema di educazione e promozione della salute. Questo è possibile attraverso la costituzione di una rete interna che colleghi strutture e operatori dell'A.S.L. coinvolti nell'educazione e nella promozione della salute e garantisca l'attuazione degli interventi grazie a regole comuni stabilite.

I processi di condivisione e di scambio all'interno della stessa azienda, ma anche tra aziende diverse e tra aziende e i vari *stakeholders*, si realizzano attraverso la costituzione di specifici coordinamenti e tavoli tecnici allo scopo di favorire l'adesione a specifici programmi e la condivisione di modelli da seguire e di permettere una migliore gestione delle risorse a disposizione.

3.3 Definizione di buona pratica

Secondo Kahan e Goodstadt, per buona pratica si intende l'insieme di "processi e attività che, in armonia con i principi/valori/credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da raggiungere il migliore risultato possibile in una determinata situazione" [46].

Un intervento di educazione e promozione della salute ideale dovrebbe essere efficace, efficiente, equo, sostenibile, privo di "effetti collaterali negativi", attuabile facilmente e su un ampio *target* e adatto al contesto (o comunque facilmente adattabile). Allo scopo di dare supporto a tali modelli d'intervento di promozione della salute la Regione Campania ha emanato "l'Atto d'Indirizzo per le attività di Educazione e promozione della Salute nelle AA.SS.LL." [1] in cui è indicato come implementare azioni di promozione della salute adeguatamente ideate anche nell'ottica della promozione dell'equità.

In particolare, tale documento oltre a definire "una buona pratica" rappresenta uno strumento per poter valutare se un intervento rispetta le caratteristiche di "buona pratica". È possibile analizzare l'intervento dal punto di vista generale (Allegato 1), cioè verificare se è stato progettato e attuato in maniera vigorosa, e dal punto di vista specifico, cioè in rapporto a ciò che la ricerca scientifica considera utile per un

particolare tema, *target* o *setting*. Queste valutazioni sono necessarie sia per giudicare le attività e migliorarle, sia per farne una guida per la progettazione degli interventi.

I programmi promozione della salute sono efficaci quando sono soddisfatti tre livelli di qualità:

1. Qualità di contenuto: gli obiettivi e i messaggi devono basarsi sulla ricerca scientifica. Ad esempio, per invitare i soggetti a seguire “un'alimentazione corretta” bisogna che ci siano delle evidenze su quale alimento sia corretto e quale no.
2. Qualità metodologica: fa riferimento a scelta, costruzione e realizzazione dell'intervento più adatto in base agli obiettivi da raggiungere, al *target* e al *setting* presi in considerazione.
3. Qualità organizzativa: fa sì che l'intervento venga realizzato così come stabilito nella fase di progettazione e di rilevare problemi attraverso una continua attività di *feed-back*.

3.3.1 Competenze degli Operatori

La costruzione di competenze mira allo sviluppo di conoscenza, abilità, impegno e leadership e allo sviluppo di strutture e sistemi per rendere la promozione della salute efficace. Essa comprende azioni volte a migliorare la salute su tre livelli: la crescita di conoscenze e abilità tra gli operatori, l'incremento di supporto e infrastrutture dedicate alla promozione della salute nelle organizzazioni, lo sviluppo di coesione e collaborazioni per la salute nelle comunità.

Gli operatori che partecipano alle attività di educazione e promozione della salute hanno il compito di promuovere interventi che mirano a cambiare comportamenti a rischio, a individuare variabili psicologiche e sociali che impediscano l'acquisizione di comportamenti sani e di promuovere l'acquisizione di conoscenze, atteggiamenti e competenze relativi a uno stile di vita sano in modo da favorire il cambiamento in positivo.

La formazione degli operatori, quindi, diventa un punto strategico nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018, il quale prevede l'attivazione di percorsi formativi finalizzati a rafforzare conoscenze e competenze specifiche (*capacity building*), sviluppare capacità e promuovere l'interazione tra i diversi attori e i diversi ambiti operativi (in ambito sanitario e non) in modo da creare una rete di confronto.

La formazione basata sul *capacity building* consente di rafforzare le capacità auto-adattative delle persone e delle organizzazioni, in modo che diventino in grado di rispondere ai cambiamenti dell'ambiente e della società: si tratta quindi di un apprendimento multilivello [47].

Per rispondere all'esigenza di sensibilizzare verso una modalità di lavoro multidisciplinare e intersettoriale, i percorsi formativi devono promuovere strategie di *team building* per creare un buon clima nel gruppo di lavoro e, tramite specifiche metodologie formative, si deve mirare a:

- Definire, esplicitare e condividere obiettivi, strategie e compiti;
- Scegliere un metodo di lavoro che tenga conto, contemporaneamente, delle modalità tecniche e dei rapporti interpersonali;

- Prevedere un coordinamento dinamico e far procedere il gruppo valorizzando il contributo dei diversi componenti;
- Tenere in considerazione vincoli e risorse.

La formazione degli operatori impegnati nella promozione della salute riguardano diversi livelli come l'apprendimento di conoscenze (sapere), di abilità (saper fare) e di capacità comunicative e relazionali (saper essere).

I programmi del Piano Regionale di Prevenzione hanno lo scopo di migliorare, nei diversi *setting* di promozione della salute, l'*empowerment individuale e comunitario*, il potenziamento del capitale sociale, lo sviluppo di resilienza individuale e collettiva attraverso l'adozione, da parte degli operatori, di percorsi operativi, metodologie e strumenti idonei a realizzarli. A tal proposito, il progetto *CompHP-Developing competenciers and professional standards for health promotion capacity building in Europe* [48] valuta la qualità della promozione della salute e definisce i contenuti e le competenze che l'operatore coinvolto deve possedere.

L'integrazione tra conoscenze tecnico-scientifiche e competenze comunicativo-relazionali è quindi una condizione necessaria per il successo degli interventi volti a promuovere la salute. A tal riguardo, il Programma di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi del programma Guadagnare Salute DPCM 4 maggio 2007 n. 119 (PinC) [49] propone, all'interno della strategia formativa e comunicativa, strumenti quali il *counselling* e il colloquio motivazionale che mirano a sviluppare e amplificare l'attitudine a considerare canali comunicativi sia verbali che non verbali e a migliorare le capacità empatiche. Il colloquio motivazionale, in particolare, mira a rinforzare la motivazione negli operatori e a eliminare le resistenze al cambiamento

tramite il sostegno alla fiducia nelle proprie capacità (autoefficacia) [50]. In questo processo formativo, progressivamente e con diversi gradi di intensità, dovrebbe essere coinvolto tutto il personale (sanitario e non) fino poi ad abbracciare anche gli operatori degli enti partner coinvolti nell'attività di promozione della salute [51].

CAPITOLO IV
PROGETTO MENS(A) SANA

4.1 Obiettivi

Lo scopo della ricerca-intervento è migliorare lo stile alimentare dei bambini della scuola dell'infanzia e primaria (target di riferimento) attraverso l'incremento del consumo di frutta e verdura mediante l'implementazione di un modello integrato di promozione della salute rivolto ai bambini in aree urbane particolarmente deprivate da un punto di vista socio-economico-culturale (*setting*) che possa rispondere ai requisiti di sostenibilità ed efficacia nel contesto di riferimento.

Partendo dalla valorizzazione della ristorazione scolastica come strumento prioritario per educare a una corretta alimentazione, sono state sviluppate linee di intervento basate su *empowerment* di comunità, mamme *peer educator* e il coinvolgimento attivo degli insegnanti e delle famiglie.

4.2 Analisi di contesto

Con il Sistema di Sorveglianza OKkio alla Salute si è voluto indagare anche le abitudini alimentari e lo stile di vita dei bambini che hanno dimostrato ampia diffusione di comportamenti che si discostano dalle raccomandazioni ideali per quella determinata fascia di età.

In particolare, l'estrapolazione dei dati di OKkio (2016), in riferimento alle abitudini alimentari e allo stile di vita, del territorio dell'A.S.L. Napoli 1 Centro rappresenta il punto di partenza (analisi di contesto) della ricerca e importante riferimento nell'implementazione del percorso di promozione della salute.

Nel contesto dell'A.S.L. Napoli 1 Centro [52], nel 2016 il 42,2% dei bambini presentava un eccesso ponderale di cui 4,31% risulta in condizioni di obesità grave, 11,8% di obesità, 26,1% di sovrappeso.

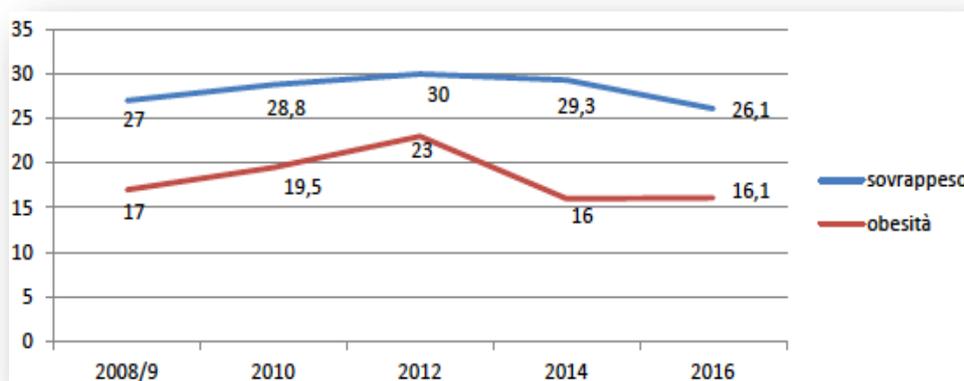


Fig. 8: Andamento nel tempo di sovrappeso e obesità tra i bambini di 8-9 anni

Da: OKkio alla Salute 2016 – Dati aziendali ASL NA 1 centro.

Con tale indagine, inoltre, si è voluto indagare anche qual è il rapporto tra IMC e caratteristiche dei genitori, utilizzando la scolarità dei genitori come indicatore socioeconomico della famiglia.

Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre: 20% per titolo di scuola elementare o media, 12,8% per diploma di scuola superiore, 12,2% per laurea. Inoltre, l'IMC del bambino aumenta quando almeno uno dei due genitori risulta essere sovrappeso od obeso: il 25,6% delle madri è in sovrappeso e l'8,2% obeso mentre il 45,2% dei padri è sovrappeso contro il 17,4% di padri obesi.

Le abitudini alimentari e lo stile di vita dei bambini hanno dimostrato ampia diffusione di comportamenti che si discostano dalle raccomandazioni ideali per quella determinata fascia di età.

Per quanto riguarda le abitudini alimentari:

- 15,4% salta la prima colazione;

- 23,5% consuma una colazione non adeguata (sbilanciata in termini di carboidrati e proteine);
- 66,4% fa una merenda abbondante e non adeguata a metà mattina;
- 30,5% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e/o verdura;
- 40,4% dei genitori dichiara che i propri figli assumono quotidianamente, anche più volte al giorno, bevande zuccherate e/o gassate.

Gli aspetti relativi, invece, al movimento e alla sedentarietà risultano stabili rispetto alle osservazioni degli anni precedenti:

- 22,7% dei bambini non ha svolto attività fisica il giorno precedente all'indagine;
- 40,5% si reca a scuola a piedi o in bicicletta, mentre il 59,5% ha utilizzato mezzi di trasporto pubblici o privati;
- 75% ha la tv in camera;
- 55% trascorre più di 2 ore/die davanti a TV/videogiochi/tablet/cellulare (in aumento rispetto al 2014 per l'aggiunta di tablet e cellulare).

Un altro dato importante è che i genitori di questi bambini tendono a sottostimare lo stato ponderale dei propri figli:

- il 76% delle madri di bambini sovrappeso od obesi ritiene che il proprio figlio sia sottopeso o normopeso;
- il 37% delle madri di bambini fisicamente poco attivi ritiene che il figlio svolga sufficiente attività motoria, il 6% tanta attività fisica;
- il 21% delle madri di bambini sovrappeso e il 44% di bambini obesi pensa che la quantità di cibo assunta dal figlio sia eccessiva.

4.3 Materiali e metodologie

Il modello d'intervento attuato è basato sui seguenti punti di forza: approccio intersettoriale, intervento precoce, *Empowerment* di comunità e contrasto alle disuguaglianze.

L'approccio intersettoriale ha previsto, inizialmente un atto d'intesa tra Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione dell'ASL NA1 centro,

Comune di Napoli (Assessorato alla scuola), Servizio Veterinario ASL NA1

Centro e Dipartimento di Sanità Pubblica Università degli studi di Napoli Federico II, portando alla costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da medici, veterinari, tecnologi alimentari, amministratori politici.

Tale approccio ha permesso il superamento delle barriere settoriali e l'adozione di programmi integrati, aderendo a pieno al modello di politica europea [53] a sostegno di azioni trasversali alla società a favore della salute e del benessere.

Le disuguaglianze di salute, definite come differenze sistematiche evitabili con un'adeguata azione politica, espongono i gruppi socio-economicamente più svantaggiati a un doppio rischio di diventare obesi e un maggiore rischio di diabete di tipo 2, di cardiopatie ischemiche e di ictus. Focalizzando l'attenzione sull'obesità infantile, le evidenze scientifiche riportano che l'obesità nei bambini europei è strettamente correlata allo status socio-economico dei genitori e in particolare, più elevato è il livello di disuguaglianza di reddito e più i bambini sono in sovrappeso [54].

Allo scopo di contrastare le disuguaglianze e rispondere in via prioritaria ai bisogni di salute e di prevenzione dei gruppi socio-economicamente più svantaggiati,

l'intervento è stato realizzato in 16 plessi appartenenti a 8 Istituti Comprensivi localizzati in aree periferiche della città di Napoli (Allegato 2), in contesti socio-economici disagiati, e ha visto il coinvolgimento di 116 classi per un totale di 2336 bambini di età compresa tra 3 e 8 anni.

La metodologia ha previsto, dopo un'iniziale analisi dei contesti locali, l'implementazione di percorsi di promozione di una corretta alimentazione basata sui principi di coinvolgimento degli insegnanti e di *Empowerment* delle mamme.

L'*empowerment*, processo attraverso il quale gli individui e i gruppi sociali esprimono i propri bisogni e individuano le strategie che consentano loro di soddisfare tali bisogni, è stato punto centrale degli interventi e dei percorsi sulle singole comunità scolastiche.

I percorsi hanno consentito, infatti, lo sviluppo di *empowerment di comunità* e, in particolare, alcune mamme hanno agito a livello collettivo per riuscire a influenzare e controllare maggiormente i *determinanti di salute* e la qualità della vita nella propria comunità scolastica.

Prendendo come modello di riferimento i menu della ristorazione scolastica del Comune di Napoli, particolare attenzione è stata rivolta alla quantità totale di energia e nutrienti che il bambino deve assumere durante la giornata e come tale introito di calorie deve essere distribuito durante i tre pasti principali e i due spuntini (secondo LARN [55] e INRAN [56]).

Nella progettazione e nell'implementazione dell'intervento si è proceduto alla valutazione di tutti gli elementi e le procedure che rendessero l'intervento efficiente, efficace, valutabile, sostenibile e ripetibile. Tra le valutazioni iniziali, sono rientrate anche la razionalizzazione delle risorse umane.

In generale i percorsi, seppur specifici per ogni comunità scolastica, hanno previsto:

- Coinvolgimento della Dirigenza scolastica (Allegato 3) mediante un incontro con il gruppo di lavoro per la condivisione degli obiettivi di salute, della programmazione dell'intervento e del loro svolgimento. Durante questi incontri si è esplorato anche la disponibilità, la motivazione ed il contesto culturale della scuola individuando punti di forza e di debolezza del contesto scolastico nella consapevolezza che questo avrebbe influenzato positivamente o negativamente l'andamento del percorso. Il messaggio era puntato a motivare le maestre dando loro l'incarico del successivo coinvolgimento delle madri da includere negli incontri allargati.
- Monitoraggio iniziale quali-quantitativo del consumo di frutta e verdura durante il pasto consumato a scuola e della merenda di metà mattina. Tali monitoraggi sono stati effettuati mediante l'utilizzo di una specifica scheda di rilievo (T0: monitoraggio a tempo 0, prima dell'intervento);
- Ciclo di incontri tra genitori (mamme), insegnanti e gruppo di lavoro multidisciplinare (Allegato 4) allo scopo di:
 - a. Condividere i concetti base di una corretta alimentazione;
 - b. Far emergere le abitudini alimentari dei bambini e individuare i principali problemi che limitano l'adesione alla ristorazione scolastica (e, quindi a una sana e corretta alimentazione) sintetizzando tali problematiche su cartoncini di piccole dimensioni (Albero dei Problemi);
 - c. Individuare soluzioni individuali che possano diventare soluzioni collettive (Albero delle Soluzioni) e che vengano programmate,

attuare e divulgare dalle mamme e dalle insegnanti nella comunità scolastica. In questo modo, attraverso lo scambio e la condivisione di informazioni, valori ed esperienze, le mamme, di fatto, diventano “*peer educator*”;

- d. Migliorare la capacità dei genitori nel compiere scelte salutistiche anche durante l'alimentazione dei bambini a casa, fornendo loro ‘strumenti’ per effettuare scelte consapevoli durante la spesa, la conservazione e la preparazione dei pasti (Spesa consapevole);
- e. Condividere l'importanza della ristorazione scolastica come strumento per facilitare sin dall'infanzia l'adozione di abitudini alimentari corrette e di effettuare strategie collettive condivise;

- Monitoraggi dopo il primo intervento a 5, 12 e 16 mesi.



Fig. 9: Flowchart delle diverse fasi di Mens(A) Sana.

4.3.1 Fasi preliminari

Incontro iniziale tra componenti del gruppo di lavoro ed insegnanti degli Istituti scolastici coinvolti allo scopo di illustrare la proposta di intervento e assegnare a questi ultimi il compito di invitare i genitori agli incontri (invito di persona delle insegnanti o tramite biglietto di invito) (Allegato 5).

4.3.2 Valutazione dei comportamenti alimentari prima dell'intervento

Prima di coinvolgere i genitori, è stato effettuato un monitoraggio quali-quantitativo dei consumi alimentare dei bambini a merenda (spuntino portato da casa) e del consumo del pasto a scuola, in una giornata in cui era previsto un primo piatto con verdura/legumi e un contorno di verdura (monitoraggio a T0). Per il monitoraggio è stata predisposta una “Scheda rilevamento consumi” (Allegato 6) dove riportare il tipo di merenda e i consumi del menù scolastico (merenda, primo, secondo, contorno e frutta). In particolare, per la rilevazione del consumo di primo piatto a base di verdure/legumi, del contorno a base di verdure e della frutta è stata fatta una classificazione delle quantità assunte in “completamente”, “in parte” e “per niente”; per la merenda, invece, è stata rilevata la marca dello snack o, se preparata da casa, la descrizione e le quantità.

4.3.3 Primo incontro: albero dei problemi

Durante questo incontro, sono stati illustrati i principi di una sana alimentazione a mamme e docenti (fabbisogni energetici medi, suddivisione del fabbisogno energetico totale nei 5 pasti giornalieri, raccomandazioni per un'alimentazione sana:

evitare eccesso di zuccheri semplici, di acidi grassi saturi e di sale). Tale fase ha previsto l'utilizzo di materiale divulgativo predisposto *ad hoc* dal gruppo di lavoro adattando i contenuti scientifici ad un linguaggio semplice e divulgativo.

Successivamente, si è proceduto alla fase di costruzione dell'albero dei problemi.

In tale fase, è stato chiesto alle mamme di individuare le difficoltà riscontrate nel far seguire tali principi di corretta alimentazione ai bambini sia a casa che a scuola. Queste difficoltà sono state quindi sintetizzate e scritte dalle mamme su piccoli cartoncini e organizzate in un "Albero dei problemi" (modello di analisi delle criticità tratto dal Project Cycle Management), creando una gerarchia tra i vari problemi: prima i più evidenti e poi gli altri, utilizzando un nesso di causa-effetto.



Fig. 10: Albero dei Problemi

Già in questa fase è stato possibile evincere che la maggior parte dei problemi derivavano da:

- Scarse conoscenze circa i valori nutrizionali dei vari alimenti consumati dai bambini;

- Cattive abitudini alimentari in famiglia;
- L'incapacità di condizionare le scelte alimentari dei propri figli, in particolare le difficoltà a far consumare frutta e verdura a casa.

Inoltre, a tali criticità si aggiungeva la perplessità da parte delle mamme circa la qualità del servizio di ristorazione scolastica in merito all'equilibrio nutrizionale dei menù e alla qualità degli alimenti proposti e/o utilizzati.

4.3.4 Secondo incontro: Albero delle soluzioni

Il secondo incontro tra mamme, insegnanti e operatori sanitari si svolgeva a distanza di 7-10 giorni dal precedente ed era costituito da due momenti diversi:

- modulo della spesa consapevole (per la cui descrizione si rimanda al paragrafo successivo);
- costruzione dell'Albero delle Soluzioni.

Durante questo incontro, grazie al supporto degli operatori sanitari, mamme ed insegnanti divisi in gruppi di lavoro, hanno elaborato e proposto soluzioni collettive ai problemi emersi durante il primo incontro (Albero dei Problemi) e si sono impegnate a collaborare per risolverli.

In questo modo, utilizzando i “fogliettini” contenenti le soluzioni proposte, veniva costruito l'”Albero delle Soluzioni”, corrispettivo di quello costruito in precedenza per i problemi.

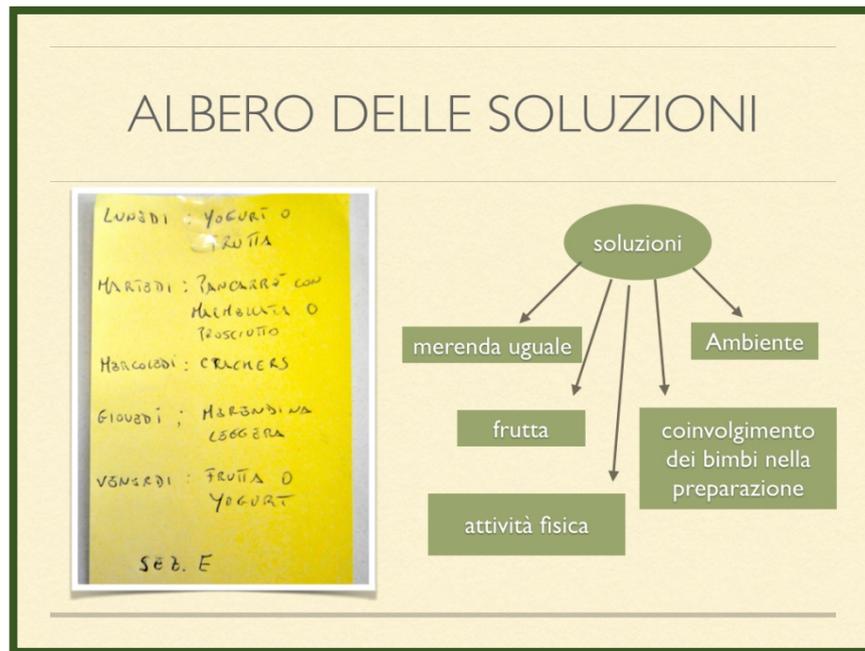


Fig. 11: Albero delle Soluzioni.

Tra le soluzioni collettive maggiormente condivise dalle mamme è stato possibile riscontrare:

- La settimana della merenda sana: mediante tale strategia, le madri stilavano il calendario della merenda salutare uguale per tutti i bambini;

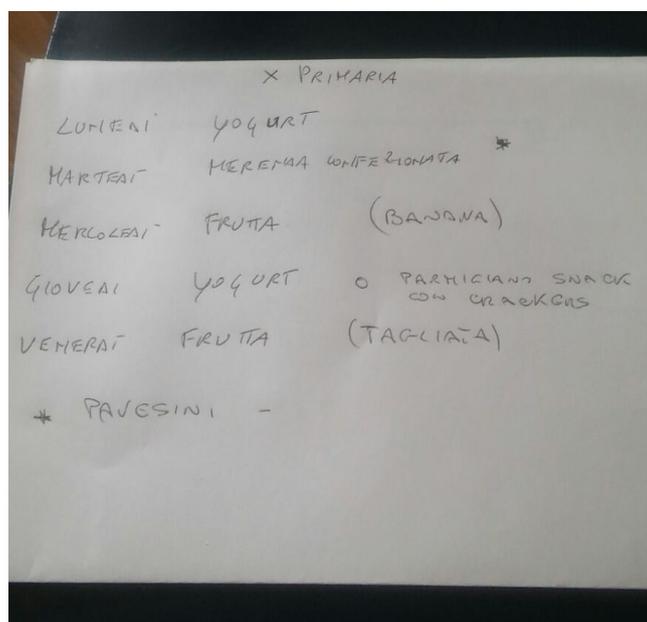


Fig. 12: Settimana della merenda sana

- Il giorno delle verdure: le madri di una classe cucinavano e proponevano a cena ai propri figli, un contorno (verdura) uguale per ogni classe secondo un calendario condiviso.

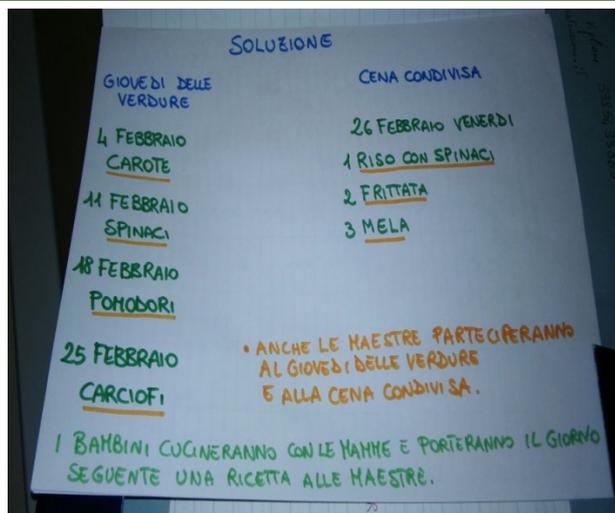


Fig. 13 e 14: Giorno delle verdure

4.3.5 Spesa consapevole

In tale fase, sono stati illustrati a genitori e insegnanti i principi di una sana alimentazione e, prendendo come modello di riferimento i menù della ristorazione scolastica, particolare attenzione è stata rivolta alla quantità totale di energia e

nutrienti che il bambino deve assumere durante la giornata e come tale introito deve essere distribuito durante i tre pasti principali e i due spuntini [57] [58].

A tale scopo è stato prodotto del materiale *ad hoc*: informazioni scientifiche ben adattate al contesto di riferimento ed alle possibilità di attuazione dei consigli suggeriti, in linea con il messaggio del programma nazionale promosso dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM): Guadagnare Salute [59], rendere facili le scelte salutari. Inoltre, allo scopo di influenzare le abitudini alimentari del bambino anche a casa (e quindi anche le abitudini dell'intera famiglia), gli interventi nutrizionali, sono stati integrati con argomenti di sicurezza alimentare e merceologia degli alimenti adattati al contesto casalingo: valutazioni per l'acquisto, la conservazione e la preparazione degli alimenti.

A tale scopo, oltre al materiale informativo/divulgativo, e allo scopo di approfondire ambiti diversi come il marketing e i sistemi di etichettatura degli alimenti, venivano proposte delle osservazioni dirette di alcune categorie di prodotti in commercio con relativa spiegazione delle informazioni in etichetta. Tale metodica ha lo scopo di aumentare la consapevolezza delle mamme e renderle più responsabili delle ricadute sulla salute che le scelte commerciali e merceologiche quotidiane, determinano. L'intervento, infatti, risulta essere particolarmente strategico, in quanto la scelta di alimenti e bevande condiziona la dieta di adulti e bambini sia in termini di apporti che di equilibrio nutrizionale; quindi leggere e comprendere le etichette degli alimenti è importante perché consente di fare scelte più sane e consapevoli.

L'etichetta, infatti, riporta informazioni sul contenuto nutrizionale del prodotto e fornisce una serie di indicazioni per comprendere come i diversi alimenti concorrono

a una dieta corretta ed equilibrata: valore energetico, carboidrati totali, carboidrati di cui zuccheri, proteine, grassi, grassi di cui saturi, fibre, sale [60].

4.3.6 Monitoraggio

Gli incontri hanno visto la partecipazione di 80 insegnanti, 280 madri (10% circa di tutti i genitori nei plessi scolastici). Gli operatori sanitari, assieme agli insegnanti, hanno individuato e coinvolto alcune madri che dimostravano avere sensibilità ai temi trattati, capacità di comunicazione e coinvolgimento e voglia di trasmettere conoscenze. Queste madri, in media 2 per classe, hanno svolto il ruolo di *peer educator* [61] diffondendo le conoscenze acquisite e le soluzioni alle altre madri, in momenti di incontro o utilizzando mezzi di comunicazione come social network.



Fig. 15: Madri Peer Educator.

Dopo l'intervento di queste madri, sono state effettuate altre rilevazioni dei consumi alimentari a 5 mesi (T1), 12 mesi (T2) e 16 mesi (T3). Tali monitoraggi venivano effettuati durante le giornate alimentari in cui venivano proposti gli stessi menù del

monitoraggio a T0 (contorno, pasta con verdura, frutta) e veniva utilizzata la scheda di rilevamento consumi (Allegato 6).

4.4 Risultati

La prima tabella mostra che il numero di bambini coinvolti in almeno una valutazione (992) è inferiore rispetto al totale dei partecipanti (2336) per diversi motivi:

1. Mancata adesione alla refezione scolastica per motivi economici;
2. Assenza da scuola per malattia;
3. Merenda, portata da casa, non disponibile;
4. Motivi familiari vari.

Inoltre, dato che alcuni bambini tornavano a casa per il pranzo, la numerosità del campione valutato per la merenda è più alta rispetto a quella del pranzo e quindi questi bambini che non usufruivano della refezione scolastica venivano esclusi dall'analisi. I dati appaiati sono stati analizzati con software SPSS versione 18 e test di McNemar.

Tra T1, T2 e T3 si registra una diminuzione dei bambini valutati per singolo pasto/merenda perché erano assenti o passavano dalla scuola dell'infanzia a quella primaria o a un'altra scuola e quindi non erano più rintracciabili.

La frutta presenta una numerosità campionaria più bassa già dall'inizio in quanto spesso arrivava a scuola non sbucciata e l'insegnante non era disposto a farlo per mancanza di tempo o altri motivi, per cui i frutti venivano riportati a casa senza essere consumati, tranne le banane e le arance che erano più facilmente sbucciabili.

Consumi	T0 - T1			
	n. bambini	T0	T1	p
Merenda sana	992	45,8	77,8	<0,001
Primo piatto ³	789	58,2	64,9	<0,01
Contorno con verdure ⁴	789	35,6	50,3	<0,001
Frutta ⁵	181	72,9	82,9	<0,05

Consumi	T0 - T2			
	n. bambini	T0	T2	p
Merenda sana	139	55,4	74,1	<0,01
Primo piatto ⁴	113	67,2	58,4	Ns ⁶
Contorno con verdure ⁵	113	32,7	42,4	Ns ⁷
Frutta ⁶	-	-	-	-

Consumi	T0 - T3			
	n. bambini	T0	T3	p
Merenda sana	126	57,9	87,3	<0,001
Primo piatto ⁴	103	65,1	62,8	Ns ⁷
Contorno con verdure ⁵	103	33,0	51,4	<0,01
Frutta ⁶	-	-	-	-

- La percentuale di bambini che hanno consumato una merenda sana tra T0 e T1 è aumentata dal 45,8% al 77,8%, tra T0 e T2 dal 55,4% al 74,1% (p <0,01) e tra T0 e T3 dal 57,9% all'87,3%(p <0,001). La merenda era considerata non sana se superava il 7% delle calorie totali giornaliere secondo i Livelli di Assunzione Raccomandata di Nutrienti (LARN) [73];

³ Consumo "completo" del primo piatto con verdure/legumi

⁴ Consumo "completo/parziale" del contorno con verdure

⁵ Consumo "completo/parziale" della frutta

⁶ Non significativo

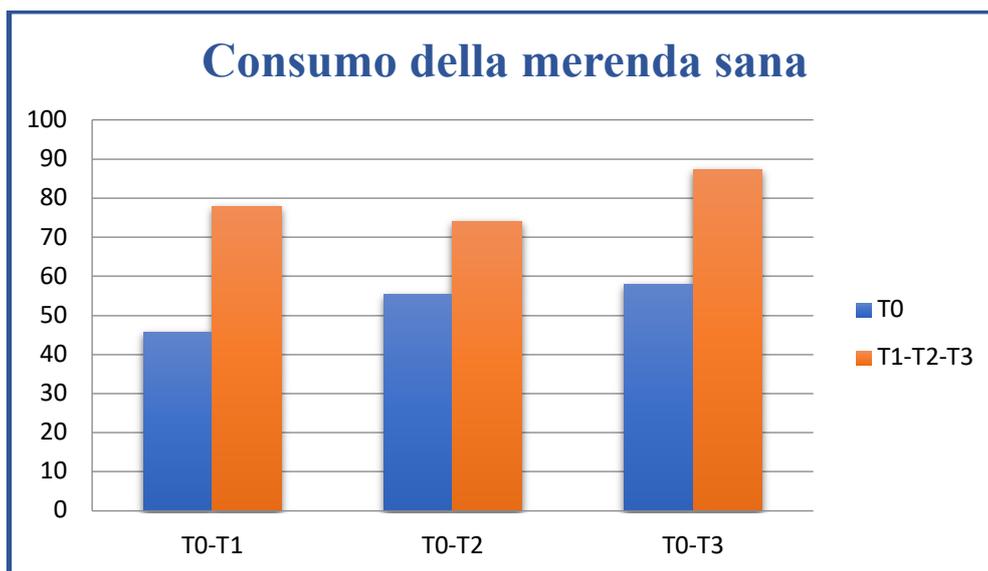


Fig. 16: Consumo della merenda sana.

- La percentuale di bambini che ha consumato “completamente” il primo piatto è aumentata tra T0 e T1 dal 58,2% al 64,9% ($p < 0,01$), mentre non ci sono state differenze statisticamente significative nei consumi tra T0 e T2 e tra T0 e T3.

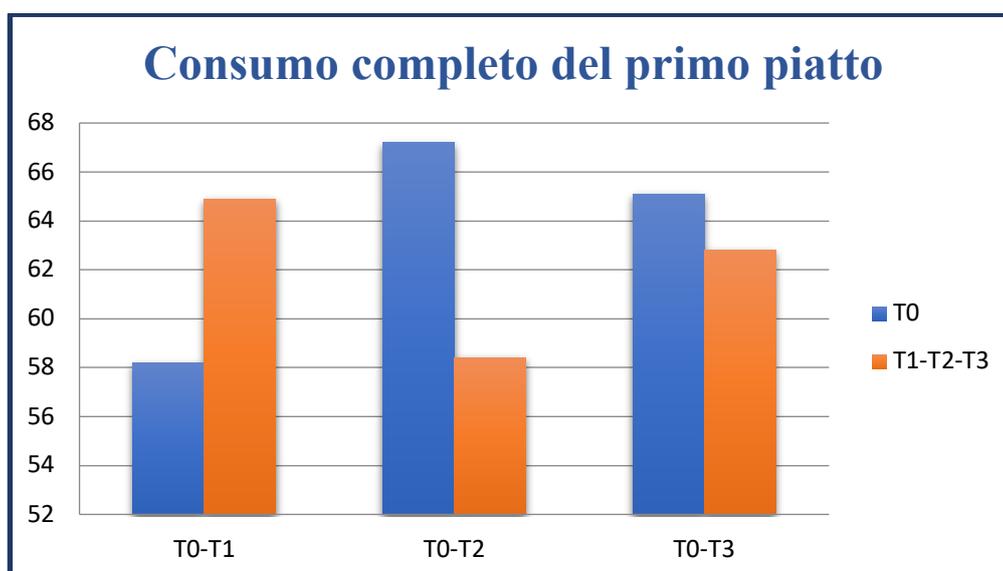


Fig. 17: Consumo completo del primo piatto

- La percentuale di bambini che ha consumato il contorno “completamente/parzialmente” è aumentata tra T0 e T1 dal 35,6% al 50,3% ($p < 0,001$) e tra T0 e T3 dal 33,0% al 51,4% ($p < 0,01$). Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra T0 e T2.

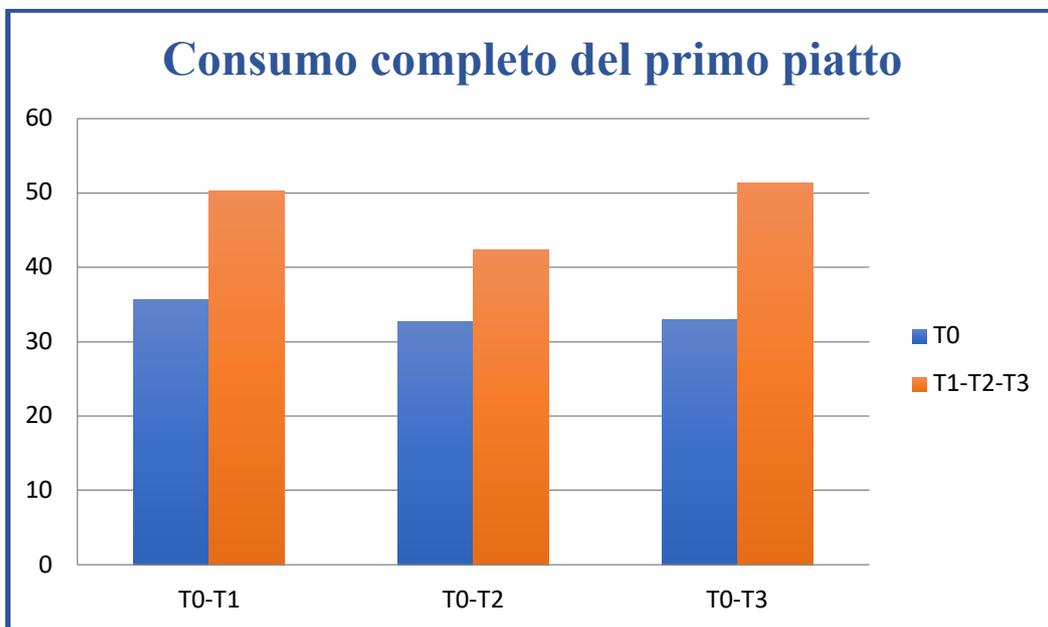


Fig. 18: Consumo completo del primo piatto

- La percentuale di bambini che ha consumato “completamente/parzialmente” la frutta è aumentata tra T0 e T1 dal 72,9% all’82,9% ($p < 0,05$). Come già accennato, non era disponibile una numerosità del campione adeguata ad effettuare l’analisi a T2 e a T3. Dato che non è stato rilevato il tipo di frutta consumata ai diversi tempi, è possibile che il miglioramento del consumo a T1 sia dovuto a un più semplice consumo del frutto da parte del bambino (ad esempio, banana) rispetto a quella offerta al T0 (ad esempio, mela).

Conclusioni

La ricerca-intervento che ha coinvolto alcune scuole appartenenti a contesti socio-economicamente deprivati ha permesso che alcune madri, dopo opportuno coinvolgimento e formazione (da parte del personale sanitario), acquisissero attraverso un processo di *Empowerment*, un ruolo di *Peer Educator* nei confronti delle altre madri.

Nelle scuole che hanno partecipato, la quasi totalità delle classi ha adottato il consumo di uno spuntino sano (passando dal 57,9% all'87,3% - analisi a T3), riducendo il consumo di merende preconfezionate/ipercaloriche e un aumento del consumo dei contorni (passando dal 33% al 51,4 % analisi a T3).

I risultati hanno evidenziato, quindi, un miglioramento del profilo energetico e nutrizionale degli spuntini di metà mattina e la metodologia di intervento, puntando sull'*empowerment* delle mamme e delle insegnanti, ha dimostrato un'efficacia apprezzabile nel modificare le abitudini alimentari dei bambini in contesti svantaggiati dal punto di vista socio-economico, come le aree periferiche di Napoli oggetto di questa ricerca-intervento.

In particolare, gli interventi di promozione della salute hanno trovato efficacia in contesti differenti grazie ad una metodologia flessibile, sia in termini di approccio che di comunicazione.

In questo modo, si è riusciti a raggiungere, seppur parzialmente, fasce di popolazione difficilmente accessibili dagli interventi di promozione della salute.

Accanto a risultati incoraggianti in termini di miglioramento quali-quantitativo dei consumi, il modello sperimentale risulta essere sostenibile grazie al rapporto favorevole tra risorse impiegate ed utenti raggiunti (bambini e famiglie).

In particolare, il modello proposto, puntando sull'*Empowerment* delle mamme e delle insegnanti, in breve tempo, si è tradotto in comportamenti salutari che si sono mantenuti nel tempo e che hanno fortemente “contaminato” le altre mamme che inizialmente non avevano aderito al progetto.

Le mamme, quindi, sono diventate protagoniste dei cambiamenti e attive promotrici di nuove azioni, coinvolgendo anche altre classi e diventando portatrici di informazioni (*peer to peer*), trasformando la scuola in una comunità che fa salute.

Il metodo adottato ha trasformato il ruolo delle famiglie da soggetti destinatari dell'intervento a soggetti protagonisti di scelte salutari come madri *Peer Educator*.

Tale percorso di promozione della salute, tuttavia, costituisce uno dei “tasselli” per la costruzione di scuole promotrici di salute, contribuendo alla collaborazione tra i fruitori della scuola (madri e bambini) ed instaurando un clima di solidarietà.

Tale percorso, individuando nelle madri le protagoniste dei cambiamenti, ha trasformato la scuola in una “comunità che fa salute”.

Molti sono gli aspetti sviluppati durante il percorso che pur non valutabili in termini statistici hanno contribuito in maniera profonda ai cambiamenti degli stili di vita alimentari della popolazione infantile. Tali aspetti possono essere documentati solo attraverso le tecniche di valutazione di gruppo (*Focus group*) che rappresentano il passaggio futuro nell'ambito del miglioramento progettuale.

L'inserimento di questo modello integrato di promozione della salute nella banca dati nazionale di progetti, interventi e politiche di prevenzione e promozione della Salute “Pro.Sa” [62] il cui scopo è favorire la diffusione di programmi *evidence-based* avvalora i risultati conseguiti e le potenzialità su cui poter lavorare in futuro per migliorare e ottimizzare il progetto.

Il modello integrato di promozione della salute, oggetto del presente lavoro di ricerca, ha individuato nella strategia intersettoriale e nelle madri *Peer Educator* il quadro di riferimento entro il quale agire, al fine di promuovere la salute e prevenire patologie croniche già nella prima infanzia.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- [1] Giunta Regionale della Campania, «Delibera della Giunta Regionale n 501 del 01/08/2017,» 2017.
- [2] R. Hammond e R. Levine, «The economic impact of obesity in the United States. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy,» 2010.
- [3] V. Atella e J. Kopinska, «I costi dell'Obesità in Italia,» Fondazione economia Tor Vergata, Tor Vergata, Ottobre 2012.
- [4] EC European Commission, «Project Cycle Management Guidelines,» Marzo 2004.
- [5] O. Bosello e M. Cuzzolaro, *Obesità e sovrappeso. Tra malattia e problema estetico*, Bologna: Il Mulino, 2006.
- [6] T. Cole, M. Bellizzi, K. Flegal e H. Dietz, «Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey,» *BMJ*, vol. 320, n. 7244, pp. 1240-43, 2000.
- [7] M. R. Cummings, *Eredità. Principi e problematiche della genetica umana*, Napoli: Edises, 2004.
- [8] H. N. Lyon e J. N. Hirschhorn, «Genetics of Common Forms of Obesity: A Brief Review,» *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 82, pp. 215S-217S, 2005.
- [9] A. Drewnowski e N. Darmon, «Food choice and Diet Cost: an Economic Analysis,» *The Journal of Nutrition*, vol. 135, pp. 900-904, 2005.
- [10] M. I. Goran, «Metabolic precursors and effects of obesity in children: a decade of progress, 1990-1999,» *Am J Clin Nutr*, vol. 73, n. 2, pp. 158-71, 2001.
- [11] O. Bosello e V. D. Francesco, *L'alimentazione. Tra bisogno e piacere, le regole del mangiare bene*, Bologna: Il Mulino, 2007.
- [12] M. Fogelholm e K. Kukkonen-Harjula, «Does physical activity prevent weight gain - a systematic review,» *Obes Rev*, vol. 1, pp. 95-111, 2000.
- [13] WHO, «Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation,» Geneva, 2003.
- [14] WHO, «WHO Global NCD InfoBase: WHO global comparable estimates,» 2005. [Online]. Available: http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseCommon.
- [15] A. Trichopoulou, T. Costacou, C. Bamia e e. al, «Adherence to a mediterranean diet and survival in a Greek population,» *N Engl J Med*, vol. 348, pp. 2599-608, 2003.
- [16] Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità, «OKkio alla Salute - Promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria,» 2008. [Online]. Available: <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute>.
- [17] A. Spinelli, A. Lamberti, P. Nardone, S. Andreozzi, M. Buoncristiano, L. Lauria, D. Pierannunzio e D. Galeone, «Sistema di sorveglianza OKkio alla

- Salute: risultati 2016,» Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2016.
- [18] Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità, «<http://www.epicentro.iss.it/passi/infoPassi/infoGen.asp>,» 2006. [Online]. Available: <http://www.epicentro.iss.it/passi/infoPassi/infoGen.asp>.
- [19] M. Marmot e R. Wilkinson, *Social Determinants of Health*, New York: Oxford University Press, 2006.
- [20] M. Blaxter, *Health and Lifestyles*, New York: Routledge, 1990.
- [21] Department of Health, «*Health Equity Audit: A Guide for the NHS*,» United Kingdom, 2003.
- [22] Agenzia sanitaria e sociale regionale Emilia Romagna, «Toolkit 5. Un percorso di valutazione di equità. L'Health Equity Audit (HEA)».
- [23] Agenzia sanitaria e sociale regionale Emilia Romagna, «Toolkit 4. Equità dai primi anni di vita. Kids in Places Initiative».
- [24] O.M.S., *Salute e welfare Canada*, Associazione Canadese di Sanità Pubblica, «I Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute,» Ottawa, 1986.
- [25] D. Kuh e Y. B. Shlomo, *A life course approach to chronic disease epidemiology*, Oxford: Oxford University Press, 2004.
- [26] «WHO European Ministerial Conference on the Life-course Approach in the Context of Health 2020,» [Online]. Available: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2015/10/WHO-European-Ministerial-Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Context-of-Health-2020/background>.
- [27] WHO, «*Health Promotion Glossary*,» 1998. [Online]. Available: http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary_New%20Terms.pdf.
- [28] G. Laverack e R. Labonte, «A planning framework for community empowerment goals within health promotion,» *Health Policy and Planning*, vol. 15, n. 3, pp. 255-262, 2000.
- [29] G. Turner e J. Shepherd, «A method in search of a theory: peer education and health promotion,» *Health Education Research: Theory & Practice*, vol. 14, n. 2, pp. 235-47, 1999.
- [30] B. Sloane e C. Zimmer, «The power of peer health education,» *Journal of American College Health*, vol. 41, pp. 241-45, 1993.
- [31] A. Bandura, *Il senso di autoefficacia*, Trento: Erikson, 1999.
- [32] I. Rosenstock, «Historical origins of the Health Belief Model,» *Health Education Monographs*, vol. 2, pp. 470-473, 1974.
- [33] C. Hagquist e C. Starrin, «Health Education in schools- from information to empowerment models,» *Health Promotion International*, vol. 12, n. 3, pp. 225-232, 1997.
- [34] D. D. Allenswort e L. J. Kolbe, «The comprehensive school health program: exploring an expanded concept,» *Journal of School Health*, vol. 57, pp. 409-412, 1987.
- [35] D. D. Allenswort, J. Wyche e E. Lawson, *Defining a Comprehensive School*

- Health Program: an Interim Statement. Division of Health Sciences Policy, Washington DC: National Academy Press, 1995.
- [36] B. K. Tones, C. Parson, D. Stears e C. Thomas, «The Health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change,» *Health Educational Journal*, vol. 55, pp. 311-321, 1996.
- [37] Istituto Superiore di Sanità, «La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni. Rapporti ISTISAN 08/1».
- [38] G. Costa, M. Bassi, G. F. Censini, M. Marra, A. L. Nicelli e N. Zengarini, *L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Milano: Editore da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, 2014.
- [39] G. Mazzarella, E. DeCampora, M. Santoro e R. Pizzuti, «Profilo di salute dei bambini di Napoli: disuguaglianze... "una città nella città?»,» Gennaio 2010. [Online]. Available: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2010/gennaio/1.asp>.
- [40] Centro Studi Interistituzionale per l'Integrazione Socio-Sanitaria, Asl Na 1, Comune di Napoli, «Profilo di Comunità della città di Napoli 2006,» Phoebus Edizioni, Napoli, 2007.
- [41] «Sorveglianza 0-2,» [Online]. Available: <https://www.genitoripiu.it/pagine/progetto-sorveglianza-zero-due/progetto>.
- [42] «WHO Health 2020,» [Online]. Available: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>.
- [43] «WHO Accountability Framework,» Marzo 2015. [Online]. Available: http://www.who.int/about/who_reform/managerial/accountability-framework.pdf.
- [44] I. U. H. P. E., «The CompHP - Core Competencies Framework for Health Promotion,» [Online]. Available: <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=307>.
- [45] «Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016-2018,» [Online]. Available: <http://www.aslsalerno.it/documents/20181/32479/ALL.DCA%2099.pdf>.
- [46] Kahan e Goodstadt, «Best Practices in Health Promotion: The Interactive Domain Model (IDM),» 2001. [Online]. Available: <http://www.bestpractices-healthpromotion.com/index.html>.
- [47] M. D. Rienzo, «Dossier Capacity Building. L'evoluzione del concetto. Dalla cooperazione allo sviluppo alla modernizzazione delle PA europee,» 2006. [Online]. Available: [http://db.formez.it/FontiNor.nsf/EurFocusCapacity/812EC4A547B90084C12571A80036BA65/\\$file/Dossier%20CB%20evoluzione.pdf](http://db.formez.it/FontiNor.nsf/EurFocusCapacity/812EC4A547B90084C12571A80036BA65/$file/Dossier%20CB%20evoluzione.pdf).
- [48] IUHPE, «Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe,» 2009-2012. [Online]. Available: <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=307>.
- [49] Ministero della Salute, «Guadagnare Salute: una nuova cultura della prevenzione,» 4 maggio 2007. [Online]. Available: <http://www.epicentro.iss.it/GuadagnareSalute/programma/>.

- [50] Miller e Rollnick, *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare*, Trento: Erickson, 2009.
- [51] L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, Milano: Franco Angeli, 2003.
- [52] Ministero della Salute; MIUR; ASL Regione Campania, «OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2016: Asl Napoli 1 centro,» Napoli, 2016.
- [53] World Health Organization, «Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being,» 2013.
- [54] World Health Organization, «Obesity and inequities: guidance for addressing inequities in overweight and obesity,» 2014.
- [55] SINU: Società Italiana di Nutrizione Umana, «LARN: Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana. IV revisione,» 2014.
- [56] INRAN: Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, «Linee Guida per una sana alimentazione italiana,» 2003.
- [57] Società Italiana di Nutrizione Umana, «LARN IV Revisione,» 2014.
- [58] Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN); Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, «Linee guida per una sana alimentazione italiana».
- [59] Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità, «Guadagnare Salute,» 2007. [Online]. Available: <http://www.epicentro.iss.it/GuadagnareSalute/programma/>.
- [60] Ministero della Salute, «Etichetta degli alimenti, un aiuto per la salute e per le scelte consapevoli,» 2015. [Online]. Available: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?lingua=italiano&id=272.
- [61] A. G. Fiks, R. S. Gruver e C. T. Bishop-Gilyard, «A social media peer group for mothers to prevent obesity from infancy: the grow2Gether randomized trial,» *Child Obes*, vol. 13, n. 5, pp. 356-68, 2017.
- [62] P. Vairano, R. Rice, F. Iavarone, P. D'Agnesse, G. Pezone, P. R. Krauss e G. Mazzarella, «Madri peer-educator nelle scuole in un contesto socio-economicamente deprivato nel Sud Italia,» 2018. [Online]. Available: https://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=4936.
- [63] WHO, «Obesity: preventing and managing the global epidemic,» *WHO Technical Report Series*, n. 894, 2000.
- [64] W. H. Dietz, «Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease,» *Pediatrics*, vol. 101, pp. 518-25, 1998.
- [65] C. Power, «Health and social inequality in Europe,» *Br Med J*, vol. 308, pp. 1153-6, 1994.
- [66] J. Armstrong, «Coexistence of social inequalities in under nutrition and obesity in preschool children: population-based cross-sectional study,» *Arch Dis Child*, vol. 88, pp. 671-5, 2003.
- [67] F. Branca, H. Nikogosian e T. Lobstein, «The challenge of obesity in the

- WHO European Region and the strategies for response,» Geneva, 2007.
- [68] «Conferenza Internazionale sull' Assistenza Sanitaria Primaria, O.M.S. - UNICEF,» Alma Ata, 06-12 Settembre 1978.
- [69] «I Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute - O.M.S., Salute e welfare Canada, Associazione Canadese di Sanità Pubblica,» Ottawa, 17-21 novembre 1986.
- [70] «II Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute - O.M.S., Ufficio Regionale per l'Europa e Dipartimento di Sanità e dei Servizi di Comunità,» Adelaide, 05-09 aprile 1988.
- [71] «III Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute - O.M.S.,» Sundsvall (Svezia), 09-15 giugno 1991.
- [72] O. M. S. Europa, «Progetto Città Sane,» 1986.
- [73] «Dichiarazione di Budapest sugli Ospedali Promotori di Salute,» Budapest, 1991.
- [74] «IV Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute,» Jakarta (Indonesia), 18-21 luglio 1997.
- [75] WHO, «Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies,» Gennaio 2003. [Online]. Available: <http://www.who.int/management/partnerships/accountability/AccountabilityHealthSystemsOverview.pdf>.
- [76] «PERSONALISED ICT Supported Service for Independent Living and Active Ageing (PERSSILIAA),» [Online]. Available: <http://areacomunicazione.policlinico.unina.it/21208-perssilaa-servizi-personalizzati-per-la-vita-indipendente-e-linvecchiamento-attivo-lincontro/>.
- [77] U.O.C. di Salute Mentale di Puglianello e Morcone, «La Compagnia Instabile,» [Online]. Available: <http://lacompaniainstabile.info/>.
- [78] «PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2014-2018 ALLEGATO 1 DESCRIZIONE ANALITICA DELLE AZIONI,» [Online]. Available: http://www.salute.gov.it/portale/temi/documenti/PNP/Campania_Allegato_1.pdf.
- [79] Direzione Generale Tutela salute e coord. del Sistema Sanitario Regionale, «Decreto Dirigenziale n. 3 del 16/01/2017,» Gennaio 2017. [Online]. Available: http://burc.regione.campania.it/eBurcWeb/directServlet?DOCUMENT_ID=00102432&ATTACH_ID=151813.
- [80] Gruppo di Studio Regionale su "Identificazione delle Buone Pratiche in Educazione e Promozione della Salute", «Atto di indirizzo per le attività di Educazione e Promozione della Salute nelle AA.SS.LL. della Regione Campania,» [Online]. Available: http://burc.regione.campania.it/eBurcWeb/directServlet?DOCUMENT_ID=108177&ATTACH_ID=160813.
- [81] G. S. Berenson, S. R. Srinivasan e W. Bao, «Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adult. The Bogalusa heart study,» *N Engl J Med*, vol. 338, pp. 1650-6, 1998.
- [82] WHO, «Report of a joint WHO/FAO Expert consultation. Diet, nutrition and

- the prevention of chronic diseases,» Geneve, 2003.
- [83] N. Comodo e G. Maciocco, *Igiene e Sanità Pubblica*, Roma: Carocci Editore, 2002.
- [84] G. L. Torre, A. Mannocci, R. Saulle, A. Sinopoli, V. D'Egidio, C. Stestili, R. Manfuso e D. Masala, «GiochiAMO! Muoviamoci e mangiamo sano! La promozione dell'attività fisica e della piramide alimentare per i bambini: protocollo di una sperimentazione di campo,» *Clin Ter*, vol. 167, n. 5, pp. 152-155, 2016.
- [85] «Il sistema di indicatori integrati sociali e socio-sanitari. Profilo di Comunità della Città di Napoli 2010-2012,» [Online]. Available: www.comune.napoli.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/5278.
- [86] ISTAT, «Istat. UrBes 2015 - Il benessere equo e sostenibile nelle città, Napoli,» 2015. [Online]. Available: www.istat.it/it/files//2015/04/UrBes_2015.pdf.
- [87] R. Puhl e K. Brownell, «Bias, Discrimination, and Obesity,» *Obesity Research*, vol. 9, pp. 788-805, 2001.
- [88] F. Santini, G. Scartabelli e A. Pinchera, «Obesità 2006: Rapporto su una pandemia,» 2006. [Online]. Available: http://www.sio-obesita.org/documenti/sio_281.pdf.
- [89] A. Spinelli, A. Lamberti, G. Baglio, S. Andreozzi e D. Galeone, «OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008,» *Rapporti ISTISAN 09/24*, Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2009.
- [90] Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa, «HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL AGED CHILDREN,» 2014. [Online]. Available: <http://www.hbsc.unito.it/it/>.
- [91] SINU - Società Italiana Nutrizione Umana, «LARN 2012,» [Online]. Available: http://www.sinu.it/documenti/20121016_LARN_bologna_sintesi_prefinale.pdf.
- [92] European Commission, EuropeAid Cooperation Office, «Project Cycle Management Guidelines,» [Online]. Available: https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/methodology-aid-delivery-methods-project-cycle-management-200403_en_2.pdf.
- [93] WHO, «Obesity and inequities: guidance for addressing inequities in overweight and obesity,» 2014.
- [94] WHO, «Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference,» New York, 1946.
- [95] J. Lynch, «Income inequality and health: expanding the debate,» *Social Science & Medicine*, vol. 51, pp. 1001-1005, 2000.
- [96] D. Blane, M. Bartleu e G. D. Smith, «Disease Aetiology and Materialist Explanations of Socioeconomic Mortality Differentials,» *European Journal of Public Health*, vol. 7, pp. 385-391, 1997.
- [97] B. G. Link e J. Phelan, «Social Conditions as Fundamental Cause of

- Health,» *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35, pp. 80-94, 1995.
- [98] L. L. Sabbadini e G. Costa, «Informazione statistica e politiche per la promozione della salute,» Istituto Nazionale di Statistica, Roma, 2004.
- [99] Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità, «Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: la sorveglianza Passi,» 2017. [Online]. Available: <http://www.epicentro.iss.it/passi/>.
- [100] D. J. Barker, M. Lampl, T. Roseboom e N. Winder, «Resource allocation in utero and health in later life,» *Placenta*, vol. 33, n. Suppl 2, pp. 30-4, 2012.
- [101] Asl Napoli 1 centro, «OKkio alla SALUTE Risultati dell'indagine 2016 Asl Napoli 1 centro,» 2016. [Online]. Available: http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/reportaziendali2016/OKkio%202016_ASL%20NA%201%20Centro.pdf.
- [102] A. Antonovsky, «The salutogenic model as a theory to guide health promotion,» *Health Promotion International*, vol. 11, n. 1, pp. 11-18, 1996.
- [103] ONU, «CONVENZIONE SUI DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA,» 1989. [Online]. Available: https://www.unicef.it/Allegati/Convenzione_diritti_infanzia_1.pdf.
- [104] Council of Europe, «European Social Charter (Revised),» 1996. [Online]. Available: <https://rm.coe.int/168007cf93>.
- [105] Ministero della Salute, «Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica,» 2010. [Online]. Available: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1248_allegato.pdf.
- [106] M. L. Loureiro e R. M. Rayga, «International dimensions of obesity and overweight related problems: an economics perspective,» *American Journal of Agricultural Economic*, vol. 87, n. 5, pp. 1147-1153, 2005.

APPENDICE

Allegato 1: Griglie per la valutazione generale di buona pratica.

		Domande per valutare la qualità dell'attività	SI	In parte	No	
Legittimazione normativa	1	Sono richiamate le norme, gli indirizzi, etc... che legittimano il progetto*				
Analisi del contesto	2.1	È presente l'analisi del contesto				
	2.2	È stato verificato se nell'A.S.L. p nel territorio esistono in atto o in programma altri interventi sul tema, contesto, <i>target</i> ?*				
	2.3	Se esistono altre attività sul tema, contesto o <i>target</i> , è indicata l'opportunità di questa nuova attività?*				
Completezza e coerenza	3.1	L'intervento ha elementi di integrazione e interconnessione con altri?*				
	3.2	È stato individuato il target finale?*				
	3.3	Sono individuati i determinanti del comportamento e i bisogni educativi di salute?*				
	3.4	Sono individuati i destinatari intermedi?*				
	3.5	Sono descritti gli obiettivi di salute?*				
	3.6	Sono descritti gli obiettivi educativi?*				
	3.7	Sono descritti gli obiettivi di servizio?*				
	3.8	C'è coerenza tra obiettivi di salute, educativi e di servizio?*				
	3.9	Sono descritti gli argomenti che saranno trattati nel corso delle attività?*				
	3.1 0	Sono descritte le attività programmate per vari <i>setting</i> e destinatari?*				
	3.1 1	C'è congruità tra obiettivi educativi, argomenti, attività?*				
	3.1 2	Sono descritti gli interventi per migliorare il contesto e renderlo promotore di salute?				
	3.1 3	Sono descritte le risorse (es operatori, strumenti, etc...) e le opportunità?*				
	3.1 4	Sono analizzate le possibili criticità e le soluzioni adottate?*				
	3.1 5	Sono individuati gli ambiti territoriali di attuazione e i rispettivi <i>setting</i> ?*				
	3.1 6	È presente il cronogramma?				
	Legittimazione	4.1	Sono esplicitati i modelli teorici a cui il progetto fa riferimento?*			
		4.2	L'intervento adatta al proprio contesto una buona pratica o una metodologia efficace?*			
4.3		Se il progetto è nel <i>setting</i> Scuola, fa riferimento al modello Scuole Promotrici di Salute?*				
Progettazione partecipata	5.1	Il progetto è stato elaborato da operatori di diverse strutture e/o contesti dell'A.S.L.?*				
	5.2	Il progetto è co-progettato con gli <i>stakeholder</i> ?*				
	5.3	Sono previsti gruppi di lavoro multi-professionali e multi-disciplinari?				
	5.4	Sono previsti gruppi di lavoro multi-settoriali?*				

Equità	6.1	Sono predisposti strumenti/metodi per contrastare le diseguaglianze?*			
	6.2	Si verifica se si raggiungono i soggetti svantaggiati e si contrastano le diseguaglianze?*			
Sostenibilità	7	È argomentata la sostenibilità?			
Riproducibilità	8	È argomentata la riproducibilità?			
Trasparenza	9	Sono descritte le modalità di comunicazione dei risultati a <i>target</i> e <i>stakeholder</i> ?			
Consistenza e impatto stimato	10.1	Numero di destinatari finali che si prevede di raggiungere*			
	10.2	Numero di destinatari intermedi che si prevede di raggiungere*			
	10.3	Stima dell'impegno lavorativo (operatori per ore lavorate/anno)			
	10.4	Stima delle spese necessarie (escluso personale A.S.L.)*			
Dati dell'attività svolta	11.1	Numero di destinatari finali effettivamente raggiunti*			
	11.2	Numero di destinatari intermedi effettivamente raggiunti*			
	11.3	Principale risultato della valutazione degli obiettivi di comportamento (es % di persone che ha modificato il proprio comportamento)*			
	11.4	Principale risultato della valutazione degli obiettivi educativi (es % di soggetti che ha acquisito determinate conoscenze)			
	11.5	Principale risultato della valutazione degli obiettivi di salute			
	11.6	Principali risultati della valutazione di gradimento			
	11.7	Impegno lavorativo (operatori per ore lavorate/anno)			
	11.8	Ammontare delle spese sostenute (escluso personale A.S.L.)*			

Gli item con asterisco contengono elementi che non dovrebbero mai mancare in una buona pratica.

Allegato 2: Scuole e plessi partecipanti (A.S. 2016/17).

Istituto comprensivo	Plesso
5° CD E.Montale	Incontro
	Ginestre
	Limoni
IC 19° Russo Montale	Froebeliano
	Russo
	Lombardi
ICD 53° Gigante Neghelli	Collodi
	Viviani
IC G. Pascoli	Carbonelli
	Marta Russo
IC 64° CD Rodari Moscali	Rodari
	Masseria Cardone
	Cupa Mianella
21° CD Mameli Zuppetta	
6° Circolo Comunale Folliero	
4° Circolo Comunale Martinelli	

Allegato 3: Scheda scuola

MENS(A) SANA

SCHEDA SCUOLA

ISTITUTO COMPRESIVO	
MUNICIPALITA'	
DIRIGENTE SCOLASTICO	
Telefono fisso/mobile	
e-mail	
REFERENTE 1	
Telefono fisso/mobile	
e-mail	
REFERENTE 2	
Telefono fisso/mobile	
e-mail	
N° CLASSI PARTECIPANTI	
N° BAMBINI ISCRITTI	
DATA 1° INCONTRO E OPERATORI	
N° INSEGNANTI PARTECIPANTI	
N° MAMME PARTECIPANTI	
DATA 2° INCONTRO E OPERATORI	
N° INSEGNANTI PARTECIPANTI	
N° MAMME PARTECIPANTI	

Allegato 6: Scheda rilevamento consumi.

SCHEDA RILEVAMENTO CONSUMI: "LA SCUOLA CHE FA SALUTE"

Scuola Plesso..... data rilevazione **Primo**
 contorno sezione classe **frutta** **merenda**
 tot alunni **Compiler**

n	cognome	nome	Cod.M	Ref.	primo	secondo	contorno	frutta
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								

0 se ha mangiato tutto la pietanza (non ci sono scarti), **1** se ne ha lasciata in parte, **2** se ha lasciato tutta la pietanza (se non l'ha mangiata). Se la frutta è in cartella segnare A
 La merenda va indicata con precisione: nome completo dello snack (es. Kinder Pingui Cacao, Kinder Pingui Cocco, ecc.), tipologia precisa se non ha nome (es. cornetto alla marmellata, cornetto al cioccolato ecc.) o altro (mela, panino con salame, crostata fatta in casa ecc.). Nella casella ref (refezione) mettere sì o no.
Cod.M.- CODICE MERENDA: 1- FRUTTA, 2-YOGURT, 3- CRACKER, 4-BISCOTTI SECCHI, 5-PANINO O FETTE DI PANE CON PROSCIUTTO COTTO O MARMELLATA, 6-BISCOTTI FARCITI, 7-MERENDINE CONFEZIONATE/PRODOTTI DI PASTICCERIA, 8-PATATINE FRITTE/PRODOTTI SALATI (es. TUC), 9- PIU' DI UNA MERENDA (es. succo di frutta e merendina), 10-ALTRO
 Note:

Ringraziamenti

La presente tesi è frutto di un lungo e delicato lavoro di ricerca. La sua natura interdisciplinare ne costituisce la grande ricchezza e la grande complessità. Tale lavoro sarebbe stato sicuramente al di là delle mie sole capacità. La riuscita è frutto di essenziali e qualificate collaborazioni.

Ringrazio la Prof.ssa Maria Triassi, relatore della tesi, per tutto il supporto professionale, per la possibilità di svolgere un percorso di dottorato composto di numerose esperienze e altrettanti percorsi formativi.

Ringrazio la Dott.ssa Maria Paola Vairano che mi ha permesso di collaborare allo studio oggetto di questa tesi e mi ha seguito e consigliato con pazienza e attenzione.

Ringrazio la Dott.ssa Paola D'Agnese per il sostegno morale e professionale.

Ringrazio il Direttore del SIAN - Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione – dell'A.S.L. NA 1 Centro, Dott. Alfredo Savarese, per la disponibilità e per la collaborazione.

Ringrazio, infine, tutti i professionisti e le persone del Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.L. NA 1 Centro e del Dipartimento di Sanità Pubblica che con il loro contributo hanno arricchito il mio percorso umano e professionale.