

268

ottobre-dicembre 2017



la Salute umana

Rivista trimestrale di promozione ed educazione alla salute

Dossier

UNIVERSITÀ PROMOTRICE DI SALUTE

Healthy University: un modello ecologico di sanità pubblica

Salute per tutti e Sostenibilità

La Ricerca e le Università Promotrici di Salute

Le reti europee e internazionali

La depressione e il medico di medicina generale

Health literacy: fra diritti e doveri, per guadagnare salute





ABBONAMENTO ANNUALE ITALIA 2018

Enti: cartaceo €40.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 50.00 - **Privati:** cartaceo €30.00 / on-line €15.00 / cartaceo + on-line € 40.00 - **Un fascicolo:** cartaceo €20.00 / on-line €10.00

ABBONAMENTO ANNUALE ESTERO 2018

Cartaceo €60.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 70.00 - **Un fascicolo:** cartaceo €20.00 / on-line €10.00

TUTTE LE TARIFFE SONO IVA INCLUSA (IVA 4%)

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre
intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770

Sommario

n° 268, 2017

2 NOTIZIARIO

4 EDITORIALE

Università un ponte salutogenico per lo sviluppo globale

Giancarlo Pocetta

7 HEALTH LITERACY

Health literacy: fra diritti e doveri, per guadagnare salute

Emilia Guberti

9 MEDICINA GENERALE

La depressione e il medico di medicina generale

Fabrizio Germini

13 DOSSIER

a cura di Edvige Mancinelli e Giovanni Bauleo

Università promotrice di salute Salute per tutti e Sostenibilità

15 Healthy University: un modello ecologico di sanità pubblica

Da HEALTHY UNIVERSITIES: Concept, Model and Framework for Applying the Healthy Settings Approach within Higher Education in England FINAL PROJECT REPORT

Mark Dooris, Jennie Cawood, Sharon Doherty, Sue Powell

21 La Ricerca e le Università Promotrici di Salute

28 Le reti europee e internazionali

33 Esperienze di Università Promotrici di Salute nel Regno Unito

35 Un'università sana: come iniziare

www.healthyuniversities.ac.uk

37 La carta di Okanagan

41 Università: 10 opportunità di salute

Giuseppe Fattori, Monica Daglio

44 INTERNAZIONALE

Food Insecurity. Il cibo sano inaccessibile

Enrico Tagliaferri

47 VACCINAZIONI

Gli operatori sanitari di fronte alla vaccinazione

Andrea Salvatori, Giancarlo Pocetta

LA SALUTE UMANA, Rivista trimestrale del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia, fondata da Alessandro Seppilli.

EDITORE: Cultura e Salute Editore Perugia

DIRETTORE RESPONSABILE: Maria Antonia Modolo. REDATTORE CAPO: Giancarlo Pocetta

COMITATO DI REDAZIONE: Erminia Battista, Filippo Antonio Bauleo, Paola Beatini, Luciano Bondi, Francesca Cagnoni, Lia Delli Colli, Osvaldo Fressoia, Fabrizio Germini, Edvige Mancinelli

SEGRETERIA DI REDAZIONE: Paola Beatini [e-mail paola.beatini@unipg.it]

GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA: Grafox srl.

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n° 551 del 22.11.1978

Per gentile concessione del "Comité française d'éducation pour la santé" e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, alcuni articoli sono ripresi dalla rivista "La Santé en action" e da documenti O.M.S.

Abbonamento annuale Italia 2018 - ENTI: cartaceo €40.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 50.00 - PRIVATI: cartaceo €30.00 / on-line €15.00 / cartaceo + on-line € 40.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €10.00

Abbonamento annuale Estero 2018 - Cartaceo €60.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 70.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €10.00

TUTTE LE TARIFFE SONO IVA INCLUSA (IVA 4%)

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO - IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia - Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770

EUROPEAN PERSPECTIVES ON HEALTH PROMOTION

WWW.ETC-SUMMERSCHOOL.EU

Lifecourse health development: empowering people and settings

Corso a distanza a partire dal 5 maggio 2018

Corso residenziale dal 16 al 28 luglio 2018, Perugia

<http://cespes.unipg.it>



La 27^a Summer School residenziale si terrà a Perugia e sarà ospitata dal Centro per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria, in collaborazione con il CERSAL, la Regione Umbria, il Comune di Perugia e il Comune di Orvieto.

Contenuti del corso

Il fulcro della 27^a Summer School è una prospettiva intergenerazionale sulla promozione della salute: *Lifecourse health development: empowering people and settings*.

Sono stati riconosciuti, a livello globale, l'importanza di adottare l'approccio basato sui setting e il ruolo significativo delle relazioni sociali tra persone, comunità, esseri umani e ambienti in cui vivono. Il Summer Course ETC, nato nel 1991, è basato sui framework della promozione della salute. Il fulcro

sono i principi e le prospettive della salutogenesi, che mettono in risalto la mobilitazione degli asset e delle risorse individuali, sociali ed ambientali per l'empowerment delle persone e delle comunità, al fine di migliorare salute e benessere.

In questo scenario storico, il Summer Course ETC di Perugia fornirà una formazione di livello elevato centrata sugli asset e sulle risorse di salute per tutta la vita per lo sviluppo della salute e dei contesti che promuovono salute nella vita quotidiana. Il setting di Perugia rappresenta l'ambiente di apprendimento perfetto in cui questi due aspetti, i contesti sociali e l'arco della vita, si incontreranno attraverso la prospettiva intergenerazionale. L'apprendimento a distanza e quello esperienziale forniranno, proporranno e solleveranno framework, questioni, problemi, eventi

ed esperienze riguardanti il processo di empowerment di persone e setting.

Un tema ricorrente sarà il coinvolgimento dei partecipanti, in considerazione delle connessioni, sia dal punto di vista accademico che professionale, tra la salutogenesi, sviluppata da Antonovsky, e lo sviluppo della salute nella comunità intergenerazionale.

L'obiettivo principale della Summer School residenziale di Perugia è quello di offrire un forum internazionale per lo scambio interdisciplinare di conoscenze e capacità, con opportunità per esplorare:

- L'interazione persone-ambiente in relazione alla promozione della salute e del benessere
- Le risorse e i meccanismi interni ed esterni che consentono alle persone di partecipare pienamente alla società
- Gli approcci sistemici per creare sinergia tra la salutogenesi e la prospettiva dell'arco della vita

Programma del Corso

La Summer School del 2018 comprende un corso a distanza e uno residenziale.

Verranno realizzate più di otto learning week: le prime sei settimane, che inizieranno il 5 maggio 2018, verranno realizzate attraverso lo strumento dell'apprendimento a distanza; seguirà, nel luglio 2018, un corso intensivo della durata di due settimane. I metodi del corso comprendono la presentazione

del team del corso, studio individuale, lavoro di gruppo, problem solving e altre forme di apprendimento tra pari (peer-based learning). Sono previsti anche briefing con esperti e visite sul campo.

La componente residenziale si apre con il convegno di un giorno dedicato a Concha Colomer

aperto al pubblico più ampio di professionisti e accademici, locali e internazionali, interessati alla promozione della salute e al tema "Partecipazione attiva per la salute". Questo rappresenterà un forum in cui esperti nazionali ed internazionali in promozione della salute e salute pubblica si uniscono ad esperti locali ed a rappresentanti della comunità per sviluppare la conoscenza del contesto locale e contribuire allo sviluppo di iniziative congiunte per promuovere la salute della comunità.

Il corso presenterà elementi sia teorici che pratici di promozione della salute, con un' enfasi sull'apprendimento negli adulti e sull'interazione dei partecipanti. Sono in programma visite a esperienze locali esemplari, con l'opportunità di condividere conoscenze ed esperienze con colleghi internazionali attivi nel promuovere la salute in senso più ampio. I partecipanti avranno l'opportunità di sviluppare conoscenze dei contesti socio-culturali e politici di altri sistemi sanitari. Ogni partecipante, all'inizio del corso, farà una breve presentazione del proprio paese.

Inoltre, i partecipanti saranno coinvolti nello sviluppo di un progetto di ricerca, come componenti di un gruppo di lavoro multidisciplinare internazionale. La 27^{esima} Summer School fornirà nuove conoscenze e capacità nelle suddette aree, e, come testimoniano tutti i partecipanti alle precedenti edizioni, permetterà di vivere un'esperienza unica

che motiverà a promuovere la salute e il benessere nei setting. Un ulteriore vantaggio sono le reti internazionali di lunga durata che si svilupperanno nelle due settimane di corso tra i partecipanti e i tutor accademici.

A chi è rivolto il corso?

Il campo della promozione della salute è variegato, e, pertanto, i partecipanti proverranno da una vasta gamma di background: promozione della salute, sanità pubblica, enti locali, organizzazioni non governative, assistenza sanitaria, pianificazione urbana, università, lavoro sociale, ricerca, gestione, attività professionale, attività politica.

Quota di iscrizione

La quota di iscrizione standard è pari 1300 euro. Comprende sistemazione/alloggio in camere singole per studenti e pranzi durante il programma accademico (dal lunedì al venerdì), coffee break la mattina, materiali del corso, partecipazione alla cena di benvenuto e a quella finale.

Scadenza per l'iscrizione: 30 aprile 2018

Per iscriversi online: www.etc-summer-school.eu

L'esperienza dell'ETC in capacity building

Dal 1991 ad oggi, l'ETC-PHHP ha organizzato 26 corsi estivi in 14 città con 662 partecipanti da 50 paesi – principalmente paesi europei – che provengono dai settori della salute pubblica, della promozione della salute, da tutti i livelli di assistenza sanitaria, istruzione, lavoro sociale, ricerca, gestione e politica.

ETC-PHHP NETWORK

- Andrija Štampar School of Public

Health School of Medicine, Croatia, University of Zagreb,

- Department of Clinical Sciences and Nutrition, University of Chester, UK
- Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway
- Health & Society (HSO), Department of Social Sciences, Wageningen University, The Netherlands
- Experimental Centre for Health Promotion and Education, University of Perugia, Italy
- Faculty of Nursing, University of Girona, Spain
- Institute Sports & Exercise, HAN University of applied Sciences, The Netherlands
- Department of Social Work and Health Science (ISH), Norwegian University of Science & Technology (NTNU), Norway
- Department of Public Health, Clinical and Molecular Medicine, University of Cagliari, Italy
- The Inpes Health Promotion Chair at the EHESP, EHESP School of Public Health, Rennes, France
- The Public Health Research Group, University of Alicante, Spain

CONTACT

Giuseppe Masanotti professor of Public Health, giuseppe.masanotti@unipg.it
Giancarlo Pocetta professor of Public Health, giancarlo.pocetta@unipg.it

Perugia University
Experimental Center for Health Promotion and Education
Department of Experimental Medicine
Piazza Lucio Severi, 1
Edificio D, Piano 06132 Perugia, Italy

Nel mondo dell'Università, le ricerche condotte per conoscere il punto di vista degli studenti riguardo ai bisogni di salute da loro percepiti rivelano in generale due temi centrali: da una parte la preoccupazione verso alcuni aspetti della loro salute legati a comportamenti a rischio (salute mentale, alimentazione, consumo di alcol e di sostanze), dall'altra la difficoltà nell'inserimento nell'ambiente universitario e la richiesta di servizi sanitari dedicati.

L'aspetto, certamente non secondario, che emerge è che gli studenti universitari vedono la propria salute e ed il proprio benessere strettamente connessi al loro rapporto con l'università come "ambiente" nel quale lavorare, vivere, stabilire relazioni; quello che nel linguaggio della promozione della salute si definirebbe l'Università come "setting per la salute". È, questo, appunto il tema scelto da La Salute Umana per il dossier presentato in questo numero.

L'idea di Health promoting university" non è una novità. Come ricorda John Ashton (1), "In origine, le università, radicate come erano nella tradizione ecclesiastica, avevano al centro delle proprie preoccupazioni lo sviluppo globale, fisico e spirituale della persona e gli anni accademici erano sincronizzati con la natura attraverso il ciclo agricolo. Molti aspet-

ti della vita di oggi, ad esempio l'urbanizzazione o l'industrializzazione, sono alla base della fine di questa visione delle università come istituzioni impegnate a fornire un'educazione veramente olistica. Tuttavia, anche con l'attuale enfasi su una formazione finalizzata a fornire agli studenti competenze competitive sul mercato globale, tale punto di vista può essere messo in discussione in termini di efficacia, di costi se solo venisse applicato qualcosa di diverso da una prospettiva a breve termine. Lo sviluppo umano e personale deve andare di pari passo con lo sviluppo economico e con la tutela dell'ambiente".

Abercrombie (ibidem), a sua volta, non disconosce il ruolo anche economico dell'Università come oggi si configura nelle società complesse, ma in questo quadro chiarisce bene quali sono i punti di specificità del rapporto tra ambiente universitario e salute/benessere di "tutte le componenti" universitarie: Il core di qualsiasi iniziativa universitaria che promuove la salute deve essere un impegno fin dal livello più alto (Rettorato, Direzione generale) per incorporare la comprensione e l'impegno per una salute sostenibile all'interno dell'organizzazione nella sua interezza.

Questo significa un certo numero di cose. Come grandi istituzioni, le uni-

versità possono costruire un impegno per la salute nella loro cultura, nelle strutture e nelle pratiche organizzative e di apprendimento. Come soggetti "datori di lavoro", possono promuovere il benessere del personale attraverso appropriate politiche di gestione, comunicazione e operative. In quanto centri creativi di apprendimento e ricerca, esse hanno il potenziale per sviluppare, sintetizzare e applicare le conoscenze e la comprensione relative alla salute. In quanto educatori delle future generazioni di responsabili nei processi decisionali, le università hanno il potenziale per sviluppare una comprensione critica della salute sostenibile e un senso di gestione personale e comunitaria, che influenzerà la società in generale. Ed infine, come luoghi all'interno dei quali gli studenti diventano indipendenti, le università hanno sia una responsabilità sia il potenziale per consentire uno sviluppo personale e sociale sano.

Tutti questi ruoli offrono a un'università l'opportunità di influenzare la salute e il benessere tanto dei suoi membri che delle comunità in cui esse sono inserite contribuendo al loro empowerment. Il successo di un approccio e di un movimento di Health Promoting Universities dipende dalla sua capacità di integrare l'impegno per la salute all'interno delle politiche e delle pratiche delle università.

È ormai noto, e nella monografia è

Università un ponte salutogenico per lo sviluppo globale

Giancarlo Pocetta

precisato e approfondito, qual è l'origine del movimento HPU e dei suoi punti di riferimento. Critico è stato il concetto di "setting" (2) come luogo promotore di salute e, all'interno di questo, la consapevolezza che la salute non è primariamente l'esito di un'azione bio-sanitaria ma il prodotto di un complesso gioco di determinanti: sociali, politici, economici, ambientali, genetici e comportamentali, la cui naturale conseguenza è il passaggio da un approccio basato sui "problemi di salute" (specifici comportamenti dannosi, per esempio) di particolari "gruppi a rischio" verso una visione ecologica e unica della salute (Global and One Health (3)). La stranota e ipercitata Carta di Ottawa (4) attingeva precisamente ai principi e ai concetti di "salute per tutti" e al lavoro di un certo numero di ricercatori preoccupati non tanto di evitare la malattia o il danno alla salute quanto di creare una visione "positiva" della salute, ciò che Antonovsky ha chiamato ricerca salutogenica (5).

Il Dossier che proponiamo evidenzia come esista un processo formale e istituzionale di creazione di un'Università promotrice di salute, elaborazioni concettuali condivise, evidenze dalla letteratura, dichiarazioni internazionali.

Ma esistono anche azioni programmate istituzionalmente e quotidiana-

mente portate avanti dalle Università a che la vita degli studenti in un contesto di studio e in una città dove la stessa insiste sia quanto più facilitata possibile, affinché il processo di studio e di svolgimento della vita in tale periodo sia il più possibile "sano".

E a nostro avviso anche il caso dell'Ateneo Perugino - di cui la rivista è parte - all'interno del quale sono presenti e "vive" molteplici azioni che promuovono il benessere degli studenti e li sostengono nel processo di integrazione nella comunità cittadina in cui si trovano.

Vogliamo ricordarne solo alcune come esempi concreti per "stare bene".

Innanzitutto una serie di iniziative rivolte alla prevenzione e tutela della salute fisica degli studenti.

L'Università offre ai suoi studenti fuori sede la possibilità di fruire dell'assistenza sanitaria di base gratuita erogata dai medici di medicina generale o dai medici di continuità assistenziale. Grazie a questa iniziativa i fuori sede possono fruire di visite, ambulatoriali o domiciliari e di relative prescrizioni di farmaci e/o di prestazioni specialistiche nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

Un laboratorio di andrologia, servizio gratuito di prevenzione e screening clinico, che serve a fare capire ai ragazzi il significato e l'importanza della prevenzione.

È inoltre presente un servizio di ascolto e sostegno agli studenti il cui focus è rivolto alla prevenzione e alla gestione di problematiche di tipo psicologico, di difficoltà di studio e di apprendimento per gli studenti durante il percorso universitario. Particolare attenzione è rivolta agli studenti con disabilità e DSA.

Grazie alla collaborazione con l'Ordine degli Avvocati di Perugia, l'Ateneo ha istituito un servizio di "Counseling Legale" gratuito per tutti gli studenti iscritti.

La stessa iniziativa "UNIFACILE Affitto Sicuro" che raccoglie ed individua immobili garantiti, certificati e classificati da un Agente Immobiliare accreditato, proposti per la locazione agli studenti universitari a condizioni agevolate e con intermediazione gratuita garantisce un sostegno e una sicurezza al bisogno di un alloggio adeguato.

Pensiamo inoltre agli spazi ed infrastrutture che mette a disposizione degli studenti destinati allo studio e all'aggregazione culturale da condurre in autogestione, ben inseriti nella vita del contesto cittadino.

Agevolazioni per una vita sana sono sicuramente anche quelle che riguardano l'attività fisica e la vita culturale, teatri e cinema.

Perugia è infine parte di una rete chiamata "rete delle università sostenibili". Il tema della sostenibilità rap-

presenta un obiettivo fondamentale all'interno del programma di sviluppo di Ateneo e in tale direzione sono state attivate numerose iniziative sia nella didattica che nella ricerca, nei servizi agli studenti nell'ambito dell'energia e della mobilità, fino a quello della dematerializzazione e della gestione dei rifiuti.

BIBLIOGRAFIA

1. J. Ashton, The historical shift in public health, in A.D. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson, M. Dooris, (ed), Health Promoting Universities Concept, experience

and framework for action, World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen, 1998

2. TARGET 14 - SETTINGS FOR HEALTH PROMOTION: By the year 2000, all settings of social life and activity, such as the city, school, workplace, neighbourhood and home, should provide greater opportunities for promoting health
3. AAVV, ON HEALTH-GLOBAL HEALTH, La Salute Umana Numero Speciale, n. 267 Luglio-Settembre 2017
4. Ottawa Charter for Health Promotion (1986). Health promotion international, 1(4): iii-v (1986) and Canadian journal of public health, 77(6): 425-430 (1986).
5. A. Antonovsky, The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health promotion international, 11(1): 11-18 (1996).



The Reader, Stephen Daldry, 2008

Health literacy: fra diritti e doveri, per guadagnare salute

Emilia Guberti

Pensieri pericolosi, John N. Smith, 1995

Capire fa bene alla salute

Comprendere quello che ci dice il medico o un altro operatore sanitario, leggere senza difficoltà di interpretazione la prescrizione di un farmaco o un depliant informativo significa di fatto avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni con modalità utili a promuovere e a mantenere un buono stato di salute, in altri termini è la *Health Literacy (HL)* secondo la definizione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) (1).

Si tratta di un obiettivo sfidante per il nostro Sistema sanitario che deve misurarsi anche con una serie di limiti legati alla consapevolezza della necessità di comunicare ed informare da parte dei suoi operatori.

Basti pensare che a fronte della comprovata necessità di diffondere consigli alla popolazione per modificare i comportamenti a rischio secondo la sorveglianza PASSI (2013) appena il 52% dei fumatori ha ricevuto da un medico o da un operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare, il 51% delle persone in eccesso ponderale quello di perdere peso, il 41% dei soggetti con patologia cronica di praticare attività fisica mentre il consiglio di sospendere l'assunzione

di alcool nei consumatori a rischio si è limitato ad appena il 6% (2).

Correttamente il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 che pone come primo macroobiettivo la riduzione delle patologie croniche non trasmissibili, prevede fra gli obiettivi da raggiungere un sensibile incremento (dal 30 al 300%) della diffusione di consigli alla popolazione da parte dei sanitari per modificare i comportamenti a rischio (3).

Tale necessità s'impone anche in considerazione della percezione distorta che spesso le persone hanno sul proprio stato ponderale e abitudini di vita, condizione che penalizza maggiormente chi ha un minore titolo di studio ed un più basso livello socio-economico. Tale fenomeno si verifica anche tra i genitori dei bambini sovrappeso o obesi e non va trascurato poiché la consapevolezza rappresenta un fattore chiave per motivare le persone a modificare stili di vita non adeguati (Okkio alla salute 2016) (4).

Applicare i principi e le pratiche dell'*Health Literacy* diventa un preciso dovere degli operatori del Servizio

Sanitario per consentire alle persone di esercitare il diritto di comprendere ciò che viene proposto, riconoscere i propri bisogni di salute, assumere un maggiore controllo sui fattori che incidono sulla salute, contribuire attivamente alle scelte terapeutiche, orientarsi nel Sistema sanitario, adottare comportamenti salutari, ad esempio, avere uno stile alimentare salutare ed una vita attiva.

Tale impegno, sancito dai nuovi LEA oltre che dai Piani della Prevenzione Nazionale e Regionali, nel nostro Paese si deve misurare col fatto che quasi la metà della popolazione italiana ha la licenza di scuola media inferiore e si colloca agli ultimi posti nella classifica internazionale della *literacy*, inoltre abbiamo sistemi sanitari molto complessi che richiedono competenze elevate di *literacy* nelle persone (5).

Ne consegue che l'utente del Servizio sanitario italiano trova difficoltà almeno nei seguenti ambiti:

1) nella comunicazione col medico e l'operatore sanitario, perché è fondamentale comprendere bene quello che viene detto, spesso i sanitari utilizzano termini tecnici

e scientifici che lasciano gli utenti/pazienti pieni di dubbi, anche perché sovente non osano chiedere spiegazioni.

- 2) nell'orientarsi nelle strutture, sovente è difficile trovare i luoghi che si stanno cercando, non è sempre semplice capire le parole a volte strane che ci sono sulla segnaletica.
- 3) nell'utilizzo dei materiali informativi: sovente si usano parole difficili rinunciando a sostituirle con altre equivalenti di più facile comprensione o quantomeno a corredarle di spiegazione utili alla comprensione.

Da qui la necessità di assicurare una comunicazione che si faccia interprete delle conoscenze scientifiche in modo rigoroso ma allo stesso tempo sia chiara, semplice e comprensibile a tutti, verificando che lo sia realmente.

Il tempo per spiegare ed... ascoltare

Diversi studi documentano come nella comunicazione tra operatore sanitario e paziente normalmente il medico parli velocemente, senza pause che consentano alle persone di interagire, di fare delle domande. Anche le persone con un elevato livello di istruzione, nel momento in cui si tratta della loro salute non si mettono sullo stesso piano del medico, ma preferiscono sentirsi spiegare le cose in modo chiaro e comprensibile e per essere certo di averlo fatto il professionista dovrebbe accertare l'avvenuta comprensione da parte degli utenti.

A fronte del fatto che il tempo a disposizione è limitato per assicurare un certo numero di prestazioni e contenere i tempi di attesa che fare?

Secondo alcune ricerche sembra non occorra più tempo ma è importante che i professionisti della salute siano adeguatamente formati. Lo ha confermato anche una sperimentazione fatta presso un gruppo di operatori

sanitari coinvolti in un percorso promosso dall'Assessorato politiche per la salute Emilia-Romagna per promuovere l'"Applicazione dei principi e delle pratiche della Health Literacy" (6).

Da qui la necessità di un impegno preciso da parte del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali, in particolare, a prevedere specifici percorsi di formazione da riproporre a cascata in modo da coinvolgere ogni professionista anche attraverso momenti di formazione fra pari. Essenziale resta la collaborazione con l'Università ed in particolare con le Scuole di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva che in diverse realtà italiane hanno maturato una particolare competenza in materia assicurando indispensabili collegamenti a livello internazionale.

A loro il compito importantissimo di promuovere l'inserimento della *Health Literacy* come parte integrante del *cor curriculum* del corso di studi Medicina e degli altri professionisti della sanità, oltre che delle scuole di specializzazione destinate ai professionisti della Sanità pubblica. La Società Italiana di Igiene, medicina preventiva e sanità pubblica (SIIt) ha istituito un gruppo di lavoro dedicato alla *Health Literacy* che in breve tempo ha saputo attivare molteplici importanti iniziative utili alla crescita culturale ed al lavoro sinergico fra le diverse componenti societarie: universitari, operatori medici e delle professioni sanitarie, specializzandi.

BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
2. <http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2013/R2013Indice.asp>
3. Piano Nazionale Prevenzione 2015-18 http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?area=prevenzione
4. CNESPS Istituto Superiore di Sanità - Sorveglianza Okkio alla Salute Report 2008-2016
5. <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>
6. http://forward.recentiprogressi.it/wp-content/uploads/2016/07/recprogrmed_2016_suppl3_ricciardi.pdf
7. <http://salute.regione.emilia-romagna.it/news/newsletter/2013/health-literacy>

*Emilia Guberti direttore SIAN Az. USL di
Bologna – Componente Giunta Nazionale
SIIt*

La depressione e il medico di medicina generale

Fabrizio Germini

The Hours, Stephen Daldry, 2002

La depressione è una grave patologia che colpisce nel mondo oltre 360 milioni di persone, determina marcata sofferenza individuale, familiare e sociale. È una patologia a patogenesi multifattoriale legata alla combinazione di fattori genetici (familiarità), vulnerabilità individuali, aspetti di personalità, problemi psicologici e relazionali, elementi stressanti socio ambientali.

I sintomi

La depressione si esprime attraverso una costellazione di sintomi, i più frequenti dei quali sono: perdita di interesse e piacere (anedonia), stanchezza fisica (astenia), disturbi del sonno e dell'appetito, difficoltà di concentrazione, sintomi somatici.

Un episodio depressivo non trattato ha solitamente durata di alcuni mesi e tende a recidivare con frequenza crescente nel corso dell'esistenza (60% dopo il primo episodio)

La depressione è presente in tutto il mondo, con stime di prevalenza nel corso della vita intorno al 6-12%. L'esordio compare solitamente in età giovanile (20-25 anni) sebbene non sia infrequente il riscontro di un primo episodio in età senile. La prevalenza è circa doppia nelle donne rispetto agli uomini, e vengono

colpite tutte le fasce sociali.

Depressione e condizioni di vita

Nell'ambito degli interventi della medicina generale, della psichiatria e di tutta la medicina specialistica si osserva, con grande frequenza, la contemporanea espressione di sintomi della sfera ansiosa e della sfera depressiva.

Questo tipo di legame si manifesta con modalità e decorso clinico differenti: a volte persone con patologie organiche manifestano sintomi di ansia che solo successivamente si associano ad una deflessione dell'umore, in altre occasioni sindromi depressive parzialmente trattate residuano in una cronica sintomatologia ansiosa ma, più frequentemente, il medico si occupa di persone che manifestano entrambi i sintomi contemporaneamente.

Le condizioni di vita e di elevato stress attuali contribuiscono ad aumentare la frequenza di nuovi casi di disturbi d'ansia da disadattamento e di sviluppo di depressione.

La attuale struttura sociale, la precarietà, la necessità di spostarsi per lavoro dai luoghi di origine riduce la disponibilità di rete e le famiglie spesso sono isolate, con difficoltà interne, genitori soli, riduzione dei tempi e delle occasioni di

socializzazione.

Le difficoltà lavorative ed economiche riducono le possibilità di tempo libero, di svago, di crescita culturale, di avere amicizie che possano ricostruire legami importanti.

Tutto ciò si aggiunge, e in parte determina, la necessità di continui adattamenti al cambiamento individuale e relazionale, con stress conseguenti e risultati incerti verso la costruzione di nuovi equilibri.

Si devono considerare fattori di rischio che possono favorire la comparsa di depressione quali essere single, condizioni socioeconomiche sfavorevoli, l'abuso di sostanze, condizioni di stress ambientale cronico. La Organizzazione Mondiale della Sanità indica la depressione come una delle malattie con il maggior carico di disabilità, al pari di patologie gravi quali le neoplasie e le cardiopatie e, come tale, la correla a enormi costi sociali nei paesi di medio/alto tenore economico.

Nella realtà attuale il MMG deve spesso affrontare gravi situazioni di disagio e psicopatologia presentate da persone di altri paesi, migranti spesso reduce da violenze, lutti, abbandoni, o, nel caso delle badanti da sradicamento familiare e sociale.

In questi casi le difficoltà aumentano rispetto alla possibilità di comunicare con chiarezza, di comprendere le richieste ed i problemi che oltre tutto, fanno riferimento a paradigmi culturali sconosciuti dai medici italiani.

Si deve pensare, in questi casi, alla possibilità di ricorrere all'aiuto di mediatori culturali.

Un recente studio ha evidenziato che fino al 65% degli individui che soffrono di depressione definisce la condizione come gravemente disabilitante. Nonostante questo, molte persone affette da depressione non accedono ad alcun sistema di cure e rimangono senza trattamento.

La depressione e la medicina generale

Il setting della Medicina Generale (MG) è il primo e più importante filtro per il riconoscimento e il trattamento dell'ansia e della depressione nell'ambito della MG stessa e i medici di medicina generale (MMG) rappresentano l'unico contatto per oltre il 50% dei pazienti affetti da malattia psichiatrica.

Utile, oltre l'attenta valutazione sintomatologica e clinica, si è dimostrato l'utilizzo di alcune scale psicometriche che permettono di valutare la gravità e

monitorare gli effetti del trattamento.

Anche se nella pratica della Medicina Generale non si sono ancora diffuse e prevale il giudizio clinico, basato sulla conoscenza del contesto, sulla storia familiare e personale, soprattutto sull'ascolto attento che permette di valutare il grado di sofferenza della persona malata.

I disturbi dell'umore subclinici, lievi e lievi-moderati risultano gestiti prevalentemente nella pratica di MG. Nonostante ciò, si ritiene che la capacità di diagnosticare disturbi affettivi sia ancora insoddisfacente.

È molto importante che le persone affette da depressione ricevano una diagnosi corretta e vengano avviate precocemente ad un trattamento efficace.

Se la patologia depressiva presenta frequentemente un decorso naturale cronico e invalidante, gli interventi farmacologici con antidepressivi, indicati nelle diverse forme, hanno prodotto risultati rilevanti sia nella remissione della fase acuta, sia nella prevenzione di ulteriori episodi.

Una importante metanalisi ha dimostrato come il trattamento farmacologico riduca del 70% il rischio di ricorrenze.

L'intervento psicoterapico

L'intervento psicoterapico per i disturbi depressivi ha vissuto vicende alterne nel corso degli ultimi 50 anni. L'introduzione di nuove generazioni di antidepressivi a maggiore tollerabilità ha reso accessibile a molti un trattamento adeguato.

Solo negli ultimi anni sono emerse, grazie alle conoscenze fornite dalle neuroscienze, nuove evidenze sull'efficacia anche biologica di interventi psicoterapici nella terapia depressiva. Un intervento psicoterapico, quando efficace, è in grado di produrre modificazioni dell'architettura neuronale del paziente depresso, che appaiono complementari a quelli messi in atto dai trattamenti antidepressivi parimenti efficaci.

A seguito del rinnovato interesse della comunità scientifica, sono state recentemente pubblicate ricerche da cui emerge una efficacia antidepressiva degli interventi psicoterapici (con maggior frequenza gli studi sono relativi a modalità di intervento cognitivo comportamentale) solo lievemente inferiore rispetto al trattamento standard con antidepressivi. Nella realtà quotidiana il MMG si trova a dover valutare la praticabilità di questa opzione e la opportunità di proporla. Prima di tutto valutando l'indicazione clinica, soprattutto nelle forme ricorrenti o giovanili, considerando anche la disponibilità del paziente ad affrontare questo tipo di terapia per le sue caratteristiche culturali, ma anche per le valutazioni economiche che entrano in gioco essendo limitata la disponibilità dei servizi pubblici, sempre oberati da casi giudicati più gravi.

È chiaro che non si deve rischiare che una proposta di psicoterapia diventi un ulteriore elemento di frustrazioni laddove poi non sia sostenibile.

L'intervento terapeutico sugli stili di vita

Un importante elemento di trattamento e prevenzione della patologia depressiva risulta essere la regolare attività



The Hours, Stephen Daldry, 2002

fisica. Numerose ricerche indicano l'effetto positivo della regolare attività sia nel condurre, come unico intervento, ad un significativo miglioramento nelle condizioni più lievi, sia nel favorire una risposta clinica in corso di trattamenti antidepressivi nelle forme più gravi. L'attività fisica regolare, inoltre, produce anche un effetto protettivo sul rischio di recidiva.

Recenti studi indicano come l'attività fisica (camminare) condotta 3 volte alla settimana per almeno 40-60 minuti possa significativamente ridurre fenomeni di decadimento cognitivo con riduzione delle patologie degenerative. Essa avrebbe una azione di stimolo sulla neurogenesi a tutte le età. Questo dato apre a importanti opportunità di facilitare l'attività fisica nelle persone sopra i 60 anni e ad utilizzare al meglio gli spazi cittadini.

Il MMG potrebbe anche suggerire occasioni di socializzazione costruttiva, conoscendo la realtà nella quale vive la persona malata.

La scuola ha un ruolo importante nel favorire l'incontro e lo scambio esperienziale fra genitori, che apre le porte anche alla possibilità di analizzare problemi senza la paura di essere giudicati e di chiedere aiuti di vario tipo agli altri genitori o alla scuola stessa.

È noto che la depressione, nelle sue eterogenee modalità di manifestazione, è spesso presente negli stessi soggetti in situazioni di comorbidità sia somatiche sia psichiche, circostanze queste che richiedono un'attenta analisi del quadro clinico generale dei pazienti, valutando in che misura la patologia associata possa rappresentare un fattore causale o se la depressione debba invece ritenersi reattiva, prendendo in considerazione anche la possibilità di concasualità.

Un ulteriore problema è talvolta rappresentato dalla proposta di invio allo specialista psichiatra, non sempre accettata di buon grado dal paziente (stigma).

Nelle forme più serie e resistenti ai trat-

tamenti di prima linea è bene proporre una valutazione specialistica che apre la porta ad una gestione condivisa che può dare ottimi risultati e tenere la porta di una relazione con lo specialista qualora la situazione peggiorasse, ma anche più semplicemente confortare il MMG sulla correttezza della diagnosi e sulle scelte terapeutiche.

Un capitolo importante, correlato alla psicopatologia in generale e alla depressione in particolare, è rappresentato dai disturbi del sonno, spesso sottostimati dai pazienti e sottodiagnosticati dai medici.

Un sonno fisiologico è infatti fondamentale per una regolare funzione cerebrale e l'insonnia protratta aumenta il rischio di sviluppare e peggiorare malattie psichiatriche e non solo.

In ogni caso la depressione in corso di altre patologie ne condiziona l'evoluzione, così come un quadro depressivo, se non riconosciuto e non adeguatamente trattato, può a sua volta favorire l'insorgenza di altre patologie.

L'uso di nuovi farmaci antidepressivi, con minori effetti collaterali, quindi più facili da usare anche in Medicina Generale. Spesso viene percepito come una scorciatoia per evitare di affrontare problemi di vita, paradossalmente questo nel lungo termine è dannoso per la vita stessa delle persone che presentano sintomi di ansia e depressione.

La prescrizione di benzodiazepine senza adeguato controllo, può determinare fenomeni di aumento dei dosaggi, oltre le indicazioni, e fenomeni di vera e propria dipendenza, soprattutto quando si tratta di forme ansiose che mascherano un più profondo stato di depressione.

Di fronte ad alterazioni del tono dell'umore persistenti andrebbe sempre indagato l'uso di alcool o di sostanze psicotrope (Cannabis o Oppiacei).

Quando si sceglie di usare la terapia farmacologica è comunque centrale la relazione di cura con il medico che deve monitorare effetti positivi e negativi,

supportare il paziente nei tempi necessari per raggiungere i risultati sperati e poi nel mantenere, per un tempo adeguato la assunzione dei farmaci, sospendendoli nei tempi e con le modalità raccomandate

Comorbidità

I dati raccolti dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) descrivono l'aumento di prevalenza di alcune patologie di frequente riscontro in MG. In particolare, la prevalenza di depressione nei pazienti affetti da demenza è di 3,5 volte più elevata rispetto alla popolazione generale, arrivando a oltre il 41% e di poco meno del doppio nei pazienti affetti da epilessia, collocandosi intorno al 20%. Nella malattia di Parkinson la prevalenza di depressione è del 39,5%, il triplo rispetto alla popolazione generale. Un ulteriore punto critico, legato alle situazioni di comorbidità in generale, è rappresentato dall'aumentato rischio di trattamenti inadeguati e di eventi avversi da farmaci, spesso dovuti alla limitata conoscenza delle interazioni fra molteplici e simultanei trattamenti, nonché dalla possibilità che i pazienti possano incorrere in errori nell'uso dei farmaci o decidere in modo autonomo di ridurre la quantità e/o la posologia delle terapie associate.

Una significativa analisi sull'operatività e il carico di lavoro dei MMG riguarda la percentuale di distribuzione delle patologie che hanno causato il maggior numero di contatti negli anni 2007-2011. Analizzando le prime 35 patologie, la depressione si colloca al 9° posto dopo ipertensione arteriosa, diabete mellito, cardiopatie ischemiche ecc. confermando che il MMG entra di frequente in contatto con i propri pazienti depressi.

Il disagio psichico in adolescenza

La depressione maggiore è una delle patologie più diffuse nella popolazione generale e la sua incidenza aumenta nell'adolescenza. L'esordio a questa età

si accompagna ad evoluzione più grave e prognosi peggiore. Il più comune fattore di rischio per depressione precoce è la familiarità per depressione in un genitore. La depressione maggiore è però una patologia multifattoriale, dovuta a componenti genetiche e fattori ambientali. Questi ultimi svolgono un ruolo importante nel determinare l'età d'esordio. È stato osservato che sensazioni di paura, ansia e disturbi della condotta nell'adolescente predicono il successivo esordio di depressione. Correggere i fattori sociali e ambientali che predispongono allo sviluppo di depressione si è dimostrato utile nella prevenzione di questa patologia. Inoltre identificare questi fattori coinvolti nell'esordio precoce è anche importante visto l'alto tasso di ricorrenza quando la depressione insorge a questa età.

È stato dimostrato che la presenza di sintomi come irritabilità e ansia/paura predice l'esordio di depressione nell'adolescente.

I sintomi ansiosi in particolare hanno un forte valore predittivo sul successivo sviluppo di depressione. Pertanto la presenza in bambini e adolescenti di ansia/paura e irritabilità deve essere considerata un marker di successivo sviluppo di depressione e su questi soggetti devono essere iniziati specifici programmi di prevenzione.

Fattori genetici/familiari e sociali influenzano anch'essi direttamente l'esordio di depressione. Così gli indicatori di vulnerabilità sociale predicono il rischio di depressione indipendentemente dal rischio familiare, dal grado di depressione dei familiari e dagli antecedenti clinici. Questi elementi hanno importanti implicazioni sul trattamento e la prevenzione e sottolineano l'importanza di considerare anche il contesto sociale. Una prevenzione efficace dovrà includere il trattamento della depressione nel genitore, ma anche dei segni clinici precursori nel bambino e misure di contrasto alla vulnerabilità sociale, in primis

povertà e emarginazione.

In questo ambito ci sembra cruciale il ruolo della Scuola come osservatorio privilegiato delle fasce di età giovanili, sarebbe auspicabile, e da costruire con maggiori risorse, una stretta collaborazione dei docenti con figure professionali come Psicologi Counsellor, Assistenti Sociali che potrebbero essere maggiormente presenti nelle Scuole e a disposizione anche di studenti che chiedano un colloquio.

Gli Insegnanti dovrebbero sempre avere presente che di fronte al disagio scolastico si devono considerare fattori psicopatologici, presenti o che potrebbero svilupparsi, allargare lo sguardo dagli aspetti strettamente didattici e contenuti verso la osservazione del contesto familiare e sociale del ragazzo e le sue caratteristiche di personalità ed emozionali.

Purtroppo, talvolta nell'ambiente scolastico sono presenti alcuni fattori di rischio relazionali con i compagni, crisi della autostima per risultati deludenti, giudizi che dalla valutazione del risultato di apprendimento si allargano a investire la personalità dello studente, povertà di relazione affettiva non solo fra pari, ma anche con i docenti, se uno studente non si sente accolto e capito difficilmente dà il meglio sul piano della performance scolastica.

*Fabrizio Germini,
Medico di Medicina Generale Perugia*

Università promotrice di salute Salute per tutti e Sostenibilità

a cura di Edvige Mancinelli e Giovanni Bauleo

Mona Lisa Smile, Mike Newell, 2003

La promozione della salute lavora sui setting

L'approccio per setting è caratterizzato da tre elementi: un ambiente di lavoro e di vita sano, l'integrazione della salute nelle attività quotidiane del contesto-organizzazione e l'estensione di tutto questo alla comunità.

Tre parole chiave: leadership, campo di azione strategico e senso di appartenenza. Le università hanno un potenziale unico per mettere in campo tutto questo.

L'università rappresenta un luogo di apprendimento e di sviluppo, con finalità formativa e di ricerca; un centro di creatività e innovazione; un luogo organizzato in cui gli studenti sviluppano indipendenza e abilità utili per la vita; una risorsa e un partner per le comunità locali, nazionali e globali.

Le università sono organizzazioni dove le persone apprendono e lavorano, socializzano e fanno uso di servizi diversificati, come alloggi, mense e trasporti. Sono tra i più grandi datori di lavoro e i

loro dipendenti rappresentano una grande comunità. Di conseguenza, hanno il potenziale per influenzare in modo significativo la vita e la salute dei propri membri e dell'intera comunità. Quasi tutte le università hanno attività di ricerca in qualche modo legate alla salute.

Definizione delle università promotrici di salute

Non esiste una definizione univoca e condivisa di Università Promotrice di Salute, in quanto ogni università che ha sviluppato e implementato un progetto di questo tipo ne ha formulata una propria.

La Carta di Edmonton, stilata nel 2005 nel corso della Seconda Conferenza Internazionale sulle Università Promotrici di Salute della Regione Panamericana, definisce le Università Promotrici di Salute come "istituzioni accademiche che analizzano e revisionano i propri sistemi, processi e cultura per contribuire a migliorare la salute e il benessere della comunità universitaria e della società in generale, attraverso la collaborazione e il lavoro di rete".

Nel 2009, Hiram Arroyo Coordinatore della Rete Iberoamericana delle Università Promotrici di Salute, ha definito le Università Promotrici di Salute come "istituzioni universitarie e di educazione superiore che sviluppano una cultura organizzativa orientata ai valori e ai principi del movimento globale di promozione della salute, attraverso una politica integrata di salute e azioni programmatiche, sistematiche e sostenibili per la salute della popolazione universitaria".

Per Mark Dooris, Coordinatore della Rete delle Università Sane del Regno Unito "L'università sana adotta una visione olistica della salute e un approccio che prende in considerazione l'università nel suo complesso (*whole university approach*) e aspira a creare un ambiente di apprendimento e una cultura organizzativa che migliora la salute, il benessere e la sostenibilità della comunità e permette alle persone di realizzare in pieno il proprio potenziale".

La Carta di Okanagan, sviluppata nel 2015 nel corso della Conferenza Internazionale sulle Università Promotrici di

Salute, definisce l'Università Promotrice di Salute come "un agente di trasformazione per la salute e la sostenibilità delle società attuali e future, in quanto rafforza le comunità e contribuisce al benessere delle persone, dei luoghi e del pianeta" ed afferma che essa "infonde la salute nelle attività quotidiane, negli atti amministrativi e nei mandati accademici. In questo modo, le università che promuovono la salute contribuiscono al successo delle nostre istituzioni; creano luoghi di cultura e accoglienza, benessere, equità e giustizia sociale; migliorano la salute delle persone che vivono, imparano, lavorano, giocano e amano nei nostri contesti di studio; e rafforzano la sostenibilità ecologica, sociale ed economica delle nostre comunità e della società".

Gli obiettivi di un'Università Promotrice di Salute

Gli obiettivi di un'Università Promotrice di Salute sono:

- (a) promuovere politiche salutari e sostenibili attraverso la pianificazione in tutta l'università;
- (b) fornire un ambiente di lavoro sano;
- (c) sostenere la crescita individuale e sociale delle persone coinvolte;
- (d) garantire un ambiente fisico sano e sostenibile;
- (e) incentivare un interesse accademico più ampio;
- (f) sviluppare collegamenti con la comunità.

Un progetto di Università Promotrice di Salute ottiene risultati soddisfacenti se dimostra in che misura si è integrata la salute nella cultura, nella struttura e nei processi dell'università e quanto è migliorata la salute dei membri della comunità universitaria. L'implementazione degli obiettivi chiave può essere descritta in termini di processo, di im-

patto e di esiti.

Le università Promotrici di Salute ottengono esiti in termini di servizi, performance accademica e migliori condizioni di salute.

In definitiva

Il concetto di Università Promotrice di Salute necessita di un campo d'azione ampio e strategico, di obiettivi che riflettano la filosofia e i principi della salute per tutti e della sostenibilità, e di strumenti adatti ad un approccio alla promozione della salute basato sui setting, approccio che va ben oltre singoli interventi di educazione sanitaria e di promozione della salute rivolti agli studenti e al personale. Comporta l'integrazione della salute nella cultura, nei processi e nelle politiche dell'università. Significa sviluppare un quadro di azione che unisca fattori come il rafforzamento del potere di azione dell'individuo (empowerment), il dialogo e la partecipazione, con l'obiettivo di favorire equità, sostenibilità e ambienti di vita, lavoro e apprendimento favorevoli alla salute.

Le università possono diventare un modello di setting che promuove la salute, in quanto possiedono le capacità intellettuali, le abilità, l'autorità e la credibilità necessarie. Le università rappresentano una risorsa preziosa per le comunità in cui si trovano e investire nell'Università Promotrice di Salute rappresenta soprattutto un investimento per il futuro. Per la portata e il campo d'azione del progetto, sono essenziali l'adesione e il supporto politico da parte della Dirigenza del Corpo Accademico degli Atenei.

L'obiettivo della *salute per tutti* e dello *sviluppo sostenibile* richiede collaborazioni e cambiamenti istituzionali a tutti i livelli, e pertanto continuità e tempi lun-

ghi. Per rendere il progetto realizzabile e sostenibile è essenziale bilanciare lo sviluppo di piani strategici a lungo termine con altri da attuare nel breve periodo.

Il framework delle Università Promotrici di Salute è stato sviluppato attraverso:

1. la Prima Conferenza Internazionale sulle Università Promotrici di Salute, che si è svolta nel 1996 a Lancaster, Regno Unito;
2. la pubblicazione, nel 1998, di *Health Promoting University. Concept, experience and framework for action*, che contiene le linee guida dell'OMS Europa per l'implementazione di Università Promotrici di Salute;
3. il Primo Congresso Internazionale delle Università Promotrici di Salute della Regione Panamericana, che si è svolto nel 2003 a Santiago, capitale del Cile;
4. la Carta di Edmonton, messa a punto nel corso della Seconda Conferenza Internazionale sulle Università Promotrici di Salute della Regione Panamericana, che si è svolta nel 2005 presso l'Università di Alberta ad Edmonton, in Canada;
5. la Carta di Okanagan, sviluppata nel corso della Conferenza Internazionale delle Università Promotrici di Salute, tenutasi nel 2015 presso l'Università Okanagan della Columbia Britannica, a Kelowna, in Canada.

*il Dossier è stato curato da:
Edvige Mancinelli, Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Dottore di Ricerca in Educazione Sanitaria Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (CeSPES)
Giovanni Bauleo, Diploma di Laurea in Mediazione Linguistica, Master Pianificazione, gestione e valutazione di azioni integrate di promozione della salute della comunità (CHP) AA 2015-2016*

Healthy University: un modello ecologico di sanità pubblica

Da HEALTHY UNIVERSITIES:

*Concept, Model and Framework for Applying the Healthy Settings Approach within Higher Education in England
FINAL PROJECT REPORT*

Mark Dooris, Jennie Cawood, Sharon Doherty, Sue Powell

A Beautiful Mind, Ron Howard, 2001

La *Royal Society for Public Health* (RSPH) ha incaricato il *Department of Health* del Central Lancashire (UCLan) University in collaborazione con la Manchester Metropolitan University di redigere un Progetto finalizzato a

- costruire un modello per le Healthy University basato sull'approccio di setting
- produrre raccomandazioni per lo sviluppo e l'operatività di un Quadro di riferimento Nazionale delle *Healthy University* in Inghilterra
- assicurare un efficace coordinamento delle iniziative e proporre linee di azione per implementare l'agenda delle *Healthy University*.

Il rapporto fornisce un background sulle *Healthy University*, delinea il processo di implementazione del progetto, presenta un modello, discute le dimensioni chiave e formula raccomandazioni.

Le parti selezionate nel documento forniscono un solido framework concettuale, strategie di implementazioni ed evidenziano come questo progetto ben si inserisca in una visione ecologica della sanità pubblica.

Per il documento nel suo complesso vedi: http://www.healthyuniversities.ac.uk/wp-content/uploads/2016/10/HU-Final_Report-FINAL_v21.pdf

Background

L'importanza fondamentale di trasferire attenzione e risorse dal trattamento della malattia al miglioramento della salute è stata evidenziata costantemente nel corso dell'ultimo decennio, attraverso solide evidenze e documenti programmatici come *Securing Our Future Health* (Wanless, 2002), *Securing Good Health for the Whole Population* (Wanless, 2004), *Choosing Health* (Department of Health, 2004), *High Quality Care for All* (Department of Health, 2008) e *NHS 2010-2015: From Good to Great* (Department of Health, 2009).

Questi hanno sottolineato in primo luogo che per contribuire alla promozione della salute, il National Health Service dovrà lavorare in un partenariato efficace con altri settori a livello locale e nazionale, e, in secondo luogo, che occorre sviluppare forza lavoro in grado di promuovere competenze multidisciplinari e multiset-

toriali nel sistema sanitario pubblico. Ne consegue che l'Università svolge un ruolo importante come partner nel miglioramento della salute, come ambiente in cui promuovere la salute e come "in grado di plasmare il futuro" dei lavoratori e cittadini di domani.

Approccio di setting

"La salute è creata e vissuta dalle persone nella vita quotidiana; dove imparano, lavorano, giocano e amano" (WHO) È da tempo riconosciuto che i contesti quali scuole e luoghi di lavoro sono ambienti nei quali è possibile non soltanto garantire azioni di promozione della salute in un contesto, ma sono luoghi e contesti di vita di per sé importanti per determinare la salute e il benessere (WHO, 1986).

Il fondamento logico per migliorare la salute attraverso i contesti in cui le persone vivono si basa sulla considerazione che la salute è in gran parte determinata al di fuori del NHS (Wanless, 2004) e che la salute è alla base del successo organizzativo e sociale e della stessa produttività di un Paese.

Cresce il riconoscimento che gli investimenti in salute e benessere contribuiscono positivamente ai risultati di un contesto e alla realizzazione dei suoi obiettivi principali (Grossman e Scala, 1993).

Come Dooris e Hunter (2007: 108) hanno sostenuto:

“Se la promozione della sanità pubblica e della salute rappresenta una strategia di mediazione tra la comunità e il suo contesto, sintetizzando la scelta personale e la responsabilità sociale nella salute, questo ha importanti implicazioni per le dinamiche gestionali e organizzative all'interno di un sistema sociale o di una struttura indipendentemente dal fatto che sia una scuola, un ospedale, un'università, una prigione o un luogo di lavoro. In questo modo, la promozione della salute può essere considerata un intervento in sistemi sociali e organizzativi per migliorare la salute. Sulla base di questi significati, la sanità pubblica può uscire dal ghetto in cui molti credono che sia “intrappolata”.

I recenti tentativi di sintetizzare le idee di diversi studiosi (Dooris, 2005, Dooris et al, 2007) hanno suggerito che l'approccio di setting è sostenuto da principi come *la partecipazione, la partnership, l'uguaglianza e la sostenibilità* ed è caratterizzato da tre dimensioni interconnesse:

- **Un modello ecologico di sanità pubblica:** la visione di salute come concetto olistico - determinato da una complessa interazione di fattori ambientali, organizzativi e personali - si preoccupa di sviluppare contesti di supporto nei luoghi in cui le persone vivono la loro vita e di costruire le connessioni tra salute e progetti di sviluppo sostenibile.
- **Una prospettiva sistemica:** riconoscere l'interconnessione e la sinergia tra le parti e allontanarsi da un focus

riduzionista su singole problematiche e su una causalità lineare, definisce i setting come sistemi dinamici complessi con input, processi, output e impatti all'interno e al di fuori del setting stesso.

- **Una focalizzazione sul sistema nella sua globalità:** utilizzare lo sviluppo dell'organizzazione e della comunità per introdurre e gestire il cambiamento all'interno del setting e fornire ambienti di supporto che promuovano una migliore salute e produttività; integrare la salute all'interno della cultura e allo scopo principale del setting; promuovere un più ampio benessere della comunità.

Il contesto delle Università

L'impostazione dei setting sani fornisce un quadro concettuale applicabile a diversi contesti, ma è anche importante comprendere le particolarità del contesto a cui viene applicata.

Con oltre 2.3 milioni di studenti e 370.000 dipendenti (Università Regno Unito, 2008, HESA, 2009), le 169 Università britanniche offrono enormi potenzialità come setting in cui e attraverso cui promuovere la salute.

Storicamente, le Università sono state concepite come setting per l'offerta di progetti specifici su tematiche prioritarie, in genere rivolti agli studenti quali droga, alcol e salute mentale (ad es. Università UK, 2000; Grant, 2002; Crouch, Scarffe e Davies, 2006, Health and Safety Executive, 2006; Polymou, 2007). Accanto a ciò, l'azione si è concentrata sulla relazione tra salute e lavoro. Solo di recente c'è stato un crescente interesse a superare l'attenzione su singoli argomenti e sottogruppi di popolazione per sviluppare un approccio più “globale” nelle Università (Do-

oris e Doherty, 2010), sulla scia del successo di altre iniziative come *School for Health*.

Una revisione delle evidenze relative alle scuole supporta un approccio globale ai contesti educativi, suggerendo che i programmi efficaci sono quelli complessi, multifattoriali, che coinvolgono attività in più di un settore (Stewart-Brown, 2006: 17); una review focalizzata sull'Università ha concluso che “gli approcci multi-componenti sono nelle Università più efficaci rispetto alle attività una tantum (Warwick et al, 2008: 27). Questa linea è ulteriormente rafforzata da Butland et al (2007) nel *Foresight Report on Obesity*, che conclude che “la complessità e le interrelazioni ... costituiscono un caso convincente che dimostra la futilità di iniziative isolate”. Per l'Università questo significa adottare una prospettiva sistemica che tenga conto del ruolo delle Università come:

- centri di apprendimento e sviluppo, con competenze e ruoli nell'educazione, ricerca, capacità di sviluppo e scambio di conoscenze
- contesti per la creatività e l'innovazione, sviluppo di conoscenza e comprensione all'interno e tra le discipline e loro applicazione a beneficio della società
- luoghi all'interno del quale gli studenti affrontano una transizione di vita - esplorare e sperimentare, sviluppare l'indipendenza e affrontare sfide specifiche per la salute
- luoghi di lavoro e imprese, interessati a prestazioni e produttività all'interno di un mercato competitivo,
- contesti che “costruiscono futuro” per gli studenti e il personale in quanto chiariscono i valori, li fanno crescere intellettualmente e sviluppano capacità che possano miglio-

rare la cittadinanza attuale e futura all'interno delle famiglie, delle comunità, dei luoghi di lavoro e della società nel suo complesso

- risorse per partner influenti - organizzazioni di cittadini - all'interno di comunità locali, regionali, nazionali e globali.
(omissis)

Un modello per applicare l'approccio di setting sano all'Università

“Aspira a creare un ambiente di apprendimento e una cultura organizzativa che valorizza la salute, il benessere e la sostenibilità della sua comunità e consente alle persone di raggiungere il loro pieno potenziale”.

Nel proporre un modello per applicare la prospettiva dei setting sani all'Università, il processo di consultazione e il suo sviluppo ha prodotto un ricco corpo di lavoro, frutto della ricerca negli ultimi quindici anni. L'accento è stato posto sul tentativo di articolare la teoria e la pratica delle *Healthy University*.

Riconoscendo l'ampia gamma di soggetti interessati, è stato concordato che il modello può essere espresso in forme semplificate ed articolate.

Il modello semplificato (vedi sotto) è

strutturato per mostrare i principi fondamentali, i driver, i settori chiave di focalizzazione, i risultati e gli impatti. Il modello articolato è strutturato per esplorare in dettaglio i rapporti tra principi di base, driver contestuali, input, aree di messa a fuoco, processi, risultati attesi e impatti a più lungo termine.

La Figura 2 illustra un modello articolato strutturato per mostrare la relazione dei principi di base, dei driver contestuali, degli input, delle aree di messa a fuoco, dei processi, dei risultati e degli impatti a più lungo termine - che vengono discussi in dettaglio nel seguito.

Principi Base

L'approccio all'*Healthy University* è sostenuto da alcuni principi fondamentali e valori che caratterizzano sia l'Università che la Sanità Pubblica.

- *Uguaglianza e diversità*: garantire la parità di opportunità e considerare la diversità tra le popolazioni degli studenti e del personale come parte integrante della *governance* dell'Università all'interno del Regno Unito. Anche la Sanità Pubblica è interessata a promuovere inclusione sociale e ridurre le disuguaglianze.

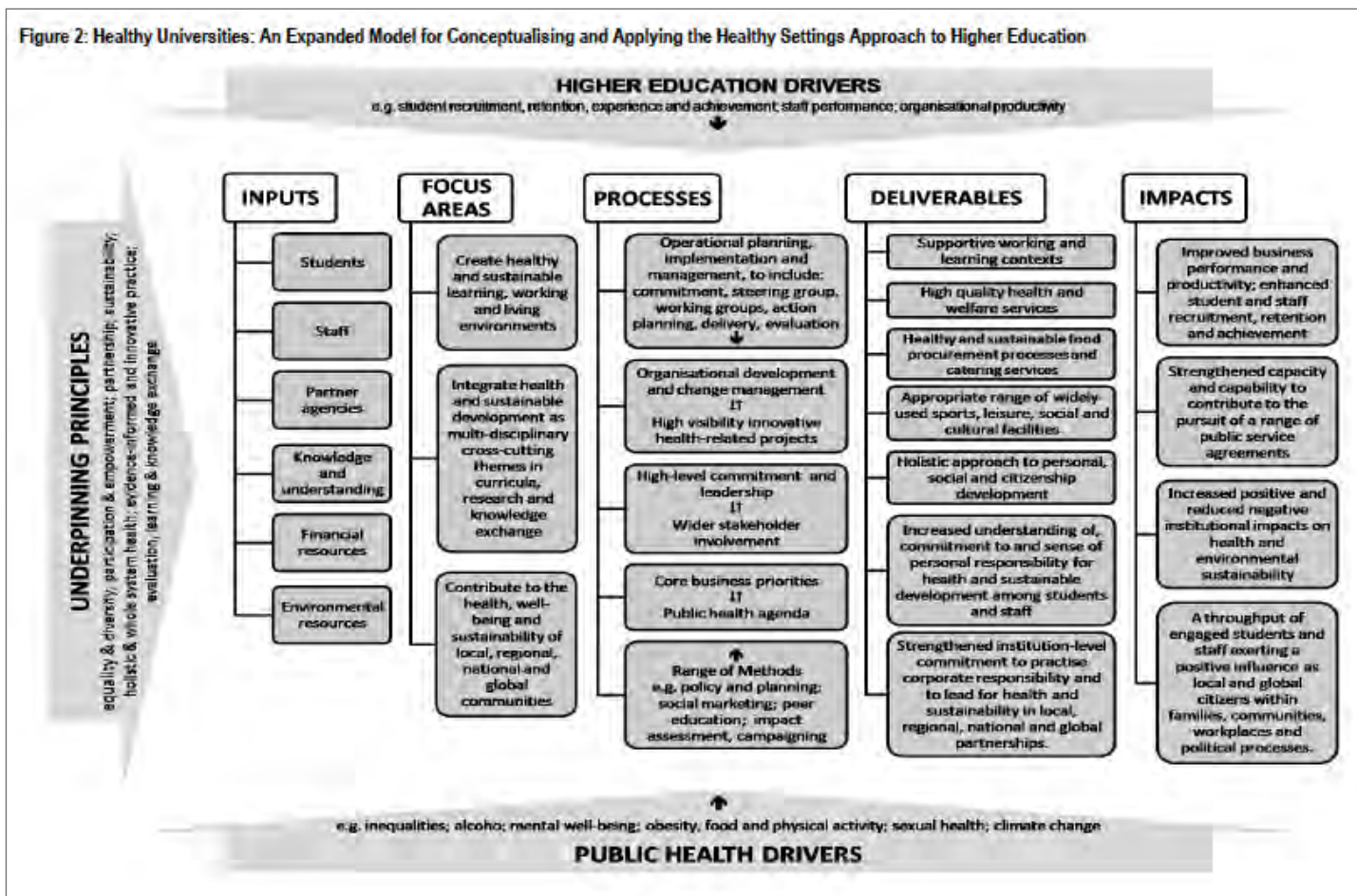
- *Partecipazione ed empowerment*: l'impegno per accrescere la partecipazione è fondamentale per la politica dell'Università. La partecipazione e l'empowerment delle persone e delle comunità sono principi fondamentali per la promozione della salute che danno forma alla teoria e alla pratica della Sanità Pubblica.

- *Partenariato*: l'impegno per la collaborazione di partenariati interni ed esterni - attraverso discipline, servizi e settori - è fondamentale per la missione dell'Università. I partenariati sono al centro della strategia e degli impegni della Sanità Pubblica.

- *Sostenibilità*: l'impegno per la sostenibilità è sempre più considerato intrinseco sia all'Università che alla Sanità Pubblica. Oltre a essere utilizzato per evidenziare l'importanza di garantire la continuità delle iniziative (spesso al di là di un periodo di finanziamento a breve termine), il termine è ampiamente inteso per consentire a tutte le persone di soddisfare i propri bisogni di base e di godere di una migliore qualità della vita senza compromettere l'integrità ecologica del pianeta o la qualità della vita delle generazioni future. Da un punto di vista della Sanità Pubblica, è questo secondo significato che ha costituito un focus crescente per la ricerca e lo sviluppo delle politiche, con le principali organizzazioni che riconoscono che le cause e le manifestazioni di sviluppo ecologicamente insostenibile e di cattiva salute sono interconnesse e spesso pongono ulteriori sfide e opportunità (ad esempio una migliore pianificazione dell'uso del suolo può ridurre le emissioni di carbonio, ridurre l'inquinamento atmosferico e aumenta-



Figure 2: Healthy Universities: An Expanded Model for Conceptualising and Applying the Healthy Settings Approach to Higher Education



re i livelli di attività fisica).

- *Salute olistica e globale del sistema*: l'approccio di setting riflette il concetto di salute come un concetto olistico e multiforme che comprende dimensioni fisiche, mentali, emotive e sociali. Ciò richiede un impegno a sostenere e migliorare la salute applicando un approccio globale al sistema anche all'interno del contesto universitario.
- *Pratica basata sull'evidenza e innovativa*: è indispensabile che la Promozione della Salute e la Sanità Pubblica siano basate sulle migliori prove disponibili di ciò che funziona e in quali contesti - una preoccupazione che coincide con gli obiettivi dell'Università. Tuttavia, bisogna riconoscere che le *Healthy University*

sono un focus relativamente nuovo e che le prove di evidenza sono relativamente poco sviluppate, sarà importante equilibrare questo approccio con un impegno all'innovazione.

- *Valutazione, apprendimento e scambio di conoscenze*: un impegno a valutare i lavori per generare apprendimento e facilitare lo scambio di conoscenze non è solo fondamentale per l'Università ma anche per la Sanità Pubblica.

Driver

L'approccio *Healthy University* considera gli elementi chiave sia delle Università che della sanità pubblica. È necessario comprendere e guidare la cultura e il contesto specifico delle Università, individuando le priorità (ad

esempio l'iscrizione, la permanenza, l'esperienza e il conseguimento di risultati accademici degli studenti, l'ampliamento della partecipazione, la performance dei dipendenti e la produttività organizzativa) e assicurare che un'iniziativa *Healthy University* contribuisca a questi obiettivi fondamentali. Allo stesso tempo, è importante identificare e rispondere alle sfide di sanità pubblica pertinenti con l'ambiente universitario (ad esempio abuso di alcol, benessere mentale, obesità, cibo e attività fisica, salute sessuale, cambiamenti climatici, riduzione delle disuguaglianze).

Input

L'approccio al setting sano adotta una prospettiva sistemica. Applicato all'iniziativa universitaria può essere iden-

tificato un certo numero di input, tra cui studenti, personale, agenzie partner, conoscenze e comprensione, risorse finanziarie e risorse ambientali.

Aree Focus

Riflettendo la prospettiva di sistema nella sua interezza, l'approccio di setting sano mira a lavorare all'interno di tre aree chiave - relative all'ambiente del setting, al *core business* del contesto e alle connessioni con la comunità più ampia (Barić, 1993; Dooris et al, 1998). Applicando questo concetto all'Università, è evidente che l'approccio dell'*Healthy University* mira a:

- creare ambienti di lavoro e di vita caratterizzati da apprendimenti sani e sostenibili,
- integrare la salute e lo sviluppo sostenibile come temi trasversali multidisciplinari nei curricula, nella ricerca e nello scambio di conoscenze
- contribuire alla salute, al benessere e alla sostenibilità delle comunità locali, regionali, nazionali e globali.

Processi

Oltre a richiedere una visione ed un'azione ad ampio spettro all'interno di queste tre aree, l'intero approccio di sistema adottato dalle *Healthy University* utilizza una serie di processi e metodi.

In primo luogo è necessario attuare meccanismi di pianificazione e gestione per assicurare un'efficace operatività sul campo, secondo un modello ciclico che identifica il seguente processo: certezza dell'impegno a livello delle autorità accademiche e istituzione di un gruppo direttivo; nomina del coordinatore; mappatura degli stakeholder, valutazione dei bisogni e ricognizione di ciò che è già in atto; individuazione di priorità e creazione di gruppi di lavoro; formu-

lazione di piani d'azione; operatività; monitoraggio, valutazione dei risultati; valorizzazione e comunicazione.

In secondo luogo, l'approccio *Healthy University* comprende tre "azioni di bilanciamento", che tengono conto dei seguenti driver/elementi chiave:

1. È necessario combinare l'azione innovativa di alta visibilità con l'impegno a portare avanti un cambiamento organizzativo e culturale. Ciò significa:

Promuovere la salute, il benessere e lo sviluppo sostenibile attraverso progetti e iniziative di alto profilo che sottolineino le interconnessioni tra persone, ambienti e comportamenti. Esempi:

- campagna anti-stigma legata alla Giornata Mondiale della Salute Mentale
- mostre fotografiche sul cambiamento climatico e sulla salute
- settimana "bici al lavoro".

Lavorare per integrare i principi e gli obiettivi dell'*Healthy University* nella cultura e nelle politiche dell'Università, nell'ethos organizzativo, nei processi di pianificazione - sviluppando capacità e competenze per il cambiamento. Esempi:

- includere la valutazione d'impatto nello sviluppo strategico e nella pianificazione.
- 2.** È importante coinvolgere stakeholder ad ampio raggio, assicurando l'impegno dell'alta dirigenza accademica e la responsabilità della amministrazione. Ciò significa:
 - incoraggiare e facilitare il coinvolgimento attivo e la partecipazione degli studenti e del personale nell'identificare e dare priorità ai bisogni e nel pianificare e definire le azioni. Esempi:
 - istituire un *Forum sulla salute*
 - sostenere iniziative di sensibilizzazione tra pari.

Ottenere la leadership, il sostegno e la promozione di decisori dell'alta dirigenza accademica, per la salute, il benessere e lo sviluppo sostenibile. Esempi:

- assicurare il coinvolgimento della Direzione e del Consiglio di Amministrazione
- individuare la salute e lo sviluppo sostenibile come marchio prioritario.
- 3.** È indispensabile anticipare e rispondere alle sfide di salute e al contempo contribuire esplicitamente a costruire l'agenda istituzionale. Ciò significa:

Essere informati e informare l'agenda di sanità pubblica e assicurare che l'Università sia all'avanguardia nell'azione per affrontare le questioni chiave di salute relative alla sua popolazione. Esempi:

- partecipare a partenariati locali riguardanti priorità quali l'alcol, la salute sessuale, la salute mentale, etc.
- effettuare una pianificazione congiunta per fornire interventi adeguati con prove di efficacia.

Mettere a confronto le sfide per la salute pubblica con gli elementi chiave dell'attività principale dell'Università e dimostrare chiaramente il contributo che l'*Healthy University* può dare.

In terzo luogo, come indicato nella discussione di queste "azioni di bilanciamento", l'approccio *Healthy University* attinge e utilizza un'ampia gamma di metodologie (ad es. politica, modifica dell'ambiente, educazione tra pari, valutazione dell'impatto, campagne), scelte a seconda del particolare focus o contesto di lavoro.

Risultati attesi

Adottando una prospettiva sistemica che equilibri i processi di cui sopra attraverso le tre aree di interesse, l'ap-

proccio dell'*Healthy University* ha il potenziale per offrire cambiamenti tangibili che contribuiscano alla salute, alla sostenibilità e alle priorità della stessa mission dell'università.

Questi includono:

- contesti di lavoro e apprendimento favorevoli
- servizi sanitari e assistenziali di migliore qualità
- processi di approvvigionamento alimentare e servizi di ristorazione sani e sostenibili
- strutture sportive, ricreative, sociali e culturali accessibili e maggiormente utilizzate
- supporto per un approccio olistico allo sviluppo personale, sociale e di cittadinanza
- maggiore comprensione, impegno e senso di responsabilità personale per la salute e lo sviluppo sostenibile di studenti e personale
- maggiore impegno a livello istituzionale per esercitare la responsabilità organizzativa e guidare l'azione per la salute e la sostenibilità nelle partnership locali, regionali, nazionali e globali.

Impatti

L'approccio *Healthy University* ha il potenziale di produrre impatti a lungo termine all'interno e all'esterno dell'Università con cambiamenti in:

- miglioramento delle prestazioni e della produttività, migliorando in tal modo il reclutamento, la fidelizzazione e il successo di studenti e personale
- capacità rafforzata e competenze per contribuire al perseguimento di una serie di accordi tra servizi pubblici
- aumento dell'impatto istituzionale positivo e riduzione dell'impatto ne-

gativo sulla salute e sulla sostenibilità ecologica

- incremento di studenti e personale impegnati come cittadini, all'interno delle famiglie, nelle comunità, nei luoghi di lavoro e nei processi politici.

BIBLIOGRAFIA

- Butland, B., Jebb, S., Kopelman, P., McPherson, K., Thomas, S., Mardell, J. and Parry, J. (2007) Tackling Obesity: Future Choices – Project Report. London: Foresight Programme, Government Office for Science.
- Crouch, R., Scarffe, P. and Davies, S. (2006) Guidelines for Mental Health Promotion in Higher Education. [www.mhhe.heacademy.ac.uk/silo/files/uuk-student-mh-guidelines.doc - accessed 05 March 2010]
- Department of Health (2004) Choosing Health: Making Healthy Choices Easier. London: The Stationery Office.
- Department of Health (2008) High-Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report. London: The Stationery Office.
- Department of Health (2009) NHS 2010-2015: From Good to great. Preventative, People-Centred, Productive. London: The Stationery Office.
- Department for Work and Pensions, Department of Health and Health and Safety Executive (2005) Health, Work and Well-Being – Caring for our Future: A Strategy for the Health and Well-Being of Working Age People. London: DWP/DH/HSE.
- Dooris, M. (2005). Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, 21: 55-65.
- Dooris, M. and Doherty, S. (2010) Healthy Universities: current activity and future directions – findings and reflections from a national-level qualitative research study. *Health Promotion International*, 25: 94-106.
- Dooris, M., Poland, B., Kolbe, L., de Leeuw, E., McCall, D. and Wharf-Higgins, J. (2007) Healthy settings: Building evidence for the effectiveness of whole system health promotion - challenges and future directions. In D.V. McQueen & C.M. Jones (Eds.) *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (pp. 327-352). New York: Springer Science & Business Media.
- Grant, A. (with Kester, G., Donnelly, N. and Hale, B.) (2002) Reducing the Risk of Student Suicide: Issues and Responses for Higher Education Institutions. UUK Management Guidance Series. London: UUK/SCOP.

Grossman, R. and Scala, K. (1993) *Health Promotion and Organisational Development: Developing Settings for Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Health and Safety Executive (2006) *Healthy Workplace, Healthy Workforce, Better Business Delivery: Improving Service Delivery in Universities and Colleges through Better Occupational Health*. London: HSE.

Higher Education Funding Council for England (HEFCE) (2010) *Trends in Young Participation in Higher Education: Core Results for England*. Bristol: HEFCE. [www.hefce.ac.uk/pubs/hefce/2010/10_03 - accessed 05 March 2010]

Higher Education Statistics Agency (HESA) (2009) *Headline Statistics*. Cheltenham: HESA. [www.hesa.ac.uk/index.php/content/category/1/1/161/ - accessed 05 March 2010]

Polymerou, A. (2007) *Alcohol and Drug Prevention in Colleges and Universities: A Review of the Literature*. London: Mentor UK.

Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [Health Evidence Network Report www.euro.who.int/document/e88185.pdf accessed 05 March 2010].

Universities UK (2000) *Guidelines on Student Mental Health Policies and Procedures for Higher Education*. London: UUK.

Universities UK (2008) *Higher Education in Facts and Figures: Summer 2008*. London: UUK.

Wanless, D. (2002) *Securing Our Future Health*. London: H.M. Treasury.

Wanless, D. (2004) *Securing Good Health for the Whole Population*. London: H.M. Treasury.

Warwick, I., Statham, J. and Aggleton, P. (2008) *Healthy and Health Promoting Colleges – Identifying an Evidence Base*. London: Thomas Corum Research Unit, University of London.

World Health Organization (WHO) (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.

Traduzione a cura di Giovanni Bauleo

La Ricerca e le Università Promotrici di Salute

Da: Implementare l'approccio dell'Università Promottrice di Salute in contesti culturalmente diversi: una systematic review

Monica Suarez Reyes e Stephan Van den Broucke¹

The Great Debaters - Il potere della parola, Denzel Washington, 2007

La *systematic review* descrive come alcune università hanno implementato il concetto di Università Promottrice di Salute in contesti culturali tra loro diversi.

Le università promotrici di salute in contesti tra loro culturalmente diversi

L'approccio dell'Università Promottrice di Salute è stato promosso per la prima volta in Inghilterra a metà degli anni novanta. Da allora, sono state sviluppate iniziative in altri Paesi in Europa, Asia e America Latina. Dato che i Paesi e le culture differiscono tra loro, anche i contesti in cui viene implementato l'approccio variano notevolmente. Dal momento che gli interventi di promozione della salute sono più efficaci quando vengono adattati al contesto, le iniziative di Università Promottrice di Salute devono essere adattate alla cultura e alle caratteristiche organizzative locali.

La cultura incide sulle modalità di comportamento, le credenze, l'arte, e su ogni prodotto del pensiero e del lavoro

umano, così come espresso in una specifica comunità.

L'adattamento di un intervento alla cultura è un processo conosciuto come "*cultural tailoring*", che consiste nel creare interventi culturalmente sensibili, adattando strumenti e programmi ai bisogni della popolazione. Esistono due livelli di sensibilità culturale: (a) *cultura di superficie*, vale a dire adattare i materiali e i messaggi alle caratteristiche osservabili "superficiali" (pur essendo importanti), ad esempio persone, luoghi, musica, cibo che si conoscono e con cui si ha familiarità; (b) *una cultura profonda*, che richiede una comprensione delle forze culturali, sociali, storiche e psicologiche che influenzano la popolazione. Mentre una cultura di superficie accresce esclusivamente l'adesione ai programmi, i fattori culturali profondi ne influenzano l'efficacia.

In conformità a questi distinti livelli, si possono usare diverse strategie per rendere i programmi più sensibili alla cul-

tura. Una strategia consiste nell'adattare il linguaggio e utilizzare immagini o luoghi che i membri dell'università conoscono bene (cultura di superficie). Queste modifiche possono migliorare l'accettazione del programma. Un'altra strategia consiste nel riconoscere e rafforzare i valori, le credenze e i comportamenti della comunità universitaria (cultura profonda).

Per conciliare l'adattamento culturale alla necessità di mantenere intatto il contenuto essenziale di un programma si utilizza un approccio di potenziamento dell'empowerment. Esso propone di fornire ai membri della comunità target gli strumenti per individuare le componenti essenziali dei programmi, in modo che il programma possa essere adattato alla cultura mantenendone qualità ed efficacia. Inoltre, viene potenziata la capacità dei membri della comunità di gestire sé stessi e la propria vita attraverso il processo di implementazione partecipata, che è un importante vantag-

1. Psychological Sciences Research Institute, Université catholique de Louvain, Belgium
Global Health Promotion, 2016, 23 supp. I: 46-56

gio aggiunto.

La review di letteratura fornisce una panoramica del modo in cui è stato implementato il concetto di Università Promotrice di Salute e adattato al contesto culturale. Pur essendoci una vasta letteratura sugli interventi indirizzati agli studenti universitari che si focalizza su un singolo tema di salute, solo pochi studi descrivono l'implementazione di programmi focalizzati sull'intera comunità universitaria mediante un approccio sistemico.

Questa review comprende iniziative sviluppate principalmente in Inghilterra e in America Latina. Anche altri paesi europei, quali Spagna e Germania, hanno sviluppato azioni sulle Università Promotrici di Salute, pur non avendo realizzato pienamente un network europeo. In America latina, la rete iberoamericana delle Università Promotrici di Salute (RIUSP) riunisce svariati paesi, tra cui la Spagna. Questa rete lavora da oltre 10 anni allo sviluppo delle università salutari. Sono state sviluppate iniziative anche in altri paesi, ad esempio Cina e Thailandia. Tuttavia, non sono stati pienamente esaminati i motivi per cui l'iniziativa di Università Promotrici di Salute è stata sviluppata in modo più forte in alcuni paesi piuttosto che in altri.

METODI

Ricerca e selezione della letteratura

Per individuare i lavori di rilievo sul tema dell'implementazione dell'approccio Università Promotrici di Salute, è stata svolta una ricerca in Pubmed, Medline, Lilax e Scilo nel febbraio e marzo 2015. I termini utilizzati per la ricerca sono "Università Salutari/i" e "Università Promotrice/i di Salute" nel titolo o nell'abstract. Per selezionare le pubblicazioni, sono stati utiliz-

zati i seguenti criteri di inclusione: (a) testo completo in inglese o spagnolo; (b) anno di pubblicazione tra il 1995 e il 2015; (c) riferimento esplicito ad alta formazione o università; (d) focus sul miglioramento della salute e benessere di tutta l'università; (e) descrizione del processo di implementazione dell'iniziativa Università Promotrice di Salute. Non sono stati presi in considerazione gli studi che: (a) si incentravano solo sul miglioramento della salute e benessere di un gruppo specifico dell'università (gli studenti o il personale) o (b) non si riferivano al processo dell'implementazione dell'approccio di Università Promotrice di Salute.

Sono state trovate 691 voci nei database: la maggior parte non si focalizzava su tutta la comunità universitaria, ma utilizzava strategie indirizzate a un gruppo specifico. Dopo aver applicato i criteri di inclusione, rimanevano in tutto 12 articoli, tre dei quali erano teorici e gli altri studi di intervento. I primi sono stati inclusi nella review in quanto contenevano raccomandazioni per il processo di implementazione delle Università Promotrici di Salute.

In tutte le pubblicazioni sono state utilizzate le espressioni "Università Salutari" e "Università Promotrice di Salute", mentre uno studio di intervento ha impiegato l'espressione "scuola promotrice di salute", riferita ad un istituto di alta formazione.

Analisi

Gli articoli che soddisfacevano i criteri di inclusione sono stati suddivisi in due gruppi: articoli teorici e articoli di intervento. Ogni documento teorico è stato analizzato singolarmente, mentre gli altri sono stati analizzati congiuntamente. I contenuti di tutti gli articoli sono stati

analizzati prestando attenzione a:

- (a) La definizione di Università Promotrice di Salute
- (b) Le aree prioritarie di azione
- (c) Gli elementi di lavoro
- (d) Il coordinamento del progetto
- (e) La valutazione e i possibili risultati del progetto

(f) L'adattamento al contesto culturale
Le informazioni estratte dagli articoli sono state riassunte in tabelle.

RISULTATI

Articoli teorici

Dei tre articoli teorici che trattano l'implementazione del concetto di Università Promotrici di Salute, il primo è un glossario che definisce i concetti chiave associati alle Università Promotrici di Salute (o università salutari), definite come "istituzione che comprende la promozione della salute all'interno del proprio progetto educativo volto a migliorare la salute dei membri della comunità".

Le azioni proposte sono: diffusione di informazioni e sensibilizzazione sui temi di salute, attività educative online, cambiamenti istituzionali e miglioramento dell'ambiente fisico. Il glossario mette in evidenza l'importanza dello sviluppo di politiche salutari che integrino il concetto di stile di vita sano nel curriculum e nella cultura istituzionale. Il processo di valutazione è stato riconosciuto come importante ma complesso, e si ritiene che il successo dipenda dal contesto fisico-ambientale e dalle risorse umane disponibili.

Il secondo documento è stato sviluppato dal Ministero della salute del Perù, come guida all'implementazione delle Università Salutari. Si riferisce all'università salutare descrivendola come "una istituzione che implementa politi-

che per la salute, incentiva l'apprendimento per la salute e promuove la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti nel processo decisionale" e la descrive come "un soggetto che contribuisce allo sradicamento della povertà, della fame, della mortalità materna e ad affrontare altre sfide per la salute". Le azioni proposte comprendono: la creazione di una cultura della salute attraverso la formazione degli studenti, lo sviluppo di ambienti sani e l'implementazione di politiche salutari. Sebbene si faccia cenno all'importanza della valutazione, non è fornita una guida su come svolgere una valutazione dell'università salutare.

Il terzo documento è una linea guida per lo sviluppo di un'università salutare, realizzata da due università cilene con il sostegno dell'OMS e della PAHO. Esso definisce l'università promottrice di salute come "una istituzione impegnata a creare un ambiente e una cultura che promuovano la salute e il benessere di tutti i membri". Le azioni proposte sono: implementazione di politiche salutari,

creazione di una struttura organizzativa che coordini tutte le azioni riguardanti la salute, integrazione di corsi sulla salute nei curriculum e realizzazione di un ambiente fisico sano. Questa linea guida raccomanda che la più elevata autorità dell'università guidi la strategia con un gruppo di coordinamento e un gruppo di lavoro, che coinvolgano i diversi membri della comunità universitaria. La valutazione è riconosciuta utile al miglioramento e alla riprogettazione del programma, ma non sono forniti dettagli su come valutare un'Università Promottrice di Salute.

Studi di intervento

Un articolo riporta i risultati di uno studio qualitativo a livello nazionale svolto in Inghilterra e fornisce una sintesi dell'attività svolta da varie istituzioni. Gli altri otto descrivono un intervento.

1. **Definizione di Università Promottrice di Salute** – Tutti gli studi propongono una definizione di Università Promottrice di Salute come un'isti-

tuzione che: fornisce un ambiente di sostegno alla salute; integra la salute nel proprio progetto educativo; tutela la salute e promuove il benessere di tutti i membri della comunità mediante politiche salutari. Alcuni studi aggiungono che l'università si deve basare su valori di rispetto e solidarietà.

2. **Aree di azione** – Sono elencate: lo sviluppo di abilità personali e di conoscenze riguardanti la salute, la creazione di ambienti sani e l'inserimento dei temi di salute nel curriculum. Sono descritti lo sviluppo di politiche salutari e le attività realizzate con la comunità locale. In due casi è citata l'erogazione continua di servizi sanitari, mentre altri hanno trattato il tema dei luoghi di lavoro sani. In uno studio la ricerca è stata considerata un'area di azione.

3. **Elementi di lavoro** – Si tratta dei temi di salute affrontati. La prevenzione dell'abuso di alcol e droga è il tema trattato più spesso, segue la sa-



The Great Debaters - Il potere della parola, Denzel Washington, 2007

lute mentale, l'alimentazione sana, la salute sessuale. In alcuni studi si cita la sicurezza stradale e dei trasporti, l'attività fisica, il fumo. Altri temi affrontati sono la progettazione degli edifici, la salute orale, il rapporto tra studi e famiglia, la performance accademica e il sonno.

4. **Coordinamento** – In cinque studi, il programma di Università Promotrice di Salute è stato coordinato dalle facoltà di Scienze Mediche. In uno studio il progetto è coordinato dall'Ateneo, mentre un altro è frutto di collaborazione tra agenzie governative sostenute dall'OMS. Altri servizi coinvolti sono risorse umane, salute occupazionale, dipartimenti, servizi e attività sportive. Alcuni studi riportano la presenza di un gruppo guida con rappresentanti di diverse componenti della comunità universitaria.

5. **Valutazione** – Tutti gli studi riconoscono l'importanza della valutazione, ma solo alcuni forniscono dettagli sulla valutazione svolta. La maggior parte delle valutazioni fa uso di questionari o di interviste a studenti, insegnanti e/o lavoratori. I questionari sono stati utilizzati per valutare il cambiamento di conoscenze e comportamenti inerenti la salute oppure per individuare necessità e opinioni sui vari aspetti del progetto. Solo tre studi riportano i risultati del processo di valutazione, osservando miglioramenti nel benessere dei membri della comunità universitaria e nell'ambiente fisico e sociale.

6. **Adattamento al contesto** – Sei dei nove studi hanno fornito informazioni riguardo l'adattamento al contesto culturale. Le azioni descritte a que-

sto proposito sono il coinvolgimento degli studenti e del personale accademico e non accademico nella pianificazione e nell'implementazione dell'iniziativa. Quattro studi hanno evidenziato la partecipazione di studenti volontari all'implementazione attraverso progetti di *peer education* su temi come la salute sessuale e l'uso di droghe. In quattro programmi è stato menzionato lo sviluppo di materiali di educazione sanitaria, realizzati basandosi sui problemi incontrati dalla comunità universitaria. In tre programmi sono state raccolte informazioni sui bisogni delle persone coinvolte attraverso un processo diagnostico nello sforzo di adattare il programma al contesto culturale.

Implementare il concetto di Università Promotrice di Salute

I programmi descritti negli studi sono basati sulle linee guida della Carta di Edmonton e incorporano i principali obiettivi e azioni dell'Università Promotrice di Salute proposti da *Dooris*, nonché i fattori di successo proposti da *Xiangyang*. Tuttavia, sebbene entrambi gli autori concordino sul fatto che l'azione più importante è lo sviluppo di una politica sana, alcune delle iniziative comprese nella review non raggiungono una piena implementazione di questo obiettivo. Dato che la politica fornisce la base per tutte le azioni successive e garantisce la sostenibilità dell'iniziativa, il mancato sviluppo di una politica sana può influenzare negativamente tutti gli altri sforzi compiuti per diventare un'università promotrice di salute. Le università che non implementano questa componente sono università che sviluppano attività di promozione della salute piuttosto che università promotrici di

salute.

Le iniziative di università promotrici di salute sono molto simili tra loro, il che mostra che le università si focalizzano sui problemi di salute più comuni tra i giovani. In alcuni casi questi temi sono stati scelti in seguito a una diagnosi sociale ed epidemiologica, il che consente di ottimizzare le risorse e di focalizzare l'attenzione su specifici problemi incontrati dalla comunità universitaria. Questo modo di lavorare può essere decisivo nell'adattare il programma a specifici bisogni definiti dal contesto culturale e renderlo più sensibile alla cultura. I programmi sono il più delle volte coordinati dalle Facoltà di Scienze Mediche, probabilmente per il fatto che persone che svolgono professioni relative alla salute riconoscono come loro compito tutelare la salute della comunità universitaria. Per questo, la vera sfida consiste nel convincere le autorità universitarie della responsabilità dell'università per quanto concerne la promozione della salute della comunità. Questo è importante perché è essenziale l'impegno top down delle autorità universitarie assieme ad un'azione bottom-up per il programma di università promotrice di salute. Coinvolgere attivamente i membri nella pianificazione, implementazione e valutazione del programma è importante, in quanto consente di adattare l'intervento allo specifico contesto culturale. Inoltre, fornendo agli stakeholder il know-how e gli strumenti per individuare le componenti essenziali del programma e aiutandoli nel processo di implementazione, i membri della comunità possono aumentare il proprio potere e la propria capacità di accettare progetti futuri e allo stesso tempo restare fedeli ai principi dell'Università Promotrice di Salute, come proposto nell'approccio all'im-

Tabella 1. Caratteristiche generali e definizione di Università Promotrice di Salute nei diversi studi

Autore	Paese	Nome del progetto	Data di avvio	Concetti: una università promotrice di salute è una che ...
Dooris (2002)	Inghilterra	Università Promotrice di Salute	1995	Cerca di sviluppare un contesto politico per un ambiente che sostenga la salute. Permette agli studenti di acquisire conoscenze per prendere decisioni informate. Ottiene un impegno da parte delle autorità universitarie.
Xiangyang (2003)	Cina	Università promotrice di salute	Dal 1997 al 2000	Tutela la salute e promuove il benessere degli studenti, del personale e della comunità tramite politiche e pratiche. Mette in relazione la promozione della salute all'insegnamento e alla ricerca. Sviluppa alleanze per la promozione della salute e le estende nella comunità.
Granados (2009)	Columbia	Università Salutare	2003	Sviluppa azioni per promuovere la salute. Incentiva la partecipazione attiva della comunità.
Dooris (2001)	Inghilterra	Università Promotrice di Salute	1995	Integra un impegno verso la salute nella cultura dell'università. Promuove la salute e il benessere del personale, degli studenti e della comunità.
Dooris (2010)	Inghilterra	Università Salutare Campus Sano Università Promotrice di Salute	1995	Promuove la salute in un gruppo specifico, ad esempio studenti o lavoratori. Eleva il profilo della salute all'interno della cultura, delle strutture e dei processi dell'università, integra la promozione della salute nella cultura dell'università.
Knight (2013)	Inghilterra	Università Salutare	2011	Integra la salute e la promozione della salute nella cultura dell'università. Adatta le politiche, i processi e le strutture dell'università per promuovere la salute.
Banos (2001)	Cuba	Scuola Promotrice di Salute	Non menzionata	È basata sulla convivialità, sul rispetto e sulla solidarietà. Comprende che la salute è il risultato di molti fattori ambientali, sociali e individuali.
Bacerra, F. (2011)	Colombia	Università Promotrice di Salute	2009	Incorpora la promozione della salute nel progetto educativo. Promuove lo sviluppo al fine di migliorare la qualità della vita di tutti i suoi membri.
Becerra, S. (2013)	Perù	Università Salutare	2011	Fornisce un ambiente sano e incorpora i temi di salute nel curriculum. Promuove l'adesione alle politiche di sanità pubblica. Fornisce informazione sugli stili di vita sani.

plementazione dell'empowerment. Per valutare il programma, la maggior parte degli studi hanno valutato la modifica delle conoscenze e/o dei comportamenti relativi alla salute, utilizzando interviste o questionari. Effetti a un livello più sistemico, quali la creazione di un ambiente promotore di salute o l'integrazione della salute nella cultura universitaria, sono valutati meno spesso. Questo può essere dovuto alla difficoltà intrinseca del valutare le iniziati-

ve utilizzando l'approccio setting sani. Tuttavia, è importante ricordare che l'obiettivo di un'Università Promotrice di Salute è migliorare la salute dei suoi membri e integrare la salute nella cultura universitaria. Entrambi sono processi a lungo termine, i cui risultati non possono essere osservati nell'immediato. Sono necessari ulteriori studi sulla valutazione e l'efficacia delle università salutari.

Adesione agli obiettivi delle Università Promotrici di Salute

Gli obiettivi delle Università Promotrici di Salute fissati nel framework strategico forniscono una solida base per guidare il lavoro delle università che hanno assunto un impegno verso la salute. Aderire a questi obiettivi vuol dire considerare l'Università una Università Promotrice di Salute. La creazione di un ambiente sano e lo sviluppo di abilità personali e conoscenze riguardanti la salute sono

Tabella 2. Descrizione degli aspetti dell'implementazione dell'Università Promotrice di Salute nei diversi studi

Riferimenti	Paese	Aree di azione	Elementi di lavoro	Coordinamento	Valutazione
Dooris (2002)	Inghilterra	Processo politico/presa di decisione; sviluppo degli studenti; luogo di lavoro sano; ambienti sani; sviluppo accademico; salute della comunità.	Benessere mentale; salutesessuale; progettazione degli edifici; trasporti; droghe.	Facoltà Mediche	Sì
Xiangyang (2003)	Cina	Politiche dell'università; ambienti che sostengono la salute; abilità personali; servizi sanitari; azioni con la comunità.	Controllo del fumo; salute mentale; prevenzione MST e AIDS salute sessuale; attività fisica e dieta sana	Autorità sanitarie e dell'istruzione della città. Sostenuto dall'OMS	Sì Qualitativa Formativa Quantitativa
Granados (2009)	Colombia	Articolazione istituzionale; integrazione della salute nel programma educativo; prevenzione di malattie.	Dieta sana; controllo del fumo; prevenzione delle malattie croniche; sicurezza; educazione alla sicurezza stradale.	Vicepresidenza dell'Università	Quantitativa
Dooris (2001)	Inghilterra	Processo politico; Sviluppo degli studenti; ambiente di lavoro sano; ambiente sano; sviluppo accademico; salute della comunità.	Salute sessuale; progettazione degli edifici; trasporti; benessere mentale.	Facoltà di Medicina in collaborazione con altre Facoltà e Servizi	Sì
Dooris (2010)	Inghilterra	Politica salutare; ambienti sani; curriculum; ricerca; sistemi di sostegno sociale; cultura organizzativa; rapporti con la comunità.	Benessere mentale; attività fisica; alimentazione sana; alcol; salute sessuale; controllo del fumo; droghe; sostenibilità e trasporti.	Risorse umane/salute occupazionale, Dipartimenti accademici, servizi e sport per gli studenti.	Sì Qualitativa Formativa Quantitativa
Knight (2013)	Inghilterra	Integrazione della promozione della salute in tutte le scuole e dipartimenti; abilità personali relative alla salute; ambienti	Benessere mentale; isolamento e abitudine al bere; equilibrio lavoro/vita.	Scuola di Medicina e Assistenza Sociale.	Non riportata.
Banos (2011)	Cuba	Ambienti sani; educazione all'autocura; cambiamenti nel curriculum; prevenzione delle malattie.	Dieta sana; rischi cardiovascolari; alcol; salute orale, salute sessuale; performance accademiche	Facoltà di Medicina	Sì Quantitativa
Bacerra, F. (2011)	Colombia	Cambiamenti curriculari, educazione sanitaria; ambienti sani; integrazione della salute in tutte le Facoltà.	Al momento: abitudini alimentari sane. In futuro: l'obiettivo è lavorare anche sull'attività fisica; alcol; controllo del fumo; droghe; benessere mentale.	Professione della nutrizione e Dipartimento per Salute degli studenti	Sì Qualitativa Formativa Quantitativa
Bacerra, S. (2013)	Perù	Educazione sanitaria e ambienti sani:	Benessere mentale; salute sessuale, dieta sana; controllo del fumo; droghe; sono sano.	Dipartimento di Psicologia, sostenuto dalla Direzione accademica di responsabilità sociale	Sì Qualitativa Formativa Quantitativa

obiettivi per i quali la maggior parte delle università hanno compiuto sforzi importanti. D'altra parte resta problematico implementare politiche salutari, incorporando la promozione della salute nello sviluppo del curriculum in tutte le facoltà e sviluppando collegamenti con la comunità. Le iniziative che hanno incontrato maggiori difficoltà hanno in comune il fatto che l'interesse a sviluppare il programma è sorto solo da uno specifico gruppo della Facoltà.

Sensibilità culturale dei programmi

Per facilitare l'adattamento culturale, la maggior parte degli studi hanno coinvolto i membri della comunità universitaria nella pianificazione e implementazione del programma e hanno adattato i materiali educativi al contesto. Alcuni hanno anche realizzato un'analisi dei bisogni. Queste misure rappresentano una strut-

tura di superficie di sensibilità culturale con la quale si intende migliorare l'accettazione degli interventi. Non sono stati menzionati adattamenti in base alla cultura, alla religione o ad altre strutture profonde. *Sirakamon et al.* concordano sul fatto che gli aspetti culturali non sono stati pienamente considerati nell'implementazione dell'Università Promotrice di Salute. Nel loro studio gli autori sostengono che gli adattamenti in base ai valori, alle credenze e alla cultura possono migliorare l'efficacia del progetto.

Un esempio dell'importanza delle caratteristiche del contesto per l'implementazione è stato dato da *Xiangyang et al.*, che hanno menzionato il fatto che la peculiarità del sistema amministrativo delle università di Pechino ha facilitato il processo, ma hanno riconosciuto che le università che hanno una diversa

amministrazione possono avere risultati diversi. Un altro studio ha rilevato che la presenza di una politica sanitaria nazionale, la cultura organizzativa e l'ambiente fisico sono stati fattori influenti.

Conclusioni

In conclusione, per continuare a sviluppare queste iniziative è necessario il sostegno politico del corpo accademico. Da un lato, il sostegno politico deve incorporare la promozione della salute in tutte le aree e servizi universitari. Dall'altro, il ruolo della comunità accademica e scientifica è quello di rafforzare lo scambio di risultati ed esperienze, per raggiungere l'obiettivo di identificare modelli di buone pratiche.

Traduzione a cura di Giovanni Bauleo



The Great Debaters - Il potere della parola, Denzel Washington, 2007

Le reti europee e internazionali

L'attimo fuggente, Peter Weir, 1989

Le Reti Europee

Verso la fine degli anni novanta è stata ipotizzata la creazione di una Rete europea, denominata EuroHPU, che unisse tutte le Università PdS presenti in Europa ma un simile progetto non è mai decollato. Esistono comunque in Europa esperienze di Reti di Università PdS di seguito descritte.

La Rete Tedesca

Nel 1995 viene istituito in Germania il "Gruppo di lavoro delle Università PdS", una rete coordinata dall'Agenzia di Promozione della salute della Bassa Sassonia (secondo stato federato della Germania per superficie e quarto per popolazione) con il preciso scopo di sostenere le iniziative di promozione della salute delle università e integrare tutti i settori delle università nel progetto. Si stima che questa sia una delle reti più numerose a livello globale, in quanto attualmente comprende 80 università e altre organizzazioni. La sua principale area di azione è lo studio e il miglioramento delle condizioni di salute rilevanti e prioritarie nelle università.

La Rete nazionale delle Università sane del Regno Unito (UK Healthy Universities Network)

Nel 2006 è stata impostata la Rete Nazionale delle Università Sane del Regno Unito allorché alcune Istituzioni interessate a svilupparsi come Università Sane si sono incontrate per discutere le sfide da affrontare e condividere le buone pratiche. La rete, istituita allo scopo di favorire lo sviluppo di un approccio alla salute e al benessere che coinvolga tutta l'università, conta attualmente 86 Università del Regno Unito; 17 Università di altre nazioni (Irlanda, Australia, Canada, Turchia); 24 organizzazioni portatrici di interesse a vario titolo.

La Rete sostiene i suoi membri affinché sviluppino e implementino un approccio alla salute, al benessere e alla sostenibilità che consideri l'intera comunità universitaria. In quanto firmataria della Carta di Okanagan per le Università PdS, la Rete delle Università Sane del Regno Unito intende costruire un solido movimento di università impegnate a creare culture e ambienti che migliorino la salute; a mettere le persone nelle con-

dizioni di raggiungere il loro pieno potenziale; a contribuire al benessere delle persone, dei luoghi, del pianeta; a facilitare il sostegno tra pari; a condividere le informazioni; a sostenere le Università Sane e incentivare ricerca e sviluppo. Essa aderisce inoltre al movimento globale che chiede alle istituzioni di educazione superiore di: integrare la salute e la sostenibilità nella loro missione, visione e in seno ai loro piani strategici; guidare il cambiamento nella società modellando, testando e trasferendo gli approcci innovativi.

La Rete, i cui incontri sono semestrali, è guidata e finanziata dall'Università del Lancashire Centrale (il Lancashire è una contea situata nel nord-ovest dell'Inghilterra) e dalla Manchester Metropolitan University (nella città di Manchester). Dal 2009 al 2012 queste due università hanno realizzato congiuntamente un progetto finanziato dallo Higher Education Funding Council for England (HEFCE) chiamato *Developing Leadership and Governance for Healthy Universities*.

Gli obiettivi consistevano nel poten-

ziare, formalizzare ed estendere la rete nazionale; produrre e diffondere linee guida basate sul web e studi di caso per consentire alle istituzioni di educazione superiore di svilupparsi come Università Sane; sostenere ulteriori evoluzioni a livello nazionale basandosi sui risultati del National Research and Development Project.

Il report finale “Healthy Universities: Concept, Model and Framework for Applying the Healthy Settings Approach within Higher Education in England” fornisce un background per le università sane, delinea il processo di implementazione del progetto, descrive il loro modello e produce raccomandazioni. L’approccio “whole university” combina progetti di promozione della salute ad elevata visibilità con lo sviluppo e il cambiamento organizzativo a livello sistemico, unisce il coinvolgimento di molti attori sociali con l’impegno e una leadership universitaria di elevato livello. Questo processo intende guidare sia l’agenda dell’educazione superiore che quella della sanità pubblica. Da quando è stato prodotto il report, la Rete si è ampliata fino a comprendere Università dell’Inghilterra, dell’Irlanda del Nord, della Scozia e del Galles.

La Rete Spagnola di Università Sane REUS

Il 22 settembre 2008 è stata costituita la Rete Spagnola di Università Sane REUS, con l’obiettivo di rafforzare il ruolo delle università come istituzioni che promuovono salute e benessere di studenti, dipendenti e società in generale. Attualmente costituita da 35 università associate; Conferenza dei Rettori delle Università Spagnole (CRUE); Ministero dell’Educazione, Cultura e Sport; Ministero della Salute, Politiche

Sociali e Uguaglianza; strutture di salute pubblica delle Comunità Autonome, la REUS condivide un piano di formazione in salute in cui emergono il concetto di salutogenesi di Antonovsky e le competenze psicosociali dell’OMS, con un focus sulla gestione delle emozioni e dello stress finalizzato a promuovere una salute mentale positiva, orientata non solo alla prevenzione delle psicopatologie. Più in dettaglio il lavoro della rete REUS si basa sui seguenti elementi: partecipazione e collaborazione indirizzate alla elaborazione di politiche sane; creazione di ambienti (fisici e psicosociali) universitari sani; integrazione della promozione della salute nei piani di studio e nella ricerca; offerta di servizi e attività; potenziamento delle organizzazioni e della partecipazione comunitaria. La Spagna partecipa a due reti di Università PdS: la rete spagnola REUS e la rete Iberoamericana RIUPS.

Le Reti extraeuropee

La Rete Iberoamericana di Università promotrici di salute RIUPS

Negli anni ottanta in Europa e novanta in America Latina si sviluppano città, comunità, luoghi di lavoro, scuole e università promotrici di salute. L’America Latina ha una lunga tradizione di lavoro di rete in tutti i settori sociali come strategia per lo sviluppo, il benessere e la qualità della vita. Dagli anni ottanta ad oggi sono state sviluppate varie iniziative di rete nel settore della promozione della salute e dell’educazione alla salute, con risultati soddisfacenti. Ne è scaturita l’esigenza, da parte dei professionisti interessati, di attivare collaborazioni internazionali con scambio di esperienze e competenze. Nel 1996 in America Latina è sorta una rete accademico-professionale chiamata CIUEPS,

vale a dire “Consorzio Inter-americano di Università e Centri di Formazione del Personale in Educazione sanitaria e promozione della salute”. Si tratta di un gruppo di discussione dei piani di studio che sviluppa azioni di formazione in promozione della salute ed educazione sanitaria a livello universitario.

In America Latina il primo Paese ad implementare un’Università PdS, all’inizio degli anni 2000, è stato il Cile sede, peraltro, del primo Congresso Internazionale delle Università PdS, nel 2003. La Rete Iberoamericana di Università Promotrici di Salute è stata istituita il 6 ottobre 2007, come risultato del III Congresso Internazionale delle Università Promotrici di Salute, svolto a Città di Juárez dal 3 al 6 ottobre 2007. L’articolo 4 del Documento Costitutivo della RIUPS ne definisce le seguenti funzioni: partecipare all’organizzazione delle riunioni internazionali che si svolgono ogni due anni; promuovere l’adesione di nuove università alla rete; documentare le riunioni e le attività delle università promotrici di salute; verificare i requisiti necessari per entrare a far parte della rete; sostenere il monitoraggio e la valutazione delle esperienze di università promotrici di salute; diffondere le esperienze di università promotrici di salute. Inoltre, nel documento costitutivo della rete sono state definite le seguenti aree di cooperazione:

- **Informazione:** gestione più aggiornata possibile del sito web corredato dei link di ogni università;
- **Criteri e linee guida:** sviluppo, adattamento e diffusione di criteri e linee guida sulle università promotrici di salute;
- **Formazione:** sviluppo di corsi, anche a distanza, sulla promozione della salute in collaborazione con il

CIUEPS;

- Materiali didattici: preparazione di materiali, libri di testo e documenti per l'insegnamento della promozione della salute in collaborazione con il CIUEPS
- Progetti di ricerca e formazione: sviluppo di progetti di ricerca e corsi di formazione in promozione della salute
- Documentazione e divulgazione: diffusione delle esperienze e delle conoscenze (articolo 2).

Alla rete RIUPS aderiscono 89 università di 20 Paesi. Durante la III Assemblea Generale della RIUPS, svoltasi il 20 marzo 2013, la Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università "Sapienza" di Roma ha presentato un progetto universitario di promozione della salute connotato da elementi quali: inserimento della promozione della salute come materia di studi trasversale a tutto il percorso didattico; definizione di moduli didattici per l'insegnamento delle competenze psicosociali; partecipazione degli studenti alle scelte organizzative e tecniche della scuola; gruppo di lavoro come spazio privilegiato di apprendimento; collaborazione con agenzie esterne che si occupano di promozione della salute a livello di popolazione universitaria e generale. La RIUPS annovera, oltre l'Italia, anche la Rete Spagnola e portoghese. I membri della RIUPS si riuniscono ogni due anni.

Elementi caratterizzanti le Università PdS della Rete RIUPS

Vengono sintetizzate di seguito le 5 caratteristiche prioritarie delle Università PdS della Rete RIUPS corredate da esempi applicativi.



Lattimo fuggente, Peter Weir, 1989

1) Una volontà politica istituzionale che assume la promozione della salute come priorità universitaria e dello Stato, espressa con normative e politiche istituzionali, formazione di personale qualificato e risorse finanziarie. Per questo, ciascuna rete universitaria locale ha iniziato il processo di creazione delle Università Sane stipulando accordi con il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali e/o il Ministero dell'Educazione. A titolo esemplificativo, a Cuba, le università fanno parte del Consiglio di Salute Provinciale ed uno dei membri del Consiglio è il coordinatore del programma di Università Promotrice di Salute di ciascuna università; in Spagna il piano dell'Università Sana dell'Università Pubblica di Navarra è stato realizzato in collaborazione con l'Istituto di Salute Pubblica del Dipartimento di Salute del Governo di Navarra.

2) Forme di partecipazione attiva alle iniziative e ai progetti di promozione della salute ed *empowerment* della popolazione universitaria. L'implementazione dei processi di promozione della salute presuppone la partecipazione di quante più persone possibile all'interno delle università, dei gruppi di interesse e dei settori coinvolti nella tematica. Alcune università hanno costituito gruppi di lavoro e di educazione tra pari, alcuni dei quali sono diventati associazioni studentesche che promuovono la salute all'interno della comunità universitaria.

3) Sviluppo integrato della comunità universitaria mediante azioni di educazione alla salute, alfabetizzazione e comunicazione in salute, anche attraverso un'offerta di servizi orientati alla promozione della salute e ai determinanti sociali di salute. I progetti di promo-

zione della salute realizzati dalle Università Promotrici di Salute riguardano temi quali: dieta sana; attività fisica; spazi liberi dal fumo; divieto di vendita di alcool e tabacco nei bar universitari; diminuzione del consumo di sostanze psicoattive e alcool; salute sessuale e prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse. A titolo esemplificativo, in alcuni casi è stato promosso il controllo posturale, le vaccinazioni (Brasile), la salute dentale (Ecuador e Porto Rico). In alcune università sono particolarmente attivi servizi di orientamento e supporto psicologico per studenti e talvolta anche per i lavoratori. Il consorzio delle università del Perù realizza campagne di prevenzione degli incidenti stradali alcol-correlati. La rete del Messico si occupa della sicurezza sociale. L'Università Nazionale di Educazione del Perù e l'Università Peruana Union sono impegnate sui temi della parità di genere e dell'interculturalità. Altre università pongono l'accento sull'approccio psicosociale e sullo sviluppo delle relative competenze (rete spagnola REUS e delle Università Sane di Cuba); altre ancora sui luoghi di lavoro salutari (università di Murcia, in Spagna).

4) Formazione accademica e professionale in promozione della salute e sui determinanti sociali di salute (basata sul modello bio-psico-sociale di salute e corsi interfacoltà sulle competenze psicosociali inerenti convivenza, rispetto e resilienza), rivolta a studenti e personale e finalizzata a renderli capaci di migliorare la qualità della vita della comunità. Così, tra tutti, L'UNIFRAN del Brasile attua programmi curriculari multidisciplinari che consentono agli studenti di apprendere il lavoro cooperativo con la comunità attraverso una collaborazione

con la rete dei servizi pubblici e privati del territorio; a Cuba alcune facoltà di medicina sperimentano l'integrazione delle scienze biomediche di base con la promozione della salute attraverso un approccio bio-psico-sociale e olistico; l'Università autonoma dello Stato di Hidalgo (Messico) propone attività formative sull'identificazione e prevenzione della violenza fisica, psicologica e sessuale nella relazione di coppia e del bullismo.

5) Creazione di un ambiente universitario salutare con azioni di modifica delle infrastrutture dell'università. Il Programma "UACH Vive Salutare OK", dell'Università Austral del Cile, ha realizzato un parcheggio per biciclette per promuovere la mobilità sostenibile. Le Università Promotrici di Salute del Perù sviluppano la formazione di una coscienza ambientale comunitaria e sinergie con le Agenzie che si occupano di salute ed ambiente. L'Università Autonoma della Baja California (Messico) promuove una campagna di riciclaggio della carta, della plastica e la raccolta differenziata delle pile alcaline in disuso. L'Università di Murcia, in Spagna, prevede programmi specifici per persone diversamente abili e l'eliminazione delle barriere architettoniche e di comunicazione. L'Università Rey Juan Carlos di Madrid ha creato al suo interno un "Ufficio Verde", che si occupa dei bisogni ambientali ed educa ad un consumo di energia adeguato. La rete RIUPS intende estendere l'approccio intersettoriale a facoltà universitarie non deputate al settore sanitario, per non incorrere nel rischio di riprodurre un concetto di salute come esclusiva responsabilità della sanità. A tal fine si sta impegnando a includere nella rete locale anche facoltà

artistiche, tecniche, pedagogiche, informatiche.

Modalità comunicative all'interno della Rete RIUPS

Le attività e i risultati delle iniziative svolte dalle università che fanno parte della rete sono diffusi tramite:

- forum pubblici
- pagine web, ad esempio quella della Rete Colombiana di Università Promotrici di Salute e Istituzioni di Educazione Superiore REDCUPS, nata nel 2010
<http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/>
- social network, ad esempio la pagina Facebook dell'Università Cattolica del Nord del Cile
<https://www.facebook.com/ucnaldia/?rf=900005270041045>
- editoriali online, ad esempio quelli della rivista "Hacia la promoción de la salud" realizzati dall'università di Manizales, in Colombia
<http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/>
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_serial&pid=0121-7577
- libri
- programmi radiofonici, realizzati dall'Università Autonoma di Zacatecas e dall'Università di Veracruz, entrambe in Messico.

Documenti prodotti nel corso dei congressi

Nel corso dei Congressi della RIUPS sono stati realizzati documenti fondamentali quali:

- la Carta di Edmonton per le Università PdS e le Istituzioni di Educazione Superiore, prodotta nel corso del Secondo Congresso Internazionale delle Università PdS della Regione Panamericana, dal titolo “Vitamina C per le Università Promotrici di Salute, la Comunità, la Cultura, la Creatività e il Cambiamento”, svoltosi presso l’Università di Alberta ad Edmonton, in Canada, nel 2005.
- il Documento Costitutivo delle Rete RIUPS, esito del III Congresso Internazionale delle Università PdS, svoltosi a Città di Juárez, in Messico, dal 3 al 6 ottobre 2007 e volta a stabilire obiettivi, funzioni, aree di collaborazione e cooperazione tra le università della rete.
- la Dichiarazione di Pamplona, risultato del IV Congresso Internazionale delle Università PdS, svoltosi a Pamplona, in Spagna, dal 7 al 9 ottobre 2009 e finalizzata a consolidare la rete spagnola e mettere in agenda la partecipazione di altre università europee.
- la Dichiarazione del Costa Rica, risultato del V Congresso Internazionale delle Università PdS, svoltosi a San José, in Costa Rica, dal 5 al 7 ottobre 2011 e incentrata sulle le strategie di lavoro tra i membri della rete.
- la Dichiarazione commemorativa dei 10 anni del movimento delle Università PdS della Regione Iberoamericana (2003 – 2013), risultato della III Assemblea Generale della Rete Iberoamericana di Università Promotrici di Salute/del VI Congresso Internazionale delle Università Promotrici di Salute, svolto a San Juan, in Porto Rico, nel marzo 2013.

Elenco delle Reti istituite

- Rete delle Università Promotrici di Salute degli Stati Uniti, “Healthy Campus 2010”, 72 università. La Rete è guidata dalla American College Health Association
- Rete delle Università Promotrici di Salute del Messico, istituita nel 2004
- Rete delle Università Promotrici di Salute del Perù
- Rete delle Università Promotrici di Salute dell’Ecuador, 6 università, istituita nel 2015
- Rete delle Università Promotrici di Salute e istituzioni di educazione superiore della Colombia, istituita nel 1996
- Rete delle Università Promotrici di Salute di Porto Rico
- Rete Iberoamericana delle Università Promotrici di Salute, oltre 90 università e istituzioni di educazione superiore, istituita nel 2007
- Rete delle Università Sane dell’Andalusia, 10 istituzioni, istituita nel 2008
- Rete delle Università Pubbliche Sane di Valencia, 5 istituzioni, istituita nel 2014
- Rete delle Università Sane di Madrid, 13 istituzioni, istituita nel 2011
- Rete delle Università Promotrici di Salute Spagnole (REUS), 35 università e 12 istituzioni che promuovono la salute, istituita nel 2008
- Rete delle Università Sane della Catalogna, 11 istituzioni, istituita nel 2010
- Rete delle Università Sane del Regno Unito, 125 università e istituzioni di educazione superiore, istituita nel 2006
- Rete delle Università Promotrici di Salute della Germania, 80 Università e altre organizzazioni, istituita nel 1995
- Rete delle Università Promotrici di Salute dell’Austria, 14 università, istituita nel 2009
- Rete delle Università Promotrici di Salute della Svizzera, 4 Università, istituita nel 2009
- Rete delle Università Sane dell’Asia-Pacifico, istituita nel 2007

BIBLIOGRAFIA

- Suarez-Reyes M, Van den Broucke S Implementing the Health Promoting University approach in culturally different contexts: a systematic review *Global Health Promotion* 2016; 23, supp. 1: 46-56.
- Raspa P La Rete Iberoamericana delle Università Promotrici di salute (RIUPS) *Sistema Salute* 2015; 59, 1: 115-127.
- <http://www.healthyuniversities.ac.uk/>
- <http://www.um.es/reus/>
- Antonovsky A The salutogenic model as a theory to guide health promotion *Health Promotion International* 1996; 11, 1: 11.18.
- Health Promotion Glossary, Ginevra, World Health Organization, 1998 trad. it. a cura di Barbera E, Tortone C *Glossario O.M.S. della promozione della salute. Torino, DoRS*, 2012.
- [7. http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10675%3A2015-iberoamerican-network-of-health-promoting-universities-riups&catid=7794%3Anetworks&Itemid=41428&lang=es](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10675%3A2015-iberoamerican-network-of-health-promoting-universities-riups&catid=7794%3Anetworks&Itemid=41428&lang=es)
- <http://www.unifran.edu.br/>

Esperienze di Università Promotrici di Salute nel Regno Unito

A Beautiful Mind, Ron Howard, 2001

Il progetto di Università Promotrice di Salute di Lancaster

L'obiettivo consiste nel migliorare la salute degli studenti e del personale, focalizzando l'attenzione sui temi di salute indicati nel Piano Sanitario Nazionale del Regno Unito: alcol, attività fisica, salute mentale e sesso sicuro. È stato costituito un gruppo di coordinamento del progetto, diretto dal pro-rettore e comprendente rappresentanti dei servizi e delle componenti fondamentali dell'università: personale universitario, Comitato studentesco, Servizi per gli studenti e Centro di Salute.

Il gruppo di coordinamento ha definito tre gruppi di lavoro multidisciplinari dedicati rispettivamente: alla promozione di una vita sociale sana; di una vita lavorativa sana; di un ambiente sano. A ciascun gruppo è stato chiesto, relativamente ai temi suddetti (alcol, attività fisica, salute mentale e sesso più sicuro) di: identificare i bisogni di salute all'interno della propria area; stabilire le priorità e mettere a punto una strategia di promozione della salute; proporre al gruppo di coordinamento azioni di implementazione delle strategie.

Promozione di una vita sociale sana

Il gruppo *dedicato* alla promozione una vita sociale sana si è concentrato sul miglioramento degli aspetti non accademici della vita degli studenti e del personale dell'università. I risultati inerenti la salute sessuale, sono consistiti: sviluppo di un confronto sui servizi tra utenti del Centro Salute, medici ed infermieri, per rendere i servizi più accessibili; una massiccia campagna di comunicazione sui servizi di contraccezione esistenti; fornitura gratuita di profilattici agli studenti.

In merito al consumo di alcol, è stata raggiunta sia la diffusione di informazioni sul contenuto di alcol delle bevande che la riduzione dei prezzi delle bevande non alcoliche nel campus.

Per quanto concerne la salute mentale, l'azione si è incentrata su due momenti: campagne di promozione della salute mentale ed eventi per la giornata mondiale sulla salute mentale; creazione di un comitato che ha reperito finanziamenti per un progetto triennale finalizzato alla salute mentale degli studenti.

Promozione di una vita lavorativa sana

Il gruppo che si è occupato di promuovere una vita lavorativa sana ha dato la priorità all'esperienza lavorativa del personale universitario: ha definito i bisogni del personale, prodotto un rapporto sullo stress e promosso le "settimane della salute".

Per definire i bisogni di salute del personale, si sono svolte sessioni di focus group, dalle quali è risultato che lo stress costituiva un problema centrale, legato a carichi di lavoro, a aspetti contrattuali e organizzativi e a scarsa comunicazione; infrastrutture e servizi erano inadeguati: il personale avanzava la necessità di un intervallo per il pranzo.

Sono state organizzate due settimane di attività legate alla salute, che hanno compreso gli incontri "Cura la salute del tuo cuore" e "Al lavoro in bicicletta", alle quali è stato invitato l'intero personale.

Promozione di un ambiente sano

Il gruppo impegnato sulla promozione di un ambiente sano ha focalizzato l'interesse su due elementi: l'utilizzo degli spazi dell'università e l'impatto

dell'università sull'ambiente esterno e sulla popolazione. Per quanto riguarda il primo, si è promosso l'accesso e l'uso dei terreni e degli spazi dell'università. In particolare sono stati realizzati nuovi percorsi pedonali; è stata prodotta e distribuita una mappa dei sentieri pedonali; è stata potenziata un'area naturale già esistente; sono state organizzate passeggiate guidate per tutta la rete dei sentieri. Per quanto riguarda l'impatto dell'università sull'ambiente esterno, è stata sviluppata una politica per minimizzare gli sprechi e promuovere il riciclaggio dei rifiuti. L'università ha inoltre confermato un forte impegno nell'insegnamento e nella ricerca per un ambiente sano. Le iniziative di promozione della salute, sostenute dall'Unità di Promozione della Salute del servizio sanitario locale, sono diventate negli anni una componente stabile della vita universitaria.

Il progetto dell'Università di Portsmouth

Nel 1995 l'università di Portsmouth e l'autorità sanitaria locale hanno avviato un progetto per trasformare l'università in luogo di lavoro sano per studenti e personale. Il consiglio comunale di Portsmouth, già impegnato nell'iniziativa Città Sane è diventato un membro dell'alleanza. Oltre all'impegno verso l'eccellenza, la qualità dell'esperienza studentesca e la preparazione degli studenti per il futuro, uno degli obiettivi prioritari dell'università consisteva nel costruire un ambiente in cui tutti gli studenti e il personale potessero realizzare appieno il proprio potenziale. Ecco gli impegni costituenti il punto di partenza per sviluppare il progetto "Università di Portsmouth promotrice di salute". Il gruppo di coordinamento del progetto era composto dal pro-ret-

tore, dal responsabile della promozione della salute del servizio sanitario, da un consulente di promozione della salute, dai rappresentanti del comitato studentesco, di quelli delle Scuola di Sanità e di Studi storico-sociali, dei Servizi per gli studenti, del Servizio del personale, del servizio di promozione della salute e del consiglio comunale di Portsmouth.

Fasi del progetto

La prima fase del progetto si è incentrata sulla definizione dei bisogni di salute dell'università, sul confronto tra dati locali e obiettivi nazionali e sull'identificazione dei limiti della pratica esistente. I metodi utilizzati sono consistiti in indagini tra studenti e personale; osservazione; discussione di gruppo; discussioni informali. Le fonti interne di dati erano costituite dal reparto personale e dai dipartimenti mentre le esterne dal servizio sanitario locale, dai database regionali sulle tossicodipendenze e dalle indagini nazionali.

La relazione dettagliata sulla valutazione dei bisogni ha fornito raccomandazioni per l'azione nelle aree chiave individuate, vale a dire il benessere mentale del personale e degli studenti. Per quanto riguarda il primo, è stata utilizzata una scala di livelli di stress percepito e lo stress è stato evidenziato dal personale come un fattore determinante di salute. La presentazione dei risultati alla Commissione Risorse Umane ha portato all'impegno ad agire a livelli diversi nell'università. Per quanto riguarda le azioni a breve termine, sono state organizzate, durante la pausa pranzo, sessioni per il personale sulla gestione dello stress legato al lavoro. Per il benessere mentale degli studenti, gli studenti hanno identificato il benessere mentale ed emotivo come un importante elemento

costitutivo della propria salute. È stata organizzata, durante il periodo degli esami, un'iniziativa per la salute mentale della durata di tre giorni sulle tecniche per affrontare lo stress da esami che ha previsto sessioni di gruppo e individuali con terapisti comportamentali. È stato inoltre sviluppato un programma di *peer education* finalizzato a formare gli studenti affinché fossero poi in grado di lavorare con i coetanei in modo da promuovere benessere mentale, consapevolezza di sé e maggiori capacità comunicative. Sono stati prodotti sia una strategia complessiva triennale che piani specifici d'azione a sei mesi, un anno e tre anni. La strategia complessiva riguardava: i curriculum, la ricerca (coinvolgere gli studenti nella ricerca sulla salute degli studenti), l'investimento nel personale al fine di minimizzare e gestire lo stress, i programmi di promozione della salute (*peer education* su tossicodipendenze e HIV), l'ambiente (migliorare le infrastrutture per l'insegnamento e l'apprendimento, gli spazi sociali e realizzare piste ciclabili), le persone (cibo sano e aree per non fumatori). È stata rilevata l'importanza, per il successo del progetto, dei collegamenti tra il gruppo di coordinamento del progetto e i ruoli decisionali dell'università.

BIBLIOGRAFIA

- Tsouros A D, Dowding G, Thompson J, Dooris M Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1998 trad.it. a cura di Giacchi M et al. Università che promuovono la salute. Concetti, esperienze e modelli per l'azione. Siena, Edizioni dell'Università, 2004.

Un'università sana: come iniziare

THE GRADUATE

www.healthyuniversities.ac.uk

Il laureato (The Graduate), Mike Nichols, 1967

L'approccio richiede un processo proattivo e sistemico che individua le responsabilità, collega le attività correlate alla salute e utilizza un processo di pianificazione e implementazione operativa.

Fase 1

Comprende:

- Impegno formale dell'alta dirigenza accademica
- Decidere sul logo
- Formalizzare le strutture di *governance*
- Considerare come il lavoro Health University (HU) possa essere incorporato in strutture / strategie / pianificazione universitaria
- Esprimere un gruppo direttivo con ampia partecipazione (ad es. facoltà / scuole, servizi, personale e studenti)
- Impegno di partner esterni nel gruppo direttivo sin dall'inizio

Fase 2

Comprende:

- Considerare dove il Coordinamento dell'Health University può collocarsi all'interno dell'organizzazione

- Decidere sul livello di lavoro del Coordinatore, che si tratti di un ruolo a tempo pieno o part-time
- Decidere in merito alla possibilità che il ruolo di coordinatore sia un nuovo ruolo o che i ruoli esistenti all'interno dell'organizzazione possano essere integrati per riflettere il lavoro dell'Università sana

Fase 3

Comprende:

- Identificare tutte le informazioni esistenti relative alla salute
- Identificare gli stakeholder / partner interni ed esterni
- Identificare le attività correnti
- Identificare i bisogni: personale, studenti e la comunità più ampia
- Assicurare sistemi di coinvolgimento costante
- Decidere metodi, risorse e tempo a disposizione per un audit, ad es. focus group, riunioni di gruppo, questionari

Fase 4

Comprende:

- Rispondere alla mappatura e alla verifica sviluppando gruppi di lavoro mirati a un'azione sui bisogni - non "per il proprio interesse"
- Seguire il normale protocollo per i gruppi di lavoro, ad es. in termini di consultazione, adesione, tempistica e concordare un piano d'azione
- Garantire che i gruppi di lavoro siano collegati in una o più strutture di *governance*
- Riflettere su chi dovrebbe guidare / essere nei gruppi. Il coordinatore svolgerà spesso il ruolo di facilitatore, ma i componenti chiave del gruppo direttivo potrebbero avere questo ruolo

Fase 5

Comprende:

- Sviluppare un piano d'azione che si inserisca nel ciclo di pianificazione dell'istituzione. Ogni gruppo di lavoro sviluppa di solito il proprio piano d'azione che si inserisce in un piano d'azione HU più ampio
- Chiarire obiettivi, risultati e valutazione

- Connessione degli elementi chiave interni / esterni e creazione di collegamenti con competenze di rilievo
- Garantire collegamenti con obiettivi locali e nazionali
- Garantire che i piani seguano standard e criteri di accreditamento locali nazionali e internazionali

Fase 6

Comprende:

- Garantire che il piano d'azione sia sufficientemente solido per supportare la realizzazione e dimostrare i risultati entro un determinato periodo di tempo
- Identificare leader e sostegno / risorse

- Redigere relazioni periodiche sui progressi compiuti attraverso gruppi di lavoro e gruppi direttivi.

Fase 7

Comprende:

- Pianificare il monitoraggio e la valutazione - non un ripensamento.
- La valutazione può essere collegata a standard esterni, ad es. Status Commercio equo e solidale, premio Clean Air
- Tenere a mente i due ordini del giorno - salute pubblica e attività principale dell'università - e considerare ciò che vale nel contesto come evidenza
- Considerare la tipologia di valuta-

zione - non solo per dimostrare i risultati, ma per capire cosa funziona in quali situazioni e perché

Fase 8

Comprende:

- Diffusione interna ed esterna dei risultati di Università sana
- Inserimento delle informazioni in documenti universitari chiave, prospetti, pagine web, relazioni annuali
- Scrivere studi di caso per il sito web
- Scrivere lavori di ricerca / pratica su articoli di riviste

Traduzione a cura di Giovanni Bauleo



Il laureato (The Graduate), Mike Nichols, 1967

La carta di Okanagan

Una carta internazionale per le università promotrici di salute

I am ashamed of that generation,
why did not they do something to stop that?

The Reader, Stephen Daldry, 2008

Una visione trasformativa per le università promotrici di salute

L'università promottrice di salute è un agente di trasformazione per la salute e la sostenibilità delle società attuali e future, in quanto rafforza le comunità e contribuisce al benessere delle persone, dei luoghi e del pianeta.

Aspirazioni condivise

L'università promottrice di salute infonde salute nelle attività quotidiane, negli atti amministrativi e nei mandati accademici. In questo modo, le università e le scuole che promuovono la salute accrescono il successo delle nostre istituzioni; creano luoghi di cultura e accoglienza, benessere, equità e giustizia sociale; migliorano la salute delle persone che vivono, imparano, lavorano, giocano e amano nei nostri contesti di studio; e rafforzano la sostenibilità ecologica, sociale ed economica delle nostre comunità e della società.

L'obiettivo della carta di Okanagan

L'obiettivo della carta è triplice:

1. Essere una guida e ispirare l'azione

fornendo un quadro che riflette i più recenti e rilevanti concetti, processi e principi del movimento delle università promotrici di salute, basandosi sulle premesse della carta di edmonton del 2005

2. Attivare il dialogo e la ricerca nelle reti locali, regionali, nazionali ed internazionali e accelerare l'azione interna all'università, esterna alla stessa e tra le città universitarie
3. Stimolare un'azione intersettoriale internazionale per l'integrazione della salute in tutte le politiche e le pratiche, procedendo verso strategie di sviluppo di università promotrici di salute.

Due chiamate all'azione

La carta ha due chiamate all'azione per le istituzioni di educazione superiore:

1. Inserire la salute in tutti gli ambiti della cultura universitaria, attraverso gli atti amministrativi e i mandati accademici.
2. Condurre un'azione di promozione della salute e di collaborazione a livello locale e globale.

La promozione della salute

La promozione della salute si basa sulla carta di ottawa per la promozione della salute, che sottolinea l'interconnessione tra gli individui e il loro ambiente, e riconosce che "la salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti della vita di tutti i giorni: dove si impara, si lavora, si gioca e si ama".

La promozione della salute riflette una visione olistica del concetto di salute, così come sottolineato dalla definizione della who, comprendente il "benessere fisico, benessere mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità". La promozione della salute richiede un approccio positivo e proattivo, che vada oltre il tradizionale e consueto focus sul comportamento individuale per un'ampia gamma di interventi sociali e ambientali che creino e migliorino la salute negli ambienti di vita, nelle organizzazioni e nelle istituzioni. In quanto tale, la promozione della salute non è di esclusiva responsabilità del settore sanitario, ma deve coinvolgere tutti i settori per condividere una posizione esplicita a favore della salute, l'equità,



The Reader, Stephen Daldry, 2008

la giustizia sociale e la sostenibilità per tutti, riconoscendo che il benessere delle persone, dei luoghi e del pianeta sono interdipendenti.

La salute è intesa come un concetto in espansione definito attraverso l'emergente dibattito su salute e benessere. La promozione della salute è intesa come "il processo che consente alle persone di aumentare il controllo sulla propria salute e sui suoi determinanti, e in tal modo migliorare la loro salute."

Il ruolo unico dell'educazione superiore

L'educazione superiore svolge un ruolo centrale in tutti gli aspetti dello sviluppo degli individui, della comunità, della società e della cultura, sia a livello locale che globale.

Costituisce un'opportunità unica e de-

tiene la responsabilità di garantire un'educazione trasformativa, coinvolgere la voce degli studenti, sviluppare nuove conoscenze e capacità di comprensione, dare l'esempio e compiere azioni di advocacy per i decisori per il bene della società.

Nell'emergente società della conoscenza, gli istituti di educazione superiore hanno il mandato di generare, condividere e implementare la conoscenza e la ricerca per migliorare la salute dei cittadini e delle comunità, ora e in futuro.

Un'università è, per sua stessa natura, una parte essenziale di qualsiasi strategia sistemica di promozione della salute, che lavori in collaborazione, con modalità transdisciplinari e intersettoriali. Questa carta invita le istituzioni di educazione superiore ad inserire i valori e i principi della promozione della salute

nella loro missione, visione e piani strategici, e nel modello di sviluppo, per la comunità e la società. Nelle università esistono le seguenti opportunità:

- Far progredire il mandato principale dell'istruzione superiore, migliorando la salute e il benessere dell'uomo, dell'ambiente, fattori determinanti di apprendimento, sviluppo e impegno;
- Guidare e influenzare l'integrazione della salute nella produzione di conoscenza, nello sviluppo personale degli studenti, nelle politiche istituzionali e nella cultura accademica, in modo che le competenze in salute possano essere a beneficio dell'intera comunità universitaria ed essa divenga un esempio per tutti gli altri setting di promozione della salute;
- Allineare i programmi e i progetti universitari con le agende globali

come l'“azione intersettoriale di salute in tutte le politiche della organizzazione mondiale della sanità” e l'“agenda di sviluppo post-2015 delle nazioni unite”, migliorando così equità, benessere fisico e mentale, la giustizia sociale, il rispetto della diversità, la sostenibilità e la sicurezza alimentare;

- Fornire modelli di insegnamento trasformativo e ambienti di apprendimento che consentano e ispirino gli studenti, i docenti e tutto il personale a diventare cittadini sani e al contempo leader impegnati a livello locale e globale.

Un quadro di azione per l'educazione superiore

Il seguente quadro prevede due chiamate all'azione con aree chiave di intervento e principi generali che insieme guidino lo sviluppo dell'università promotrice di salute.

Chiamata all'azione 1: inserire la salute in tutti gli aspetti della cultura accademica, nell'amministrazione, nelle operazioni e nei mandati accademici:

1.1 Integrare la salute in tutte le politiche dell'università: revisionare, creare e coordinare le politiche e le pratiche accademiche con un'attenzione particolare alla salute, al benessere e alla sostenibilità, in modo che tutta la pianificazione e il processo decisionale tenga conto e sostenga la positiva crescita delle persone, dell'università, della comunità e del pianeta.

1.2 Creare ambienti universitari di supporto: migliorare l'ambiente accademico come un laboratorio vivente, individuarne le opportunità di studiare e sostenere la salute e il benessere, così come la sostenibilità e la resilienza

nell'ambiente costruito, naturale, sociale, economico, culturale, accademico, organizzativo e di apprendimento.

1.3 Generare comunità fiorenti e una cultura del benessere: essere proattivi e intenzionali nella creazione di comunità accademiche empowered, collegate e resilienti che favoriscano l'etica della cura, la compassione, la collaborazione e l'azione comunitaria.

1.4 Sostenere lo sviluppo personale: sviluppare e creare opportunità di far crescere studenti, personale e docenti in termini di resilienza, competenza e capacità personale, migliorare le competenze di vita - e così sostenerli a crescere e raggiungere il loro pieno potenziale per diventare cittadini globali e locali impegnati nel rispetto dell'ambiente.

1.5 Creare o riorientare i servizi dell'università: coordinare e progettare servizi universitari per supportare un accesso equo, migliorare la salute e il benessere, ottimizzare il potenziale umano e l'ecosistema, promuovere una cultura organizzativa di supporto.

Chiamata all'azione 2: guidare azioni di promozione della salute e stimolare la collaborazione a livello locale e globale.

2.1 Integrare la salute, il benessere e la sostenibilità nelle diverse discipline per sviluppare agenti di cambiamento: utilizzare approcci trasversali per integrare in tutte le discipline e programmi di studio una comprensione e un impegno per la salute, il benessere e la sostenibilità, in modo da garantire lo sviluppo di futuri cittadini dotati della capacità di agire come agenti del cambiamento per la promozione della salute anche al di fuori del setting universitario.

2.2 Far progredire la ricerca, l'insegnamento e la formazione per la conoscenza e l'azione in promozione della

salute: contribuire alla produzione di conoscenza, all'applicazione, alla costruzione di modelli e alla valutazione in promozione della salute. Produrre programmi di ricerca multidisciplinari e inter-disciplinari rilevanti per i risultati da applicare nel contesto reale. Assicurare la formazione, l'apprendimento, l'insegnamento e lo scambio di conoscenze a beneficio del futuro benessere della nostra comunità, società e pianeta.

2.3 Guidare e costruire partnership per l'azione locale e globale per la promozione della salute: costruire e sostenere relazioni significative ed efficaci e collaborazioni extra-universitarie per sviluppare, utilizzare e mobilitare la conoscenza e l'azione per la promozione della salute a livello locale e globale.

Principi chiave per l'azione

I principi che seguono sono da considerarsi come una guida per mobilitare l'azione universitaria:

- Utilizzare approcci sistemici e di singolo setting: utilizzare approcci sistemici e di setting, focus group per l'analisi e l'intervento, ponendo l'attenzione sulle opportunità di creare le condizioni per la salute nel settore dell'istruzione superiore. Far diventare il setting universitario un esempio per l'azione di promozione della salute in altri setting.
- Assicurarsi approcci globali e di ampia visione nell'università: sviluppare e attuare strategie multiple interconnesse che si concentrino su tutta la comunità universitaria.
- Utilizzare approcci partecipativi e coinvolgere la voce degli studenti e degli altri: fissare obiettivi ambiziosi e costruire soluzioni e strategie innovative attraverso l'uso di approcci partecipativi per stimolare un ampio

e significativo coinvolgimento di tutti gli interessati: studenti, docenti, personale non docente, amministratori e tutti gli altri decisori. Fissare le priorità e costruire impegni multilivello per l'azione.

- Sviluppare collaborazioni interdisciplinari e partnership intersettoriali: sviluppare collaborazioni e partnership in tutte le discipline e i settori, sia all'interno della comunità universitaria che con i partner locali e globali, per sostenere lo sviluppo di azioni per l'intera comunità universitaria nella direzione della salute e della creazione di conoscenza e di azione per la promozione della salute nelle comunità.
- Promuovere la ricerca, l'innovazione e l'azione informata dall'evidenza: garantire che l'evidenza prodotta dalla ricerca e dall'innovazione contribuiscano a guidare la formulazione delle politiche e delle pratiche di salute migliorando e rafforzando la salute e la sostenibilità nella comunità universitaria e nella società in generale. Sulla base delle prove e della valutazione monitorare l'azione nel tempo.
- Costruire sui punti di forza: utilizzare un approccio salutogenico basato sulle risorse che parta dal riconoscere i punti di forza, comprendere i problemi, celebrare i successi e condividere le lezioni apprese, creando opportunità per il continuo miglioramento della salute e del benessere nell'università.
- Valorizzare le priorità e i contesti delle comunità locali: potenziare la promozione della salute attraverso l'impegno delle comunità locali e autoctone e la comprensione dei contesti e delle priorità, considerando le

prospettiva e le esperienze delle popolazioni vulnerabili e migranti.

- Agire sulla responsabilità universale: agire sul "diritto alla salute", contenuto e sancito nella dichiarazione universale dei diritti dell'uomo per garantire un'azione di promozione della salute incarnante i principi di giustizia sociale, equità, dignità e rispetto per la diversità, riconoscendo l'interconnessione tra la salute delle persone, i sistemi sociali ed economici, il cambiamento ecologico globale.

Lo sviluppo della carta

La carta internazionale è il risultato della conferenza internazionale sulle università promotrici di salute, tenutasi nel campus dell'università della columbia britannica okanagan, situato a kelowna, in canada, dal 22 al 25 giugno 2015.

Il processo di sviluppo della carta ha impegnato ricercatori, professionisti, amministratori, studenti e politici di 45 paesi. La prima bozza della carta è basata su input provenienti da 225 persone attraverso una pre-conferenza di indagine e su interviste ad esperti nonché una revisione delle carte e delle dichiarazioni precedenti. Durante la conferenza, grazie al supporto di un team redazionale, 380 delegati hanno revisionato e perfezionato la carta attraverso un laboratorio di progettazione con sessioni di sviluppo. I delegati sono stati invitati a sviluppare la carta attraverso idee provenienti dalle molteplici sessioni plenarie e simultanee che costituivano il programma scientifico. Nella giornata finale della conferenza, i leader universitari e i delegati, tra cui rappresentanti della rete e dell'organizzazione, hanno firmato un impegno per portare la carta nelle loro organizzazioni e istituzioni per ispirare e catalizzare ulteriori azioni

verso la creazione di università promotrici di salute. I rappresentanti dell'organizzazione mondiale della sanità, dell'organizzazione panamericana della salute, dell'organizzazione delle nazioni unite per l'educazione, la scienza e la cultura, hanno sottoscritto questo impegno. Attraverso la diffusione e l'utilizzo della carta in materia di educazione superiore, la creazione di reti e le future conferenze, la nostra speranza è che la promozione della salute possa svilupparsi a livello internazionale e globale.

Traduzione a cura di Riccardo Casadei

Università: 10 opportunità di salute Didattica ricerca e... responsabilità sociale

Giuseppe Fattori, Monica Daglio

21, Robert Luketic, 2008

*“Caro Maestro, le accludo la lettera. [...] Per voi invece temo che la lettera non vada. Lanciati a studiare il massimo di capacità di esattezza d’espressione di questi ragazzi ci siamo un po’ dimenticati dell’età dei lettori. Non che non ci si pensasse, ma è successo un fenomeno curioso che non avevo previsto, ma che dopo il fatto mi spiego molto bene: **la collaborazione e il lungo ripensamento hanno prodotto una lettera che pur essendo assolutamente opera di questi ragazzi e nemmeno più dei maggiori che dei minori** è risultata alla fine di una maturità che è molto superiore a quella di ognuno dei singoli autori.” (Lettera di d. Lorenzo Milani a Mario Lodi del 2 novembre 1963)*

Premessa

Il lavoro a cui si riferisce don Milani è quello di una lettera scritta col metodo della scrittura collettiva.

La sorpresa è che il contributo di ognuno ha consentito il raggiungimento di un risultato inaspettato per profondità di pensiero e cura nella scelta linguistica. La collaborazione della comunità ha “empowerizzato” i ragazzi, diremmo noi oggi con un orrendo neologismo.

Nell’epoca in cui viviamo, abbandonata la classica “epistola”, per i giovani gli strumenti principe di conoscenze/saperi, di relazioni/socializzazione sono i social media, fluidi e fuori controllo per definizione.

Riconoscere i giovani come portatori di questi “nuovi” saperi è un passaggio

importante per chiunque abbia un ruolo educativo se l’obiettivo pedagogico è quello di guidarli ad “essere” per poter progettare la propria vita.

Promuovere il Bene-Essere assume, quindi, un’accezione molto più ampia del semplice non essere ammalati ed investe una doppia responsabilità: il sostegno alle scelte individuali di salute, l’agire con la comunità scolastica per costruire contesti salutari.

L’età scolare a cui generalmente ci si riferisce è quella che va dalla scuola d’infanzia alle superiori (03-19 anni), gli studenti universitari rischiano di essere esclusi perché maggiorenni e quindi autonomi nelle loro scelte.

Ma se come dichiara l’OMS (1986) “La salute è creata e vissuta dalle persone

all’interno dei loro contesti di vita quotidiana in cui imparano, lavorano, giocano e amano”, allora l’Università non può sentirsi estranea da questo percorso. Una Università salutare dovrebbe essere quella che aspira a creare un ambiente ed una organizzazione che favoriscano l’apprendimento e la crescita culturale e, nel contempo, migliorino la salute, il benessere e la sostenibilità della sua comunità e metta in grado le persone di esprimere le loro piene potenzialità.

L’istruzione universitaria rappresenta un settore importante in cui investire per la salute pubblica, è il luogo in cui si formano le nuove leve alle quali consegnare le chiavi del futuro. Futuro non solo economico, ma anche di salute e in salute.

Durante le lezioni di Marketing Sociale abbiamo avviato un'esperienza di sensibilizzazione sui temi di salute scelti e co-progettati con i ragazzi utilizzando il web 2.0, muovendoci dal presupposto che il potenziale target di riferimento è la popolazione studentesca degli Atenei. Le motivazioni che hanno orientato la scelta sono state:

1. la sensibilità dei destinatari è importante per poter indirizzare le informazioni
2. la pianificazione in toto di un'azione di marketing sociale (co-progettazione)
3. la condivisione attraverso l'effetto moltiplicatore da "giovani a giovani" (peer communication) con l'utilizzo dei social media
4. lavorare con gli altri (studenti, istituzioni Università, territorio) per potenziare i risultati

Scopo

Applicare i principi del social marketing per co-progettare con gli studenti un'azione su temi di promozione della salute, da loro individuati come rilevanti, per sensibilizzare/informare i propri coetanei utilizzando una piattaforma web 2.0

Metodi e materiali

Il Social Marketing cerca di sviluppare ed integrare i concetti del marketing con altri approcci per influenzare comportamenti di cui possano beneficiare i singoli individui e le comunità allo scopo di perseguire un più alto bene sociale.¹ Mobilitazione, advocacy sociale sono modalità utilizzate per coinvolgere la comunità. Comunità che, oltre ad essere

mezzo, è nel contempo fine del cambiamento.

Assunto, quindi, che il social marketing è applicato per incoraggiare gli individui/gruppi ad adottare volontariamente un comportamento sociale desiderabile e/o un o stile di vita salutare, gli studenti di Marketing Sociale hanno co-progettato un'azione rivolta ai propri colleghi, equiparando la compagine studentesca ad una comunità omogenea per età, ma eterogenea per provenienza.

Il processo si è articolato nelle seguenti fasi:

1. Osservazione/ascolto:
 - partire dagli individui, compagni di Università, per osservare/raccogliere i bisogni di salute ritenuti maggiormente rilevanti e sui quali si potrebbe agire per sensibilizzare e/o produrre un cambiamento
 - riconoscere gli agenti del cambiamento classificandoli per livelli: Istituzionale, peer, realtà territoriali (commercianti, volontariato, ecc.)
 - valutare i possibili partner
 - individuare lo strumento adatto per raggiungere la popolazione target con informazioni corrette in ordine ai temi di salute emersi come maggiormente rilevanti
2. Co-progettazione:
 - classificare e scegliere i temi di salute ritenuti più rilevanti, tenendo ben presente che il sentito dei destinatari è un sensore importante per poter agire efficacemente
 - condividere le modalità di realizzazione della piattaforma "web2salutegiovani"
 - condividere la strategia per raggiungere la popolazione target, indivi-

duare linee d'azione per superare le barriere

- coinvolgere i partner (istituzioni, volontariato, commercianti, ecc.)
 - condividere le modalità di sviluppo/implementazione dei temi scelti
3. Realizzazione:
 - gli studenti del corso di Marketing Sociale con il docente hanno progettato la piattaforma "web2salutegiovani" e i dieci temi di salute su cui informare/sensibilizzare i coetanei
 - i partecipanti si sono suddivisi in sottogruppi ed ognuno, sulla base degli indirizzi strategici condivisi, ha sviluppato il tema di salute scelto
 4. Valutazione comprendente due livelli:
 - applicazione dei principi di marketing sociale da parte degli studenti nella ideazione/realizzazione della progettualità (valutazione interna)
 - raggiungimento del target (valutazione esterna)

Risultati/conclusioni

I temi scelti per il piano di marketing sociale, perché ritenuti maggiormente significativi per i propri coetanei, hanno riguardato sia temi strettamente di salute (HIV e Malattie Sessualmente Trasmissibili, alcol in gravidanza, allattamento al seno, junk food) sia su temi scottanti (violenza sulle donne, cyberbullismo).

Pensando agli studenti fuori sede si è sviluppato anche il tema "rete dei servizi sanitari e non solo" presenti sul territorio.

Che cosa hanno imparato gli studenti:

1. sul piano cognitivo sono stati messi in grado di costruire un framework rispondente ai principi del marketing

1. French J., Social Marketing and Public Health Theory and Practice

sociale

2. sul piano relazionale hanno negoziato con i propri colleghi di corso per riuscire a co-progettare; si sono confrontati con le Istituzioni per far comprendere il proprio punto di vista; hanno ascoltato per comprendere se le proprie priorità erano percepite anche dai coetanei come tali; hanno usato i social media per veicolare informazioni corrette utilizzando modalità fortemente empatiche
3. sul piano comportamentale hanno imparato a riflettere sulle proprie azioni; valutare su quali leve agire per favorire il cambiamento; comprendere la forza che la comunità può avere nell'orientare la modifica dei comportamenti

Rispetto all'analisi dei temi oltre 7000 studenti hanno risposto ai questionari somministrati tramite Google moduli.

Università: 10 opportunità di salute

Dai lavori elaborati dagli studenti dell'Università di Perugia, Bologna e Urbino è nata la piattaforma <https://web2salutegiovani.blog/>, il prototipo online sarà sviluppato con le associazioni di volontariato dei 10 temi e da partner tecnici a garanzia della correttezza delle informazioni.

Le maggiori difficoltà gli studenti le hanno incontrate proprio nel far accettare agli Atenei la proposta di attivarsi sui temi di promozione della salute.

La salute non è la ragione d'essere dell'Università ma la responsabilità sociale dovrebbe diventare il valore integrante della propria identità istituzionale.

Occorre un serio impegno affinché gli Atenei riconoscano e sfruttino lo straordinario potenziale che hanno per migliorare la salute della propria comunità

mettendosi in rete con le altre Università per incidere sui comportamenti non solo al proprio interno, ma anche sulle agende dei pubblici amministratori

Una sorta di "welfare aziendale" dove gli incentivi non sono in termini di benefit economici, ma guadagno di salute e le azioni potrebbero muoversi in parallelo con l'Unità Specialistica di Prevenzione e Protezione (Centro di Ateneo per la tutela e promozione della salute e sicurezza - Servizio per la salute e la sicurezza delle persone nei luoghi di lavoro).

Il marketing sociale è una disciplina in continua evoluzione caratterizzata dall'attenzione alla salute della comunità e alla riduzione delle disuguaglianze sociali.

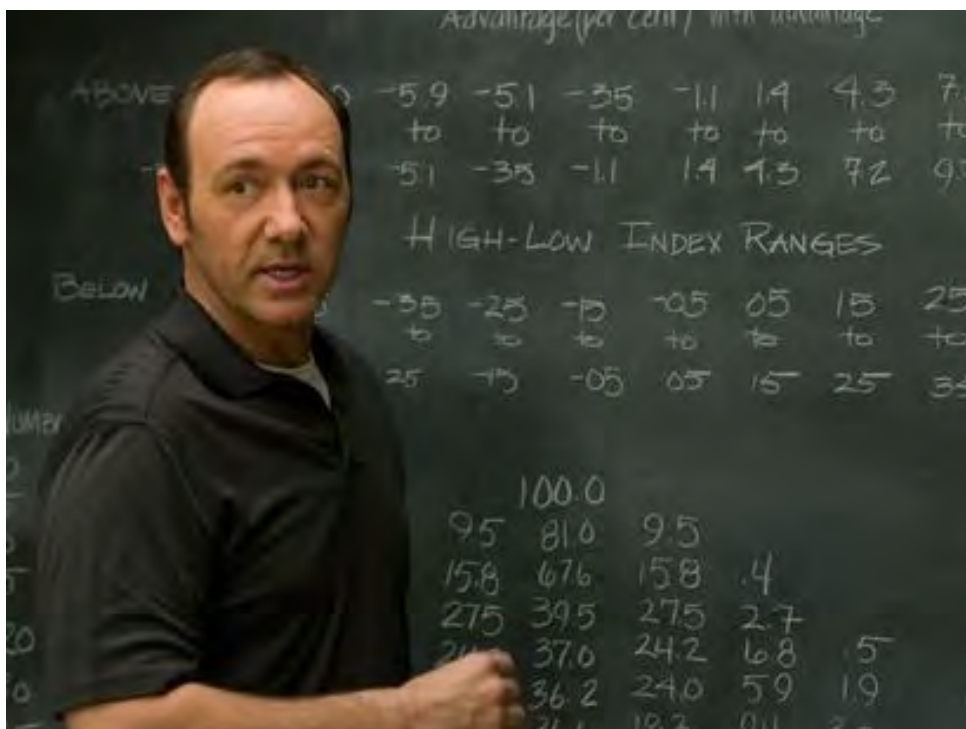
L'Università, intesa come comunità che comprende docenti, studenti, amministrativi, ecc., è un macrocosmo in cui co-progettare, agire e valutare interventi concreti di promozione della salute. Luogo in cui attraverso l'applicazione

di una didattica della collaborazione si può ottenere **"alla fine una maturità che è molto superiore a quella di ognuno dei singoli autori."**

<https://web2salutegiovani.blog/perugia-10-opportunita-di-salute/>

Giuseppe Fattori
Marketing sociale - Università di Bologna

Monica Daghio
Marketing sociale - Onlus



21, Robert Luketic, 2008

Food Insecurity. Il cibo sano inaccessibile

Enrico Tagliaferri



WHO/A. Zouiten

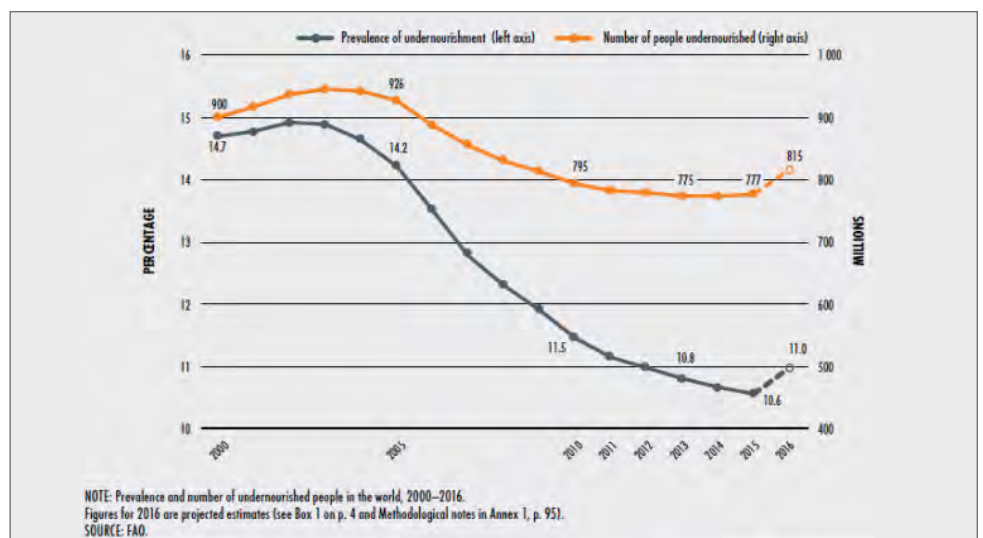
Denutrizione e obesità vengono solitamente visti come problemi separati. La FAO però suggerisce un approccio integrato a queste due forme di malnutrizione. Infatti, se è vero che nella maggior parte dei paesi con alta prevalenza di denutrizione la prevalenza di obesità è più bassa e viceversa, alcuni paesi registrano un'elevata prevalenza delle due contemporaneamente. La malnutrizione non è semplicemente il risultato di un ridotto accesso ad un'alimentazione sufficiente e sana, ma deriva più in generale da un ridotto accesso a risorse e servizi, primi fra questi l'assistenza sanitaria, l'istruzione, l'acqua potabile e l'igiene.

Il termine inglese food security potrebbe essere tradotto come accesso ad un'adeguata alimentazione con modalità socialmente accettabili e sicure, per una vita sana. Si tratta di un diritto fondamentale che purtroppo non è ancora universalmente garantito. Recita l'articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani del 1948: "Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari;

...". Secondo la FAO il numero di persone cronicamente denutrite nel 2016 è aumentato fino a 815 milioni da 777 milioni dell'anno precedente, in controtendenza rispetto ad una lenta diminuzione registrata a partire dal 2000. Tale peggioramento ha interessato soprattutto alcune aree dell'Africa Subsahariana, del Sud Est asiatico e dell'Asia Occidentale, a causa di conflitti e catastrofi naturali. L'Africa rimane il continente con la maggior prevalenza di denutrizione: il 20% della popolazione nel 2016 [1]. Il concetto di malnutrizione comprende diverse forme di inadeguato stato nutrizionale: denutrizione, deficit di specifici

nutrienti essenziali, ma anche obesità. L'obesità è in aumento tra gli adulti e i bambini e nel 2016 secondo la FAO erano 41 milioni i bambini sotto i 5 anni sovrappeso nel mondo. I bambini sovrappeso hanno un maggior rischio di sviluppare diabete, ipertensione, asma, epatopatie, disturbi del sonno e obesità con conseguente maggior rischio di morte precoce e disabilità. La prevalenza di obesità negli adulti è maggiore in Nord America, Europa e Oceania, dove raggiunge il 28%, è circa il 25% in America Latina e Caraibi, l'11% in Africa e il 7% in Asia. L'aumento dell'obesità è dovuto ad un maggior consumo di ali-

Figura 1 - Prevalenza e numero di persone denutrite nel mondo.



menti preconfezionati, una dieta più ricca in calorie, grassi saturi e zuccheri e più povera di vitamine, minerali e fibre e ad uno stile di vita più sedentario. La diffusione dell'obesità è tra i fattori alla base del mutamento epidemiologico in corso in molti paesi poveri: una riduzione della mortalità per malattie infettive ed un aumento della mortalità per malattie cardiovascolari e neoplasie. Denutrizione e obesità vengono solitamente visti come problemi separati. La FAO però suggerisce un approccio integrato a queste due forme di malnutrizione. Infatti, se è vero che nella maggior parte dei paesi con alta prevalenza di denutrizione la prevalenza di obesità è più bassa e viceversa, alcuni paesi registrano un'elevata prevalenza delle due contemporaneamente. Su 107 paesi di cui la FAO ha raccolto i dati, 35 hanno una prevalenza maggiore del 10% di bambini con ritardo di crescita e contemporaneamente più del 10% degli adulti obesi; Egitto, Iraq e Vanuatu hanno più del 20% di bambini con ritardo di crescita e più del 20% di adulti obesi. In paesi ad alto e medio reddito sembra esservi addirittura una correlazione tra food insecurity della famiglia e obesità, forse per un maggior accesso ad alimenti ipercalorici a basso costo. La malnutrizione non è semplicemente il risultato di un ridotto accesso ad un'alimentazione sufficiente e sana, ma deriva più in generale da un ridotto accesso a risorse e servizi, primi fra questi l'assistenza sanitaria, l'istruzione, l'acqua potabile e l'igiene. Il concetto di food insecurity però, è più ampio di quello di malnutrizione, poiché riguarda la difficoltà nell'accesso al cibo, che può avere o no come conseguenza diverse forme di malnutrizione. Per misurare la prevalenza della food insecurity quindi, gli esperti hanno messo a punto una serie di sistemi, tra cui il Food Insecurity Experience Scale utilizzato dalla FAO, un questionario specifico in otto domande che indaga non solo l'assunzione di cibo

ma anche la percezione dell'intervistato a proposito della sua alimentazione: nell'ultimo anno, almeno una volta, per mancanza di denaro o altro, è stato preoccupato di non avere abbastanza cibo? È stato incapace di assumere abbastanza cibo sano e nutriente? Ha mangiato solo alcuni alimenti? Ha dovuto saltare dei pasti? Ha mangiato meno di quanto avrebbe voluto? La sua famiglia è stata a corto di cibo? Ha avuto fame ma non ha potuto mangiare? È stato senza mangiare per un'intera giornata? In generale la prevalenza di food insecurity è sovrapponibile a quella della malnutrizione, ma in alcuni casi possono esserci discrepanze, ad esempio perché a causa di eventi improvvisi una popolazione viene affetta da food insecurity ma questa ancora non si riflette sullo stato nutrizionale. La food insecurity è stata associata di per sé, a prescindere dallo stato nutrizionale, a una serie di conseguenze sullo stato di salute. Una maggior food insecurity è risultata associata ad una maggior prevalenza di stress e disturbi mentali correlati in Ghana e in Mozambico [2, 3]. Una maggior food insecurity e più in generale un peggior stato socioeconomico si associa ad una maggior prevalenza di HIV in Sud Africa, in particolare nelle aree urbane[4]. La food insecurity nei pazienti con in-

fezione da HIV è stata associata ad una minor aderenza alla terapia e ad un peggior controllo dell'infezione, non solo in Africa ma anche nei paesi ricchi [5]. Interventi di supporto alimentare a pazienti con infezione da HIV nell'Africa rurale hanno dimostrato un incremento dell'aderenza al trattamento [6]. In altre parole, la food insecurity è un determinante sociale di salute. Conflitti e catastrofi naturali sono le principali cause di food insecurity. E sono entrambi in aumento. Secondo la FAO circa due miliardi di persone nel 2016 si trovavano in aree colpite da qualche forma di conflitto o violenza.

Spesso i paesi in conflitto sono anche più esposti alle conseguenze dei cambiamenti climatici e sono meno attrezzati per fronteggiarle (Figura 2). In alcune aree violenza e catastrofi naturali si inseriscono in un circolo vizioso in cui la competizione per l'accesso ad acqua e cibo è causa di violenza che a sua volta impedisce di lavorare i campi, allevare il bestiame, fare manutenzione del territorio per attenuare l'impatto di alluvioni e siccità. Un caso paradigmatico è quello dell'Uganda del nord dove a causa delle scorrerie del Lord Resistance Army nel 2007 1.900.000 sfollati interni vivevano in campi profughi grazie

Figura 2- Paesi che nel 2016 hanno subito conflitti e disastri naturali

Country	Main climate/weather adverse effect on food security	Number of food-insecure people (IPC/CH phase 3+) in millions
Afghanistan	Floods, landslides in winter; drought in Ghor province	8.5
Burundi	El Niño phenomenon	2.3
Central African Republic	Localized floods	2.0
Democratic Republic of the Congo	El Niño phenomenon	5.9
Iraq*	Drought	1.5
Somalia	El Niño-related drought	2.9
South Sudan	Drought and floods	4.9
Sudan	El Niño phenomenon	4.4
Syrian Arab Republic*	Drought in Aleppo, Idlib and Homs	7.0
Yemen	Flooding, heavy rains and tropical cyclones	14.1
Total		53.5

NOTE: Figures for food-insecure populations for countries indicated with an asterisk are reported by the government, Food Security Cluster (HNO or HRP) or WFP-CAR; figures for South Sudan and Somalia refer to IPC analyses conducted in January and February 2017, using data from 2016.
SOURCE: Food Security Information Network (FSIN). 2017. *Global Report on Food Crises 2017*. Rome.

all'assistenza internazionale. Dopo che i guerriglieri sono stati cacciati dalla regione e che i rifugiati sono in gran parte tornati ai loro villaggi, il governo ugandese ha scommesso su un rilancio dell'agricoltura, con i finanziamenti della Banca Mondiale e il contributo di molte ONG. Dal 2010 la regione non ha più avuto bisogno dell'assistenza del World Food Program. Il 15 ottobre si è tenuto in Italia il G7 agricoltura che ha prodotto la Dichiarazione di Bergamo, sottoscritta all'unanimità da Italia (che aveva la presidenza di turno), Stati Uniti, Canada, Francia, Regno Unito, Giappone, Germania, dall'Unione europea e sostenuta anche dalle istituzioni non governative che operano nel contesto agricolo e alimentare, come Fao, Ifad, Unione africana, Ocse, World food program, Slow food. Si tratta di un documento programmatico in cui i firmatari si impegnano in una serie di iniziative per ridurre la food insecurity: proteggere il reddito dei piccoli agricoltori in caso di catastrofe naturale, incrementare la cooperazione in campo agricolo, soprattutto in Africa, aumentare la trasparenza dei prezzi, ridurre gli sprechi di cibo e migliorare la tracciabilità dei prodotti per incentivare le produzioni locali. Vedremo come questi impegni verranno messi in pratica. Papa Bergoglio ha tenuto un discorso alla FAO in occasione della recente Giornata mondiale della alimentazione. "Non solo garantire la produzione necessaria e un'equa distribuzione dei frutti della terra, che dovrebbero essere scontati, ma garantire il diritto di ogni essere umano ad alimentarsi secondo le proprie necessità". Questo per il Papa un "obiettivo sul quale si gioca la credibilità di tutto il sistema internazionale".

*Enrico Tagliaferri, Infettivologo.
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana*

BIBLIOGRAFIA

1. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. The state of food security and nutrition in the world. 2017.
2. Atuoye KN et al. Food as a social determinant of mental health among household heads in the Upper West Region of Ghana. *Social Science & Medicine* 2017;180:170-180.
3. Audet CM, Wainberg ML, Oquendo MA, Yu Q, Blevins Peratikos M, Duarte CS, Martinho S, Green AF, González-Calvo L, Moon TD. Depression among female heads-of-household in rural Mozambique: A cross-sectional population-based survey. *J Affect Disord* 2017;227:48-55.
4. Pienaar M, van Rooyen FC, Walsh CM. Household food security and HIV status in rural and urban communities in the Free State province, South Africa. *SAHARA J.* 2017;14(1):118-131.
5. Feldman MB, Alexy ER, Thomas JA, Gambone GF, Irvine MK. The Association Between Food Insufficiency and HIV Treatment Outcomes in a Longitudinal Analysis of HIV-Infected Individuals in New York City. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2015;69(3):329-37. doi: 10.1097/QAI.0000000000000596.
6. Rothman J, Kayigamba F, Hills V, Gupta N, Machara F, Niyigena P, Franke MF. The Impact of a Community-Based Intervention Including a Monthly Food Ration on Food Insecurity Among HIV-Positive Adults During the First Year of Antiretroviral Therapy. *AIDS Behav* 2017. doi: 10.1007/s10461-017-1897-0.

Da: Salute Internazionale, 15 novembre 2017

Gli operatori sanitari di fronte alla vaccinazione

Andrea Salvatori, Giancarlo Pocetta

A doctor preparing a syringe with measles vaccine in Ethiopia during African Vaccination Week. Credit: DFID

L'anno corrente ha visto introdotte due importanti innovazioni nel campo delle politiche vaccinali: l'introduzione del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019, il quale è andato a sostituire l'ormai datato Piano 2012-2014, e la riforma dell'obbligatorietà.

Il movente principale è stato nel primo caso la volontà di omogeneizzare un'offerta vaccinale oramai divenuta estremamente eterogenea tra le diverse regioni, e nel secondo il tentativo di recupero di livelli di copertura in forte calo nell'ultimo quinquennio.

Alla luce di ciò, è una favorevole coincidenza che tali novità si siano andate a sovrapporre temporalmente ad un progetto universitario di ricerca sull'attitudine degli operatori sanitari dell'area ternana alle vaccinazioni, proprie e dei propri assistiti, programmato già dall'anno precedente. L'avvio della fase sperimentale di tale progetto è avvenuto pochi mesi dopo l'introduzione del nuovo Piano, precedendo di poche settimane il decreto sulla riforma dell'obbligatorietà del Ministero della Salute: ciò ha consentito di fornire un'istantanea delle opinioni e delle abitudini degli operatori sanitari a cavallo di un momento cruciale per le politiche vaccinali, con risultati meritevoli d'interesse. Lo strumento utilizzato ai fini dell'inda-

gine è stato il **sondaggio**: in seguito ad una revisione della letteratura sull'argomento, è stato deciso di formulare sei domande a risposta chiusa, unitamente ad una parte anagrafica (sesso, età, specialità/MMG).

1- *Ritiene che le vaccinazioni previste dal Piano Vaccinale siano un utile strumento di prevenzione?* **(Sì/Solo alcuni vaccini/No)**

2- *Ritiene opportuna la scelta compiuta nel nuovo Piano di estendere ed uniformare tra le Regioni l'offerta attiva delle vaccinazioni, pediatriche e per gli adulti?* **(Sì/No/Non so)**

3- *Nella sua pratica clinica raccomanda le vaccinazioni previste dal Piano Vaccinale ai suoi pazienti?* **(Sì/A volte/No)**

4- *In caso di risposta "a volte/no" alla domanda precedente, per quale motivo non consiglia le vaccinazioni?* **(Gli effetti collaterali sono poco chiari e noti/ Consiglio solo quelle per me importanti/Non mi sento abbastanza preparato per farlo/Temo eventuali ritorsioni medico-legali/La magistratura ha riconosciuto il danno da vaccino/Ritengo non sia mio compito)**

5- *Si vaccina annualmente contro l'influenza?* **(Sì/Talvolta/No)**

6- *È immunizzato verso il morbillo (ha contratto in passato la malattia o è vaccinato)?* **(Sì/No/Non so)**

Per quanto riguarda la **popolazione target dell'indagine**, si è ritenuto opportuno esaminare attitudini e abitudini di quattro gruppi: medici di medicina generale, medici ospedalieri di varie specialità, infermieri professionali ospedalieri, studenti di medicina dell'ultimo anno di corso.

Modalità di somministrazione: si è provveduto a distribuire il questionario ai partecipanti ad un corso di aggiornamento per MMG nel mese di maggio 2017, con la collaborazione degli organizzatori. Di 150 questionari distribuiti, 122 sono stati restituiti compilati (81%).

Per quanto riguarda i medici ospedalieri, si è operato sia tramite la distribuzione ad un corso di aggiornamento rivolto a varie specialità nel mese di maggio 2017, sia mediante somministrazione a mano in vari reparti dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni. Nel contesto del corso di aggiornamento sono stati distribuiti 50 questionari; di questi ne sono stati restituiti compilati 26 (52%).

Presso l'Azienda Ospedaliera sono stati raccolti ulteriori 35 questionari.

Gli studenti sono stati reclutati presso le strutture della Scuola di Medicina e Chirurgia del polo di Terni; sono stati selezionati studenti del sesto anno che avessero sostenuto l'esame di malattie infettive. È stato possibile sondare 15 studenti.

Sono stati raccolti 198 questionari, variamente distribuiti in quantità tra i diversi gruppi.

Risultati dell'indagine. Anagrafica: hanno risposto al questionario 110 uomini (56,4%) e 85 donne (43,6%). L'età media è di 52,5 anni, la mediana di 58, con DS di 13,575 e range tra 23 e 70 anni. Per quanto riguarda le specializzazioni, si è ritenuto opportuno accorpate tutte le specialità cliniche in un'unica categoria, per evitare una frammentazione tanto eccessiva quanto scarsamente utile ai fini della ricerca. Hanno risposto al questionario 107 medici di medicina generale (54%), 25 medici di specializzazione clinica (12,6%), 21 infermieri (10,6%) e 15 studenti (7,6%). 30 questionari (15,1%) non riportavano l'inquadramento professionale del compilatore.

Domande a risposta multipla:

- *"Ritiene che le vaccinazioni previste dal Piano Vaccinale siano un utile strumento di prevenzione?"*: **189 "sì" (95,5%), 9 "solo alcuni vaccini" (4,5%), nessun "no"**.

- *"Ritiene opportuna la scelta compiuta nel nuovo Piano di estendere ed uniformare tra le Regioni l'offerta attiva delle vaccinazioni, pediatriche e per gli adulti?"*: **189 "sì" (96,4%), 1 "no" (0,5%), 6 "non so" (3,1%)**.

- *"Nella sua pratica clinica raccomanda le vaccinazioni previste dal Piano Vaccinale ai suoi pazienti?"*: **189 "sì" (95,9%), 7 "a volte" (3,6%), 1 "no" (0,5%)**.

- *"Si vaccina annualmente contro l'influenza?"*: **92 "sì" (47,2%), 24 "talvolta" (12,3%), 79 "no" (40,5%)**.

- *"È immunizzato verso il morbillo (ha contratto in passato la malattia o è vaccinato)"*: **182 "sì" (91,9%), 5 "no" (2,5%), 11 "non so" (5,6%)**.

I questionari riportanti la scelta delle motivazioni per un eventuale non-consiglio delle vaccinazioni agli assistiti (7 "a volte", 1 "no") hanno prodotto i seguenti risultati: *Gli effetti collaterali sono poco chiari e noti*: 4; *Consiglio solo quelle per me importanti*: 5; *Non mi sento abbastan-*

za preparato per farlo: 1; *La magistratura ha riconosciuto il danno da vaccino*: 1; *Ritengo non sia mio compito*: 2.

Mentre il sostegno alle pratiche vaccinali sembra indubbiamente attestarsi su elevati livelli in tutte le categorie considerate, è interessante analizzare il dato relativo alle immunizzazioni dei professionisti stessi. Considerato il totale del campione, il 47,9% afferma di vaccinarsi regolarmente per l'influenza stagionale, contro il 52,1% che sostiene di farlo non regolarmente o mai. Tuttavia il dato appare molto eterogeneo all'interno dei gruppi considerati: riferiscono di vaccinarsi regolarmente il 61% dei MMG, il 48% degli specialisti clinici, il 15% degli infermieri, lo 0% degli studenti.

Il dato di copertura antinfluenzale dei MMG è confortante, se confrontato con quello degli altri gruppi di professionisti sanitari. Lo è in realtà ancor di più se confrontato con quello della popolazione generale (15,1% nella stagione 2016/2017), ma anche quando confrontato con quello della popolazione più a rischio, quella degli anziani (52% nella stagione 2016/2017).

Permane l'elemento di criticità per il quale sarebbe comunque auspicabile il raggiungimento di livelli di copertura ben superiori a quelli in questa occasione dichiarati: la Circolare ministeriale per la prevenzione e il controllo dell'influenza stagionale (stagione 2016-2017) sottolinea infatti (p. 9) come "medici e personale sanitario di assistenza" costituiscano categoria per la quale la vaccinazione stagionale è raccomandata.

Tra le "raccomandazioni per l'incremento della copertura vaccinale" (p. 15) la medesima circolare è più esplicita sulla ratio del provvedimento:

"Si ricorda che gli operatori sanitari, direttamente e indirettamente coinvolti nella cura e gestione del paziente, sono a maggior rischio di acquisire l'infezione rispetto alla popolazione generale; inoltre, il fatto di essere costantemente a contatto con un gran numero di persone (pazienti, familiari e altri operatori sa-

nitari), li rende anche potenziali vettori dell'infezione. Numerosi focolai nosocomiali, infatti, sono stati descritti e hanno mostrato un danno diretto per pazienti e operatori sanitari, in termini di aumento di morbosità e mortalità, costi sociali e danni indiretti legati all'interruzione dell'attività lavorativa e all'assenteismo con conseguente mal funzionamento dei servizi assistenziali essenziali. Si raccomanda, pertanto, di promuovere fortemente la vaccinazione antinfluenzale di tutti gli operatori sanitari, con particolare riguardo a quelli che prestano assistenza diretta nei reparti a più elevato rischio di acquisizione/trasmisione dell'infezione, quali Pronto soccorso, terapie intensive, oncologie, ematologie, cardiologie, chirurgie, residenze sanitarie assistenziali, e l'accurato monitoraggio da parte delle Aziende sanitarie delle relative coperture vaccinali raggiunte."

Per quanto invece riguarda lo stato di immunizzazione per il morbillo, è particolarmente preoccupante che solo il 92% degli intervistati riferisca anamnesi sierologica positiva per la malattia, e che i restanti rimangano quindi a rischio elevato. Tale risultato è significativo specie se inserito nel contesto epidemico contingente: nel solo mese di maggio 2017 sono stati notificati, dall'Azienda Ospedaliera di Terni e dai medici di medicina generale dell'area sud della Usl Umbria 2, 30 casi di morbillo. Di questi, 8 (26,6%) hanno riguardato operatori sanitari dell'Azienda Ospedaliera.

Per concludere, i risultati della ricerca suggeriscono tra gli operatori sanitari l'esistenza di un diffuso e radicato sostegno alle politiche vaccinali immediatamente precedenti alla riforma dell'obbligatorietà del Dl Lorenzin, contestualmente ad un approccio rispetto alle proprie immunizzazioni raccomandate globalmente buono, ma con certi spazi di miglioramento.

Andrea Salvatori, Medico Chirurgo
Giancarlo Pocetta Specialista in Igiene e Sanità Pubblica,
Redattore capo de la Salute Umana

Volume 61, Numero 4

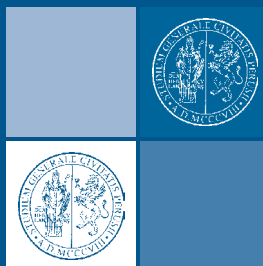
ottobre-dicembre 2017

SISTEMA SALUTE

**La Rivista italiana di educazione sanitaria
e promozione della salute**

rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia

ISSN 2280-0166 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 40) art. 1, comma 1, C/1/RG/110



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Abbonamento (4 fascicoli)

Italia

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 80 / on-line € 50 / cartaceo+on-line € 120

Privati: cartaceo € 50 / on-line € 30 / cartaceo+on-line € 70

Un fascicolo: cartaceo € 16 / on-line € 8

Estero

cartaceo € 120 / on-line € 60 / cartaceo+on-line € 140

Un fascicolo: cartaceo € 40 / on-line € 20

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

codice SWIFT UNCRITM1770

UFFICIO ABBONAMENTI

rivistecespes@gmail.com

tel.: 075.585.7357

la salute umana

LA SALUTE UMANA pubblicata a cura del
CENTRO SPERIMENTALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E L'EDUCAZIONE SANITARIA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA
tel. 075 585.7357 / <http://cespes.unipg.it>



EDIZIONE E DIFFUSIONE
Cultura e Salute Editore Perugia
Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

ABBONAMENTO ANNUALE ITALIA 2018

Enti: cartaceo €40.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 50.00 - **Privati:** cartaceo €30.00 / on-line €15.00 /
cartaceo + on-line € 40.00 - **Un fascicolo:** cartaceo €20.00 / on-line €10.00

ABBONAMENTO ANNUALE ESTERO 2018

Cartaceo €60.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 70.00 - **Un fascicolo:** cartaceo €20.00 / on-line €10.00

TUTTE LE TARIFFE SONO IVA INCLUSA (IVA 4%)

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre
intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770