

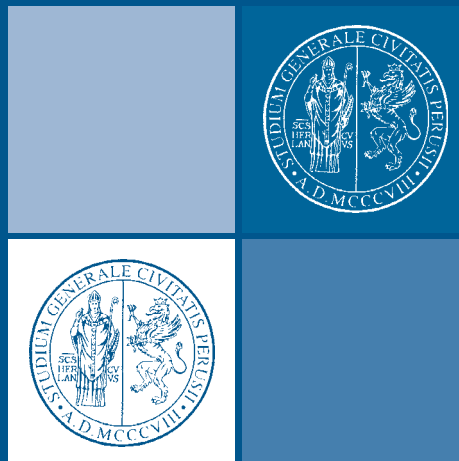
# SISTEMA SALUTE

## 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. 46) art. 1, comma 1, C1/PG/110



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

---

## Modalità di abbonamento 2018

---

*Editore:* Cultura e Salute Editore Perugia  
<http://cespes.unipg.it>  
[rivistecespes@gmail.com](mailto:rivistecespes@gmail.com)

Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

*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](mailto:rivistecespes@gmail.com)

tel.: 075.585.7357

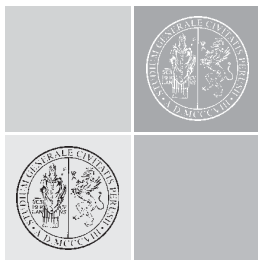
per informazioni: Dott.ssa Paola Beatini - 075. 585.7357

PRINT

Grafox Srl

via Pievaiola, 166 - 06132 Perugia

tel.: 075.5171532



ISSN 2280-0166

# SISTEMA SALUTE

## LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

vol. 62, n.2, aprile-giugno 2018

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

*Direzione e Redazione:* Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-58 / e-mail: paola.beatini@unipg.it / <http://cespes.unipg.it>

*Direttore responsabile:* Filippo Antonio Bauleo

*Presidente onorario:* Maria Antonia Modolo

*Presidente del Comitato scientifico editoriale:* Giuseppe Michele Masanotti

*Redattore capo:* Lamberto Briziarelli

*Segretario di redazione:* Paola Beatini

*Editing:* Grafox Srl

*Comitato scientifico editoriale:* Francesco Bottaccioli, Società Italiana di Psiconeuroimmunologia (SIPNED), Roma / Eric Breton, INPES Promotion de la Santé, Département Sciences Humaines, Sociales et des Comportements de Santé - SHSC École des Hautes Études Santé Publique (EHESP), France / Riccardo Casadei, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Carla Collicelli, Fondazione CENSIS, Roma / Paolo Contu, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Università di Cagliari / Michele Conversano, Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto / Claudio Cricelli, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) / Paolo Da Col, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano / Enrico Desideri, Azienda USL Toscana Sud Est / Paola di Nicola, Dipartimento Spazio Immagine Società, Università di Verona / Floriana Falcinelli, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / Giuseppe Fattori, Azienda USL Modena / Carlo Favaretti, Società Italiana di Health Technology Assessment (HTA) / Luigi Ferrannini, Società Italiana di Psichiatria (SIP) / Sabrina Flamini, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia / Fabrizio Fornari, Dipartimento di Scienze Giuridiche e Sociali, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara / Fausto Francia, Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Azienda USL Bologna / Patrizia Garista, INDIRE, Roma / Salvatore Genaci, Area Sanitaria, CARITAS Diocesana di Roma / Gilberto Gentili, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Mariano Giacchi, CREPS, Università di Siena / Guido Giarelli, European Society for Health and Medical Sociology, Dipartimento di Scienze della Salute, Università Magna Graecia, Catanzaro / Margherita Giannoni, Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Perugia / Marco Ingrosso, Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Ferrara / Lynne Kennedy, University of Chester, Department of Clinical Sciences & Nutrition, UK / Domenico Lagravinese, ASL Bari / Gavino Maciocco, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Università di Firenze / Edvige Mancinelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Liliana Minelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Maurice Mittelmark, Faculty of Psychology, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway / Aldo Morrone, Istituto Nazionale per la Promozione della Salute della Popolazione Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà, Roma / Damiano Parretti, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / Rossana Pasquini, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / Giancarlo Poetta, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Walter Ricciardi, European Public Health Association, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma / Pio Enrico Ricci Bitti, Società Italiana di Psicologia della Salute (SIPS), Università di Bologna / Carlo Romagnoli, Azienda USL Umbria 1, Perugia / Roberto Romizi, Associazione Internazionale dei Medici per l'Ambiente (ISDE/ITALIA) / Marzia Sandroni, Azienda USL Toscana Sud Est / Tiziano Scarponi, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / Francesco Scotti, Psichiatra / Vincenzo Nicola Talesa, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Gianfranco Tarsitani, Dipartimento di Scienze Medico-Chirurgiche e di Medicina Traslationale, Sapienza Università di Roma / Enrico Tempesta, Osservatorio Permanente Giovani e Alcool, Roma / Maria Triassi, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Federico II di Napoli / Lenneke Vaandrager, Wageningen University, Group Health & Society (HSO) Department of Social Sciences, The Netherlands / Maria Giovanna Vicarelli, Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali, Università Politecnica delle Marche, Ancona / Mauro Volpi, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Perugia.

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

*Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute, vol. 62, n.2, aprile-giugno 2018*



- 171 *In questo numero*
- Editoriale* 173 Etica e risparmio in sanità: due termini inconciliabili?  
*Ethics and savings in healthcare: two irreconcilable terms?*  
**Graziano Conti**
- Articoli* 179 L'autobiografia, uno strumento di indagine sulle dipendenze  
*Autobiography, a tool for investigating addictions*  
**Francesco Scotti**
- 197 La prevenzione delle dipendenze da sostanze in Italia:  
a che punto siamo?  
*Prevention of addiction in Italy: where are we?*  
**Rosolino Vico Ricci, Luigi Ferrannini, Michele Sanza**
- 208 Formazione interdisciplinare: l'esperienza di un corso elettivo di  
salute globale  
*Interdisciplinary education: experience from an elective global health  
course*  
**Gloria Raguzzoni, Andrea Ubiali, Sara Bontempo Scavo,  
Ardigò Martino**
- 221 Diario della Salute. Percorsi di promozione del benessere tra i  
pre-adolescenti  
*Health diary. Well-being promotion among pre-adolescents*  
**Franca Beccaria, Antonella Ermacora, Laura Marinaro,  
Antonella Roggero, Emanuela Rabaglietti**
- 238 Una scuola alberghiera che promuove salute. Un processo  
di cambiamento tra formazione, relazioni, regole e stili di vita  
*A health promoting catering school: changing process made of training,  
relations, rules and lifestyles*  
**Silvia Masci, Fabiola Stuto, Virginio Beacco, Roberta Sabbion**
- 254 Il progetto diabete: percorso di sanità di iniziativa nell'Azienda  
USL Umbria 1  
*Project diabetes: organization of type 2 diabetes health-care by an  
integrated chronic disease management in the local health authority*

- “USL Umbria 1”*  
Alessandra Rocca, Alfredo Notargiacomo
- 274 Tra cronicità e sostenibilità. Il Population Health Management nel progetto dell’Azienda Usl Toscana Sud Est  
*Between chronicity and sustainability. Population Health Management in the project of the Local Health Unit Tuscany South East*  
Simona Dei, Agnese Verzuri, Maria Giovanna D’Amato, Anna Canaccini, Nicola Nante, Gloria Bocci, Roberto Turillazzi, Enrico Desideri
- 283 “Metti in moto la terza età”: un progetto pilota per un invecchiamento attivo e in buona salute  
*“Get in motion the third age”: a pilot project for active and healthy ageing*  
Claudia Ranucci, Melissa Finali, Emanuele Chiodini, Elisa Reginato, Roberto Pippi, Cristina Aiello, Alberto Tirimagni, Natalia Piana, Livia Buratta, Attilio Solinas, Pierpaolo De Feo, Carmine Fanelli
- Documenti* 296 Dichiarazione di Ferrara sul ruolo delle persone in cura  
Convegno “Quale ruolo della persona in cura? Relazioni di cura, innovazione digitale e cura di sé nel continuum di salute”  
Ferrara, 4-5 maggio 2018
- A Global Charter for the Public’s Health  
World Federation of Public Health Associations

---

## *In questo numero*

Compongono *questo numero* una miscellanea di contributi che spaziano su tematiche diversificate appartenenti al dominio centrale “sistema salute”.

I primi due lavori sono riconducibili al tema delle dipendenze: *Francesco Scotti*, a partire dall’analisi di un testo autobiografico di una tossicodipendente valuta l’utilizzo di tale strumento all’interno dei servizi specialistici per la salute mentale. La raccolta di storie esemplari consente di accedere alla soggettività, al vissuto del soggetto e costituisce per il professionista un’occasione per aprirsi a più ipotesi, all’incertezza e alla complessità di una risposta personale e unica nella presa in carico. *Rosolino Vico Ricci et al* – dopo un esame accurato dei più recenti Report internazionali e nazionali sui consumi di sostanze – presentano l’articolato quadro delle azioni di prevenzione e la valutazione della loro efficacia per la riduzione dell’abuso, evidenziando le prospettive per un rafforzamento degli interventi e i punti chiave sui quali fare leva.

*Gloria Raguzzoni et al* riferiscono una ricerca – formazione – intervento su un Corso di Salute Globale condotto all’Università di Bologna. Fulcro dell’esperienza la partecipazione e l’interdisciplinarietà, entrambi elementi positivi per l’apprendimento e lo sviluppo di competenze dello studente, ma non facilmente assorbibili nei tradizionali corsi di laurea universitari. Il contributo di *Franca Beccaria et al* fornisce la descrizione metodologica del programma “Diario della Salute” rivolto a preadolescenti e realizzato nella scuola con l’obiettivo di promuovere il benessere attraverso il potenziamento delle competenze emotive e sociali e il miglioramento della relazione genitore-figlio. Il progetto costituisce un’esperienza significativa per lo sforzo in termini di valutazione dell’intervento. Tra i risultati si evidenzia l’acquisizione di una maggiore capacità nel riconoscere le proprie emozioni e i propri vissuti, e migliori capacità interpersonali ed empatiche nel relazionarsi con altri significativi. Si è riscontrata un’alta adesione da parte di operatori sanitari, insegnanti e genitori. La finalità principale, da cui nasce e si articola il progetto riportato – nel loro articolo – da *Silvia Masci et al* è quello di favorire la cultura di una “Scuola alberghiera

che promuove salute” integrando in maniera stabile educazione, formazione e norme sul tema del benessere e degli stili di vita sani, attraverso relazioni costruttive tra docenti e studenti. E’ stata utilizzata una metodologia attiva esperienziale: incontri formativi rivolti ai docenti e agli operatori scolastici sui temi del benessere; laboratori su temi di salute; laboratori culinari; laboratori di benessere personale e relazionale; creazione e degustazione di ricette e bevande sane durante la “Giornata della Salute”. Il tutto ha creato un processo di sensibilizzazione nei docenti e nel personale scolastico che ha favorito il miglioramento della qualità degli interventi educativi curricolari.

L’aumento della prevalenza del diabete mellito di tipo 2 ha un impatto rilevante sulla salute pubblica. Una corretta gestione della malattia, attuata dagli stadi iniziali, permette di prevenire l’insorgenza e la progressione delle complicanze; l’assistenza alle persone con diabete può quindi essere considerata un modello per la gestione della cronicità. Il percorso del Progetto Diabete, attuato nell’Azienda USL Umbria 1, prevede l’applicazione del “Chronic Care Model”, caratterizzato dalla gestione integrata e attiva dei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 attraverso la formazione di un team multidisciplinare che coinvolge medici di medicina generale, infermieri dei Centri di Salute e delle medicine di gruppo coinvolte, medici diabetologi e medici di distretto. *Alessandra Rocca et al* ne descrivono le fasi organizzative metodologiche e i primi risultati: si delinea dai dati raccolti un quadro di stabilità clinico-metabolica che consente al paziente di proseguire il percorso nel setting della Medicina Generale, anche nell’ottica di una razionalizzazione delle risorse. Il lavoro di *Simona Dei et al* descrive “Reti cliniche integrate e strutturate”, modello di medicina proattiva per la gestione della cronicità, complessità e fragilità, in accordo con i principi del «Population Health Management» che si sta sviluppando nell’Azienda USL Toscana Sud-Est. Sono riportati i requisiti organizzativi del modello e i primi risultati tra i quali una riduzione di prestazioni specialistiche e del tassi di ospedalizzazione per cardiopatia ischemica. L’aspettativa di vita nella popolazione mondiale è aumentata nel corso degli ultimi anni e nella regione europea il tasso di invecchiamento è il più alto al mondo, il che rende necessario interventi che possano garantire un invecchiamento “sano e attivo”. Il progetto “Metti in moto la terza età” – riportato da *Claudia Ranucci et al* – ha previsto un percorso formativo finalizzato a promuovere tra gli anziani la pratica di un adeguato movimento e corrette scelte alimentari, attraverso un programma di attività fisica e incontri di educazione alimentare. Sono state condotte misurazioni antropometriche e somministrati questionari per valutare l’aderenza alla dieta Mediterranea e lo stato di salute riferito. Il progetto ha portato a risultati molto soddisfacenti dal punto di vista antropometrico e delle abitudini alimentari. Dall’esperienza emerge che un programma che preveda attività motoria strutturata e supervisionata da personale qualificato, insieme a incontri dedicati alla sana alimentazione, può giocare un ruolo fondamentale nel migliorare lo stato di salute percepito dalle persone anziane.

## Editoriale

### **Etica e risparmio in sanità: due termini inconciliabili?** *Ethics and savings in healthcare: two irreconcilable terms?*

Graziano Conti\*

Sempre più frequentemente di fronte ad un Servizio Sanitario socialmente insostituibile ma economicamente insostenibile v'è il richiamo spasmodico e sovente fine a se stesso alla riduzione delle spese e al risparmio.

Non che in passato non vi fosse già questa attenzione.

“Non si può pensare alla sanità come azienda, alla salute come prodotto, al paziente come cliente”. Queste le parole pronunciate dall'allora Arcivescovo di Milano, Carlo Maria Martini, quando parlò di etica e salute davanti ad una platea attenta e silenziosa, nell'Aula Magna della Sapienza di Roma in occasione della prima giornata della Conferenza Nazionale della Sanità.

Era il 1999, quasi venti anni fa, e il cardinale Martini pur sottolineando la necessità di ritoccare lo stato sociale, rappresentava l'esigenza di non smantellarlo e abbandonarlo ai meccanismi di mercato.

Quaranta anni fa, quando nacque il Servizio Sanitario Nazionale il principio fondante della legge 833/78 era: *da ciascuno secondo le sue possibilità, a ciascuno secondo le sue necessità*. L'ingresso delle categorie economiche ha fatto sì che quel principio si modificasse in: *da ciascuno secondo le sue possibilità, a ciascuno secondo le sue necessità, fino al limite permesso dalle risorse disponibili*.

Era in fondo il passaggio dai “*Livelli uniformi di assistenza*” ai “*Livelli essenziali di assistenza*”.

Ma come ci siamo arrivati?

La medicina moderna ha vissuto lo sviluppo della capacità tecnologica, l'aumento della complessità delle decisioni cliniche e la difficoltà di offrire una informazione corretta ed adeguata ai pazienti; al contempo lo stesso sviluppo della tecnologia e della specializza-

\*Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Perugia

zione in medicina, sebbene abbia aumentato i successi e anche l'evoluzione del concetto di salute, ha però accresciuto la distanza tra medico e paziente. Conseguentemente ha introdotto l'economia industriale e nuovi problemi etici.

Ma con la medicalizzazione abbiamo assistito alla trasformazione di fenomeni che non appartengono necessariamente alla medicina in problemi medici. La medicina si è trovata ad inglobare nel suo terreno settori sempre più ampi di disagio che, per la sua stessa natura, tende a medicalizzare, mentre dovrebbero essere affrontati con diverse misure.

Il paradosso, drammatico e un pò beffardo, della medicalizzazione della società è che esso non produce una comunità sana, ma una società malata.

Una società medicalizzata è, inevitabilmente, una comunità costituita da persone i cui bisogni sanitari aumentano a dismisura, e l'offerta, inevitabilmente, condiziona la domanda.

Dall'altro lato infatti vi è il rafforzamento di una medicina specialistica o ultraspecialistica. La specializzazione della medicina è il segno tangibile del progredire delle conoscenze scientifiche e del contemporaneo apparire di strumenti diagnostici e terapeutici derivati dalla applicazione scientifica. Ma la specializzazione è separazione: separazione tra assistenza e terapia con le conseguenti difficoltà di comunicazione e con una maggiore distanza tra medico e malato e porta a al diffondersi di tecnologie e strumenti sempre più precisi, probabilmente più validi, ma sicuramente più costosi.

Nello stato sociale la sanità è un servizio pubblico e qualsiasi cittadino dovrebbe poter ricevere l'assistenza sanitaria di cui ha bisogno indipendentemente dal tipo di attività che svolge. In questo contesto il medico è abituato ad agire secondo il principio di beneficiabilità, il paziente richiede il rispetto del principio di autonomia, il terzo pagante si regola secondo un principio diverso dalla beneficiabilità del medico e dell'autonomia del malato: il principio delle terze parti, ovvero della società, che è, o dovrebbe essere, quello dell'equità. Con l'intervento attivo dello stato in ambito socio – sanitario prende corpo un rapporto medico paziente non più lineare ma triangolare. Dei tre principi, diversi tra di loro, autonomia e beneficiabilità riguardano il bene individuale della persona, mentre la equità tende al bene comune e, spesso, sono conflittuali. Altrimenti, le scelte di economia sanitaria tradotte nel concreto significherebbero opportunità di salute offerte ad alcuni cittadini e sottratte ad altri soprattutto in una Regione, come la nostra, che nei quaranta anni che ci separano dalla istituzione del SSN ha visto notevolmente modificata la sua demografia (tabelle 1 e 2) con conseguenti problematiche sociali e sanitarie legate alle polipatologie, alla cronicità, alla non autosufficienza.

L'etica medica non è abituata a ragionare con le categorie dell'economia che perseguono un obiettivo utilitaristico, computando i costi e i benefici e utilizzando le teorie delle decisioni razionali e si trova costretta in breve tempo a utilizzare strumenti dei quali capisce poco l'uso e il consumo.

Classi di età	Numero abitanti	Percentuale / totale abitanti
65 – 69	43.635	4,46 %
70 – 74	30.709	3,84 %
75 – 79	20.837	2,60 %
80 – 84	12.023	1,50 %
85 – 89	5.344	0,67 %
90 – 94	1.341	0,17 %
95 – 99	248	0,0 %
100 +	18	0,0 %
<b>TOTALI</b>	<b>114.155</b>	<b>14,24 %</b>

Tabella 1- Popolazione sopra i 65 anni in Umbria, 1978

Classi di età	Numero abitanti	Percentuale / totale abitanti
65 – 69	56.495	6,4 %
70 – 74	46.584	5,2 %
75 – 79	45.875	5,2 %
80 – 84	35.251	4,0 %
85 – 89	24.308	2,7 %
90 – 94	11.398	1,3 %
95 – 99	2.580	0,3 %
100 +	324	0,0 %
<b>TOTALI</b>	<b>222.815</b>	<b>25,1 %</b>

Tabella 2- Popolazione sopra i 65 anni in Umbria, 2017

Così il medico del SSN, con qualsiasi rapporto di lavoro operi, si trova nella difficile posizione di essere medico di fiducia del singolo assistito, con tutto ciò che questo comporta in un rapporto duale e, dall'altra parte, fiduciario del sistema di cui deve garantire funzionamento, efficienza, e sopravvivenza.

In questo scenario irrompe il concetto di appropriatezza.

- Secondo il dizionario Zingarelli è “appropriato” ciò che risulta adeguato, ad esempio a una circostanza, preciso, ad esempio in risposta a determinati bisogni, calzante, soprattutto con riferimento a espressioni verbali o linguistiche, opportuno, aggiungendo ai significati precedenti una sfumatura di buon senso o buon gusto.
- In generale, al centro del concetto risiede dunque l'idea che un'espressione verbale o un comportamento, ma anche un'azione, una scelta, una decisione, sia appropriata quando risulti “adatta, conveniente, giusta” per la situazione in cui si verifica.
- Il concetto di appropriatezza che si è andato sviluppando nell'ambito dei servizi e dell'assistenza sanitaria trova ovvie radici in questi significati; in termini più specifici, una cura può considerarsi appropriata quando sia associata a un beneficio netto o, più precisamente, quando è in grado di massimizzare il beneficio e minimizzare il rischio al quale un paziente va incontro quando accede a determinate prestazioni o servizi.

Secondo la definizione RAND: una procedura è appropriata se:

- il beneficio atteso, ad esempio un aumento della aspettativa di vita, il sollievo dal dolore, la riduzione dell'ansia, il miglioramento della capacità funzionale, supera le

eventuali conseguenze negative come mortalità, morbosità, ansia, dolore, tempo lavorativo perso, con un margine sufficientemente ampio, tale da ritenere che valga la pena effettuarla. Al contrario, viene considerata inappropriata una procedura il cui rischio sia superiore ai benefici attesi.

Nel Glossario del nostro Ministero della Salute, infine:

- L'appropriatezza definisce un intervento sanitario quale esso sia preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo, correlato al bisogno del paziente o della collettività, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

Peccato che quello stesso Ministero con il Decreto 9 Dicembre 2015, cosiddetto Decreto Lorenzin, abbia dato una diversa interpretazione al concetto. Si indicava ai medici, per decreto, confondendo criteri di erogabilità ed appropriatezza, una c.d. *appropriatezza prescrittiva* per indagini e prestazioni minuziosamente elencate in 208 esami diagnostici, indagini radiologiche e prestazioni odontoiatriche, peraltro con macroscopici svarioni sotto l'aspetto clinico e scientifico, al fine di contenere la spesa, con minaccia di sanzioni patrimoniali ai sanitari prescrittori.

Con questo non si può dire che non ci siano spazi per una maggiore attenzione alle spese. Proprio nel Maggio di quest'anno l'OMS ha pubblicato il suo primo *Essential Diagnostics List*, un catalogo dei test necessari per diagnosticare le condizioni più comuni e una serie di malattie prioritarie globali. L'elenco è costituito da 113 esami: 58 test elencati sono per il rilevamento e la diagnosi di una vasta gamma di condizioni comuni, fornendo un pacchetto essenziale che può costituire la base per lo screening e la gestione dei pazienti e delle principali patologie. I rimanenti 55 test sono progettati per l'individuazione, la diagnosi e il monitoraggio di malattie "prioritarie" come l'HIV, la tubercolosi, la malaria, l'epatite B e C, il papillomavirus umano e la sifilide. In un periodo come il nostro della nuova mania della corsa ai test genetici, del consumo sfrenato di TAC e risonanze è un notevole richiamo alla ragione e alla ragionevolezza. In fondo come quando una quarantina di anni fa la stessa OMS pubblicò l'elenco dei farmaci essenziali, intendendo che ve ne fossero di "non essenziali".

Ed è a proposito di farmaci che se confrontiamo ad esempio i dati per la spesa per farmaci (tabella 3), che non rappresenta la voce più importante per il FSN, ma quella più facilmente documentabile, tra le varie regioni, notiamo una variabilità che non trova corrispettivo con i dati di morbosità e mortalità e ci accorgiamo che ci sono reali spazi di miglioramento.

Se poi confrontiamo (tabella 4) i dati della P.A. di Bolzano (spesa minore) con la media nazionale, con quelli della Liguria (spesa maggiore) e con quelli dell'Umbria, soprattutto nella prima colonna, che è quella che incide sulla spesa pubblica, il concetto ne esce rafforzato. Tutto è possibile, a patto che siano chiari i nostri principi e cioè che:

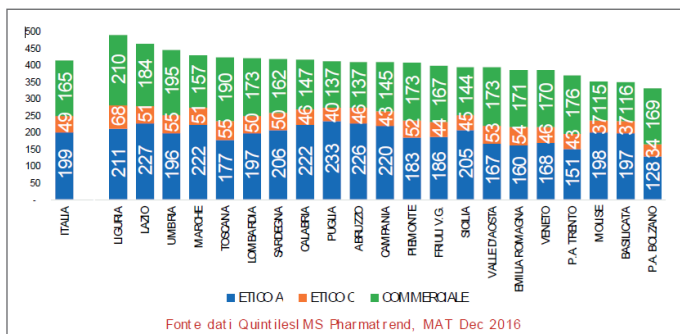


Tabella 3- Spesa per farmaci pro capite 2016: tutte le regioni

	Spesa Etico A	Spesa Etico C	Commerciale	TOTALE
Media Italia	199	49	165	413
P.A. Bolzano	128	34	169	331
Liguria	211	68	210	489
Umbria	196	55	195	446

Tabella 4- Spesa per farmaci pro capite 2016: alcune regioni

- l'appropriatezza, è patrimonio della professione;
- richiede la necessità di applicare il ragionamento clinico e comporta una assunzione di responsabilità nel rispetto della persona che curiamo, come soggetto unico e irripetibile tenendo conto della sostenibilità del sistema.

È in fondo quello che è scritto nell'Art. 13 del Codice di Deontologia Medica:

### ***Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione***

*La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico. La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza.*

Questo articolo è fondamentale all'interno del codice ed è da ritenere, indubbiamente, punto di snodo dell'intero impianto codicistico.

È stato uno degli articoli maggiormente approfonditi proprio per la significatività degli elementi contenuti nel testo stesso, primo fra tutti l'introduzione del principio dell'uso appropriato delle risorse economiche, principio che non può, comunque, condizionare

l'autonomia del medico nelle appropriate scelte diagnostiche e terapeutiche. Si tratta di un principio voluto proprio perché rispondente a indirizzi e scelte ormai acquisiti a livello nazionale e internazionale. In questo senso è stata sottolineata la necessità di una equa allocazione delle risorse economiche a disposizione, anche attraverso la responsabilizzazione del medico, nell'interesse dell'intera collettività.

Già nel Manifesto di Bioetica Laica del 1996 il quarto principio recitava:

*"... Garantire ad ogni individuo un accesso a cure mediche che siano dello standard più alto possibile, relativamente alla società nella quale egli vive e alle risorse disponibili. Si tratta di una conseguenza di quella idea di equità che ispira i rapporti sociali nelle democrazie moderne, e che rispetta sia i sentimenti di libertà sia i sentimenti di eguaglianza profondamente diffusi tra i cittadini... Se all'equità non verrà dato un contenuto reale i progressi delle tecnologie biomediche rischiano di non diventare accessibili ai membri più deboli della società".*

L'appropriatezza così intesa è prioritariamente un dovere etico e professionale per il medico e non può essere imposta per legge in quanto costituente della professione. È la classe medica che deve rivendicare l'appropriatezza, e la necessità di fare investimenti veri, uscendo dalla logica secondo la quale il risparmio è la fonte degli investimenti. Il pareggio di bilancio, per il decisore politico e gli amministratori, deve essere il mezzo per ottimizzare l'uso delle risorse, non l'unico fine da perseguire. L'appropriatezza delle cure non genera in assoluto risparmi immediati, ma migliore assistenza, ed è questo il nostro obiettivo.

E se ciò non bastasse ce lo ricorda la Sentenza della Corte di Cassazione - Sezione Penale, IV - N. 8254 / 2011:

*"A nessuno è consentito anteporre la logica economica alla logica di tutele della salute, né diramare direttive che, nel rispetto della prima, pongano in secondo piano le esigenze dell'ammalato ... Prima di tutto i medici devono rispondere al loro codice deontologico in base al quale hanno il dovere di anteporre la salute del malato a qualsiasi altra diversa esigenza e, pertanto, non sono tenuti al rispetto di quelle direttive laddove esse siano in contrasto con l'esigenza di cura del paziente, e non possono andare esenti da colpa ove se ne lascino condizionare, rinunciando al proprio compito e degradando la propria professionalità e la propria missione a livello ragionieristico".*

## L'autobiografia, uno strumento di indagine sulle dipendenze *Autobiography, a tool for investigating addictions*

Francesco Scotti

*Psichiatra, Docente della Scuola COIRAG di Roma, già Direttore del Dipartimento Salute Mentale della USL di Perugia*

*Parole chiave:* autobiografia, servizi per le dipendenze, sociologia qualitativa, tossicodipendenza

### RIASSUNTO

La sociologia qualitativa ci legittima a utilizzare, come è stato fatto in questo articolo, l'autobiografia di un tossicodipendente per illuminare l'entrata in, e l'uscita da, uno stato di dipendenza da sostanze. L'autobiografia è stata riassunta e ne sono state tratte ampie citazioni per illustrare le diverse fasi di una storia di dipendenza e caratterizzare i momenti di passaggio di significato patogenetico e patomorfosico. Il modello che ne scaturisce andrà valutato su una casistica più ampia per suggerire miglioramento nelle attività di cura.

*Keywords:* autobiography, service for addiction, qualitative sociology, addiction

### SUMMARY

Qualitative sociology legitimizes us to use, as has been done in this article, the autobiography of a drug addicted to have a clear picture of the entry into, and exit from, a state of substance dependence. The autobiography has been summarized and extensive quotations have been drawn to illustrate the different phases of a history of dependence and to high light the road from a pathogenetic to a pathomorphological significance. The model will have to be evaluated on a higher number of cases in order to suggest improvements in care activities.

---

Autore per corrispondenza: francescotti@navigio.net

## Premessa

In una esplorazione sistematica delle fonti di informazione finalizzata ad una conoscenza più approfondita del molteplice mondo della tossicodipendenza non può sfuggire la testimonianza dei diretti protagonisti quando abbiano lasciato tracce della propria storia. In questo articolo a tal fine verrà utilizzata una singola autobiografia nell'ipotesi che un tale lavoro contribuisca a correggere le strategie di cura delle dipendenze.<sup>1</sup>

È oramai legittimata dalla sociologia contemporanea l'idea che, se la finalità principale della ricerca è comprendere il comportamento e non quantificare, classificare o produrre dei modelli di comportamento, lo studio della vita di un singolo individuo è una fonte significativa, se non la principale, cui far ricorso. Quindi una singola esistenza è in grado di illuminare comportamenti simili di altri individui. È stato detto che "una storia individuale si presenta come una mediazione dialettica tra l'esperienza soggettiva e le regole sociali di gruppo" (1). Uno degli interessi per *le storie di vita* nasce dalla convinzione che dalla loro conoscenza può derivare una maggiore comprensione di un fenomeno diffuso penetrando, per così dire, all'interno. Se il protagonista di una vita è lo stesso autore del racconto si aggiunge al fascino di una esperienza diretta l'accesso a un punto di vista di un protagonista sulla sua epoca (2).

Il termine *comprensione*, che è stato qui usato, rimanda ai modi in cui ci appropriamo della molteplicità di significati che un evento manifesta. A questo proposito è stato inventato il termine di *immedesimazione* per descrivere un meccanismo ipotetico in grado di darci ragione di quella misteriosa capacità, che qualche volta ci riconosciamo, di capire i comportamenti di un nostro simile e partecipare emotivamente alla sua vita, sentirci con lui in sintonia, intuire le sue motivazioni e prevedere le azioni che seguiranno. Quando cerchiamo di descrivere con più chiarezza cosa sia l'immedesimazione parliamo di un "mettersi nei panni dell'altro", con ciò volendo intendere che saremmo in grado di recitare la parte che il soggetto sta vivendo, pur non essendo lui. Più semplicemente potremmo definirlo un *esperimento mentale*: ci si immagina di mettersi al posto dell'altro e di impegnarsi nel suo stesso modo, e con ciò verificare se questa esperienza venga da noi vissuta con senso di congruità. È mentale perché non si manifesta all'esterno e segretamente sostituisce una comunicazione, verbale o no, che permetterebbe di avviare, con un soggetto di fronte a noi, un dialogo, attraverso cui verificare una comprensione reciproca. "Comprendere è comprendersi reciprocamente" (2).

Il fine del procedimento non è fare previsioni ma facilitare la esplicitazione delle condizioni, delle cause, delle motivazioni che hanno reso l'evento quello che esso è. Con la biografia raccogliamo elementi qualitativi (sarebbe improprio chiamarli dati) che sono

---

1. È stata già lamentata, in un recente numero della Nouvelle Revue de Psychosociologie, la mancata costruzione di relazioni tra il sapere profano dei consumatori di droghe e il sapere medico dei sanitari che si occupano di loro (citato in F. Scotti, Editoriale, Sistema salute 60/2, aprile-giugno 2016, pag. 13).

dell'ordine degli indizi: a partire da essi possiamo formulare ipotesi, aprire indagini conoscitive sistematiche o, più semplicemente, avviare una ricerca-azione che permetta di introdurre elementi nuovi nella realtà operativa. Con l'autobiografia siamo nell'ambito della raccolta di storie esemplari, con un maggiore accesso alla soggettività del protagonista ma anche con il limite di non poter intervenire con domande per chiarire i punti oscuri o scavalcare le difese del soggetto come si potrebbe fare in un'intervista.

Non si può chiudere questa nota critica senza accennare a "la questione della validità delle autobiografie, del loro valore di verità in riferimento agli eventi oggettivi e soggettivi che descrivono. In primo luogo occorre scontare l'effetto selettivo e distorto della personalità del narratore... Per quanto riguarda poi i processi mnemonici è noto che, nel richiamare alla coscienza eventi vicini o lontani, intervengono ogni sorta di meccanismi di difesa dell'ego, di pulsioni aggressive, di sentimenti di superiorità o di colpa"<sup>(3)</sup>.

Si può concludere che un resoconto autobiografico non è utilizzabile immediatamente come documento di rilevanza sociologica. Non solo occorre prudenza ma anche la disponibilità di un criterio per neutralizzare le presunte distorsioni e parzialità.

L'approccio è quello di un'analisi fenomenologica rinunciando a metodi più sofisticati che dovrebbero garantire alla ricerca qualitativa una maggiore affidabilità. Perciò non sarà possibile attribuire ai fenomeni, che si presentano in successione temporale, un legame causale. Il legame evidenziato è solo quello vissuto dal soggetto che narra gli eventi e comunica le motivazioni coscienti delle azioni.

## Una storia di vita

Il testo qui esaminato è oggetto di una tesi di laurea, "Attraversare la tossicodipendenza"<sup>2</sup>, in gran parte dedicata all'autobiografia di una tossicodipendente. Questa tesi è scandita in tre momenti: prima, durante e dopo la dipendenza da eroina. Una ragazza di 20 anni passa, nel corso di 10 anni, da una situazione di bisognosa di cure al ruolo di curante: diventa operatore di una unità di strada e poi operatore domiciliare di un Ser.T. Da questa storia, raccontata con sincerità e realismo, senza retorica, estrarrò citazioni che esemplificano le varie esperienze che vengono a segnare la carriera di un tossicodipendente. Il percorso, in questo caso, ha avuto un esito particolare: quello di mettere in grado la protagonista di usare la propria esperienza per comunicare meglio con altre vittime della dipendenza, aiutandole in un percorso di salvezza e, qualità non secondaria, presentandosi quale testimone credibile di un cambiamento possibile.

Prima di occuparci della evocazione della propria storia da parte dell'autrice sarà bene rispondere a una domanda che forse il lettore si porrà fin dall'inizio: quale sia il significato che attribuisce al racconto che fa; al di là delle giustificazioni formali che l'hanno spinta a rendere visibili i propri pensieri per gli altri, quale sia il vantaggio per sé di una simile

2. Vedi Nota in ultima pagina del presente lavoro.

esposizione. Nel testo non si trova una risposta diretta a questa domanda; con ciò siamo autorizzati a dare ciascuno la propria. La mia, alla fine della lettura, è che l'autrice abbia voluto rintracciare un senso complessivo nella propria vita e, con la scrittura pubblica, dargli una oggettività, renderlo cioè un impegno da non dimenticare, una testimonianza di cui fruire personalmente, a costituire un'ancora in ogni futura tempesta.

Il racconto incomincia con *“il ricordo di una lunga fila di croci”*, una immagine che descrive il destino di un gruppo di amici che hanno in comune l'esperienza dello sbalzo, realizzato con ogni sostanza offerta dal mercato. È questo l'emblema che dominerà tutta la vicenda, anche se la presenza di qualcuno che l'ha potuta raccontare potrebbe farcelo dimenticare. Il documento in esame sarà utilizzato per illustrare sia l'entrata in questa cultura che l'uscita. Ritengo che siano più facilmente caratterizzabili i passaggi di uscita, e quindi più facilmente applicabili ad altri casi, perché troppo variegato è l'insieme delle condizioni cui ciascuno attribuisce la spinta iniziale verso la dipendenza per poter costruire una qualche graduatoria dei fattori di rischio: così gli uni propongono un dissesto familiare, gli altri una infanzia punteggiata da atteggiamenti abbandonici da parte dei genitori, altri ancora, al contrario, un'educazione troppo rigida, fondata sulle punizioni più che sulle gratificazioni, altri infine la ricerca delusa di una esperienza illuminante che dia senso alla vita, o, più semplicemente - e semplicisticamente - la frequentazione di cattive compagnie. Il primo passo che più frequentemente si riscontra è l'abbandono, da parte del singolo, di molti contatti, politici culturali amicali amorosi, nei quali egli aveva confidato per sostenersi. Ammesso che quelli dichiarati siano i fattori di rischio sarebbe pressoché impossibile proporre adeguati fattori di protezione perché essi dovrebbero influenzare pressoché ogni settore della vita associata e in particolare dell'allevamento e dell'educazione degli esseri umani.

È evidente che stiamo parlando di una tossico-dipendenza giovanile, cioè quella che si colloca all'inizio dell'adolescenza, nel momento della vita in cui si presenta la necessità di alcune scelte fondamentali che peseranno sul resto dell'esistenza.

Per punteggiare la drammaticità della storia ho introdotto l'artificio letterario di articolare in scene il racconto, con titoli miei che pertanto non sono nell'originale. Le citazioni dalla tesi sono in corsivo.

## **Atto primo**

### *Scena prima: una crisi adolescenziale*

*“Tutti i miei punti di riferimento erano spariti, come neve al sole. Dovevo vivere una nuova e diversa esistenza e non c'era assolutamente nulla di allettante in ciò”.*

*“Ero sola, il mio mondo, le mie certezze erano scomparse tutte, c'era da dubitare che qualcosa fosse mai esistito, ma se era esistito era meglio dimenticarlo, perché il ricordo era dolorosissimo. Forse dentro di me sentivo tanto dolore, un senso infinito di perdita, di rimpianto, di sconfitta,*

*di impotenza, qualcosa che mi dava tanta rabbia. Non sapevo, e forse non potevo, dargli un nome, però faceva male, tanto male.”*

### ***Scena seconda: un amore ed una socializzazione alternativi***

In questo vuoto, attraverso una storia sentimentale, entra in contatto con i vari personaggi del mondo dei tossici. “*Con lui piano piano conobbi tutti*”, e fa un elenco di nomi, cognomi, soprannomi, che va avanti per una pagina, e che si interrompe solo per non annoiare il lettore, non perché l’enumerazione sia esaurita.

*“Io ero tra le più giovani e in quel momento la vita spericolata mi affascinava e la trasgressione mi sembrava l’unica risposta appagante.*

*Improvvisamente davanti mi si para la libertà senza impegno, senza regole, senza doveri: loro parlavano di viaggi, di musica, di sbalzo. La politica e tutto il resto erano lontani. Mi sembrava la risposta giusta alla mia frustrazione, alla mia impotenza. Loro mi sembravano molto più contro il sistema dei miei grigi e lontani compagni di partito e di vita, così logici, razionali, impegnati, e così falsi, persi dietro i loro patetici giochi di potere! Loro sì che erano everivi: non rispettavano nessuna regola, andavano dietro i bisogni, i sentimenti, la voglia bruciante di vivere, adesso, qui e subito, provare tutte le esperienze e provarsi!*

*All’inizio mi limitavo a bere e a guardare, stupita e affascinata, tutto quello che gli girava intorno; a volte fumavo ma il fumo non mi piaceva un granché, né per la “botta” che mi dava, né, soprattutto, per il senso di nausea che mi provocava quasi subito; loro fumavano con disinvoltura, come fossero veramente sigarette, mentre io alla terza boccata già stavo male e vomitavo disperatamente. Con l’alcol invece andava decisamente meglio, potevo berne una discreta quantità prima di avvertirne gli effetti; anzi, tranne un paio di volte, nonostante le bevute, conservavo sufficiente lucidità per tornare a casa da sola e dritta sulle gambe; in questo campo cominciavo a farmi un “nome”. Anche con i trip andava meglio: i trip sono gli acidi, ossia sostanze esclusivamente allucinogene, tipo LSD, mescalina e peyote. Il loro uso non dà assuefazione psico-fisica, ma produce effetti, a volte anche devastanti, sul sistema nervoso centrale, alterando in maniera molto consistente la realtà e le capacità visive, uditive ed olfattive, in pratica modificando sensibilmente la percezione del reale. Di acidi non ne ho fatti tanti, credo una decina, ma tutti molto belli, tranne uno che sul finale si trasformò in un incubo e che per tale motivo fu anche l’ultimo. Furono proprio gli acidi a farmi fare il gran salto, cioè ad introdurmi definitivamente e decisamente nel giro.*

*Cosa sentivo dentro in quel periodo? Non lo so, era tutto così confuso, così irrealistico rispetto a quello che era stato il mio mondo fino ad allora. Sembrava tutto bello: quello che c’era fuori di me e della mia casa era tutto fantastico, era come se mi trovassi in una delle tante canzoni della West Coast, in un racconto di Kerouac, quella era la libertà, quella era vita!”*

### *Scena terza: io ti salverò, e ci perderemo insieme*

Un altro punto tipico di questa storia è l'esperienza di un legame amoroso che incardina definitivamente la protagonista nella tossicodipendenza, a partire dal progetto di salvare il partner, perduto appresso alle sostanze.

*“S. mi apparve come il prototipo degli incompresi, così sensibile e fragile, solo contro tutti, in un mondo che gli era ostile e che lui affrontava a mani nude ricevendo botte a destra e a manca. Solo io lo capivo, dunque solo io potevo salvarlo. Credo che, senza avercelo minimamente chiaro, avessi trovato finalmente un senso da dare al mio girare a vuoto nella disperazione che mi serrava la gola: salvare S. e salvare me stessa. Naturalmente finimmo per farci insieme di eroina.”*

*“Fino ad allora non lo sapevo in maniera cosciente ma evidentemente dentro di me ero pronta ormai al grande salto: l'eroina. Del resto proprio questo restava lo scoglio tra me e S., era l'unica cosa che mi facesse soffrire e che finiva per farci litigare. Così mi dicevo che avrei dovuto provarla, dovevo capire cosa ci fosse di tanto speciale in questa cosa che sola poteva dividerci, che poteva essere più insidiosa di qualsiasi rivale, di fronte alla quale vedevo che passava in secondo piano qualsiasi cosa... Inoltre, da quando avevo smesso di farmi gli acidi, ritrovavo a volte la sensazione spiacevole di essere rimasta di nuovo tagliata fuori. Avvertivo il solito sorrisetto di sufficienza che si fa di fronte ai bambini quando vogliono intervenire nei discorsi dei grandi. Io invece avevo un disperato bisogno di appartenenza. Poi mi riusciva intollerabile la distanza che si creava con S. Avevo bisogno di sentirmi totalmente compresa in lui, altrimenti era come se rischiassi di sparire in qualsiasi momento.*

### *Scena quarta: il gruppo e l'estasi*

Accanto a questa motivazione, che sembra giustificata dal legame di coppia, altre se ne aggiungono che appartengono all'ordine della gruppalità. Potremmo parlare della necessità di celebrare il rito in forma collettiva; con la condivisione si realizza una solidarietà e un rinforzo permanente dei legami, il che rende possibile superare tutti i dubbi e le pressioni esterne a tornare indietro. Ma questa globalità contiene anche una emulazione che riguarda la capacità di realizzare una esperienza perfetta.

*“Ricordo una sensazione di calore e di luce. Per provare a descriverla userò un'immagine oramai stereotipata: il nirvana. Lo stato di grazia assoluto può e deve essere per forza in quel modo, sensazioni più belle non ne ho mai provate nemmeno in sogno. Non esiste niente a cui possa fare riferimento, niente che si possa solo lontanissimamente avvicinare. Precipito come in un sogno, è tutto lontano da me ma presente. Niente, nessuno, nulla può toccarmi. Sono in uno stato di perfetta beatitudine”.*

Un altro elemento che emerge con chiarezza dal racconto è l'effetto che l'aver superato il rischio di morte nell'uso di sostanze produce sulla stima di sé: essa viene rinforzata dall'aver vinto una sfida estrema.

*“Tutto finiva, sempre di più, per convincerci del fatto che fossimo praticamente invulnerabili, sicuramente diversi dagli altri. A noi non sarebbe mai successo quello che si leggeva nei giornali o si sentiva alla televisione. Anzi, probabilmente erano solo notizie false, la realtà era diversa. Solo noi sapevamo come stavano realmente le cose. Di fatto era come se ci sentissimo sempre più una casta a sé stante”.*

L'esperienza iniziale del farsi è idilliaca, ma destinata a finire.

*“Nei primi tempi non c'è l'altra faccia della medaglia perché, innanzitutto, non hai bisogno di grandi quantità di sostanza, poi non hai bisogno di farti con urgenza, di farti in quel momento, perché ancora non stai male, ancora non conosci l'astinenza. Quindi non c'è tutta la parte brutta della roba: dover correre, andarla a cercare, trovare i soldi, preoccuparsi di come fare e già pensare al dopo... Tutto questo non c'è ancora e ciò ti porta ancora a dire: vedi, la dipingono come una cosa così dannosa e invece...”*

Una restrizione nella percezione del mondo intorno a sé porta a trascurare i rischi.

*“Fino ad allora soltanto in rare occasioni mi ero resa conto che c'era anche qualcuno ridotto male. Ma, innanzitutto, il gruppo che frequentavo non era in quella maniera: si trattava di un gruppo della città bene; quindi questi ragazzi, tutto sommato, non erano costretti a fare cose turpi perché avrebbero avuto sempre un paracadute. In secondo luogo, se potevano esserci casi diversi, di persone che erano veramente messe male, sicuramente questo era dovuto a problemi loro ma, altrettanto sicuramente, questo non sarebbe stato il mio caso: io non ero in quella maniera”.*

### **Scena quinta: La dipendenza e la bugia, tanto smetto quando voglio**

La fase successiva è quella dello “smetto quando voglio” ripetuto indefinitamente a consolazione delle sofferenze che incominciano ad accompagnarsi all'uso. Solo tardivamente, e dopo il superamento della dipendenza sarà possibile che affiori la consapevolezza sul meccanismo che rendeva inefficace il proposito:

*“L'aspetto peggiore dell'eroina, aldilà degli effetti della sostanza in sé, è proprio il tipo di vita che ti porta a fare, nonché l'assoluto progressivo straniamento dalla realtà, inteso proprio come straniamento dalla quotidianità. Entri in un circuito ed in un modo di vivere completamente diversi da quelli in cui vive la maggioranza delle persone”.*

E si arriva al punto in cui è l'eroina a dettare le regole, invece che essere semplicemente usata come era avvenuto fino ad allora. Questo cambiamento si ripercuote su tutte le relazioni personali ancora esistenti che vengono degradate.

*“Da quel momento in poi smisi anche di tentare di smettere; mentre prima, sia a me stessa che agli altri, raccontavo un sacco di frottole sulla mia capacità di controllo nei confronti della sostanza dopo mi infastidiva anche il più piccolo accenno. Del resto non mi importava più nemmeno di nascondermi, di fare finta che andasse tutto bene, diventavo sempre più sgradevole ed era come se ci provassi gusto... La finzione non mi interessava più, non mi preoccupavo*

*più di quello che potessero o non potessero pensare gli altri, se lo sapessero o non lo sapessero, niente più mi riguardava”.*

### **Scena sesta: la paura e la disperazione**

Occorre che il mondo, che è a contatto con te, cambi radicalmente perché si affacci, come primo segnale di una valutazione realistica, la paura.

*“Ci si rende conto che con questa roba si muore, si muore davvero, che muore proprio la gente vicino a te. In generale che con l'eroina si potesse morire, credo lo sapessimo tutti... ma pensi sempre che non succederà a te. Queste morti invece coinvolgono proprio in prima persona perché si tratta di amici con i quali si sono condivise tante cose e con i quali si era cresciuti insieme fin da piccoli.”*

*“Dentro di me c'era solo la disperazione più pura e la disperazione senza soluzione di continuità ti abbruttisce fin nelle fibre più profonde, tutto diventa miserando e squallido, dentro non hai e non senti più nulla, solo vuoto; quello che hai dentro si riflette sul fuori e vivi nello squallore, nel degrado, nella disperazione ed è solo squallore e degrado e disperazione quello che ti circonda e del quale ti circondi. Inizia così quella spirale della quale si osservano, nelle nostre strade, i risultati: i tossici che come immondi spettri popolano le nostre vie e le nostre piazze, che ci fanno paura e ci mettono a disagio; sono proprio questi ragazzi e ragazze che hanno attraversato la linea della disperazione e della morte di un pezzo vivo della loro anima. Cominciai non solo a farmi d'eroina tutti giorni - come, peraltro, accadeva già da qualche tempo - ma, per la prima volta, a farmi ripetutamente nel corso della stessa giornata e questo divenne la regola. Mi facevo tutte le volte che potevo, quasi in maniera indipendente dallo stato di bisogno fisico; non c'era più niente a trattenermi, non c'era più nulla oltre l'eroina, tutto ruotava intorno ad essa; diventai, insomma, un'insulina che cammina, espressione che si riferisce alle siringhe che si usano per iniettarsi l'eroina, appunto quelle stesse utilizzate dai diabetici per l'insulina.*

*In questo mio cieco proseguire verso l'annientamento, conobbi, man mano, persone sempre più abbruttite e squallide; non c'era più nulla di letterario in questo, non erano fiori del male, non erano nemmeno il letame di De André, erano solo poveri cristi, quando non erano proprio loschi, beceri e squallidi figuri. Io che tante volte avevo riso di certi stereotipi, cercando di esorcizzarli con un minimo di ironia, ora mi compiacevo di usarli; così, spesso mi trovavo ad usare quel gergo della malavita di piccolo, se non infimo, cabotaggio che trasforma la polizia in “Madama”, una perquisizione nella “perquisita” e chiunque in un infame, a volte anche “fracico”.*

### **Scena settima: il crollo**

Il passaggio alla fase che segna la fine di ogni speranza è messo dalla protagonista in relazione con la morte del padre con il quale, dopo una lunga scomunica reciproca, aveva

ripreso contatti frequenti, e ciò era avvenuto durante la sua malattia. In quel periodo aveva scoperto che c'era sempre stato un segreto legame percepito attraverso una costante nostalgia.

Qui troviamo un punto delicato della vicenda: evitando di affermare nessi causali tra i due eventi resta comunque l'idea che un trauma giustifichi il precipitare in una voragine che era stata fino ad allora solo sfiorata. La qualità di irreversibilità con la quale viene vissuto l'evento traumatico porta ad abbandonare non solo l'idea, bugiarda, di "io smetto di farmi quando voglio" ma anche a rinunciare al minimo proposito di prestare attenzione a qualcosa di vitale intorno a sé che anche nella bugia era presente.

*"Avevo bisogno di cancellare tutto, di dimenticare ogni cosa, di distruggere, ammesso che fosse rimasto ancora qualcosa, tutto quello che potesse rappresentare il passato; quello l'avevo portato via con sé mio padre. Di fatto, finché papà era ancora in vita, non avevo mai considerato veramente definitiva quella scelta, era come se fossi convinta che si trattava di un momento particolarmente difficile e brutto, per superare il quale ci sarebbe voluto un pò di tempo in più ma, prima o poi, sarebbe finito e tutto sarebbe tornato come prima".*

Ma sarebbe improprio definire questo cambiamento come una regressione, benché ne abbia molti caratteri: infatti troviamo una deriva sociologica verso il basso, con l'abbandono di ogni compito lavorativo e con un disinteresse per ciò che la gente poteva pensare di lei, una semplificazione dei bisogni e dei desideri, una polarizzazione del pensiero intorno ad una routine quotidiana semplificata. Dominante è il fatto che tutto questo sia al servizio della volontà di costruire una immagine di sé negativa, una intenzione caratterizzata da un allontanamento attivo, e non da indifferenza.

*"Avevo sempre sentito il bisogno, forte, di appartenere a qualcosa per non sentirmi sola e fuori luogo; ora il bisogno di appartenere diventò un imperativo categorico ed urgente; dovevo appartenere per non scomparire, semplicemente per esistere, perfino biologicamente; dovevo appartenere ad un qualcosa che non avesse più nessun legame, neppure vago, con quel passato doloroso nel quale avrei potuto essere e non ero stata, del quale non potevo più recuperare nulla e che mi straziava l'anima con il ricordo.*

Ma questo residuo di volontà non è sufficiente a sottrarre l'individuo alla legge dell'eroina.

*"Non capivo più quale fosse la realtà. Di bello in questa storia non c'era più niente, niente di eroico né di trasgressivo, niente dell'essere contro o alternativo; avvertivo ormai solo il dolore dell'essere presa in un meccanismo veramente infernale, ma francamente non sapevo, né vedevo, come poterne uscire. L'unica cosa certa era che non potevo fare a meno dell'eroina, anche perché le volte che mi era capitato di restare senza, il morso dell'astinenza era stato quanto di più orribile si possa immaginare.*

## **Atto secondo: la cura**

### *Scena prima: la criminalizzazione*

Come si interrompe questa “caduta libera” che sembrava inarrestabile? Grazie a un incidente giudiziario che manda la protagonista alla “pena alternativa” della comunità terapeutica. Una modalità sfortunata per uscire da un destino di morte o un esempio di applicazione del principio “a estremi mali, estremi rimedi”?

Qui sembra che una separazione dal consueto contesto di vita sia un elemento favorevole al superamento della dipendenza e la costrizione ne sia un elemento costitutivo. Si può convenire che il contesto di vita del soggetto tossicodipendente sia completamente impenetrabile a qualunque azione di cambiamento; oppure, più semplicemente, che il contesto in cui vive il tossicodipendente è già isolato, perché costituito da persone che si sono separate dal più ampio contesto sociale, quello così detto normale, dove normale non è un giudizio di valore ma solo una definizione statistica. Queste precisazioni servono a giustificare, per quanto è possibile, la violazione del principio, che ha caratterizzato la psichiatria rinnovata, che custodia e cura siano in alternativa e che non sia possibile un reale intervento terapeutico in contesti carcerari.

Di solito si giustifica l'isolamento e la costrizione sostenendo che l'uso di sostanze psicotrope, che provoca dipendenza, modifichi lo stato fisico del cervello con effetti psichici secondari, con la necessità di uno stato di astinenza prolungato, che non deve essere interrotto, per recuperare l'integrità precedente.

Se riportiamo le notazioni critiche sulle esperienze comunitarie della protagonista non è solo per dar conto delle sue difficoltà di adattamento al regime coatto, ma per illustrarne i limiti di efficacia. Il suo atteggiamento prevalente si caratterizzava il più delle volte con l'espressione da ripetere a se stessa: “*Chiudi un occhio e tira avanti, prima o poi finirà*”.

### *Scena seconda: il lavoro forzato*

Critica delle c.d. “comunità lavorative”

*“Le ritengo completamente inutili. Non mi appartiene, infatti, il concetto di espiazione di una colpa, né ritengo che una persona profondamente sofferente e devastata come il tossicodipendente possa trarre un qualche beneficio dal solo lavoro fisico e manuale e da un non meglio definito contatto con la natura. Ritengo inoltre che questi progetti, pur ammantandosi dietro termini altisonanti quali ergoterapia, quando non sono in assoluta cattiva fede, pecchino senz'altro di ignoranza e pressapochismo.”*

### *Scena terza: la convivenza coatta*

Critica della comunità terapeutica

*“La Comunità terapeutica, come era stata concepita inizialmente, presenta, a mio avviso, molte similitudini con l'istituzione totale di cui parla Goffman allorché descrive le struttu-*

re ospedaliera e manicomiali. Innanzitutto le comunità sorgono in luoghi lontani ed isolati rispetto alla società civile e se è vero che prevedono, dopo un periodo di tempo di circa due anni, la fuoriuscita del soggetto dalla struttura, è anche vero che questa è l'unica, sostanziale, differenza con l'istituzione totale. Infatti, all'interno della comunità, tutto il potere è detenuto dallo staff, che decide il programma terapeutico nei suoi modi e tempi di realizzazione.

L'utente è costantemente relegato dall'altra parte della scrivania e l'unica autonomia che conserva riguarda la sua capacità di affidarsi o meno, in tempi più o meno lunghi, allo staff. Anche il rituale non differisce, in maniera sostanziale, da quello di un'istituzione totale: gli effetti personali e la persona stessa vengono sottoposti a perquisizione. - la spoliazione di qualsiasi tratto distintivo nell'abbigliamento, monili e bigiotteria, vestiti particolari e, nel caso di donne, prodotti di bellezza e per il trucco, compresi creme e profumi.

Ricordo a tal proposito che quando arrivai a B. avevo con me una busta piena di pupazzi di peluche che mi avevano seguito in tutta la mia vita, da una casa all'altra, in ogni situazione, rappresentando in fondo l'unico flebilissimo legame tra me e il mio animo. La mia disperazione e la mia rabbia dovettero essere molto convincenti perché, tra lo stupore di tutti, salii le scale che portavano alle camere stringendo la mia preziosissima busta. Altra caratteristica, a mio parere, di profonda somiglianza tra la comunità terapeutica e l'istituzione totale è la presenza di infinite regole che scandiscono non solo l'intera giornata, ma ogni azione del soggetto, fin nei minimi particolari.

Mancanza di autocritica nello staff

“Non mi è mai capitato di cogliere alcuna forma di messa in discussione né dello staff, né del programma stesso; la ricaduta è un problema che riguarda unicamente il soggetto; di grande conforto sono, inoltre, le statistiche che rassicurano sul fatto che, inevitabilmente, in terapia è fisiologico un certo numero di ricadute. Il soggetto, pertanto, cessa di essere un individuo in carne ed ossa e diventa un x %.

### Scena quarta: l'uscita

Importanza della personalità “premorboza”

“Una delle costanti che ho riscontrato è rappresentata dal tipo di storia che ognuno di noi aveva alle spalle, ossia la presenza di un prima rispetto all'eroina: tanto più le persone avevano una strutturazione della personalità precedente e diversa dalla condizione di eroinomane, tanto più elevate si sono rivelate le possibilità di uscita e riuscita. Ugualmente tali possibilità sono aumentate nei casi in cui i ragazzi erano entrati in programma prima che l'eroina svolgesse fino in fondo la sua opera devastatrice, quando cioè i soggetti erano più giovani di me e dei miei coetanei. Quindi una prima conclusione può essere rappresentata da questa considerazione: se un soggetto, per strutturazione propria, era riuscito, almeno in minima parte, a salvare qualcosa di sé dall'opera di devastazione prodotta dall'eroina, oppure se il tempo di esposizione a tale opera era stato minore, le possibilità di riuscita aumentavano in maniera

*quasi esponenziale; viceversa nei casi di persone poco strutturate in precedenza, o laddove l'opera distruttrice della tossicodipendenza aveva agito fino in fondo, le possibilità di fallimento assumevano lo stesso grado di potenzialità.*

Il percorso del singolo nella C.T.

Nel corso della permanenza in Comunità terapeutica il giudizio, inizialmente negativo, si modifica. Possiamo ipotizzare che abbia fatto esperienze di accoglienza e di alleanza che prima sembravano impossibili, o che abbia abbandonato il radicalismo ideologico iniziale, o che abbia incontrato qualche personaggio degno di essere idealizzato. Resta tuttavia un atteggiamento critico che però è orientato a ricercare le condizioni che rendano possibile un riassetto della propria personalità che sarebbe difficile realizzare altrove.

*“Le Comunità non rappresentano né l'unica via di uscita dalla tossicodipendenza, né l'unico strumento che sia a disposizione. Le Comunità tuttavia restano uno strumento molto valido pur non essendo il solo; soprattutto non possono operare come istituzioni totali che isolino dalla società civile, il mondo dei sani, dagli appestati da curare e, forse, reinserire. Tornare dalla devastazione che provoca il sentire di avere bruciato se stessi in un anelito di massima libertà, credendo di realizzare, attraverso la bacchetta magica delle sostanze stupefacenti tutte le proprie aspirazioni, al riparo dalle umane paure e debolezze, vuol dire dover ripercorrere, e a tappe forzate, il cammino attraverso i propri sentimenti, accettandosi per quello che si è, cioè un insieme di fragilità e debolezze sicuramente bilanciate da capacità e risorse, che sono però tutte da scoprire e sperimentare... Vuol dire passare attraverso i territori della nostalgia e del rimpianto, accendendo la speranza e l'ottimismo; infine iniziare e portare a compimento un percorso che dal mondo dell'infanzia faccia di noi un adulto tenero e responsabile, che ci consenta di sentirci, con la nostra preziosa unicità, parte di un tutto. Non si può fare tutto ciò da soli; perciò diventano determinanti i compagni di viaggio, con la loro capacità di sostenerci, di accogliereci...”*

L'incontro privilegiato e la presa in carico emotiva

*Quando sono andata a fare il primo colloquio in comunità ero demotivata ed estremamente prevenuta e, oltre tutto mi si è presentato un prete; poi però questa persona mi ha sorriso molto semplicemente, mi ha dato la mano e mi ha detto: Io mi chiamo Paolino, faccio questo e quest'altro. Dopo undici anni di tossicodipendenza per la prima volta mi sono seduta di fronte a una persona con la quale mi sono sentita alla pari e non come la bestia rara, quella che fa paura. Oggi, quando come operatore dell'Unità di strada, avvicino un tossico, per prima cosa gli dico chi sono, come mi chiamo, cosa faccio, come mai sto lì. Continua a funzionare perché persone che per loro natura sono sempre sul chi va là, si dispongono almeno a non aggredirti.*

### **Scena quinta: resurrezione e dedizione**

Dopo la cura, all'uscita dalla Comunità terapeutica, l'autrice si propone come collaboratrice della rete di cura per i tossicodipendenti. Non mi risulta che questo sia un esito

comune . Mi asterrò dal giudicare se sia una buona soluzione il professionalizzare la propria esperienza. Qui, attraverso un'autobiografia interessa individuare i fattori che hanno portato a questa soluzione. Se è vero che non può esserci una terapia efficace senza un'autoterapia, in questo caso un elemento che viene suggerito dal racconto è che sia indispensabile trovare una missione o una vocazione abbastanza forte da contrastare la nostalgia delle sostanze, senza cancellare, criminalizzare, disprezzare del tutto l'esperienza precedente; che sia necessario mantenersi in contatto con essa in modo che mai possa essere vissuta con rimpianto.

Mantenersi in contatto con le persone che animano il sistema di cura sembra essere un compromesso tra due tendenze opposte: uscire con l'idea di un paradiso perduto o con un rifiuto totale dell'esperienza di cura. Nel primo caso ci sarebbe una idealizzazione che, benchè forse un elemento inevitabile nel corso di una cura positiva, rende difficile l'acquisizione di una piena autonomia e, dopo l'interruzione del rapporto, comporta il rischio di ricadute, quasi una vendetta per l'abbandono subito o una punizione per il tradimento agito. Nel secondo caso, il distacco temporaneo dal mondo della tossicodipendenza, la "guarigione", consiste solo nel superamento della dipendenza fisica dalle sostanze e dell'assuefazione ad esse: si tratta di una barriera troppo fragile rispetto all'influenza negativa di eventi che riavvicinino i soggetti alle sostanze.

Una professionalizzazione, come quella di cui stiamo parlando, mantiene vivi tutti gli elementi critici nei confronti del sistema, con l'impegno di contribuire a superarli; non porta cioè a un atteggiamento imitativo o a un comportamento gregario, ma obbliga a valutazioni e iniziative continue.

In questa storia troviamo l'assunzione di vari compiti che vanno dalla collaborazione all'accoglienza in una Comunità Terapeutica, all'inserimento in una Unità di strada, agli interventi come operatore domiciliare di un SerT.<sup>3</sup>

Esperienza dell'unità di strada

*“Come operatore dell'unità di strada mi sono trovata a raccattare delle persone e a non sapere dove e a chi rivolgermi, o perché si trattava di persone che avevano due o tre problemi al tempo stesso (ad esempio abusavano sia di sostanze stupefacenti che di alcolici), o perché avevano problematiche relative alla propria sessualità (l'omosessualità, tanto per fare un esempio, nella nostra società non è ancora molto bene accettata): in quel momento, su questa persona chi aveva la competenza? Il Goat, il SerT, o il servizio psichiatrico? Dato che ognuna delle strutture alle quali ci rivolgevamo ci diceva che quel caso non era di propria competenza, la persona che volevamo avvicinare ai servizi diventava per noi quasi un peso, del quale non sapevamo come liberarci.*

---

3. Tutto questo è stato possibile perché si tratta di servizi che collaborano con cooperative sociali.

## **Necessità di un cambio di strategia**

*“Si può constatare, nella quasi totalità dei casi, che nelle attuali strategie di intervento non si persegue più la logica dell'emergenza andando a rimorchio del fenomeno che si intende contrastare; non si agisce più adeguandosi a ciò che accade e tenendo conto soltanto degli umori dell'opinione pubblica, ma si comincia a delineare una strategia complessiva e comune che tiene conto delle esperienze del passato, dei metodi sperimentati da soggetti diversi, delle nuove scoperte, dei passi in avanti fatti dalla ricerca, sia in campo medico che sociale. Sono state create delle reti di comunicazione e scambio fra i servizi e fra questi e altre realtà che operano nello stesso ambito: si pensi al coordinamento tra le comunità terapeutiche, ai convegni, incontri ed iniziative promossi dai Ser.T., alla creazione di organismi intermedi come le unità di strada ed i centri di accoglienza diurni, nonché alla progettazione degli interventi dentro le carceri.*

Un'ulteriore notazione si impone: nel racconto emergono elementi apparentemente paradossali, che richiedono una giusta interpretazione. Sembra tipica la comparsa, in qualche fase del trattamento, di un conflitto del paziente con il caregiver, che si manifesta con varie forme di aggressività, fuga, creazione di situazioni in cui il paziente mette in pericolo la propria vita. In queste circostanze vi è il rischio che il trattamento venga interrotto o per espulsione del paziente o perché, fuggito, non viene inseguito e contattato. Spesso, più spesso di quanto abitualmente si pensi, abbiamo a che fare con prove estreme cui il paziente sottopone il curante per saggiarne l'efficienza e l'efficacia; o, con linguaggio meno burocratico, l'interesse e la disponibilità a mettersi in gioco personalmente. Con queste notazioni intendo sollecitare il sistema dei curanti a identificare i punti di conflitto come possibili punti di svolta piuttosto che, sempre, indizi di fallimento o di rifiuto (spesso il conflitto il paziente ce l'ha con sé stesso prima che con gli altri), il che porterebbe ad una scomunica (in genere reciproca).

Ugualmente pericolosa è la forma opposta: l'idealizzazione del *care giver* (anche se nettamente preferita dai curanti che ne traggono gratificazione), in quanto istituisce una cronicità della relazione di cura e quindi rappresenta un'altra modalità di neutralizzazione dell'efficacia della terapia.

Non ci si deve meravigliare di tutto questo perché è inscritto in ogni terapia che la relazione tra curante e curato si muova tra conflitto e adesione eccessiva e sta al terapeuta adattare le strategie per evitare le trappole che nell'oscillazione tra i due poli possono scattare, annullando tutto il lavoro precedentemente ben fatto. Dovremmo imparare a sopportare l'ambivalenza come forma normale delle relazioni tra umani.

## **Un commento**

Questa storia non comune, il cui racconto evidenzia – forse non casualmente – il possesso da parte dell'autrice di una notevole capacità analitica e di una non comune effi-

caccia narrativa, evoca altre storie o, meglio, momenti di altre storie. Tale coincidenza ci è legittima a considerare alcuni passaggi del racconto come tipici. Ma questo è sufficiente a suggerire modifiche delle strategie di intervento dei servizi dedicati alle dipendenze?

Va detto preliminarmente che dal materiale esposto si possono trarre diversi tipi di deduzioni a seconda del livello di lettura praticato.

Al primo livello, per così dire il più superficiale, troviamo gli elementi che sono esplicitamente valorizzati dal testo. Ci è possibile, innanzi tutto, rispondere alla domanda su quali siano le occasioni in cui un tossicodipendente può incrociare un servizio in grado di tirarlo fuori dalla situazione di abuso. Elencando:

- un incidente legato all'abuso (ad esempio le conseguenze di un'overdose);
- un procedimento giudiziario (con o senza carcerazione);
- una sindrome da dipendenza non più sostenibile da parte del paziente;
- un ricovero ospedaliero dovuto a malattie intercorrenti;
- l'inserimento in una comunità.

Va sottolineato che gli obiettivi perseguiti dai servizi specialistici, come il superamento della dipendenza e la terapia sostitutiva, costituiscono occasioni per stabilire una relazione significativa con il tossicodipendente. Si tratta di occasioni che intervengono in genere tardivamente nella carriera di un tossicodipendente. Interventi più precoci a finalità terapeutica, allo stato attuale, non sono ipotizzabili, salvo pensare a un utopico servizio che controlli capillarmente il territorio e vada a caccia di tossicodipendenti non troppo convinti di una scelta di vita fondata sull'uso di sostanze illegali, o comunque disposti a cercare altre vie di uscita da un malessere precedente.

La lezione più forte che viene da questa autobiografia è che l'uscita stabile da una dipendenza è stata possibile solo grazie all'impegno in una impresa importante il cui fascino superava quello delle sostanze. Siamo qui a un secondo livello di lettura e si apre la questione di quale senso della vita si nasconda nella storia della persona che diventa tossicodipendente. Siamo con ciò obbligati a non considerare la dipendenza come un incidente, più o meno duraturo, ma come un'esperienza iscritta in un destino individuale. Quanti sono quelli che hanno cercato di capirlo? Pochi invero, a causa delle difficoltà che comporta l'interrogare queste persone. Abituamente sostituiamo una comprensione che ci sfugge con idee a priori sulle cause generali delle dipendenze e sui rimedi che si propongono per neutralizzarne gli effetti. Esse hanno portato a politiche che si sono rivelate fallimentari e alla rinuncia di progetti ambiziosi che non garantivano immediatamente risultati positivi. Ci dobbiamo chiedere quanto tutto questo sia conseguenza di una visione semplicistica, e in fin dei conti moralistica, della tossicodipendenza.

Bisogna cambiare strategia. Innanzi tutto disarticolare il fenomeno delle dipendenze nelle sue componenti per affrontarle separatamente. Esempio macroscopico: le implicazioni legali e i rischi giudiziari della tossicodipendenza rendono ingestibili le situazioni. Il pri-

mo elemento da neutralizzare è la dipendenza del tossicodipendente dal mercato illegale: una liberalizzazione nel consumo svuoterebbe le carceri e renderebbe più accessibili i soggetti. Una volta compiuta questa operazione c'è una qualche speranza di ottenere risultati apprezzabili attraverso l'uso dei servizi oggi disponibili.

L'autobiografia che abbiamo preso in esame ci suggerisce un terzo livello di lettura, più profondo, ma, anche per questo, più nascosto, quindi necessariamente indiziario. Ci colpisce subito il passaggio della protagonista dall'essere immersa in una dipendenza al prestare aiuto ad altri dipendenti. Certamente in questo passaggio si concretizza la realizzazione di un ideale in grado di dare stabilità ad una vita. Non credo sia necessario trasformare tutti i tossicodipendenti in operatori dei SerT; ma, nel caso concreto, è in questo modo che si è realizzato il passaggio alla vita. Dobbiamo però badare non alla realizzazione contingente ma all'evento che l'ha reso possibile, che è stata l'esperienza di essere presa in carico in modo forte e credibile: vi è stato un momento in cui qualcuno ha colto che esisteva nell'interessata un valore attivo e le ha trasferito la consapevolezza della sua esistenza. Nell'esempio in questione la prova che la vita vale la pena di essere vissuta si appoggia sull'intuizione che è possibile aiutare gli altri a viverla. Qui si apre una domanda che pone una alternativa inquietante: si può aiutare qualcun altro perché si ha l'esperienza positiva di aver aiutato se stessi? O, viceversa, la protagonista può aiutare se stessa in quanto riesce ad aiutare gli altri?

Andiamo a toccare sentimenti che sono difficilmente descrivibili. Possiamo fantasticare che ci sia stata una sorta di imitazione del proprio salvatore, fondata su ammirazione e riconoscenza che, per avere efficacia, doveva essere messa alla prova reduplicando l'azione salvifica.

Si dirà che in questo modo si va oltre i limiti di una cura medica, investendo un campo in cui la trasmissione di un messaggio sembra toccare l'ambito di una fede. Ma non è questo implicito in ogni relazione umana e, in piccola dose, anche nelle relazioni più superficiali? Quel che è salvifico è l'identificazione di un punto forte ancora vitale nell'esistenza del soggetto: a partire da esso sarà possibile costruire il cambiamento. In questa storia è la combinazione di due elementi a costituire l'avvio di un esito positivo: l'essere stata fermata in una caduta libera e l'aver ricevuto un aiuto che andava al di là della problematica della pura dipendenza.

Se, lasciando da parte le contingenze e i vincoli creati dal condizionamento biologico dovuto all'uso di sostanze, ci concentriamo sulla trama essenziale di questa vita, il risultato finale appare in primo piano e valorizza gli accenni ad esso presenti nel racconto e che ci fanno pensare che la protagonista vi tendesse fin dall'inizio. L'indizio dell'intenzione ad aiutare qualcun altro, è costituito, nel caso specifico, dall'alleanza con il proprio partner per farlo uscire dalla dipendenza. Cosa non aveva funzionato in quel caso? La buona intenzione era stata neutralizzata dall'intimazione dell'altro a provare e a condividere la

propria condizione, prima di accettare l'aiuto. Era stato commesso l'errore – se così posso chiamarlo – di identificarsi con la vittima piuttosto che sollecitare la vittima a identificarsi con il suo salvatore.

Naturalmente non possiamo disconoscere che ci siano stati, in questa storia, oltre che esperienze positive e significative, false strade, illusioni e misintendimenti che, come in un labirinto, allontanano dall'obiettivo. Sarebbe stato inutile inseguirla in questa varietà di vicoli, se a qualcuno fosse venuto in mente di farlo; l'importante era incrociarla in un momento di bisogno o di ripensamento. Se, in questi momenti, la nostra protagonista avesse incontrato più precocemente qualcuno che la fermasse e la rimotivasse, l'uscita sarebbe stata forse più rapida e, soprattutto, essa avrebbe corso meno pericoli per la salute e la stessa vita.

Se c'è qualcuno che si assume la responsabilità di svolgere questo compito, tutti gli altri interventi, anche se parziali e discontinui, possono essere messi a buon fine e condurre la persona fuori dal labirinto dal quale vuole uscire. Per far ciò occorrerebbe garantire una presa in carico personalizzata (il che vuol dire innanzi tutto una relazione da persona a persona), stabile e continuata, attraverso tutte le vicissitudini della cura. Si potrebbe definire questo impegno come "affidamento terapeutico" e "affiancamento nella vita".

Qualcuno obietterà che si tratta di un compito impossibile. Ritengo sia possibile a patto che chi se lo assume non venga lasciato solo, ma riceva un sostegno per l'autoriflessione costante sul lavoro e una valutazione nel corso del suo sviluppo, compresa una valutazione realistica della sopportabilità del caso da parte dell'operatore. Può accadere, per fortunate circostanze, che nel corso della sua vita un tossicodipendente incontri una persona forte, in grado di sostenerlo in un cambiamento, anche se apparentemente sembri non richiederlo e faccia di tutto per sottrarsi ad una relazione emotivamente significativa. Ma se questo incontro non avviene, colui che mostra un minimo interesse a uscire vivo dalla dipendenza dovrà fare quasi tutto da solo.

Un operatore capace di svolgere quel ruolo dovrebbe raccogliere in sé competenze molteplici, che gli permettano di affrontare compiti assistenziali accanto a compiti terapeutici, con la capacità di partecipare all'esistenza del paziente per un periodo più o meno lungo di tempo. Ora accade per lo più che un operatore con queste caratteristiche non esista e la sua creazione venga inibita da una malintesa idea di specializzazione che porta a separare l'esecuzione dei compiti e a purificare ciascun approccio perché non sia contaminato dagli altri. Il risultato, non si sa se voluto o accidentale, è quello di scoraggiare una eccessiva vicinanza tra paziente ed operatore. Con tali scissioni che, in vista di una maggiore efficienza, la distribuzione dei compiti all'interno di un'équipe spesso accentua, viene sterilizzata gran parte dell'efficacia degli interventi (5).

P.S: Prima della pubblicazione ho fatto leggere l'articolo all'autrice della tesi che, tra gli altri commenti, ha aggiunto una notazione che mi sembra significativa, per cui la riporto: *L' autobiografia segna per me la conclusione di un percorso di studi antropologici che ho voluto riprendere subito dopo la comunità, proprio per evitare l'autoreferenzialità ed il puro "volontariato" stile dama di carità. L'importanza degli strumenti culturali e tecnici, il desiderio di conoscere, di rimettersi sempre e sempre in discussione, l'approfondimento di quanto ci circonda e la dialettica dello scambio sono essenziali non solo per il lavoro, ma, soprattutto per la relazione, tanto più se la si intende come relazione d'aiuto. Lo studio ed il fare continua esperienza sono, secondo me, l'antitodo migliore alle chiusure ideologiche, alla settorializzazione, alla "specializzazione" e al rischio, infine, di perdere di vista chi si ha davanti e perché.*

#### BIBLIOGRAFIA

1. Cavallaro R. Biografia, in Nuovo dizionario di sociologia. Cinisello Balsamo: Edizioni Paoline; 1987.
2. Gadamer H G. Verità e metodo. Milano: Bompiani, 1983.
3. Gallino L. Autobiografia, in Dizionario di sociologia. Torino: UTET; 2004.
4. Le Grand J. Storie di vita, in Dizionario di psicopsicologia (a cura di J. Barus-Michel, E. Enriquez, A. Lévy). Milano: Cortina; 2005
5. Scotti F. Editoriale, Sistema Salute La Rivista Italiana di educazione sanitaria e promozione della salute 2016; 60 (2): 13-

#### Nota

S. Bruschini, Tesi di laurea "Attraversare la tossicodipendenza: una esperienza di vita", Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, a.a. 1999/2000, Relatore prof. T. Seppilli. Parte del testo è pubblicato in "Fuori del labirinto", Città di Castello, Edimond, 2001; cui fa seguito: "La casa di Piero, sei anni in strada", Perugia Consorzio ABN, 2005.

*Conflitti di interesse dichiarati:* nessuno

## La prevenzione delle dipendenze da sostanze in Italia: a che punto siamo?

### *Prevention of addiction in Italy: where are we?*

Rosolino Vico Ricci \*, Luigi Ferrannini\*\*, Michele Sanza\*\*\*

*\*Psichiatra e psicoterapeuta, già direttore del Dipartimento Dipendenze e Dipartimento Salute Mentale e SERT ASL 5 "Spezzino", La Spezia. "Spezia Salute"*

*\*\*Psichiatra, professore a contratto Università di Genova, Past Presidente Società Italiana di Psichiatria*

*\*\*\*Direttore Unità Operativa Dipendenze Patologiche AUSL Romagna*

*Parole chiave:* interventi di prevenzione, valutazione degli esiti, riduzione uso di sostanze, investimenti

#### RIASSUNTO

Dalla lettura di recenti report (1) sull'efficacia delle attività di prevenzione emerge un quadro abbastanza deludente sia sull'uso di metodi standardizzati e valutati ex post, sia sulla reale capacità delle azioni di far invertire la tendenza, in particolare da parte dei giovani, a ridurre i consumi di sostanze. Tale osservazione viene qui sostanziata con dati epidemiologici di provenienza Europea e Nazionale. Nel corso dell'ultimo decennio si rileva anche una riduzione degli impegni economici da parte dei Governi Nazionali Europei, tranne alcune eccezioni, nel settore della prevenzione dell'uso di sostanze. È probabile che la scarsa efficacia delle azioni ed i minori investimenti possano contribuire assieme ad altri fattori socio – demografici, qui non considerati, al non contenimento del consumo di droghe. Infine si esprimono alcune considerazioni in merito alla probabile maggiore efficacia delle azioni di contrasto alle droghe se si rispettassero alcune delle acquisizioni in relazione ai fattori di rischio per l'uso di sostanze.

*Key words:* prevention, evaluation of outcomes, reduction of substances abuse, resources

#### SUMMARY

The reading of scientific reports (1) on the effectiveness of prevention actions reveals a rather disappointing picture both on the use of standardized and ex post evaluated methods, and on the real capacity of actions

---

Autore per corrispondenza: aferrannini@libero.it

to make the trend reverse, in particular among young people, to reduce the consumption of substances. This observation is here substantiated by epidemiological European and national data. During the last decade there has also been a reduction in economic commitments by the European National Governments, with a few exceptions, in the field of substance use prevention. It is probable that the low effectiveness of the actions and the lower investments can contribute together with other socio - demographic factors, not considered here, to the non-containment of the consumption of drugs. Finally, some considerations are expressed regarding the probable greater effectiveness of actions to combat drug if some of the acquisitions in relation to risk factors for substance use were respected.

## Note sintetiche di natura epidemiologica: i consumi

Definire quanti siano i consumatori di sostanze psicoattive, in Italia ed in Europa, è da sempre, problematico; infatti, dati esatti non si possono acquisire. Si hanno, in ogni caso, report annuali sulle stime di consumo da parte dell'“Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze” di Lisbona. Tale Istituzione Europea si avvale di questionari somministrati in modalità campionaria a vari strati di popolazione delle differenti Nazioni, il tutto seguendo specifiche e rodiate metodologie statistiche. I questionari hanno lo scopo di rilevare i consumi delle differenti sostanze; in modo specifico si distingue tra le esperienze d'uso delle droghe nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni. Si hanno indagini sia sulla popolazione giovanile (2) sia adulta (3). Nello stesso tempo il Governo Italiano pubblica annualmente un report (4) sulla situazione del nostro paese, a completamento delle informazioni già presenti nei report Europei.

Le riflessioni che seguono traggono spunto dai report citati, in essi sono presenti anche capitoli e paragrafi sulle azioni di prevenzione nei diversi paesi Europei, compresa l'Italia, anche questi ultimi saranno utilizzati per gli scopi del nostro articolo.

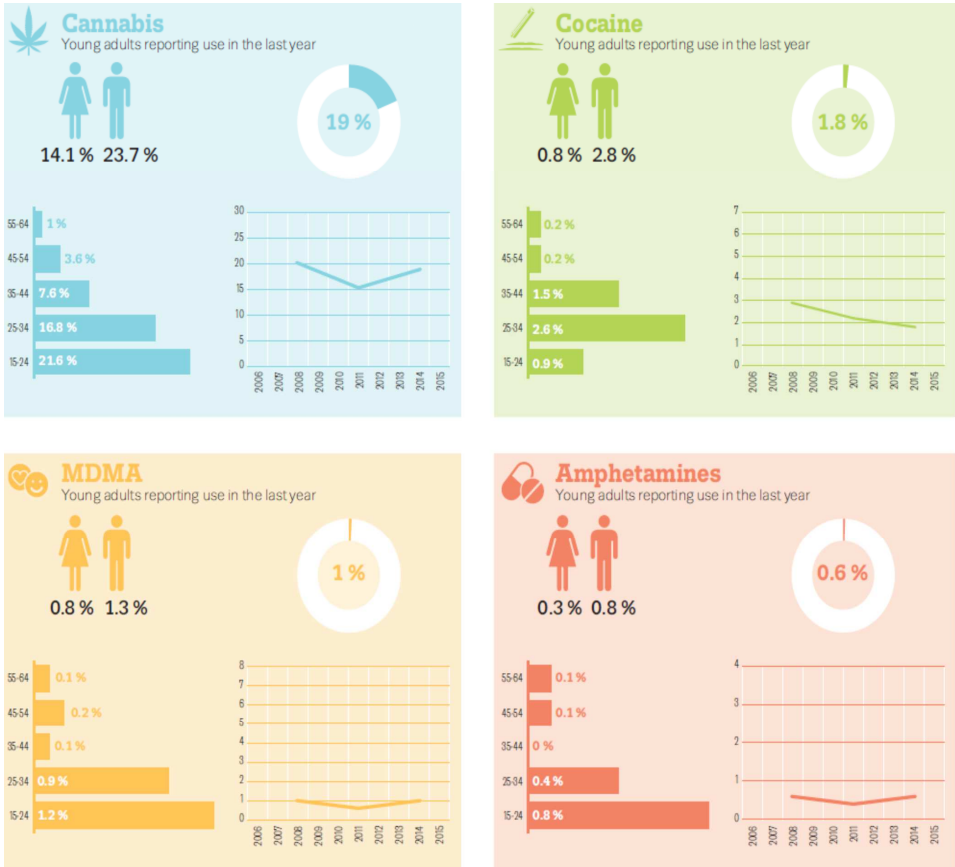
Sostanza	Classi di età	Anno 2016	Anno 2017
<b>Cannabis</b>	Adulti età 15 - 64	22,1 mln (6,6%). Ultimo anno 83,2 mln (24,8%). Arco vita	23,5 mln (7,0%). Ultimo anno 87,7 mln (26,3%). Arco vita
	Giovani età 15-34	16,6 mln (13,3%). Ultimo anno	17,1 mln (13,9%). Ultimo anno
<b>Cocaina</b>	Adulti età 15 - 64	3,6 mln (1,1%). Ultimo anno 17,1 mln (5,1%). Arco vita	3,5 mln (1,0%). Ultimo anno 17,5 mln (5,2%). Arco vita
	Giovani età 15-34	2,4 mln (1,9%). Ultimo anno	2,3 mln (1,9%). Ultimo anno
<b>MDMA</b>	Adulti età 15 - 64	2,5 mln (0,8%). Ultimo anno 13,0 mln (3,9%). Arco vita	2,7 mln (0,8%). Ultimo anno 14,0 mln (4,2%). Arco vita
	Giovani età 15-34	2,1 mln (1,7%). Ultimo anno	2,3 mln (1,8%). Ultimo anno
<b>Amfetamine</b>	Adulti età 15 - 64	1,6 mln (0,5%). Ultimo anno 12,0 mln (3,6%). Arco vita	1,8 mln (0,5%). Ultimo anno 12,5 mln (3,8%). Arco vita
	Giovani età 15-34	1,3 mln (1,0%). Ultimo anno	1,3 mln (1,1%). Ultimo anno
<b>Oppiacei</b>	Consumatori Alto Rischio	1,3 mln 644.000 consumatori in trattamento con sostitutivi. Anno 2014	1,3 mln 630.000 consumatori in trattamento con sostitutivi. Anno 2015
	Casi Mortali di Overdose	82%	81%
<b>Nuove Sostanze Psicoattive</b>		Giovani età 15-24: 3,0%. Ultimo anno. 8,0%. Arco vita	Studenti dai 15 ai 16 anni: 3,0% Ultimo anno. 4,0%. Arco vita

Tabella 1- Consumo di sostanze in Europa nell'ultimo anno e nell'arco della vita. Confronto anni 2016-2017

Nella tabella 1 sono descritti i consumi delle più diffuse sostanze stupefacenti in Europa; si effettua un confronto tra gli anni 2016 (5) e 2017 (3) mediante una elaborazione dei dati forniti nei due report.

L'analisi dei risultati rileva che il consumo di cannabis, in Europa, è al primo posto tra le sostanze predilette, in particolare tra gli adolescenti; il suo uso non accenna a diminuire, anzi tra il 2016 ed il 2017 si valuta un incremento, sia per quel che riguarda i giovani, che gli adulti, sia nel consumo nell'arco della vita, che nell'ultimo anno. Stesso comportamento abbiamo per l'MDMA, sostanza al terzo posto nella classifica, che mostra un incremento tra i due anni considerati. Sostanziale stabilità per cocaina, amfetamine e oppiacei. Tutto questo lo si osserva nel corso degli anni. Possiamo quindi già considerare che in Europa le sostanze tengono le loro posizioni, anzi alcune salgono nei consumi.

Figura 1- Report 2017 dell'EMCCDA. Andamento dei consumi delle principali sostanze di abuso in Italia



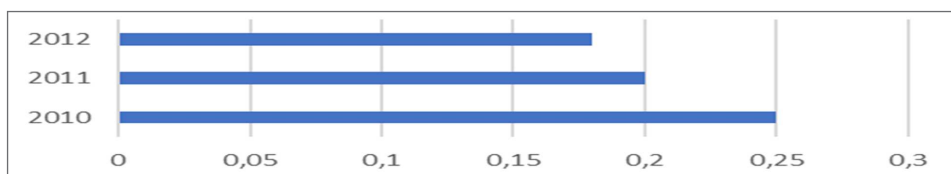
La figura 1, tratta dal Report 2017 dell'EMCCDA (6) descrive l'andamento dei consumi delle principali sostanze d'abuso, in Italia, nel corso degli anni (2006 – 2014) e permette di fare alcune considerazioni rispetto al nostro paese.

Come nel resto d'Europa il consumo di cannabis si trova al primo posto, ma con percentuali superiori alla media europea; si osserva, inoltre, un incremento di consumo, per anno a partire dall'anno 2011 in avanti. Le altre sostanze più utilizzate, nell'ordine, sono cocaina, MDMA e Amfetamine. La sola cocaina assume un trend in discesa mentre le altre in salita. Ci sono quindi molte somiglianze tra l'Italia e gli altri paesi Europei, sostanzialmente il problema delle dipendenze assume, tranne in alcuni paesi e per alcune specifiche sostanze, andamenti e caratteristiche simili in tutta Europa. Tale, di per sé, fatto giustificherebbe modelli di intervento e trattamento simile nelle diverse Nazioni, ad oggi, evento non presente. Allo stesso modo vi sono politiche verso la repressione della diffusione e del consumo differenti tra un Paese e l'altro; il tutto si appiattisce in relazione al modo di diffondersi del consumo; infatti risulta simile in Europa a fronte di diversi approcci. Questa osservazione giustifica il fatto che, sino ad ora, modi efficaci, in assoluto, di fare prevenzione e cura non sono ancora individuati ed attivati.

Nei grafici sottostanti, derivati dalla rielaborazione dei dati pubblicati nel già citato Report 2017, sono descritti gli impegni economici dei vari Paesi Europei, in percentuale sul Prodotto Interno Lordo, dedicati al contrasto alla diffusione e alla riduzione della richiesta di sostanze stupefacenti.

In particolare la figura 2 descrive gli impegni del Nostro Paese, mentre la figura 3 evidenzia il confronto tra alcune Nazioni Europee.

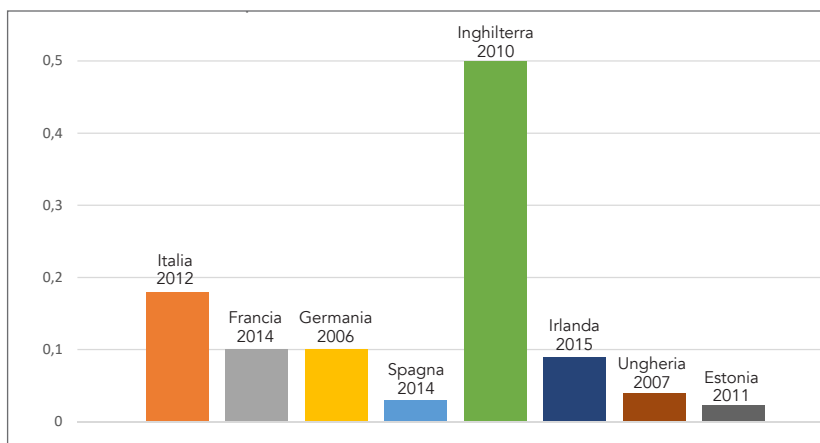
Figura 2- Impegno in % del PIL in Italia per il contrasto alle droghe, anni 2010-2012



Nel Nostro Paese si assiste ad una diminuzione costante negli anni scorsi dei fondi destinati al contrasto alle droghe, infatti non si hanno finanziamenti per progetti di ricerca o di assistenza sociale e sanitaria alle persone in trattamento, ancor meno per la prevenzione. Non vi sono nemmeno notizie sul potenziamento dei Servizi, anzi persiste la procedura del non reintegro delle dotazioni di personale a fronte dei pensionamenti o dei trasferimenti; allo stesso tempo il medesimo personale ha avuto un incremento dei compiti; infatti l'inserimento nei LEA, ad esempio, dei trattamenti per Gambling non hanno portato alle strutture sanitarie i rinforzi necessari; in tale contesto le azioni di prevenzione sono le prime ad essere estromesse dalle attività di routine.

La figura 3 mostra come differenti Paesi Europei di varie aree geografiche, mettano a disposizione per le dipendenze % di PIL assai irrisorie, la media è sotto lo 0,1 %; tranne l'Italia che è leggermente sotto lo 0,2 e la Gran Bretagna che si trova allo 0,5. L'analisi di tali dati mostra inoltre un trend comune nei vari Paesi, la riduzione dei finanziamenti per anno o l'invarianza; inoltre, solo in pochi casi sono forniti dati aggiornati all'osservatorio Europeo di Lisbona.

Figura 3- Confronto tra alcune nazioni Europee % sul PIL



Tali fatti, i dati epidemiologici da un lato e l'impegno economico dei Governi dall'altro, mettono in evidenza una condizione di stabilità nel consumo di sostanze tra i cittadini d'Europa e d'Italia, in particolare, si evidenzia che il consumo di cannabis è in costante ascesa ovunque; a fronte di tutto questo non sembrano esserci in campo azioni significative da parte dei Governi, perlomeno a dedurlo dagli impegni economici.

Le figure 4, 5 e 6 provengono dalla già citata Relazione Annuale al Parlamento Italiano per l'anno 2017; si considerano alcune delle sostanze maggiormente in uso, in particolare cannabis, eroina e cocaina, si evidenzia come nel corso degli anni, circa un decennio, si abbiano fluttuazioni nei consumi in leggera riduzione per oppiacei e cocaina ma non per cannabis, che ogni anno aggiunge consumatori a consumatori. La linea più scura si riferisce alla popolazione giovanile e adulto - giovane dove il tasso di uso è significativo; tali dati confermano che nonostante le azioni di prevenzione, in particolare presso i giovani, risultano non attive nel contrastare i consumi delle sostanze.

In estrema sintesi: "... Il 33% della popolazione fra i 15 e i 64 anni nel corso della propria vita ha provato almeno una sostanza psicoattiva illegale, il dato aumenta fino al 44 % se si osserva la popolazione giovanile fra i 15 e i 34 anni. La Cannabis è la sostanza più utilizzata in assoluto e la diffusione sembra essere aumentata rispetto all'ultima rilevazione effettuata nel 2014.

Figura 4- Trend di consumo negli ultimi 12 mesi di cannabis nella popolazione generale e nei giovani adulti

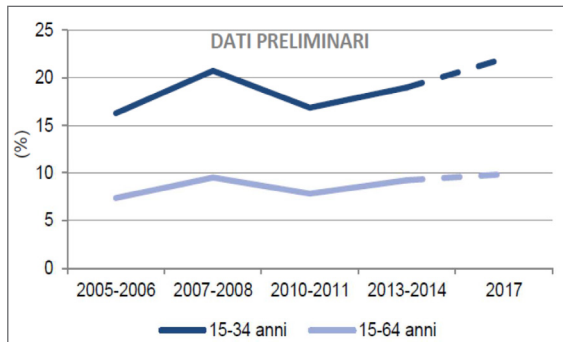


Figura 5- Trend di consumo negli ultimi 12 mesi di oppiacei nella popolazione generale e nei giovani adulti

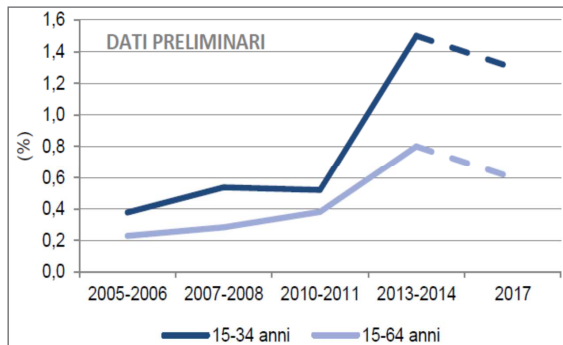
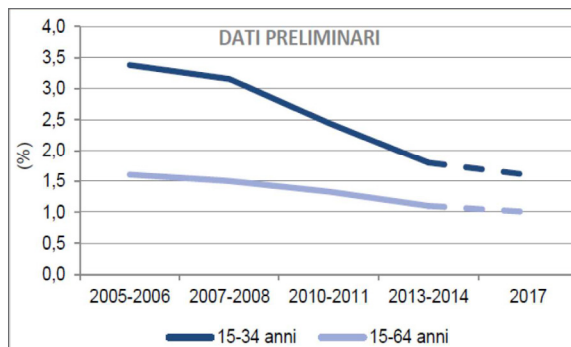


Figura 6- Trend di consumo negli ultimi 12 mesi di cocaina nella popolazione generale e nei giovani adulti



Il 33% degli studenti italiani (circa 800.000) ha provato almeno una sostanza illegale, la più utilizzata è la Cannabis (32%) seguita dalla SPICE (cannabis sintetica) (11%). Il 3,5% ha utilizzato almeno una New Psychoactive Substance (NPS), Il 2% ha assunto una sostanza senza sapere di cosa si trattasse e il 34% di questi ha ripetuto l'esperienza 10 o più volte. Negli ultimi anni si osserva una sostanziale stabilizzazione delle percentuali di consumatori di cannabis e cocaina, mentre per stimolanti e allucinogeni si registra una tendenza alla diminuzione. Il 14% degli studenti consumatori di sostanze illecite durante l'anno è policonsumatore. Il 23% degli studenti utilizzatori di cannabis ha un consumo definibile come problematico ..." (3).

### **Fondi recenti e azioni per la prevenzione**

Gli ultimi finanziamenti per la prevenzione risalgono ad un bando del 2015 emesso previo accordo tra il Dipartimento per le Politiche Antidroga e il Dipartimento per della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale: "... con la finalità di promuovere, nel mondo giovanile, la prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope e stupefacenti con una particolare attenzione alla ricostruzione di un tessuto sociale inclusivo, in grado di sviluppare i fattori di benessere individuali come la coesione e la crescita culturale e partecipativa" (7).

Nello stesso bando sono indicati i settori in cui sono indirizzati i finanziamenti (Euro 8.500.000,00):

I. la prevenzione e il contrasto al disagio giovanile attraverso la promozione di azioni di sistema sui territori che, attraverso l'innovazione sociale ed il lavoro in rete, agiscono per contrastare l'esclusione e la diffusione di comportamenti a rischio, con riferimento all'individuazione e al reinserimento dei giovani NEET;

II. la prevenzione di ogni forma di incidentalità stradale causata dalla guida in stato di alterazione psicofisica per l'uso di alcol-droga correlati;

III. la sensibilizzazione dei minori per favorire un uso controllato e responsabile del web, evitando il loro accesso a siti pericolosi in quanto luoghi di reperimento di sostanze psicoattive dannose per la salute".

Il punto I si occupa di favorire il reinserimento sociale dei giovani che non sono più dentro attività scolastiche, di ricerca del lavoro o di un training di qualche tipo per avviarsi ad una attività. Tale azione è di competenza del Dipartimento Gioventù e Servizio Civile Nazionale; i punti II e III sono invece ad appannaggio del Dipartimento per le Politiche Antidroga, con un totale di 28 progetti finanziati per il secondo settore (€2.464.912,13) e 48 per il terzo settore (€4.092.659,59). Una osservazione condotta sul sito del Dipartimento ([www.politicheantidroga.gov.it](http://www.politicheantidroga.gov.it)) permette di evidenziare i titolari dei progetti, i fondi ricevuti, l'intitolazione del progetto ma non si accede ai contenuti degli stessi; così che non è possibile valutare, in modo specifico di cosa si occuperanno le varie Associazioni, Cooperative e Leghe, assegnatarie dei fondi; allo stesso

modo non risulta facile trovare traccia dei progetti nei siti web degli stessi assegnatari. Si rileva, in ogni caso, che tali fondi definiti nel 2015 sono assegnati nel 2017, appare quindi che i progetti non sono ancora iniziati oppure stanno per esserlo. Leggendo i titoli si deduce che il gruppo II si occupa delle guida sicura ed il gruppo III della istruzione dei bambini e ragazzi all'uso del web, in particolare delle modalità di evitamento del rischio di acquistare droghe tramite Internet. Il tutto si rileva dai Siti WEB degli assegnatari e dai titoli dei progetti, per tale ragione non è possibile fare valutazioni dettagliate o significative sui progetti finanziati.

Attività specifiche sono condotte in ambito scolastico, in particolare negli istituti superiori di I° e II° grado; gli argomenti ruotano attorno alla guida sicura, non sono note azioni di più largo raggio (prevenzione universale, ecc.) o di lungo respiro (progetti che si articolano su più anni scolastici). Allo stesso tempo non sono pubblicate notizie riguardo l'applicazione più o meno sistematica di metodi di approccio alla prevenzione dei disturbi da uso di sostanze, seguendo le evidenze in materia o linee guida Europee o Internazionali.

Dalla già citata "Relazione al Parlamento 2017" nel settore dedicato alla prevenzione si rileva che circa il 50 % degli istituti superiori, ha organizzato attività volte alla prevenzione del consumo di droghe nel 2016, sono però il 25 % gli istituti che hanno progetti in corso più articolati, in genere con l'obiettivo del contrasto all'uso di sostanze. Sostanzialmente viene rilevato un decrescere, nel corso degli anni (2008, 60% – 2016, 50%), dei progetti per la prevenzione, lo studio ESPAD Italia 2009-2016, evidenzia un rapporto egativo tra l'entità delle azioni di prevenzione e la percentuale di consumo di sostanze tra i giovani: al ridursi delle azioni si assiste al crescere dei consumi.

Un ultimo dato riguarda le azioni che interessano il territorio (comunità, famiglie, scuole, ecc.), le informazioni, in questo caso, derivano dalle comunicazioni fatte dalle Regioni, in occasione della realizzazione del Report citato, la cui lettura mostra un interessamento parziale delle Regioni, con coperture variegata nei vari contesti; non sono forniti dati di dettaglio sulle iniziative, sia per quel che concerne la prevenzione universale, sia quella selettiva, sia indicata. La sensazione è che le differenti Regioni si muovano in modo autonomo, in alcuni casi con iniziative di largo raggio, altre con iniziative sporadiche, altre non hanno azioni o programmi in atto.

Una nuova opportunità è rappresentata dalla istituzione presso il Ministero della Salute del fondo finalizzato ad attuare le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione nei confronti delle persone con Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico. Il fondo, istituito con la legge di stabilità 2016, è finalizzato, di fatto, a sostenere le attività aggiuntive nei servizi per le Dipendenze dovute all'inserimento del GAP tra i livelli essenziali di assistenza; sebbene su questo punto esistano notevoli differenze tra le diverse realtà regionali, poiché alcune hanno attivato già negli anni scorsi una consistente rete di servizi

per l'accoglienza dei giocatori problematici. Il Ministero della Salute, con successivo decreto del 6 ottobre 2016, ha stabilito le quote d'accesso per la ripartizione del fondo in base alla popolazione residente, e ha affidato alle regioni il compito di definire un piano strategico di attività per il contrasto al gioco d'azzardo, che includa interventi di prevenzione di cura e di riabilitazione, prevedendo il coinvolgimento degli Enti Locali, della scuola e del mondo del lavoro, in coerenza con il Piano Nazionale della Prevenzione. Il trasferimento alle regioni della competenza di definire i piani attuativi, ha posto in primo piano l'esigenza di responsabilizzare i governi locali sulla definizione delle strategie, contenendo i rischi connessi alla più tradizionale caduta "a pioggia" delle risorse con l'inevitabile dispersione e diversione dalla finalità stabilite dal Governo centrale. Infatti, prevedendo un meccanismo a cascata, anche le Aziende Sanitarie devono definire di concerto con gli Enti Locali del territorio, i piani locali e le conseguenti azioni coerenti con le finalità specifiche del fondo.

## **Conclusioni**

Nel contraddittorio e articolato quadro della prevenzione degli effetti della diffusione delle droghe e delle dipendenze comportamentali, occorre fare qualche riflessione sull'efficacia degli interventi. Premesso che le strategie universalistiche sono considerate troppo costose e soprattutto difficili da verificare dal punto di vista degli esiti, è opportuno rivedere il tradizionale approccio alla prevenzione, intesa come informazione generalizzata nei confronti dei soggetti sensibili, ad esempio i giovani studenti, e focalizzare strategie indirizzate primariamente ai gruppi a rischio individuati attraverso precisi indicatori. In questo senso diviene prioritario utilizzare le informazioni sui fattori di rischio precoci dell'abuso di sostanze per orientare programmi mirati alla riduzione delle conseguenze più gravi. Ad esempio è noto che il fumo di sigaretta in età molto precoce, dai 10 ai 14 anni, è connesso con un più elevato rischio di consumo di sostanze stupefacenti e di tossicodipendenza. Promuovere interventi mirati nelle scuole medie contro il tabagismo, coinvolgendo le famiglie, è pertanto utile ai fini della prevenzione dell'abuso di sostanze futuro. Alla stessa maniera, ulteriori categorie potenzialmente esposte alla tossicodipendenza possono essere rintracciate ponendo attenzione ad altri fattori di rischio riconosciuti. I figli di genitori con disturbi psichici hanno una più elevata probabilità di incorrere nell'abuso e nella dipendenza da droghe legali e illegali e da gioco d'azzardo. Programmi specifici di carattere psico educativo possono essere offerti ai pazienti in carico ai Centri di Salute Mentale per ridurre l'incidenza dei fenomeni d'abuso tra i loro figli. Devono, inoltre, essere considerate le strategie connesse allo sviluppo delle reti di prossimità di cui si sono dotati i servizi per le dipendenze patologiche. La presenza delle unità di strada nei contesti di aggregazione giovanile, nei luoghi del divertimento e nei grandi eventi (sportivi, musicali, ecc.) costituisce una opportunità

privilegiata di venire in contatto con i fenomeni d'abuso, contattare persone in difficoltà, offrire informazioni salvavita e soprattutto la possibilità della prospettiva di un percorso riabilitativo. Ma non è più sufficiente ridurre la presenza delle unità di strada ai contesti sociali in cui giovani si ritrovano per gli happenings. Sono molto interessanti esperienze realizzate in Italia legate alla presenza di operatori di strada nei Pronto Soccorso durante le ore notturne delle giornate dei fine settimana. La casistica che è possibile intercettare in questo luogo privilegiato, adolescenti e giovani adulti in stato di intossicazione da alcool o sostanze stupefacenti, fornisce la possibilità di un immediato contatto e di indirizzare verso i programmi di consultazione dei consultori e dei servizi specialistici quando necessario. Rimanendo in tema di prevenzione nelle scuole, sono molti gli studi che attestano l'importanza di effettuare gli interventi di informazione e di acquisizione di nuove abilità e competenze nel corso della prima adolescenza (8 - 9), che sostanzialmente coincide con l'età dei frequentanti le scuole medie inferiori. È noto, invece che più spesso gli interventi di informazione sulle droghe vengono dispensati prevalentemente nelle scuole secondarie superiori, e spesso sono attivati da concrete preoccupazioni legate all'emersione di comportamenti di abuso tra gli studenti. Nel rivedere le prospettive della prevenzione, auspicando un rafforzamento degli interventi, è pertanto necessario tenere in conto alcuni punti fermi:

- Gli interventi di prevenzione cosiddetta universale, sono molto costosi e poco efficaci. Andrebbero limitati a campagne di informazione mediatica in grado di veicolare messaggi indirizzati a modificare comportamenti a rischio di massa.
- Gli interventi nelle scuole devono riguardare anche, e soprattutto, le scuole medie piuttosto che il livello di istruzione secondaria superiore;
- A livello comunitario sono di gran lunga più interessanti, incisivi e con risultati proporzionati ai costi, gli interventi di prevenzione mirata e di prevenzione selettiva, guidati da criteri scientifici e dalla selezione delle popolazioni bersaglio;
- Gli scenari della prevenzione locale non possono essere confinati nelle azioni dei servizi di settore. Per quanto i Ser.T possano e debbano avere un ruolo centrale, in quanto titolari di conoscenze e competenze specialistiche la vera scommessa si gioca sulla possibilità di attivare interventi di comunità i cui protagonisti siano una pluralità di soggetti istituzionali ed informali.

BIBLIOGRAFIA

1. Kemp C, Llorca P M, Pizon Frank, et all. What's New in Addiction Prevention in Young People: A Literature Review of the Last Years of Research. *Frontiers in Psychology* 2017; 8 July, Article 1131.
2. ESPAD 2015 methodology. ESPAD Report; European Union: Public Office; 2015.
3. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2017), Relazione europea sulla droga 2017: tendenze e sviluppi, Luxembourg: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali dell'Unione europea; 2017.
4. Relazione annuale al parlamento 2017 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Giugno 2017 – Roma: Governo Italiano; 2017
5. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2016), Relazione europea sulla droga 2016: tendenze e sviluppi, Luxembourg: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali dell'Unione europea; 2016.
6. EMCDDA. Country drug report 2017. European Monitoring for Drugs and Drug Addiction. REI-TOX. Italian Focal Point. 2017. Lisbona: EMCDDA; 2017.
7. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento della Gioventù e del Servizio civile nazionale Dipartimento per le Politiche Antidroga. Avviso pubblico: (“Prevenzione e contrasto al disagio giovanile”, per il finanziamento di azioni volte ad intervenire su giovani in condizioni di disagio favorendo l'inclusione e l'innovazione sociale). Marzo 2015.
8. Botvin G, Baker Dusenbury L, Botvin, Diaz T Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association* 1995; 273:1106–1112.
9. Eisen M, Zellman GL, Massett H A, Murray DM. Evaluating the Lions-Quest “Skills for Adolescence” drug education program: First-year behavior outcomes. *Addictive Behaviors* 2002; 27(4):619–632.

*Conflitti di interesse dichiarati:* nessuno

## Formazione interdisciplinare: l'esperienza di un corso elettivo di salute globale

### *Interdisciplinary education: experience from an elective global health course*

Gloria Raguzzoni\*, Andrea Ubiali\*, Sara Bontempo Scavo\*, Ardigò Martino\*

*\*Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI), Università di Bologna*

*Parole chiave:* formazione interdisciplinare, curriculum nascosto, salute globale

#### RIASSUNTO

*Obiettivi:* analizzare l'esperienza di formazione interdisciplinare e partecipativa nell'ambito di un corso elettivo di salute globale.

*Metodi:* lo studio è basato sulla metodologia della ricerca-formazione-intervento partecipata, applicata alla didattica interdisciplinare. Il corso, diretto agli studenti di tutte le discipline, si è svolto presso l'Università di Bologna nell'anno accademico 2016/17. Sono stati utilizzati diversi strumenti di valutazione qualitativa: osservazione partecipante, schede di gradimento e focus group.

*Risultati:* hanno partecipato al corso 37 studenti, eterogenei per anno di corso, provenienza geografica e ambito disciplinare (prevalentemente medicina e antropologia). L'analisi delle dinamiche del corso si è condensata su quattro aree tematiche (setting interdisciplinare, contenuti didattici, sviluppo di soft skills, partecipazione degli studenti), cercando di far emergere, per ciascuna area, gli elementi favorevoli e quelli ostacolanti. Strategie specifiche possono essere messe in atto per affrontare gli elementi individuati, ma non tutte sono applicabili in un contesto sperimentale come quello di un corso elettivo.

*Conclusioni:* interventi di formazione interdisciplinare sono ben accolti dagli studenti, ma si scontrano con molteplici elementi ostacolanti derivanti da un ambiente universitario di tipo monodisciplinare. Per superare efficacemente questi ostacoli è opportuno passare dalla fase di sperimentazione a quella di implementazione strutturale.

*Key words:* interdisciplinary education, hidden curriculum, global health

---

Autore per corrispondenza: gloria.raguzzoni@gmail.com

## SUMMARY

*Objectives:* to analyse the interdisciplinary and participative education experience of a global health course.

*Methods:* the study is based on the participatory training-action-research methodology, applied to interdisciplinary education. The course, open to students from all faculties, took place at the University of Bologna in the academic year 2016/17. Different qualitative methodologies have been used: participant observation, satisfaction survey and focus group.

*Results:* the course involved 37 students, heterogeneous for year of study, provenance and discipline (mainly medicine and anthropology). Thematic analysis of learning dynamics showed four main areas: interdisciplinary setting, educational contents, development of soft skills and students' participation. Each area was then explored in order to detect impeding and supporting elements. Specific strategies can be implemented in order to address these elements, not all of them, though, are applicable to an experimental context like an elective course.

*Conclusions:* interdisciplinary education interventions are appreciated by students, but they collide with many impeding factors, mainly related to the monodisciplinary academic context. In order to effectively overcome these obstacles, a shift from the experimental phase to a structural one is advised.

## Introduzione

Il profilo di salute della popolazione italiana è stato fortemente modificato negli ultimi cinquant'anni dalla transizione epidemiologico-demografica, che ha determinato un progressivo prevalere delle malattie cronic-degenerative su quelle acute ed un contestuale invecchiamento della popolazione (1). Il nuovo paradigma in cui i professionisti si trovano ad operare oggi risulta caratterizzato da una maggiore complessità rispetto al passato: con il prevalere delle patologie croniche i determinanti sociali della salute assumono un peso relativo superiore a quello dei determinanti prettamente biologici, chiamando in causa bisogni che non necessariamente trovano risposta all'interno dell'ambito sanitario. Inoltre, questi stessi determinanti possono subire fenomeni trasformativi anche molto rapidi a causa degli attuali processi di globalizzazione, che possono manifestarsi diversamente a seconda del contesto geografico e sociale (2). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), i cambiamenti osservati sul piano epidemiologico non sono stati accompagnati da un parallelo adeguamento dei percorsi formativi delle professioni sanitarie, il che ha determinato uno scollamento tra profilo epidemiologico e formazione universitaria, a sua volta responsabile di un allontanamento tra reali bisogni di salute della popolazione e competenze offerte dai professionisti sanitari (3). L'OMS pertanto individua nel retraining e nel reprofiling dei professionisti sanitari, e nell'ammodernamento dei curriculum, strategie necessarie per migliorare la capacità di cura e presa in carico dei sistemi sanitari (4). I suggerimenti dell'OMS sono stati raccolti sia a livello internazionale che nazionale e diversi autori hanno segnalato la necessità di ripensare la formazione dei professionisti sanitari affinché questa non rimanga ancorata allo scenario pre-transizione epidemiologica (5,6).

Alcuni tentativi di rinnovare la formazione medica sono stati fatti in Italia in anni re-

centi. Un esempio eccellente è quello dell'insegnamento della salute globale (7), che si propone di collocare l'analisi dei processi salute-malattia all'interno di un ampio contesto ecosociale (8), piuttosto che in un ambiente astratto e decontestualizzato. Altro esempio riguarda l'inclusione nei curriculum formativi delle *Medical Humanities*, ovvero una varietà di contenuti e metodologie che possono spaziare dalla psicologia, alla sociologia, all'antropologia, alla critica letteraria, alle arti figurative, al diritto e alla filosofia, che dovrebbero contrastare il diffondersi di atteggiamenti riduzionistici e sostenere un approccio bio-psico-sociale (9,10). Inoltre sono stati suggeriti alcuni possibili cambiamenti riguardanti il focus della formazione, che potrebbero avvenire in almeno tre diverse declinazioni. Primo: dalla prospettiva ospedale-centrica a quella improntata sulla *Primary Health Care*, per accompagnare la progressiva transizione del sistema sanitario verso l'adozione di nuovi modelli di cure territoriali (11). Secondo: dalla cura centrata sulla patologia a quella centrata sul paziente (12,13), per supportare l'aumento della complessità assistenziale determinato dalla cronicità multipla e dalle fragilità sociali e sanitarie. Terzo: dall'educazione basata sulle conoscenze a quella basata sulle competenze necessarie in un determinato contesto e sul lavoro in team, per supportare processi assistenziali integrati con le risorse territoriali e familiari, così come previsto per esempio dal *Chronic Care Model* (14-16). Questi cambiamenti, associati all'adozione di un modello di formazione interprofessionale, potrebbero contribuire alla costruzione di un sapere interdisciplinare non più parcellizzato e al coinvolgimento di figure professionali diversificate e in grado di lavorare in équipe (17-19). Questo tipo di approccio a sua volta non può prescindere dallo sviluppo e potenziamento di alcune competenze pratiche come le *soft skills* (capacità relazionali, comunicative, autoriflessive e di lavoro in gruppo (20)) che attualmente sono poco presenti nei percorsi formativi tradizionali, per lo più improntati su attività di formazione individuali.

I tentativi di attuare questo genere di trasformazione sono ancora sperimentali e non strutturali, mancando una reale ed effettiva integrazione interdisciplinare all'interno dei curriculum ufficiali. La letteratura inoltre suggerisce la necessità di valutare gli effetti di possibili fattori ostacolanti, che possono frenare il cambiamento. Questi fattori possono essere esplicite caratteristiche dei curriculum formali o possono far parte del cosiddetto "curriculum nascosto", ovvero un insieme di idee, valori, comportamenti e pratiche, mai dichiarati ma in grado di permeare l'istituzione universitaria e di influenzare indirettamente i processi pedagogici (21,22). L'effetto del curriculum nascosto, se non adeguatamente contrastato, può frenare il cambiamento verso un nuovo paradigma educativo anche quando questo venga formalmente accettato (23).

In linea con quanto sopra detto, il Centro di Salute Internazionale (CSI) dell'Università di Bologna ha cercato, a partire dal 2013, di sperimentare nuovi modelli educativi attraverso la proposta di un corso elettivo annuale. Il corso, aperto agli studenti di tutte le

facoltà nell'ottica di creare un setting interdisciplinare, è stato costruito attorno ai temi portanti della salute globale e della *Patient-Centered Primary Health Care*, con un'attenzione specifica allo sviluppo di conoscenze e competenze il più possibile aderenti allo scenario epidemiologico e sociale locale.

Scopo di questo studio è analizzare l'esperienza di formazione interdisciplinare e partecipativa realizzata tramite il corso elettivo.

## Materiali e metodi

Nell'anno accademico 2016/17 il CSI ha organizzato presso il Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica dell'Università di Bologna la più recente edizione del corso elettivo, dal titolo: "Salute globale, determinanti sociali e strategie di *Primary Health Care*". L'obiettivo dichiarato era quello di favorire una comprensione più profonda del significato di salute in un ambiente formativo multidisciplinare, a partire da problemi legati al contesto locale. Il corso, all'interno di un percorso di ricerca-formazione-intervento partecipata (24), ha previsto la collaborazione ed il coinvolgimento di alcuni studenti partecipanti alle edizioni precedenti alla preparazione del corso, nel tentativo di integrare le esperienze dei discenti nella costruzione del curriculum e nelle scelte metodologiche. Le lezioni si sono svolte da marzo a giugno, con 12 incontri a cadenza settimanale di 2 ore ciascuno, effettuati in orario serale (dalle 18 alle 20). La scelta delle tempistiche, effettuata sulla scorta delle esperienze degli anni precedenti, non interferendo con altre attività didattiche obbligatorie, ha permesso di garantire la più ampia partecipazione possibile a studenti provenienti da differenti percorsi formativi. Si è cercato di rendere la partecipazione degli studenti il più eterogenea possibile, dal punto di vista anagrafico, professionale e geografico. Per questo motivo il corso era aperto a qualsiasi facoltà, senza limitazioni di anno di corso o di provenienza. Il corso inoltre riconosceva tre crediti formativi e non prevedeva alcun esame finale, nell'ottica di stimolare la centralità dello studente nel percorso di apprendimento e di autovalutazione individuale e collettiva. Il programma del corso si è articolato attorno ai temi della transizione epidemiologica, dei determinanti sociali di salute e della *Primary Health Care*, analizzati attraverso la lente degli attuali processi di globalizzazione. La didattica si è avvalsa di strumenti il più possibile diversificati: lezioni frontali, didattica non formale e interattiva, con ampio spazio dedicato al dibattito tra gli studenti. Le possibilità di interazione per altro venivano moltiplicate dalla condivisione di uno spazio virtuale (social network), su cui proseguire la discussione al di fuori delle ore di lezione, e dalla compilazione di schede di gradimento anonime che venivano poi ridiscusse di volta in volta in aula. Parte della didattica è stata realizzata attraverso le tecniche del problem based learning (25), assegnando agli studenti dei lavori da realizzare in piccoli gruppi. Queste attività erano mirate all'apprendimento di specifiche conoscenze, ma avevano anche la doppia finalità di favorire lo sviluppo di competenze relazionali,

organizzative, autoriflessive e di lavoro in team attraverso il contatto e la collaborazione diretta.

L'andamento del corso è stato monitorato tramite metodologie di indagine qualitativa (26) come l'osservazione partecipante (raccolta attraverso la redazione di un diario di campo dei tutor) e l'utilizzo di schede di gradimento anonime. Al termine del corso è stato inoltre realizzato un focus group per la valutazione del percorso formativo e per l'interpretazione partecipata dei dati raccolti. I materiali sono stati vagliati attraverso la metodologia dell'analisi di contenuto e triangolati con la produzione teorica internazionale rispetto ai temi rilevati (27,28).

## **Risultati**

Il corso è stato frequentato da 37 partecipanti, tra loro eterogenei per anno di corso, provenienza geografica e ambito disciplinare. Le discipline coinvolte sono state: medicina, infermieristica, antropologia, educazione sanitaria, fisioterapia e psicologia. I partecipanti provenivano da svariate regioni italiane, con rappresentanze dal nord al sud, e da paesi stranieri tra cui Spagna, Brasile e Camerun. Al focus group, realizzato dopo il termine delle lezioni, hanno preso parte 12 studenti. L'analisi effettuata sui diari di campo, sulle schede di gradimento e sulle trascrizioni del focus-group ha permesso di isolare 4 assi tematici principali.

### *Setting interdisciplinare*

Il fatto che i partecipanti avessero background formativi molto diversi tra loro ha determinato inizialmente un rallentamento e un appesantimento della didattica, a causa della mancanza di un linguaggio comune. È stato necessario dedicare molto tempo per livellare le reciproche conoscenze. Questo processo è stato facilitato dall'adozione di uno stile didattico interattivo e informale, che incentivasse la partecipazione attiva degli studenti. Il setting così creato è stato molto apprezzato dagli studenti ("Mi è piaciuto il fatto che le domande fossero prima poste agli studenti e solo successivamente si costruisce la spiegazione"). Dopo le prime lezioni introduttive è stato possibile instaurare un dialogo tra studenti - e tra docente e studenti - via via sempre più efficace. La giustapposizione di punti di vista tra loro molto diversi ha permesso di raggiungere una maggiore profondità di analisi ed una costruzione collettiva della conoscenza ("Mi è piaciuto l'approccio collettivo nel discutere le cose"). A titolo di esempio citiamo due casi, che hanno richiesto un'ampia mediazione. Il primo ha riguardato il tema delle vaccinazioni, un tema caldo nell'epoca del corso per via del dibattito sulla legge sull'obbligatorietà, in merito al quale alla "acritica normatività medica" è stata contrapposta una maggiore problematizzazione su affidabilità delle fonti e conflitto di interessi. Il secondo, incentrato sul piano etico-morale, affrontando il tema dell'accesso alle cure, ha prodotto un confronto trasver-

sale, in cui era il background personale più che quello professionale ad essere messo in gioco. Le occasioni di confronto interdisciplinare sono state ulteriormente amplificate tramite l'introduzione dei lavori di gruppo, che hanno permesso un maggior contatto tra i partecipanti, accelerando la reciproca conoscenza e la condivisione di conoscenze. Più negativo è stato il giudizio degli studenti rispetto alle caratteristiche spaziali dell'aula, pensata per lezioni frontali tradizionali ("Cambiare aula, in modo che possiamo essere tutti sullo *stesso livello*, magari un'aula circolare in cui ci sia almeno più visibilità tra di noi").

### *Contenuti didattici*

Gli studenti hanno manifestato un forte interesse sia per i temi trattati, in generale poco conosciuti, sia per il carattere di interdisciplinarietà con cui sono stati affrontati ("Quelli trattati sono argomenti che si vedono poco o per nulla nei singoli corsi di laurea", "Mi è piaciuto molto il fatto che venissimo tutti da diversi background"). La novità dei temi costituiva in realtà un elemento ambivalente: da un lato c'era il coinvolgimento e l'entusiasmo per argomenti sconosciuti, dall'altro la difficoltà di addentrarsi in un campo di conoscenza estraneo. Alcuni studenti hanno percepito come problematico lo scontrarsi con terminologie specifiche e concetti complessi a volte dati per scontati. La vastità e la complessità dei temi trattati hanno richiesto un grosso impegno da parte degli studenti, con la necessità di tempistiche di approfondimento molto lunghe. ("Due ore sono troppo poche", "Troppa carne al fuoco"). A volte invece proprio la mancanza di tempo ha determinato una carenza di approfondimento ("Per ogni lezione c'era tantissimo da dire di più, ma il tempo era poco, quindi raggiungere alcuni obiettivi presupponeva tante cose prima e a volte c'era l'impressione che la conclusione fosse riduttiva"). La stessa carenza di tempo e la sensazione di avere a che fare con contenuti troppo vasti non ha riguardato solo le lezioni in aula ma anche lo studio individuale ("Volume dei materiali di approfondimento oltre la mia capacità di smaltimento") e la produzione dei lavori di gruppo.

### *Sviluppo di soft skills*

I lavori di gruppo hanno rappresentato un elemento fortemente ambivalente del corso. Il lavoro collettivo è stato riconosciuto dagli studenti come positivo e stimolante ("È stato molto interessante confrontarsi a viso aperto", "Bello essere stati spronati a riflettere su se stessi"). Esso ha permesso di sviluppare la conoscenza reciproca, lo scambio di conoscenze e le competenze relazionali ed autorganizzative. Tale percorso ha inoltre portato alla realizzazione di restituzioni finali, esempio di costruzione collettiva di conoscenza a partire da problemi concreti ("[...] interessante vedere come gli altri gruppi abbiano interpretato la stessa consegna in modo diverso anche se a molti sembrava potesse causare ripetitività").

Allo stesso tempo però le attività di gruppo hanno rappresentato un grosso scoglio per gli studenti che si sono sentiti come arenati davanti ad un compito per cui non si sentivano adeguatamente preparati. La prima criticità osservata è stata la necessità di autogestirsi come gruppo. Gli studenti hanno manifestato una mancanza di competenze in tal senso che è stata più volte esplicitata al docente con la richiesta di approfondimenti teorici specifici. È stata quindi preparata una lezione ad hoc sull'argomento e sono stati allestiti degli spazi dedicati alla "manutenzione" dei lavori di gruppo. Nonostante la presenza di questo supporto didattico, in entrambi i compiti assegnati, i lavori sono stati presentati in ritardo sul tempo previsto. Gli studenti di antropologia sono risultati mediamente dotati di maggior competenza in questo ambito, ed in molti casi hanno guidato i compagni di corso permettendo la realizzazione del compito. Gli studenti di medicina invece si sono rivelati essere quelli meno avvezzi al lavoro di gruppo e per alcuni di loro questa ha rappresentato la prima occasione di collaborazione e dialogo con i compagni. Alla fine del percorso gli studenti sono diventati consapevoli delle proprie carenze nell'ambito delle soft skills, riconoscendo nel loro percorso formativo tradizionale l'assenza di specifici esercizi e pratiche collaborative. Comprensibilmente dunque sono stati apprezzati gli approfondimenti teorici proprio su questi argomenti ("[...] ho apprezzato moltissimo la parte in cui si rifletteva su come si auto-organizzava il lavoro. Riflettere su questa parte è stato molto utile"). Secondo alcuni la lezione teorica avrebbe dovuto precedere lo svolgimento dei lavori ("[...] dare prima strumenti per auto-organizzare il gruppo. Scegliendo magari per ogni gruppo i ruoli, potrebbe essere una spinta per partire un pò meglio.").

### *Partecipazione degli studenti*

La partecipazione al corso è risultata variabile nel tempo, subendo l'effetto di fattori facilitanti e/o ostacolanti. Elementi concomitanti legati all'università come sessioni esami e tirocini obbligatori hanno influito negativamente, scoraggiando la partecipazione. L'estensione delle attività attraverso l'utilizzo di spazi virtuali ha invece permesso una compensazione in senso positivo. Gli studenti hanno partecipato attivamente sui social network, approfondendo i temi di discussione e condividendo materiali ed informazioni su eventi di interesse comune. Per molti dei gruppi inoltre i social network hanno rappresentato lo strumento di base per comunicare ed organizzarsi. La principale preoccupazione degli studenti tuttavia si è concentrata non tanto sulle difficoltà a frequentare il corso elettivo nonostante gli impegni curriculari sovrapposti, quanto sulla possibilità di mantenere e coltivare le competenze apprese nel loro futuro professionale ("Bisognerebbe anche riflettere su dove posso utilizzare e come le competenze e skills apprese prima che si perdano"). Essi hanno infatti lamentato la mancanza di altri percorsi simili a questo all'interno dell'università.

## Discussione

Le Università europee si sono costituite, nel corso dei secoli, principalmente come istituti educativi centrati sulla monodisciplinarietà, con un'organizzazione fortemente strutturata dalla rigida divisione in facoltà e discipline specifiche (29). L'Università di Bologna, fondata nel 1088, non fa eccezione. Nonostante il recente e crescente interesse per la formazione interdisciplinare, all'interno di questo tipo di strutture, esperienze di formazione che possano superare le tradizionali barriere tra facoltà, sono possibili per lo più sotto forma di sperimentazioni o attività informali, poiché non esistono ancora infrastrutture dedicate allo sviluppo e al supporto dell'interdisciplinarietà (30). Il corso elettivo organizzato dal CSI rappresenta un tentativo di superare queste barriere e allo stesso tempo si offre come uno studio di caso emblematico per analizzare le specifiche interferenze che si creano quando si cerca di inserire un'attività di formazione interdisciplinare e basata su metodiche didattiche innovative, all'interno di un contesto tradizionale e monodisciplinare. In particolare abbiamo cercato di far emergere gli elementi facilitanti, che possono essere efficacemente sfruttati per implementare esperienze analoghe, e quelli ostacolanti, che devono essere in qualche modo superati per ottenere una maggiore efficacia di intervento.

La prima questione importante ha riguardato la creazione di un setting adeguato per la formazione interdisciplinare. I principali fattori favorevoli sono stati due: le caratteristiche locali del contesto universitario bolognese e la storia dell'elettivo stesso. Bologna, grazie al suo grande polo universitario offre svariati percorsi di studio, sia in ambito umanistico che scientifico, attirando studenti provenienti da diverse regioni d'Italia e da diversi paesi stranieri. Questo ha permesso di ottenere una notevole eterogeneità per quanto riguarda la provenienza dei partecipanti. La storia pluriennale del corso elettivo del CSI ha permesso inoltre una diffusione e pubblicizzazione del corso tra gli studenti delle facoltà che storicamente hanno più spesso collaborato con il CSI stesso. La realizzazione di attività sperimentali o informali di vario genere permette infatti di creare una rete di relazioni che, sebbene non istituzionalizzata, può essere sfruttata per incrementare il coinvolgimento degli studenti. D'altro canto la carenza di percorsi strutturati e istituzionalizzati ha portato con sé anche una serie di ostacoli per la creazione del setting. La partecipazione degli studenti, elevata per quelle facoltà che, come già detto, erano state precedentemente coinvolte in attività di collaborazione con il CSI, è risultata invece bassa o addirittura assente per le facoltà più "distanti". Questo tipo di disparità non era giustificata dall'impostazione e dai contenuti del corso, volto ad indagare la salute nel suo significato più ampio possibile e dunque in grado di abbracciare potenzialmente tutti gli ambiti (31), ma deriva probabilmente dalla mancata capacità di superare la frammentazione tra facoltà. L'organizzazione del corso, pur con la collaborazione degli studenti che avevano partecipato alle edizioni precedenti, è stata presa in carico dalla sola facoltà

di medicina. Un'organizzazione realmente integrata tra facoltà differenti avrebbe forse potuto rendere disponibile una maggiore quantità di risorse, sia materiali (aule e spazi), che immateriali (conoscenze, strumenti per la didattica, disponibilità di tutor e docenti). Questa limitazione di risorse ha necessariamente condizionato anche la scelta del setting di formazione, interamente costituito da lezioni in aula e senza attività di campo. Oltre ai vincoli di risorse, anche le rigidità della struttura universitaria hanno condizionato spazi e tempi in cui il corso si è potuto sviluppare. La distribuzione delle attività curriculari ha rappresentato per gli studenti un vincolo non modificabile. L'ambiente universitario infatti costituisce una cornice fortemente rigida, sulla quale gli studenti non hanno voce in capitolo (32-33) e l'unico modo per aggirarla è stato quello di sfruttare degli spazi "interstiziali" (34), o a volte addirittura virtuali. Tutte le lezioni infatti sono state effettuate nella fascia tardo-pomeridiana, mentre le attività di gruppo sono state svolte durante gli intervalli di tempo libero.

I contenuti e le modalità didattiche sono stati gli elementi più apprezzati degli studenti. Essi hanno riconosciuto la presenza di un gap formativo, sia in termini di conoscenze che di competenze, che non trovava risposta nell'ambito della formazione universitaria tradizionale. La possibilità di colmare questo gap, sebbene incontri l'entusiasmo e l'interesse degli studenti, si scontra con alcuni importanti fattori ostacolanti. In primo luogo i docenti devono essere adeguatamente e specificatamente formati, sia per l'educazione interdisciplinare (35) che per l'adozione di strategie didattiche specifiche come il *problem based learning* e la didattica interattiva. La letteratura suggerisce che attualmente la presenza e disponibilità di questo tipo di figure dipenda più dall'interesse di ricerca personale che da specifiche linee di indirizzo universitarie (34). In secondo luogo, anche in presenza di docenti adeguatamente formati, il processo di costruzione collettiva di conoscenza su temi di così vasta portata, e a partire da studenti provenienti da background eterogenei, richiede molto tempo. Come abbiamo visto nel nostro corso, sono necessari tempo e impegno per il livellamento delle conoscenze, per la creazione di linguaggi comuni, per gli approfondimenti e il dibattito. In questo contesto la costruzione di conoscenze è limitata dal curriculum ufficiale che lascia poco spazio per le scelte o le inclinazioni individuali degli studenti. La costruzione di competenze invece è influenzata da dinamiche più velate imposte dal curriculum nascosto, di cui gli studenti sono meno consapevoli (36-37). Nel nostro caso l'effetto del curriculum nascosto si è disvelato soprattutto mettendo in luce le carenze degli studenti nell'ambito delle competenze relazionali, collaborative e autoriflessive. Nella pratica quotidiana gli studenti, soprattutto di medicina, imparano ad introdurre un comportamento fortemente competitivo ed individualista, che li ostacola nel raggiungimento degli obiettivi più collaborativi. Gli effetti negativi dei due curriculum, ufficiale e nascosto, hanno richiesto strategie di contrasto differenziate. Il curriculum ufficiale non è direttamente modificabile, almeno senza un intervento di natura strutturale,

ma può essere aggirato sfruttando i possibili spazi interstiziali. Il curriculum nascosto invece può essere più facilmente plasmato e modificato, ma solo una volta che lo si sia reso visibile. La nostra strategia è stata quella di rendere il curriculum nascosto oggetto di discussione critica. Gli studenti sono stati messi deliberatamente di fronte alle proprie carenze e stimolati a ragionare in maniera autoriflessiva sulla natura e la causa dei loro stessi comportamenti. Questo ha permesso a molti di loro di liberarsi di atteggiamenti introiettati e “naturalizzati” e di sperimentare nuove modalità di lavoro e di relazione con i compagni.

La partecipazione degli studenti ha mostrato come gli interessi personali e le aspirazioni degli studenti possano andare oltre l’offerta formativa tradizionale e istituzionalizzata e come sia possibile intercettare queste aspirazioni. Ancora una volta però la rigidità del curriculum agisce come elemento interferente. Le aspirazioni individuali possono passare in secondo piano di fronte a questioni percepite con maggiore priorità dagli studenti, come esami e tirocini obbligatori, vincolati alla carriera universitaria. Data la disomogeneità dell’organizzazione dei corsi, questi ostacoli non sono superabili se non attraverso un intervento strutturale curricolare, che preveda e costruisca spazi inter-facoltà per realizzare la formazione intersettoriale. Infine, gli studenti hanno manifestato preoccupazioni circa la possibilità di poter mantenere e coltivare le competenze apprese durante il corso. Il problema della sostenibilità a lungo termine è particolarmente critico per iniziative fragili e sperimentali come la nostra, soprattutto in un momento storico di crisi economica, in cui le attività interdisciplinari possono apparire eccessivamente dispendiose, il che le rende precarie e facilmente suscettibili a tagli e cancellazioni (38-40). Inoltre, in assenza di altre iniziative simili che sostengano l’apprendimento degli studenti nel lungo periodo, il rischio è che ciò che si è costruito con fatica venga rapidamente perduto. Il percorso pluriennale del nostro corso elettivo (41) ci ha in realtà permesso di osservare come questo non si verifichi sempre. Il coinvolgimento degli studenti nelle attività didattiche effettuate nel corso degli anni infatti ha spesso generato un circolo virtuoso di risorse utili per la riproposizione del corso negli anni successivi. Parallelamente abbiamo visto sorgere altre attività collaterali come collaborazioni, tirocini ed elaborazioni di tesi, innescate dal primo aggancio del corso elettivo. Queste iniziative hanno trovato il modo di svilupparsi anche all’interno dell’attuale contesto a carattere monodisciplinare. Se l’integrazione disciplinare trovasse spazio all’interno del curriculum universitario, queste iniziative potrebbero giovare di maggior supporto e riconoscimento.

## **Conclusioni**

I principali elementi che ostacolano la realizzazione di corsi formativi interdisciplinari sono la rigidità della struttura universitaria tradizionale e il curriculum nascosto che ne permea le pratiche quotidiane. È possibile creare setting favorevoli identificando e

sfruttando gli spazi (e gli interstizi) in cui i vincoli strutturali appaiono più deboli. Allo stesso modo il curriculum nascosto può essere svelato e contrastato. Alcuni degli interventi necessari tuttavia sono realizzabili solo passando da un approccio sperimentale ad uno più strutturale. Nell'attesa che ciò si verifichi, la realizzazione di esperienze come la nostra crea dei precedenti, che mostrano le potenzialità di interventi di questo tipo e permettono di analizzare quegli spazi di interstizio e di innovazione in cui coltivare l'interdisciplinarietà.

#### BIBLIOGRAFIA

1. McKeown RE. The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics. *Am J Lifestyle Med.* 2009;3(1 Suppl):19S–26S.
2. Martino A. Globalizzazione ed effetti sulla salute. In: Ferla AA, Stefanini A, Martino A. *Salute Globale in una prospettiva comparata tra Brasile e Italia.* Porto Alegre/Bologna, REDE UNIDA/CSI-Unibo, 2016.
3. World Health Organization. *The World Health report 2008 - Primary healthcare: Now more than ever.* Geneve: WHO; 2008.
4. World Health Organization. *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013.* Geneve: WHO; 2013.
5. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet (London, England).* 2010;376(9756):1923–58.
6. Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCEO). *Professione medica nel terzo millennio. Quale modello formativo.* 2013.
7. Bodini C, Civitelli G, Fabbri A, et al. Ripensare la formazione dei professionisti sanitari: stimoli, contributi, esperienze. *Salute internazionale.* 2014.
8. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol.* 2001;30(4):668–77.
9. Fieschi L, Matarese M, Vellone E, Alvaro R, De Marinis MG. Medical humanities in healthcare education in Italy: a literature review. *Ann Ist Super Sanità.* 2013;49(1):56–64.
10. Borghi L, Pennacchini M. *Medicina high-tech e technical humanities.* *L'arco di Giano* 2009;61:165-73.
11. Martino A, Sintoni F, Marta B. *La Casa della Salute.* *Sist Salut.* 2015;59:519–33.
12. Frankel RM. Relationship-centered care and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med.* 2004 Nov;19(11):1163–5.
13. World Health Organization. *Framework on integrated, people-centred health services; 2016,* <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>. Accessed 2016 Sep 23.
14. Lotti A, Dipace A. *Dal core competence al core curriculum.* 2011.
15. Frank JR, Mungroo R, Ahmad Y, Wang M, De Rossi S, Horsley T. Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Med Teach.* 2010 Aug 27;32(8):631–7.
16. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000;320:569.

17. De Marinis MC, De Marinis MG. L'interprofessionalità come risposta unitaria e globale ai problemi di salute: obiettivi, metodologie e contesti formativi. *Med e Chir.* 2013;58:2586–91.
18. World Health Organization. *Nursing and Midwifery Human Resources for Health Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.* Geneva: WHO; 2010.
19. Iroku-Malize T, Matson C, Freeman J, McGrew M, David A, ADFM Education Transformation Committee. Interprofessional education. *Ann Fam Med.* 2013;11(2):188–9.
20. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.* Washington DC, National Press Academy, 2001.
21. Hafferty F. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med.* 1998;73(4):403–7.
22. De Marinis MG, Matarese M, Piredda M. Il paziente al centro del sistema sanitario: una questione di curriculum nascosto. *Medic.* 2013;21(1):37–42.
23. Del Prato D. Student's voices: The lived experience of faculty incivility as a barrier to professional formation in associate degree nursing education. *Nurse Educ Today* 2013;33(3):286-90.
24. Martino A et al. Pratiche di ricerca-formazione intervento nel contesto italiano: riflessioni dalle esperienze. In: Franco TB, Ceccim RB. *Prassi in salute globale: Azioni Condivise Tra Brasile e Italia.* Porto Alegre/Bologna, Rede Unida/CSI-Unibo; 2016.
25. Dolmans DHJM, De Grave W, Wolfhagen IHAP, Van Der Vleuten CPM. Problem-based learning: Future challenges for educational practice and research. *Med Educ.* 2005;39(7):732–41.
26. Hanson JL, Balmer DF, Giardino AP. *Qualitative Research Methods for Medical Educators.* *Acad Pediatr.* 2011; 5, September–October: 375–386.
27. Denzin NK. *The research act in sociology : a theoretical introduction to sociological methods.* London: Butterworths; 1970.
28. Reeves S, Kuper A, Hodges BD. Qualitative research methodologies: ethnography. *BMJ.* 2008;337:a1020.
29. Perkin H. History of Universities. In: Forest JJE, Altbach PG. *International Handbook of Higher Education.* Springer International Handbooks of Education, vol 18. Dordrecht.: Springer, 2007.
30. Lyall C, Meagher L, Bandola J, Kettle A. *Interdisciplinary Provision in Higher Education – Current and Future Challenges.* York: Higher Education Academy. 2015.
31. The World Health Organization and the Ministry of Social Affairs and Health F. *The Helsinki Statement on Health in All Policies.* 2013 p. 10–4.
32. Bernstein B. *Pedagogy, Symbolic Control, and Identity: Theory, Research, Critique.* Lanham, MD: Rowman & Littlefield. 2000.
33. Bernstein B. *Class, Codes and Control.* London: Routledge; 1975.
34. Lindvig K, Lyall C, Meagher LR. Creating interdisciplinary education within monodisciplinary structures: the art of managing interstitiality. *Stud High Educ.* 2017; 1-14.
35. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach.* 2007; 29(8):735–51.
36. Parsell G, Bligh J, Parsell G, Bligh J. Interprofessional learning. *Postgr MedJ*; 1998.
37. Pennacchini M. Il valore formativo dell'hidden curriculum. *Medic.* 2016; 24(1):20–7.
38. Klein JT. *Creating Interdisciplinary Campus Cultures : A Model for Strength and Sustainability.* 1st ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass/Association of American Colleges and Universities; 2010.
39. Henry S. "Disciplinary Hegemony Meets Interdisciplinary Ascendancy: Can Interdisciplinary/Integrative Studies Survive, and, If So, How?" *Issues in Integrative Studies* (23):1–37. 2005.
40. Augsburg T, Henry S. *The Politics of Interdisciplinary Studies: Essays on Transformations in American*

Undergraduate Programs. Jefferson, NC: McFarland & Co.; 2009.

41. Riccio M et al. Apprendere nella/con la comunità: una sperimentazione di estensione universitaria nella formazione in salute. In: Franco TB, Ceccim RB. Prassi in salute globale: Azioni Condivise Tra Brasile e Italia. Porto Alegre/Bologna, Rede Unida/CSI-Unibo; 2016.

*Conflitti di interesse dichiarati:* nessuno

## Diario della Salute. Percorsi di promozione del benessere tra i pre-adolescenti

### *Health diary. Well-being promotion among pre-adolescents*

Franca Beccaria\*, Antonella Ermacora\*, Laura Marinaro\*\*, Antonella Roggero\*\*, Emanuela Rabaglietti\*\*\*

\* *Eclectica, Istituto di ricerca e formazione, Torino*

\*\* *Dipartimento di Prevenzione, ASL CN2*

\*\*\* *Dipartimento di Psicologia, Università di Torino*

*Parole chiave:* programma scolastico, benessere, adolescenza, studio randomizzato, promozione della salute

#### RIASSUNTO

**Obiettivi:** il programma “Diario della Salute” si rivolge ai ragazzi e alle ragazze tra i 12 e i 13 anni con l’obiettivo di promuovere il benessere attraverso il potenziamento delle competenze emotive e sociali e il miglioramento della relazione genitore-figlio. L’articolo fornisce la descrizione metodologica del programma e una breve sintesi della valutazione.

**Metodi:** formazione degli insegnanti. Percorsi informativi-formativi per genitori. Somministrazione del programma a un campione randomizzato di adolescenti con uno studio caso-controllo. Allo studio di valutazione hanno partecipato 60 scuole, 130 classi. Su un campione totale di 2.078 casi, 1.030 studenti appartengono al gruppo di intervento, 1.048 al gruppo di controllo.

**Risultati:** l’immagine rilevata corrisponde a un campione di pre-adolescenti che dichiara di sentirsi in salute e di stare bene. L’aumento maggiore nella frequenza di percezione di umore basso nel gruppo di intervento può essere interpretato come effetto di una maggiore conoscenza e consapevolezza di sé e dei propri stati emotivi interni in seguito all’intervento. I soggetti del gruppo di intervento, in particolare le ragazze, hanno acquisito una maggiore capacità di riconoscere le proprie emozioni e i propri vissuti, e anche maggiori capacità interpersonali ed empatiche nel relazionarsi con altri significativi. Tra le variabili di esito secondarie si evidenzia una minore propensione a fumare nel gruppo di intervento.

---

Autore per corrispondenza: beccaria@eclectica.it

*Conclusioni:* complessivamente, il progetto realizzato costituisce un'esperienza innovativa nel panorama italiano sia per lo sforzo in termini di valutazione dell'intervento sia per il lavoro di messa in rete di soggetti (operatori sanitari, funzionari istituzionali, insegnanti, ecc.) che a vario titolo si occupano di preadolescenti in ambito scolastico.

*Key words:* school-based program; well-being; adolescence; quasi-randomized controlled trial; health promotion

## SUMMARY

*Objectives:* *diario della salute* is a school-based program aiming to promote Italian 12-13 years old children well-being through the strengthening of emotional and social skills and the improvement of parent-child relationship. The article provides a methodological description of the program and a brief summary of the evaluation.

*Methods:* teacher Training, Informative and educational meetings for parents. Program running to a sample of teenagers with a randomized controlled study. 60 schools and 130 classes participated in the evaluation study. Total of 2,078 cases, 1,030 students belong to the intervention group, 1,048 to the control group.

*Results:* a sample of pre-teens who declare to feel healthy. The greater increase in the frequency of low mood perception in the intervention group can be interpreted as the effect of higher self-knowledge and self-awareness and of internal emotional states following the intervention. The intervention group, especially the girls, acquired greater ability to recognize his own emotions and experiences, and also greater interpersonal and empathic skills in dealing with other significant people. Among the secondary outcome variables, there is evidence of lower smoking incidence in the intervention group.

*Conclusions:* the project is an innovative experience in the Italian landscape both for the effort in terms of intervention evaluation and the work of networking of different subjects dealing with pre-teenagers (healthcare professionals, institutional officials, teachers, etc.).

## Adolescenza e pre-adolescenza tra rischio e benessere

L'adolescenza rappresenta una fase della vita nella quale si richiede all'individuo l'acquisizione di competenze sociali, cognitive ed emotive per affrontare in modo adeguato i compiti di sviluppo e "l'adulità emergente" (1-2). Una transizione positiva verso l'età adulta non implica soltanto il non essere coinvolti in comportamenti a rischio per la salute e il benessere psicosociale, ma anche lo sviluppo delle capacità individuali necessarie a far fronte alle situazioni problematiche, ai cambiamenti e alle sfide che il diventare grandi quotidianamente e fisiologicamente comporta (2-4). Pertanto, in un'ottica di prevenzione e promozione del benessere, diventa fondamentale il potenziamento delle competenze individuali degli adolescenti anche in condizioni "normative" in cui, cioè, non vi è un coinvolgimento in comportamenti considerati a rischio per la propria salute fisica e psicologica (3-4). Non riuscire ad affrontare in modo soddisfacente per sé e per gli altri i compiti di sviluppo adolescenziali può compromettere infatti il benessere e il funzionamento sociale dell'individuo così come il suo stato di salute e la sua capacità di resilienza di fronte agli eventi critici.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda da anni l'adozione di interventi scolastici di prevenzione e promozione della salute rivolti a bambini e adolescenti basati sullo sviluppo delle life-skills. Con tale espressione, si intendono le "capacità di adattamento e di comportamento positivo che permettono agli individui di affrontare in maniera efficace le esigenze e le sfide della vita quotidiana" (5), ossia quelle abilità cognitive, emotive e sociali che consentono alle persone di far fronte alle richieste che l'ambiente esterno pone quotidianamente loro. Tali capacità e abilità non sono predisposizioni innate, ma possono essere rafforzate e migliorate grazie a esperienze e interventi che ne promuovano un efficace utilizzo. Le life-skills svolgono un ruolo importante nella promozione del benessere psicosociale dell'individuo che a sua volta contribuisce a migliorare lo stato di salute sia fisica che mentale (6).

La promozione del benessere psicologico e sociale degli adolescenti è quindi una priorità di intervento a livello di sanità pubblica, su cui recentemente si è concentrato molto interesse da parte dei ricercatori e dei *policy maker* (7-8).

In un'ottica biopsicosociale (9), la salute degli adolescenti deriva inoltre da un processo di interazione con i loro principali contesti evolutivi a partire dalla famiglia e dai pari per giungere alla scuola. Il network europeo delle Scuole che promuovono salute<sup>1</sup> individua la scuola come ambiente fondamentale per promuovere la salute e il benessere psicosociale della popolazione giovanile. Promuovere salute a scuola attraverso il potenziamento e lo sviluppo di conoscenze e competenze in ambito cognitivo, relazionale e sociale oltre che comportamentale contribuisce infatti a migliorare il rendimento scolastico e la soddisfazione per l'esperienza scolastica, entrambi fattori di protezione per il coinvolgimento in comportamenti a rischio. La prevenzione del disagio adolescenziale e la promozione di comportamenti per la salute si realizza quindi attraverso non solo il possesso di informazioni corrette, ma anche grazie all'acquisizione di competenze socio-emotive e relazionali (10), che costituiscono il presupposto indispensabile per stare bene e avere buone relazioni sociali nei diversi contesti di vita.

In tale ambito, la preadolescenza si configura come un periodo in cui diventano rilevanti le opportunità per fare prevenzione e promozione della salute sia perché l'iniziazione a comportamenti a rischio tipici della popolazione giovanile (quali il consumo di sigarette, alcol e sostanze psicoattive) avviene per lo più in adolescenza (3,4,11), sia perché è possibile promuovere l'adozione di stili di vita salutari contrastando abitudini scorrette e favorendo uno sviluppo maggiormente armonico in un periodo della crescita che sappiamo essere contraddistinto da rilevanti cambiamenti fisici e psicologici (11). Tuttavia la quasi totalità degli interventi universali di prevenzione e promozione della salute risultati efficaci sono rivolti all'età adolescenziale vera e propria e hanno un focus prevalente sulla prevenzione di singoli comportamenti a rischio (12-14). Le evidenze disponibili

---

1. [www.schools-for-health.eu/she-network](http://www.schools-for-health.eu/she-network)

sostengono però che gli interventi più promettenti siano quelli che si focalizzano simultaneamente su una molteplicità di fattori di rischio e di protezione che possono svolgere il ruolo di precursori o mediatori dei comportamenti problematici che hanno l'obiettivo di aumentare la capacità di resilienza degli adolescenti, di promuovere relazioni familiari positive, di potenziarne le capacità sociali e emotive e di migliorarne l'esperienza scolastica (13,15-18).

Attualmente in Italia, per quanto di nostra conoscenza, risultano scarsamente disponibili (se non del tutto assenti) né per la disseminazione, né per l'adattamento interventi di promozione del benessere psicologico inteso come fattore di protezione dal coinvolgimento futuro in comportamenti a rischio per la salute e il benessere psico-sociale, né interventi di prevenzione efficaci implementabili rivolti a studenti di scuola secondaria di I grado.

A ciò si aggiunge, come ben evidenziato dal Network Italiano per la *Evidence-Based Prevention*<sup>2</sup> che: 1) gli interventi di prevenzione e promozione della salute e del benessere in adolescenza attualmente valutati e dimostratisi efficaci provengono da contesti socio-culturali differenti da quello italiano ponendo problemi in termini di adattamento e trasferibilità, 2) l'evidenza scientifica derivante da studi di valutazione condotti in modo rigoroso a livello nazionale è ancora molto ridotta, 3) la maggior parte degli interventi di prevenzione e promozione della salute implementati e disseminati a livello nazionale sulla popolazione giovanile in Italia non è valutata, 4) la valutazione di efficacia degli interventi avviene in condizioni diverse da quelle reali e quotidiane in cui gli operatori abitualmente lavorano poiché i ricercatori testano il loro intervento in un contesto ideale di pratica.

## Obiettivi

Sulla base di tali premesse scientifiche è nato il programma "Diario della Salute. Percorsi di promozione del benessere tra i pre-adolescenti - II Edizione A.S. 2015-2016" (da qui in poi "Diario della Salute"), interamente progettato in Italia e accompagnato da un piano di valutazione, che si rivolge ai ragazzi ed alle ragazze tra i 12 e i 13 anni al fine di promuovere la salute e il loro benessere psico-sociale. Si tratta di un programma scolastico che ha l'obiettivo specifico di promuovere il benessere attraverso il potenziamento delle competenze emotive e sociali (life-skills) dei pre-adolescenti e il miglioramento della relazione genitore-figlio.

L'articolo intende fornire la descrizione metodologica del programma Diario della salute e una breve sintesi della valutazione<sup>3</sup>.

2. NIEBP –<http://niec.p.agenas.it/default.aspx>

3. I risultati dello studio di valutazione di impatto sul campione di adolescenti sarà a breve sottoposto a una rivista internazionale del settore.

## Il programma Diario della Salute

La seconda edizione del programma Diario della salute è nata per rispondere alle criticità emerse in seguito all'implementazione e valutazione dell'edizione 2012 realizzata in 5 regioni italiane (Piemonte – regione capofila, Veneto, Puglia, Calabria e Sicilia). Nello specifico, all'interno di tale edizione i risultati della valutazione avevano messo in luce la necessità di rivedere i contenuti e gli obiettivi di alcune unità didattiche incluse nell'intervento in classe, fornire un accompagnamento agli insegnanti durante l'implementazione dell'intervento in classe, affiancare gli operatori socio-sanitari nella formazione degli insegnanti<sup>4</sup>.

Una volta rivisto e aggiornato il programma e le sue modalità di implementazione, per l'anno scolastico 2015-2016 la sperimentazione ha coinvolto due Regioni: il Piemonte con 5 ASL, e il Veneto con 12 ULSS<sup>5</sup>.

Diario della Salute è costituito da attività e materiali rivolti ai ragazzi e alle ragazze che frequentano la classe seconda della scuola secondaria di I grado e ai loro genitori e insegnanti. Nello specifico, il programma “Diario della Salute” è composto da:

- un diario per gli studenti che racconta la storia di quattro ragazzi e ragazze che sperimentano i cambiamenti evolutivi e alcuni comportamenti a rischio tipici dell'età adolescenziale, confrontandosi per la prima volta con il bisogno di sentirsi indipendenti e autonomi dal mondo degli adulti,
- un diario per i genitori che attraverso il racconto dell'esperienza di una mamma e un papà con figli adolescenti tratta il tema della relazione e della comunicazione tra genitori e figli in adolescenza,
- un percorso informativo-formativo di almeno due incontri tenuto da operatori socio-sanitari per i genitori su tematiche connesse alla relazione e alla comunicazione con figli adolescenti,
- un percorso formativo per insegnanti di uno-due incontri (8 ore complessive) condotti da esperti di didattica attiva e partecipata al fine di fornire agli insegnanti metodi e strumenti didattici adeguati per affrontare con i ragazzi i temi legati all'adolescenza (il rapporto con il corpo, la gestione delle emozioni, il rapporto con gli altri, ecc.),
- un blog dedicato in cui gli operatori socio-sanitari e gli insegnanti possono riportare e condividere le attività effettuate e le esperienze vissute ([www.diariodellasalute.it](http://www.diariodellasalute.it)),
- un intervento in classe condotto dagli insegnanti appositamente formati durante

4. Per approfondimenti: [www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/1470&idP=740](http://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/1470&idP=740); [www.diariodellasalute.it/?page\\_id=609](http://www.diariodellasalute.it/?page_id=609)

5. La gestione delle attività di coordinamento, formazione degli insegnanti, monitoraggio dell'implementazione e valutazione è stata coordinata dalla Struttura Semplice Dipartimentale di Epidemiologia del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL CN2 e attuata con la collaborazione dell'Istituto di ricerca e formazione Eclectica di Torino. La raccolta e analisi dei dati è stata curata in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino.

l'orario scolastico. Tale intervento include cinque unità didattiche che l'insegnante svolge nell'ambito della sua attività curriculare. Ogni unità didattica è strutturata in obiettivi e attività interattive individuali, in piccolo gruppo o di gruppo-classe. L'insegnante ha a disposizione un manuale per lo svolgimento e la realizzazione dell'intervento in classe. Il Quaderno per l'insegnante contiene la descrizione degli obiettivi e delle attività previste per ogni unità didattica, oltre a indicazioni generali per un buon svolgimento dell'intervento in classe. La descrizione sintetica delle singole unità didattiche è riportata in Figura 1.



Figura 1- Descrizione sintetica delle singole unità didattiche

L'ipotesi teorica del meccanismo di funzionamento del programma "Diario della Salute" è sintetizzata nella Tabella 1. Si ipotizza che il programma "Diario della Salute" aumenti le capacità emotive (empatia, capacità di riconoscere e gestire le emozioni) e sociali (capacità di relazioni interpersonali) individuali degli studenti e il loro livello di soddisfazione per l'esperienza scolastica (rapporto con i compagni, rapporto con gli insegnanti, interesse verso la scuola), ossia agisca sui mediatori dell'effetto dell'intervento. A sua volta, l'aumento delle capacità emotive e sociali e del livello di soddisfazione per l'esperienza scolastica porterebbe a un aumento della percezione del benessere psicologico e dello stato di salute (variabili di esito primarie); questi aspetti influenzerebbero l'aumento dei comportamenti prosociali e del successo scolastico e la riduzione dell'aggressione fisica e verbale, del fumo di sigarette, dell'uso di alcol, dell'alimentazione scorretta e della sedentarietà (variabili di esito secondarie).

	Obiettivi	Contenuti	Durata	Attività
Unità 1 - I ♥ riconoscere le mie emozioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppare la capacità di riconoscere le emozioni</li> <li>- Identificare le situazioni che suscitano emozioni diverse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacità di riconoscimento delle emozioni</li> <li>- Conoscenza di sé</li> </ul>	3-4 ore	Attività interattive di gruppo e di coppia e discussioni guidate dall'insegnante
Unità 2 - I ♥ andare oltre gli stereotipi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riconoscere gli stereotipi più diffusi tra i pre-adolescenti</li> <li>- Riconoscere e valorizzazione delle differenze personali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensiero critico</li> <li>- Conoscenza di sé</li> <li>- Capacità di relazioni interpersonali</li> </ul>	2 ore	Attività interattive di gruppo e discussioni guidate dall'insegnante
Unità 3 - I ♥ diventare uomo, diventare donna	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riconoscere i fattori sociali e culturali che influenzano la costruzione dell'identità di genere</li> <li>- Riconoscere la coesistenza di tratti maschili e femminili nella medesima persona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensiero critico</li> <li>- Conoscenza di sé</li> <li>- Capacità di relazioni interpersonali</li> </ul>	2-3 ore	Attività interattive di gruppo e discussioni guidate dall'insegnante
Unità 4 - I ♥ gestire le mie emozioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promuovere la capacità di comprendere le cause delle emozioni</li> <li>- Promuovere la capacità di regolare e gestire le emozioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacità di gestione delle emozioni</li> <li>- Capacità di relazioni interpersonali</li> </ul>	2 ore	Attività interattive individuali e di gruppo e discussioni guidate dall'insegnante
Unità 5 - I ♥ scoprire le emozioni degli altri	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promuovere la capacità di discriminare e riconoscere le emozioni altrui</li> <li>- Stimolare la capacità di mettersi nei panni degli altri e di comprendere e condividere le emozioni altrui</li> <li>- Promuovere atteggiamenti e comportamenti empatici adeguati al contesto e ai bisogni espressi dall'altro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empatia</li> <li>- Capacità di relazioni interpersonali</li> </ul>	3-4 ore	Attività interattive di gruppo e di coppia e discussioni guidate dall'insegnante

Tabella 1- Descrizione dell'intervento in classe

## Risultati e valutazione del programma

### Insegnanti

Sono stati formati dagli operatori socio-sanitari in totale 75 insegnanti di scuola secondaria di I° grado, 38 insegnanti in Piemonte e 37 insegnanti in Veneto.

Agli insegnanti è stato somministrato un questionario di gradimento del corso di formazione e richiesta la compilazione di una scheda di monitoraggio delle attività in aula. Partecipare alla formazione è stata per la maggioranza degli insegnanti un'esperienza piacevole (98,3%), utile (98,5%) e di sostegno alla vita quotidiana (84,8%), con una prevalenza di giudizi "molto" positivi. I temi oggetto di formazione sono stati secondo la totalità dei rispondenti interessanti e per circa il 95% stimolanti e utili, mentre la preva-

lenza di giudizi “abbastanza” positivi in merito all’esaustività dei temi indica un bisogno formativo scoperto degli insegnanti e la necessità di maggior approfondimento dei temi in oggetto e delle tecniche didattiche. Molto positivi sono anche i giudizi espressi in merito alla metodologia didattica che confermano l’efficacia di metodi e attività volti principalmente a favorire la partecipazione attiva. Inoltre, secondo la maggioranza dei rispondenti la durata della formazione è stata adeguata.

La scheda di monitoraggio e di valutazione di gradimento dell’intervento effettuato in classe è stata compilata da 49 insegnanti, 31 in Piemonte e 18 in Veneto.

Per quanto riguarda la fattibilità dell’implementazione del programma nel contesto scolastico nell’ambito dell’attività curriculare, gli insegnanti coinvolti dichiarano che l’intervento è realizzabile e facilmente implementabile nella loro pratica quotidiana, come mostra il dato che 45 insegnanti su 49 hanno sperimentato tutte e cinque le unità didattiche proposte. Quanto affermato dagli insegnanti conferma che interventi strutturati in obiettivi, contenuti e azioni chiari e coerenti sono più facili da comprendere e implementare in contesti reali di pratica. In questo senso, la disponibilità di un manuale per l’insegnante con indicazioni dettagliate su come implementare l’intervento così come l’accompagnamento da parte degli operatori sanitari e del gruppo di lavoro è vantaggioso per gli insegnanti che spesso sono “sovraccarichi” in termini di attività extra-didattiche. Anche la presenza di attività che sono percepite rilevanti, attraenti, facili da svolgere e fattibili con le risorse disponibili favorisce l’adozione dell’intervento e la sua sostenibilità nell’attuale contesto scolastico italiano. Inoltre, l’alto livello di partecipazione da parte degli studenti dichiarato dagli insegnanti (alto 46,9%, abbastanza alto 53,1%) fa pensare che le unità didattiche previste siano adatte al target in termini di contenuti e attività e che il format accattivante dei materiali utilizzati in termini di linguaggio e stile comunicativo sia adeguato alla fascia di età preadolescenziale.

La maggioranza dei rispondenti ritiene che la metodologia e le attività proposte in classe possano essere utilizzate per trattare anche altri argomenti. Quelli indicati includono sia temi più generali (l’educazione all’affettività, la gestione delle emozioni, la gestione dei conflitti, l’educazione alla diversità, l’educazione alle scelte, l’educazione linguistica) che temi specifici (dipendenze, disturbi alimentari, bullismo, cyberbullismo, nuove tecnologie).

Più dell’85% degli insegnanti dichiara che il clima di classe e le dinamiche relazionali sono migliorate, condizione che favorisce anche l’apprendimento. In questo senso l’intervento, essendo basato sull’uso di tecniche interattive e prevedendo il coinvolgimento attivo degli studenti, offre ulteriori opportunità di comunicazione e relazione tra insegnanti e allievi e tra compagni di classe in un’atmosfera più informale di quella normalmente sperimentata nella quotidianità scolastica. Un buon clima di classe, infatti, che viene costruito quotidianamente, rappresenta un fattore protettivo non solo del rendimento

scolastico, ma anche rispetto allo sviluppo di caratteristiche personali che perdureranno nel tempo (19). Al di là dei compiti e degli obiettivi strettamente didattici, gli insegnanti svolgono un ruolo centrale nella trasmissione delle norme, nella regolazione delle attività e nel promuovere e facilitare le relazioni tra gli studenti (20).

Si può ipotizzare che proprio la disponibilità di un intervento finalizzato a sviluppare e potenziare le capacità emotive e sociali degli studenti, facilmente implementabile con il gruppo classe e adatto ai bisogni dei preadolescenti abbia consentito, insieme a quanto appreso in occasione del corso di formazione, agli insegnanti di avere un maggior bagaglio di conoscenze e strumenti per gestire meglio la classe e le sue dinamiche relazionali.

#### *Genitori*

Sono stati realizzati da parte degli operatori socio-sanitari 22 percorsi informativi-formativi per genitori di almeno 2 incontri ciascuno per i genitori degli studenti delle classi coinvolte: 7 percorsi in Piemonte e 15 in Veneto. Complessivamente hanno partecipato 315 genitori, 108 in Piemonte e 207 in Veneto.

Ai genitori è stato somministrato un questionario di gradimento degli incontri informativi-formativi. I risultati mostrano un tasso molto elevato di gradimento dell'iniziativa, compresa la metodologia partecipata, e una valutazione positiva in merito alla sua utilità.

#### *Studenti*

Per valutare l'effetto del programma sugli studenti è stato condotto uno studio di valutazione di efficacia con apposito protocollo di studio<sup>6</sup>. L'obiettivo di tale studio è valutare l'effetto a breve termine del programma sulle seguenti variabili di esito:

- variabili primarie: stato di salute, sintomi psicosomatici, benessere psicologico,
- variabili secondarie: comportamenti a rischio per la salute (fumo di sigarette, consumo di alcol, abitudini alimentari scorrette, sedentarietà), comportamenti prosociali, successo scolastico, aggressione fisica e verbale.

L'effetto del programma è stato anche valutato su alcune variabili identificate come possibili mediatori, ossia quelle variabili intermedie che sono in relazione causale con le variabili di esito. Si ipotizza infatti che l'intervento provochi un cambiamento nei mediatori e che il cambiamento dei mediatori provochi a sua volta un cambiamento nelle variabili di esito. I mediatori presi in considerazione nella valutazione sono: capacità emotive (autoefficacia nella gestione delle emozioni positive e negative, autoefficacia empatica percepita), capacità sociali (autoefficacia nelle relazioni interpersonali), soddisfazione per l'esperienza scolastica (rapporto con gli insegnanti, rapporto con i compagni, interesse verso la scuola, autostima scolastica).

6. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Interaziendale dell'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle di Cuneo e delle AA.SS.LL. CN1, CN2, AT in data 17 settembre 2015 (n. 27/15) e registrato sul sito web statunitense Clinical Trials del National Institute of Health (per maggiori informazioni, vai su <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02683811>). Data la minore età dei partecipanti allo studio, è stato chiesto il consenso scritto alla partecipazione allo studio ai genitori/tutori.

Gli studenti partecipanti allo studio sono stati suddivisi, secondo una procedura randomizzata, in gruppo di intervento e gruppo di controllo. Il gruppo di intervento ha ricevuto l'intervento in classe da parte dell'insegnante, e uno o più incontri rivolti ai genitori; il gruppo di controllo non ha ricevuto l'intervento in classe da parte dell'insegnante. Gli studenti di entrambi i gruppi hanno compilato il questionario pre- e post-intervento - con la creazione di un codice auto-generato per consentire l'abbinamento - nel medesimo periodo a scuola in presenza di operatori socio-sanitari.

Allo studio di valutazione hanno partecipato 60 scuole (29 nel gruppo di controllo e 31 nel gruppo di intervento) e 130 classi (67 nel gruppo di controllo e 63 nel gruppo di intervento). Su un campione totale di 2.078 casi, 1.030 studenti appartengono al gruppo di intervento, 1.048 al gruppo di controllo.

Per quanto riguarda le variabili di esito primarie sono state effettuate le analisi statistiche, che non hanno evidenziato differenze statisticamente significative tra i due gruppi, su percezione del proprio stato di salute, percezione di sintomi psicosomatici e percezione del proprio benessere psicologico per rilevare l'effetto dell'intervento.

Complessivamente l'immagine rilevata corrisponde a un campione di pre-adolescenti che dichiara di sentirsi in salute e di stare bene (Tab. 2). La percentuale di soggetti che dichiara di percepire la propria salute come buona o addirittura eccellente è infatti molto alta, in linea con i dati rilevati a livello nazionale sul medesimo target di popolazione (11).

Tuttavia, si riscontra sulla percezione di sintomi psicosomatici una differenza che tende alla significatività statistica tra gruppo di intervento e di controllo, riguardo la frequenza di percezione di morale basso. Seppure in entrambi i gruppi, tra il pre ed il post intervento, diminuisca la percentuale di studenti che dichiara di non aver mai avuto il morale basso (dal 43% al 34%), notiamo incrementi più rilevanti tra i pre-adolescenti del gruppo di intervento che dichiarano di aver avuto il morale basso una o due volte al mese (dal 29% al 31%) e una o più volte a settimana (dal 27% al 35%). (Tab. 3).

La frequenza di umore basso nel campione totale, che può essere sia legato a nuove e

	Pre-intervento (%) (N=2069)		Post-intervento (%) (N=2069)	
	Intervento	Controllo	Intervento	Controllo
<b>Eccellente</b>	39.4	34.5	39.9	37.8
<b>Buona</b>	53	56.3	51.7	53.6
<b>Discreta</b>	7	8.7	7.7	8
<b>Scadente</b>	0.6	0.5	0.7	0.7

Tabella 2- Percezione del proprio stato di salute

maggiori richieste da parte dell'ambiente circostante a cui far fronte man mano che si cresce e che richiedono ai giovani di utilizzare competenze e risorse più complesse, sia a un fisiologico aumento al crescere dell'età nella frequenza di percezione di sintomi somatici e psicologici, è in linea con quanto rilevato a livello nazionale e internazionale dallo studio HBSC sulla medesima popolazione target (11,21). L'aumento maggiore nella frequenza di percezione di umore basso una o più volte a settimana nel gruppo di intervento può essere interpretato come effetto di una maggiore conoscenza e consapevolezza di sé e dei propri stati emotivi interni in seguito all'intervento. Nonostante si tratti di un risultato inatteso, che però conferma nuovamente quanto emerso nello studio di valutazione della precedente edizione del programma (22), è possibile interpretare positivamente tale risultato alla luce di quanto indicato dalla letteratura scientifica secondo cui la capacità individuale di riconoscere aspetti positivi e negativi di sé è un fattore protettivo nel processo di costruzione dell'identità, che è il compito di sviluppo principale in adolescenza (24-26). In merito al benessere psicologico, nella preadolescenza inizia ad affermarsi un atteggiamento più introspettivo e critico (27): in questo senso i soggetti del gruppo di intervento, in particolare le ragazze, sembrano aver acquisito una maggiore capacità non solo di riconoscere le proprie emozioni e i propri vissuti, ma anche maggiori capacità interpersonali ed empatiche nel relazionarsi con altri significativi. Nel periodo iniziale dell'adolescenza vi è una differenziazione tra ragazzo e ragazza nelle modalità di rapportarsi con i coetanei. Se i ragazzi considerano più importante "fare delle attività" insieme ai loro amici, le ragazze instaurano e privilegiano rapporti di maggior intimità, basati sulla reciprocità, sulla condivisione emotiva e sullo scambio di confidenze (1,28-29). Questi aspetti rappresentano un ingrediente fondamentale della più generale competenza socio-emotiva, a sua volta associata a una dimensione di miglior adattamento psicologico e resilienza. Per quanto riguarda le variabili di esito secondarie – successo scolastico, comportamento prosociale, aggressione fisica e verbale, consumo e abuso di alcol, attività fisica e alimen-

	Pre-intervento (%)		Post-intervento (%)	
	Intervento	Controllo	Intervento	Controllo
	n=1002	n=1036	n=1023	n=1041
<b>Mai</b>	42.9	42.6	34.0	34.2
<b>1-2 volte/mese</b>	29.5	29.7	31.0	36.4
<b>1+ volte/settim ana</b>	27.5	27.7	35.0	29.4
	Chi quadrato= 9.53; gdl=2; p= .009			

Tabella 3- Negli ultimi 30 giorni, quante volte hai avuto il morale basso?

	Pre-intervento (%)		Post-intervento (%)		Stima Rischio
	Intervento	Controllo	Intervento	Controllo	
No	98.4	97.3	95.6	94.6	OR=.724 (0.86, 1.191)
Sì	1.6	2.7	4.4	6.0	

Tabella 4- Hai fumato sigarette negli ultimi 30 giorni?

tazione scorretta - non sono stati rilevati effetti statisticamente significativi dell'intervento; mentre in relazione al fumo di sigarette emerge come la maggior parte dei ragazzi di entrambi i gruppi non fumi (il 97% del gruppo di controllo ed il 98% del gruppo sperimentale), anche se si evidenzia un'associazione positiva nel corso del tempo tra gruppo di controllo e aver fumato negli ultimi 30 giorni (OR=.724; Tab. 4).

I risultati non statisticamente significativi rilevati sulle variabili di esito secondarie, che confermano quanto emerso nello studio di valutazione della precedente edizione, possono essere spiegati facendo riferimento alle caratteristiche della popolazione target del programma. Si tratta di una fascia d'età ancora poco coinvolta e esposta ai comportamenti a rischio per la salute e il benessere psicosociale tipici dell'età adolescenziale. Alcuni comportamenti a rischio non sono per i 12-13enni ancora psicologicamente rilevanti e significativi, ma lo possono diventare a un'età maggiore, di conseguenza, anche in questo caso, il breve lasso di tempo intercorso tra le due rilevazioni dei dati non consente di rilevare effetti significativi dell'intervento. A questo proposito, d'altra parte, la letteratura indica come sia utile intervenire precocemente rispetto al coinvolgimento nel rischio, sottolineando come l'età migliore per la prevenzione sia quella immediatamente precedente l'inizio della sperimentazione nei diversi comportamenti a rischio, come il fumo di sigarette o il consumo di alcolici (30-31).

Infine, è stato valutato l'effetto dell'intervento su alcuni possibili mediatori: autoefficacia interpersonale, autoefficacia empatica, efficacia nel gestire le emozioni negative e capacità di esprimere quelle positive, soddisfazione complessiva per l'esperienza scolastica (quest'ultima costituita da autostima scolastica, interesse verso lo studio, rapporto con i compagni e con gli insegnanti). L'autoefficacia interpersonale dei giovani risulta abbastanza elevata sia prima che dopo l'intervento, in entrambi i gruppi. A seguito dell'intervento, tuttavia, si percepiscono maggiormente efficaci le ragazze del gruppo sperimentale (Traccia di Hotelling =.002;  $F(1873,1)=4.48$ ;  $p=.034$ ). Anche per quanto riguarda le capacità empatiche e metacognitive emerge una differenza statisticamente significativa: le ragazze del gruppo sperimentale, a seguito dell'intervento, riportano livelli maggiori nelle proprie capacità empatiche (Traccia di Hotelling =.002;  $F(1939,1)=3.91$ ;  $p=.048$ ) (Tab. 5).

	Pre-Intervento (medie)		Post-intervento (medie)		
	Intervento	Controllo	Intervento	Controllo	
<b>Autoefficacia Emozioni Negative</b>	<b>M</b> 25.3	25.4	25.8	26.1	Traccia di Hotelling =.000;  F =.82 (gdl=1962,1); Significatività p=.088
	<b>F</b> 23.6	23.2	23.4	23.7	
<b>Autoefficacia Emozioni Positive</b>	<b>M</b> 28.3	28.3	28.4	28.6	Traccia di Hotelling =.001;  F=2.35 (gdl=2014,1); Significatività p=.126
	<b>F</b> 29.3	29.2	29.4	29.1	
<b>Autoefficacia Empatica</b>	<b>M</b> 40.7	40.8	41.0	42.1	Traccia di Hotelling=.002; F=3.91(gdl=1939,1)  Significatività p = .048*
	<b>F</b> 42.5	42.1	43.0	42.3	
<b>Autoefficacia Interpersonale</b>	<b>M</b> 49.8	50.6	49.9	50.9	Traccia di Hotelling =.002;  F=4.48 (gdl=1873,1); Significatività p=.034*
	<b>F</b> 47.6	47.6	48.4	47.3	

Tabella 5- Capacità emotive e sociali (Anova Misure Ripetute)

L'intervento sembra dunque aver agito positivamente su un altro degli elementi, l'autoefficacia empatica e nelle relazioni interpersonali, che favorisce la capacità dell'individuo di far fronte agli ostacoli e alle avversità della vita data, capacità determinata dall'interazione tra risorse individuali e contesto relazionale e ambientale (32).

Non sono emerse ulteriori differenze statisticamente significative rispetto agli altri mediatori di autoefficacia considerati.

## Riflessioni conclusive

La scuola rappresenta un contesto privilegiato per l'attuazione di programmi volti non solo a prevenire il rischio, ma anche e soprattutto a promuovere lo sviluppo dei giovani.

Essa svolge un ruolo educativo che non si esaurisce nella trasmissione formale di saperi e conoscenze, ma è deputata a fornire sostegno ai ragazzi e alle ragazze a integrare le proprie conoscenze per indirizzare in modo consapevole le proprie scelte di vita e per far fronte adeguatamente ai diversi compiti di sviluppo che il percorso di crescita pone. D'altro canto sappiamo come l'adattamento alla scuola rappresenti un compito evolutivo centrale nella vita dei giovani: un'esperienza scolastica arricchente, dal punto di vista cognitivo, emotivo e relazionale, svolge un ruolo rilevante nel processo di costruzione della propria identità e influisce sulla loro percezione di benessere psico-sociale (1,25).

Complessivamente, il progetto realizzato costituisce un'esperienza innovativa nel panorama italiano sia per lo sforzo in termini di valutazione dell'intervento sia per il lavoro di messa in rete di soggetti (operatori sanitari, funzionari istituzionali, insegnanti, ecc.) che a vario titolo si occupano di preadolescenti in ambito scolastico. Da una parte infatti il gruppo di lavoro ha raccolto quanto raccomandato a livello di letteratura e di comunità scientifica circa la necessità di valutare gli interventi in modo da evitare l'implementazione e la disseminazione su ampi campioni di popolazione di interventi di cui non si conosce la reale efficacia, dimostrando disponibilità e impegno nell'utilizzo di metodi rigorosi di valutazione al fine di far avanzare le conoscenze scientifiche e di migliorare il livello della promozione della salute e della prevenzione in Italia. Dall'altra si è riscontrata un'alta adesione da parte degli operatori sanitari e degli insegnanti, il che denota non solo che il programma *Diario della Salute* viene percepito come utile e adatto a essere implementato in ambito scolastico con i pre-adolescenti, ma anche che è possibile condurre uno studio di valutazione di efficacia in contesti reali di pratica e su popolazioni in condizioni normali di vita. Si tratta di un aspetto importante che va a sostegno della fattibilità dell'implementazione del programma e della valutazione condotta secondo metodologie di studio rigorose e solide. Ciò nonostante è doveroso sottolineare come gli studi di valutazione di efficacia degli interventi, per poter essere condotti in modo rigoroso e per poter offrire risultati sufficientemente informativi, necessitano di un notevole investimento di risorse umane e economiche e di tempi lunghi di raccolta e analisi dei dati. Quanto effettuato in questa sede rappresenta solo il primo passo di un percorso ben più complesso finalizzato alla valutazione di efficacia degli interventi.

Lo studio di valutazione infatti presenta alcuni limiti, quali la numerosità del campione che rende difficoltoso rilevare un cambiamento nel breve periodo considerato, l'assenza di una rilevazione di lungo termine, la misura della reale fedeltà dell'implementazione valutata solo con la scheda auto-compilata dagli insegnanti, la mancanza di un approfondimento qualitativo che consentirebbe di cogliere le tante sfumature emerse dai materiali prodotti in classe e da commenti ed e-mail inviati al gruppo di coordinamento da operatori e insegnanti che dichiarano di aver rilevato significativi cambiamenti nel clima di classe laddove è stato realizzato il programma.

Sulla base dei risultati emersi, è possibile delineare alcune prospettive future che potrebbero costituire nuovi ambiti di sperimentazione e valutazione del programma. Innanzitutto, il programma Diario della Salute, originariamente creato come intervento di promozione della salute e prevenzione universale per preadolescenti provenienti da “campioni normativi”, potrebbe essere anche implementato come intervento di tipo selettivo, ossia su una popolazione di preadolescenti in condizioni di rischio psico-sociale e più compromessi dal punto di vista delle capacità emotive e sociali individuali.

In secondo luogo, potrebbe anche essere altrettanto utile per ampliare le conoscenze scientifiche attualmente disponibili, implementare il programma su un campione di adolescenti, ossia di soggetti in condizioni normali di vita ma con un'età maggiore rispetto a quella della popolazione target originaria e quindi quando determinati atteggiamenti e comportamenti, che possono compromettere la salute e il benessere psicologico sia nel breve che nel lungo periodo, si affacciano nella vita degli adolescenti.

In ultima analisi, prevedere delle sessioni di rinforzo, oltre alle unità didattiche di base già previste, da realizzare nell'anno successivo all'implementazione del programma potrebbe rafforzare i risultati ottenuti.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Palmonari A (editor). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino; 2011.
2. Arnett JJ *Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens through the Twenties*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
3. Bonino S, Cattelino E (editors). *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute*. Trento: Edizioni Erickson; 2007.
4. Bonino S, Cattelino E, Ciairano S. *Adolescenti e rischio*. Firenze: Giunti Editore; 2007.
5. WHO. *Life skills education for children and adolescents in schools*. Geneva: World Health Organization, Technical Documents; 1994 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63552/1/WHO\\_MNH\\_PSF\\_93.7A\\_Rev.2.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63552/1/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf))
6. Botvin G, Griffin KW. *Life Skills Training: empirical findings and future directions*. *The Journal of Primary Prevention* 2004 25, 2: 211-232.
7. WHO. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 ([www.dors.it/cosenostre/testo/201409/2013\\_Health2020-Short\\_ENG.pdf](http://www.dors.it/cosenostre/testo/201409/2013_Health2020-Short_ENG.pdf)).
8. WHO. *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 ([www.dors.it/cosenostre/testo/201506/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf](http://www.dors.it/cosenostre/testo/201506/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf)).
9. Engel GL. *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science* 1977 196: 129-36.
10. Marmocchi P, Dall'Aglio C, Zannini M. *Educare le Life Skills. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità*. Trento: Edizioni Erickson; 2004.
11. Cavallo F, Lemma P, Dalmaso P, Vieno A, Lazzeri G, Galeone D. *4° Rapporto sui dati HBSC Italia 2014. 2016* ([www.hbsc.unito.it/it/images/pdf/hbsc/report\\_nazionale\\_2014.comp.pdf](http://www.hbsc.unito.it/it/images/pdf/hbsc/report_nazionale_2014.comp.pdf))

12. Kipping RR, Campbell RM, Mac Arthur GJ, Gunnell DJ, Hickman M. Multiple risk behavior in adolescence. *Journal of Public Health* 2012 34(1): i1-i2.
13. Jackson C.A, Henderson M, Frank JW, Haw SJ. An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of public health* 2012 34(suppl 1):i31-i40.
14. Biglan A, Brennan PA, Foster SL, Holder H. *Helping Adolescents At Risk: Prevention of Multiple Problem Behaviors*. London, UK: The Guildford Press; 2004.
15. Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer KL, Seybolt D, Morrissey Kane E, Davino K. What Works in Prevention. Principles of Effective Prevention Programs. *The American Psychologist* 2003 (<https://endingviolence.uiowa.edu/assets/What-Works-in-Prevention.pdf>).
16. Weissberg RP, Kumpfer KL, Seligman ME. Prevention that works for children and youth. An introduction. *The American Psychologist* 2003 58(6-7): 425-432.
17. Giannotta F, Ciairano S, Weichold K, Silbereisen R, Testa S. Un intervento di life skills nella scuola media per la prevenzione dell'uso di sostanze. *Psicologia dell'Educazione* 2008 2(3):325-44.
18. Giannotta F, Settanni M, Kliewer W, Ciairano S. Results of an Italian School-Based Expressive Writing Intervention Trial Focused on Peer Problem. *Journal Adolescence* 2009 32:1377-90.
19. Molinari L, Speltini G. Il fenomeno delle prepotenze in classe e le dimensioni della competenza sociale. *Psicologia clinica dello sviluppo* 2001 1:95-116.
20. Pianta RC. Adult-child relationship processes and early schooling. *Early education and development* 1997 8(1):11-26.
21. Hetland J, Torsheim T, Aarø, LE. Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002 30(3): 223-230.
22. Allara E, Faggiano F, Molinar R, Marinaro L, Ermacora A, Beccaria F. A School-based Program to Promote Well-being in Preadolescents: Results from a Cluster Quasi-Randomized Controlled Trial. *The Journal of Primary Prevention*. *Submitted*.
23. Havighurst RJ. *Developmental tasks and education*. New York: Davis Mc Kay; 1952.
24. Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry* 1985 147(6):598-611.
25. Aleni Sestito L (editor) *Processi di formazione dell'identità in adolescenza*. Napoli: Liguori Editori; 2004.
26. Crocetti E, Rabaglietti E, Sica LS. Personal Identity in Italy. In Schwartz SJ, editor. *Identity Around the World*. *New Directions for Child and Adolescent Development* 2012 , 138, 87-102.
27. Berzonsky MD, Branje SJ, Meeus W. Identity-processing style, psychosocial resources, and adolescents' perceptions of parent-adolescent relations. *The Journal of Early Adolescence* 2007 27(3):324-345.
28. Rabaglietti E, Ciairano S. Quality of friendship relationships and developmental tasks in adolescence. *Cognition* 2008 XII(2):183-203.
29. Marengo D, Rabaglietti E, Tani F. Internalizing Symptoms and Friendships Stability: longitudinal Actor-Partner Effects in Early Adolescent Best Friends Dyads. *Journal of Early Adolescence* 2017 DOI: 0272431617704953.
30. Gottfredson D, Wilson D. Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prevention Science* 2003 4(1): 27-38.
31. Weichold K, Giannotta F, Silbereisen RK, Ciairano S, Wenzel V. Cross-cultural evaluation of a life-skills programme to combat adolescent substance misuse. *Sucht* 2006 52(4), Hogrefe AG. 268-278.
32. Vecchio G. *Lo sviluppo delle Life Skills negli adolescenti: Autoefficacia e Competenza*. Tesi di Dottorato Università La Sapienza, Roma; 2005.

### **Dichiarazione**

I materiali didattici del progetto “Diario della Salute. Percorsi di promozione della salute tra i pre-adolescenti – II Edizione A.S. 2015-2016” sono stati realizzati con il contributo di Fondazione CRT, Regione Piemonte e Regione del Veneto. La prima edizione è stata realizzata con il contributo del CCM – Ministero della Salute.

### **Ringraziamenti**

Si ringraziano tutti gli Operatori Sanitari delle ASL/ULSS, i Dirigenti scolastici, gli insegnanti e gli studenti delle scuole che hanno partecipato al progetto, la Regione Piemonte e la Regione Veneto e la Fondazione Cassa di Risparmio di Torino.

L'elaborazione dati è stata realizzata da Giorgia Molinengo.

*Conflitti di interesse dichiarati: nessuno*

## Una scuola alberghiera che promuove salute. Un processo di cambiamento tra formazione, relazioni, regole e stili di vita

### *A health promoting catering school: changing process made of training, relations, rules and lifestyles*

Silvia Masci<sup>1</sup>, Fabiola Stuto<sup>2</sup>, Virginio Beacco<sup>3</sup>, Roberta Sabbion<sup>4</sup>

<sup>1</sup>*Psicologa referente della promozione della salute, Dipartimento delle Dipendenze. Aas5 Pordenone*

<sup>2</sup>*Dirigente Biologo spec. Scienza dell'alimentazione, SIAN, Dipartimento di Prevenzione. Aas5*

<sup>3</sup>*Responsabile del progetto, Dipartimento delle Dipendenze AAS.5*

<sup>4</sup>*Direttore del Dipartimento delle Dipendenze. AAS.5*

*Parole chiave:* scuola alberghiera, promozione della salute, educazione permanente, adolescenti, stili di vita, relazioni interpersonali

#### RIASSUNTO

*Obiettivi:* favorire la cultura di una “Scuola alberghiera che promuove salute” integrando, in modo continuativo nel tempo, educazione, formazione e norme sul tema dell'alimentazione, del benessere e degli stili di vita sani, attraverso relazioni costruttive tra docenti e studenti.

*Metodi:* è stata utilizzata una metodologia attiva, partecipativa ed esperienziale: incontri formativi rivolti ai docenti e agli operatori scolastici sui temi del benessere e degli stili di vita sani, alimentari e non, da trasferire agli studenti; laboratori sulla promozione di uno stile di vita senza fumo di tabacco; laboratori culinari; laboratori di benessere personale e relazionale; creazione e degustazione di ricette e bevande sane durante la “Giornata della Salute”; questionario sulle conoscenze dei docenti nei confronti della salute; questionario per gli adolescenti sul benessere “*Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale*”.

*Risultati:* è stato avviato un processo di sensibilizzazione nei docenti e personale scolastico sui temi della salute e del benessere che ha favorito un miglioramento della qualità degli interventi educativi e che ha permesso ai docenti e agli operatori scolastici di riconoscere il valore dei temi della salute nella scuola. Emerge però la necessità di aumentare nei docenti alcune conoscenze, in modo da garantire agli studenti un percorso educativo che sappia sviluppare le loro abilità personali e relazionali e i comportamenti responsabili in riferimento alle loro scelte.

---

Autore per corrispondenza: [silvia.masci@aa55.sanita.fvg.it](mailto:silvia.masci@aa55.sanita.fvg.it)

*Key words:* professional catering schools, health promotion, lifelong education, adolescents, healthy lifestyles, relationships

## SUMMARY

*Objectives:* the purpose is to enhance a “Health-promoting professional catering school” by integrating education, training and standards on the theme of nutrition, well-being and healthy lifestyles, through a constructive relationship between teachers and students.

*Methods:* the experience was based on an active, participatory and experiential method: workshops on well-being and healthy lifestyles as a whole not just concerning food for teachers and school staff, so as to transfer these contents to the students; workshops on promoting smoke-free lifestyles; cooking classes; discussion groups on personal well-being and healthy relations; development of healthy recipes and beverages to be tasted during the event called “The Health Day”. Moreover, the teachers were tested on their knowledge about health issues, while all adolescents completed the “*Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale*” questionnaire on well-being.

*Results:* teachers and the school staff have become aware about topics such as health and well-being, so that the quality of educational activities has been improved. Furthermore, teachers and the school staff have acknowledged the importance of pursuing health topics within the school environment. However, it is necessary to increase some knowledge in teachers, in order to guarantee students an educational path that can develop their personal life skills and safe behaviors.

## Contesto

Recenti ricerche nell’ambito della psicologia della salute, del benessere e della comunità hanno evidenziato l’importanza di sviluppare le potenzialità dell’individuo e del suo empowerment. È nota l’importanza del contesto scolastico nella promozione di comportamenti salutari e nella riduzione dell’esposizione a fattori di rischio attraverso l’uso di metodologie attive che favoriscono lo sviluppo dell’empowerment e il benessere psicofisico di tutti coloro che “vivono” la scuola (studenti, docenti, operatori, famiglie). La scuola rappresenta in primis “un luogo di elaborazione culturale e intellettuale, uno spazio per esprimersi, tessere relazioni, confrontare esperienze ed emozioni, in modo da assumere quell’affascinante compito di educare istruendo e di istruire educando”(1).

Il processo educativo è molto più di una semplice trasmissione di conoscenze e teorie; comprende infatti una profonda attenzione verso gli aspetti relazionali e una certa responsabilità verso l’avvenire dei giovani.

Negli ultimi anni, il settore scolastico ha cercato di sviluppare un approccio salutogenico basato su parametri educativi per accrescere la comprensione, le conoscenze e le competenze degli studenti riguardo ai temi della salute.

È strategica l’alleanza tra il mondo della scuola e la sanità per la creazione di un ambiente che renda facili le scelte salutari. Per tale motivo il Dipartimento delle dipendenze e il Dipartimento di prevenzione (Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione) dell’Azienda per l’Assistenza sanitaria n.5 “Friuli Occidentale” di Pordenone hanno proseguito

il progetto *“Il mondo.. da noi. Le ricette e le bevande per star bene e non solo”*, avviato tre anni fa in un istituto alberghiero con convitto, con l'intento di favorire nella scuola una cultura della promozione della salute (2). Una “scuola che promuove salute” facilita l'educazione, la formazione, le relazioni rispettose e pro sociali, l'integrazione e le norme sul tema del benessere (3).

È sempre più evidente nelle aule scolastiche la presenza di alunni di altre etnie. In Friuli Venezia Giulia uno studente su dieci è figlio di stranieri, rapporto che conferma l'importanza della tematica interculturale sia sul piano sociale che educativo. In questo complesso e multidimensionale insieme di relazioni, l'alimentazione a scuola rappresenta un elemento attivo che facilita l'incontro fra mondi tra loro anche molto diversi.

L'adolescenza è un periodo evolutivo in cui le abilità di vita si formano e si consolidano per uno sviluppo dell'identità personale e sociale, abilità che permettono di scegliere in modo consapevole e responsabile. In questa fase della vita le abitudini sono condizionate da un'alimentazione scorretta, eccesso di fumo di sigaretta, consumo di alcol, sedentarietà e sintomi da stress psicosociale. L'ultimo rapporto 2015 del progetto Espad (European school survey project on alcohol and other drugs), che ha coinvolto 35 Paesi europei e un totale di 96.043 studenti europei di età 15-16 anni, ha rilevato che il 46% degli intervistati ha fumato almeno una volta nella vita, il 21% è un 'fumatore corrente' (ovvero che ha fumato negli ultimi trenta giorni) e il 12% fuma quotidianamente. In Italia, il 58% degli studenti ha sperimentato l'uso di tabacco, il 37% ha fumato nell'ultimo mese, percentuale più elevata rispetto ai coetanei europei. Gli studenti italiani che fumano quotidianamente si attestano al 21%, dato che è rimasto stabile nel corso degli ultimi venti anni.

L'uso di alcol tra gli adolescenti europei si mantiene su livelli elevati ma, come per il tabacco, le tendenze dal 1995 mostrano sviluppi positivi. Il consumo occasionale è diminuito dall'89% all'81% e l'uso corrente dal 56% al 47%. Uno studente su tre (35%) ha praticato 'binge drinking' nell'ultimo mese. In Italia rimane stabile la percentuale di studenti che riporta episodi di 'binge drinking' (34%) (4).

Per quanto riguarda i comportamenti alimentari e la sedentarietà, lo studio internazionale HBSC 2014 (Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare) ha evidenziato che solo una bassa percentuale di studenti italiani consuma frutta e verdura almeno una volta al giorno. Il valore più alto (22,7%) si registra tra le ragazze di 15 anni. Rispetto all'edizione precedente la percentuale è aumentata in tutte le classi di età e in entrambi i sessi, ma i valori permangono bassi e lontani dai consumi raccomandati. L'abitudine di saltare la prima colazione è presente soprattutto nella fascia di età 11-13 anni, mentre è in diminuzione tra i 15enni. Il 20% delle ragazze 15enni consuma quotidianamente bevande zuccherate, il fenomeno è comunque in diminuzione in tutte le classi di età e in entrambi i sessi.

Cresce il numero dei ragazzi che svolge attività fisica (un'ora di attività più di tre giorni a settimana) in tutte le fasce di età. I dati sulla sedentarietà evidenziano in tutte le fasce di età una diminuzione del numero dei ragazzi che trascorrono tre ore o più al giorno davanti alla Tv, in particolare tra i 15enni (maschi 30,6% - femmine 26,1%). Aumenta invece la percentuale di adolescenti che passano tre ore o più al giorno a giocare con il Pc, lo smartphone o il tablet. Questo studio rileva inoltre che i ragazzi italiani affermano di essere in salute, ma in realtà rispetto agli altri paesi europei riferiscono più sintomi psicosomatici. Essi ritengono che quando una scuola non si occupa del loro star bene, facilita il rischio della presenza di sintomi da stress psicosociale e del consumo di fumo da sigaretta e alcolici (5).

Il coinvolgimento dell'intera comunità scolastica richiede l'adozione di regolamenti interni da parte dell'Istituto, che contengano una serie di provvedimenti e regole condivise per promuovere comportamenti corretti e coerenti con le indicazioni nazionali sugli stili di vita. L'inserimento del progetto nel PTOF (Piano triennale dell'offerta formativa) e nel patto di corresponsabilità educativa mostra l'intento di includere nel curriculum formativo scolastico i temi della promozione della salute e l'adozione di stili di vita salutari. In una scuola con convitto diventa fondamentale riprogettare gli spazi senza fumo, l'accoglienza, la socializzazione, le attività ricreative pomeridiane, un menù in sintonia con le linee guida regionali per la ristorazione scolastica e le occasioni di movimento in ambiente naturale e all'aperto (6).

Far riconoscere e condividere alla comunità scolastica il valore delle norme come una strategia per migliorare la qualità della vita può consentire una maggiore assunzione di responsabilità da parte di tutti i soggetti coinvolti (dirigente scolastico, docenti, operatori scolastici, studenti, genitori). Ad esempio la legge 16 gennaio 2003, n. 3 (art. 51) prevede la regolamentazione del fumo in tutti i luoghi chiusi pubblici e privati, compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità (7). Far accettare una scuola libera dal fumo consente di dimostrare i benefici che essa produce sul benessere individuale e collettivo. È noto come l'uso costante e prolungato di tabacco sia in grado di incidere sulla durata e sulla qualità della vita media. 20 sigarette al giorno riducono di circa 4,6 anni la vita media di un giovane che inizia a fumare a 25 anni. Ovvero per ogni settimana di fumo si perde un giorno di vita (8).

Il dare continuità al progetto *"Il mondo...da noi. Le ricette e le bevande per star bene e non solo"* può garantire uno spazio di confronto e una partecipazione attiva dei ragazzi attraverso laboratori di idee e attività sui temi della salute, come esempio di buona pratica da affiancare all'educazione permanente nel contesto scolastico. Vale la pena considerare che gli studenti e il personale scolastico consumano tutti i pasti principali della giornata all'interno della scuola, in quanto è presente il convitto per cinque giorni alla settimana. L'istituto alberghiero rappresenta un'opportunità di diffusione della "cultura della corret-

ta alimentazione” e di stili di vita salutari, perché gli studenti (chef, barman, camerieri di sala) che concluderanno il percorso scolastico, “avranno in mano la salute” delle persone e potranno modificare direttamente le modalità di somministrazione di cibo e bevande nei bar, ristoranti o ristorazione collettiva dei prossimi anni. Chi professionalmente si occupa della preparazione di cibo e bevande può contribuire ad un orientamento dei gusti e ad un cambiamento dei comportamenti non funzionali allo star bene.

## Partecipanti

Grazie alla collaborazione di diverse istituzioni il Dipartimento delle dipendenze, il Sian del Dipartimento di prevenzione dell’Aas5 “Friuli Occidentale” di Pordenone e l’Istituto alberghiero Ial di Aviano, il progetto “*Il mondo... da noi*” ha previsto in questo terzo anno un percorso formativo rivolto ai docenti e agli operatori scolastici dell’istituto.

Sono stati coinvolti 24 soggetti tra docenti e operatori scolastici, ma solo 19 hanno partecipato al percorso completo. Il campione risulta composto per la maggior parte da maschi (63%) rispetto alle femmine (37%)

Le classi che hanno partecipato al progetto sono tre prime, per un totale di 40 ragazzi (40% maschi e 60% femmine)

Inoltre, sono stati individuati alcuni ragazzi delle classi seconde, in qualità di “promotori del benessere”.

## Obiettivi

La finalità principale, da cui nasce e si articola il progetto, consiste nel favorire la cultura di una “Scuola alberghiera che promuove salute” integrando educazione, formazione e norme sul tema del benessere e degli stili di vita sani, attraverso relazioni costruttive tra docenti e studenti.

Gli obiettivi generali e specifici sono i seguenti:

1. sensibilizzare i docenti sui temi della salute e del benessere in ambito scolastico per offrire conoscenze da trasferire agli studenti di diverse culture;
2. promuovere uno stile di vita sano senza fumo di tabacco;
3. definire regole istituzionali per una scuola “libera dal fumo di tabacco”;
4. promuovere uno stile di vita sano senza alcol, stimolando un confronto sulle bevande analcoliche dei diversi paesi;
5. promuovere ed educare ad una corretta alimentazione per favorire sani stili di vita, puntando sulle “tradizioni alimentari” come espressioni culturali, di natura etica, sociale ed etnica;
6. far riscoprire la “Dieta mediterranea” e le tradizioni culinarie alla luce di nuovi aspetti innovativi, valorizzando frutta, verdura, cereali integrali e legumi;
7. far creare ricette e bevande analcoliche con l’impiego di prodotti eco-compatibili e

- sostenibili, regionali, nazionali, DOP, IGP a chilometro zero;
8. far applicare le linee guida della regione Friuli Venezia Giulia (Fvg) per la ristorazione scolastica, nella predisposizione dei menù per i ragazzi che usufruiscono del convitto, puntando sulla varietà, qualità, freschezza, stagionalità e semplicità degli alimenti;
  9. organizzare una “Giornata della salute” scolastica come momento conclusivo, per valorizzare le abilità di vita acquisite dagli studenti.

## Procedura e metodi

Gli obiettivi sono stati realizzati nell’arco di un anno.

In riferimento al primo obiettivo, sono stati effettuati degli incontri tra gli operatori sanitari dell’Aas5, il dirigente scolastico e i docenti collaboratori. Durante questi incontri è stato programmato un corso di formazione rivolto ai docenti e agli operatori scolastici, individuando gli argomenti e le strategie per trasferire ai ragazzi conoscenze in tema di benessere, alimentazione sana, dipendenze da fumo di tabacco e da alcol e favorire lo sviluppo di abilità personali e relazionali. Il corso di formazione ha previsto 4 incontri teorico-pratici. All’inizio e alla fine del corso è stato somministrato un questionario composto da 12 domande (tab. n. 1) per rilevare alcune conoscenze da parte dei docenti nei confronti della salute, delle life skills, dei fattori di rischio e di protezione rispetto all’uso di sostanze e dell’alimentazione.

Domanda 1	Qual è la definizione di salute secondo la Carta di Ottawa dell’Organizzazione Mondiale della Sanità?
Domanda 2	Cosa sono le capacità di vita?
Domanda 3	Che cosa si intende per dipendenze patologiche?
Domanda 4	Quali di questi fattori individuali rientrano tra i fattori di rischio per l’uso di sostanze?
Domanda 5	Quali di questi fattori scolastici rientrano tra i fattori di rischio per l’uso di sostanze?
Domanda 6	Quali di questi fattori individuali rientrano tra i fattori di protezione per l’uso di sostanze?
Domanda 7	Quali tra i seguenti rientrano tra i fattori sociali di protezione per l’uso di sostanze?
Domanda 8	La miscela cereali e legumi è importante perché:
Domanda 9	Da quale di questi alimenti il nostro organismo assorbe maggiormente il ferro?
Domanda 10	Le fibre solubili:
Domanda 11	Qual è il migliore metodo di cottura delle verdure?
Domanda 12	Qual è la principale fonte di sodio nell’alimentazione umana?

Tabella 1- Questionario per la rilevazione delle conoscenze da parte dei docenti

Per quanto riguarda il secondo obiettivo, sono stati diffusi dei poster realizzati dagli studenti che incentivano la libertà dal fumo di tabacco. Per il terzo obiettivo si è lavorato

con tutta la comunità scolastica a favore della definizione di strategie e regole sull'uso del fumo di tabacco. Per favorire la riflessione circa le motivazioni sottese all'utilizzo e al consumo di sostanze, sono state realizzate due iniziative.

La prima ha previsto cinque incontri a cadenza settimanale con un gruppo di venti studenti fumatori individuati dalla scuola, motivati a ridurre o a smettere di fumare. La seconda, ha coinvolto i "promotori del benessere", che sono stati formati dagli operatori sanitari attraverso tre incontri specifici e sono entrati nelle classi prime utilizzando la metodologia della *peer education*, per illustrare il progetto e l'importanza di adottare stili di vita sani. Le classi prime hanno compilato sia all'inizio che alla fine del percorso, il questionario "Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale", al fine di rilevare il benessere mentale percepito dai ragazzi nelle ultime due settimane. Attraverso il raggiungimento degli altri obiettivi si è voluto diffondere e promuovere nella scuola la "cultura di una corretta alimentazione".

Durante il percorso formativo rivolto ai docenti e agli operatori scolastici, sono state illustrate le Linee guida della Regione FVG per la ristorazione scolastica e sono stati affrontati alcuni temi, come il ruolo della "Dieta Mediterranea" nella prevenzione di alcune patologie cronico-degenerative, i risultati nazionali, ed in particolare della regione FVG, relativi allo studio HBSC 2014 sui comportamenti alimentari e sulla sedentarietà degli adolescenti (9). Sono stati inoltre costituiti dei gruppi di lavoro sulla gestione della giornata alimentare e delle porzioni, finalizzati alla predisposizione di uno schema di menù settimanale per gli studenti che usufruiscono del convitto, comprensivo dei pasti principali e degli spuntini. Lo schema alimentare è stato contestualizzato nella realtà scolastica e ha rappresentato uno strumento per avviare il confronto e la discussione su vari aspetti che vanno dalla qualità alla varietà e stagionalità delle materie prime, dall'importanza della Dieta mediterranea alla valorizzazione dei vegetali, dalle tradizioni culinarie all'innovazione, dall'aspetto sociale e culturale a quello etnico (10-11).

A supporto di tutto questo sono stati consegnati ai partecipanti materiale informativo, dispense e i criteri nutrizionali per la realizzazione successiva di ricette da parte dei ragazzi (12). I docenti una volta formati, hanno trattato con i ragazzi i temi dell'alimentazione e degli stili di vita secondo un approccio trasversale, integrato nei percorsi curriculari esistenti, utilizzando una metodologia attiva che permette il loro diretto coinvolgimento (13). Questo percorso ha permesso la produzione di elaborati che sono stati poi esposti all'interno della scuola in occasione della "Giornata della salute".

I ragazzi infine hanno messo in campo le competenze acquisite e la propria creatività nel proporre nuove ricette e cocktail analcolici, in linea con i criteri nutrizionali indicati e nel rispetto del sapore, della salute e della sicurezza.

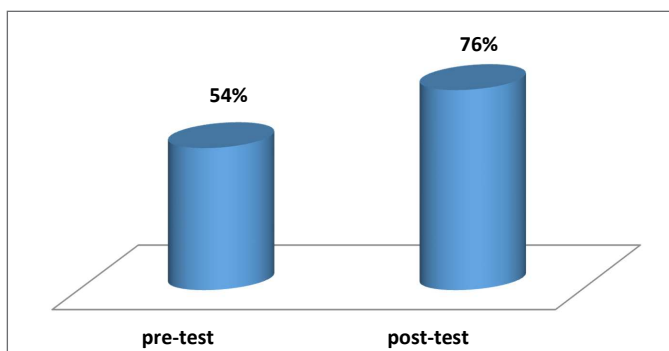
Le ricette dei cibi e bevande analcoliche sono state valutate sotto l'aspetto nutrizionale dal SIAN (Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione). Sono state selezionate quelle più

rispondenti ai criteri indicati e premiate a fine anno scolastico. Durante questo evento conclusivo chiamato “Giornata della salute” sono stati attuati dai docenti e dagli studenti diversi laboratori di benessere personale e relazionale con la descrizione delle “ricette della felicità”, di lettura e riflessione di alcuni brani letterari per confrontarsi con pensieri di altri, di racconti su esperienze di viaggio per ampliare i loro orizzonti conoscitivi, di pittura attraverso la creazione di slogan e pannelli sui fattori di protezione dal rischio del consumo di alcol, di fotografia per focalizzare e valorizzare i particolari di una persona, di musica per consentire ad alcuni studenti di condividere le proprie passioni, di cucina con la realizzazione delle ricette e bevande analcoliche.

## Risultati

Per quanto riguarda il primo obiettivo, sono stati confrontati i questionari somministrati ai docenti e operatori scolastici all’inizio del percorso formativo e alla fine: le risposte corrette sono aumentate del 12% dal pre test al post test, come da figura 1.

Figura 1- Percentuale risposte corrette dei questionari del corso di formazione



In particolare, c'è stato un miglioramento delle conoscenze inerenti la salute (dom. 2), dal 53% in pre-test all'89% nel post-test. Inoltre, le risposte corrette riguardo al significato di dipendenza patologica (dom. 3) sono aumentate da un 68% nel pre-test ad un 89% nel post-test e, riguardo ai fattori individuali di protezione dall'uso di sostanze (dom. 6), da un 68% nel pre-test ad un 84% nel post-test. Invece, la percentuale di risposte corrette riguardo il concetto di salute secondo l'OMS risulta essere bassa sia in pre che in post-test (dom.1, 11% vs 26%). Il secondo obiettivo è stato raggiunto attraverso la collocazione in aree specifiche di manifesti sul non uso del fumo di tabacco realizzati dagli studenti, successivamente esposti anche durante la “Giornata della salute”.

Mentre per il terzo obiettivo è stato stilato un regolamento d'istituto per disincentivare l'uso del tabacco.

Figura 2- Trend delle conoscenze confronto tra pre e post-test (%)

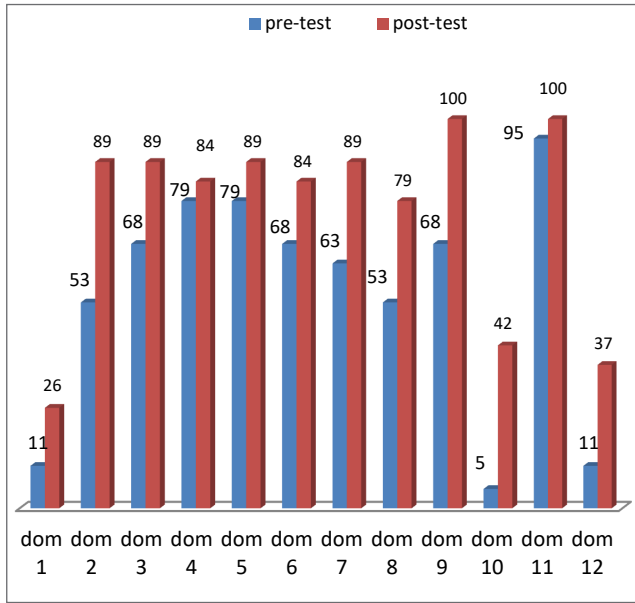
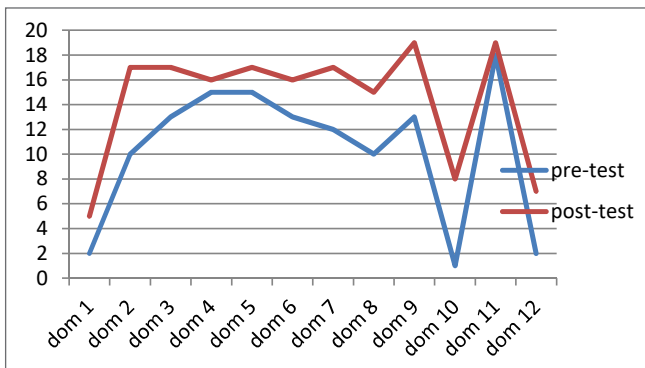


Figura 3- Trend delle conoscenze confronto tra pre e post-test (%)

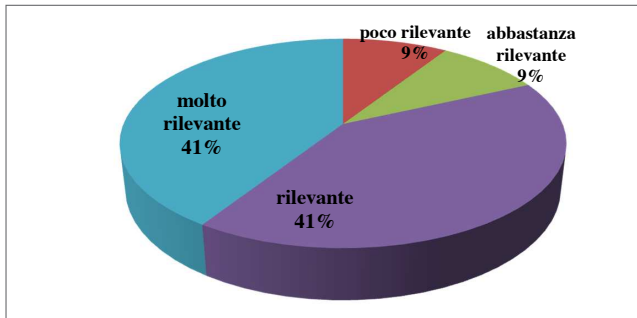


Per quanto riguarda gli obiettivi sulla promozione di un'alimentazione sana e sull'uso di bevande analcoliche, dai questionari del percorso formativo emerge che il 79% dei partecipanti ha risposto correttamente nel post test alla domanda sull'importanza del ruolo dei legumi (dom. 8) contro un 53% nel pre test; mentre il 100% nel post-test ha dato la risposta corretta alla domanda sulla fonte di ferro (dom. 9) contro il 68% del pre test. Inoltre, le risposte corrette sono aumentate da un 5% nel pre test ad un 42% nel post test per quanto riguarda le funzioni della fibra contenuta nei vegetali (dom. 10) e da un

11% nel pre test ad un 37% nel post test nella domanda sulle fonti alimentari di sodio (dom. 12). (Figura 2 e 3).

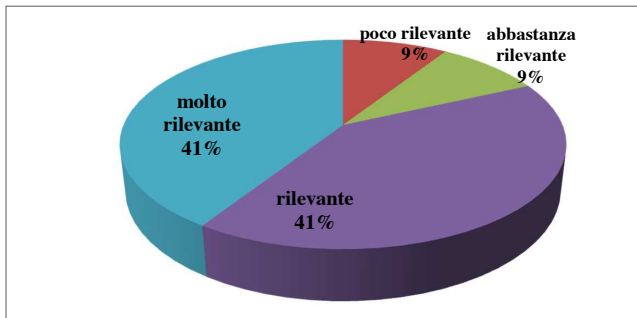
Alla fine del percorso formativo rivolto ai docenti e agli operatori scolastici è stato somministrato anche un questionario di gradimento. In merito alla rilevanza degli argomenti trattati, il 9% ha dichiarato che era abbastanza rilevante, un 41% rilevante e altrettanto 41% molto rilevante, solo il 9% poco rilevante (figura 4).

Figura 4- Rilevanza degli argomenti trattati



Sulla qualità educativa dell'evento formativo il 36% ha asserito che era buona, il 55% eccellente, il 9% soddisfacente (figura 5).

Figura 5- Qualità educativa dell'evento formativo

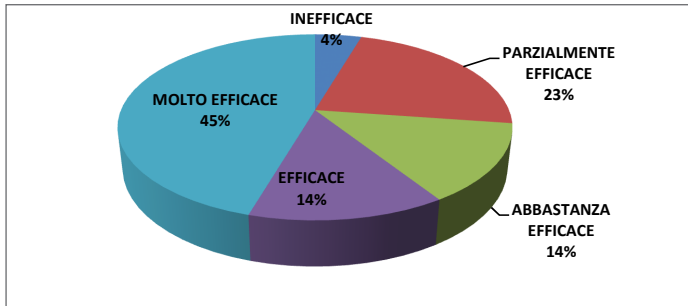


Per quanto riguarda l'efficacia dell'evento e le possibili ricadute educative nel contesto scolastico, il 73% ha dato un riscontro positivo di efficacia, il 23% lo ha ritenuto parzialmente efficace, solo il 4% inefficace (figura 6).

L'ultimo obiettivo può considerarsi raggiunto attraverso la realizzazione della "Giornata della salute", durante la quale si è registrata una notevole partecipazione attiva di insegnanti e alunni.

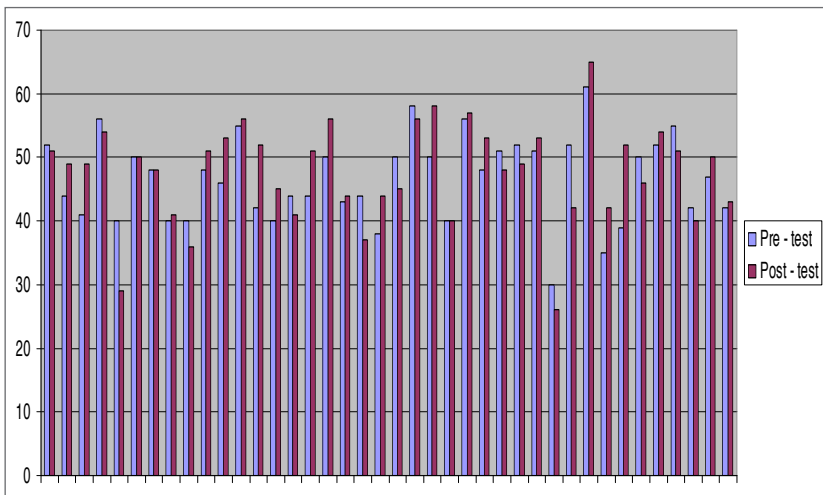
In questa occasione sono state realizzate dai ragazzi alcune bevande analcoliche e ricette di cibi, che rispettavano maggiormente le indicazioni date, rispetto all'edizione dell'anno precedente.

Figura 6- Efficacia dell'evento formativo



Per valutare l'efficacia del progetto e della "Giornata della salute", sono stati somministrati ai ragazzi delle classi prime, due tipi di questionari: il "Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale" sul benessere mentale percepito e il questionario di gradimento (14). Dal "Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale" è emerso che il 55% ha migliorato il punteggio di "benessere mentale percepito" nel post test, l'8% ha mostrato invece un punteggio invariato (figura 7).

Figura 7- Confronto punteggi pre e post-test sul benessere degli studenti



Dal questionario di gradimento, in merito alla rilevanza dell'esperienza, il 44% ha dichiarato che era rilevante, il 37% abbastanza rilevante e il 19% molto rilevante (figura 8). Sulla qualità educativa, il 56% ha asserito che era buona, il 35% soddisfacente e il 9% eccellente (figura 9).

Figura 8- Rilevanza dell'esperienza

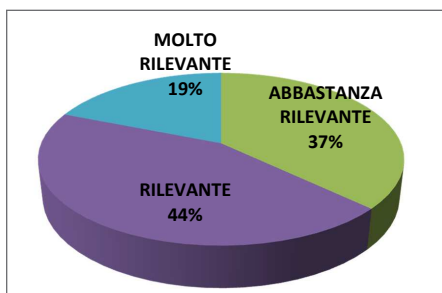
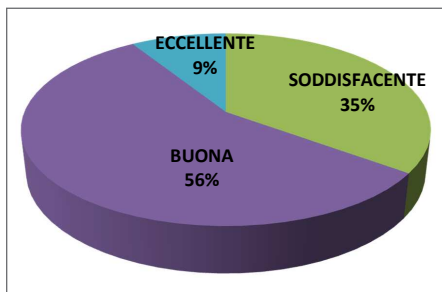
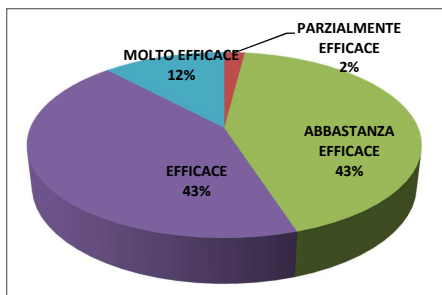


Figura 9- Qualità educativa dell'esperienza



Per quanto riguarda l'efficacia, il 43% lo ha ritenuto efficace, altrettanto 43% abbastanza efficace e un 12% lo ha ritenuto molto efficace, solo il 2% parzialmente efficace (figura 10). Inoltre, è emerso che per l'80% dei ragazzi la "Giornata della salute" è stata un'occasione per riflettere sui temi della salute, per il 77% è stato piacevole assaggiare e gustare le ricette multiculturali presentate. Il 92% dei ragazzi ha asserito di voler proseguire il prossimo anno con il progetto, il 78% si dichiara interessato a diventare un futuro "promotore del benessere" e il 62% ha affermato la volontà di partecipare ad incontri di riflessione sui temi della salute e dell'empowerment.

Figura 10- Efficacia dell'esperienza



## Discussione

Una buona parte degli insegnanti ha partecipato attivamente sia durante il corso di formazione che, in seguito, durante le attività curriculari confermando, come da letteratura scientifica, che il coinvolgimento interattivo dei ragazzi sia una metodologia stimolante ed efficace per sviluppare capacità personali ed educare alla responsabilità (15).

È possibile affermare che è stato avviato un processo di sensibilizzazione nei docenti e personale scolastico sui temi della salute e del benessere. Infatti, dai risultati dei questionari sopra riportati, si può osservare un miglioramento delle conoscenze dall'inizio alla fine del percorso formativo in tutte le domande del questionario.

In particolare, per quanto riguarda le domande sulla salute, i partecipanti hanno acquisito consapevolezza sul fatto che le capacità personali, interpersonali, cognitive e fisiche permettono di avere un controllo sulla propria salute.

Inoltre, è stato compreso il significato di dipendenza patologica e sono stati riconosciuti i fattori individuali di protezione dall'uso di sostanze.

Per quanto riguarda le domande sull'alimentazione i partecipanti hanno compreso l'importanza del ruolo dei legumi nell'ambito di uno stile alimentare sano, delle altre fonti proteiche e di ferro assimilabile durante la fase adolescenziale.

Merita invece ulteriore approfondimento la tematica inerente il concetto di salute secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, evidenziando una difficoltà a riconoscere che non solo l'assunzione di responsabilità personale, ma anche fattori esterni possono influire sullo stato di salute.

Emerge invece la necessità di aumentare le conoscenze in merito alle positive funzioni della fibra contenuta nei vegetali e alle fonti alimentari di sodio, considerato che l'eccessiva assunzione di sodio è causa di ipertensione.

L'obiettivo di promuovere uno stile di vita sano senza fumo di tabacco è stato realizzato attraverso l'esposizione, in determinate aree interne alla scuola, di manifesti sul non uso del fumo di tabacco creati dagli studenti, che incentivavano i fattori di protezione, piuttosto che enfatizzare i fattori di rischio.

L'obiettivo che mirava alla definizione di regole istituzionali per una scuola "libera dal fumo di tabacco" è stato raggiunto attraverso la predisposizione di un regolamento d'Istituto che prevedeva che gli studenti potessero fumare solo in un'ora pomeridiana nel cortile della scuola e da soli, in modo tale da contrastare il piacere di stare in compagnia utilizzando il tabacco. Questo è un primo passo per inserire successivamente la regola di una scuola totalmente libera dal fumo.

Relativamente agli altri obiettivi di tale progetto, che si riferiscono alla promozione di uno stile di vita sano, senza alcol e con un'alimentazione corretta, di seguito alcune considerazioni e valutazioni qualitative.

È stato possibile osservare un primo passo verso uno stile di vita sano senza alcol,

considerato che gli studenti, durante la “Giornata della salute”, hanno realizzato ricette delle bevande che seguivano la linea analcolica a base di frutta.

Inoltre, anche sul versante di una corretta alimentazione, è possibile osservare alcuni primi risultati in occasione della “Giornata della salute”. Gli studenti hanno proposto diverse ricette che rispettavano maggiormente le indicazioni date, in confronto all’edizione dell’anno precedente. In particolare, le ricette rispettavano maggiormente i criteri della dieta mediterranea e contenevano ingredienti sani come frutta, verdura, cereali integrali e legumi. Inoltre, è stata data attenzione anche all’impiego di prodotti eco-compatibili e sostenibili, DOP, IGP o a chilometro zero, e di prodotti della tradizione regionale o nazionale.

Invece, solo a lungo termine si potranno osservare i risultati in merito all’adozione da parte dell’Istituto delle linee guida della regione FVG nella realizzazione di menù per i ragazzi che usufruiscono del convitto.

È possibile affermare che anche l’ultimo obiettivo è stato raggiunto, in quanto il progetto si è concluso con l’organizzazione della “Giornata della salute”, nella quale è stato possibile osservare un’azione attiva e partecipata di docenti e studenti nell’attuare i diversi laboratori proposti.

La maggioranza dei docenti e degli operatori scolastici ha espresso un giudizio positivo sulla qualità educativa dell’evento formativo e sulle possibili ricadute nel contesto scolastico.

Durante la “Giornata della salute” sono state valorizzate le abilità di vita acquisite dagli studenti. Un’alta percentuale di ragazzi ha vissuto l’esperienza in modo positivo, affermando che è stata un’occasione per riflettere sui temi della salute. Inoltre sono state gradite le ricette salutari e multiculturali presentate ed apprezzate le modalità educative. Molto alta è anche la percentuale dei ragazzi che sono intenzionati a proseguire il progetto, che sono interessati a diventare “Promotori del benessere” e a partecipare agli incontri di riflessione sui temi della salute e dell’empowerment. Infine anche dall’analisi sul benessere percepito nei ragazzi, è stato possibile notare un miglioramento.

## **Conclusioni e prospettive future**

La realizzazione della promozione della salute nella scuola richiede la predisposizione di nuove linee metodologiche che consentano di intervenire sulle variabili psicologiche, relazionali, sociali, culturali e ambientali, rimuovere i comportamenti a rischio e promuovere i comportamenti che hanno rilevanza per la salute.

La scuola rappresenta un contesto favorevole per attuare programmi in rete con altri partner del territorio finalizzati ad aiutare a vivere in modo più sano e favorire lo sviluppo dell’autonomia e dei processi di empowerment, consentendo così l’apprendimento di capacità quali il saper prendere decisioni, comunicare in modo efficace e resistere alle influenze esterne. Inoltre la scuola deve essere coinvolta, non solo nella sua dimensione di agenzia educativa, ma anche in quella strutturale, tramite la redazione di un regolamento d’istituto (16) (17).

Il direttore dell'istituto scolastico ha sostenuto l'importanza di effettuare incontri formativi con il personale docente e non, con l'intento di accrescere la cultura sulla salute, sul benessere, sulle abilità di vita, sulle tematiche delle dipendenze patologiche e sullo stile alimentare sano.

La scelta di coinvolgere la direzione scolastica di un istituto alberghiero per avviare una formazione per i docenti su queste tematiche è risultata determinante nel favorire un miglioramento della qualità degli interventi educativi e il trasferimento di competenze specifiche dai docenti agli alunni, futuri operatori della ristorazione. Il progetto, infatti, ha permesso ai docenti e agli operatori scolastici di riconoscere il valore dei temi della salute nella scuola, del confronto e della collaborazione tra colleghi per garantire agli studenti un percorso educativo che sappia sviluppare le loro abilità personali e relazionali e far assumere comportamenti responsabili in riferimento alle loro scelte.

Essere responsabili della crescita di un'altra persona significa osservare cambiamenti, progressi o regressioni non sempre prevedibili e controllabili. È una responsabilità che permette di realizzare un processo educativo rispondente alla complessità della società odierna.

La collaborazione tra il mondo sanitario e quello dell'educazione e della formazione rappresenta un'opportunità per lo sviluppo di processi e azioni che favoriscano il benessere scolastico, la valutazione e la riproducibilità degli interventi effettuati. Affinché la collaborazione risulti efficace, occorre maggiore comunicazione e interazione fra insegnanti, studenti, genitori e operatori sanitari attraverso azioni costanti nel tempo. Inoltre, una scuola che promuove salute necessita del sostegno continuativo nel tempo del dirigente scolastico.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Masci S. A scuola di emozioni. Insegnanti e genitori ascoltano gli adolescenti. Roma: Armando Editore; 2012
2. Masci S, Beacco V, D'Andrea M, Sabbion R, Salamon E, Stuto F, Vanzella M. Percorso Benessere "Il mondo...da noi! Le ricette e le bevande per star bene e non solo". Sistema Salute: la rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute 2016; 60 (1): 63-74
3. <http://www.scuolapromuovesalute.it/>
4. ESPAD. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs Report 2015; ESPAD; 2015 <https://www.ifc.cnr.it/index.php/it/r>
5. MIUR- Ministero della Salute Health Behaviour in School-aged Children- HBSC. Stili di vita e salute degli adolescenti. I risultati della Sorveglianza HBSC Italia 2014. Bologna: Centro Stampa Emilia Romagna; 2016
6. "Scegli con gusto, gusta in salute" Istituti alberghieri e promozione della salute: guida didattica per docenti e professionisti del settore. Bologna: Luoghi di prevenzione Regione Emilia Romagna 2014

7. Legge 16 gennaio 2003, n. 3 “Disposizioni ordinarie in materia di pubblica amministrazione”. Gazzetta Ufficiale n. 15 del 20 Gennaio 2003. Suppl. Ordinario n. 5
8. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali I danni derivati dal consumo di sigarette. Roma: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali; 2009 .
9. Linee Guida della Regione Friuli Venezia Giulia per la ristorazione scolastica. Delibera della Giunta Regionale n. 2188 del 13/12/2012
10. INRAN Linee guida per una sana alimentazione italiana. Roma: INRAN; 2003
11. SINU Livelli di assunzione di riferimento di Nutrienti e di energia per la popolazione italiana. IV Revisione Firenze: SINU 2014
12. CE,OMS, HPS Un'alimentazione sana per i giovani in Europa. Guida scolastica di educazione Alimentare. International Planning Committee (IPC); 1999.
13. Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca. Linee guida per l'educazione alimentare. Roma: Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca; 2011.
14. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, Parkinson J, Secker J, Stewart-Brown S. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 27; 5:63.
15. Marmocchi P, Dall'Aglio C, Zannini M. Educare le life skills: Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'OMS. Trento: Erickson; 2004
16. Guido C, Verni G. Educazione al benessere e nuova professionalità docente. Bari: Ufficio Scolastico regionale Puglia 2008
17. Istituto Superiore di Sanità La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni. A cura di Anna De Santi, Ranieri Guerra e Pierluigi Morosini 2008, iv. Rapporti ISTISAN 08/174 p

*Un ringraziamento al Centro Turistico Alberghiero Ial di Aniano, al direttore Gabriele De Simone, a tutto il personale docente e non e in particolar modo a Claudia Marinz, Elisa Pacella e Rosalia Santin per la preziosa collaborazione.*

*Conflitti di interesse dichiarati: nessuno*

## Il progetto diabete: percorso di sanità di iniziativa nell'Azienda USL Umbria 1

*Project diabetes: organization of type 2 diabetes health-care by an integrated chronic disease management in the local health authority "USL Umbria 1"*

Alessandra Rocca<sup>1</sup>, Alfredo Notargiacomo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Perugia

<sup>2</sup> Azienda USL Umbria 1 - Referente aziendale Progetto Diabete

*Parole chiave:* diabete mellito di tipo 2, sanità di iniziativa, cure primarie, gestione della cronicità

### RIASSUNTO

*Introduzione:* l'aumento della prevalenza del diabete mellito di tipo 2 ha un impatto rilevante sulla salute pubblica. Una corretta gestione della malattia, attuata dagli stadi iniziali, permette di prevenire l'insorgenza e la progressione delle complicanze; l'assistenza alle persone con diabete può quindi essere considerata un modello per la gestione della cronicità.

*Obiettivi:* il progetto diabete, attuato nell'Azienda USL Umbria 1, nasce dall'attuazione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) regionale che recepisce il "Piano Nazionale sulla malattia diabetica" del 2013. Il percorso prevede l'applicazione di un modello organizzativo basato sui principi del "Chronic Care Model" e caratterizzato dalla gestione integrata e attiva dei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 in controllo metabolico e senza danni d'organo, attraverso la formazione di un team multidisciplinare che coinvolge principalmente medici di medicina generale (MMG), infermieri dei Centri di Salute e delle medicine di gruppo coinvolte, medici diabetologi e medici di distretto. Gli obiettivi principali sono il miglioramento della presa in carico dei pazienti, la continuità delle cure, lo sviluppo dell'autonomia decisionale dei pazienti e il supporto all'autocura.

---

Autore per corrispondenza: [alessandrarocca@gmail.com](mailto:alessandrarocca@gmail.com)

*Metodi:* al progetto, iniziato operativamente il 28 novembre 2015, partecipano 65 MMG afferenti a 16 medicine di gruppo del territorio dell'Azienda USL Umbria 1. La partecipazione prevede per ogni medico la selezione dei pazienti diabetici che rientrano nei criteri di eleggibilità e la loro presa in carico attraverso l'effettuazione su chiamata attiva di visite periodiche, insieme al personale infermieristico; la visita prevede la valutazione clinica e metabolica del paziente e il counselling relativo a stili di vita, utilizzo del glucometro, assunzione dei farmaci. Le sedute dedicate sono monitorate attraverso la raccolta dei dati riguardanti i parametri rilevati, che hanno permesso il calcolo degli indicatori previsti nel PDTA regionale.

*Risultati:* i pazienti entrati nel percorso di sanità di iniziativa sono 897, con età media 68 anni e rapporto M/F 1,17. Nelle visite effettuate è stata svolta attività di counselling sugli stili di vita nel 95% dei casi (IC 95%: 93,42-96,77) e sono state fornite informazioni sull'uso del glucometro nell'87% dei casi. Il valore di emoglobina glicata è stato misurato almeno 1 volta/anno nel 98% dei casi (IC 95%: 97,42-99,37) e almeno 2 volte/anno nell'84% dei casi (IC 95%: 81,58-87,22), e nell'83% dei casi (IC 95%: 80,29-86,11) l'ultimo valore era inferiore al 7,5%; la funzionalità renale è stata valutata almeno 1 volta/anno in circa l'83% dei casi (IC 95% 80,29-86,11) ed il profilo lipidico in circa l'88% dei casi (IC 95% 86,47-91,46).

*Conclusioni:* i dati raccolti durante l'anno hanno delineato un quadro di stabilità clinico-metabolica dei pazienti che partecipano al percorso di sanità di iniziativa. Il paziente compensato preso in carico ha le caratteristiche per essere seguito nel setting della Medicina Generale, nell'ottica di una razionalizzazione delle risorse, ricorrendo al centro specialistico in caso di variazioni del quadro clinico-metabolico. Il percorso sta attualmente proseguendo con il passaggio alla fase successiva che prevede il coinvolgimento di nuovi pazienti e di altre medicine di gruppo.

*Keywords:* type 2 diabetes mellitus, proactive medicine, primary care, chronic disease management

## SUMMARY

*Introduction:* The increase in the prevalence of type 2 diabetes mellitus has a significant impact on public health. Proper management of the disease, carried out from the initial stages, allows to prevent the onset and progression of complications; healthcare for people with diabetes can therefore be considered a model for chronic disease management.

*Objectives:* the project diabetes, implemented in the local health authority "USL Umbria 1", is the result of the implementation of a regional clinical pathway created on the basis of the 2013 National Plan on Diabetic Disease. The pathway involves the application of an organizational model based on the principles of the "Chronic Care Model", characterized by an integrated and pro-active management of patients with type 2 diabetes mellitus in metabolic control and without organ damage; it requires the formation of a multidisciplinary team involving mainly General Practitioners (GPs), primary care nurses, diabetes specialists. The main goals are the improvement of chronic disease management, continuity of care, patients' decision-making process and support to self-management.

*Methods:* the project started on November 28th 2015 and includes 65 GPs belonging to 16 groups in the area of the local health authority "USL Umbria 1". Participation involves for each physician the selection of eligible diabetic patients and follow-up through an on-call service of periodic visits, together with the nursing staff. During the visit the team performs patient's clinical and metabolic evaluation and counselling on lifestyle, glucometer use, and drug therapy. Dedicated sessions are monitored by collecting the detected parameters, which have allowed the calculation of the indicators included in the regional clinical pathway.

*Results:* patients participating in the clinical pathway are 897, with an average age of 68 years and a M/F ratio of 1.17. During the visits, counselling on lifestyle was provided in 95% of cases (IC 95 %: 93.42-96.77)

and information on the use of the glucometer was provided in 87% of cases. The glycated hemoglobin was measured at least once a year in 98% of cases (95% CI: 97.42-99.37) and at least 2 times/year in 84% of cases (95% CI: 81, 58-87,22), and in 83% of cases (95% CI: 80,29-86,11) the last value was less than 7,5%; renal function was evaluated at least once a year in approximately 83% of cases (95% CI: 80.29-86.11) and lipid profile in approximately 88% of cases (95% CI: 86.47 -91.46).

*Conclusions:* data collected during the year outlined a clinical and metabolic stability for patients of the clinical pathway. The patient with compensated diabetes can be treated in the setting of General Medicine, also considering rationalisation of resources, with the help from the specialist center in case of need. The clinical pathway is currently ongoing and it's moving to the next phase with the involvement of new patients and other groups of GPs.

## Introduzione

In Italia si sono verificate negli ultimi decenni dinamiche demografiche caratterizzate principalmente dall'aumento progressivo dell'aspettativa di vita e dal calo della fecondità; l'invecchiamento della popolazione può essere valutato attraverso l'indice di vecchiaia: la misurazione effettuata il 1° gennaio 2016 è pari al 161,4% e segue un andamento in progressivo aumento rispetto agli anni precedenti (1). L'invecchiamento della popolazione può essere considerato un determinante dell'aumento della spesa sanitaria nel medio-lungo termine, essendo la classe di età dai 65 anni associata ad un ricorso maggiore ai servizi sanitari e quindi ad una maggiore spesa sanitaria pro-capite (2).

La transizione demografica contribuisce all'aumento della prevalenza delle patologie croniche nella popolazione. Nel 2016 il 39,1% dei residenti ha dichiarato di avere almeno una malattia cronica e il 20,7% almeno due malattie croniche, con maggior distribuzione nelle fasce di età dai 55 anni in su. Per quanto riguarda la patologia diabetica, il dato di prevalenza riportato dall'ISTAT si attesta al 5,3% (5,4% nei maschi, 5,2% nelle femmine), pari a oltre 3 milioni di persone (1). La prevalenza nel 2001 era del 3,9% ed ha mostrato una crescita costante sino al dato del 5,5% del 2012; dai dati Istat 2015, inoltre, la prevalenza del diabete aumenta con l'età fino a raggiungere il 19,8% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni.

Secondo il Rapporto OSMED 2016 sull'uso dei farmaci in Italia, nell'anno 2015 gli assistiti con età  $\geq 18$  anni in trattamento con farmaci per il diabete erano 1.185.497; il 5,4% della popolazione totale è risultata in trattamento, con una crescita del 3,7% rispetto all'anno precedente e con aumento della prevalenza in base all'età (3). I costi associati alla patologia includono costi diretti di gestione clinica e costi indiretti dovuti alla perdita di produttività: l'impegno economico riguarda sia il servizio sanitario pubblico sia, in prima persona, pazienti e famiglie (spesa out of pocket). L'International Diabetes Federation (IDF) produce una stima dei costi dell'assistenza sanitaria, calcolando che le spese per l'assistenza di una persona affetta da diabete mellito siano mediamente due o tre volte maggiori rispetto a quelle di una persona non affetta (4). In Italia, la spesa media

per persona affetta da diabete stimata per l'anno 2015 è di 3.450,1-6.644,6 dollari (stima sulla spesa doppia o tripla rispetto ad una persona senza diabete) e la spesa sanitaria totale si attesta sui 12,102-23,307 miliardi di dollari (5). Si stima che i costi sanitari siano attribuibili per circa il 50% alle ospedalizzazioni, per circa il 25-30% alle terapie farmacologiche e per circa il 15-20% alle prestazioni ambulatoriali (6). Per quanto riguarda i costi indiretti, un'analisi su dati del 2012 ha stimato una spesa di 10,7 miliardi di euro (con spesa media annuale stimata per paziente di 4,098 euro), che costituisce il 53% della spesa totale per il diabete mellito. Nella stessa analisi, la spesa sanitaria è stata stimata di circa 9,59 miliardi di euro che hanno costituito l'8,3% del totale della spesa sanitaria pubblica del 2012 (7).

I dati a disposizione delineano un quadro in cui la patologia diabetica è in aumento per prevalenza e rappresenta un rilevante impegno economico per il Servizio Sanitario Nazionale, soprattutto se si considera che le complicanze e le comorbidità sono responsabili del 90% dei costi della malattia (8).

La razionalizzazione delle risorse nel settore sanitario ha portato a organizzare le attività degli ospedali sulla base della gestione dell'acuzie, affidando al territorio il compito di organizzare e gestire la cronicità. Per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini affetti da patologie croniche, dunque, la medicina del territorio si trova a doversi riferire a modelli assistenziali che in maniera specifica siano rivolti alla cronicità, mirati il più possibile all'inclusione delle fasce di popolazione svantaggiate in termini socio-economici e culturali (9).

Uno dei modelli che da diversi anni si prefigge di rispondere a tale necessità è il Chronic Care Model (CCM), sviluppato da Edward H. Wagner e colleghi del MacColl Center for Healthcare Innovation alla fine degli anni '90. Il CCM si focalizza sul mettere in relazione pazienti informati e attivi con team assistenziali pro-attivi e preparati, e si basa su 6 elementi fondamentali (10,11):

1. Risorse e politiche della comunità
2. Organizzazione dell'assistenza sanitaria
3. Supporto al self-management
4. Organizzazione del team
5. Supporto alle decisioni
6. Sistemi informativi clinici (11).

Il CCM è stato attuato in diversi Paesi, adattandolo al contesto locale e applicandolo a diverse patologie croniche, tra cui il diabete. Più studi hanno investigato gli effetti dell'applicazione dei diversi elementi del modello, valutando gli outcome delle patologie prese in esame; la gestione del diabete mellito attuata con l'introduzione di elementi del CCM è stata oggetto di valutazione e confronto con la gestione classica della patologia. Gli elementi del CCM hanno dimostrato in alcuni casi di poter apportare dei migliora-

menti nella pratica assistenziale e negli outcome di salute (12-17) e di avere potenzialità per essere costo-efficaci (18-21); in altri casi non sono state trovate sostanziali differenze in termini di outcome di salute rispetto ai gruppi di controllo (17,22).

A livello internazionale sono state promosse negli anni diverse iniziative relative alla prevenzione, alla diagnosi e alla gestione del diabete mellito. La dichiarazione di Saint Vincent del 1989 definiva gli obiettivi relativi all'organizzazione della gestione della patologia, con l'impegno dei Paesi partecipanti ad attuare le raccomandazioni a livello nazionale.

Il Consiglio dell'Unione Europea Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs (EPSCO) del 2006 si è occupato della patologia diabetica: nel documento conclusivo i Paesi Membri sono invitati a sviluppare e attuare piani nazionali rivolti al diabete e alle sue complicanze, ad attuare strategie preventive basate sull'evidenza e a prevedere un sistema di valutazione relativo agli esiti di salute e la costo-efficacia (23).

Nel 2016 la World Health Organization (WHO) ha pubblicato il primo "Global Report on Diabetes", in cui sono riaffermate le indicazioni dei UN Sustainable Development Goals, della United Nations Political Declaration on NCDs del gennaio 2012 e del WHO NCD Global Action Plan 2013-2020. Nel report è ribadita l'importanza dell'istituzione di strategie nazionali; del ruolo dei ministeri della salute nell'esercitare una leadership strategica; della presenza di riferimenti e indicatori per favorire l'accountability; del rafforzare i servizi sanitari nella gestione delle patologie non trasmissibili; dell'attuare linee guida e protocolli per migliorare diagnosi e gestione del diabete nelle cure primarie (24).

In Italia vengono poste indicazioni riguardanti la patologia diabetica nei Piani Sanitari Nazionali e nei Piani Nazionali di Prevenzione; in particolare il Piano Nazionale di Prevenzione Attiva 2004-2006 introduce il concetto di disease management, come nuova modalità di gestione della cronicità, che prevede la gestione attiva della patologia da parte del paziente, supportato da programmi di educazione a livello dell'assistenza primaria, la programmazione di controlli periodici e l'attivazione di un sistema di monitoraggio informatizzato.

Nel 2012 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica. Il Piano, rivolto alle regioni e a tutti i portatori di interesse, definisce gli obiettivi, indirizzi strategici e linee di indirizzo prioritarie, promuovendo la prevenzione a tutti i livelli, la centralità degli assistiti e dei loro bisogni di salute inclusa la sfera sociale, l'equità di accesso all'assistenza, l'efficienza dei servizi e l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie. Con il Piano viene sottolineata l'importanza di un approccio integrato, multicentrico e multidisciplinare, che valorizzi il ruolo di tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza alle persone diabetiche (25).

In Umbria la Delibera della Giunta Regionale n. 933 del 28/07/2014 ha come oggetto

il recepimento Piano sulla Malattia Diabete e l'approvazione Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale Regionale (PDTA). Il PDTA propone di "effettuare una sperimentazione di gestione di pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 con una modalità di medicina di iniziativa", con l'obiettivo di migliorare la presa in carico del paziente affetto da diabete con un approccio attivo che garantisca una continuità delle cure e di migliorare l'autonomia decisionale e l'autocura dei pazienti.

Questo progetto prevede la gestione del follow-up periodico che, nel caso dei pazienti con patologia compensata, è affidata al MMG. Il percorso vede inoltre la partecipazione e l'integrazione di più figure professionali: infermieri, specialisti del Servizio di Diabetologia, dietisti dedicati alla diabetologia, podologi, psicologi e medici di Distretto. Il personale infermieristico svolge un importante ruolo nella gestione attiva dei pazienti, segue il paziente stabilizzato insieme al MMG partecipando alle sedute ambulatoriali, durante le quali è coinvolto nella rilevazione dei parametri e nel counselling mirato agli stili di vita, alla prevenzione delle complicanze, all'autocura dei pazienti. Lo specialista del Servizio Diabetologico partecipa alla definizione del percorso assistenziale e collabora con il MMG nella definizione degli indirizzi terapeutici e nel follow-up delle complicanze. Il medico di distretto è il responsabile organizzativo e ha il ruolo di collaborare alla definizione del percorso e coordinarlo, verificandone l'andamento.

In relazione al PDTA, l'Azienda USL Umbria 1 ha deliberato l'Accordo Aziendale per la Medicina Generale 2014-2015. Tra gli obiettivi di governo clinico è stata inclusa la sezione "Progetto diabete" che riprende gli obiettivi del percorso regionale e prevede la partecipazione su base volontaria delle medicine di gruppo presenti nel territorio dell'Azienda USL Umbria 1, con le seguenti priorità:

- condivisione degli archivi di pazienti;
- condivisione di una sede in cui tutti i medici hanno il proprio ambulatorio principale, disponibilità di spazi e orari per accogliere il personale infermieristico ed effettuare le visite dei pazienti presi in carico;
- partecipazione di tutti i componenti della medicina di gruppi;
- accessibilità per il personale infermieristico ai dati dei pazienti presenti nei software dei MMG;
- presenza di un collaboratore di studio.

Il personale infermieristico coinvolto nel progetto è quello della stessa medicina di gruppo o, in assenza di questo, del Centro di Salute di riferimento.

La Regione Umbria ha dato avvio alla sperimentazione a livello regionale del progetto il 29 novembre 2014. A livello aziendale è stato individuato un referente per il progetto e si è costituito il gruppo di lavoro che ha definito il percorso, con particolare attenzione ai ruoli e degli operatori coinvolti; sono poi state individuate le medicine di gruppo partecipanti (almeno una per ogni distretto). Il 27 giugno 2015 è stato dato l'avvio ufficiale

al progetto aziendale con la prima giornata formativa rivolta agli operatori coinvolti. Il secondo step formativo è stato rivolto prioritariamente al personale infermieristico ed è stato completato con la frequenza degli infermieri presso i Centri Diabetologici dei distretti. Il 28 novembre 2015 è iniziata la fase operativa con la chiamata attiva dei pazienti.

## **Materiali e metodi**

L'eleggibilità degli assistiti i fini della presa in carico nel progetto è stata definita secondo i seguenti criteri:

- diagnosi di diabete mellito di tipo 2
- controllo metabolico soddisfacente e stabile per età e situazione clinica generale
- assenza di complicanze o complicanze iniziali e stabili nel tempo.

Sono quindi eleggibili i pazienti che effettuano dieta, ipoglicemizzanti orali e/o insulina basale, mentre non lo sono quelli che assumono farmaci che richiedono un piano terapeutico.

I MMG hanno selezionato i pazienti che, per le informazioni in loro possesso, rispondono ai criteri; gli elenchi sono poi stati trasmessi agli specialisti dei Centri di Diabetologia di riferimento dell'Azienda, che li hanno valutati in base alle informazioni presenti nel loro database, dando indicazioni per ogni paziente circa la corrispondenza ai criteri di eleggibilità. Sulla base degli elenchi definitivi i MMG hanno contattato i propri assistiti, esponendo loro le finalità e le modalità di attuazione del progetto e chiedendo il consenso per entrare nel percorso di sanità di iniziativa; gli assistiti che hanno espresso l'adesione al progetto hanno costituito il gruppo definitivo dei pazienti presi in carico.

Attraverso i referenti dei distretti, sono state organizzate tra MMG e personale infermieristico aziendale le sedute dell'ambulatorio dedicato; i dati relativi alle visite effettuate dedicate sono stati raccolti dai MMG attraverso un file foglio di calcolo contenente le variabili richieste per ogni visita.

Le informazioni richieste per tutte le visite sono:

- ultimo valore della glicemia e data di effettuazione
- ultimo valore dell'emoglobina glicata e data di effettuazione
- ultimo esame delle urine effettuato (nella norma/alterato)
- pressione arteriosa
- circonferenza addominale
- BMI (valore)
- informazioni su stili di vita (sì/no)
- informazioni sull'utilizzo del glucometro (sì/no)
- valutazione della corretta assunzione dei farmaci (sì/no) (solo per la prima visita)
- ispezione del piede (sì/no)

Le informazioni aggiuntive richieste nell'ultima visita sono:

- colesterolemia totale
- colesterolemia HDL
- LDL
- trigliceridi
- microalbuminuria
- creatinina
- clearance creatinina
- funzionalità epatica (nella norma/alterata)
- data esami
- ECG (sì/no) e data di effettuazione
- vaccinazione anti-pneumococcica (sì/no)
- vaccinazione antinfluenzale (sì/no)
- palpazione polsi femorali periferici (data)
- indice di Winsor (data)

In Figura 1 sono mostrati gli indicatori presenti nel PDTA Regionale e nell'Accordo Aziendale con la Medicina Generale. I valori degli indicatori, con i relativi intervalli di confidenza, sono stati calcolati sul totale aziendale e per distretto; la differenza statistica tra il dato relativo al singolo distretto rispetto alla somma dei restanti distretti è stata valutata attraverso il two-sample test of proportions.

Sono state valutate le differenze delle medie tra le variabili presenti nella prima visita (t0) e nella visita annuale (t1) attraverso il t-test.

Figura 1- Indicatori presenti nel PDTA regionale

<p><b>Indicatori presenti nel PDTA Regionale:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pazienti diabetici del MMG che hanno fornito il consenso ad entrare nel percorso/totale pazienti diabetici del MMG</li> <li>2. Pazienti usciti dal percorso nel periodo di sperimentazione/totale pazienti entrati nel percorso</li> <li>3. Accessi dei pazienti al Centro Diabetologico nell'anno precedente all'avvio della sperimentazione/totale pazienti presi in carico</li> <li>4. Accessi dei pazienti al Centro Diabetologico durante l'anno della sperimentazione/totale pazienti presi in carico</li> <li>5. Numero ricoveri dei pazienti nell'anno precedente all'avvio della sperimentazione/totale pazienti presi in carico</li> <li>6. Numero ricoveri dei pazienti durante l'anno della sperimentazione/totale pazienti presi in carico</li> <li>7. Pazienti seguiti dal servizio infermieristico territoriale/ totale pazienti presi in carico</li> <li>8. Pazienti che hanno ricevuto counselling individuale/totale pazienti presi in carico</li> <li>9. Pazienti a cui sono state somministrate istruzioni per l'uso del refllettometro/totale pazienti presi in carico</li> <li>10. Pazienti con Hb glicata misurata nell'ultimo anno/totale pazienti presi in carico</li> </ol> <p><b>Indicatori presenti negli Accordi Aziendali con la Medicina Generale 2014-15 e 2015-16:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prevalenza attesa dei casi presenti con diabete di tipo II (5,5-6%)</li> <li>2. Pazienti con diabete di tipo II stabilizzato seguiti con il nuovo percorso/ totale dei pazienti diabete di tipo II stabilizzato (almeno il 50%)</li> <li>3. Effettuazione di Hb glicata 2 volte/anno (almeno 70 % dei pazienti)</li> <li>4. Registrazione di una microalbuminuria/anno (almeno il 70% dei pazienti)</li> <li>5. Registrazione di una clearance stimata della creatinina/anno (almeno il 70% dei pazienti)</li> </ol> <p>Indicatore per il raggiungimento dell'obiettivo: l'HbA1c effettuata nell'ultimo anno presenta un valore &lt;7,5% (almeno il 60% dei pazienti)</p>
---

Tabella 1- Quadro complessivo del progetto

Distretti	Medicine di gruppo	Numero medici	Assisti ≥14aa	Assistiti con diabete	Pazienti eleggibili	Pz entrati nel percorso	Età media	M/F	Media pz presi in carico
Alto Chiascio	1	4	2.147	165	50	46	68,15	1,30	11,50
Alto Tevere	1	2	2.079	128	46	46	68,34	0,92	23,00
Assisano	2	8	10.665	725	128	118	68,95	1,19	14,75
Media Valle	3	11	13.556	802	287	128	67,35	1,21	11,63
Perugino	7	32	41.109	2.419	611	399	68,26	1,13	12,47
Trasimeno	2	8	9.697	536	263	160	68,35	1,29	20
<b>Totale Azienda</b>	<b>16</b>	<b>65</b>	<b>79.253</b>	<b>4.775</b>	<b>1.385</b>	<b>897</b>	<b>68,2</b>	<b>1,17</b>	<b>13,8</b>

Tabella 2- Indicatori del PDTA regionale e dell'Accordo aziendale per la Medicina Generale calcolati per il totale dell'azienda

	% indicatore	IC 95%
<b>Indicatore 1 Accordo Aziendale MG:</b> Prevalenza diabete mellito di tipo 2 nella popolazione ≥14 anni	6,03	5,83-6,16
Percentuale di pazienti eleggibili sul totale dei pazienti con diabete mellito di tipo 2	29,01	27,71-30,28
<b>Indicatore 2 Accordo Aziendale MG:</b> Almeno il 50% dei pz con diabete di tipo II stabilizzato seguiti con il nuovo percorso/ totale dei pazienti diabete di tipo II stabilizzato	64,19	61,67-66,72
<b>Indicatore 1 PDTA Regionale:</b> Pazienti diabetici del MMG che hanno fornito il consenso ad entrare nel percorso/totale pazienti diabetici del MMG	18,62	17,49-19,7
<b>Indicatore 2 PDTA Regionale:</b> Numero di pazienti usciti dal percorso nel periodo di sperimentazione/tot pazienti entrati nel percorso	6,19	4,38-8,01
<b>Indicatore 8 PDTA regionale:</b> Numero di pazienti che hanno ricevuto counselling individuale/tot pazienti presi in carico	95,13	93,42-96,77
<b>Indicatore 9 PDTA regionale:</b> Numero di pazienti a cui sono state somministrate istruzioni per l'uso del riflettometro/tot pazienti presi in carico	86,64	83,95-89,24
<b>Indicatore 10 PDTA regionale:</b> Numero di pazienti con Hb glicata misurata nell'ultimo anno/tot pazienti presi in carico	98,43	97,42-99,37
<b>Indicatore 3 Accordo Aziendale MG:</b> Effettuazione di Hb glicata in almeno 70% dei pazienti entrati nel percorso (almeno 2 esami/anno) nel primo anno di sperimentazione	84,43	81,58-87,22
<b>Indicatore 4 Accordo Aziendale MG:</b> Registrazione di una microalbuminuria in almeno il 70% dei pazienti in carico negli ultimi 12 mesi	80,5	77,42-83,58
<b>Indicatore 5 Accordo Aziendale MG:</b> Registrazione di una clearance stimata in almeno il 70% dei pazienti in carico negli ultimi 12 mesi	83,18	80,29-86,11
<b>Indicatore per raggiungimento obiettivo Accordo Aziendale MG:</b> In almeno il 60% dei pazienti diabetici che sono stati presi in carico, l'HbA1c effettuata nell'ultimo anno presenta un valore <7,5%	83,65	80,72-86,48

Le variabili continue presenti solo nella visita annuale sono state descritte attraverso il calcolo di media, mediana, deviazione standard per il totale aziendale e per distretti. I test sono stati effettuati utilizzando il software Stata 14.

## Risultati

Nella Tabella 1 è delineato il quadro complessivo del progetto. Per il totale dell'azienda le medicine di gruppo partecipanti sono 16, a cui afferiscono 65 MMG (con popolazione  $\geq 14$ aa assistita di 79.253 pazienti e un totale di 4.775 pazienti diabetici), 1.385 sono stati i pazienti considerati eleggibili. I pazienti entrati nel percorso dono 897, con età media di 68 anni e rapporto M/F 1.17; ogni medico ha preso incarico in media 14 pazienti.

I dati disponibili hanno permesso il calcolo degli indicatori presenti nell'Accordo Aziendale per la Medicina Generale 2014-2015 e 2015-2016 e degli indicatori 1-2 e 8-10 presenti nel PDTA regionale (Tabella 2); sono stati distinti i dati di prevalenza e partecipazione e i dati di attività.

### *Prevalenza e partecipazione*

Il primo indicatore presente nell'Accordo Aziendale calcola la prevalenza della diagnosi di diabete mellito di tipo 2 codificata nei database dei MMG, nella popolazione con età  $\geq 14$  anni. La prevalenza a livello aziendale risulta del 6,03% (IC 95%: 5,83-6,16); a livello distrettuale il distretto dell'Alto Chiascio, dell'Assisano e Media Valle del Tevere presentano una percentuale significativamente più elevata (rispettivamente 7,69%, IC 95%: 5,6-8,81; 6,80%, IC 95%: 6,32-7,27; IC 95%: 5,50-6,30), il distretto del Trasimeno una percentuale significativamente inferiore (5,53%, IC 95%: 5,04-5,95).

È stata calcolata la percentuale di pazienti eleggibili sul totale degli assistiti con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 e di seguito la percentuale di pazienti che sono entrati nel percorso di medicina di iniziativa sul totale degli eleggibili, come da indicatore 2 dell'Accordo Aziendale. Gli eleggibili sono risultati il 29,01% (IC 95% 27,71-30,28) dei pazienti con diabete di tipo 2 a livello aziendale. Il distretto della Media Valle del Tevere e del Trasimeno hanno presentato valori significativamente più elevati (rispettivamente 35,79%, IC 95%: 32,48-39,11 e 49,07%, IC 95%: 44,86-53,33), mentre il distretto dell'Assisano e del Perugino hanno presentato valori significativamente inferiori (rispettivamente 17,66%, IC 95%: 14,92-20,47 e 25,26%, IC 95%: 23,56-27,03). Per quanto riguarda la percentuale dei presi in carico nel percorso, il dato aziendale è di 64,19% (IC 95%: 61,67-66,72), con differenze significative a livello distrettuale che riguardano i distretti Alto Chiascio, Alto Tevere, Assisano, con valori più elevati, e la Media Valle del Tevere con valori inferiori.

Il primo indicatore del PDTA regionale misura invece i pazienti entrati nel percorso rispetto al totale dei pazienti con diagnosi di diabete mellito di tipo 2; la percentuale aziendale è 18,62% (IC 95%: 17,49-19,7), con valori significativamente superiori nei distretti Alto Chiascio, Alto Tevere e Trasimeno (rispettivamente 27,88%, IC 95%: 21,06-34,74; 35,94%, IC 95%: 27,59-44,21; 30,41%, IC 95%: 26,50-34,29) e significativamente inferiori nei distretti della Media Valle del Tevere e del Perugino (rispettivamente 15,96%,

IC 95%: 13,46-18,53 e 16,08%, IC 95%: 14,63-17,56).

Il secondo indicatore del PDTA regionale calcola il numero dei pazienti usciti dal percorso (drop out) sul totale dei pazienti presi in carico. A differenza degli indicatori precedenti, questo indicatore è stato calcolato sul 75,78% del totale dei pazienti; nella restante percentuale l'incompletezza dei dati non ha permesso di stabilire il numero effettivo di drop out. Il 6,19% (IC 95%: 4,38-8,01, 42 assistiti) del totale dei pazienti presi in carico non ha completato il percorso; le differenze rilevate nel calcolo per distretti non sono statisticamente significative.

### *Dati di attività*

Il percorso di sanità di iniziativa prevede l'esecuzione di 2 o 3 visite nell'arco dell'anno, in relazione allo stato del paziente; sul totale degli 897 pazienti presi in carico risulta che nel 22% dei casi i pazienti sono stati sottoposti ad una sola visita, nel 38% dei casi sono state effettuate 2 visite e nel 40% dei casi sono ne state effettuate 3. La percentuale con una sola visita contiene i pazienti che sono usciti dal percorso e quelli i cui dati non sono stati inviati o non sono stati inviati correttamente.

Valutando la completezza dei dati richiesti nella prima visita, nella maggior parte delle variabili il dato risulta essere stato fornito in più del 95% dei casi; percentuali minori sono state rilevate per la variabile che indica la presenza dell'infermiere durante la visita (89,93%), la variabile "Informazioni sulla corretta assunzione dei farmaci" (78,72%) e la variabile "Ispezione del piede diabetico" (72,79%).

Allo stesso modo, nella visita annuale, i dati sono stati forniti per la maggior parte delle variabili in più del 90% dei casi, con percentuali minori per i valori di microalbuminuria e clearance stimata della creatinina (83% e 85%), palpazione dei polsi periferici (71,34%), indice di Winsor (56,54%), accesso al centro diabetologico (informazione presente nel 70,87% dei casi, con accesso avvenuto nel 6,46% dei casi).

### *Indicatori di attività*

Gli indicatori che riguardano i dati di attività sono stati calcolati sulla popolazione di pazienti con dati completi ed escludendo gli assistiti che non hanno completato il percorso, per un totale di 636 pazienti.

Per quanto riguarda gli indicatori del PDTA, l'indicatore 8 del PDTA regionale calcola la proporzione di pazienti che hanno ricevuto counselling individuale: il dato complessivo aziendale è 95,13% (IC 95%: 93,42-96,77), il dato scomposto a livello distrettuale non ha mostrato differenze statisticamente significative rispetto alla media aziendale, tranne nel distretto del Trasimeno (100%).

L'indicatore 9 misura la percentuale di pazienti a cui sono state fornite le indicazioni sull'utilizzo del glucometro nell'ambito delle visite dedicate. La percentuale aziendale è

86,64% (IC 95%: 83,95-89,24); a livello distrettuale sono state rilevate differenze significative nei distretti Alto Chiascio e Media Valle del Tevere che presentano valori superiori (rispettivamente 100% e 96,67%, IC 95%: 93,36-99,84) e nel distretto del Trasimeno che presenta valori inferiori (74,32%, IC 95%: 64,34-84,25).

L'indicatore 10 calcola l'effettuazione di almeno una misurazione dell'emoglobina glicata durante l'anno del percorso di sanità di iniziativa: nel 98% (IC 95%: 97,42-99,37) dei casi l'esame risulta essere stato effettuato, con differenze non significative nella valutazione del dato per distretto.

Passando alla misurazione degli indicatori presenti nel documento dell'Accordo Aziendale con la Medicina Generale, il primo indicatore di attività (Indicatore 3) calcola la percentuale di pazienti a cui sono state effettuate almeno 2 misurazioni di emoglobina glicata durante l'anno di partecipazione al percorso. In questo caso la percentuale complessiva è inferiore a quella dell'indicatore precedente, risultando dell'84,43% (IC 95%: 81,57-87,22). A livello distrettuale, Alto Tevere, Assisano e Media valle del Tevere hanno presentato delle medie significativamente superiori (rispettivamente 100,00%; 94,29%, IC 95%: 88,72-99,67; 94,17%, IC 95%: 90,02-98,38), mentre Perugia e Trasimeno hanno mostrato medie significativamente inferiori (78,93%, IC95%: 74,12-83,68; 63,51%, IC 95%: 52,53-74,47).

L'indicatore 4 calcola la misurazione della microalbuminuria nel corso dell'anno. La percentuale sul totale aziendale è 80,5% (IC 95%: 77,42-83,58); a livello distrettuale differenze significativamente superiori sono state rilevate in Alto Chiascio (97,83%, IC 95%: 93,56-102,38), Alto Tevere (93,48%, IC 95%: 86,22-100,57), Assisano (94,29%, IC 95%: 88,87-99,73); una differenza significativamente inferiore è stata rilevata per il Perugia (69,29%, IC 95%: 63,89-74,7).

L'indicatore successivo presente nell'accordo aziendale, in maniera simile al precedente, calcola la misurazione della clearance della creatinina nel corso dell'anno in osservazione. Nell'83,18% (IC 95% 80,29-86,11) dei casi sul totale l'esame è stato effettuato; nell'Alto Chiascio (100%) e nell'Assisano (95,71%, IC 95%: 90,94-86,10) si sono rilevati valori superiori significativi, mentre nel Perugia il valore di 73,93% (IC 95%: 68,75-79,04) è risultato significativamente inferiore.

L'ultimo indicatore del documento riguarda il raggiungimento dell'obiettivo del progetto, che si intende raggiunto:

- a. al 100% qualora l'HbA1c effettuata nell'ultimo anno presenti un valore <7,5% in almeno il 60% dei pazienti diabetici che sono stati presi in carico;
- b. al 70% qualora l'HbA1c effettuata nell'ultimo anno presenti un valore <7,5% in almeno il 50% dei pazienti diabetici che sono stati presi in carico.

Per il calcolo di questo indicatore è stato considerato l'ultimo valore di emoglobina glicata misurato, che per il totale aziendale è risultato inferiore a 7,5% nell'83,65% dei casi

(IC 95%: 80,72-86,48); non sono state rilevate differenze statisticamente significative dei distretti rispetto al totale aziendale.

### *Variabili non valutate dagli indicatori*

Sono state valutate le variabili con valori continui presenti nella prima visita e nella visita annuale, effettuando un confronto tra i dati all'inizio del percorso e quelli misurati durante l'anno (Tabella 3).

Tabella 3- Confronto tra valori medi della prima visita e della visita annuale

	<b>Prima visita (IC 95%)</b>	<b>Visita annuale (IC 95%)</b>	<b>p</b>
<b>Glicemia</b>	131,24 (128,83-133,66)	129,64 (127,16-132,12)	0,24
<b>Emoglobina glicata</b>	6,79 (6,7-6,88)	6,69 (6,62-6,76)	<0,05
<b>Pressione arteriosa sistolica</b>	136,97 (135,78-138,15)	134,08 (132,94-135,22)	<0,01
<b>Pressione arteriosa diastolica media</b>	78,61 (76,28-80,94)	77,11 (76,49-77,72)	0,21
<b>Circonferenza addominale media (maschi)</b>	107,01 (103,11-105,14)	105,67 (101,64-108,33)	<0,01
<b>Circonferenza addominale media (femmine)</b>	100,83 (99,37-102,29)	99,26 (97,81-100,7)	<0,01
<b>Indice di massa corporea</b>	28,77 (28,39-29,15)	29,21 (28,66-29,76)	<0,05

Il valore medio di glicemia per il totale dell'azienda è 131,24 mg/dl (IC 95%: 128,83-133,66) nella prima visita e 129,64 mg/dl (IC 95%: 127,16-132,12) nella visita annuale, differenza risultata non significativa al t-test. I valori delle due visite a livello distrettuale non hanno mostrato differenze significative, tranne che per il distretto dell'Assisano (prima visita: 139,71 mg/dl, IC 95%: 133,27-146,15; seconda visita 132,25 mg/dl, IC 95%: 125,73-138,77).

Per quanto riguarda il valore dell'emoglobina glicata, è stata rilevata una riduzione significativa dello 0,1% sul totale aziendale (prima visita: 6,79%, IC 95%: 6,7-6,88; visita annuale: 6,69%, IC 95%: 6,62-6,76). Nella valutazione per distretto, è risultata una riduzione significativa nella Media Valle del Tevere (da 7,01% a 6,64%) e un aumento significativo nel Perugino (da 6,50% a 6,63%).

I valori pressori medi hanno avuto una riduzione significativa di circa 3 mmHg della pressione sistolica e una stabilità della pressione diastolica. Differenze a livello distrettuale si sono rilevate per il distretto dell'Assisano (pressione sistolica da 138,92 mmHg a 136,25 mmHg) e del Perugino (pressione sistolica da 135,88 mmHg a 132,40 mmHg). La circonferenza addominale ha presentato una riduzione significativa tra le due visite,

nei maschi da 107,01 cm (IC 95%: 103,11-105,14) a 105,67 cm (IC 95%: 101,64-108,33) e nelle femmine da 100,83 cm (IC 95%: 99,37-102,29) a 99,26 cm (IC 95%: 97,81-100,7). Valutando i distretti, si è rilevata una differenza significativa con valori inferiori nella visita annuale nei distretti dell'Alto Tevere e della Media Valle del Tevere per i maschi e nel distretto della Media Valle del Tevere per le femmine.

L'indice di massa corporea ha mostrato un aumento significativo di 0,44 kg/(m)<sup>2</sup> per il totale dei pazienti, non sono state riscontrate differenze significative invece nell'analisi per distretto.

Delle restanti variabili, rilevate una sola volta nella visita annuale, sono state calcolate media con deviazione standard e mediana (Tabella 4). Il profilo lipidico degli assistiti presi in carico è stato valutato almeno una volta/anno nell'89% dei casi (IC 95% 86,47-91,46); sono state calcolate una colesterolemia totale media di 179,97 mg/dl (DS 38,65), con valori medi di HDL nei maschi di 46,69 mg/dl (DS 12,22) e nelle femmine di 54,33 mg/dl (DS 14,11), e di LDL di 101,69 mg/dl (DS 32,53). Il valore medio di trigliceridemia è di 144,77 mg/dl (DS 80,18). Per quanto riguarda la funzionalità renale, la creatininemia un valore medio di 0,89 mg/dl (DS 0,29), la clearance stimata della creatinina un valore di 80,86 mL/min/1.73 mq e la microalbuminuria ha un valore medio di 11,18 mg/l (DS 43,89, mediana 2,7).

Tabella 4- Visita annuale: descrizione variabili per totale azienda

	Media	Dev standard	Mediana
<b>Colesterolemia totale</b>	179,97	38,65	180
<b>Colesterolo HDL (maschi)</b>	46,69	12,22	46
<b>Colesterolo HDL (femmine)</b>	54,33	14,11	52,5
<b>Colesterolo LDL</b>	101,69	32,53	100
<b>Trigliceridi</b>	144,77	80,18	127,5
<b>Microalbuminuria</b>	11,18	43,89	2,7
<b>Creatininemia</b>	0,89	0,29	0,84
<b>Clearance stimata della creatinina</b>	80,86	23,59	78,96

## Discussione

Il dato di prevalenza del diabete mellito di tipo 2 nel campione di medici che hanno partecipato al progetto è in linea con il valore atteso di 5,5-6% dell'indicatore presente nell'accordo. Health Search, l'Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Ge-

nerale, per l'anno 2014 misura l'indicatore nella popolazione italiana  $\geq 14$  aa, calcolando una prevalenza del 7,14%. L'analisi per regione mostra una prevalenza nella regione Umbria tra il 6,6% e il 7,19% (26). I dati riportati nell'annuario statistico ISTAT 2016 indicano che il diabete interessa il 5,3% della popolazione italiana (1).

Per il secondo indicatore dell'Accordo Aziendale e il primo indicatore del PDTA Regionale è previsto il calcolo dei pazienti presi in carico, correlato alla selezione dei pazienti eleggibili. Rispetto alla media aziendale sono state rilevate differenze a livello dei distretti nella selezione degli eleggibili dai pazienti con diagnosi di diabete di tipo 2: l'acquisizione dell'informazione relativa agli eleggibili ha presentato delle difficoltà durante la fase iniziale della raccolta dati, mostrando differenze di selezione tra le medicine di gruppo; questo dato quindi potrebbe non risultare completamente affidabile. L'indicatore dell'Accordo valuta la percentuale dei presi in carico sugli eleggibili, che per il totale aziendale è 64,19% (IC 95% 61,67-66,72), valore che supera il riferimento dell'indicatore che è stato posto al 50%. L'informazione fornita invece dall'indicatore del PDTA è che circa 1/5 dei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 della popolazione di assistiti è entrata a far parte del percorso di sanità di iniziativa.

Come già indicato, i successivi indicatori sono stati calcolati su circa  $\frac{3}{4}$  del campione iniziale, per i pazienti che presentavano dati completi. I dati non inclusi nel calcolo provenivano da una medicina di gruppo che non ha inviato i dati, un medico che non ha effettuato le seconde visite, 1 medicina di gruppo e 2 medici che hanno inviato dati non completi per un totale di 12 medici.

Gli assistiti che sono usciti dal percorso durante il primo anno sono stati 42; le motivazioni dell'uscita sono state principalmente scompenso metabolico con riaccesso al centro diabetologico, modificazioni nella terapia con assunzione di farmaci con piano terapeutico, uscita volontaria dal progetto dal parte del paziente, mancata compliance del paziente, diagnosi concomitante di patologie gravi quali neoplasie o decesso.

Per quanto riguarda i dati di attività, alcune variabili della prima visita e della visita annuale hanno riportato percentuali minori di completezza. La presenza dell'infermiere durante le visite non è stata inserita in circa il 10% dei casi; l'obiettivo delle sedute dedicate è che tutte le visite prevedano la presenza dell'infermiere. I limiti della partecipazione alle visite da parte degli infermieri potrebbero in parte essere correlati a difficoltà organizzative che si sono presentate per le medicine di gruppo che si sono avvalse della collaborazione del personale infermieristico dei Centri di Salute, aspetto che dovrebbe essere preso in considerazione nella programmazione dell'attività del personale del territorio. La minore percentuale di completezza delle altre variabili è dovuta principalmente a problematiche di raccolta dati, che hanno portato ad una mancanza di uniformità delle variabili riportate dai medici dall'effettuazione delle visite. Una di queste variabili è quella che riguarda l'informazione relativa all'eventuale accesso al Centro Diabetologico

nel periodo tra la visita in oggetto e la visita precedente; il dato è stato acquisito in circa il 70% dei casi e l'accesso è stato riportato nel 6,46% dei casi. In merito agli accessi al Servizio Diabetologico, è stata effettuata una prima analisi dei dati presenti nel software MyStar relativi a 296 pazienti, partecipanti al progetto, in carico al Servizio Diabetologico del Perugino e da questa analisi è risultato che il 29% dei pazienti ha avuto almeno un accesso al Centro nell'ultimo anno: questo dato, seppur parziale si discosta da quello acquisito dai MMG, per cui sarà necessario basarsi sui dati dei Servizi di Diabetologia per la valutazione di questa informazione.

Per quanto riguarda gli indicatori che misurano l'effettuazione di emoglobina glicata durante l'anno, ricordiamo che il documento regionale ne prevede la misurazione ogni 3-6 mesi, a seconda dello stato metabolico del paziente; l'indicatore dell'Accordo Aziendale che prevede 2 esami effettuati durante l'anno raggiunge una percentuale dell'84,43% (IC 95% 81,58-87,22), con un valore di riferimento stabilito al 70%. Le Linee Guida AMD e SID "Standard Italiani per la cura del diabete mellito 2014" raccomandano l'esame periodico dell'HbA1c, specificando che deve essere effettuato non meno di 2 volte all'anno in ogni paziente diabetico (27).

L'analisi delle medie delle variabili continue che è stata effettuata confrontando i dati al tempo 0 e quelli dell'ultima visita ha mostrato alcune differenze. L'indice di massa corporea è risultato lievemente aumentato nella visita annuale, mentre i valori medi di circonferenza addominale, pressione arteriosa sistolica ed emoglobina glicata hanno presentato una lieve riduzione: a livello clinico-metabolico questi risultati delineano comunque un quadro di stabilità dei pazienti che hanno partecipato al primo anno del percorso di sanità di iniziativa. I valori medi delle variabili esaminate mostrano una popolazione in sovrappeso, con circonferenza addominale indicativa di obesità centrale; i valori pressori risultano controllati.

Il profilo lipidico dei pazienti presi in carico rispecchia le caratteristiche di una popolazione in compenso metabolico. Per quanto riguarda i valori della funzionalità renale, il valore medio di creatininemia è risultato nella norma, con una lieve riduzione del valore medio di clearance stimata della creatinina rispetto al riferimento di 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>; i valori relativi alla valutazione della microalbuminuria sono difficilmente interpretabili probabilmente a causa della qualità del dato, presentando una deviazione standard molto ampia e una mediana che si discosta molto dal valore medio.

In merito al controllo del peso, le Linee Guida italiane raccomandano un calo ponderale per i soggetti adulti in sovrappeso od obesi attraverso modifiche nello stile di vita che includono la riduzione dell'apporto calorico e l'aumento del dispendio energetico con l'attività fisica (27); gli interventi di terapia nutrizionale si sono mostrati efficaci nel ridurre i livelli di emoglobina glicata di circa l'1-2% a seconda della durata della malattia e dei livelli di controllo glicemico (28). In generale, gli interventi sullo stile di vita per una

perdita di peso >5% sperimentati nei trial clinici possono rivelarsi di difficile applicazione nei setting assistenziali e la terapia nutrizionale dovrebbe essere mirata principalmente ad incoraggiare sia modalità alimentari salutari con l'attenzione alla riduzione dell'apporto energetico sia lo svolgimento dell'attività fisica regolare per migliorare gli outcome metabolici (29); a questo proposito è importante rinforzare l'attività di counselling sugli stili di vita durante le sedute dedicate, adattandola alle caratteristiche e alle necessità del paziente.

Il primo anno di attuazione del progetto ha presentato delle criticità che sono state principalmente di natura organizzativa ed hanno interessato vari livelli.

L'introduzione delle sedute dedicate nell'ambito dell'attività clinica dei MMG ha comportato la necessità di una riorganizzazione del lavoro. Alcuni medici partecipanti hanno incontrato difficoltà nella gestione dell'ambulatorio dedicato, principalmente perché questo ha richiesto un aumento del carico lavorativo. Una riorganizzazione di questo tipo potrà avere effetti positivi nel tempo, una volta che il team multidisciplinare sia pienamente attivo nella divisione dei compiti e il lavoro in team sia entrato nella pratica routinaria dei professionisti (11).

Le medicine di gruppo sono state scelte come ambito elettivo in cui introdurre il percorso di sanità di iniziativa, soprattutto a motivo della condivisione dei database dei pazienti dei diversi medici, oltre che della disponibilità di spazi e della più probabile presenza di un collaboratore di studio che possa aiutare nell'organizzazione delle sedute. Un requisito per l'entrata nel progetto è stata la partecipazione di tutti i medici facenti parte della medicina di gruppo: il coinvolgimento di tutti i medici in alcune realtà ha messo in luce una eterogeneità di modalità lavorative (svolgimento delle sedute, raccolta dati), che si è configurata come criticità nel raggiungere i risultati previsti; in generale poi anche tra le diverse medicine di gruppo si è delineato un quadro non omogeneo di aderenza al progetto.

Un'ulteriore problematica organizzativa è stata rilevata per il coinvolgimento del personale infermieristico dei Centri di Salute: l'attuazione del progetto, infatti, non è stata accompagnata da un'assegnazione di risorse rispetto a quelle già presenti sul territorio, per cui è stato necessario inserire l'attività dell'ambulatorio dedicato all'interno delle attività normalmente previste per il personale. Questo ha comportato uno sforzo organizzativo per i Centri di Salute coinvolti, anche a livello di orari, in quanto le sedute si sono svolte principalmente di pomeriggio, mentre l'attività maggiore del personale infermieristico dei Centri di Salute si concentrava durante la mattinata.

La modalità di raccolta dati si è dimostrata non appropriata: in alcune medicine di gruppo infatti, sono state rilevate notevoli difficoltà nella compilazione del file, tali da non renderne possibile l'utilizzo ai fini dell'elaborazione. È attualmente in fase di attivazione una modalità diversa di raccolta dati, che sarà effettuata tramite il portale web dei MMG

e auspicabilmente presenterà minori difficoltà di inserimento e minori possibilità di errori.

Per quanto riguarda l'organizzazione centrale del progetto infine, è importante che le politiche regionali e aziendali riguardanti la sanità di iniziativa siano rafforzate, anche attraverso l'impiego di risorse, per permettere il migliore sviluppo di un ambito della medicina del territorio che può portare ad una gestione migliore della cronicità.

## Conclusioni

Il progetto diabete è il primo esempio di applicazione, nell'azienda USL Umbria 1, di un modello di sanità di iniziativa nell'ambito del follow-up di una patologia cronica da parte dei MMG. L'introduzione di questo modello intende superare una visione della medicina basata sull'attesa e su una logica prestazionale e promuovere un approccio pro-attivo e multiprofessionale di presa in carico del paziente (9).

I presupposti che hanno ispirato il percorso applicato alla gestione del diabete mellito di tipo 2 compensato si armonizzano con l'introduzione nel 2017 a livello regionale del Piano Regionale della Cronicità e dell'Accordo Integrativo Regionale 2017 (Riorganizzazione della Medicina Generale e Continuità Assistenziale H24). Il Piano prevede la definizione di PDTA per le principali patologie croniche, facendo seguito alla necessità della gestione della cronicità attraverso un'assistenza di tipo multidimensionale, multidisciplinare e integrata; l'Accordo introduce le Aggregazioni Funzionali Territoriali, come forma organizzativa della medicina generale, e propone una riorganizzazione dei servizi sanitari, con una maggiore integrazione ospedale-territorio e un potenziamento delle cure primarie. In questo contesto la medicina generale sarà chiamata, insieme alle altre realtà professionali, a "garantire l'aderenza ai programmi di prevenzione, l'effettiva presa in carico del paziente e il passaggio al modello della medicina di iniziativa".

## BIBLIOGRAFIA

1. Annuario Statistico Italiano 2016. Istituto Nazionale di Statistica. <https://www.istat.it/it/files/2016/12/Asi-2016.pdf>.
2. Loprete M, Mauro M. The effects of population ageing on health care expenditure: A Bayesian VAR analysis using data from Italy. *Health Policy*. 2017 Jun;121(6):663-674.
3. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2015. Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. Agenzia Italiana del Farmaco, Roma: 2016.
4. IDF Diabetes Atlas Eighth Edition. International Diabetes Federation 2017 <http://www.diabetesatlas.org/>.
5. The IDF Diabetes Atlas, 7-th Edition, Italy Country report 2015. International Diabetes Federation. <http://reports.instantatlas.com/report/view/846e76122b5f476fa6ef09471965aedd/ITA>.
6. Il Diabete in Italia. A cura di Enzo Bonora e Giorgio Sesti. Società Italiana di Diabetologia. Bologna: Bononia University Press, 2016.

7. Marcellusi A, Viti R, Mecozzi A, Mennini FS. The direct and indirect cost of diabetes in Italy: a prevalence probabilistic approach. *Eur J Health Econ.* 2016 Mar;17(2):139-47.
8. Cineca, Società Italiana Diabetologia. Osservatorio ARNO Diabete. Il profilo assistenziale della popolazione con diabete. Rapporto 2015 Volume XXIII - Collana "Rapporti ARNO". Bologna: Editore: Centauro Srl - Edizioni Scientifiche, 2015
9. Maciocco G. Cure primarie e epidemie delle malattie croniche. La vera sfida per la sanità distrettuale. *ESPS*, 2011 Gen-Mar;34(1):14-27.
10. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998 Aug-Sep;1(1):2-4. .
11. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288:1775-9.
12. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Eijk Van JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care.* 2001 Oct;24(10):1821-33.
13. Si D, Bailie R, Weeramanthri T. Effectiveness of chronic care model-oriented interventions to improve quality of diabetes care: a systematic review. *Prim Health Care Res Dev.* 2008; 9(1):25-40.
14. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood).* 2009 Jan-Feb;28(1):75-85.
15. Stelfox M, Dipnarine K, Stopka C. The Chronic Care Model and Diabetes Management in US Primary Care Settings: A Systematic Review. *Prev Chronic Dis.* 2013;10:E26.
16. Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2015 May 10;15:194.
17. Baptista DR, Wiens A, Pontarolo R, Regis L, Reis WC, Correr CJ. The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetol Metab Syndr.* 2016 Jan 22;8:7.
18. Cronin J, Murphy A, Savage E. Can chronic disease be managed through integrated care cost-effectively? Evidence from a systematic review. *Ir J Med Sci.* 2017 Nov;186(4):827-834.
19. Giorda CB, Picariello R, Nada E et al. Comparison of direct costs of type 2 diabetes care: different care models with different outcomes. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2014 Jul;24(7):717-24.
20. Lian JX, McGhee SM, Chau J, Wong CKH, Lam CLK, Wong WCW. Systematic review on the cost-effectiveness of self-management education programme for type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017 May;127:21-34.
21. Lian J, McGhee SM, So C et al. Five-year cost-effectiveness of the Patient Empowerment Programme (PEP) for type 2 diabetes mellitus in primary care. *Diabetes Obes Metab.* 2017 Sep;19(9):1312-1316.
22. Bongaerts BW, Müssig K, Wens J et al. Effectiveness of chronic care models for the management of type 2 diabetes mellitus in Europe: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2017 Mar 20;7(3):e013076.
23. Council Of The European Union, PRESS RELEASE 2733rd Council Meeting Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs, Luxembourg, 1-2 June 2006 <http://www.consilium.europa.eu/it/home/>.
24. Global Report on Diabetes. World Health Organization 2016. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf).
25. Commissione Nazionale Diabete, Direzione Generale per al Programmazione Sanitaria, Dipartimento della programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale, Ministero della Salute. Piano nazionale sulla malattia diabetica. 2013.

26. S.I.M.G. (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie) IX Report Health Search 2016. Firenze: Istituto di ricerca della SIMG: Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie; 2016.
27. Associazione Medici Diabetologi (AMD) - Società Italiana di Diabetologia (SID). Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014. Associazione Medici Diabetologi (AMD) - Società Italiana di Diabetologia (SID) <http://www.standarditaliani.it/>.
28. Franz MJ. Diabetes Nutrition Therapy: Effectiveness, Macronutrients, Eating Patterns and Weight Management. Am J Med Sci. 2016 Apr; 351(4):374-9.
29. Franz MJ, Boucher JL, Rutten-Ramos S, VanWormer JJ. Lifestyle Weight-Loss Intervention Outcomes in Overweight and Obese Adults with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. J Acad Nutr Diet. 2015 Sep;115(9):1447-63.

*Conflitti di interesse dichiarati:* nessuno

## Tra cronicità e sostenibilità. Il Population Health Management nel progetto dell’Azienda Usl Toscana Sud Est

*Between chronicity and sustainability. Population Health Management in the project of the Local Health Unit Tuscany South East*

Simona Dei<sup>1</sup>, Agnese Verzuri<sup>2</sup>, Maria Giovanna D’Amato<sup>1</sup>, Anna Canaccini<sup>1</sup>, Nicola Nante<sup>2</sup>, Gloria Bocci<sup>2</sup>, Roberto Turillazzi<sup>1</sup>, Enrico Desideri<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Azienda USL Toscana Sud Est

<sup>2</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena

*Parole chiave:* population health management, malattie croniche, reti cliniche

### RIASSUNTO

*Obiettivi:* l’invecchiamento della popolazione e l’aumento della prevalenza di condizioni di cronicità e multi-morbilità, richiedono una presa in carico multidimensionale e a lungo termine dell’assistito e portano a riorientare un sistema “ospedalocentrico” verso un sistema di “rete di servizi”.

Obiettivo di questo lavoro è descrivere un modello di medicina proattiva per la gestione della cronicità, complessità e fragilità, in accordo con i principi del « Population Health Management» (HPM), con le indicazioni della Regione Toscana e del Piano Nazionale della Cronicità che si sta sviluppando nell’Azienda USL Toscana Sud-Est: il progetto “Reti Cliniche Integrate e Strutturate”.

*Metodi:* declinando e contestualizzando i principi dell’HPM, i requisiti organizzativi di questo nuovo modello di gestione della cronicità sono rappresentati da:

- costituzione di team multi professionali
- valutazione multidimensionale da parte del team dei bisogni clinici e socio-assistenziali
- definizione di PDTA personalizzati “pro-attivi” di assistenza per ogni paziente
- individuazione in ogni AFT di Medici di Medicina Generale “Esperti”
- dotazione delle AFT di diagnostica di I livello
- individuazione di specialisti di riferimento

---

Autore per corrispondenza: [agneverzuri@gmail.com](mailto:agneverzuri@gmail.com)

- riorganizzazione complessiva “strutturata” del territorio tra cure primarie e specialistiche
- progettazione di un sistema informativo abilitante per lo scambio di documenti socio-sanitari (teleconsulto, telemedicina, telerefertazione).

*Risultati e conclusioni:* il progetto “Reti cliniche integrate e strutturate”, deliberato in Azienda nel 2016 sta iniziando ad essere applicato in alcune zone dell’Azienda. Pertanto non si può parlare ancora di risultati del progetto, ma riportiamo i risultati di uno studio considerato esperienza pilota delle reti integrate tra i medici di medicina generale e gli specialisti che ha portato ad una riduzione di prestazioni specialistiche e del tasso di ospedalizzazione per cardiopatia ischemica.

*Key words:* population health management, chronic disease, clinical networks

## SUMMARY

*Objectives:* the ageing population and the increase of the prevalence of the chronic and multi-morbidity conditions, require a multi-dimensional and long-term care of the assisted and lead to reorient an “hospital-centered” towards a “network of services” system. The aim of this work is to describe a model of proactive medicine for the management of chronic, complexity and fragile, in accordance with the principles of “Population Health Management” (PHM), with the indications of the Tuscany Region and with the National Chronic Plan that is being implemented in the Local Health Agency Tuscany South-East: the project named “Integrated and Structured Clinical Networks”.

*Methods:* by declining and contextualizing PHM principles, the organizational requirements of this new chronic management model are represented by:

- establishment of multi-professional teams
- multidimensional needs evaluation by the team of clinical and social assistance
- definition of personalized “pro-active” PDTAs for each patient
- identification in every AFT “Experts” General Practitioners
- provision of I-level diagnostic AFTs
- identification of reference specialists
- “Structured” overall reorganization of the territory between primary and specialized care
- design of an enabling information system for the exchange of socio-health documentation (teleconsultation, telemedicine)

*Results:* the project “Integrated and structured clinical networks”, approved in 2016, is starting to be applied in some areas of the Local Health Agency. Therefore we cannot talk about the results of the project, but we report the results of a study considered as a pilot experience of integrated networks between general practitioners and specialists that led to a reduction in specialist services and the rate of hospitalization for ischemic heart disease.

## Introduzione

L’invecchiamento della popolazione e l’aumento della prevalenza di condizioni di cronicità e multi-morbilità, richiedono una presa in carico multidimensionale e a lungo termine dell’assistito e portano a riorientare un sistema “ospedalocentrico” verso un sistema di “rete di servizi” (1).

Promuovere l’integrazione dei servizi e dei professionisti è centrale nell’ambito dell’assistenza primaria per superare la frammentazione nei percorsi assistenziali e rispondere in maniera coerente alla necessità di mettere al centro del processo di cura la persona e i suoi bisogni (2).

Dall'analisi della letteratura emerge che negli Stati Uniti già da qualche anno si è iniziato a studiare il problema dell'aumento delle cronicità nella riorganizzazione del proprio Sistema Sanitario. Numerosi sono infatti i contributi che descrivono modelli organizzativi che si pongono come obiettivo il miglioramento degli esiti delle cure, il coinvolgimento dei cittadini, il miglioramento della qualità percepita con il contenimento dei costi (3). Tra questi modelli, il Population Health Management (PHM) è uno dei più studiati.

I programmi PHM promuovono la salute e il benessere della popolazione secondo gli obiettivi fondamentali del *Triple Aim*: miglioramento della salute della comunità, miglioramento della presa in carico e riduzione dei costi di assistenza sanitaria (4). Essi sono volti principalmente al mantenimento delle persone sane in buona salute e alla riduzione della progressione della malattia per coloro che hanno già patologie croniche.

Per prima cosa, questo modello organizzativo prevede la stratificazione della popolazione in base alla presenza di malattie e al rischio di contrarle. I programmi sono quindi mirati a soddisfare i bisogni di salute di tutti gli individui in un continuum che va da coloro che non hanno nessun rischio/nessuna malattia a coloro che hanno molteplici malattie croniche.

Il PHM trova fondamento nel modello del Chronic Care Model (CCM), sviluppato da E. Wagner e Coll. (5), in California a partire dal 1998, che propone un approccio "proattivo" tra il personale sanitario ed i pazienti affetti da malattie croniche, che diventano parte integrante del processo assistenziale.

Il CCM è stato adottato dall'OMS e largamente introdotto nelle strategie d'intervento dei Sistemi Sanitari di diversi Paesi.

Anche in Italia, alcuni Servizi Sanitari Regionali stanno sperimentando modelli innovativi per la gestione attiva delle cronicità sul territorio, specificatamente finalizzati alla prevenzione delle complicanze e delle recidive (6). In Toscana ad esempio, il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ha introdotto il concetto di Sanità d'iniziativa, un modello assistenziale che fa riferimento al CCM, in grado di farsi carico del bisogno di salute prima dell'insorgenza della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi.

L'impatto finanziario conseguente dalla riduzione del rischio e/o dalla gestione delle malattie in maniera proattiva di questi progetti è stato positivo ma debole per questo non è stato possibile adottarli a pieno nella programmazione sanitaria ma solo sporadicamente come studi pilota (7).

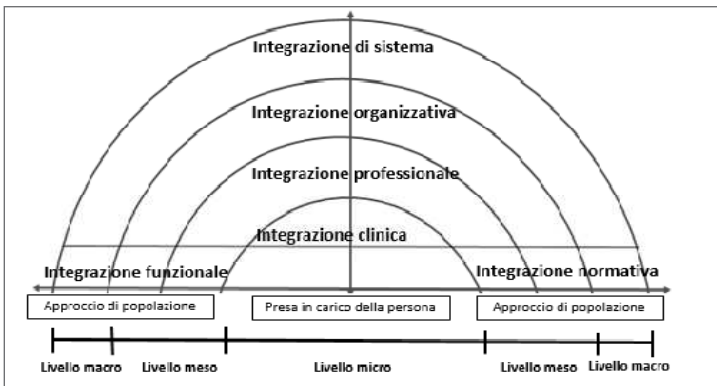
Le principali criticità di questi primi progetti di medicina proattiva sono state:

- mancanza di personalizzazione: cura delle singole patologie (Percorsi Diagnostico Terapeutici assistenziali-PD'TA) e non della persona nella sua complessità sociale e sanitaria (Percorso Assistenziale Integrato-PAI)
- autoreferenzialità delle varie figure del team: frammentazione delle cure
- mancanza di un collegamento strutturato H/T

È poco realistico continuare a indirizzare i bisogni di salute esclusivamente sulla singola patologia e diventa necessaria quindi una strategia di popolazione. La prospettiva del PHM consente proprio di superare l'apparente contraddizione tra PDTA e PAI e pone al centro del sistema di cura il paziente e l'integrazione dell'assistenza.

Il modello Rainbow di Integrated Care (RMIC) sviluppato proprio per cogliere la natura complessa e multidimensionale delle cure integrate rappresenta bene questi concetti. Il modello RMIC individua due principi guida nelle cure primarie, vale a dire basarsi sulla popolazione e focalizzarsi sulla persona, e sei domini di cura integrata: integrazione clinica, professionale, organizzativa, di sistema, funzionale e normativa. Nel RMIC al livello micro si trova l'integrazione clinica, a livello meso l'integrazione professionale e organizzativa e a livello macro l'integrazione di sistema. L'integrazione funzionale e normativa viene concettualizzata come abilitante per il collegamento dei diversi livelli (Fig.1)(8).

Figura 1 - Il modello RMIC



## L'esperienza dall'Azienda USL Toscana Sud-Est

Il progetto "Reti Cliniche integrate e strutturate" si sta sviluppando nell'Azienda USL Toscana Sud-Est con l'obiettivo di creare un modello di medicina proattiva per la gestione della cronicità, complessità e fragilità, in accordo con i principi del « Population Health Management», con le indicazioni della Regione Toscana e del Piano Nazionale della Cronicità e prevede il rafforzamento della *governance* territoriale e un nuovo ruolo della Medicina Generale nelle Cure Primarie.

Precondizioni fondamentali per lo sviluppo di questo progetto sono state, in questo territorio:

- cinque anni di esperienza di CCM che ha coperto circa il 60% della popolazione;
- riorganizzazione del territorio tra cure primarie e specialistiche all'interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali.

Nonostante gli evidenti benefici apportati da una sanità proattiva e dalla piena assunzione di responsabilità delle cure primarie attraverso le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) ed il rafforzamento del Distretto/Zona, il modello CCM, nei cinque anni di applicazione, ha raggiunto solo una copertura del 60% della popolazione targete ha anche dimostrato i suoi limiti principalmente rappresentati dalla spersonalizzazione e frammentazione delle cure e dall'assenza di un modello strutturato di continuità Ospedale Territorio. Così il CCM, integrato nell'Azienda USL Toscana sud est con i principi del "Population health management", è stato lo spunto per il progetto "Reti Cliniche integrate e strutturate".

I requisiti organizzativi del nuovo modello di gestione della cronicità sono rappresentati dalla:

- costituzione di team multiprofessionali
- valutazione multidimensionale da parte del team dei bisogni clinici e socio-assistenziali
- definizione di PDTA personalizzati "pro-attivi" di assistenza per ogni paziente
- individuazione in ogni AFT di Medici di Medicina Generale "Esperti"
- dotazione delle AFT di diagnostica di I livello
- individuazione di specialisti di riferimento
- riorganizzazione complessiva "strutturata" del territorio tra cure primarie e specialistiche
- progettazione di un sistema informativo abilitante per lo scambio di documenti socio-sanitari (teleconsulto, telemedicina, telerefertazione)

Il progetto si realizza attraverso le seguenti fasi:

1. identificazione della popolazione target (assistiti > di 16 anni affetti da diabete, Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Multipla, Ictus, Scompenso cardiaco, Asma, BPCO, Maligne oncologiche, Insufficienza renale cronica, Artrite reumatoide e Psoriasi)
  2. stratificazione della popolazione
  3. definizione del modello di presa in carico per intensità di cura per i pazienti cronici con o senza problemi socio-assistenziali e valutazione multidimensionale
  4. individuazione dei TEAM multiprofessionali (MMG, medico esperto, specialista, infermiere, assistente sociale, eventuali altri operatori sanitari)
  5. definizione dei setting idonei all'erogazione dell'assistenza e organizzazione del team.
- Vi è inoltre l'esigenza di realizzare un'area clinica di AFT informatizzata che si correli ad una rete di Information and Communications Technology (ICT) aziendale per la gestione clinica, la comunicazione rapida e tempestiva fra i professionisti.

In questo nuovo contesto l'ospedale è concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità e interagisce con l'assistenza primaria e con la specialistica ambulatoriale attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multidisciplinari dedicate e dimissioni assistite nel territorio, finalizzate a ridurre il *dropout* della rete assistenziale che è una causa frequente di reospedalizzazione a breve

termine e di *out come* negativi nei pazienti con cronicità.

È importante sottolineare anche, in questo contesto, il nuovo ruolo delle farmacie territoriali nel migliorare l'aderenza del paziente alle terapie.

Il progetto è stato deliberato in Azienda a settembre 2016; è stata costituita una Cabina di Regia che ha definito i gruppi di lavoro delle varie linee progettuali.

Al momento è stata effettuata una prima identificazione della popolazione target sulla base dei dati amministrativi (129.761 pazienti; il 15.4% della popolazione).

Questa popolazione, affetta dalle patologie oggetto dello studio è stata divisa in quattro livelli iso-gravità del bisogno sulla base di uno score che nell'anno valuta la distribuzione in percentili, stratificando in classi di età (<60e≥60), delle seguenti prestazioni:

- visite specialistiche (diverse e totali)
- esami di laboratori (diverse e totali)
- esami di diagnostica (diverse e totali)
- farmaci ATC diversi
- numero di ricette per farmaci
- numero e peso delle patologie (costo medio regionale)
- ricoveri in ospedale
- accessi in pronto soccorso

Inoltre è stato elaborato un piano di formazione per i professionisti (organizzati in team multi professionali) partendo dalla definizione e condivisione di PDTA personalizzati "pro-attivi" di assistenza per ogni paziente.

Sono stati elaborati da gruppi multidisciplinari i primi quattro PDTA (scompenso, ictus, BPCO e diabete).

## Risultati preliminari

Riportiamo qui di seguito i risultati di un'esperienza di reti integrate tra i medici di medicina generale e gli specialisti di branca che ha fatto da Progetto Pilota al più complesso Progetto Reti Cliniche Integrate e Strutturate che partirà operativamente a gennaio 2018.

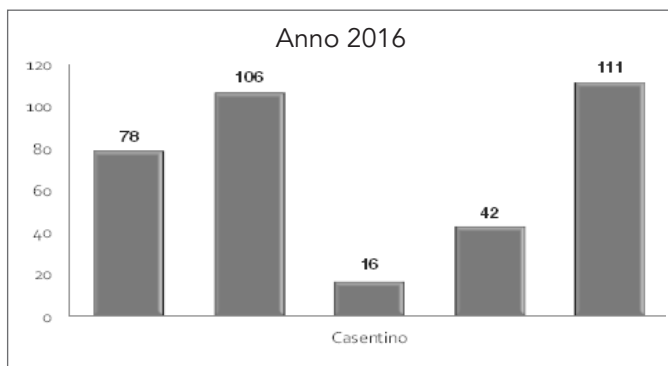
### *Lo scompenso in casentino- integrazione mmg e cardiologo*

Il "Progetto Cuore" realizzato nella Zona Distretto del Casentino (Ar) ha previsto un forte coinvolgimento del MMG, al quale spetta il corretto inquadramento clinico del paziente. Il MMG è il responsabile dell'attivazione del percorso assistenziale e dell'attivazione del cardiologo.

Il cardiologo prende in carico il paziente fino al completamento di tutto l'iter diagnostico (qualora non riesca in sede di consulenza a esprimere una valutazione definitiva del caso) in modo da evitare ripetuti passaggi al paziente fra MMG e cardiologo, e ne programma anche il follow-up, quando necessario, a cadenze appropriate.

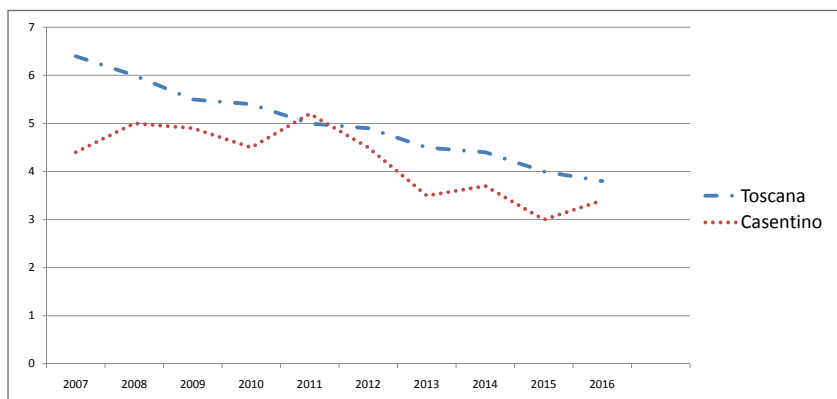
I risultati positivi che si sono osservati nella prima fase di attuazione del progetto si sono mantenuti nel tempo, con una buona integrazione fra le figure professionali coinvolte e una persistente riduzione dei tempi di attesa per eco cuore, 16 giorni nella zona Casentino a fronte di 72 giorni di tempo medio di attesa aziendale (Fig.2), a parità peraltro di volume di prestazioni con le altre zone della ex ASL di Arezzo.

Figura 2 - Tempi di attesa in giorni per ecocardiogramma Casentino VS altre Zone Distretto Ex-Als 8 Arezzo



Inoltre si è osservata una riduzione del tasso di ospedalizzazione per cardiopatia ischemica (principale causa di Scompensazione Cardiaca) più marcata in Casentino come si vede nella figura 3.

Figura 3 - Tassi di ospedalizzazione standardizzati per età per malattie ischemiche del cuore-Residenti in Casentino e in Toscana



Se proiettiamo il risultato del Casentino sull'intera popolazione dell'Asl Toscana Sud-Est (stessa popolazione target) abbiamo, oltre alla riduzione dell'ospedalizzazione, una riduzione di prestazioni specialistiche-diagnostiche del 20% con una riduzione dei costi pari a circa 2,6 milioni di euro (Tabella 1).

	progetto "cuore"	totale aziendale	% su totale
popolazione	17.300	840.000	2%
Num. prestazioni	930.000	14.900.000	6%
valore tariffario	13.400.000,00	210.360.000,00	6%

riduzione del 20%	
prestazioni	-186.000
importi	-2.680.000,00

Tabella 1- Stima della riduzione delle prestazioni specialistiche-diagnostiche e dei costi

## Conclusioni

Il progetto "Reti cliniche integrate e strutturate" contestualizza l'approccio olistico alle cure del Population Health Management in un sistema sanitario universalistico come quello italiano.

Il Servizio Sanitario Nazionale Italiano si posiziona al secondo posto per aspettativa di vita tra i Paesi dell'Unione Europea, dopo la Spagna (9), al terzo per efficienza (10), ma al dodicesimo posto per la qualità di accesso alle cure (11).

Per assicurare dunque l'equità delle cure, visti i risultati positivi ottenuti dalla Sanità d'Iniziativa e in particolare dal modello del Chronic Care Model (12) ci proponiamo di estendere i vantaggi a tutta la popolazione identificata, attraverso una nuova strutturazione delle reti di continuità ospedale-territorio prevedendo diminuzione degli accessi al Pronto Soccorso, dei ricoveri ripetuti e una razionalizzazione dei piani terapeutici.

## BIBLIOGRAFIA

1. Tozzi VD. Dinamiche di cambiamento per la rete dei servizi territoriali. *Monitor*, 27:128-141. 2011.
2. Bonciani M, Barsanti S, Matarrese D. Esperienze di Integrazione nell'assistenza primaria basate sulla co-location dei servizi: quali prospettive per il modello della Casa della Salute. *Mecosam* 2015; 96: 81-119.
3. WHO-Service Delivery and Safety. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. 2015 <http://www.who.int/servicedeliverysafety/en/>
4. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs* 2008; 27( 3) 759-769.
5. Wagner EH. Managed care and chronic illness: health services research needs. *Health Serv Res.* 1997 Dec; 32(5): 702–714.
6. Signorelli C et al. *Igiene e Sanità Pubblica*. Roma: Società Universo Editrice; 2017
7. Grossmeier J, Terry PE, Anderson DR, Wright S. Financial impact of population health management programs: reevaluating the literature. *Popul Health Manag.* 2012 Jun;15(3):129-34. doi: 10.1089/pop.2010.0086. Epub 2012 Feb 7.
8. Valentijn PP. Rainbow of Chaos: A study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care. *International Journal of Integrated Care.* 2016;16(2):3. DOI:<http://doi.org/10.5334/ijic.2465>
9. CE. European Observatory on Health System and Policies. State of Health in the EU. Italia - Profilo della sanità 2017. European Observatory on Health System and Policies. State of Health in the EU; 2017
10. Fassari L. La sanità italiana e le classifiche. *Quotidianosanità.it*, maggio 2016; [http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=40205](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=40205)
11. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, Vol 390 July 15, 2017.
12. Cassai M, Prisco G, Pennazio R, Giglio E, Nante N. Chronic Care Model: experience in a district of Central Italy. *European Journal of Public Health*, Vol. 26, Supplement 1: 52. 2016.

*Conflitti di interesse dichiarati:* nessuno

## **“Metti in moto la terza età”: un progetto pilota per un invecchiamento attivo e in buona salute**

*“Get in motion the third age”: a pilot project for active and healthy ageing*

*Claudia Ranucci\*, Melissa Finali\*, Emanuele Chiodini\*, Elisa Reginato\*, Roberto Pippi\*, Cristina Aiello\*, Alberto Tirimagni\*, Natalia Piana\*, Livia Buratta\*, Attilio Solinas\*\*, Pierpaolo De Feo\*, Carmine Fanelli\*.*

*\*HealthyLifestyleInstitute, C.U.R.I.A.Mo (Centro Universitario Ricerca Interdipartimentale Attività Motoria), University of Perugia, Via G. Bambagioni, 19 06126 Perugia, Italy.*

*\*\*Third Permanent Advisory Commission, Umbria Region*

*Parole chiave:* Invecchiamento attivo ed in salute, Stile di vita, Dieta Mediterranea, Qualità della vita correlate alla salute

### **RIASSUNTO**

*Obiettivi:* l'aspettativa di vita nella popolazione mondiale è aumentata nel corso degli ultimi anni e nella regione europea il tasso di invecchiamento è il più alto al mondo e questo rende necessari interventi che possano garantire un invecchiamento di successo e la prevenzione delle patologie non trasmissibili. Come ricordato dall'OMS è necessario che a una giusta dose di movimento si associ una alimentazione sana ed equilibrata. La promozione di sani stili di vita e l'adozione di abitudini salutari può portare al raggiungimento di un invecchiamento di successo, migliorando parametri antropometrici, qualità delle scelte alimentari qualità della vita percepita.

*Metodi:* il progetto “Metti in moto la terza età” è consistito in un percorso formativo della durata di 3 mesi finalizzato a promuovere tra gli anziani la pratica di un adeguato movimento e corrette scelte alimentari, attraverso un programma di attività fisica e incontri di educazione alimentare. Nel corso del progetto sono state condotte misurazioni antropometriche (peso corporeo, circonferenza vita, altezza e BMI) e somministrati questionari per valutare l'aderenza alla dieta Mediterranea e lo stato di salute riferito.

---

Autore per corrispondenza: [claudiaranucci.diet@gmail.com](mailto:claudiaranucci.diet@gmail.com), [servizio.curiamo@unipg.it](mailto:servizio.curiamo@unipg.it)

*Risultati:* dall'esperienza emerge che un programma che preveda attività motoria strutturata e supervisionata da personale qualificato, insieme a incontri dedicati alla sana alimentazione, può giocare un ruolo fondamentale nel migliorare lo stato di salute percepito dalle persone anziane.

*Conclusioni:* la pratica costante di un'attività fisica strutturata praticata in gruppo può aiutare a prevenire il declino nell'anziano, il rischio di depressione e contribuisce a un invecchiamento di successo, grazie al contenimento del dolore, al mantenimento delle attività usuali e all'autonomia nella cura personale. L'anziano può inoltre trasferire in famiglia ed in particolare ai bambini corretti stili di vita e avere un ruolo importante nella prevenzione dell'obesità infantile.

*Keywords:* active and healthy ageing, lifestyle, mediterranean diet, health related quality of life

## SUMMARY

*Objective:* life expectancy in the world population has increased over the last few years and in the European region the aging rate is the highest in the world. This requires interventions that can ensure successful aging and prevent non-communicable diseases. As mentioned by the WHO, it is necessary to associate a proper dose of movement with healthy and balanced diet. Promoting healthy lifestyles and adopting healthy habits can lead to a successful aging by improving anthropometric parameters, quality of food choices and perceived quality of life.

*Methods:* the "Get in motion the third age" project consists in a three months lasting training course aimed at promoting the practice of proper movement and correct dietary choices in the elderly through a program of physical activity and food education. During the project, data were collected to perform anthropometric measurements (body weight, waist circumference, height and BMI) and assess adherence to the Mediterranean diet and reported health status.

*Results:* data show that a program including structured physical activity supervised by qualified personnel, together with meetings on healthy eating, can play a key role in improving the health status of the elderly.

*Conclusions:* the constant practice of structured in groups' exercise can help prevent aging decline, the risk of depression and contribute to successful aging, through the containment of pain, the maintenance of the usual activities and the autonomy in personal care. The elder can also transfer to the family and particularly in children the right lifestyles and play an important role in preventing childhood obesity.

## Introduzione

L'invecchiamento, dal punto di vista biologico, consiste in un graduale aumento di danno cellulare che avviene all'interno dell'organismo e porta a un progressivo declino delle capacità dell'individuo di reagire ai diversi insulti ambientali (stress, ambiente, patologie) fino a condurre alla morte (1,2). L'aspettativa di vita nella popolazione mondiale è aumentata nel corso degli ultimi anni e nella regione europea il tasso di invecchiamento è il più alto al mondo. Si prevede infatti che nel 2050 il 27 % della popolazione avrà più di 65 anni (3) e questo rende necessari interventi che possano garantire un "invecchiamento di successo" e la prevenzione delle patologie non trasmissibili (NCD, Non-Communicable Diseases). A tal proposito, il comitato regionale europeo dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), ha emanato una serie di strategie di intervento che possano guidare le scelte dei Paesi facenti parte della comunità (4). La finalità di queste direttive

è quella di mettere in atto politiche e azioni pianificate che consentano di modificare comportamenti non salutari della popolazione e garantire un invecchiamento di successo. Una delle maggiori aree di interesse è sicuramente la promozione dell'attività fisica insieme alla diffusione di sane abitudini alimentari. *Healthy ageing* (5) è un termine usato in ambiente accademico ma di cui non esiste un'esatta definizione. Nella popolazione anziana questo identifica uno stato in cui vi è assenza di patologia e una capacità funzionale che permetta di mantenere una buona qualità di vita in età avanzata (6-10) che consenta di evitare la fragilità. Il termine fragilità viene utilizzato per indicare quei soggetti con stato di salute instabile, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie, che spesso portano a disabilità, sono complicati da problematiche di tipo socio-economico (11). La condizione di anziano fragile comporta un rischio elevato di rapido deterioramento della salute e dello stato funzionale e un elevato consumo di risorse (12).

Per conservare un buono stato di salute e agire a livello di prevenzione è di fondamentale importanza la pratica di attività fisica, infatti il livello di attività è uno dei più forti predittori di un processo di sano invecchiamento. Per attività fisica nella fascia d'età più avanzata si intendono tutte le attività svolte in movimento, anche ricreative, praticate nel tempo libero, così come le faccende domestiche, i movimenti legati alle attività lavorative svolte, il trasporto attivo (ad esempio a piedi o in bicicletta) e la pratica di esercizio fisico programmato e strutturato. La pratica di esercizio fisico, eseguita regolarmente e ad intensità moderata, migliora i livelli di fitness muscolare e respiratoria, la funzionalità dell'apparato osteo-articolare e riduce il rischio d'insorgenza di NCD, depressione e declino cognitivo (13). L'attività fisica si associa inoltre alla riduzione del tasso di mortalità per ogni causa (14); e, se intrapresa in giovane età, è in grado di dimezzare i tassi di mortalità nell'età adulta e prolungare la vita media di oltre due anni (15). Uno studio sulla longevità ha dimostrato come un sano stile di vita (astinenza dal fumo, controllo del peso e della pressione arteriosa, regolare esercizio fisico) durante i primi anni della terza età sia associato alla conservazione di un buono stato di salute ed all'aumento dell'aspettativa di vita, anche nei pazienti affetti da malattie cardiovascolari (16,17).

Una recente metanalisi ha dimostrato come l'esercizio fisico possa ritardare o invertire gli stati di pre-fragilità o fragilità evitando la perdita della massa muscolare e la condizione di obeso sarcopenico, prevalente nella popolazione anziana (12,18). La pratica di attività fisica, sia essa di tipo aerobico, contro resistenza, o mista, ha effetti benefici sulle patologie croniche quali obesità, diabete, cancro, osteoporosi e patologie cardiovascolari di ogni tipo (19,20).

L'OMS consiglia ai soggetti anziani (con più di 65 anni d'età), così come per tutti i soggetti adulti, di praticare attività fisica moderata per almeno 150 minuti a settimana, con l'obiettivo di aumentare il trofismo e la tonicità muscolare, migliorare l'equilibrio per evitare cadute, e ottenere un miglior controllo delle malattie croniche metaboliche.

Anche dove le condizioni di salute rendano difficile lo svolgimento di alcune attività fisiche, le persone di questa fascia di età dovrebbero essere fisicamente attive per quanto sia loro possibile (21,22).

Come evidenziato dall'OMS, è necessario che a una giusta dose di movimento si associ una alimentazione sana ed equilibrata. Per quanto riguarda l'alimentazione nel soggetto anziano, va posta particolare attenzione al rischio di malnutrizione proteico-energetica: condizione clinica frequente che di per sé può rendere difficile il mantenimento di un buono stato di salute e facilitare la fragilità. Sono molti i fattori coinvolti nello sviluppo dello squilibrio alimentare dell'anziano: i problemi della dentizione e di masticazione, la disfagia, l'anoressia, la polifarmacoterapia, la demenza, la riduzione delle funzioni fisiologiche del tratto gastroenterico, e non per ultimo il minor interesse per la vita (23) e la solitudine. Gli interventi nutrizionali dedicati alla popolazione anziana dovranno quindi avere l'obiettivo di prevenire gli stati carenziali, educando i soggetti attraverso principi di sana alimentazione.

Il regime dietetico proposto dalle comunità scientifiche italiane (24) è rappresentato dalla dieta mediterranea. Studi clinici hanno da tempo dimostrato che l'aderenza a questo pattern alimentare riduce il rischio di mortalità da tutte le cause e previene o rallenta lo sviluppo di patologie croniche incluse sindrome metabolica, patologie cardiovascolari, neuro-degenerative (25-27) e vari tipi di cancro. La combinazione di micro e macro-nutrienti tipica della dieta Mediterranea agisce attraverso un'azione antiossidante e antiinfiammatoria, inibendo i processi patofisiologici implicati nel morbo di Alzheimer, nella demenza e nelle NCD.

La dieta mediterranea nel 2010 è stata definita dall'UNESCO "patrimonio mondiale dell'umanità" per le caratteristiche che coinvolgono aspetti quali cultura, convivialità, biodiversità che la rendono unica nel suo genere. Gli studi relativi alla dieta mediterranea sanciscono il ruolo *anti ageing* dei composti contenuti negli alimenti tipici che la contraddistinguono (28).

Per valutare la tipologia della dieta e quanto il regime alimentare in studio rispecchi i dettami della dieta mediterranea vengono utilizzati gli score di mediterraneità. Questi si basano sull'assegnazione o meno di punti a seconda che il consumo dell'alimento o la sua frequenza di assunzione settimanale, giornaliera o mensile risponda alle indicazioni della vera dieta mediterranea. Gli score sono particolarmente indicati per fare confronti tra le diverse popolazioni e possono essere utili strumenti di verifica di interventi di educazione alimentare (29).

Il soggetto anziano può poi diventare veicolo di sani stili di vita anche i famiglia. Investire su questa fascia della popolazione potrebbe essere utile al fine di prevenire l'insorgenza di patologie, quali l'obesità infantile.

## Metodi

“*Metti in moto la terza età*” è un’iniziativa promossa da SPI (*Sindacato Pensionati Italiani*) Cgil Lega Perugia-Corciano-Torgiano, in collaborazione con la Terza Commissione del consiglio regionale dell’Umbria e con il centro C.U.R.I.A.Mo. (*Centro Universitario di Ricerca Interdipartimentale sull’Attività Motoria*) dell’Università degli studi di Perugia, che si è occupato della conduzione e della valutazione del progetto. Nel dettaglio il C.U.R.I.A.Mo. è una struttura che sostiene la promozione di sani stili di vita nella popolazione di ogni età, proponendo un approccio multidisciplinare volto alla prevenzione e al trattamento delle principali malattie metaboliche.

Il progetto “*Metti in moto la terza età*” è consistito in un percorso formativo della durata di 3 mesi finalizzato a promuovere tra gli anziani la pratica di un adeguato movimento e corrette scelte alimentari, attraverso un programma di attività fisica strutturata e supervisionata e a degli incontri di educazione alimentare. La partecipazione a questo progetto è avvenuta per adesione volontaria di un gruppo facente parte della popolazione anziana del distretto di San Sisto che, al momento dell’iscrizione, ha sottoscritto un consenso informato alla partecipazione al progetto. Il numero dei partecipanti è stato di 50 anziani (41 donne e 9 uomini), con un’età compresa tra i 60 e gli 80 anni (età media  $71,13 \pm 6,40$ ). Per ciò che concerne la fase attuativa, la realizzazione del progetto ha visto principalmente il coinvolgimento di due figure professionali che hanno condotto gli incontri previsti: un laureato in scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate e una nutrizionista.

I partecipanti al progetto hanno preso parte a 28 incontri di cui 4 di educazione alimentare della durata di due ore ciascuno e 24 sedute di attività motoria supervisionata con frequenza bisettimanale della durata di un’ora ciascuno. È stato chiesto ai soggetti di completare dei questionari riguardanti le abitudini alimentari (MDS, Med diet score) e lo stato di salute generale (EQ, Euro QoL) prima e dopo il protocollo.

Durante gli incontri di educazione alimentare, sono stati diffusi messaggi inerenti la sana alimentazione partendo dal modello della dieta mediterranea e sono stati forniti consigli pratici su come gestire i pasti. Le lezioni hanno avuto una cadenza settimanale (4 incontri in un mese). Nei primi due incontri sono stati presentati i principi della dieta mediterranea e della piramide alimentare. È stata posta particolare attenzione al problema di un’eccessiva assunzione di zucchero semplice e di “zucchero nascosto” presente in alcuni alimenti confezionati (30,31). È stata inoltre spiegata la lettura dell’etichetta nutrizionale per saper scegliere i prodotti e avere consapevolezza rispetto alla scelta. Il consiglio è stato quello di ridurre il consumo di bibite zuccherate addizionate di anidride carbonica, sostituendole con estratti e/o frutta intera, per garantire un maggior senso di sazietà. Le ultime due lezioni sono state interattive per fornire consigli pratici sulla preparazione del pasto al proprio domicilio, per evitare lo spreco di cibo e sono state suggerite ricette per

modificare la consistenza degli alimenti, visti i frequenti problemi di disfagia o masticatori. Alla fine dei quattro interventi è stata consegnata a ogni partecipante una dispensa riassuntiva del programma.

L'intervento motorio è stato strutturato dedicando le prime due sedute alla familiarizzazione con gli esercizi proposti e alla socializzazione/conoscenza tra i partecipanti. Durante gli incontri successivi è stato effettuato l'allenamento motorio programmato in modo tale che potesse essere di facile esecuzione, applicando i principi di individualizzazione e gradualità, tenendo comunque conto dell'eterogeneità del gruppo. Le sedute consistevano in una prima fase di riscaldamento (10 minuti circa di camminata a passo lento e costante), una seconda fase di mobilità articolare ed equilibrio (variando di allenamento in allenamento il lavoro a carico di arti inferiori e arti superiori), una terza fase di potenziamento muscolare—con esercizi svolti a corpo libero— e una quarta fase di defaticamento e stretching statico. I materiali utilizzati durante le sedute di allenamento sono stati il bastone e il materassino, per permettere ai partecipanti di svolgere esercizi di allungamento anche da posizione seduta o di decubito (prono e supino).

## Misure

*Misure antropometriche:* Prima e dopo l'intervento di tre mesi sono stati valutati il peso corporeo, la circonferenza vita, l'altezza e il BMI di tutti i partecipanti.

*Aderenza alla dieta Mediterranea:* Per valutare l'aderenza alla Dieta Mediterranea è stato utilizzato il questionario *14-items Mediterranean Diet Assessment Tool* (MedDietScore) (32), somministrato prima e dopo la realizzazione di 4 lezioni di educazione alimentare previste nell'ambito del progetto. Il *MedDietScore* è un questionario composto da 14 domande che riflettono i principi della dieta mediterranea. A ogni risposta viene assegnato un punto se la frequenza di consumo dell'alimento e/o alimenti rispetta la piramide alimentare. I punteggi inferiori a 5 definiscono una bassa aderenza alla dieta mediterranea, da 6 a 9 media aderenza,  $\geq 10$  alta aderenza. Lo score è stato ideato in occasione dello studio PREDIMED (33) e già utilizzato nella popolazione italiana (34) per valutare la correlazione tra aderenza alla dieta mediterranea e sindrome metabolica.

*Stato di salute riferito:* Per valutare la qualità della vita correlata allo stato di salute generale (HRQoL) è stato somministrato il questionario *EuroQol*(®) (35) o *EQ-5D* (European Quality of Life Questionnaire).

Questo è un questionario generico che consente di valutare lo stato di salute e la qualità della vita ad esso correlata, nei soggetti che lo compilano. Tale strumento è realizzato in due parti distinte. La prima permette di indagare 5 aree della salute: mobilità, cura personale, attività abituali, disagio/dolore e ansia/depressione. Per ciascuna dimensione il questionario indaga se il soggetto abbia problemi gravi, problemi di qualche entità/moderati o nessun problema. La seconda parte invece include una scala analogica visiva

(VAS-Visual Analogue Scale) rappresentata da un “termometro” graduato che varia da 0 a 100 sulla quale il soggetto può indicare con un segno il livello percepito del proprio stato di salute.®)

## Analisi Statistica

Riguardo l'intero campione che ha partecipato al progetto è stata condotta un'analisi descrittiva delle variabili indagate (presentata in tabella 1 in termini di media ± Deviazione Standard). In modo da poter confrontare l'andamento delle variabili (antropometriche, aderenza alla dieta Mediterranea e stato di salute riferito) prima e dopo l'intervento, è stata inoltre condotta un'analisi comparativa utilizzando il t test di Student per dati appaiati. La significatività statistica è stata fissata a  $p < 0,005$ ; le analisi sono state condotte utilizzando il software statistico SPSS, versione 20.0.

Tabella 1- Analisi descrittiva per le variabili indagate

	<b>Altezza (m)</b>	<b>Età (anni)</b>	<b>Circ.VitaT0 (cm)</b>	<b>Peso T0 (kg)</b>	<b>EQ T0</b>	<b>Stato salute T0 (%)</b>
<b>N</b>	50	48	50	50	50	50
<b>Media</b>	1,57	71,13	99,62	71,96	0,74	69,1
<b>DS</b>	0,07	6,4	10,16	13,19	0,17	18,97
<b>Min</b>	1,45	56	76	42	0,33	0
<b>Max</b>	1,77	85	125	104	1	100

## Risultati

I soggetti coinvolti erano 50 (41 donne e 9 uomini) con età media di 71,13 (DS± 6,40) anni. La media del valore della circonferenza vita (CV) nel gruppo era di 99,62 cm (DS ±10,16) e quella del peso era di 71,96 kg (DS ±13,19) (Tabella 2).

Tabella 2- Risultati variabili studiate. La significatività statistica è stata considerata a  $p < 0,05$

	<b>T0</b>	<b>T1</b>	<b>delta</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
<b>Circ. Vita(cm)</b>	99,43	95,03	-4,4	-7,68	<0,001
<b>Peso (kg)</b>	72,31	70,85	-1,46	-5,75	<0,001
<b>BMI(kg/m<sup>2</sup>)</b>	29,16	28,38	-0,58	-5,72	<0,001
<b>MDS</b>	7,14	8,44	1,3	2,07	0,05
<b>Stato di salute(%)</b>	69,1	84,63	15,53	6,59	<0,001
<b>EQ</b>	0,74	0,84	0,1	4,28	<0,001
<b>Mobilità</b>	1,38	1,25	-0,13	-1,30	0,20
<b>Cura personale</b>	1,20	1,05	-0,15	-2,62	0,01
<b>Attività usuali</b>	1,38	1,10	-0,28	-3,85	<0,001
<b>Dolore/Disagio</b>	1,98	1,78	-0,20	-2,08	0,04
<b>Ansietà/Depressione</b>	1,85	1,53	-0,33	-3,59	0,001

Per quanto riguarda il questionario sulla qualità della vita il punteggio medio al basale era di  $0,75 \pm 0,17$  e la percentuale media della VAS era di  $71,48 \pm 18,97$ .

Nella tabella 2 vengono presentati i risultati ottenuti nelle valutazioni effettuate dopo l'intervento congiunto di attività fisica ed educazione alimentare (tempo T1). Emergono riduzioni statisticamente significative della circonferenza vita ( $-4,40$  cm,  $p < 0,001$ ), del peso ( $-1,46$  kg,  $p < 0,001$ ) e del BMI ( $-0,58$  kg/m<sup>2</sup>,  $p < 0,001$ ).

Per quanto riguarda l'aspetto nutrizionale alla fine del progetto erano disponibili i dati relativi ai questionari compilati da 36 partecipanti: non tutti i soggetti che hanno iniziato il percorso nutrizionale sono stati presenti a tutti gli incontri. Al tempo T0 il valore medio del MedDietScore era di 7,14 (DS  $\pm 2,1$ ) mentre al T1 era uguale a 8,44 (DS  $\pm 2,59$ ). La differenza risulta statisticamente significativa sottolineando un aumento della mediterraneità della dieta, ulteriormente supportato dalle percentuali di risposte positive ai singoli items del questionario alimentare (fornite dai partecipanti prima e dopo l'intervento), dalle quali emerge un maggior consumo di verdure e legumi ed un minor consumo di grassi animali, bevande zuccherate e dolci industriali (Tabella 3).

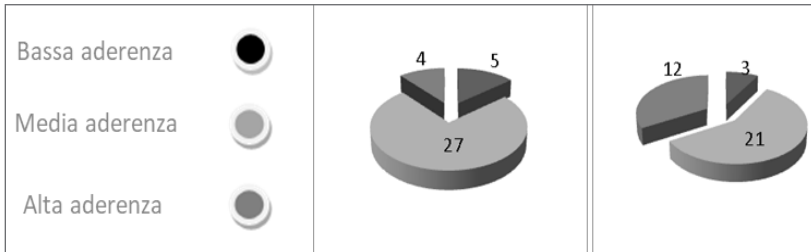
Tabella 3- Percentuali di risposte positive della popolazione prima e dopo l'intervento

<b>consumo di olio di oliva come grasso</b>	100	100
<b><math>\geq 4</math> cucchiaini di olio al giorno</b>	58,3	75
<b><math>\geq 2</math> porzioni di verdura al giorno</b>	91,6	91,6
<b><math>\geq 3</math> porzioni di verdura al giorno</b>	8,3	72,2
<b><math>&lt; 1</math> porzioni di carne rossa / processata al giorno</b>	30,5	47,2
<b><math>&lt; 1</math> porzioni di grassi animali al giorno</b>	27,7	66,6
<b><math>&lt; 1</math> porzione di bevande zuccherate al giorno</b>	38,8	75
<b>consumo moderato di vino</b>	72,2	52,7
<b><math>\geq 3</math> porzioni di legumi a settimana</b>	25	50
<b><math>\geq 3</math> porzioni di pesce a settimana</b>	47,2	44,4
<b><math>&lt; 2</math> porzioni di dolci industriali a settimana</b>	44,4	52,7
<b><math>\geq 3</math> porzioni di frutta secca a settimana</b>	16,6	22,2
<b>preferenza di carne bianca rispetto alla carne rossa</b>	97,2	100
<b><math>\geq 2</math> soffritto a settimana</b>	77,7	75

Al tempo T0 (prima lezione) i risultati dello score hanno evidenziato che nella popolazione esaminata il 13,9 % aveva una bassa aderenza alla dieta mediterranea, il 75% una media aderenza e l'11,1 % alta aderenza. Al termine dell'ultimo incontro i dati sono stati: 8,3% bassa aderenza, 58,4 % media aderenza e 33,3 % alta aderenza alla dieta mediterranea. Sono state inoltre valutate le percentuali di risposta ai singoli items prima e dopo l'intervento (fig 1).

Per quanto riguarda lo stato di salute percepito, alla fine del progetto, erano disponibili i dati relativi ai questionari compilati da 40 partecipanti all'attività. Al tempo T0 l'EQ

Figura 1- Numerosità del campione per aderenza alla dieta Mediterranea



aveva un valore di 0,74 aumentato al tempo T1 fino a 0,84, con un incremento del 13,5 %, risultato statisticamente significativo ( $p < 0,001$ ). Analogamente, sono risultate significative anche le riduzioni ottenute nei singoli punteggi (cura personale, attività usuali, dolore/disagio e ansia/depressione). Per quanto riguarda la scala VAS, la percentuale media al T0 era del 69,10%, mentre al T1 ha raggiunto il valore di 84,63%, con un incremento significativo della percezione del proprio stato di salute da parte dei partecipanti (Tab. 4).

Tabella 4- Percentuali di frequenza delle risposte ai singoli punteggi del questionario EuroQoL

Punteggi Singoli EuroQoL	Mobilità T0	Mobilità T1	Cura T0	Cura T1	Attività usuali T0	Attività usuali T1	Dolore/Disagio T0	Dolore/Disagio T1	Ansia/Depressione T0	Ansia/Depressione T1
Nessun Problema	62.5%	75.0%	80.0%	95.0%	62.5%	90.0%	12.5%	22.5%	20.0%	52.5%
Problema Moderato	37.5%	25.0%	20.0%	5.0%	37.5%	10.0%	77.5%	25.0%	75.0%	42.5%
Problema Grave	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	0.0%	5.0%	5.0%

Analizzando la frequenza nelle risposte ai singoli item che compongono l'EuroQoL (Tab. 4), si osserva una riduzione del numero di soggetti che hanno dato risposte negative (valori 2 e 3) nei singoli punteggi. Riguardo la sfera della mobilità, la percentuale di soggetti che ha risposto di avere problemi di moderata entità scende dal 37,5% al 25%, mentre nell'area della cura personale le percentuali di chi presentava qualche difficoltà scendono dal 20% al 5%; infine coloro che avevano lievi difficoltà nello svolgere le attività usuali rappresentavano il 37,5% all'inizio del progetto ed il 10% al T1. Per quanto riguarda le aree *dolore e ansia* alcuni partecipanti hanno riferito di trovarsi nel livello più basso della scala. Dopo l'intervento le percentuali di risposte 2 si sono ridotte per il dolore dal 77,5% al 25% e per l'ansia dal 75% al 42,5%.

## Discussione

Il progetto ha portato a risultati molto soddisfacenti dal punto di vista antropometrico e delle abitudini alimentari. Per quanto riguarda il calcolo dell'indice di massa corporea, al termine del percorso, è stata osservata una riduzione significativa grazie all'approccio multidisciplinare proposto dal progetto, che ha permesso ai partecipanti di incrementare

i livelli di attività fisica e migliorare la qualità della dieta. Il BMI del campione in oggetto rientra nel range del sovrappeso, ma tale valore, per la popolazione anziana risulta essere correlato a un minor rischio cardiovascolare. Recenti studi clinici mostrano che nell'anziano e nelle categorie di pazienti con patologie croniche si verifica il fenomeno *risk factor paradox* (36). È stato infatti osservato che un BMI tra i 25 e i 30 Kg/m<sup>2</sup> è legato a un minor rischio di morte da tutte le cause (37).

Il BMI non è in grado di dare indicazioni sulla composizione corporea e in particolare la presenza di massa grassa, che si modifica con l'età (38). L'elevata prevalenza di obesità sarcopenica cioè la riduzione della massa muscolare concomitante all'aumento del grasso viscerale nell'anziano, suggerisce un prossimo approfondimento per indagare la composizione corporea e quindi il vero cambiamento in termini di conservazione della massa magra (39). Un'informazione indiretta dell'entità del grasso viscerale è stata valutata grazie alla misurazione della circonferenza vita eseguita al baseline e dopo l'intervento, dove si osservano risultati significativi con una perdita del 4% (40). Per quanto riguarda l'aspetto dell'intervento nutrizionale, al termine degli incontri è stata evidenziata una maggiore aderenza alla dieta mediterranea, grazie all'acquisizione di abitudini più salutari suggerite durante gli incontri di educazione alimentare. Se si valutano le risposte per ogni singolo item si può osservare come vi siano dei cambiamenti significativi ad opera di alcune pratiche alimentari. Lo studio dei singoli items ha consentito di valutare inoltre la permanenza di alcune buone pratiche, che hanno forte connotazione culturale, come il consumo di olio extra vergine di oliva, rimasto invariato nel tempo. Tuttavia è stato dimostrato un consumo quantitativo più consapevole rispetto alle nuove linee guida e i LARN (24). Altro elemento che si è preservato è stato l'introito di almeno due porzioni di verdura e frutta al giorno, particolarmente importante ai fini della riduzione del rischio cardiovascolare e del benessere intestinale. La frutta è importante per raggiungere il fabbisogno quotidiano di fibra alimentare, fondamentale alleato per il benessere dell'organismo (41). Alcune abitudini alimentari (come il consumo di pesce) sono invece rimaste invariate per ragioni territoriali e geografiche: la scarsità di prodotti ittici è sempre stata critica nelle regioni interne dell'Italia centrale dove la patologia tiroidea era endemica, per la scarsa assunzione di iodio di cui il pesce è ricco (42). Al termine dell'intervento i dati dimostrano come la popolazione abbia ridotto l'utilizzo di bevande zuccherate. Altro risultato interessante è stato quello relativo alla diminuzione del consumo di grassi animali (panna e burro) per le preparazioni culinarie e il maggior consumo di legumi. I legumi rappresentano una risorsa e sono ampiamente presenti nella dieta di tipo mediterraneo. La loro assunzione può evitare l'apporto di grassi animali e, in particolare, di grassi saturi, coinvolti nell'aumento del rischio cardiovascolare (43).

La salute connessa alla qualità di vita è un concetto multidimensionale che considera aspetti relativi alla condizione fisiologica, mentale e sociale. La qualità della vita percepita

è infatti dipendente da età, stato di salute, disabilità e livelli di attività nonostante queste condizioni non siano connesse tra loro.

In linea con quanto dimostrato da altri studi che evidenziano come l'attività fisica possa giocare un ruolo importante sulla percezione della qualità della vita nella terza età (44,45), anche dalla nostra esperienza emerge che proporre un programma di attività strutturato e costante può giocare un ruolo fondamentale nello stato di salute percepito dall'anziano (46). La pratica di attività fisica strutturata può aiutare a prevenire il declino nell'anziano, prevenire il rischio di depressione (47) e contribuire a quello che è definito un invecchiamento di successo, che consiste nel contenimento del dolore, nel mantenimento delle attività usuali e nell'autonomia nella cura personale. È stato inoltre dimostrato che in persone sopra i 50 anni il livello di salute percepito sia associato al rispetto di una dieta sana e sia indipendente da altre abitudini di salute e variabili socio-demografiche (48). È doveroso rimarcare il limite dello studio relativo alla durata dell'intervento e l'impossibilità di valutare l'efficacia a lungo termine, cosa che potrebbe essere auspicabile e potrebbe essere indagata a un anno dalla fine dell'intervento. C'è inoltre da sottolineare le caratteristiche della popolazione anziana coinvolta, più incline alla modifica dello stile di vita per preservare lo stato di salute. Ciò che si è evidenziato è un interesse all'alimentazione per il benessere della famiglia e in particolare dei nipoti, sottolineando come i "nonni" possano essere un target per interventi sulla popolazione per la prevenzione dell'obesità infantile.

## BIBLIOGRAFIA

1. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012 Sep;41(5):581–6.
2. Vasto S, Scapagnini G, Bulati M, Candore G, Castiglia L, Colonna-Romano G, et al. Biomarkers of aging. *Front Biosci (ScholEd)*. 2010;2(1):392–402.
3. The European health report 2012. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
4. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe 2012–2020. Regional Committee for Europe EUR/RC62/10 Rev.1 Sixty-second session + EUR/RC62/Conf.Doc./4 Malta, 10–13 September 2012 10 September 2012 122346 Provisional agenda item 5(c)
5. World Report on Ageing and Health 2015. World Health Organization, Library cataloguing in publication data.
6. Peel N, Bartlett H, McClure R. Healthy ageing: how is it defined and measured? *Australas J Ageing*. 2004;23(3):115–9.
7. Fuchs J, Scheidt-Nave C, Hinrichs T, Mergenthaler A, Stein J, Riedel-Heller SG, et al. Indicators for healthy ageing—a debate. *Int J Environ Res Public Health*. 2013 Dec;10(12):6630–44.
8. Lowry KA, Vallejo AN, Studenski SA. Successful aging as a continuum of functional independence: lessons from physical disability models of aging. *Aging Dis*. 2012 Feb;3(1):5–15.
9. Lara J, Godfrey A, Evans E, Heaven B, Brown LJ, Barron E, et al. Towards measurement of the Healthy Ageing Phenotype in lifestyle-based intervention studies. *Maturitas*. 2013 Oct;76(2):189–99.

10. McLaughlin SJ, Jette AM, Connell CM. An examination of healthy aging across a conceptual continuum: prevalence estimates, demographic patterns, and validity. *J Gerontol A BiolSci Med Sci.* 2012 Jun;67(7):783–9.
11. Ferrucci L, Di Iorio A, Lauretani F, Benvenuti E, Bandinelli S. Fragilità e prevenzione della disabilità nell'anziano. *Giornale di Gerontologia* 1999;47:79-90.
12. Michel JP, Cruz-Jentoft AJ, Cederholm T. Frailty, Exercise and Nutrition. *Clin Geriatr Med.* 2015 Aug;31(3):375-87.
13. Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen, WHO regional office for Europe 2004.
14. Vitulli P, Femminella GD, Ciccarelli AL, Rengo F, Lombardi A, Cellurale M, Aruta SF, Kamici K, Allocca E, De Lucia C, Rengo F. Exercise training and aging. *Giornale di Gerontologia.* Jun 2012; 60(3): 172-81.
15. Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL, Hsieh CC. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *New Eng J Med* 1986; 314:605-13.
16. Yates LB, Djoussé L, Kurth T, Buring JE, Gaziano JM. Exceptional longevity in men: modifiable factors associated with survival and function to age 90 years. *Arch Intern Med.* 2008 Feb 11;168(3):284-90.
17. Franco OH, de Laet C, Peeters A, Jonker J, Mackenbach J, Nusselder W. Effects of physical activity on life expectancy with cardiovascular disease. *Arch Intern Med.* 2005 Nov 14;165(20):2355-60.
18. Phu S, Boersma D, Duque G. Exercise and sarcopenia. *J Clin Densitom.* 2015 Oct-Dec;18(4):488-92.
19. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, KrisEtherton P, Van Horn L, Lichtenstein AH, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2010 Jul 27;122(4):406-41.
20. Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, Manore MM, Rankin JW, Smith BK, et al. Appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2009 Feb;41(2):459-71.
21. Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization 2010.
22. Physical activity guidelines for americans. Office of Disease Prevention & Health Promotion, US Department of Health and Human Services, October 2008.
23. Moreira NC, Krausch-Hofmann S, Matthys C, Vereecken C, Vanhauwaert E, Declercq A, Bekkering GE, Duyck J. Risk factors for malnutrition in older adults: a systematic review of the literature based on longitudinal data. *AdvNutr.* 2016 May 16;7(3):507-22.
24. Linee guida per una sana alimentazione italiana. INRAN 2003.
25. Vasto S, Barera A, Rizzo C, di Carlo M, Caruso C, Panotopoulos G. Mediterranean diet and longevity: an example of nutraceuticals? *Curr. Vasc. Pharmacol.* 2014;12:735–738.
26. Chrysohoou C, Stefanadis C. Longevity and diet. Myth or pragmatism? *Maturitas.* 2013;76:303–307.
27. Ros E, Martínez-González MA, Estruch R, Salas-Salvadó J, Fitó M, Martínez JA, Corella D. Mediterranean diet and cardiovascular health: teachings of the PREDIMED study. *AdvNutr.* 2014 May 14;5(3):330S-6S.
28. Panagiotakos DB, Dimakopoulou K, Katsouyanni K, et al. Mediterranean diet and inflammatory response in myocardial infarction survivors. *Int J Epidemiol.* 2009;38:856–66.
29. Sofi F, Macchi C, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score. *Public Health Nutr.* 2014 Dec;17(12):2769-82.
30. Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of Noncom-

- municableDiseases 2012-2016. WHO Regional Office for Europe.
31. Boulton J, Hashem KM, Jenner KH, Lloyd-Williams F, Bromley H, Capewell S. How much sugar is hidden in drinks marketed to children? A survey of fruit juices, juice drinks and smoothies. *BMJ Open*. 2016 Mar 23;6(3).
  32. Martínez-González MA, García-Arellano A, Toledo E, Salas-Salvadó J, Buil-Cosiales P, Corella D et al. A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: the PREDIMED trial. *PLoS One*. 2012;7(8).
  33. Downer MK, Gea A, Stampfer M, Sánchez-Tainta A, Corella D, Salas-Salvadó J et al. Predictors of short- and long-term adherence with a Mediterranean-type diet intervention: the PREDIMED randomized trial. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2016 Jun 14;13:67.
  34. Viscogliosi G, Cipriani E, Liguori ML, Marigliano B, Saliola M, Ettorre E, Andreozzi P. Mediterranean dietary pattern adherence: associations with prediabetes, metabolic syndrome, and related microinflammation. *Metab Syndr Relat Disord*. 2013 Jun;11(3):210-6.
  35. EuroQol Group. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990 Dec;16(3):199-208.
  36. Ahmadi SF, Streja E, Zahmatkesh G, Streja D, Kashyap M, Moradi H, Molnar MZ, Reddy U, Amin AN, Kovesdy CP, Kalantar-Zadeh K. Reverse epidemiology of traditional cardiovascular risk factors in the geriatric population. *J Am Med Dir Assoc*. 2015 Nov 1;16(11):933-9.
  37. Holme I, Tonstad S. Survival in elderly men in relation to midlife and current BMI. *Age Ageing*. 2015; 44(3):434-9.
  38. Bonnefoy M, Gilbert T. Body composition and comorbidity in the elderly. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2015 Mar;13Suppl 1:29-36.
  39. Choi KM. Sarcopenia and sarcopenic obesity. *Korean J Intern Med*. 2016 Nov; 31(6): 1054-60.
  40. Woo J, Ho SC, Yu AL, Sham A. Is waist circumference a useful measure in predicting health outcomes in the elderly? *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002 Oct;26(10):1349-55.
  41. Ma kowiak K, Torli ska-Walkowiak N, Torli ska B. Dietary fibre as an important constituent of the diet. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*. 2016 Feb 25;70:104-9.
  42. Pitzurra M, Modolo MA. Goiter endemics in Umbria; its pathogenesis. *Ann Sanita Pubblica*. 1956 May-Jun;17(3):739-48.
  43. Ramdath D1, Renwick S2, Duncan AM3. The role of pulses in the dietary management of diabetes. *Can J Diabetes*. 2016 Aug;40(4):355-63.
  44. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Oliveira V, Mazzardo O, Campos W. Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(1):76-88.
  45. Acree LS, Longfors J, Fjeldstad AS, Fjeldstad C, Schank B, Nickel KJ, Montgomery PS, et al. Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:37.
  46. Choi M, Prieto-Merino D, Dale C, Nuesch E, Amuzu A, Bowling A, Ebrahim S, et al. Effect of changes in moderate or vigorous physical activity on changes in health related quality of life of elderly British women over seven years. *Qual Life Res*. 2013;22(8):2011-20.
  47. Strawbridge WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *Am J Epidemiol*. 2002;156(4):328-34.
  48. Blázquez Abellán G, López-Torres Hidalgo JD, Rabanales Sotos J, López-Torres López J, Val Jiménez CL. Healthy eating and self-perception of health. *Aten Primaria*. 2016 Oct;48(8):535-42.

*Conflitti di interesse dichiarati:* nessuno

## Documenti

### Dichiarazione di Ferrara sul ruolo delle persone in cura

*Si è tenuto a Ferrara un significativo convegno sul tema delle relazioni di cura e del ruolo dei cittadini nei percorsi sanitari organizzato dal Laboratorio "Paracelso – Studi sociali sulla salute, la cura e il benessere" dell'Università di Ferrara, diretto da Marco Ingrosso.*

*Il Convegno di è concluso con la stesura della Dichiarazione di Ferrara. Ne diamo notizia per contribuire alla diffusione e stimolare ulteriori adesioni.*

I partecipanti al Convegno interdisciplinare e interprofessionale "Quale ruolo della persona in cura? Relazioni di cura, innovazione digitale e cura di sé nel continuum di salute" convocato a Ferrara il 4 e 5 maggio 2018 concordano sull'importanza che la persona in cura riveste non solo come destinatario delle cure, ma anche come co-produttore di adeguati processi ed esiti delle cure. Ciò diviene possibile allorché si instaurano adeguate relazioni di cura fra curanti e curati supportate da organizzazioni che si propongano esplicitamente di favorire un ruolo attivo, partecipativo, collaborativo, competente delle persone che ricorrono ai servizi sanitari, nonché delle loro reti familiari, informali, associative e di volontariato. Ciò comporta l'utilizzo di nuovi modelli organizzativi di tipo sistemico, processuale e a rete. In questo ambito giocano un ruolo sempre più rilevante le nuove tecnologie che possono favorire l'informazione e la collaborazione fra professionisti e persone in cura in tutti i passaggi dei percorsi terapeutici.

Un ruolo attivo, consapevole e collaborativo delle persone in cura costituisce oggi un'opportunità e una risorsa, in primo luogo, per mantenere e sviluppare l'alleanza e la fiducia fra servizi sanitari, da una parte, e cittadini che a tali servizi ricorrono, dall'altra, consapevoli del ruolo decisivo che essi rivestono per il benessere e la salute di ciascuno e di tutti. I partecipanti auspicano che i principi di autodeterminazione, dignità della persona, umanità dei trattamenti e uguaglianza di accesso continuo a costituire un caposaldo degli interventi in campo assistenziale e sanitario nel nostro paese, ma ribadiscono altresì che il riconoscimento e la pratica di un ruolo attivo delle persone in cura all'interno dei servizi sanitari costituisce un passaggio rilevante e necessario della sostenibilità del SSN, dato che può produrre responsabilizzazione dei cittadini e adeguato riconoscimento del lavoro dei professionisti. Come mostrano numerosi studi ed evidenze scientifiche, ciò si può tradurre in esiti clinici migliori, ma anche nella valorizzazione di tutte le dimensioni assistenziali, di benessere e salutogenetiche che la cura, ampiamente intesa, implica e può generare.

L'importanza del soggetto curato e di adeguate relazioni di cura è oggi ampiamente riconosciuta in sede internazionale, politica, scientifica, deontologica ed etica e trova altresì un ampio consenso nella cultura degli operatori e dei cittadini. Tuttavia, sul piano pratico e operativo, si riscontrano non solo ricorrenti e ingiustificabili casi di malasanità e incuria, ma soprattutto una diffusa sottovalutazione e inadeguatezza dei processi comunicativi, organizzativi, relazionali che si svolgono in ambito sanitario. A ciò contribuiscono quelle politiche sanitarie di razionalizzazione e di gestione volte a ricercare un'efficienza economica che

non contemplan la rilevanza dei tempi e delle relazioni di cura, così come il permanere di una cultura operativa autoreferenziale nell'ambito dei servizi.

Per contro, si riscontra che una scarsa cultura sanitaria del pubblico e l'avvento di una mentalità che vede nel professionista sanitario un prestatore di servizi tecnici assimilati a relazioni di scambio e consumo induce la medicina ad assumere un atteggiamento difensivo che favorisce sprechi e controversie portando ad un uso improprio delle risorse e a rapporti sempre più diffidenti fra curanti e curati. Al fine di contrastare tali derive e rafforzare una cultura della cura responsabile, condivisa e consapevole da parte di tutti i protagonisti delle relazioni di cura, i partecipanti al Convegno sottolineano la necessità di sviluppare sistematici processi educativi, auto-formativi e comunicativi nelle varie età della vita volti alla diffusione fra i cittadini di un'adeguata cultura della cura di sé e degli altri, della promozione della salute e della collaborazione coi servizi e gli operatori di salute.

Stante queste premesse condivise, i partecipanti al Convegno auspicano e raccomandano:

- a) che, a livello di indirizzi politici, venga chiaramente riconosciuto il ruolo nei percorsi di cura delle persone curate e delle loro reti e quindi si sviluppi un programma nazionale di miglioramento della qualità delle relazioni di cura in tutti gli ambiti dei servizi sanitari;
- b) che, a livello dei sistemi regionali e delle singole aziende sanitarie, si includa il tema delle relazioni, dei percorsi e del ruolo degli attori nei processi di cura come obiettivo di salute primario e fondamentale;
- c) che, a livello operativo e di incontro fra personale sanitario e cittadini a tutti i livelli, si sviluppino nuovi progetti di buone pratiche volti ad incrementare l'ascolto, l'interazione, la comunicazione efficace, l'uso delle tecnologie digitali, la medicina narrativa, la comunicazione organizzativa, l'educazione terapeutica, le nuove pratiche di consenso informato e partecipato e ogni altra innovazione utile ad attivare l'apporto delle persone ai processi di cura;
- d) che, a livello di selezione del personale e strutturazione del curriculum formativo, nonché in sede di ECM, vengano introdotti criteri di reclutamento, insegnamenti di scienze umane e sociali, laboratori formativi, modelli operativi utili allo sviluppo di competenze degli operatori nonché di prassi comunicative e organizzative nei servizi volte a migliorare la qualità delle relazioni di cura;
- e) che, a livello gestionale e operativo, il ruolo delle associazioni dei pazienti, dei gruppi di self-help, del volontariato, dei cittadini attivi e partecipi sia riconosciuto e previsto in tutti gli ambiti in cui possa fornire un utile contributo nel migliorare l'efficacia e la qualità dei servizi sanitari e di salute;
- f) che, a livello formativo, comunicativo e culturale, si allarghi l'ambito dell'educazione, formazione e comunicazione per la salute a tutte le età della vita includendo non solo l'apprendimento di stili di vita sani ma anche un'adeguata cultura della cura di sé e degli altri, della promozione della salute e della collaborazione coi servizi e gli operatori di salute;
- g) che, a livello di progettazione e supporto, si crei una istanza nazionale di promozione e diffusione di una cultura e pratica delle buone relazioni di cura che sviluppi e sostenga la ricerca in questo campo e la diffusione di esperienze realizzate in tutti gli ambiti del continuum di salute.

I partecipanti al convegno invitano tutti gli attori e le istanze del sistema di salute a collaborare per riportare il tema del ruolo delle persone in cura e dei rapporti di cura al centro dell'attenzione politica, culturale e operativa contribuendo a far sì che la salute di ciascuno e di tutti mantenga e sviluppi il suo carattere di bene comune.

**Primi firmatari:** Mario Cardano, Torino; Cristina Cenci, Roma; Marco Ingrosso, Ferrara; Stefano Ivis, Padova; Christian Pristipino, Roma; Mara Tognetti, Milano; Giovanna Vicarelli, Ancona

Chi intende aderire alla Dichiarazione può farlo liberamente ponendo la propria firma nel sito <http://www.paracelso.unife.it/index.php/notizie/20-dichiarazione-di-ferrara-sul-ruolo-delle-persone-in-cura>

## **A Global Charter for the Public's Health** *World Federation of Public Health Associations - 2016*

Una Carta mondiale per la salute pubblica - il sistema sanitario pubblico: ruolo, funzioni, competenze e bisogni di formazione

[http://www.wfpfa.org/images/Charter\\_WFPFA.pdf](http://www.wfpfa.org/images/Charter_WFPFA.pdf)

### **Introduzione**

#### ***Crescita, sviluppo, equità e stabilità***

I leader politici percepiscono sempre più la salute come fondamentale per la crescita, lo sviluppo, l'equità e la stabilità in tutto il mondo. La salute oggi è intesa come il prodotto di relazioni complesse e dinamiche generate da numerosi fattori determinanti a diverso livelli di governance. I governi devono tenere conto degli effetti dei determinanti sanitari, sociali, ambientali e comportamentali, compresi vincoli economici, condizioni di vita, cambiamenti demografici e stili di vita non salutari in molti stati membri dell'OMS. Questa visione, assieme alla globalizzazione crescente, evidenzia che è proprio il momento di rivedere il ruolo della salute pubblica (globale) in questo cambiamento del contesto sociale e politico.

#### ***Globalizzazione***

Gli impatti positivi e negativi della globalizzazione devono essere meglio compresi dai professionisti di sanità pubblica e più ampiamente riconosciuti dai politici. La globalizzazione è caratterizzata da una maggiore interconnessione e interdipendenza di popoli e paesi, per l'apertura delle frontiere a flussi sempre più veloci di beni, servizi, denaro, persone e idee attraverso confini internazionali e per i cambiamenti negli assetti istituzionali e politici, a livello internazionale e nazionale, che facilitano o promuovono tale flussi. È riconosciuto che la globalizzazione ha impatti sia positivi che negativi sullo sviluppo della salute. Sempre più si stipulano accordi di commercio nel quadro di relazioni intergovernative; tuttavia, i possibili impatti sulla salute umana non sono valutati di routine prima della stipula degli accordi.

#### ***La proposta di una Carta globale per la Salute pubblica***

In questo contesto, la Federazione Mondiale delle Associazioni di sanità pubblica (WFPFA) ha messo a punto A Global Charter for the Public's Health (GCPH) come prodotto principale del piano di collaborazione con l'OMS per adattare la sanità pubblica odierna al contesto globale, alla luce degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (OSS).

GCPH riunisce il meglio di tutti i modelli esistenti e fornisce un quadro completo, chiaro e flessibile che può essere applicato a livello globale e all'interno dei singoli paesi, siano essi a basso, medio o alto reddito. WFPHA è impegnata con le sue oltre 100 associazioni sanitarie nazionali per discutere i nuovi ruoli che i professionisti della sanità pubblica globale devono assumere e le modifiche necessarie per quanto riguarda la formazione e il reclutamento del personale di sanità pubblica. Una revisione di letteratura e un'ampia consultazione fanno parte di questa iniziativa.

### ***Risultati della revisione della letteratura e della consultazione***

Nel corso del processo di consultazione, alcuni punti chiave sono stati individuati:

- (1) è stato sottolineato la necessità di un impegno politico autentico, in ragione che i politici troppo spesso sostengono solo a parole la salute pubblica;
- (2) devono essere affrontati i determinanti commerciali, sociali e ambientali della salute, così come le disuguaglianze sociali e le risorse devono essere assegnate in modo sostenibile e responsabile;
- (3) deve essere preso in considerazione l'impatto delle ideologie sottostanti;
- (4) sono necessari dati più completi e affidabili in molte aree di programmazione della salute pubblica;
- (5) deve essere adottato un approccio multisettoriale ed olistico, coinvolgendo la salute pubblica in grandi dialoghi e nei processi decisionali;
- (6) i partecipanti alla consultazione hanno sottolineato che l'OMS deve fornire una guida in questo processo;
- (7) sono necessari nuovi leader per la salute pubblica;
- (8) è suggerito un quadro comune flessibile degli strumenti per influenzare i governi;
- (9) sono necessarie nuove soluzioni creative;
- (10) possono costituire possibili modelli i progetti specifici di alcuni paesi in cui la sanità pubblica ha una voce forte ed è integrata nelle politiche e nelle iniziative del governo.

Mentre le pubblicazioni sulla salute pubblica globale aumentano esponenzialmente in letteratura, il termine stesso 'salute pubblica globale' rimane mal definito. Il termine è usato frequentemente, ma per lo più nel contesto di 'problema' o 'sfida'. La definizione di salute pubblica globale è spesso medica e tecnica. Questo può essere il risultato di programmi verticali, tecnicamente orientati, che vengono realizzati in tutto il mondo. I vincoli politici ed economici che si trovano in letteratura sono importanti, ma non c'è un ampio corpo di letteratura su questo argomento. Nonostante l'evidenza che le diverse funzioni di salute pubblica hanno bisogno di essere meglio integrate nei sistemi sanitari, è evidente il gap tra conoscenza e azione. Anche se sono sempre più adottati, gli approcci multisettoriali in materia di sanità pubblica non sono affatto i principali.

### **Una Carta globale per la salute pubblica**

Sono necessari sistemi sanitari pubblici resilienti a livello locale, a livello globale e in ciascun paese. Tuttavia, la realtà attuale è costituita da funzioni e servizi sanitari pubblici frammentati, incostanti e incompleti, con una scarsa visione comune di quello che è un buon servizio sanitario pubblico. Attualmente, non vi è alcun accordo globale sulle funzioni della salute pubblica o su come i servizi debbano essere costituiti, e la mancanza di un comune vocabolario di salute pubblica influisce negativamente sugli sforzi dei sistemi sanitari pubblici per, tra l'altro, sicurezza, sviluppo della forza lavoro e standard di qualità in tutto il mondo. Molte politiche di salute pubblica, in particolare quelle che riguardano i temi specifici della malattia rimangono verticali, anche se si delineano alcune componenti intersettoriali. Molte non sono ben coordinate con altri campi sociali correlati e, tuttavia, hanno un enorme impatto sulla salute della popolazione. GCPH ha il potenziale per diventare un quadro di riferimento consolidato per permettere

ai sistemi sanitari pubblici di comunicare a livello globale, di confrontare le competenze e migliorare le prestazioni attraverso un'azione sistematica.

### **Funzioni e servizi**

GCPH proposto comprende due gruppi di funzioni / servizi che comprendono:

- (1) Servizi: un gruppo di Core Services - protezione, prevenzione e promozione
- (2) Funzioni: un gruppo di funzioni facilitanti - governance, advocacy, capacità e informazioni
 

Una sovrapposizione è presente tra tutti questi servizi e funzioni, in particolare tra promozione della salute, prevenzione primaria e salute ambientale, che traggono vantaggio da un approccio intersettoriale. Temi specifici di salute pubblica richiedono elementi tratti da tutta la gamma di servizi e funzioni. Questi comprendono:

  - (1) Governance: legislazione sanitaria pubblica; salute e politiche intersettoriali; strategia; finanziamento; organizzazione; garanzia: la trasparenza, responsabilità e di controllo.
  - (2) Informazioni: sorveglianza, monitoraggio e valutazione; monitoraggio dei determinanti della salute; ricerca ed evidenza; rischio e innovazione; diffusione e utilizzo.
  - (3) Protezione: regolamentazione sanitaria internazionale e coordinamento; valutazione dell'impatto sanitario; controllo delle malattie trasmissibili; preparazione alle emergenze; salute sul lavoro; salute ambientale; cambiamenti climatici e sostenibilità.
  - (4) Prevenzione: prevenzione primaria: le vaccinazioni prevenzione secondaria: lo screening; prevenzione terziaria: basata sulle evidenze, basata sulla comunità, assistenza sanitaria e riabilitazione di qualità centrata sulla persona sanitaria; gestione e pianificazione sanitaria.
  - (5) Promozione: disuguaglianze; determinanti ambientali; determinanti sociali ed economici; resilienza; comportamento e health literacy, corso della vita, setting sani.
  - (6) Advocacy: leadership ed etica; equità sanitaria; socio-mobilitazione e solidarietà; educazione del pubblico; centralità dell'approccio alla persona; impegno del settore del volontariato di comunità; comunicazioni; sviluppo sostenibile.
  - (7) Competenza: sviluppo della forza lavoro per la salute pubblica, salute dei lavoratori; pianificazione della forza lavoro: numeri, risorse, infrastrutture; norme, programmi di studio, accreditamento; capacità, insegnamento e formazione.

### **Conclusioni**

La salute pubblica, nel senso più ampio, nel nostro mondo globalizzato è multiforme, costituisce la base della vita quotidiana, è fondamentale per la crescita e lo sviluppo, l'equità e la stabilità ed è funzione di numerosi determinanti sociali, ambientali e comportamentali, non meno di quanto lo siano gli effetti della stessa globalizzazione. Per realizzare il potenziale di una sana cittadinanza globale che sostenga crescita economica e sviluppo, equità e stabilità, c'è urgente bisogno di un vero riconoscimento politico, d'impegno e di leadership per la salute pubblica, sostenuto da un sistema sanitario pubblico globale.

È necessaria un'azione su due livelli. In primo luogo, il consenso su un'idea di salute pubblica globale e su un framework per strutture e servizi sanitari sicuri e sostenibili costituisce un primo passo essenziale per sostenere la salute nella vita quotidiana e per ridurre al minimo gli impatti economici, sociali e ambientali negativi della globalizzazione sullo sviluppo della salute e la sicurezza della comunità. Inoltre, sono necessari nuovi modelli e competenze per affrontare nuove e riemergenti sfide di salute pubblica all'interno delle differenti realtà socio-economiche in tutto il mondo, delle diverse competenze politiche e delle nuove entità politiche.

In secondo luogo, lo sviluppo della salute pubblica globale richiede l'impegno politico, l'utilizzo dei social

network, l'identificazione di leve politiche e la collocazione nelle agende di salute pubblica attraverso contesti sociali e politici nuovi. È importante sottolineare che i valori della salute pubblica globale dovrebbero informare, essere integrati ed essere utilizzati per valutare le decisioni politiche e strategiche.

### *Raccomandazioni*

#### *Raccomandazione 1-Consensus*

Deve essere definita e adottata da WFPHA e dai suoi membri una concettualizzazione comune di salute pubblica globale e deve essere utilizzata come base per l'educazione e la formazione per la salute pubblica. Essa deve essere seguita da un processo di impegno con i partner e gli Stati membri per adottare il piano d'azione dell'OMS sulle funzioni di salute pubblica, in base al GCPH approvato.

#### *Raccomandazione 2-Coordinamento*

WFPHA in associazione con i partner sostiene e riconosce il ruolo di leadership dell'OMS per facilitare la salute pubblica globale, attraverso un dialogo multi-settoriale globale, il coordinamento e il processo decisionale.

#### *Raccomandazione 3-Leadership*

La leadership di salute pubblica deve essere rafforzata per integrare la Carta della salute pubblica nelle politiche intersettoriali, nelle politiche dei sistemi sanitari e nei meccanismi di governance, sviluppando e migliorando i framework esistenti.

#### *Raccomandazione 4- Forza lavoro*

Applicazione di GCPH che comprende funzioni, servizi e politica pubblica per la salute per ampliare la forza lavoro della sanità pubblica per garantire la salute globale, la sicurezza e la sostenibilità dei sistemi sanitari.

#### *Raccomandazione 5- Strumenti e applicazione*

Studi di caso, strumenti e standard da sviluppare per illustrare l'applicazione del GCPH a livello globale, nazionale e locale e per l'utilizzo nella formazione e training in salute pubblica. L'adozione di GCPH richiederà comunicazione esperta e applicazione pratica.

#### *Raccomandazione 6-Risorse*

Al fine di rafforzare la salute pubblica globale, è necessario un impegno politico, con coordinati ruoli e risorse di partner e finanziatori.

Traduzione dall'inglese di Giovanni Bauleo

---

Finito di stampare nel mese di giugno 2018

---

## Per gli autori

---

La rivista pubblica

Editoriali, contributi di impostazione concettuale, rassegne, rapporti di ricerche, esperienze, atti di congressi, dibattiti, notiziario.

Gli Editoriali sono pubblicati solo su invito da parte del Comitato di Redazione.

L'accettazione degli Articoli per la pubblicazione è soggetto alla valutazione dei referee.

Gli Autori sono invitati a modificare i documenti in relazione alle eventuali osservazioni dei referee, altrimenti l'articolo non verrà pubblicato. I nomi dei referee non sono comunicati agli Autori. Gli Autori sono pienamente responsabili dei loro scritti.

Il testo degli articoli, in formato word, non deve superare i 40.000 caratteri (spazi inclusi), oltre a riassunti e bibliografia.

La prima pagina deve contenere:

- il titolo (inglese e italiano)
- 3/5 parole chiave (inglese e italiano)
- riassunto (inglese e italiano)

I riassunti devono essere organizzati come segue: obiettivi, metodi, risultati, conclusioni.

Nome del/degli Autore/i (nome per esteso e cognome) e affiliazione. La Bibliografia deve essere redatta secondo il Vancouver Style. Per la corrispondenza, deve essere indicato indirizzo completo, numero di telefono, numero di fax ed e-mail dell'autore di riferimento.

Tabelle e figure (al massimo sei) devono essere inviati come file individuali in formato Pdf, numerati progressivamente nell'ordine in cui sono citati, completati dalla didascalia. Devono essere prodotti esclusivamente in scala di grigio. Tabelle e dati provenienti da documenti che sono stati già pubblicati devono essere accompagnati dall'autorizzazione scritta dell'autore.

Diritti d'autore

La proprietà letteraria e artistica di quanto pubblicato è riservata alla Rivista. È autorizzata la riproduzione, anche parziale di quanto pubblicato purché ne sia citata la fonte.

Conflitto d'interesse

Alla fine del testo, nella voce "Conflitti d'interesse dichiarati" gli autori devono indicare eventuali rapporti finanziari e personali con altre persone o organizzazioni che potrebbero influenzare impropriamente il loro lavoro. Esempi di potenziali conflitti d'interesse: lavoro, consulenze, partecipazione azionaria, onorari, testimonianze di esperti pagati, domande di brevetto/registrazione, sovvenzioni o altri finanziamenti.

Tutti i contributi devono essere inviati via e-mail a: [paola.beatini@unipg.it](mailto:paola.beatini@unipg.it)

