



# SNOP

Società Nazionale degli  
Operatori della Prevenzione

Rivista trimestrale • settembre 2007 n. 72, anno 22

ISSN 1720-9714

## DOSSIER OBESITÀ

SICUREZZA SUL LAVORO: UN TESTO UNICO PER RIPARTIRE  
IN ROMAGNA, SOTTO MASSIMA SORVEGLIANZA

Dallo statuto **SNOP**

è costituita l'associazione denominata "Società Nazionale Operatori della Prevenzione", in sigla **SNOP**, con finalità scientifiche e culturali. L'associazione, in quanto ente non commerciale, si propone di:

- sostenere l'impegno politico e culturale per lo sviluppo di un sistema integrato di prevenzione, finalizzato alla rimozione dei rischi e alla promozione della salute negli ambienti di vita e di lavoro, con particolare attenzione alla rete dei servizi e presidi pubblici
- promuovere conoscenze e attività che sviluppino la prevenzione e la promozione della salute dei lavoratori e della popolazione in relazione a rischi derivanti dallo stato dell'ambiente e dalle condizioni di vita e di lavoro
- favorire lo scambio di esperienze e informazioni fra gli operatori e il confronto sulla metodologia e i contenuti dell'attività, per raggiungere l'omogeneità delle modalità di intervento perseguendo il miglioramento continuo di qualità e l'appropriatezza delle attività di prevenzione a livello nazionale
- promuovere il confronto e l'integrazione tra sistema di prevenzione pubblico e sistema di prevenzione delle imprese
- promuovere un ampio confronto con le istituzioni, le forze sociali e le altre associazioni scientifiche su questi temi
- diffondere l'informazione e la cultura della prevenzione.

L'associazione non ha fini di lucro.





Rivista trimestrale della Società nazionale degli operatori della prevenzione

Il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) e la rivista Snop collaborano per la diffusione e l'approfondimento dei temi contenuti nel Piano nazionale della prevenzione 2005-2007. Questa collaborazione è finalizzata a favorire la conoscenza, la riflessione critica e la partecipazione da parte degli operatori dei servizi di sanità pubblica.

**Editore:** Snop • Società nazionale operatori della prevenzione • via Prospero Finzi, 15 - 20126 Milano  
**www.snop.it**

**Direttore responsabile:** Claudio Venturelli  
**Direttore:** Alberto Baldasseroni  
**Direttore editoriale:** Eva Benelli

**Comitato scientifico di redazione:**  
Alberto Baldasseroni, Roberto Calisti, Emilio Cipriani, Maria Elisa Damiani, Giorgio Di Leone, Annunziata Giangaspero, Paolo Lauriola, Gianpiero Mancini, Luca Pietrantoni, Luigi Salizzato, Domenico Spinazzola, Domenico Taddeo, Claudio Venturelli, Luciano Venturi

**Redazione:** Anna Maria Zaccheddu

**Progetto grafico e impaginazione:** Corinna Guercini Copertina: Bruno Antonini

**Zadigroma,** via Monte Cristallo, 6 - 00141 Roma  
tel. 068175644 e-mail: [redazione@zadigroma.it](mailto:redazione@zadigroma.it)

**Stampa:** Tipografia Graffiti srl - Pavona (Roma)

**Abbonamento** annuale per 4 numeri:  
ordinario 30,00 euro, istituzionale 50,00 euro  
c/c postale n. 36886208 intestato a Snop  
Indicare causale del versamento e indirizzo  
**Singolo numero:** 10,00 euro

Autoriz. Tribunale di Milano n. 416 del 25/7/86

Tariffa regime libero: Poste Italiane SpA sped. in abbonamento postale 70% DRCEB Roma.

L'editore Snop, titolare del trattamento ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, dichiara che i dati personali degli abbonati non saranno oggetto di comunicazione o diffusione e ricorda che gli interessati possono far valere i propri diritti ai sensi dell'articolo 7 del suddetto decreto.

Ai sensi dell'art. 2 comma 2 del Codice di deontologia relativo al trattamento dei dati personali nell'esercizio dell'attività giornalistica, si rende nota l'esistenza di una banca dati personali di uso redazionale presso Zadigroma, via Monte Cristallo 6.

Responsabile trattamento dati: Angelo Todone.

I dati necessari per l'invio della rivista sono trattati elettronicamente e utilizzati dall'editore Snop per la spedizione della presente pubblicazione e di altro materiale medico-scientifico.

IVA assolta dall'editore ai sensi dell'art. 74 lettera C del DPR 26/10/1972 n. 633 e successive modificazioni e integrazioni, nonché ai sensi del DM 29/12/1989. Non si rilasciano quindi fatture (art. 1. c. 5 DM 29/12/1989).

**Finito di stampare nel mese di settembre 2007**

## indice

Numero 72 settembre 2007 • anno 22

### Editoriale

Salute e sicurezza sul lavoro: un testo unico per ripartire ..... 3  
*Domenico Taddeo*

### Alta definizione

In Romagna, sotto massima sorveglianza ..... 5  
*Luciano Venturi, Claudio Venturelli*

### Dossier

Obesità e sistema salute: minaccia o opportunità? ..... 7  
*Roberto D'Elia, Letizia Zanetti, Paolo D'Argenio*

Mangia giusto, muoviti con gusto ..... 12  
*Alberto Tripodi, Sabrina Severi, Simona Midili, Pietro Di Venere, Maria Rita Fontana*

A Bologna la salute comincia sul lavoro ..... 16  
*Emilia Guberti*

Tutti in forma sui banchi di scuola ..... 18  
*Fabrizio Gallo, Maura Ferrari Bravo, Concetta Marchello, Tullio Torreggiani*

Quando il dialogo aiuta la prevenzione ..... 20  
*Savino Anelli, Giuseppina Civitano*

Nelle Marche, bambini sotto sorveglianza ..... 22  
*Giordano Giostra*

Quando la merendina diventa business ..... 24  
*Margherita Caroli*

**Cittadini del mondo** ..... 28

### Alta definizione

Stili di vita, aree urbane e determinanti di salute ..... 30  
*Lucia De Noni*

La minaccia che viene dall'Epa ..... 33  
*Luciano Venturi*

Se la bistecca parla straniero ..... 36  
*Marco Broccoli, Paola Ferrari, Anna Padovani, Cosetta Ricci, Riccardo Vassura*

Metti una zecca al parco... ..... 38  
*Donato Raele, Annunziata Giangaspero, Claudio Venturelli*

Vav, i problemi della formazione ..... 41  
*Leopoldo Magelli*

Chiavari: la prevenzione si sposa con la longevità ..... 43  
*Antonio Manti*

Ascoltarsi per migliorare ..... 46  
*Giorgio Di Leone, Giuseppe Trani, Saverio Falco, Mauro Carino, Domenico Lagravinese*



## UN PUNTO D'INCONTRO TRA SCIENZA E COSCIENZA

[www.vapefoundation.com](http://www.vapefoundation.com)

# VAPE FOUNDATION

presenta la ricerca

**“Gli italiani e gli insetti. Nevrosi, paure e rimedi.”**

**Uno studio sulla difficile convivenza con gli insetti e su cosa si aspetta la popolazione da enti locali e Comuni.**

Gli italiani hanno una difficile convivenza con gli insetti che infestano città e campagne: il 68% della popolazione li considera un **problema assai grave** e l'84% si sente addirittura perseguitato dalle zanzare. Questi sono i risultati di una ricerca condotta dal professor Enrico Finzi di Astra Ricerche, in collaborazione con **Vape Foundation**, l'organizzazione senza fini di lucro che promuove la ricerca scientifica per sostenere la lotta agli insetti nocivi. L'indagine, svolta attraverso più di 1000 interviste a un campione rappresentativo della popolazione italiana (47 milioni di persone), svela nevrosi e paure del complicato rapporto tra gli italiani e gli insetti.

**14 milioni di italiani sono convinti che le zanzare siano in aumento** anche a causa dei cambiamenti climatici e negli ultimi cinque anni hanno notato un forte aggravarsi del problema nella zona dove vivono. Gli esperti e i meteorologi confermano questa tendenza e nei prossimi anni, a causa dell'aumento della temperatura e dell'umidità, l'habitat naturale sarà ancora più favorevole.

A fronte di questo grande disagio, **la popolazione richiede un aiuto concreto da parte di Comuni e Asl**. Ben il 63% dell'intera popolazione è certa che «per combattere gli insetti fastidiosi o nocivi siano necessarie **campagne d'informazione** della gente, che spieghino cosa si può fare per prevenire la loro diffusione». Una tesi, questa, sostenuta principalmente dalle giovani coppie (tra i 25-34enni si arriva al 69%), dai laureati e dai diplomati, dagli internauti, dai ceti abbienti e dal ceto medio impiegatizio (con picco tra gli insegnanti). Tra questi, la maggior parte della popolazione è residente soprattutto nei Comuni piccoli. L'86% del campione addirittura pensa che gli **enti locali** abbiano una notevole responsabilità in merito al problema degli insetti: «i Comuni, le Asl possono contribuire molto svolgendo attività di **prevenzione** prima e di **disinfestazione** poi» (al di sopra della media troviamo sempre i medesimi segmenti della popolazione).

Ma gli italiani sono soddisfatti della prevenzione messa in atto da Comuni e Asl? La risposta è poco confortante: solo il 48% degli italiani è a conoscenza di un impegno in tal senso delle autorità locali nelle zone dove risiedono, e a pensare che gli enti locali non si impegnino abbastanza è soprattutto il Nord (la Lombardia è in testa alla classifica dei “cattivi”). Non basta: nel 58% dei casi le attività di prevenzione sono giudicate poco e per niente efficaci (soprattutto al Nord e nel Lazio). In altri termini, solo 8,2 milioni su 36,1 milioni di significativamente disturbati dagli insetti - cioè **solo un quarto - si ritengono abbastanza o molto tutelati** dal proprio Comune o dalla propria Asl (La Toscana è la Regione con i migliori risultati, mentre la Lombardia - in particolare Milano - è l'ultima in classifica).



Vape Foundation è un'organizzazione senza fini di lucro che promuove la ricerca scientifica per sostenere la lotta agli insetti nocivi. L'obiettivo di Vape Foundation è diventare un punto di riferimento qualificato e autorevole per tutti i soggetti coinvolti nella lotta contro gli insetti nocivi: enti, istituzioni, operatore del settore, cittadini. A questo scopo mette a disposizione informazioni e studi ed è disponibile a incontrare personalmente Comuni ed enti locali per valutare insieme eventuali progetti a favore dei cittadini.

Per rispondere all'esigenza di informazioni della popolazione, Vape Foundation ha realizzato la guida **“Estate senza punture”**, un pratico vademecum per proteggersi dalle zanzare in casa, all'aperto e in vacanza. Oltre a fornire utili consigli per difendersi dall'insetto più temuto dell'estate e calmare il prurito in caso di puntura, la guida illustra i principali cambiamenti climatici e approfondisce la biologia e le abitudini di vita delle zanzare. Realizzata in collaborazione con il comitato scientifico di Vape Foundation, si può richiedere o scaricare dal sito [www.vapefoundation.com](http://www.vapefoundation.com)

## Salute e sicurezza sul lavoro: un **testo unico** per ripartire

**Domenico Taddeo**

Il 25 agosto 2007 è stata approvata la Legge 123/07 delega per l'emanazione del testo unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Nove mesi al Governo per la formulazione del documento e per l'attivazione immediata di alcune nuove norme operative. L'approvazione della legge è avvenuta sull'onda di una continua attenzione pubblica e sociale sul tema degli infortuni e delle malattie professionali.

Dal fronte del mondo del lavoro si sono ripetuti numerosi appelli a partiti e istituzioni, per concludere e approvare il testo alla Camera. Rls e organizzazioni sindacali, come per esempio la Federazione impiegati operai metallurgici, hanno espresso un giudizio piuttosto unanime su questo provvedimento: «Non è il miglior testo possibile, ma è meglio di nulla: il provvedimento va approvato». Il dato importante, quindi, è che, pur non essendo perfetto, ora il testo c'è. Sicuramente la delega è un'occasione di rilancio, se ben realizzata e costruita a partire dai bisogni e dalle necessità legate a

un'effettiva tutela delle condizioni di salute e sicurezza. Può essere uno degli strumenti validi, se in accordo con alcuni aspetti emersi anche nella conferenza governativa di Torino del giugno 2007, in primo luogo un'effettiva sinergia, e non una competizione, tra i diversi settori della pubblica amministrazione coinvolti.

### **Un rinnovamento necessario**

Serve poi un esame delle risorse umane e informative messe in campo. Atti come il Patto per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, stabilito tra ministero della Salute e Regioni e approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni il 1 agosto 2007, devono costituire un rinnovato impegno programmatico in termini di politiche di salute e tradursi nell'adozione di piani e risorse per gli interventi.

Perché il patto rappresenti effettivamente un aiuto concreto, però, occorre anche gestire correttamente i Livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, poten-

ziare i servizi delle Asl e aggiornare le competenze degli operatori.

Il rinnovo delle conoscenze è fondamentale alla luce delle continue innovazioni del contesto del mondo del lavoro: le trasformazioni produttive, la frammentazione del lavoro autonomo, il prevalere delle piccole e piccolissime imprese, il comparire di nuove categorie di rischio, la precarietà e la flessibilità nei rapporti di lavoro. E ancora, il peso sempre maggiore dei lavoratori stranieri, la disoccupazione e l'aumento dell'occupazione fra gli anziani, la delocalizzazione dei rischi verso le aree più deboli, non solo a livello internazionale ma anche all'interno del nostro Paese, il ciclo integrato tra lavoro clandestino e imprenditoria (ai margini della legalità), il ridotto tasso di legalità di alcuni territori.

Il Patto potrà aiutare se, a partire dal "Progetto Mattoni" (approvato alla fine del 2003 con l'obiettivo di migliorare e uniformare il sistema informativo sanitario), sarà l'espressione di un atteggiamento condiviso in termini di azioni di salute.

Come associazione Snop e come singoli operatori pensiamo di aver dato un contributo importante sia nella fase di discussione della delega, sia nella preparazione della Conferenza di Torino. Cercheremo quindi di fare la nostra parte per raggiungere gli obiettivi strategici indicati dal ministro della Salute, tra cui la realizzazione di un sistema informativo nazionale di prevenzione nei luoghi di lavoro, che elimini l'attuale dispersione delle conoscenze, e l'attuazione del Piano nazionale di prevenzione nei luoghi di lavoro, attraverso obiettivi specifici a livello regionale, nonché la messa in campo di azioni efficaci, con un impatto positivo e risolutivo sul miglioramento degli indici relativi a infortuni e malattie professionali.

Parteciperemo inoltre alle attività di tutti i soggetti del sistema di prevenzione e delle parti sociali e alla valutazione e diffusione dei risultati ottenuti, costruendo reti locali per la promozione della salute nei luoghi di lavoro. Altre attività fondamentali dovranno essere il sistema di sorveglianza del-

le malattie professionali attraverso le segnalazioni dirette ai dipartimenti di Prevenzione delle Asl, la campagna informativa di prevenzione dei tumori di origine occupazionale, l'analisi sul territorio nazionale degli infortuni mortali sul lavoro.

### Lavoro, produzione, salute

Mentre la delega precisa gli impegni, in termini di risorse, delle Direzioni provinciali del lavoro, per l'area salute è il Patto lo strumento che può rafforzare il sistema pubblico in materia di prevenzione nei luoghi di lavoro. Il modello istituzionale che viene disegnato dalla delega conferma il sistema dei dipartimenti di Prevenzione, chiamati ad agire in sinergia con altre amministrazioni. Resta la consapevolezza che la delega contiene no-

tività che vanno sapute gestire e interpretare, come per esempio la norma, già operativa, che conferisce agli organi di vigilanza la facoltà di sospendere le attività produttive in caso di violazioni ripetute in materia di rapporti di lavoro o di salute e sicurezza. L'interpretazione sui campi di applicazione della norma, il suo legame con il sistema sanzionatorio (vedi Decreto legislativo 758/94) e le facoltà di sequestro probatorio e preventivo hanno già creato alcune difficoltà: la circolare 10797, emanata solo dal ministero del Lavoro, ha infatti introdotto ulteriori elementi di ambiguità. Partire con il piede giusto vuol dire ponderare le interpretazioni, dividerle tra aree ministeriali diverse e Regioni. Al riguardo, la rinnovata attenzione del ministero della Salute, espressa anche nella Conferenza di Torino, deve diventare strutturale nell'asse tra il

centro e le Regioni.

Il tema lavoro-produzione-salute deve certamente trovare una sintonia di comportamenti e scelte nelle varie attività di governo, mentre la scarsa attenzione, anche da parte dei ministeri dell'Economia e delle Politiche del lavoro, possono non favorire un contesto orientato alla salute e sicurezza. A conferma che non sempre si sta andando in direzione di un percorso di effettive tutele, basti pensare all'accordo con le parti sociali per l'aumento dell'orario di lavoro e alle timidezze per il riordino della normativa delle forme di lavoro atipico. Resta quindi fondamentale l'attenzione di tutti i soggetti del sistema di prevenzione, dai professionisti ai datori di lavoro, senza dimenticare gli Rls.

Alla fine di agosto, il noto regista americano Michael Moore è stato in Italia per presentare *Sicko*, il suo ultimo film, che parla bene del sistema sanitario del nostro Paese, a differenza di quello statunitense. L'unico sistema equo possibile, capace di tutelare sia la salute sia la spesa pubblica, è quello che potenzia il legame tra prevenzione, cure e riabilitazione e mette al centro la salute come bene pubblico costituzionalmente protetto.

Non vanno poi dimenticati i filoni lungo cui devono svilupparsi le iniziative pubbliche in materia di salute e sicurezza. Per quanto riguarda il sistema informativo, di fronte all'evidente sotto-notifica delle malattie professionali, occorre rendere più attuale e rafforzato l'insieme delle azioni di ricerca attiva di questi casi, altrimenti il sistema informati-

vo censisce quelle che ci sono e non quelle sommerse. Altre banche dati da ripopolare sono quelle relative alle esperienze di bonifiche e interventi finalizzati alla prevenzione. Infine, la semplificazione di pratiche e obblighi inutili è un interesse da rilanciare e rinnovare fra le figure pubbliche e private della prevenzione, per liberare risorse da utilizzare meglio. ●

### RISORSE

▷ Il testo della Legge 123/07: [www.gazzettaufficiale.it/gurifulcrum/dispatcher?service=1&data=2007-08-10&task=dettaglio&numero=185&redaz=007G0138&tmstp=1186988478850](http://www.gazzettaufficiale.it/gurifulcrum/dispatcher?service=1&data=2007-08-10&task=dettaglio&numero=185&redaz=007G0138&tmstp=1186988478850)

▷ Patto per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, tra ministero della Salute e Regioni: [www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPiano.jsp?id=431&area=ministero&colore=2](http://www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPiano.jsp?id=431&area=ministero&colore=2)

### Lavorare in salute e sicurezza

I dati, le riflessioni e i progetti emersi dal convegno "Lavorare in salute e sicurezza" saranno esposti in un libro a cura del Ccm che vedrà la luce in autunno.

La conferenza, tenuta a Torino il 25 e 26 giugno, è stata la prima del Servizio sanitario nazionale dedicata interamente alla promozione della salute nei luoghi di lavoro: un tema proposto come superamento della "tutela", non più in grado di soddisfare la domanda di salute. L'elemento di maggiore incisività è stato il rilancio della collaborazione fra le varie istituzioni (ministero della Salute, ministero del Lavoro, Regioni, Inail, Ispesl, ecc) e della progettualità, che rispecchia la fase attuale di ripensamento della normativa sulla sicurezza e la salute sul lavoro.

# In Romagna, sotto massima sorveglianza

Luciano Venturi, Claudio Venturelli

**N**egli ultimi anni gli episodi di malattie trasmesse da vettori sono aumentati notevolmente: dal 1970 sono state identificate una quarantina di nuove patologie infettive, mentre arrivano a 1100 i focolai epidemici di varia natura registrati dall'Organizzazione mondiale della sanità negli ultimi cinque anni. Cambiamenti climatici, globalizzazione e aumento della mobilità hanno trasformato l'epidemiologia delle malattie trasmesse da vettori, dando a specie esotiche di insetti l'occasione di trovare condizioni favorevoli alla propria sopravvivenza anche in Europa. Per affrontare i problemi collegati alla presenza di zanzara tigre (*Aedes albopictus*) nel territorio emiliano-romagnolo, nel 2005 è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha sviluppato una serie di attività di ricerca e intervento per l'analisi dei problemi e per la creazione di una rete di operatori preparati a contrastarne la proliferazione. Sono state realizzate campagne informative

rivolte alla popolazione, che hanno visto la produzione e diffusione di numerosi materiali informativi: non solo opuscoli e manifesti, ma anche un video, un sito web ([www.zanzarati-greonline.it](http://www.zanzarati-greonline.it)) e una serie di pillole radiofoniche scaricabili dalla rete. Sono stati sperimentati anche interventi di educazione e prevenzione, realizzati attraverso la formazione di cittadini volontari che hanno poi trasmesso le informazioni ai loro vicini seguendo il metodo della *peer education* ("educazione tra pari"). Inoltre, lo scorso 11 giugno i servizi di Sanità pubblica e di Veterinaria e igiene degli alimenti della Regione Emilia Romagna hanno promosso un progetto per creare un sistema di sorveglianza multidisciplinare. Al progetto collaborano attivamente professionalità diverse (medici, veterinari, biologi) appartenenti a: Direzione Generale Sanità e politiche sociali della Regione, dipartimenti di Sanità pubblica veterinaria e patologia animale dell'Università di Bologna,

**In Europa, porte aperte ai virus esotici: l'epidemiologia delle malattie trasmesse da insetti vettori è sempre più condizionata dai cambiamenti climatici, dalla globalizzazione e dalla crescente mobilità di turisti e lavoratori. Da diversi anni l'Emilia Romagna affronta questo problema emergente coinvolgendo professionalità diverse come medici, veterinari e biologi: sono nati così il gruppo di lavoro sulla zanzara tigre e il sistema di sorveglianza multidisciplinare, che si è rivelato essenziale anche nella recente epidemia di febbre da virus chikungunya.**

Centro emiliano romagnolo di Epidemiologia veterinaria e sezione di Reggio Emilia dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna, Centro Agricoltura e ambiente "G. Nicoli" e dipartimenti di Sanità pubblica delle Ausl di Ravenna e Cesena. In linea con quanto indicato dal ministero della Salute (proposta di modifica dei Livelli essenziali di assistenza), il sistema di sorveglianza prevede: l'analisi dei possibili scenari, l'identificazione delle misure organizzative da adottare, la predisposizione di

procedure locali di gestione, la formazione del personale.

## Occhio al virus

La prima fase è focalizzata sulla leishmaniosi viscerale zoonotica, causata dal protozoo *Leishmania infantum*, che nell'ultimo decennio si è diffusa in tutta l'area mediterranea, dalle aree tradizionalmente endemiche (le isole e i versanti tirrenici, ioni e dell'Adriatico centro-meridionale) al versante centro-settentrionale adriatico e, a macchia di leopardo, in



molte aree collinari prealpine e preappenniniche del Nord Italia, Emilia Romagna compresa.

#### **Gli altri membri del coordinamento**

- ▶ Paola Angelini
- ▶ Raffaella Baldelli
- ▶ Romeo Bellini
- ▶ Mattia Calzolari
- ▶ Michele Dottori
- ▶ Enrica Martini
- ▶ Giovanni Poglayen
- ▶ Marco Tamba

Oggetto della sorveglianza sono anche le infezioni da arbovirus trasmesse da insetti, viste alcune recenti emergenze epidemiche (infezione da West Nile virus, febbre della Rift Valley, febbre Congo-Crimea, chikungunya). Il lavoro consiste nella raccolta di informazioni sulle popolazioni dei vettori potenziali e riconosciuti di agenti patogeni, nella ricerca di agenti patogeni nella popolazione dei vettori e nel miglioramento della raccolta di dati clinici ed epidemiologici sulle patologie umane da arbovirus. La recente

epidemia di chikungunya, occorsa in Romagna nei mesi di agosto e settembre, ha confermato non solo la lungimiranza, ma anche l'efficacia del progetto: il sistema di sorveglianza ha fornito infatti un contributo sostanziale, collaborando con il dipartimento di Sanità pubblica della Ausl di Ravenna nell'identificazione delle cause e nella pianificazione degli interventi. Nell'ambito di un sistema di sorveglianza su questo tipo di malattie è fondamentale non soltanto la formazione per gli operatori sanitari, ma anche la disponibilità di informazioni validate rivolte a veterinari, medici ospedalieri e di base, nonché ai proprietari di cani nel caso della leishmaniosi. Priorità assoluta viene attribuita alla comunicazione, per fornire messaggi coerenti e non creare allarmismi inutili.

Questa iniziativa è un tentativo di rispondere ad alcuni bisogni emersi all'interno delle strutture organizzative del Sistema sanitario nazionale, in particolare nel mondo della prevenzione, come il rilancio della cultura dell'integrazione tra discipline diverse e delle alleanze tra professionisti. Il terreno su cui recuperare non è la qualità tecnica, ma piuttosto la costruzione di organizzazioni "a sistema" in cui la collaborazione vera sia il valore fondante. ●

#### **RISORSE**

- ▷ Giornata di formazione sul sistema di sorveglianza sanitaria delle malattie trasmesse da vettori, [www.ausl.ra.it/h3/h3.dll/aur4lou/fjump?ID=VisDoc;DOC=0000009125;ARC=aur4info&UID.x=15816-1188762726](http://www.ausl.ra.it/h3/h3.dll/aur4lou/fjump?ID=VisDoc;DOC=0000009125;ARC=aur4info&UID.x=15816-1188762726)

#### **errata corrige**

Sul numero precedente della rivista, l'articolo "Medico competente, una figura anti-stress" firmato da Danilo Bontadi, Paola Torri e Piero Patanè ha erroneamente riportato che in Veneto l'Anma ha condotto uno studio sullo stress percepito in oltre 2000 lavoratori.

Il progetto di ricerca, a cui il gruppo degli autori ha aderito, è stato invece condotto e diretto da Giuseppe Mastrangelo dell'Università di Padova, e promosso dall'Ispesl con la collaborazione del dipartimento di Prevenzione del Veneto. Gli autori si scusano pertanto con i lettori e i diretti interessati.

# OBESITÀ E SISTEMA SALUTE: MINACCIA O **OPPORTUNITÀ?**

Patologia diffusa e pericolosa, vera e propria epidemia dei nostri tempi, ma anche rappresentazione socioculturale: l'obesità è un problema complesso, che riguarda certamente la nostra salute, ma non solo. La Venere steatopigica che campeggia in copertina, simbolo di fertilità e arcaica bellezza, oggi sarebbe immediatamente costretta a una dieta ferrea: accanto all'evoluzione dei canoni estetici si assiste a una sovrapposizione tra l'aspetto dell'individuo e la sua collocazione all'interno della società.

Chi si occupa di prevenzione dell'obesità, a qualsiasi livello, non può prescindere da questo scenario dalle molte facce. Oltre a delineare le dimensioni del problema del nostro Paese, questo dossier propone una carrellata di interventi attuati nelle scuole e sui luoghi di lavoro, ma anche alcune riflessioni più generali sull'importanza e l'impatto, nel bene e nel male, della comunicazione.

**Roberto D'Elia, Letizia Zanetti, Paolo D'Argenio**

**U**n problema prevalentemente estetico: è così che oggi siamo abituati a intendere sovrappeso e obesità. Una questione, quindi, assolutamente soggettiva e legata al vissuto individuale e all'immagine che ognuno ha di sé. Tuttavia, parlando di obesità si possono intendere cose diverse, che coinvolgono ambiti e prospettive differenti, anche se non del tutto inconciliabili. Innanzitutto può essere intesa come una rappresentazione socioculturale, legata sia a canoni estetici che si sono a poco a poco modificati nel corso dei secoli

(oggi la Venere di Milo e le floride donne di Rubens o di Goya sarebbero probabilmente giudicate tutte in sovrappeso), sia a un giudizio sociale e moralistico sull'individuo, che può arrivare ad assumere la forma di un vero e proprio stigma: l'apparenza si identifica con il valore della persona, e ne indica il grado di prosperità e il ruolo nella società. L'altra possibile prospettiva, prettamente clinica, è quella di considerare l'obesità come una malattia a tutti gli effetti, come riportato nella Classificazione internazionale delle malattie del-



<b>Classe</b>	<b>Tipo di obesità</b>
E66.0	obesità dovuta a eccesso di calorie (Bmi $\geq$ 30)
E66.1	obesità indotta da farmaci
E66.2	obesità estrema con ipoventilazione alveolare (sindrome di Pickwick)
E66.8	altra obesità obesità patologica (Bmi $\geq$ 40)
E66.9	obesità, non specificata
	obesità semplice (Nos)

*Tabella 1*  
ICD10 - Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche:  
E 66 (escluse: distrofia adiposogenitale, lipomatosi Nos e dolorosa, sindrome di Prader-Willi)

<b>patologie</b>	<b>uomini</b>	<b>donne</b>
cardiopatía ischemica	34%	33%
ictus	35%	34%
ipertensione	57%	59%
diabete tipo 2	75%	83%
osteoartriti	19%	23%
cancro del corpo dell'utero		49%
cancro della mammella		12%
cancro del colon-retto	15%	17%

*Tabella 2*  
Percentuale di anni di vita in buona salute (Daly) persi a causa delle principali malattie croniche, per le quali sovrappeso e obesità rappresentano un fattore di rischio (Fonte: Oms Europa, The European Health Report, 2005)

l'Organizzazione mondiale della sanità (vedi tabella 1).

In sanità pubblica l'obesità rappresenta un fattore di rischio per la salute, in grado di predisporre le persone a numerose patologie, soprattutto croniche, responsabili ormai del maggiore "carico" di malattia per l'individuo e per la società (tabella 2).

Questo approccio consente di far coincidere il concetto di dieta inteso come intervento terapeutico (e quindi in qualche modo limitato nel tempo) con quello di assunzione di un corretto stile di vita, in termini sia di nutrizione sia di attività fisica. Si pone cioè l'accento sulla necessità di ricorrere a una metodologia di tipo preventivo, aprendo così la porta

a diverse possibilità di intervento, non solo di tipo sanitario.

#### **Il quadro epidemiologico**

La prevalenza di sovrappeso e obesità è in crescita sia tra gli adulti sia tra i bambini, a livello sia nazionale sia internazionale. Secondo i dati Istat del 2005, oggi nella popolazione adulta italiana sono in sovrappeso un uomo su due e una donna su tre. Si tratta tuttavia di dati riferiti dalle persone durante interviste telefoniche, che potrebbero quindi sottovalutare l'entità del problema: è stato dimostrato, infatti, che le persone tendono a riferire di essere un po' più alte e un po' più

magre di quanto sono in realtà. Non a caso, i dati misurati dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare dell'Istituto superiore di sanità indicano che tra gli uomini tre su quattro sono in sovrappeso, mentre tra le donne lo è una su due.

Per quel che riguarda i bambini, i dati attualmente a disposizione in Italia, per quanto molto frammentari, sono coerenti tra loro e indicano che, tra i 6 e i 9 anni, è in sovrappeso un bambino su tre. La distribuzione geografica è molto disomogenea, con il Sud che presenta una situazione peggiore rispetto al Nord. Da uno studio che ha analizzato le popolazioni scolastiche in diverse aree del Paese, per esempio, è emerso

che in Campania e in Calabria i bambini obesi e in sovrappeso sono quasi il doppio rispetto alla Lombardia (vedi figura sotto).

In Italia, sono circa 57 mila ogni anno i decessi attribuibili all'obesità, che quindi si colloca al secondo posto dopo il fumo (80 mila decessi all'anno) fra i fattori di rischio per la nostra salute.

Tra le malattie maggiormente favorite da sovrappeso o obesità c'è sicuramente il diabete di tipo 2, che, a sua volta, costituisce un fattore di rischio per altre malattie (cardiovascolari, neurologiche, renali, oculari, ecc) e che attualmente colpisce circa 2,5 milioni di italiani (il 4,5% della popolazione). Probabilmente si tratta di una sottostima, visto che i primi sintomi passano spesso inosservati e la diagnosi viene fatta quando già sono in atto delle complicanze. Inoltre, proprio per l'aumento dell'obesità e del sovrappeso tra i ragazzi, si sta assistendo a un anticipo dell'insor-

genza del diabete di tipo 2 in persone giovani. Uno scenario preoccupante soprattutto in prospettiva, visto che quanto più l'insorgenza è precoce, tanto maggiori sono la durata della malattia e i rischi di complicanze. Inoltre, se nei prossimi decenni non si farà qualcosa, i costi assistenziali delle malattie croniche non saranno più sostenibili e metteranno in serio pericolo le finanze pubbliche. Sovrappeso e obesità rappresentano perciò un problema per la società nel suo complesso: la singola persona non può essere lasciata sola ad affrontare una malattia che, oltre a quelli sanitari, implica anche aspetti sociali ed economici.

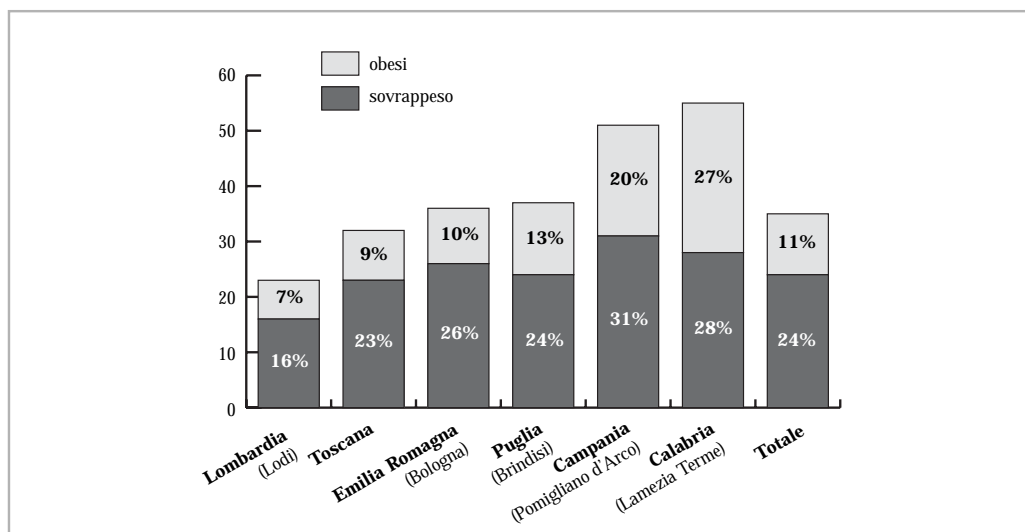
#### Passare all'azione

Nel nostro Paese il fenomeno obesità può essere sintetizzato in questo modo: è più frequente tra gli uomini rispetto alle donne,

aumenta con l'età, è in crescita tra bambini e adolescenti, è più frequente al Sud rispetto al Nord e tra i poveri. A giudicare dai dati disponibili, comunque, l'Italia presenta una situazione migliore rispetto ad altri Paesi europei: nel vecchio continente, infatti, sono i Paesi più poveri e quelli del Nordeuropa a presentare le più alte prevalenze di obesi.

Quello che appare chiaro è che in futuro l'obesità sarà sempre più legata allo status socioeconomico. Mentre i più ricchi tenderanno a svolgere attività fisica regolare e a mangiare piccole porzioni (stile *nouvelle cuisine*), saranno le fasce svantaggiate a essere più colpite: in altre parole, chi fa lavori sedentari, non si muove nel tempo libero, mangia poca frutta e verdura (divenute quasi beni di lusso) e molti grassi e zuccheri, o addirittura i cosiddetti "cibi spazzatura", economici e facilmente disponibili. Contrastare la diffusione dell'obesità sta diventando una priorità

Figura  
Prevalenza di sovrappeso e obesità all'età di 8 anni in sei diverse aree italiane nel periodo 2000-2002  
(Fonte: ministero della Salute - Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione, "Sorveglianza ed educazione nutrizionale basata su dati locali per la prevenzione di malattie cronicodegenerative")



## Sian, appuntamento a dicembre

**S**orveglianza nutrizionale, counselling, ristorazione scolastica e collettiva, promozione dell'attività fisica sono soltanto alcuni dei temi che animeranno il prossimo convegno nazionale dei Servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione, dal titolo "Il ruolo dei Sian nella prevenzione all'obesità: dalle strategie alle azioni". Organizzato in collaborazione con il Ccm, l'incontro si terrà dal 6 al 7 dicembre presso la sala convegni dell'Agenzia per la protezione ambientale (Apat) di Roma.

La prima giornata comincerà con una panoramica sullo stato di attuazione delle strategie per il contrasto all'obesità, da quelle internazionali come la Carta di Istanbul a quelle italiane come "Guadagnare

Salute" e il Piano nazionale della prevenzione.

Seguirà poi una carrellata di esperienze di diversi Sian italiani che mostreranno come questi atti programmatici possono tradursi nella (buona) pratica. Il secondo giorno sarà invece dedicato alla riflessione sulle leve del cambiamento in atto nell'universo Sian, verso la creazione di una rete sempre più integrata di professionisti della prevenzione: dai nuovi Livelli essenziali di assistenza alla formazione, fino alla mobilitazione delle comunità locali per "Guadagnare Salute". Il programma del convegno e tutte le informazioni necessarie per partecipare sono disponibili su EpiCentro all'indirizzo [www.epicentro.iss.it/formazione/appuntamenti.asp#6](http://www.epicentro.iss.it/formazione/appuntamenti.asp#6)●

per tutti i Paesi industrializzati, Italia compresa. L'Oms ha elaborato una "Strategia globale su dieta, attività fisica e salute", che esorta i decisori di tutto il mondo a seguire un approccio intersettoriale per attuare interventi in grado di modificare gli atteggiamenti non salutari, di tipo sia comportamentale (per modificare lo stile di vita individuale) sia sociale (per creare condizioni ambientali adatte a cambiare i comportamenti individuali e a mantenerli nel tempo).

A livello europeo, alla fine del 2006 l'Oms ha varato due strategie per il contrasto alle malattie croniche ("Gaining Health", in Italia "Guadagnare salute") e all'obesità (Carta europea di contrasto all'obesità), in cui l'attuazione di politiche intersettoriali riveste un ruolo rilevante. Per l'Unione Europea, nutrizione, attività fisica e obesità rientrano tra le priorità chiave delle politiche di sanità pubblica e sono incluse nel programma d'azione 2003-2008. Inoltre, il Libro bianco "Una strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità" (pubblicato nel maggio del 2007 e basato sulla piattaforma d'azione europea per l'alimen-

tazione, l'attività fisica e la salute e sul Libro verde "Promuovere le diete sane e l'attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche") definisce un approccio integrato europeo destinato a ridurre i problemi sanitari legati all'obesità, attraverso l'integrazione di strategie in vari campi.

In Italia, l'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005 ha varato l'attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, che ha individuato l'obesità tra i problemi di salute prioritari e ha affidando al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie il compito di individuare le linee operative e coordinare i piani di azione delle Regioni e delle Province autonome.

Il Ccm ha quindi elaborato una strategia mirata al contrasto dell'obesità che prevede, oltre all'attivazione di un sistema di sorveglianza sul fenomeno, anche l'attuazione di progetti regionali all'interno di dieci linee di intervento considerate prioritarie (dall'allattamento al seno alla ristorazione collettiva, dall'attività fisica alla pubblicità).

Le Regioni hanno presentato i

loro progetti che, nella gran parte dei casi, rientrano in questa strategia intersettoriale.

### Il ruolo dei Sian

Oltre a questo, il Ccm ha richiamato l'attenzione sul ruolo dei Servizi di igiene, alimenti e nutrizione (Sian) all'interno delle Aziende sanitarie, per promuovere un cambiamento e una valorizzazione dell'attività dei loro operatori nell'ambito della lotta all'obesità. Alla fine del 2006 è stato quindi promosso e organizzato un convegno, che verrà riproposto anche quest'anno (vedi box in alto), per mettere a confronto le varie esperienze a livello nazionale e facilitare lo scambio di idee e progetti, ma anche per coinvolgere in modo sistematico i Sian nella strategia contro l'obesità. Per potenziare e facilitare questi interventi, il Ccm ha anche finanziato un progetto, il cui partner è la Regione Toscana, per creare una rete di questi servizi e favorire così la crescita culturale sul tema degli interventi efficaci per prevenire l'obesità. Questa rete integrata va intesa come luogo dedicato a favorire il confronto fra le pratiche, la discussione e la

valorizzazione delle esperienze più efficaci. Il progetto intende valorizzare e ampliare le competenze e le capacità di intervento dei Sian per quanto riguarda la prevenzione di obesità e sovrappeso (soprattutto nei bambini) e, più in generale, la prevenzione delle principali patologie croniche attraverso una dieta salutare e un'adeguata attività fisica.

Sempre in un'ottica intersettoriale di intervento è stato avviato, con l'appoggio di tutto il Governo, il programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari" (vedi Snop 72), che si propone di promuovere azioni efficaci per contrastare i principali fattori di rischio delle malattie croniche (fumo, alcol, dieta scorretta e inattività fisica) attraverso una serie di alleanze con il mondo della scuola, dell'agricoltura, dei trasporti, dell'urbanistica e dello sport. Ad oggi sono già stati firmati ventidue protocolli con associazioni di consumatori e del terziario e un protocollo d'intesa con il ministero dell'Istruzione.

In questa dinamica si inserisce il progetto del Ccm "Esperienze locali di intersectorialità per guadagnare salute", realizzato in collaborazione con il Centro di formazione studi (Formez), per individuare, valorizzare e favorire l'estensione delle migliori esperienze locali di prevenzione basate sull'interconnessione tra le varie componenti (ambientali, sociali, sanitarie, culturali) e su un approccio integrato da parte delle istituzioni pubbliche. È proprio in questo processo che gli operatori

dei Sian rivestono un ruolo importante come promotori della mobilitazione delle comunità locali, attraverso un'azione capillare sul territorio.

### Tanti attori in gioco

Gli interventi da attuare prevedono un vero e proprio cambiamento socioculturale. Per ottenere dei risultati, infatti, occorre modificare i comportamenti individuali riguardo ad alimentazione e attività fisica. Questo cambiamento, però, deve essere facilitato da politiche che rendano possibili le scelte personali più salutari. I soli interventi individuali, difatti, non producono effetti duraturi se non sono accompagnati da tutta una serie di modifiche ambientali, strutturali e socioculturali che consentano il mantenimento dei comportamenti acquisiti. Si tratta quindi di coinvolgere in questo processo di cambiamento tutti i soggetti della società: istituzioni pubbliche, associazioni di cittadini e consumatori, produttori, distributori e rivenditori di beni di consumo, mondo dello sport, pubblicitari. Oltre a elaborare strategie che impegnino tutti gli stakeholder in interventi di documentata efficacia, occorre anche rendere gli operatori sanitari i veri promotori della salute in tutti i contesti della vita sociale.

Per favorire una corretta alimentazione, si può agire su vari livelli, per esempio sulla produzione di alimenti più sani (meno calorici, più poveri in grassi e sale e più ricchi di fibre), sulla disponibilità di una sana ristorazione collettiva, scolastica e aziendale o introducendo distributori automatici di frutta e verdura nelle scuole e nei luoghi di lavoro. Ma si può anche modificare quella che è la domanda del consumatore, tramite un miglioramento delle conoscenze nutrizionali, l'educazione al gusto e la regolazione di pubblicità e

marketing.

Analogamente, si può promuovere l'attività fisica intervenendo sul settore urbanistico e dei trasporti: creazione di aree pedonali, piste ciclabili e percorsi protetti, implementazione dell'attività fisica nelle scuole e nel tempo libero, facilitazione di accesso alle strutture per l'attività fisica. Inoltre, la domanda del cittadino può essere modificata grazie alla promozione delle conoscenze sugli effetti benefici dell'attività fisica e sul tipo e modalità di esercizi.

La parola d'ordine è quindi "la salute in tutte le politiche". Ovvero attivare un processo di assunzione di responsabilità da parte delle istituzioni e dei gruppi di interesse coinvolti per il benessere di tutti i cittadini. È l'inizio di un percorso che offre la grande opportunità di cambiare il nostro punto di vista sulle politiche sanitarie e sul modo di garantire la salute dei cittadini, anche modificando il ruolo del sistema salute. Un processo lungo probabilmente, ma che, una volta avviato, darà i suoi frutti nel medio-lungo periodo, migliorando dello stato di salute generale e quindi il futuro del nostro sistema sanitario. ●

### RISORSE

- ▷ Oms Europa, *The European Health Report*, 2005, [www.euro.who.int/ehr2005](http://www.euro.who.int/ehr2005)
- ▷ EpiCentro, grandetema obesità, [www.epicentro.iss.it/temi/croniche/croniche.asp](http://www.epicentro.iss.it/temi/croniche/croniche.asp)
- ▷ Ministero della Salute, speciale su "Guadagnare salute", [www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPiano.sp?id=384&area=ministero&colore=2](http://www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPiano.sp?id=384&area=ministero&colore=2)
- ▷ Oms Europa, speciale obesità [www.euro.who.int/healthtopics/HT2ndLvlPage?HTCode=obesity](http://www.euro.who.int/healthtopics/HT2ndLvlPage?HTCode=obesity)

### gli autori

**Roberto D'Elia, Letizia Zanetti, Paolo D'Argenio**  
ministero della Salute, direzione generale della Prevenzione sanitaria  
[r.delia@sanita.it](mailto:r.delia@sanita.it)

# MANGIA GIUSTO, MUOVITI CON GUSTO

Dossier

**Alberto Tripodi,  
Sabrina Severi, Simona  
Midili, Pietro Di Venere,  
Maria Rita Fontana**

**C**ominciare fin dall'infanzia a mangiare in modo equilibrato e a fare attività fisica è un buon lasciapassare per una vita adulta in salute: non è solo buon senso, ma anche quanto emerge dalle più recenti evidenze scientifiche. Proprio in quest'ottica si inserisce il progetto "Mangia giusto, muoviti con gusto", avviato dalla Ausl di Modena già durante l'anno scolastico 2003-2004 per promuovere uno stile di vita sano fra i bambini di asili nido, scuole dell'infanzia e scuole primarie, anche grazie al coinvolgimento attivo di insegnanti e famiglie. Si tratta infatti di una fascia d'età particolarmente indicata per questi interventi e più propensa a sperimentare nuove abitudini. Inoltre, eventuali comportamenti corretti acquisiti da piccoli hanno le maggiori probabilità di essere mantenuti da adulti.

## **Cittadini competenti**

Al progetto collaborano inoltre l'associazione di volontariato "Gli Amici del Cuore" di Modena, da anni impegnata nel campo della prevenzione a scuola, e la principale ditta di ristorazione scolastica del territorio, che lo ha parzial-

**Uno slogan accattivante che l'Ausl di Modena ha adottato per il suo progetto pluriennale di promozione della salute in ambito scolastico, che ha coinvolto attivamente anche insegnanti e famiglie. Oltre a un progressivo aumento dei partecipanti, si sono ottenuti ottimi risultati, come un maggiore consumo di frutta e verdura nelle mense. Ancora una volta la scuola si conferma quindi un contesto chiave nel favorire l'instaurarsi di uno stile di vita salutare, che pone la massima attenzione al binomio vincente costituito da una sana alimentazione e da una regolare attività fisica.**

mente finanziato e ha collaborato alla realizzazione dei materiali informativi e all'esecuzione delle verifiche sui consumi alimentari scolastici.

I criteri teorici e metodologici che hanno ispirato il progetto sono molteplici. Innanzitutto fare attività di prevenzione dell'obesità e del sovrappeso a scuola, il luogo ideale per questo tipo di interventi, soprattutto se si riesce a ricordare l'ambiente scolastico con quello familiare, creando un indispensabile sinergismo educativo. In secondo luogo, il riconoscimento pieno del ruolo centrale della nutrizione e dell'attività fisica nella prevenzione delle malattie croniche: ogni intervento di prevenzione rivolto a bambini e

adolescenti deve basarsi essenzialmente sul controllo dei consumi alimentari e sull'incremento dell'attività motoria giornaliera. Un altro punto importante riguarda la comunicazione: i messaggi utilizzati devono essere semplici e facili da attuare, come per esempio gli aspetti positivi e piacevoli legati alla buona alimentazione e all'attività fisica quotidiana, nel mantenimento della salute.

"Mangia giusto, muoviti con gusto" è stato attuato all'interno del Piano per la salute della Provincia di Modena, in cui la promozione di una sana alimentazione e di una regolare attività motoria si colloca trasversalmente a tutte le priorità e ai target

individuati, con particolare attenzione al contributo operativo dei cosiddetti "cittadini competenti". In ambito scolastico, gli insegnanti rappresentano i principali cittadini competenti, perché sono in grado di attivare un circuito virtuoso tra i servizi sanitari, la scuola e la famiglia, per la promozione di stili di vita sani. Oltre alla continuità nel tempo, una caratteristica singolare di questo progetto è la sua piena trasferibilità, in quanto può essere declinata su diversi canali di comunicazione e per diversi destinatari.

### Occhio alla televisione

Prima di partire, il progetto è stato preceduto da un'attenta analisi del contesto, per meglio comprendere i bisogni, i fattori e le dinamiche favorevoli o contrarie al cambiamento. Per conoscere meglio la popolazione della Provincia, nell'estate 2003 sono stati completati due studi epidemiologici nell'ambito di una rete di sorveglianza nutrizionale: l'indagine "Sonia", a valenza regionale, e il "Progetto Cimone", condotti fra bambini dai 6 ai 13 anni per valutare la prevalenza di sovrappeso e obesità, ma anche per analizzare le abitudini alimentari e i fattori influenzanti le scelte alimentari dei bambini e dei familiari. Riguardo all'alimentazione, sono state confermate alcune tendenze già messe in luce a livello nazionale, soprattutto lo scarso consumo di frutta e verdura: fra i bambini modenesi di 6 anni, ben il 30 per cento non mangia

verdura né a pranzo né a cena, mentre per quanto riguarda la frutta solamente il 67 per cento ne consuma a pranzo e poco più del 50 per cento a cena. Generalmente i bambini mangiano poco pesce, mentre, fortunatamente, gran parte di loro fa la prima colazione. Nell'ottica di realizzare interventi di promozione di stili di vita corretti nella popolazione scolastica, è stato particolarmente incoraggiante constatare da una parte che il Sistema sanitario nazionale e la scuola rappresentano importanti fonti di informazione per le famiglie in tema alimentare, dall'altra che esiste una discreta predisposizione delle famiglie a modificare la propria dieta a fronte di vantaggi individuali e collettivi in termini di salute. Fortunatamente, sembra che molti ritengano poco salutari gli snack pubblicizzati dalla televisione: questo contribuisce a limitarne il consumo e a orientare invece verso cibi più salutari, come la frutta. Un'altra criticità è lo scarso tempo a disposizione dei genitori a causa degli intensi ritmi di vita e di lavoro: per questo, i messaggi utilizzati nei materiali distribuiti nell'ambito del progetto contengono anche indicazioni operative semplici da eseguire e tali da associare piacere e divertimento al mangiar sano e allo stile di vita attivo.

### Tre tappe d'oro

Il progetto, di durata pluriennale, si articola in diverse fasi. Innanzitutto un corso di formazione rivolto agli insegnanti, per creare una rete di comunicazione tra gli operatori dell'Ausl e gli insegnanti impegnati quotidianamente nelle relazioni educative per la promozione della salute a scuola. Il corso rappresenta anche l'occasione per condividere le tematiche da trattare e per predisporre, durante i lavori di gruppo, il ma-

teriale didattico utilizzato per trasmettere i messaggi chiave ai bambini e alle loro famiglie.

La seconda fase è rappresentata dal percorso educativo in classe vero e proprio. Compito dei docenti è ideare e attuare percorsi che coinvolgano gli alunni sul tema condiviso durante il corso di formazione, anche grazie ai supporti didattici e informativi predisposti dagli operatori (per esempio, le "cartoline della salute" o il cd di BoyFox, mascotte del progetto). Per i primi due anni, l'obiettivo principale è invitare tutti i bambini a mangiare più frutta e verdura durante il giorno e, negli anni successivi, essere più attivi e svolgere regolarmente attività fisica.

Infine, per stimolare ulteriormente l'interesse e la partecipazione dei bambini e delle famiglie, gli insegnanti possono aderire con i propri alunni a un concorso a premi su un tema deciso sulla base dei messaggi fondamentali concordati per quell'anno. Al concorso possono partecipare l'intera scuola o le singole classi, con il compito di preparare elaborati grafici e altri materiali a tema, come filastrocche, motti, frasi, cd, ecc. Un'apposita commissione, costituita da operatori della scuola ed esperti di comunicazione ed educazione alla salute, giudica e premia gli elaborati e il percorso educativo. Tutti i bambini partecipanti ricevono uno speciale gadget, come riconoscimento del percorso effettuato, e l'opuscolo informativo rivolto alle famiglie "Movimento & Alimentazione".

### L'importante è comunicare

Promozione, strategie di comunicazione e diffusione dei risultati ottenuti sono momenti strettamente collegati fra loro, e possono favorire notevolmente l'adesione al progetto.

Inizialmente la promozione avvie-

#### gli autori

**Alberto Tripodi,**  
**Sabrina Severi, Simona**  
**Midili, Pietro Di Venere,**  
**Maria Rita Fontana**  
Sian, Ausl Modena  
*a.tripodi@ausl.mo.it*

<i>iniziativa</i>	<i>partecipanti</i>	<i>2003-2004</i>	<i>2004-2005</i>	<i>2005-2006</i>	<i>2006-2007</i>
corso di formazione	insegnanti	50	51	81	70
concorso	insegnanti	29	37	63	84
	scuole	12	19	26	27
	classi	34	40	67	86
	alunni	71 3	82 5	13 61	17 81

*Tabella 1*  
Adesione al progetto "Mangia Giusto Muoviti con Gusto" nel corso dei diversi anni scolastici

<i>tipo di scuola</i>	<i>2003-2004</i>	<i>2004-2005</i>	<i>2005-2006</i>	<i>2006-2007</i>
asili nido	1	3	2	4
scuole dell'infanzia	0	4	9	9
scuole primarie	5	9	15	14
scuole secondarie di primo grado	6	3	il progetto non è più offerto	il progetto non è più offerto
totale	12	19	26	27

*Tabella 2*  
Composizione delle diverse scuole partecipanti al progetto

ne durante gli incontri di presentazione dei progetti indirizzati alle scuole, organizzati dall'Ausl di Modena in modo capillare nell'intera provincia, a cui partecipano dirigenti scolastici e referenti per l'educazione alla salute di ogni scuola. Essendo la sana alimentazione una priorità aziendale, in queste riunioni è stato dato particolare spazio al progetto.

Per quanto riguarda la trasmissione dei messaggi, il progetto si basa su una comunicazione interpersonale che potremmo definire "a cascata bidirezionale": dall'Ausl alla scuola, quindi agli alunni e alla famiglia, e viceversa. In questo modo il messaggio è stato amplificato e modulato in ogni passaggio ed è stato possibi-

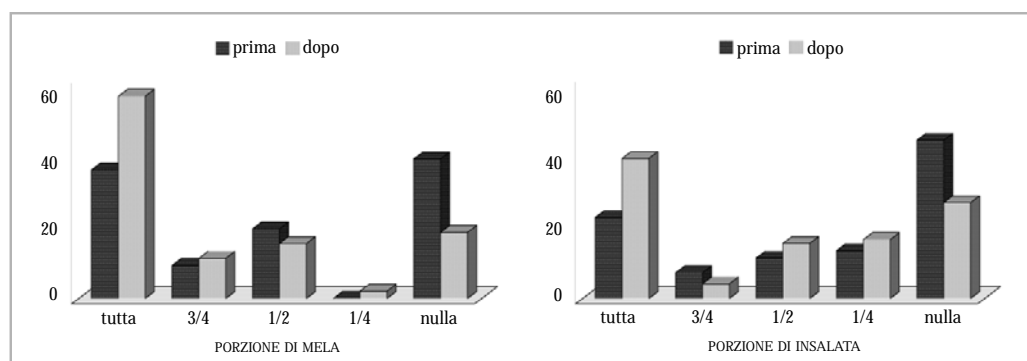
le riceverne un feed-back, utile per modulare nuovamente l'intervento. A quest'attività se ne affianca una di comunicazione vera e propria, su scala più ampia anche grazie ai mass-media, che sfrutta essenzialmente l'immagine di BoyFox: in questo modo non solo si promuove il progetto, ma anche si favorisce anche il riconoscimento e il sostegno per coloro che già partecipano attivamente al progetto (articoli, spettacoli, mostre itineranti, ecc).

#### **Un bilancio positivo**

Come mostrato nella tabella 1, l'adesione al progetto da parte delle scuole è progressivamente cre-

sciuta negli anni. La tabella 2 presenta invece la composizione delle diverse scuole partecipanti. Inoltre, i questionari di gradimento anonimi compilati dagli insegnanti al termine del corso di formazione hanno evidenziato, nella quasi totalità, un giudizio molto positivo sul clima, sui contenuti e sulla metodologia utilizzata. I questionari hanno permesso di raccogliere anche i numerosi suggerimenti dei docenti, che si sono rivelati molto utili per la realizzazione dei materiali informativi.

In collaborazione con la ditta di ristorazione Cir, tra i partner dell'iniziativa, è stata poi condotta in due scuole campione una verifica sui consumi di frutta e verdura nella mensa scolastica, prima e



*Figura*  
**Miglioramento del consumo di frutta e di verdura durante la refezione scolastica nei bambini partecipanti al progetto di educazione alimentare. In generale dopo l'intervento molti bambini hanno cominciato a mangiare mela e insalata o a consumarne porzioni più grandi**

dopo l'iniziativa. La valutazione, condotta dagli insegnanti stessi, è avvenuta all'insaputa degli alunni e ha mostrato uno spiccato miglioramento dei consumi (mela e insalata in questo caso, vedi figura) con una percentuale molto alta di bambini che consumavano l'intera porzione. "Mangia giusto muoviti con gusto" si è quindi confermato un progetto pluriennale in grado di enfatizzare il ruolo chiave della scuola in quanto "promotrice di salute", in cui il bambino è la figura attorno a cui ruotano gli adulti (genitori, insegnanti, personale non docente, ecc), investiti di una grande responsabilità: favorire l'instaurarsi di uno stile di vita salutare, che pone la massima attenzione

al binomio vincente costituito da una sana alimentazione e dall'attività fisica. ●

#### RISORSE

- ▷ Progetto "Mangia giusto, muoviti con gusto", [www.ausl.mo.it/dsp/sian/BoyFox/BoyFox.html](http://www.ausl.mo.it/dsp/sian/BoyFox/BoyFox.html)
- ▷ International Obesity Taskforce, [www.iotf.org](http://www.iotf.org)
- ▷ A. Tripodi et al, "Cosa mangiano i nostri bambini". *La nostra salute*, 2004; 21.
- ▷ Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione, "Il progetto Ci-

mone". Edizioni Ausl di Modena, 2004.

- ▷ AA.VV. "Sorveglianza Nutrizionale. Determinanti e indicatori di rischio obesità nella popolazione infantile. Indagine 2003 e 2005". Regione Emilia Romagna, Collana Contributi, n. 49. 2006.
- ▷ F. Hu, "Plant based foods and prevention of cardiovascular disease: an overview". *Am J Clin Nutr*; 2003.
- ▷ E. Riboli, T. Norat, "Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetable for cancer risk". *Am J Clin Nutr*; 2003.



# A BOLOGNA LA SALUTE COMINCIA SUL LAVORO

Dossier

Emilia Guberti

**N**el territorio dell'Ausl di Bologna il 44% della popolazione sopra i 18 anni è in sovrappeso e il 42% non fa abbastanza attività fisica, mentre il 10% non ne fa affatto. Sono questi i dati dello studio Passi, indagine sugli stili di vita promossa dall'Istituto superiore di sanità e dalla Regione Emilia Romagna, in un territorio che conta ben 50 comuni e oltre 800 mila residenti, il 20% dell'intera Regione. Di fronte alla scarsa consapevolezza dell'importanza di uno stile di vita sano per la propria salute si è deciso di intraprendere delle azioni che favorissero abitudini alimentari corrette e un'attività fisica regolare, in linea anche con quanto previsto a livello nazionale.

## Lavorare in salute

Si è deciso di rivolgere l'intervento preventivo alla popolazione lavorativa delle imprese della provincia di Bologna, in collaborazione con l'Osservatorio Unindustria (nata dall'associazione piccoli industriali e Confindustria), che riunisce rappresentanze delle diverse associazioni di categoria, i servizi di Prevenzione dell'Ausl, medici competenti e sindacati. Il progetto comprende l'esame dei me-

**Quasi la metà della popolazione adulta in sovrappeso e sedentaria: dati preoccupanti, che sommati alla scarsa consapevolezza dell'importanza di uno stile di vita sano per la propria salute hanno spinto l'Ausl di Bologna a correre ai ripari. È nato così un progetto di educazione alla salute rivolto alla popolazione lavorativa delle imprese della provincia. Il valore aggiunto, nella logica dell'empowerment, sarà poi far acquisire ai lavoratori delle competenze specifiche che li rendano in grado di contribuire in modo attivo alla promozione di stili di vita corretti.**

nu proposti dalle mense aziendali, la condivisione di linee di indirizzo per favorire il consumo di alimenti sani nelle mense e una campagna informativa rivolta ai lavoratori delle imprese coinvolte.

Inoltre, è previsto un intervento mirato, da sperimentare in due aziende della provincia di Bologna, l'Ausl e un'azienda manifatturiera. Nella logica dell'empowerment, l'obiettivo è far acquisire ai lavoratori, selezionati in base a determinati fattori di rischio, competenze specifiche che li rendano in grado di contribuire in modo attivo alla promozione di stili di vita corretti. L'intervento sarà scandito in quattro fasi, la prima delle quali consisterà in un'indagine sulle abitudini ali-

mentari e la prevalenza di sovrappeso e obesità fra i dipendenti, anche in relazione al rischio di sviluppare sindrome metabolica o cardiopatie. Verrà realizzato poi un percorso di supporto motivazionale di gruppo, attraverso degli incontri con specialisti (nutrizionisti, dietisti, psicologi, medici dello sport) e medici competenti, per aumentare la consapevolezza del problema e indurre graduali modifiche del comportamento. La terza fase sarà costituita da una serie di interventi che facilitino l'adozione di stili di vita corretti da parte dei lavoratori. Innanzitutto si cercherà di migliorare la qualità della ristorazione aziendale, intervenendo direttamente sulle mense (composizione

dei menu, offerta di alimenti sani, qualità delle materie prime e della preparazione, controllo del bilancio energetico anche in relazione al tipo di attività svolta), ma facendo anche degli accordi con ristoratori, bar convenzionati o gestori di distributori automatici per rendere disponibili pasti salutarissimi, nonché con aziende ortofruttricole, per favorire il consumo di frutta e verdura anche in ambito aziendale. Verranno poi organizzati percorsi di educazione alimentare (corsi di cucina, laboratori del gusto) e interventi di promozione dell'attività fisica quotidiana (per esempio, mettere a disposizione o facilitare l'acquisto di contapassi, suggerire esercizi da fare in ufficio per prevenire i disturbi da malposizione, promuovere l'uso delle scale con avvisi e telecamere per contare gli accessi, rendere disponibili biciclette aziendali, fare delle convenzioni con i trasporti pubblici) e dell'attività sportiva (convenzioni con piscine e palestre, organizzazione di iniziative sportive aziendali). L'ultima fase sarà quindi quella di monitoraggio e verifica dei risultati in termini di modifiche, sotto il profilo sia comportamentale sia clinico.

### Un'azienda in azione

L'Ausl di Bologna è un'azienda che nel suo territorio comprende nove ospedali e sei distretti, per un totale di 8000 dipendenti. Attualmente diversi degli interventi descritti sono già in atto, primo fra tutti quello sulla ristorazione ospedaliera. Vista la necessità di razionalizzare il servizio nell'am-

bito della nuova azienda sanitaria, si è colta l'occasione per migliorare l'offerta, coinvolgendo attivamente i pazienti, la comunità locale e il personale (almeno 4000 i dipendenti interessati).

Dal 2007 sono state previste infatti iniziative di educazione alimentare, come per esempio i laboratori del gusto, rivolte a pazienti, familiari e operatori. Inoltre è stata rinnovata la trattativa privata del servizio di ristoro mediante distributori automatici, diventata occasione per promuovere l'offerta di scelte dietetiche sane fra i dipendenti e fra gli utenti delle strutture assistenziali. L'obiettivo era invertire la piramide alimentare nei distributori automatici, sostituendo alla base i cibi ricchi di grassi saturi, zuccheri, sale e conservanti con alimenti protettivi per la salute, come frutta e verdura fresca. Per farlo sono stati interpellati gli utenti dei distributori automatici dell'Ausl, per capire le esigenze e le possibilità di successo dell'iniziativa e trarre così indicazioni utili per migliorare la qualità dell'offerta e per scegliere il nuovo fornitore. Attualmente è in corso la sperimentazione della nuova fornitura, che ha coinvolto due ditte di *vending* selezionate in base alla capacità di fornire un'offerta più qualificata e salutare, che collaborano con l'Ausl alla promozione di sani stili di vita attraverso i distributori automatici (locandine, adesivi, bicchieri, brevi video, ecc). Anche in questo caso è prevista, oltre al monitoraggio dei consumi, una valutazione del gradimento da parte dei diretti interessati, mediante la rete intranet aziendale. Inoltre, stanno per essere firmati degli accordi con produttori e commercianti ortofruttricoli locali per favorire il consumo di frutta e verdura fra i dipendenti, grazie a un accesso agevolato all'acquisto di questi prodotti.

Da anni, l'Ausl di Bologna collabora anche con il Centro agroalimen-

tare della città nell'ambito dell'iniziativa "Bussola Verde", che si occupa di educazione alimentare e orientamento ai consumi ortofruttricoli, con particolare attenzione a stagionalità e prezzi.

Riguardo invece alla promozione dell'attività fisica, nel 2006-2007 è partita la campagna "Datti una mossa": questo slogan, nato nel 2006 in occasione della partecipazione al Salone internazionale del naturale (Sana) di Bologna, è presto diventato un tormentone che l'Ausl ha declinato ogniqualvolta si promuova il movimento. Tra le iniziative per promuovere l'attività fisica in ambito aziendale c'è anche la partecipazione dell'Ausl alla sesta edizione della "Unicredit Banca Run Tune Up", con un gruppo di operatori che prenderanno parte alla mezza maratona di Bologna (nel 2006 una rappresentanza aziendale ha persino partecipato alla maratona di New York!). Infine, l'azienda ha attivato il *bike sharing*, l'uso condiviso di biciclette, mentre da alcuni anni ha firmato delle convenzioni con le aziende di trasporto pubblico per facilitare l'uso dei mezzi fra i dipendenti.

Queste iniziative sono passi importanti, ma serve una migliore coordinazione: è proprio quanto si propone questo progetto, grazie alla condivisione con tutte le componenti aziendali interessate e prestando una particolare attenzione ai dipendenti e alle loro rappresentanze. Secondo la rete europea per la promozione della salute nei luoghi di lavoro, è proprio lo scarso coinvolgimento dei diretti interessati nella progettazione a determinare una scarsa adesione. In analogia con quanto si sta già facendo in ambito scolastico, il progetto è un'occasione per realizzare una piattaforma aziendale sul tema della salute, nell'ambito di una piattaforma più ampia ([www.bussolaverde.it](http://www.bussolaverde.it)) che coinvolge complessivamente i lavoratori e loro famiglie. ●

#### l'autrice

**Emilia Guberti**

Sian, Ausl Bologna

[emilia.guberti@ausl.bologna.it](mailto:emilia.guberti@ausl.bologna.it)

# TUTTI IN FORMA SUI BANCHI DI **SCUOLA**

Dossier

**Fabrizio Gallo,  
Maura Ferrari Bravo,  
Concetta Marchello,  
Tullio Torreggiani**

I modelli dietetici appresi nell'infanzia tendono a essere mantenuti fino all'età adulta: chi è obeso da bambino, difficilmente riesce a riacquistare un corretto equilibrio alimentare una volta cresciuto. La scuola può rappresentare quindi un luogo strategico in cui fare prevenzione, soprattutto se si riesce a creare un raccordo con l'ambiente familiare, in un indispensabile sinergismo educativo.

Per valutare la prevalenza di obesità e sovrappeso nei bambini residenti nel proprio territorio di competenza e la correlazione con abitudini alimentari, familiarità e pressione arteriosa, le strutture di Pediatria territoriale e Dietologia della Asl 4 Chiavarese hanno condotto nel 2005 un'indagine conoscitiva sulle abitudini alimentari dei bambini di terza elementare e prima media. Tramite un questionario, sono stati valutati anche parametri come il peso, l'altezza e la pressione arteriosa, sia dei bambini sia dei genitori. Dall'analisi dei dati, non è emerso un legame significativo tra abitudini alimentari ed eccesso di peso. Tuttavia più della metà dei bambini intervistati, sia alle elementari sia alle medie, non consuma frutta fresca tutti i giorni, mangia spesso fuori pasto e fa merenda

**I modelli dietetici appresi da bambini tendono a essere mantenuti anche da adulti: la scuola è quindi un contesto ideale per fare prevenzione in sinergia con la famiglia. Nel 2005 la Asl 4 Chiavarese ha condotto un'indagine fra i bambini di terza elementare e prima media che ha messo in luce non solo il livello di conoscenza sui temi nutrizionali, ma anche le abitudini di vita dei bambini e delle loro famiglie su cui poter intervenire. Un punto di partenza per individuare, insieme alle istituzioni scolastiche, percorsi di provata efficacia, realizzabili all'interno delle singole realtà.**

con merendine confezionate. Alcune abitudini indicano inoltre un certo peggioramento con il passaggio alla scuola media: aumenta infatti la quota di bambini che sta davanti al video per più di due ore (dal 34 al 42%) e che non fa colazione al mattino (dal 20 al 29%). Per quanto riguarda il movimento, se da una parte sono di più i bambini che fanno sport (dal 70% delle elementari al 77% delle medie), rimangono ancora molti quelli che dichiarano di mangiare guardando la televisione.

#### **Chi mal comincia...**

Partendo da 849 bambini di terza elementare intervistati (età media

8,4 anni), sono stati utilizzati 817 questionari completi per i parametri di età, peso e altezza. Questi i dati medi di peso e altezza nei due sessi:

- ▶ femmine (365): altezza 132 cm ( $\pm$  6,3), peso 31,7 kg ( $\pm$  7,1)
- ▶ maschi (452): altezza 133 cm ( $\pm$  6,4), peso 32,1 kg ( $\pm$  6,9).

La tabella riporta la classifica dei bambini obesi o in sovrappeso. I dati sono stati comparati con quelli di uno studio analogo condotto dai Centers for Disease Control and Prevention statunitensi tra il 1988 e il 1994. Nella fascia d'età tra i 6 e gli 8 anni, i bambini della nostra Asl sono risultati più in sovrappeso di quelli americani:

bambini di terza elementare				
	totali	normopeso o sottopeso	sovrappeso	obesi
maschi	452	67,70% (±5,24)	23,50% (±8,07)	8,80% (±8,78)
femmine	365	63,60% (±6,19)	26,00% (±8,82)	10,40% (±9,71)
totali	817	65,90% (±4,01)	24,60% (±5,95)	9,50% (±6,51)
bambini di prima media				
maschi	365	65,80% (±6,00)	25,20% (±8,07)	9,00% (±9,76)
femmine	353	75,60% (±5,15)	19,50% (±9,35)	4,80% (±10,16)
totali	719	70,50% (±3,97)	22,40% (±6,44)	7,00% (±7,07)

Tabella

Distribuzione del peso fra i bambini intervistati (in parentesi è indicato l'intervallo di confidenza al 95%)

23,5% per i maschi (contro il 18,3%) e 26% per le femmine (contro il 22,7), per quanto la differenza non risulti significativa rispetto all'intervallo di confidenza. Lo stesso lavoro riporta anche la prevalenza dell'obesità, che è risultata del 7,7% per i maschi e del 7,8% per le femmine, con uno scarto in eccesso non significativo per i nostri bambini.

Un altro aspetto interessante riguarda le famiglie dei bambini: i genitori con un peso normale sono il 42% fra i bambini normopeso, il 34% fra quelli sovrappeso e soltanto l'11% fra gli obesi, a sostegno dell'ipotesi che una condizione di obesità o sovrappeso fra i genitori possa rappresentare un fattore di rischio per i figli. È stato calcolato che fra i bambini di terza elementare il rischio cresce del 67% se un genitore è obeso o in sovrappeso e addirittura del 200% se lo sono entrambi.

Anche la valutazione della pressione arteriosa, pur non assumendo valori patologici dal punto di vista medico, ha mostrato valori medi significativamente diversi fra normopeso e obesi o in sovrappeso (rispettivamente, pressione sistolica 96,9 contro 101,1 mmHg, pressione diastolica 56,3 contro 57,9 mmHg).

#### La situazione alle medie

Passando invece ai bambini di prima media (età media 11,5 anni), di 803 questionari compilati, ne sono stati utilizzati 719 per definire età, peso e altezza:

- ▶ femmine (353): altezza 151 cm (± 7,3), peso 44,9 kg (± 10,6)
- ▶ maschi (452): altezza 150 cm (± 7,1), peso 46,3 kg (± 11,0).

Il confronto con le prevalenze riportate nello studio dei Cdc fra i bambini di 9-11 anni mostra valori sovrapponibili per il sovrappeso nei maschi in entrambe le popolazioni, mentre per le femmine i valori sono più alti fra le bambine americane (26,4 contro 19,5%), ma la differenza non è significativa. La prevalenza dell'obesità è leggermente più bassa fra i maschi americani (6,6 contro 9,0%), viceversa per quanto riguarda le

femmine (8,8 contro 4,80%). Queste differenze vanno ricondotte, oltre che a un diverso anno di osservazione, anche alle diverse fasce di età analizzate e confrontate. Anche in questo caso è stata valutata la forma fisica dei genitori dei bambini intervistati: la percentuale dei genitori normopeso è stata del 46% fra i bambini normali, del 29% fra quelli sovrappeso e del 6% fra quelli obesi. Fra i bambini di prima media, il rischio di eccesso ponderale cresce del 116% se un genitore è obeso o in sovrappeso e del 328% se lo sono entrambi. I valori medi di pressione arteriosa hanno mostrato differenze significative in base al peso: 106,4 contro 114,2 mmHg per quanto riguarda la pressione sistolica, 62,5 contro 67,4 mmHg per quanto riguarda invece la pressione diastolica.

Grazie a questa indagine è stato possibile anche mettere in luce sia il livello di conoscenza sui temi nutrizionali, sia le abitudini di vita suscettibili di interventi di informazione e prevenzione della popolazione target. Un punto di partenza per un programma di collaborazione con le istituzioni scolastiche, attraverso i loro referenti per la salute, per individuare percorsi di provata efficacia, realizzabili all'interno delle singole realtà. ●

#### gli autori

**Fabrizio Gallo,**  
**Maura Ferrari Bravo,**  
**Concetta Marchello,**  
**Tullio Torreggiani**  
 Asl 4 Chiavarese  
 fgallo@asl4.liguria.it

## QUANDO IL **DIALOGO** AIUTA LA PREVENZIONE

Dossier

Savino Anelli,  
Giuseppina Civitano

**N**elle società industrializzate l'obesità infantile si sta diffondendo con le caratteristiche di un'epidemia e i connotati di una patologia. Se nei primi anni Cinquanta i bambini italiani obesi erano meno del 2%, oggi sono l'11% e salgono addirittura al 35% se si considerano cumulativamente sovrappeso e obesità. Tuttavia, nonostante la prevenzione dell'obesità infantile sia ampiamente riconosciuta come una priorità per la sanità pubblica, gli interventi di provata efficacia disponibili e condivisi sono piuttosto scarsi. Secondo una review della Cochrane del 2005 ("Interventions for preventing obesity in children") che ha preso in considerazione una serie di trattamenti di prevenzione primaria dell'obesità in età pediatrica, sull'argomento «ci sono pochi dati di qualità [...] e non sono possibili conclusioni generali, ciononostante l'attenzione alle strategie che incoraggino la riduzione della sedentarietà e l'aumento dell'attività fisica, può dare buoni frutti».

I programmi di prevenzione e di contrasto all'obesità non possono prescindere da due concetti chiave: da una parte la promozione dell'attività fisica e di una sana alimentazione (tesa soprattutto a

**Per fare una prevenzione dell'obesità efficace è fondamentale motivare gli individui a fare scelte salutari e a essere quindi i protagonisti diretti della propria salute. In questo senso, il counselling nutrizionale è ormai riconosciuto come uno strumento molto efficace, soprattutto a lungo termine. Agli operatori e ai medici che si occupano di persone obese o in sovrappeso sono quindi richieste delle competenze comunicative particolari, per aiutarle, attraverso il dialogo e l'interazione, non solo a risolvere e gestire problemi, ma anche a prendere decisioni.**

rafforzare l'autostima piuttosto che a perdere peso o raggiungere il peso ideale), dall'altra il reale coinvolgimento di tutti gli interessati (ragazzi, genitori, nonni, insegnanti, leader del gruppo). Ogni intervento deve avere un approccio tarato sulle necessità del ragazzo (età, sesso, etnia) e deve realizzarsi in modo creativo, utilizzando le risorse disponibili e gli "input relazionali" che si raccolgono nell'ascolto attivo.

### **Alla ricerca del meglio**

Non esiste un protocollo validato per la prevenzione dell'obesità. Secondo la Strategia globale su dieta, attività fisica e salute del-

l'Oms, gli interventi devono essere specifici, coordinati, multidisciplinari, continuativi, partendo dall'informazione e dalla formazione. Ma occorre anche che gli individui siano motivati in prima persona a fare scelte salutari e questo si ottiene soltanto tramite metodologie mirate a una ristrutturazione cognitivo-comportamentale nell'età adulta e a un modellamento positivo dei credi e delle abitudini in età pediatrica. Un grosso supporto alla programmazione può venire dalle review sistematiche degli interventi effettuati, pubblicate da società scientifiche internazionali e dall'Oms. A questo proposito, una recente meta-analisi condotta su 46 trial randomizzati e controllati

**UNO SGUARDO SUL COUNSELLING**

*Secondo la definizione dell'Oms (1989), il counselling è un processo che, attraverso il dialogo e l'interazione, aiuta le persone a risolvere e gestire problemi e a prendere decisioni. I soggetti coinvolti sono da una parte il "cliente", ovvero colui che sente il bisogno di essere aiutato, dall'altra il "counselor", una persona esperta, imparziale, non legata al cliente e addestrata all'ascolto, al supporto e alla guida. Il counselling può avere molteplici scopi: fornire informazioni, facilitare la soluzione di problemi, facilitare la presa di decisioni, fornire un supporto nella crisi. Agli operatori della prevenzione non è richiesta la stessa formazione del counselor professionale, ma almeno un percorso formativo che fornisca alcune competenze di base come valore aggiunto della propria professionalità. In questo modo è possibile superare le difficoltà di una comuni-*

*cazione improvvisata, attraverso quella che l'Oms definisce «l'attivazione delle risorse personali interne ed esterne, formali e informali nel pieno rispetto dei valori della persona e delle sue capacità di autodeterminazione». Le competenze di base del counselling sono: chiarezza sullo scopo dell'intervento; conoscenza della specificità dell'intervento strutturato in fasi; focalizzazione sul problema emergente della persona e sull'obiettivo condiviso; acquisizione di abilità e strategie comunicative e relazionali essenziali (ascolto attivo, empatia, autoconsapevolezza); ascolto e consapevolezza delle proprie caratteristiche personali favorevoli o ostacolanti il processo comunicativo; integrazione con le competenze tecnico-scientifiche specifiche del ruolo svolto; potenziamento delle capacità di lavorare in equipe e in rete.*

ha dimostrato come, all'interno dei programmi di prevenzione dell'obesità, il counselling nutrizionale sia uno strumento importante, specialmente nel lungo periodo. La comunicazione, si riconferma quindi una risorsa fondamentale per la prevenzione e la promozione della salute e, più in generale, per il raggiungimento degli obiettivi di sanità pubblica. Senza la partecipazione consapevole al proprio stato non può esserci il passaggio dal disagio al benessere, dove "benessere" non significa solo "non stare male", ma essere protagonisti e responsabili della propria salute. Per modificare stili di vita a rischio, e fare in modo che vengano scelti

conservati quelli più salutari, è fondamentale il riconoscimento di capacità e risorse personali. Il *management* dell'individuo obeso o in sovrappeso richiede quindi un valore aggiunto alla professionalità sia di chi opera in campo preventivo, sia del clinico.

**Counselling e obesità**

Il processo di counselling utilizzabile nella prevenzione dell'obesità si può definire integrato, perché considera come unità olistica la persona, favorisce l'integrazione e la mobilitazione delle risorse, personali e non, si avvale di più figure professionali e si rivolge non soltanto all'individuo, ma anche alla sua famiglia e altre persone significative. Si utilizza l'intervento di comunità affiancato al counselling individuale. L'intervento di comunità è un'offerta attiva di salute che cerca di far emergere un eventuale bisogno a livello di consapevolezza: non si lavora ancora sul cambiamento, ma sull'accoglienza del problema, sull'ascolto e, se possibile, su un iniziale passaggio di

informazioni. Gli operatori coinvolti sono i professionisti del Sian, i medici di medicina generale e i pediatri, mentre il contesto è la scuola, dove è possibile realizzare i primi incontri di gruppo. Il counselling individuale è invece una richiesta di aiuto nel contesto dell'ambulatorio di counselling nutrizionale, dove Sian e clinici operano in modo integrato, per condividere la metodologia e lavorare in equipe. Per contrastare l'alta prevalenza di obesità (una delle più alte del Paese) e ridurre il rischio di complicanze, la direzione strategica dell'Asl di Bari ha promosso l'attività di offerta attiva di salute nelle scuole e ha attivato, presso il presidio ospedaliero di Gravina di Puglia, un ambulatorio di dietetica preventiva e di counselling nutrizionale. Gli operatori coinvolti, tutti volontari, sono un igienista formato in counselling, una counselor, una dietista, una biologa-nutrizionista, una laureata in scienze motorie. La prima verifica dell'efficacia dei trattamenti di prevenzione dell'obesità è prevista per il marzo del 2008. ●

**gli autori**

**Savino Anelli**  
struttura di Igiene  
della nutrizione, Asl Bari  
*riccardo.anelli@libero.it*

**Giuseppina Civitano**  
counselor  
*pia.civitano@virgilio.it*

# NELLE MARCHE, BAMBINI SOTTO SORVEGLIANZA

Dossier

Giordano Giostra

**L'**eccesso di peso è la vera epidemia dei nostri tempi. I cambiamenti ambientali e sociali degli ultimi decenni, l'adozione di uno stile di vita sedentario e di una dieta a base di alimenti ipercalorici hanno portato alla diffusione dell'obesità in fasce sempre più ampie della popolazione.

Viste le difficoltà nel trattare questi quadri clinici e in linea con le conclusioni a cui si è giunti a livello internazionale, la Regione Marche ha scelto di investire nella prevenzione. Inizialmente si è concentrata sull'obesità infantile, avviando un progetto regionale di sorveglianza nutrizionale e di educazione alla corretta alimentazione a scuola. L'intervento si è svolto nel corso dell'anno scolastico 2004-2005 e si è rivolto alle scuole dell'infanzia e del primo ciclo (primarie e secondarie di primo grado), in particolare ai bambini delle classi di 5, 9 e 12 anni di età. Affidato ai Servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione, il progetto è stato in seguito ripreso e aggiornato nel contesto del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007.

Quello che serviva era un sistema operativo di intervento condiviso e coerente. Il primo passo è stato creare, in ambito regionale, un

**Di fronte a quella che ormai appare come una vera e propria epidemia, la Regione Marche ha scelto di investire nella prevenzione dell'obesità con un progetto di sorveglianza nutrizionale e di educazione alla corretta alimentazione a scuola. Affidato ai Servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione, l'intervento si è svolto nel corso dell'anno scolastico 2004-2005 e si è rivolto alle scuole dell'infanzia e del primo ciclo. Con il coinvolgimento di circa 8500 famiglie, la sorveglianza nutrizionale marchigiana è un'esperienza del tutto unica in Italia.**

modello di rilevazione dei dati omogeneo, attendibile e comparabile dal punto di vista metodologico. Successivamente, per conoscere le abitudini alimentari della nostra popolazione, siamo ricorsi a dei questionari ampi e in grado di fornire dati omogenei e comparabili su base regionale. Si è quindi avvertita l'esigenza di attuare interventi di educazione alla salute per promuovere corrette abitudini alimentari, in sintonia con insegnanti, famiglie e personale addetto alle mense scolastiche. Parallelamente, si è definito un sistema informatizzato che consentisse di inserire, elaborare e analizzare i dati acquisiti, istituendo così una banca dati informatica regionale.

Nelle Marche i Sian sono presenti in tutte le 13 Zone Territoriali dell'Azienda sanitaria unica regionale, per quanto con livelli organizzativi differenziati.

Passare dagli intenti alle azioni è stato uno stimolo potente, che ha confermato l'evoluzione mentale e operativa in atto all'interno di questi servizi, nell'ambito sia della sicurezza alimentare sia dell'igiene nutrizionale.

## Risultati incoraggianti

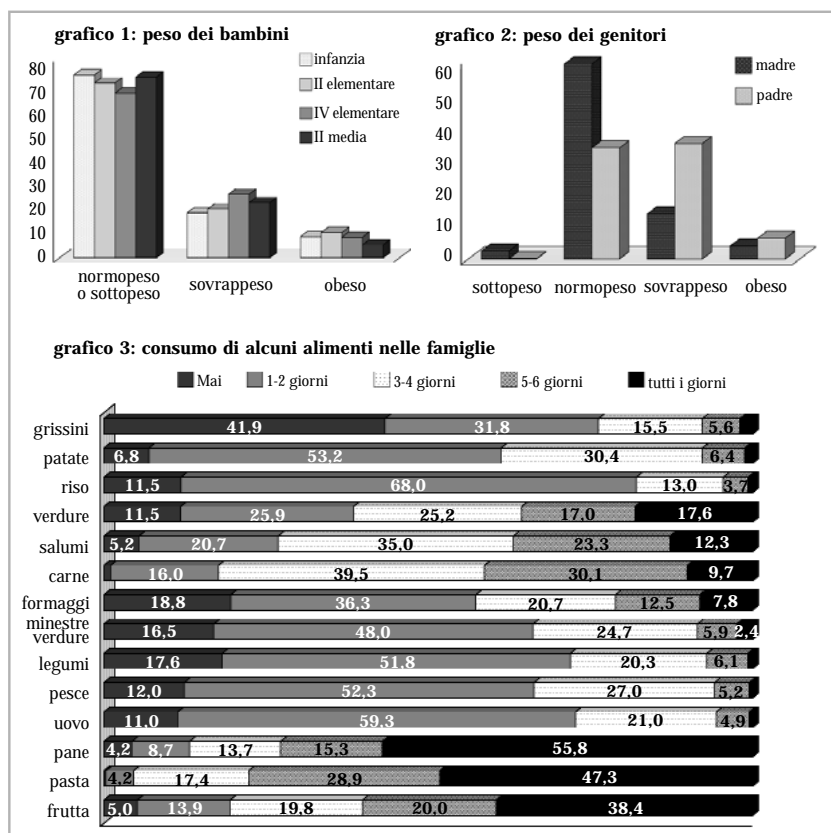
Aver agito su quattro età target, con il coinvolgimento formale di 2190 ragazzi e rispettive famiglie, ma con adesioni per circa 8500 nuclei familiari, ha reso la sorve-

gianza nutrizionale marchigiana del tutto peculiare rispetto alle analoghe esperienze attuate dai Sian in Italia.

Il grafico 1 mostra la distribuzione del peso nei ragazzi intervistati: il picco del sovrappeso (25,6%) si osserva all'età di 9 anni e lo stesso vale analizzando i dati per sesso. Nel caso dell'obesità, il picco (10,3%) è a 7 anni, ma se si fa una distinzione per sesso le cose cambiano: nei maschi rimane a 7 anni (10,7%), mentre nelle femmine è a 5 anni.

Molto interessanti sono anche i dati che riguardano i genitori. Come mostra il grafico 2, sono soprattutto i papà a eccedere con il peso (41,4% sono in sovrappeso e 7,5% obesi, contro rispettivamente il 16,2 e il 4,7% delle mamme). Quanto alla provenienza geografica, a grande maggioranza dei papà (71,5%) e delle mamme (69,8%) è risultata essere di origine marchigiana. Anche grado di istruzione e professione dei genitori sono fattori importanti che possono influire sulle abitudini alimentari di una famiglia (vedi grafico 3 per il dettaglio degli alimenti consumati): la maggior parte dei genitori intervistati possiede un diploma di scuola media superiore (47,2% delle mamme e 40,1% dei papà) o la licenza media (37,8% dei papà e 36% delle mamme), mentre le professioni più frequenti sono state quelle di "operaio, commesso, agricoltore o altro dipendente" fra i padri (30,6%) e "impiegato, tecnico, insegnante, infermiere" fra le mamme (28,4%).

Un pasto su cui ci si è concentrati nei questionari è stata la prima colazione: la maggior parte (86,3%) degli alunni di quarta elementare ha dichiarato di farla tutti i giorni (72,5%) o quasi tutti i giorni (13,8%). Un po' preoccupante, invece, il fatto che il 5,7% dei ragazzi abbia dichiarato di non fare mai la colazione. Inoltre, nella maggior parte dei casi



I risultati completi dell'indagine sono consultabili all'indirizzo [www.veterinariaalimenti.marche.it/viewdoc.asp?CO\\_ID=542&tree=655](http://www.veterinariaalimenti.marche.it/viewdoc.asp?CO_ID=542&tree=655)

(97,1%) la prima colazione viene consumata a casa, in un tempo giusto (da 5 a 10 minuti per il 55% dei ragazzi e oltre i 10 minuti per il 14,8%). Per quanto riguarda infine l'attività fisica, il 48,7% degli intervistati ha dichiarato di praticarla per tutto l'anno: questo naturalmente non significa che l'esercizio abbia cadenza quotidiana, ma quantomeno rappresenta un impegno ricorrente nel corso di tutto l'anno.

zione costante, le diverse velocità di azione seguite dai vari Sian, le particolarità emerse a livello locale. Anche le famiglie hanno creato qualche problema: per esempio, in alcuni casi i genitori non hanno autorizzato gli operatori a effettuare le misurazioni antropometriche sui loro figli.

Pur in una logica di pionierismo, il risultato finale è stato comunque appagante. ●

**Uno sguardo al futuro**

I punti più critici sono stati il coinvolgimento attivo dei docenti, la creazione di una rete di comunica-

**l'autore**

**Giordano Giostra**  
Sian, Asur Marche  
[GiostraG@asurzona7.marche.it](mailto:GiostraG@asurzona7.marche.it)



# QUANDO LA MERENDINA DIVENTA BUSINESS

Dossier

Margherita Caroli

Che cos'è che ci fa decidere cosa mangiare? Alla base delle abitudini alimentari ci sono certamente dei fattori biologici, prima fra tutti la tendenza a scegliere cibi dolci e rifiutare quelli amari. Anche l'ambiente, inteso nel senso più ampio, può determinare che cosa mettiamo in tavola: a contribuire a quello che viene definito il valore edonico di un prodotto ci sono infatti, oltre alla disponibilità degli alimenti, anche altri elementi come il coinvolgimento di personaggi leader, la creazione di un contesto positivo attorno a un certo alimento e la frequenza con cui viene offerto.

Nei Paesi ricchi, l'assunzione di cibo è influenzata soprattutto dagli stimoli ambientali: l'industria alimentare è una delle più ricche a livello internazionale ed è in grado di sfruttare i mass media per promuovere specifici comportamenti da parte dei consumatori. La definizione ufficiale di mass media è "mezzi organizzati di diffusione di informazione, opinione, intrattenimento, specificamente concepiti e designati a raggiungere un larghissimo pubblico, come la popolazione di uno stato, con speciali caratteristiche, soprattutto l'atomizzazione o la mancanza di connessioni sociali,

Nei Paesi industrializzati la scelta del cibo è anche una questione di marketing. La richiesta del consumatore, la frequenza di acquisto o la fedeltà a un marchio di un alimento o di una bevanda non sono dettate dal caso, ma sono il risultato di complesse strategie comunicative. Target d'eccezione sono bambini e adolescenti, molto sensibili a quanto prospettano gli spot televisivi o i siti web, ma anche influenzati da quanto offrono i distributori automatici nei corridoi di scuola. Da qui l'urgenza di una legislazione specifica che limiti e regoli il marketing alimentare diretto ai minori.

che la rende suscettibile all'influenza di mezzi moderni di comunicazione come le tecniche di pubblicità".

La questione diventa particolarmente delicata quando i mass media si rivolgono ai minori per promuovere l'acquisto di un certo prodotto. Marketing in altre parole, ovvero "un processo in cui numerose strategie vengono utilizzate per stimolare la richiesta del consumatore, promuovere la frequenza dell'acquisto, costruire la conoscenza e la fedeltà al marchio e incoraggiare clienti potenziali o già esistenti a promuovere nuovi alimenti e bevande. Il marketing è una funzione organizzata con un set di processi per creare, comunicare e consegnare

valori ai clienti e per manipolare la relazione con gli stessi in modo da creare benefici all'organizzazione e ai suoi attori principali". Quando però si rivolgono ai minori, che non possiedono ancora un'indipendenza di pensiero e giudizio, queste azioni possono avere risultati molto negativi per la salute.

## Potere della pubblicità

In campo alimentare il marketing può essere più o meno diretto: si va dai "consigli per gli acquisti", spot pubblicitari in cui i prodotti sono chiaramente visibili, a contesti meno evidenti, al di fuori degli spazi pubblicitari ufficiali. Per

esempio, nelle trasmissioni televisive i personaggi mangiano in genere snack vari e bevono bevande gasate o zuccherate, spesso tutti chiaramente riconoscibili con inquadrature ravvicinate. Inoltre, il cibo è mostrato come ricompensa psicologica a situazioni stressanti di vario tipo. Questo tipo di utilizzo e di collocazione spazio-temporale del cibo obbedisce a forti regole di mercato: far comparire un determinato prodotto durante un programma, infatti, costa molto meno rispetto all'acquisto di uno spazio pubblicitario tradizionale. Non solo, è anche più efficace, poiché non può essere omesso dalla registrazione del programma, né lo spettatore può cambiare canale ogniqualvolta vede un determinato prodotto in scena, come accade invece con gli intervalli pubblicitari. In questo modo il pubblico riceve quindi una rappresentazione errata di quello che è una corretta alimentazione e viene invitato a mangiare troppo e a consumare soprattutto *junk food*, o "cibo spazzatura".

Nonostante i numerosi riferimenti al cibo, nei programmi televisivi i personaggi sono generalmente magri. E magro e alto quasi sempre significa eroe positivo, mentre grasso, nella migliore delle ipotesi, significa buffo. Infatti, i pochi soggetti obesi presenti in televisione sono descritti come brutti, ridicoli e con altre caratteristiche negative. I magri, invece, sono sempre personaggi di successo e in buona salute, nonostante abbiano abitudini alimentari assolutamente scorrette. In altre parole, si crea una dissociazione tra l'assunzione eccessiva di cibo e l'aumento di peso.

Negli ultimi trent'anni, con l'aumento della prevalenza dell'obesità infantile e delle ore passate dai bambini davanti alla televisione, anche il numero degli spot pubblicitari diretti ai bambini è aumentato in maniera esponenziale, a conferma del notevole po-

tere economico ormai raggiunto da bambini e adolescenti.

Negli Stati Uniti, per esempio, il numero di spot trasmessi annualmente è raddoppiato tra gli anni Settanta e gli anni Novanta, passando da 22 mila a 40 mila. In Italia, i dati della Società italiana di pediatria relativi al 2000 parlano di 25 mila spot all'anno, ma si tratta comunque di una cifra in crescita.

Sia negli Stati Uniti sia in molti Paesi europei, durante i programmi per bambini gli spot più frequenti sono quelli che riguardano il cibo, soprattutto *junk food* come patatine, merendine, biscotti, bevande varie, oppure ristoranti fast food. In perfetto accordo con le regole della grammatica dell'educazione alimentare, secondo cui l'esposizione frequente a specifici alimenti ne incrementa il gradimento. Questo scenario ha notevoli conseguenze, positive per le industrie e negative per le scelte alimentari e lo stato nutrizionale dei bambini.

### Strategie di successo

Le strategie per influenzare le scelte alimentari sono molteplici. Per esempio, fra i bambini fra i 3 e gli 11 anni, maggiore è il numero di spot alimentari visti, maggiori i tentativi di influenzare l'acquisto di quegli alimenti da parte dei genitori al supermercato. Nelle famiglie che hanno il televisore acceso durante i pasti i bambini hanno peggiori abitudini alimentari, viceversa dove il televisore rimane spento i bambini assumono più verdura e frutta e mangiano generalmente meglio.

Ancora, alcuni esperimenti effettuati in bambini fra i 2 e i 6 anni hanno mostrato come bastino anche spot di trenta secondi per far sì che dichiarino una preferenza più spiccata per l'alimento pubblicizzato. Inoltre, la preferenza e la richiesta d'acquisto raddoppia-

no se lo stesso spot viene trasmesso due volte nello stesso intervallo pubblicitario.

La struttura degli spot alimentari applica le migliori metodologie di comunicazione per aumentare il valore edonico dell'alimento pubblicizzato, e quindi il suo acquisto da parte del pubblico bersaglio. I valori sociali in cui l'alimento pubblicizzato è inserito sono sempre positivi: famiglia per i bambini piccoli, amicizia e amore per gli adolescenti.

A seconda del target, poi, cambiano i protagonisti degli spot: personaggi dei cartoni animati se ci si rivolge ai bambini, per suggerire quanto sia speciale l'alimento pubblicizzato, attori del mondo della moda, della musica e dello sport nel caso degli adolescenti, a ribadire come il consumo di quel determinato alimento sia una garanzia di successo, amore e bellezza. Un'altra strategia efficace, utilizzata da uno ogni sei fra gli spot rivolti ai bambini, è quella di offrire premi, giocattoli o piccole collezioni che non è possibile ottenere attraverso i normali canali di vendita e che aumentano così il desiderio per l'alimento pubblicizzato.

Nel caso dei prodotti indirizzati ai più piccoli, acquistati quindi dai genitori, l'espressione più frequente è un generico, ma comprensibilissimo, "è buono", a cui fa seguito, con un linguaggio rassicurante e "professionale", la declinazione delle caratteristiche nutrizionali dell'alimento, a uso del genitore ("è ricco di calcio e di proteine", oppure "è nutriente"). Si raggiunge così un perfetto connubio fra bontà e naturalezza,

### L'autrice

**Margherita Caroli**  
Sian, dipartimento  
di Prevenzione Asl Brindisi  
[mcaroli@libero.it](mailto:mcaroli@libero.it)

proprietà nutritive e gusto, che rende tutto più facile e tutti più felici. L'eventuale richiesta d'acquisto del prodotto da parte del bambino viene non solo approvata, ma addirittura preceduta da parte del genitore, convinto di comprare prodotti quasi indispensabili per la crescita del proprio figlio. Quando invece i prodotti sono destinati agli adolescenti, e quindi acquistati direttamente dagli interessati, in genere viene sottolineata la "leggerezza" e il basso contenuto calorico o, talvolta, l'approvazione sociale sul consumo di quel prodotto, specialmente da parte dei coetanei.

#### **Fare ordine**

È chiaro che questo mercato deve essere oggetto di una legislazione chiara e forte. Nel 1989, l'Unione Europea ha emanato una legge che regola la pubblicità diretta ai bambini come parte del documento "Televisione senza frontiere" (Direttiva 89/552/EEC). Tra i punti principali c'è il fatto che all'interno di qualsiasi programma, inclusi quelli per bambini, gli spot non devono durare più di 12 minuti per ora: una limitazione spesso disattesa, soprattutto durante i cartoni animati. Inoltre, gli spot devono essere facilmente di-

stinguibili dal programma, quando invece spesso contengono gli stessi personaggi dei programmi per bambini.

Per quanto riguarda poi l'esortazione all'acquisto vera e propria, le pubblicità non devono stimolare direttamente i minori a comprare prodotti, sfruttando la loro inesperienza, né spingerli a persuadere i genitori in proposito. Infine, gli spot non devono sfruttare la fiducia particolare che i minori ripongono nei genitori o in altre figure di riferimento: tuttavia spesso sono pieni di mamme o di personaggi sportivi che rassicurano e spingono i bambini all'acquisto e al consumo di determinati prodotti.

Il problema più grave, però, è che le sanzioni per chi non rispetta il codice sono lente ed economicamente blande. Un controllo efficace sulla pubblicità diretta ai bambini, che elimini gli spot dai programmi a loro dedicati, potrebbe invece essere un'arma importante nella lotta all'obesità infantile, come dimostrano i dati di quei pochi Paesi europei che hanno regolato efficacemente la pubblicità.

#### **Il ruolo della scuola**

La televisione, comunque, non è l'unico canale di marketing ali-

mentare diretto a bambini e adolescenti. Per esempio, i siti web di molte industrie alimentari attirano i bambini con giochi interattivi che talvolta pretendono addirittura di fare educazione alimentare, mentre l'invio di un messaggio contenente il codice di un prodotto già acquistato permette di ricevere in premio una suoneria per il cellulare o un gioco virtuale. In generale, la rete è piena di isole etichettate dove bambini e adolescenti possono chattare, giocare o ascoltare musica gratuitamente, creando così una fedeltà al marchio duratura.

Il marketing alimentare diretto ai minori è molto presente anche a scuola, grazie ai distributori automatici di alimenti preconfezionati. Nei contratti con le società che producono i distributori è previsto un piccolo supporto economico alla scuola, che però ha a suo carico le spese di elettricità e di smaltimento dei rifiuti, senza poter intervenire nella scelta dei prodotti in vendita.

Il costo dei prodotti è piuttosto basso e il distributore viene rifornito con una frequenza che può essere da giornaliera a bisettimanale. Al termine dei 150 giorni scolastici, il ricavo di un solo distributore può andare da 7 mila a 12 mila euro. Secondo la Confida, società che riunisce le ditte dei distributori, in Italia «non ci sono distributori di alimenti nelle scuole primarie in locali privi del controllo degli adulti».

Per quanto non sia scorretta, quest'affermazione non corrisponde del tutto alla realtà.

Nelle scuole dell'obbligo, infatti, i distributori si trovano perlopiù nei corridoi, negli ingressi o comunque negli spazi comuni, tutti luoghi teoricamente controllati dagli adulti. Tuttavia, anche per ragioni di "educazione alla vita", gli adulti non possono agire costantemente da sceriffi e fermare ogni bambino che si avvicini al distributore.



La presenza di queste macchine costituisce una tentazione continua, che non solo provoca frequenti interruzioni delle attività scolastiche, ma che soprattutto scarica la responsabilità dell'acquisto sui bambini.

Il danno maggiore, però, è la presenza stessa del distributore nel luogo a cui viene riconosciuto il ruolo educativo per eccellenza, che costituisce così un avallo dell'adeguatezza dei prodotti commercializzati.

Anche la scuola può quindi diventare un luogo a rischio di diseducazione alimentare, a causa di un pesante marketing alimentare che talvolta spaccia anche come intervento educativo i programmi di attività fisica proposti da industrie alimentari.

Alla luce di questo scenario, diventa sempre più urgente un'azione da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità, insieme alle società scientifiche internazionali che si occupano di obesità e alle organizzazioni dei consumatori, per ottenere dai diversi Paesi una legislazione specifica che limiti il marketing alimentare diretto ai bambini. ●

#### RISORSE

- ▷ L. Birch et al, "The influence of social-affective context on the formation of children's food preferences". *Child Devel* 1980; 51: 856-861.
- ▷ K. Kotz, M. Story, "Food advertisements during children's Saturday morning television programming: are they consistent with dietary recommendations?". *J Am Diet Ass*, 1994; 94: 1296-1300.
- ▷ D. Kunkel, W. Gantz, "Children's television advertising in the multi channel environment". *J Commun*, 1992; 3: 134-152.
- ▷ N. Wilson et al, "Food ads on TV: a health hazard for children?". *J Public Health*, 1999; 23: 647-50.
- ▷ M. Gamble, N. Cotugna, "A quarter century of TV food advertising targeted to children". *Am J Health Behav*, 1999; 23: 261-267.
- ▷ J. Galts, M. White, "The unhealthy persuader: the reinforcing value of television and children's purchase-influencing attempts at the supermarket". *Child Dev*, 1976; 47: 1089-1096.
- ▷ K. Coon et al, "Relationships between use of television during meals and children's food consumption patterns". *Pediatrics*, 2001; 107: E7.
- ▷ D. Borzekowski, T. Robinson, "The 30-second effect: an experiment revealing the impact of television commercials on food preferences of preschoolers". *J Am Diet Assoc*, 2001; 101: 42-46.
- ▷ D. Binfield, I. Tokelove, "Food companies snare children in their webs". *Food Magazine*, 2005; 70 (1): 6-7.
- ▷ Organizzazione mondiale della sanità, "Marketing of food and non-alcoholic beverages to children", 2006, [www.who.int/dietphysicalactivity/publications/Oslo%20meeting%20layout%2027%20NOVEMBER.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/Oslo%20meeting%20layout%2027%20NOVEMBER.pdf)

*Rubrica di sanità pubblica internazionale a cura di Patrizia Parodi e Maria Paola Di Martino, della Direzione generale per i rapporti con l'Unione Europea e i rapporti internazionali del ministero della Salute*

### Dall'Oms, una nuova strategia contro le malattie della **povertà**

**Liberamente tratto da** [www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr33/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr33/en/index.html)

Rafforzare ed espandere la ricerca mirata alla prevenzione e al controllo delle malattie infettive della povertà: è questo l'obiettivo della strategia recentemente adottata dal Programma speciale per la ricerca e la formazione in malattie tropicali dell'Organizzazione mondiale della sanità. Il nuovo piano si incentra su alcune malattie emergenti nei Paesi in via di sviluppo, tra cui per esempio le coinfezioni da Hiv e tubercolosi. Inoltre, nei prossimi dieci anni il pro-

gramma cercherà di migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria per i poveri e per le popolazioni più isolate e di sostenere la ricerca e le politiche sanitarie nei Paesi in cui queste malattie rappresentano un'emergenza di salute pubblica. Negli ultimi trent'anni, questo programma ha sponsorizzato la ricerca su lebbra, oncocercosi, malattia di Chagas, filariosi linfatica e leishmaniosi viscerale: cinque malattie tropicali dimenticate, che in passato hanno procurato

ogni anno morte o disabilità a milioni di persone e che oggi sono in fase di eradicazione. Negli anni Novanta, inoltre, il programma ha avviato e sponsorizzato il primo studio su larga scala sulle zanzariere impregnate di insetticida, dimostrando il valore salvavita nel controllo della malaria. Nello stesso periodo è stato creato anche un modello per il trattamento dell'oncocercosi con ivermectina, che si è rivelato molto efficace per il controllo dell'infezione nelle remote comu-

nità rurali africane, dove non esistono medici o centri di assistenza sanitaria, e che oggi è utilizzato in Africa da sessanta milioni di persone. Infine, il programma sostiene gli scienziati africani a valutare l'utilizzo comunitario di altri interventi di assistenza sanitaria di base, come l'uso di zanzariere impregnate di insetticida, il trattamento domiciliare della malaria, la diagnosi e il trattamento della tubercolosi, l'integrazione alimentare con la vitamina A. ●

### Obiettivi del **Millennio**, obiettivi **di tutti**

**Liberamente tratto da** [www.unicef.org/policyanalysis/index\\_40157.html](http://www.unicef.org/policyanalysis/index_40157.html)

Quanto fatto finora non basta: per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio serve immediatamente un'azione più concertata, che dovrebbe essere mantenuta almeno fino al 2015. È quanto emerge dal rapporto delle Nazioni Unite in proposito, che evidenzia, fra l'altro, che oggi sono ancora 980 milioni le persone che vivono con meno di un dollaro al giorno e che l'Africa subsahariana, in particolare, non è ancora avviata a raggiungere nes-

suno degli obiettivi. Occorre mettere insieme una forte leadership governativa, buone politiche, strategie pratiche per aumentare gli investimenti pubblici in aree vitali, ma anche un adeguato sostegno finanziario e tecnico da parte della comunità internazionale: solo cinque Paesi donatori, infatti, hanno raggiunto o superato l'obiettivo delle Nazioni Unite di destinare lo 0,7 per cento del Pil per il sostegno ai Paesi in via di

sviluppo. Il rapporto ribadisce inoltre che raggiungere gli Obiettivi del Millennio è una responsabilità non solo dei governi, ma anche di ogni segmento della società: una delle loro caratteristiche, infatti, è la loro interconnessione e capacità di rivolgersi alle cause che stanno alla base della povertà e delle disuguaglianze. Dare maggior potere alle donne, per esempio, non è so-

lo un obiettivo di per sé, ma gioca anche un ruolo critico nel facilitare il raggiungimento degli altri sette obiettivi, fra cui, in modo diretto, il miglioramento della salute dei bambini. ●

Fonte Cdc





## Stili di vita, aree urbane e determinanti di salute

Lucia De Noni

Oltre che da ben noti fattori di rischio come fumo e alcol, le malattie croniche dipendono fortemente da determinanti di natura economica, sociale e ambientale. Oggi più della metà delle persone vive in città: la salute della popolazione urbana è diventato quindi un problema a sé, non solo per la quantità di individui coinvolti, ma anche per l'impatto maggiore che hanno i determinanti di salute. Di fronte a queste trasformazioni anche la prevenzione deve rinnovarsi nei contenuti, in un'ottica sempre più integrata e interdisciplinare.

«Se la nascita dell'agricoltura fu una festa per i nostri microbi, l'arrivo delle città fu addirittura la manna del cielo: in città c'erano molti più ospiti potenziali, e in condizioni igieniche ancora peggiori. Bisogna aspettare l'inizio del nostro secolo per poter considerare le città europee autosufficienti dal punto di vista demografico; fino ad allora un flusso costante di immigrati dalle campagne era necessario per bilanciare l'altissimo tasso di mortalità dovuto alle malattie infettive». Queste parole di Jared Diamond, biologo americano autore del famo-

so saggio *Armi, acciaio e malattie*, esprimono molto bene come fin dalla sua nascita l'ambiente urbano abbia sempre influenzato lo stato di salute della popolazione dal punto di vista fisico, mentale e sociale. Una questione sempre più cruciale per gli esperti di sanità pubblica. Nel corso dei secoli il quadro epidemiologico e demografico ha subito varie evoluzioni, ma le trasformazioni più radicali dell'ambiente fisico e urbano si sono verificate negli ultimi decenni. A partire dal diciannovesimo secolo si è cominciato a intervenire sullo sviluppo delle città tramite

il piano regolatore, integrando le problematiche tecniche con i principi igienici: da qui il coinvolgimento del medico di sanità pubblica, obbligatorio per legge, nella valutazione di programmi e piani urbanistici.

Già nel classico trattato d'igiene di Vittorio Puntoni del 1955 si dice che «le vecchie città, a un certo momento del loro sviluppo, sentono il bisogno di rinnovamenti interni. Tali modificazioni possono essere reclamate dalla semplice necessità di provvedere alla viabilità per l'aumentato movimento cittadino, ma più ancora lo sono dalla necessità di por termine a pessime condizioni igieniche non oltre tollerabili. I criteri che debbono guidare alla determinazione dei quartieri da risanare o da demolire sono principalmente tre: lo stato igienico delle abitazioni, la densità della popolazione, la mortalità generale e alcune mortalità specifiche come quelle infantili, per tubercolosi, per febbre tifoide». Le cause di morte delineate si riferiscono naturalmente

alla situazione epidemiologica degli anni Cinquanta, ma il quadro può essere attualizzato tenendo presente l'epidemia di malattie croniche. Oltre che da fattori di rischio come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica, queste malattie dipendono anche da determinanti impliciti che riflettono le principali forze che trainano le modifiche sociali, economiche e culturali: globalizzazione, urbanizzazione, invecchiamento progressivo della popolazione, politiche ambientali, povertà. Oggi è quindi cruciale che gli esperti di sanità pubblica capiscano i meccanismi attraverso cui l'ambiente urbano influenza la salute dal punto di vista fisico, mentale e sociale, e promuovano azioni interdisciplinari e integrate per rimuovere queste "cause delle cause".

### Un nuova prevenzione

Pur senza abbandonare i riferimenti teorici che ci sono stati consegnati dalla tradizione e dalla storia,

oggi gli operatori della prevenzione devono rivedere la propria attività: non si può fare riferimento soltanto a un quadro normativo tarato su contesti del tutto diversi (anche se ha prodotto in passato risultati enormi), ma occorre anche cercare di conoscere una realtà in continua trasformazione. Per capire come evolva la salute nella popolazione e quali siano le "cause delle cause" bisogna cominciare a occuparsi delle condizioni di vita e di salute nelle città. Oggi più della metà della popolazione vive in città: all'inizio del diciannovesimo secolo era solo il 5%. In Europa, poi, circa i tre quarti vivono in aggregati di una certa complessità. La salute della popolazione urbana è diventato quindi un problema a sé, sia per numero di persone coinvolte sia per il peso maggiore che hanno i determinanti di salute. Questi fattori, positivi o negativi, possono esercitare i loro effetti con diversa intensità, a seconda delle dimensioni e dell'organizzazione delle città. Essendo organismi dinamici, condannati alla crescita e spesso in bilico tra degrado e prospettive di sviluppo, le città costringono a reinventare continuamente gli spazi e le relazioni umane. Questo processo,

però, non dovrebbe prescindere dall'impatto sanitario che queste trasformazioni comportano.

In una comunicazione del 2004, "Verso una strategia tematica sull'ambiente urbano", la Commissione Europea indica come per una gestione sostenibile dell'ambiente urbano sia assolutamente necessario adottare linee strategiche comuni per «migliorare la qualità dell'aria e le prestazioni ambientali delle aree urbane e assicurare agli abitanti delle città europee un ambiente di vita sano, rafforzando il contributo ambientale allo sviluppo urbano sostenibile e tenendo conto nel contempo dei connessi aspetti economici e sociali». Tuttavia, l'apostrofo "ambientalista" non sempre valorizza in modo adeguato e specifico l'obiettivo della salute umana.

Come già illustrato anche nel dossier su "Guadagnare salute" (vedi Snop 71), l'obesità rappresenta una delle più grandi sfide della sanità pubblica di questo secolo. Come anche le malattie correlate, l'obesità è diffusa soprattutto tra i gruppi dal basso livello socioeconomico e culturale, contribuendo ad aumentare le disuguaglianze. Anche le occasioni per fare attività fisica sono spesso determinate dallo status socioeconomico, individuale e generale. Chi è più svantaggiato o vive nei pressi di aree degradate ha infatti meno opportunità di muoversi, perché entrano in gioco tutti quei fattori che scoraggiano l'attività fisica, tra cui una minore disponibilità di strutture, di tipo

ricreativo (parchi, palestre, centri di ritrovo, zone verdi) e sportivo. Secondo i modelli socioecologici, le relazioni tra ambiente, attività fisica e obesità sono complessi e dipendono da un insieme di fattori sociali e ambientali, oltre che individuali. Il design e la qualità dell'ambiente urbano influenzano i comportamenti in termini sia di attività fisica che di peso corporeo. Diventa quindi strategico intervenire sull'ambiente urbano per renderlo più favorevole a uno stile di vita attivo.

#### Esempi preziosi

Una ricerca effettuata da Dario Olivieri, del dipartimento di Economia dell'Università di Verona, fotografa un mondo di anziani in cui quasi tutti sono consapevoli di quanto l'esercizio fisico faccia bene alla salute. Tuttavia, il 30% si dichiara sedentario, perché ritiene che muoversi sia troppo faticoso (71%) o poco divertente (29%). Per quanto riguarda la presenza di strutture o spazi per l'attività motoria e sportiva, i dati rilevati sono altrettanto contraddittori: mancherebbero spazi soprattutto nelle aree a minor densità abitativa (superficie pro capite uguale o superiore a 1000 metri quadrati), quelle cioè che in teoria sono fornite di aree verdi di maggiori dimensioni. La stessa incoerenza si verifica sul versante delle attrezzature sportive. Queste contraddizioni possono stupire solo se si interpreta in modo restrittivo il concetto di "determinante am-

biennale dell'attività motoria", in senso sia quantitativo (per esempio, quota grezza di verde pro capite) sia qualitativo (numero di strutture attrezzate).

Le recenti raccomandazioni dell'American College of Sports Medicine e dell'American Heart Association, nel dare precise indicazioni sulla qualità e quantità di esercizio fisico necessario per mantenersi in buona salute, indicano anche che questo è comunque complementare alle attività della vita quotidiana. Non esiste una soglia massima, anzi, con l'aumentare della quantità d'attività motoria crescono anche i benefici per la salute. In particolare, gli anziani dovrebbero modificare le proprie abitudini sedentarie con un approccio graduale al movimento, piuttosto che puntare sulle performance. Tutto questo non si ottiene se si continua a progettare (o a progettare) ambienti urbani ostili a una vita quotidiana attiva. Occuparsi di questo problema significa anche parlare di trasporto urbano, riconosciuto tra i temi chiave per la lotta all'obesità. Tuttavia, nel nostro Paese, mobilità e trasporti sono argomenti riservati ad ambiti specialistici non sanitari, tabù difficilmente aggredibili in un'ottica complessiva.

In un recente documento intitolato "Affrontare l'obesità creando un ambiente di vita sano", l'Oms Europa fornisce un supporto tecnico molto importante a chi decide di affrontare la pandemia di obesità, perché presenta quegli interventi che si sono

#### L'autrice

**Lucia De Noni**  
Servizio Igiene e sanità pubblica,  
Ulss 20 Verona  
lucia.denoni@  
ulss20.verona.it



dimostrati efficaci nella diffusione di stili di vita attivi. In particolare, si enfatizza la necessità di sviluppare ambienti di vita salutari e favorevoli al movimento per bambini, a cui bisogna dare possibilità vere di giocare e fare sport, ma anche di spostarsi tutti i giorni in modo attivo e sicuro. Il documento mette quindi un punto fermo su quello che conta in un intervento di modifica dei determinanti ambientali di obesità e sedentarietà: le azioni possibili riguardano più l'ambito del buongoverno che quello della messa in campo di interventi straordinari. Si tratta di cambiare completamente direzione, specialmente in Italia, dotandosi di contenuti tecnici dignitosi e diffusi, e prevedendo una forte integrazione tra tutti i soggetti in campo (a questo proposito, basti pensare ai problemi per la mobilità pedonale e ciclabile dovuti alle rotonde, che stanno spuntando come i funghi per fluidificare il traffico). A fianco di indicazioni di tipo urbanistico, che riguardano l'uso

del territorio (aree residenziali commiste a servizi commerciali e pubblici, accessibilità di strutture per l'attività fisica, il gioco e il tempo libero, connettività della rete stradale, disponibilità di aree verdi, camminabilità dell'area, densità di abitanti, offerta dei mezzi pubblici e integrabilità con la mobilità attiva), il documento indica anche una serie di misure sulla sicurezza stradale (intensità e velocità del traffico, illuminazione, connessione e qualità degli attraversamenti pedonali e ciclabili) e sociale (protezione dal crimine, eliminazione del degrado), ma anche di tipo estetico (manutenzione, eliminazione di brutture e di rifiuti).

#### **Il ruolo della sanità pubblica**

Da qualche anno, nella valutazione degli strumenti urbanistici (Piani di assetto del territorio, valutazione ambientale strategica, Piano territoriale di coordinamento provinciale), il

dipartimento di Prevenzione della Ulss 20 di Verona sollecita le autorità amministrative a mettere in luce, per ogni intervento o politica territoriale, le possibili influenze sugli stili di vita della popolazione e quindi sul suo stato di salute. Ancora oggi, un operatore sanitario che "pretenda" di esprimersi su interventi pesanti dal punto di vista economico e strategico, come quelli che coinvolgono la mobilità e l'urbanistica, viene guardato con perplessità, mentre si riconosce la piena legittimità a intervenire con campagne informative o con iniziative di counselling individuale. Gli operatori di sanità pubblica, invece, sono gli unici a poter rappresentare in modo convincente questa priorità di salute e dovrebbero poter promuovere iniziative intersettoriali a vari livelli. Devono infatti convincere che è nell'interesse di tutti modificare l'ambiente fisico e socioculturale per rendere più facili le scelte di salute dell'individuo e della collettività.

Questi risultati sono irraggiungibili senza una precisa leadership, una forte volontà politica, un approccio integrato ai processi di pianificazione urbana e sociale, l'impiego di risorse a lungo termine, la partecipazione diretta della popolazione. ●

#### **RISORSE**

- ▷ J. Diamond, *Armi, acciaio e malattie*. Einaudi, Torino, 1998.
- ▷ Commissione europea, "Verso una strategia tematica sull'ambiente urbano", 2004: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/it/com/2004/com2004\\_0060it01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/it/com/2004/com2004_0060it01.pdf)
- ▷ Oms Europa, "Affrontare l'obesità creando un ambiente di vita sano", 2007: [www.euro.who.int/Document/E90593.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E90593.pdf)
- ▷ Ulss 20 Verona, dipartimento di Prevenzione: relazioni sanitarie, <http://prevenzione.ulss20.verona.it/reisan.html>

## La **minaccia** che viene dall'**Epa**

Luciano Venturi

« Quando l'ennesimo camion di coltan passa il nostro confine, la gente del Kivu diventa più ricca? » si chiede uno dei personaggi più enigmatici del recente libro di John Le Carré *Il Canto della missione*. Il protagonista del romanzo, Bruno Salvador, figlio di un missionario bianco e di una donna congolese, dopo una sofferta infanzia africana, è cresciuto in Inghilterra dove è divenuto un richiestissimo interprete di lingue africane, spesso consultato dal governo britannico. È proprio in occasione di un incontro tra un misterioso consorzio di investitori internazionali ed alcuni signori della guerra, apparentemente volto a rendere la nazione africana un luogo in cui i principi del libero commercio si sposano ad una graduale democratizzazione, che il giovane interprete sarà costretto a guardare in faccia la verità fatta di spietate multinazionali, ipocrite diplomazie e sordide macchinazioni di potere. Una finzione non troppo lontana dalla realtà e non

completamente estranea a situazioni verosimili per effetto dell'entrata in vigore degli accordi di partenariato economico (Epa): trattati commerciali che andranno a regolare i rapporti tra Unione Europea e i Paesi dell'area Africa-Caraibi-Pacifico (Acp) e che rappresentano il frutto di una negoziazione, condotta secondo criteri imposti dall'Organizzazione mondiale del commercio (Wto) con l'obiettivo di sostituire gli accordi di settore derivanti dalla Convenzione di Lomé del 1975. Questo trattato, che prende il nome dalla città del Togo dove è stato firmato nel 1975 da 46 Paesi dell'area Africa-Caraibi-Pacifico e dai 9 Paesi della Comunità Europea, aveva riconosciuto ai prodotti dei Paesi Acp, tra le altre cose, un accesso privilegiato ai mercati europei. Per un lungo periodo è stata lo strumento di gestione dei rapporti politici, economici e di cooperazione allo sviluppo tra l'Europa e molte delle sue ex colonie. La convenzione è stata poi periodicamente rinnovata:

Con l'entrata in vigore degli accordi di partenariato economico, trattati commerciali che regoleranno d'ora in poi i rapporti tra l'Unione Europea e i Paesi dell'area Africa-Caraibi-Pacifico, lo sviluppo dei Paesi più poveri è seriamente a rischio. Il timore diffuso è che quello che i cittadini dei Paesi Acp guadagneranno come consumatori, a seguito dell'abbassamento iniziale dei prezzi del mercato, lo perderanno come produttori. Si prospetta una nuova fase, che potrebbe addirittura interferire con il processo globale di raggiungimento degli Obiettivi del millennio.

nel 1980 (Lomé II), nel 1985 (Lomé III), nel 1990 (Lomé IV), nel 1995 (Revisione di Mauritius) e nel 2000 (Convenzione di Cotonou). Attraverso il suo progressivo rinnovarsi e con i successivi adeguamenti, nel 2000 i Paesi Acp sono diventati 77 e il numero delle nazioni europee è cresciuto, con l'allargamento dell'Ue.

### Supporto o trappola?

Secondo molti economisti questi scambi privilegiati erano in realtà una trappola molto penalizzante per le

stesse nazioni produttrici perché mantenevano i Paesi Acp in una condizione di sostanziale dipendenza; inoltre alcuni protocolli agricoli collegati erano considerati illegittimi dal Wto. Nel 2000, con la Convenzione di Cotonou, si è tentato di dare risposta a tali critiche, oltre che sottostare a imposizioni ricattatorie da parte del Wto: con questo trattato è stato sancito l'esaurimento e la conclusione del precedente regime commerciale prevedendone una sua sostituzione con gli Epa, a decorrere dal 1 gennaio 2008. Un fattore limitante,

nient' affatto trascurabile, per le economie dei Paesi svantaggiati firmatari è rappresentato dal fatto che, in realtà, non si tratta di veri e propri accordi bilaterali poiché l'Ue non negozia con le singole nazioni, ma con alcune associazioni in cui gli Stati sono aggregati secondo criteri geografici post-coloniali descritti nella tabella sottostante.

Programma per lo sviluppo delle Nazioni Unite (Undp). A fronte dello scenario proposto dall'Ue, in cui le capacità commerciali delle economie dei Paesi Acp andrebbero incontro a un potenziamento, con l'effetto di dare vita a un mercato Sud-Sud e a una canalizzazione privilegiata di questi prodotti verso l'Europa, si

qualità della vita di alcune fasce di popolazione dei Paesi Acp, soprattutto dei più ricchi, ma contemporaneamente porterebbero a una riduzione dei posti di lavoro per l'aumentata competitività commerciale dei prodotti europei. Infine, favoriscono spinte nazionalistiche, come effetto di una distorsione dei processi di rafforzamento delle comunità locali, non trovando momenti e sedi di pianificazione coordinata su base regionale.

ni movimenti di opposizione, con l'obiettivo di ottenere una sospensione dell'avvio degli Epa grazie a una moratoria di vent'anni, che consenta alle economie dei 77 Paesi svantaggiati di rafforzarsi. Tuttavia la Commissione Europea, ritenendo probabilmente di poter così anche contrastare la penetrazione dei prodotti cinesi nei mercati Acp, sembra determinata a procedere secondo i programmi, che hanno nel 1 gennaio 2008 la propria data di non ritorno. Le politiche per combattere la povertà nel mondo subiranno, così, un drastico rallentamento. Il primo degli otto Obiettivi del millennio, "Eliminare l'estrema povertà e la fame" (successivamente ridotto a "Dimezzare la quantità di persone in condizioni di povertà e che soffrono la fame entro il 2015") ne potrà risentire in maniera pesantissima. Se infatti vogliamo affrontare il tema della sicurezza alimentare nei Paesi Acp in chiave non eurocentrica, ma secondo il significato attribuito dalle Nazioni Unite "accesso effettivo a un'alimentazione in quantità e qualità sufficiente per una vita produttiva ed in salute per tutti gli individui", appare chiaro che crisi alimentari provocate da un calo del reddito pro capite e dal mancato sviluppo delle capacità produttive delle comunità locali saranno sempre più frequenti. Pensare, infine, che si tratti di tema riguardante persone appartenenti a "solo" quegli 815 milioni di individui che vivono al di sotto della soglia di povertà

<i>gruppi di negoziazione con l'Ue</i>	<i>numero di Paesi</i>
Africa occidentale	16
Africa orientale e meridionale	15
Comunità per lo sviluppo dell'Africa meridionale	8
Africa centrale	8
Caraibi	15
Pacifico	15

Allo stato attuale del processo di sostituzione della Convenzione di Lomè con gli Epa, il Commissario europeo allo Sviluppo Luis Michel ha rilasciato delle dichiarazioni da cui emerge un quadro ottimistico riguardo le ricadute degli accordi (tuttora in fase di negoziazione) sulle economie, sulle opportunità di fruizione dei servizi di base e sull'accesso ai beni comuni delle popolazioni dei Paesi Acp. Uno scenario assai diverso da quello descritto invece dallo studio "Impatti sull'economia e sul welfare degli Accordi di partenariato economico Ue-Africa" del marzo 2005, realizzato dalla Commissione economica per l'Africa delle Nazioni Unite (Uneca), con il sostanziale contributo del

oppone quello che emerge dal rapporto, indipendente per definizione, delle agenzie delle Nazioni Unite. Secondo l'analisi dell'Uneca, gli Epa creano sì nuovi spazi di commercio, ma a favore essenzialmente degli stati europei e facilitano l'esportazione dei prodotti europei mettendo in crisi i già deboli scambi Sud-Sud. Inoltre, se apparentemente possono dare impulso allo sviluppo di alcuni settori produttivi dei Paesi Acp (per esempio l'agricoltura), altri comparti come servizi, accesso a beni comuni (tra cui l'acqua), telecomunicazioni o pesca ne verrebbero a risentire notevolmente. Gli Epa, poi, consentono per il ribasso dei costi di alcuni prodotti europei, un innalzamento dei livelli della

#### **Una data di non ritorno**

Ma quale potrà essere l'impatto degli Epa e dei meccanismi che verranno generati? Caratterizzati da una fase negoziale a bassissimo profilo mediatico, questi accordi daranno avvio a una nuova fase, che potrebbe addirittura interferire con il processo globale di raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del millennio e influire quindi direttamente sulla vita di centinaia di milioni di persone. Quello che i cittadini dei Paesi Acp guadagneranno come consumatori, a seguito dell'abbassamento iniziale dei prezzi del mercato, lo perderanno come produttori. L'assoluta reciprocità prevista dagli Epa, con l'eliminazione di barriere e dazi doganali, risponde infatti all'assurda e iniqua logica del "far parti uguali tra disuguali", avvantaggiando le grandi imprese e penalizzando le piccole aziende. Sia nell'Ue che nei Paesi Acp si sono costituiti alcu-

(meno di un dollaro giorno) è ingiusto e crudele, oltre che sbagliato.

Gli Epa, infatti, influiranno negativamente anche sulla vita di donne e uomini che vivono nei Paesi economicamente sviluppati. Solo inizialmente renderanno alcune comunità più ricche, ma creeranno poi condizio-

ni di esclusione e di instabilità sociale su cui si fonderanno fenomeni di ulteriore mancato sviluppo.

Verrà così favorita l'insorgenza di fenomeni ben sintetizzati in una dichiarazione, rilasciata in occasione del G-8 di Edimburgo, dal capo di governo di uno dei Paesi più industrializzati del mondo, riguardo all'esigenza di combattere le cause della povertà quali cofattori determinanti il nascere di movimenti pericolosi: «ma è anche importante che agiamo sui problemi di lungo termine che possono far nascere fenomeni di terrorismo e situazioni di insicurezza». ●

#### **l'autore**

**Luciano Venturi**  
 facoltà di Medicina  
 veterinaria  
 dell'Università di  
 Bologna  
[luciano.venturi@unibo.it](mailto:luciano.venturi@unibo.it)

#### **RISORSE**

▷ International Food Policy Research Institute, "A Way Forward, from the 2020 Africa Conference - Assuring food and nutrition security in Africa by 2020". Kampala, april 1-3, 2004.

▷ J. Macallister, "10 questions for Tony Blair". Time, July 11, 2005.

▷ J. Sachs, *La fine della povertà*. Mondadori, Milano, 2005.

▷ South Centre, "Understanding the Economic Partnership

*Agreements*". Geneve, March 2007.

▷ J. Stiglitz, *La globalizzazione e i suoi oppositori*. Einaudi, Torino, 2002.

▷ United Nations Economic Commission for Africa, "Economic and welfare impacts of the EU-Africa economic partnership agreements". ATPC Work in Progress, No.10. Addis Ababa, March 2005.

▷ United Nations Millennium Project, [www.unmillennium-project.org](http://www.unmillennium-project.org)

## Se la **bistecca** parla **straniero**

**Marco Broccoli, Paola Ferrari, Anna Padovani,  
Cosetta Ricci, Riccardo Vassura**

Oggi i lavoratori impiegati nel settore della macellazione sono soprattutto immigrati da Paesi in via di sviluppo, come Senegal, Nigeria, Romania, Pakistan, Albania, Cina, e Maghreb. In questo nuovo scenario, il dipartimento di Prevenzione dell'Ausl di Ravenna ha avviato un progetto di formazione rivolto al personale extracomunitario dei macelli industriali presenti nel suo territorio, per fornire a questi lavoratori informazioni di base sulla sicurezza negli ambienti di lavoro e sugli aspetti di natura igienica e sanitaria.

In passato la macellazione degli animali è sempre stata appannaggio di lavoratori provenienti dal mondo rurale, in quanto quest'attività è sempre stata strettamente legata, per tradizione, all'allevamento del bestiame. Nel territorio dell'Ausl di Ravenna, nel 2000 risultavano in attività tre macelli industriali: uno per la produzione di carni rosse (bovine, suine, ovine, equine), uno per la produzione di carni avicole e uno "a capacità limitata", ovvero con un circuito commerciale locale e circoscritto. Con l'arrivo di lavoratori extracomunitari, fenomeno che

ha coinciso con ampi mutamenti avvenuti nel mondo agricolo, si è verificata però una radicale modificazione nel personale impiegato: il personale italiano è stato sostituito quasi totalmente da immigrati provenienti da paesi economicamente svantaggiati, soprattutto Senegal, Nigeria, Romania, Pakistan, Albania, Cina, e Maghreb. Partendo da questa realtà, il dipartimento di Prevenzione ha deciso di avviare un progetto di formazione specificamente rivolto al personale extracomunitario, per fornire a questi lavoratori delle informazioni di base

riguardanti sia la sicurezza negli ambienti di lavoro, sia gli aspetti di natura igienica e sanitaria.

### **Facilitatori di sicurezza**

I macelli sono luoghi di lavoro con caratteristiche assolutamente peculiari, che aumentano significativamente il rischio di infortuni: la presenza e il contatto forzato tra uomini e animali vivi, la rumorosità ambientale, l'umidità (da cui un pericolo costante di scivolamenti e cadute), l'uso di attrezzi di lavoro (coltelli, accette, seghe, ecc) che possono provocare ferite da taglio e traumi vari. Un secondo aspetto di cui si è tenuto conto nel progetto è che la legislazione comunitaria obbliga i titolari degli stabilimenti di macellazione ad attuare programmi di autocontrollo e momenti di educazione del personale specificamente finalizzati alla sicurezza alimentare. Dal canto suo, il Servizio veterinario del dipartimento di Prevenzione è tenuto a

svolgere, all'interno degli stabilimenti di macellazione, attività di ispezione sulle carni e di verifica costante sull'autocontrollo aziendale, nonché a partecipare ai programmi di formazione del personale. Inizialmente le unità operative del dipartimento di Prevenzione partecipanti (Igiene degli alimenti di origine animale, Igiene degli alimenti e della nutrizione, Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) hanno attivato un gruppo di studio che, grazie anche a un'analisi delle risorse interne e delle difficoltà, ha avviato un progetto che ha coinvolto l'Inail, le tre aziende di macellazione e le organizzazioni sindacali.

### **gli autori**

**Marco Broccoli,  
Paola Ferrari,  
Anna Padovani,  
Cosetta Ricci,  
Riccardo Vassura**  
Ausl Ravenna,  
dipartimento di Sanità pubblica  
[a.padovani@ausl.ra.it](mailto:a.padovani@ausl.ra.it)



Attualmente il progetto sta producendo i propri effetti di medio termine. La prima fase si è svolta tra il 2001 e il 2004 e le tappe fondamentali sono state: la rilevazione dei bisogni formativi, attraverso l'organizzazione di una serie di incontri fra le unità operative coinvolte; la pianificazione del lavoro, in cui sono state individuate le industrie di macellazione e lavorazione delle carni da coinvolgere, in cui successivamente è stato raccolto ed elaborato il materiale didattico di supporto già predisposto; la formazione dei lavoratori con ruolo di "facilitatori", attraverso un primo corso di quarantacinque ore rivolto a sette lavoratori extracomunitari (tre senegalesi, due nigeriani, un pakistano e un rumeno) individuati all'interno delle tre industrie coinvolte. Queste figure non solo hanno svolto un ruolo fondamentale nei corsi successivi rivolti a tutti i lavoratori, ma soprattutto hanno favorito un vero e proprio cambiamento partecipato tra gli altri, aiutandoli a superare gli ostacoli linguistici e culturali e a valorizzare esperienze e compe-

tenze già in loro possesso. Gli argomenti del corso (sviluppati dai dipendenti dell'Ausl e da docenti in materie specifiche, con la collaborazione dei sindacati e dei mediatori culturali precedentemente formati) hanno riguardato la salute e la malattia nei diversi contesti culturali, la prevenzione del rischio infortunistico e delle malattie professionali, l'igiene delle produzioni alimentari, la comunicazione.

#### **Concretezza e semplicità**

L'esperienza, realizzata anche grazie all'apporto fondamentale delle aziende di macellazione interessate, ha consentito di individuare le modalità più appropriate per la realizzazione di successive edizioni dei corsi rivolti ad altri lavoratori extracomunitari, tra cui:

- ▶ aggregare piccoli gruppi (15-20 persone) omogenei per etnia, fornendo uno spazio adeguato per momenti di socializzazione
- ▶ prestare grande atten-

zione al linguaggio, che deve essere sintetico, chiaro, concreto e semplice

- ▶ preferire le immagini al testo, ricorrendo anche alla proiezione di fotografie e filmati con didascalie
- ▶ fare riferimento alla situazione occupazionale reale sul posto di lavoro, con fotografie e filmati originali girati in azienda.

Affiancare i sette facilitatori ai formatori aziendali si è rivelata una metodologia di lavoro molto efficace per superare non solo gli ostacoli linguistici, relazionali e culturali, ma anche lo stress da adattamento. Non bisogna dimenticare, infatti, che la formazione rivolta ai lavoratori è indirizzata a persone adulte, che possiedono già un proprio bagaglio di apprendimenti, convinzioni, abitudini ed esperienze a cui fare riferimento nella pratica lavorativa, e con le quali occorre confrontarsi. Inoltre, i concetti e le nozioni che hanno reali possibilità di essere appresi sono soltanto quelli utilizzabili concretamente e immediatamente: per que-

sto, è meglio privilegiare modalità didattiche caratterizzate da un alto grado di coinvolgimento. Per garantire sinteticità e immediatezza, ma anche completezza e aderenza a situazioni concrete, il materiale didattico elaborato è stato quindi realizzato sotto forma di filmati e foto effettuate all'interno delle tre aziende coinvolte nel progetto. All'atto pratico, questo metodo si è dimostrato più efficace di altri precedentemente sperimentati con personale italiano, ed è stato utilizzato dalle ditte per i successivi corsi di formazione interna. Il prodotto finale è una dispensa intitolata "Lavoro sicuro, prodotto sano: la sicurezza e l'igiene del lavoro nella produzione della carne", redatta in sei lingue e distribuita a tutti i lavoratori extracomunitari anche durante i corsi successivi. ●

## Metti una **zecca** al parco...

**Donato Raele, Annunziata Giangaspero,  
Claudio Venturelli**

La presenza di zecche è sempre più oggetto di studio per la sanità pubblica, visto il loro ruolo nella trasmissione di diverse patologie all'uomo. Questo lavoro presenta i primi risultati di un'indagine condotta nel Parco Nazionale del Gargano, in cui si registrano ciclicamente segnalazioni di aggressioni da zecche. È emersa con forza la necessità di sensibilizzare tutti i fruitori di quest'area di notevole interesse naturalistico sui rischi di infestazione presenti e soprattutto sulle modalità di prevenzione più efficaci.

**N**egli ultimi anni lo studio delle zecche e del loro ruolo nella trasmissione di malattie ha assunto una rilevanza scientifica sempre maggiore. Da una parte, infatti, le modificazioni ecologiche e climatiche hanno portato a un'intensificazione della dinamica epidemiologica degli artropodi vettori, dall'altra questi artropodi possono avere un impatto significativo sulla salute umana.

A differenza di quanto si registra in altre aree protette del territorio italiano, nel ter-

ritorio del Parco Nazionale del Gargano sono stati condotti pochi studi sulla fauna ixodologica presente (gli Ixodidi sono l'ordine a cui appartengono le zecche). Questo malgrado si registrino ciclicamente segnalazioni di aggressioni da zecche fra operatori del verde, forestali, escursionisti o visitatori del parco. In particolare, nel caso degli operatori che frequentano gli spazi boschivi per svolgere il proprio lavoro bisogna tenere conto anche degli aspetti normativi di sicurezza sul lavoro di cui tanto si dibatte negli ultimi tempi: dato che possono venire a contatto con le

zecche con maggiore facilità, queste figure professionali vanno infatti adeguatamente formate sui rischi e sui sistemi di protezione da adottare.

### **Al via la raccolta**

Per contribuire alla conoscenza della popolazione di zecche presente nel Parco Nazionale del Gargano e valutarne il potenziale antropotonico (ovvero il rischio per l'uomo), tra il maggio del 2005 e l'aprile del 2006, sono state effettuate delle raccolte di zecche a cadenza mensile, nell'ambiente e sugli animali (selvatici e domestici), in un'area coinvolta di circa 3000 metri quadrati, corrisponde ai confini di sei comuni. L'indagine è stata possibile grazie alla volontà e sensibilità dell'Ente Parco Nazionale del Gargano, che ha finanziato interamente il progetto.

Per la raccolta nell'ambiente sono state sottoposte a campionamento le aree picnic, le zone di passaggio della fauna selvatica, le zone adibite a pascolo o di

sosta e le aree adiacenti a luoghi di lavoro, mediante la tecnica del *dragging*. Questo metodo consiste nello strisciare sul terreno un telo di lana o flanella e sfruttare il comportamento caratteristico di molti ixodidi, che attendono il passaggio dell'ospite appostati sull'erba o sui cespugli. Per quanto riguarda invece gli animali, le zecche sono state prelevate direttamente dalla cute di quindici ruminanti domestici allevati allo stato brado e di tredici esemplari maschi di daino presenti in recinti di una località del parco, la Foresta Umbra. Prima del prelievo, i daini sono stati sottoposti a telenarcosi, ovvero alla somministrazione per via intramuscolare di miscele anestetiche mediante il lancio di particolari "dardi anestetici". Questa forma di contenimento farmacologico è usata con diversi mammiferi, sia selvatici sia domestici.

Una volta raccolte, le zecche sono state analizzate dal laboratorio di Parassitologia della facoltà di Agraria di Foggia. In totale sono stati raccolti e



identificati 147 esemplari, di cui 107 nell'ambiente e 40 sugli animali, appartenenti a quattro specie diverse (per i dettagli, vedere la tabella): *Ixodes ricinus*, *Ixodes acuminatus*, *Hyalomma detritum* e *Rhipicephalus sanguineus*.

#### Ospiti per tutti

*Ixodes ricinus* è stata ritrovata sia sui daini, sia sul

terreno di tutti i siti indagati nello studio. Il suo habitat principale sono le foreste mesofite di latifoglie decidue, a quote medie o basse, come quelle dell'altopiano del Gargano. Si tratta di una specie a bassissima specie-specificità, che può attaccare ospiti molto diversi, come uccelli, rettili, mammiferi di grande e piccola taglia, uomo. Identificata per la prima volta nel Parco sul

daino, riveste un notevole interesse per medici e veterinari, per il suo importante ruolo di vettore di *Borrelia burgdorferi*, il batterio responsabile della sindrome di Lyme. *Ixodes acuminatus* è stata rilevata invece esclusivamente sul terreno, in località Foresta Umbra. Principalmente parassita i micromammiferi e solo raramente attacca l'uomo. È riconosciuta come vettore di *Francisella*

*tularensis*, responsabile di infezioni respiratorie, e come serbatoio di *Borrelia burgdorferi*. *Hyalomma detritum* è stata riscontrata sui bovini al pascolo: gli ospiti di elezione sono infatti gli ungulati di taglia media e grande, allevati in zone a pascolo semidesertico e stepposo di bassa o media altitudine, ai quali può trasmettere *Theileria annulata*, *Anaplasma bovis* e *Nuttallia equi*.

Tabella

*Specie di zecche identificate nell'indagine svolta nel Parco Nazionale del Gargano*

specie	numero		caratteristiche
<i>Ixodes ricinus</i>	91	25 adulti (19 femmine e 6 maschi)	endo-esofila, trifasica e ditropa
		56 ninfe	
		12 larve	
<i>Ixodes acuminatus</i>	17	9 adulti (3 femmine e 6 maschi)	endofila foleofila, trifasica e prevalentemente monotropa
		8 ninfe	
<i>Rhipicephalus sanguineus</i>	16	16 adulti (7 femmine e 9 maschi)	endofila, difasica e monotropa
<i>Hyalomma detritum</i>	23	23 adulti (8 femmine e 15 maschi)	endofila, trifasica e prevalentemente monotropa

Glossario	
<b>Monofasica o "a un ospite"</b>	specie che completa tutto il suo ciclo biologico (larva, ninfa e adulto) sul medesimo animale
<b>Difasica o "a due ospiti"</b>	specie che compie il suo ciclo biologico in parte sullo stesso animale (stadio di larva e di ninfa) e in parte su un altro (stadio di adulto)
<b>Trifasica o "a tre ospiti"</b>	specie che compie il suo ciclo biologico su tre ospiti diversi, ciascuno per ogni stadio del suo sviluppo
<b>Monotropa</b>	specie che parassita animali appartenenti alla stessa specie (per esempio, sempre il bovino)
<b>Ditropa</b>	specie che parassita animali appartenenti a due specie diverse (per esempio un roditore e un ruminante)
<b>Telotropa</b>	specie che parassita animali appartenenti a tre gruppi zoologici diversi (per esempio, un rettile o un roditore o un mammifero)
<b>Endofila</b>	specie che vive in luoghi chiusi in tutte le fasi del suo ciclo biologico. A seconda di dove vivono sono ulteriormente distinte in foleofile (tane), ipogee (anfratti sotterranei), nidicole (nidi dei volatili), troglobie (grotte)
<b>Esofila</b>	specie che predilige gli ambienti all'aperto
<b>Endo-esofila</b>	specie che si comporta come endofila allo stadio di larva o ninfa ed esofila allo stadio adulto





L'ultima specie identificata è stata *Rhipicephalus sanguineus* che, benché abbia i canidi come ospiti di elezione, è in grado di attaccare anche altri mammiferi, uomo compreso. Inoltre, è riconosciuta vettore di *Coxiella burnetii*, *Ehrlichia chaffeensis* e *Rickettsia conorii*, responsabili anche di antropozoonosi. Benché non sia emerso da questo studio, è noto da tempo che nella zona indagata, su mammiferi selvatici come il capriolo, è presente un'altra specie responsabile di infestazioni anche nell'uomo, *Ixodes gibbosus*. Questa specie, esofila, trifasica e monotropa, parassita preferenzialmente i ruminanti domesti-

ci come ovini e bovini. Nel territorio del Parco del Gargano *Ixodes ricinus* è stata segnalata nel 1995 su un muflone e nel 2004 su un capriolo italiano, e identificata presso i laboratori dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Puglia e Basilicata. La presenza di specie come *Rhipicephalus sanguineus* e *Hyalomma detritum* è stata ormai accertata a seguito di numerose segnalazioni su varie specie (bovini, ovini, canidi e uomo) presenti sul territorio del parco. Se assai interessante appare l'identificazione per la prima volta in questa area di *Ixodes acuminatus*, desta invece una certa preoccupazione la notevole diffusione di *Ixodes ricinus* nelle aree più frequentate dall'uomo, vista la natura aggressiva di questa specie e la possibilità di trasmissione della borelliosi agli animali e soprattutto all'uomo. Peraltro, lo stesso Istituto zooprofilattico sperimentale di Puglia e Basilicata aveva recentemente rilevato casi di infestazione proprio da *Ixodes ricinus*, fortunatamente senza alcuna conseguenza clinica, in persone che ave-

vano frequentato l'area di indagine (un escursionista e un bambino di ritorno da una gita con la famiglia a Bosco Quarto). Questa ricerca, che costituisce la prima fase di uno studio più ampio finalizzato anche all'isolamento di agenti patogeni dalle ghiandole salivari delle zecche, ribadisce la necessità di avviare campagne di informazione per tutti i fruitori del Parco (boscaioli, contadini, cacciatori, forestali, guardiacaccia, cercatori di funghi, escursionisti), che informino, senza allarmismi, sui rischi di infestazione presenti e soprattutto su come prevenire l'attacco delle zecche. ●

#### RISORSE

- ▷ L. Ciceroni et al, "Isolation and characterization of *Borrelia burgdorferi* sensu lato strains in an area of Italy where Lyme Borreliosis is endemic". *Journal of Clinical Microbiology*, 2001; 39: 2254-2260.
- ▷ G. Cringoli et al, *Zecche. Mappe parassitologiche*. Rolando, Napoli, 2005.

- ▷ C. Garbarino et al, "Animali selvatici e zoonosi: aspetti di interesse pratico per gli operatori del settore in relazione al rischio biologico". *Journal of Mountain Ecology*, 2003; 7: 119-123. [www.mountainecology.org/IBEX7/pdf/animali%20selvatici.pdf](http://www.mountainecology.org/IBEX7/pdf/animali%20selvatici.pdf)
- ▷ C. Genchi, "Ecology and epidemiology of tick-borne disease: which role for the control". *Parassitologia*, 2006; 48: 137-138.
- ▷ G. Manilla, *Fauna d'Italia*. Volume XXXVI. Calderoni, Bologna, 1998.
- ▷ L. Sobrero, G. Manilla, *Aggiornamenti sulle zecche d'Italia*. Bastoni, Foggia, 1998.

- ▷ P. Tomao et al, "Prevalence and incidence of antibodies to *Borrelia burgdorferi* and to tick-borne encephalitis virus in agricultural and forestry workers from Tuscany, Italy". *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 2005; 24: 457-463.

#### gli autori

**Donato Raele,  
Annunziata  
Giangaspero**

Dipartimento PrIME,  
Università degli studi  
di Foggia  
[d.raele@unifg.it](mailto:d.raele@unifg.it)

**Claudio Venturelli**  
dipartimento di Sanità  
pubblica, Ausl Cesena

# Vav, i problemi della formazione

Leopoldo Magelli

La Variante autostradale di valico (Vav) è un progetto per il potenziamento della tratta tra Bologna e Firenze dell'autostrada A1 Milano-Napoli e si sviluppa per 59 chilometri a cavallo tra i territori dell'Emilia Romagna e della Toscana. Consiste nell'adeguamento dell'attuale sede autostradale nel tratto Bologna-Barberino, attraverso l'ampliamento di alcuni tratti e la costruzione *ex novo* nel tratto appenninico di un tracciato fuori sede di circa 38 chilometri (la Vav vera e propria), che permetterà di ridurre il dislivello altimetrico di circa il 40% rispetto al tracciato attuale. Nell'ambito di quest'opera infrastrutturale, l'Ausl e la Provincia di Bologna hanno verificato l'efficacia della formazione alla sicurezza tra i lavoratori delle aziende impegnate nei lavori della Vav. Il progetto, di durata biennale (gennaio 2004 - dicembre 2005), è stato in parte finanziato dall'assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna, per valutare gradimento, comprensione e

apprendimento dei contenuti della formazione, nonché capacità di mettere in atto sul lavoro le competenze apprese nei corsi. L'indagine si è svolta tramite un questionario distribuito a quattro tipologie di soggetti (lavoratori, sicuristi, preposti, addetti al monitoraggio gas), compilati nel corso di incontri di gruppo per valutare i seguenti elementi: la capacità di scegliere le opzioni più corrette in caso di situazioni critiche, l'osservazione diretta delle modalità di lavoro in situazioni standard, i test di ingresso e di uscita ai corsi di formazione.

## Lavoratori al sicuro?

Oggetto della verifica sono state la formazione alla sicurezza di base per tutti i lavoratori e quella specifica per sicuristi (antincendio, emergenze, primo soccorso) e addetti al monitoraggio gas, la formazione in azienda sulle specificità del cantiere e la formazione al ruolo per i preposti. Complessivamente sono

Tra il 2004 e il 2005 l'Ausl e la Provincia di Bologna hanno condotto una verifica dell'efficacia delle attività di formazione alla sicurezza rivolte ai lavoratori delle aziende impegnate nei lavori della Variante autostradale di valico, progetto per il potenziamento della tratta tra Bologna e Firenze dell'autostrada Milano-Napoli. Il bilancio è stato abbastanza negativo: la formazione non ha modificato in modo efficace i comportamenti a rischio dei lavoratori. Da qui la necessità di individuare nuove strategie per rendere più incisivi e aggiornati i percorsi formativi.

stati direttamente coinvolti 138 (di quattro aziende) tra lavoratori e preposti, di cui 71 sicuristi e 11 addetti al monitoraggio gas, di età media di 41 anni. Sono stati inoltre coinvolti 44 lavoratori nei test di ingresso o uscita al corso di formazione di base. L'anzianità lavorativa media dei 138 lavoratori è di 14 anni e per quel che concerne il livello di istruzione, il 15% ha al massimo la licenza elementare, il 45% arriva alla licenza media e il restante 40% ha un titolo di studio superiore alla licenza media. Per quanto riguarda il gra-

dimento dell'iniziativa, gli intervistati hanno dato complessivamente un giudizio abbastanza positivo, criticando più che altro i tempi e gli orari delle lezioni, giudicate troppo lunghe e svolte in orari del tutto sgraditi (in particolare alla fine del turno di lavoro). È emerso inoltre qualche problema con la comprensione dei contenuti: gra-

## l'autore

Leopoldo Magelli,  
Provincia di Bologna  
[leomag@libero.it](mailto:leomag@libero.it)

quando la performance di risposta in tre fasce, non hanno raggiunto la sufficienza il 45% dei lavoratori "semplici", il 36% dei sicuristi, il 30% degli addetti al monitoraggio gas e il 29% dei preposti. Riguardo invece all'apprendimento, solo metà dei lavoratori ha raggiunto la sufficienza sulle procedure, mentre nelle domande relative ai divieti, sono risultati sufficienti più dei tre quarti. I preposti hanno dimostrato di conoscere poco alcune delle loro attribuzioni e responsabilità, mentre i sicuristi sono andati decisamente meglio. Infine, la performance degli addetti al monitoraggio gas è stata ancora più modesta di quella dei lavoratori "semplici": in questo caso, però, va tenuto conto che si tratta di persone con enormi responsabilità, da cui dipende la sicurezza di tutti. Per quel che riguarda il comportamento da tenere in caso di emergenza, è prevalso un approccio individuale al problema: non per niente la risposta più gettonata è stata quella più spontanea ed elementare, ovvero scappare. In generale gli intervistati hanno mostrato una scarsa capacità di esporre le azioni da compiere in sequenza logico-cronologica e una certa tendenza a scavalcare il livello organizzativo interno all'azienda, rivol-

gendosi direttamente all'interlocutore esterno (118, vigili del fuoco). Inoltre, l'approccio al comportamento da tenere in caso di emergenza sembra fondato più sul buon senso, sulla conoscenza empirica, sulla pratica e l'esperienza, piuttosto che su un insieme di conoscenze e metodologie organiche apprese in un percorso formativo. Considerando invece il comportamento sul campo, i due elementi più significativi emersi sono stati, da parte dei lavoratori, l'uso scorretto dei dispositivi di protezione individuale (caschi, cuffie antirumore, maschere facciali antipolvere, occhiali protettivi) e il mancato rispetto delle procedure di sicurezza. Dal canto loro, i preposti sembrano in sostanza abdicare clamorosamente al loro ruolo di garanti del rispetto delle procedure di sicurezza, dell'uso dei Dpi e delle norme comportamentali. Riguardo infine ai test d'ingresso-uscita, i corsi di formazione si sono dimostrati abbastanza efficaci sull'apprendimento a breve, per quanto il miglioramento prodotto sia limitato.

#### Imparare facendo

Facendo un bilancio, la formazione non è stata capace di modificare i comportamenti, o quantomeno non è

stata sufficiente.

Se il criterio principale per valutarne l'efficacia è verificare la capacità di modificare i comportamenti, non c'è dubbio che ci troviamo di fronte a un risultato negativo. Non si è riusciti, cioè, a intaccare quel sistema di norme implicite vigenti in questi luoghi di lavoro: norme non scritte, del tutto informali, magari negate e contraddette negli atti ufficiali e documentali delle imprese, tuttavia ben conosciute da tutti, cogenti per il gruppo e per i singoli, condivise o comunque accettate e riconosciute.

La scarsa efficacia della formazione taglia trasversalmente tutte le figure e tutti gli eventi formativi (di base, aziendali, specialistici), anche per lavoratori che hanno seguito percorsi formativi diversi.

Questa omogeneità di risultati sposta il baricentro dell'osservazione, e quindi l'individuazione delle criticità, dagli aspetti intrinseci dei percorsi formativi (metodologia, contenuti, docenti) a quelli del contesto in cui il percorso formativo si inserisce.

La prima criticità riguarda ciò che sta a monte dell'attività formativa vera e propria, ovvero le attività preliminari e propedeutiche, dalla valutazione di bisogni formativi alla definizione di obiettivi specifici per motivare i lavoratori a partecipare. Un secondo gruppo di criticità (che peraltro incidono molto di meno) riguarda invece i contenuti e i metodi: c'è infatti una tendenza diffusa a disperdersi su troppi argomenti e a prediligere lezioni frontali a discapito di analisi di

#### Gli altri autori

- ▶ Nicoletta Cavazza, Università di Modena e Reggio Emilia
- ▶ Amerigo Bianchi, Ausl Firenze
- ▶ Venere Pavone, Alberto Gerosa, Alberto Zinelli, Ausl Bologna
- ▶ Paolo Galli, Ausl Imola
- ▶ Valentina Fontana, psicologa sociale
- ▶ Francesca Magelli, laureanda in Scienze della formazione

casi, simulazioni, *problem solving*, ecc. Infine, uno dei punti più deboli dell'intero sistema è stata la fase di formazione aziendale sul campo, dove è clamorosamente mancato un approccio alla sicurezza e alle emergenze basato sul metodo dell'imparare facendo, processo formativo continuo che tra l'altro presuppone un decisivo ruolo strategico e operativo dei preposti. Per cercare di risolvere questi problemi, sono stati individuati una serie di correttivi da apportare ai percorsi formativi, sia nella fase preliminare sia in quella didattica d'aula (di base e specialistica) e soprattutto in sede aziendale. Senza dimenticare l'esigenza di attuare periodici interventi di *refreshing* della formazione, in particolare sui comportamenti in caso di emergenza, e di aggiornamento dei lavoratori sulle procedure di sicurezza, al variare di tecnologie, processi e modalità organizzative. ●

La versione integrale di questo articolo è disponibile sul sito [www.snop.it](http://www.snop.it); inoltre, il report completo è stato pubblicato nella collana "Contributi" della Regione Emilia Romagna (n. 47) e può essere richiesto all'indirizzo: [mignani@regione.emilia-romagna.it](mailto:mignani@regione.emilia-romagna.it)



## Chiavari: la prevenzione si sposa con la **longevità**

**Antonio Manti**

**D**escrivere e valutare non solo lo stato di salute della popolazione, ma anche gli stili di vita modificabili, che costituiscono un fattore di rischio di malattia e di mortalità: questo lo spirito dello studio "Stato di salute della popolazione della Asl 4 Chiavarese", presentato a Chiavari nel maggio del 2007. Con una peculiarità: la collaborazione tra gli specialisti della prevenzione e i clinici. Il quadro della realtà sanitaria e sociale del Tigullio, infatti, si è venuto a delineare grazie all'integrazione della valutazione dei casi di malattia da parte dei clinici con il metodo epidemiologico basato sull'osservazione demografica, sulla descrizione analitica e comparativa della mortalità e dei ricoveri e sulla stima dei fattori di rischio. La rilevazione è stata condotta utilizzando diversi dati informatizzati raccolti (schede di dimissione ospedaliera, schede Istat di decesso, movimenti anagrafici dei Comuni) e grazie alle rilevazioni epidemiologiche condotte dall'Istat sul

territorio nazionale. Per il confronto dei dati ottenuti è stato utilizzato lo studio Passi (Progressi della aziende sanitarie per la salute in Italia, vedi Snop 68), condotto anche in Liguria nel 2005, attraverso l'indagine degli stili di vita sulla popolazione residente di età compresa tra i 19 e i 69 anni.

### **Aspetti demografici**

Al 30 giugno 2006, la popolazione residente nei trenta Comuni della Asl 4 Chiavarese ammontava a 147.810 persone, numero che si è mantenuto sostanzialmente stabile dal 2000. Nella popolazione italiana totale, quella della Asl 4 è generalmente più vecchia: i giovani al di sotto dei 15 anni sono il 10,8% (contro il 14,1% dell'Italia) e la cosiddetta popolazione attiva (tra i 15 e i 64 anni) è pari al 61,3%, mentre a livello nazionale arriva al 66,5%. Il rapporto anziani-giovani è quasi il doppio di quello nazionale, così come sono più numerosi i lavoratori anziani rispetto a quelli

**È la Asl che presenta la popolazione più vecchia della Liguria e una delle più longeve di tutto il Paese: gli "over 64" sono quasi una volta e mezza rispetto all'Italia e i "grandi vecchi", dagli 84 in su, sono addirittura il doppio dei coetanei nazionali. La Asl 4 Chiavarese può quindi essere considerata un vero e proprio laboratorio sociale per studiare la transizione demografica che la popolazione italiana subirà nei prossimi decenni e proporre quindi soluzioni ai problemi socio-sanitari di una comunità dall'età sempre più avanzata.**

giovani. A prevalere nettamente è la componente anziana: gli over 64 anni sono quasi una volta e mezza rispetto all'Italia e i "grandi vecchi", oltre gli 84 anni, sono addirittura il doppio dei coetanei nazionali (4% contro il 2%). La popolazione della Asl 4 Chiavarese si conferma quindi come la più anziana della Liguria, che a sua volta è la Regione più longeva del Paese (over 64: 27,8% contro 26,5% a livello regionale, over 84: 4% contro 3,2% a livello regionale). Sulla base delle proiezioni Istat, la transizione demografica che la nostra popo-

lazione ha vissuto negli ultimi decenni prefigura il cambiamento che quella italiana subirà nei prossimi decenni: la Liguria, e in particolare la Asl 4, può quindi costituire un laboratorio sociale di interesse nazionale per affrontare e proporre soluzioni ai problemi socio-sanitari di una comunità dall'età sempre più avanzata. Per quanto riguarda gli stranieri, i non residenti sono circa 500, sulla base del codice Stp (Straniero temporaneamente presente), mentre i residenti sono il 3,6% dei totali, meno rispetto alla media regiona-

le (4,1%) e nazionale (5%). Solo alcuni Comuni superano il 5% (Portofino, Rapallo sulla costa, Favale, Neirone, Mezzanego nell'entroterra). Gli immigrati migliorano il tasso di natalità, con un tasso del 18,6 per mille rispetto al 7,5 dei residenti totali, e contribuiscono al ringiovanimento complessivo della popolazione: la piramide dell'età degli stranieri è molto diversa da quella dell'intera Asl, con una maggiore presenza di giovani e una minore presenza di anziani.

#### Il quadro della mortalità

Negli ultimi vent'anni si è assistito al progressivo aumento dell'età media di decesso, in entrambi i sessi: mediamente, ogni quattro anni se ne guadagna uno di vita. Il numero assoluto dei decessi è in diminuzio-

ne fra gli uomini, mentre è stabile fra le donne. Tra le cause di morte, al primo posto ci sono le patologie cardiovascolari, seguite dai tumori e dalle malattie respiratorie. Rispetto ai dati regionali del 2000, tra il 2001 e il 2005 la mortalità è diminuita, sia complessivamente sia per le malattie cardiovascolari, mentre è sovrapponibile per i tumori e più alta per le patologie dell'apparato respiratorio. Per quanto riguarda la mortalità evitabile (tra i 5 e i 64 anni), i tassi standardizzati indicano un netto calo fra i maschi dei decessi legati agli stili di vita e all'esposizione occupazionale, passando da 105 casi evitabili ogni 100 mila uomini nel 1986 a 56 nel 2005. Fra le donne, invece, grazie allo screening mammografico e citologico, tra il 1986 e il 2005 la mortalità è diminuita di 10 decessi ogni 100

mila donne. Anche la mortalità evitabile per cardiopatia ischemica mostra un netto recupero fra gli uomini, passando da 29 a 10 decessi ogni anno su 100 mila, non solo grazie agli stili di vita, ma anche all'intervento sanitario tempestivo nella fase acuta. Gli anni di vita persi per morte prematura, calcolati rispetto a una popolazione standard, consentono invece di associare il numero degli eventi fatali con l'età in cui avvengono. Ordinando le principali cause di decesso per gli anni di vita persi, si ottiene una classifica della mortalità prematura (vedi tabella).

#### L'impatto del fumo

Nella Asl 4 Chiavarese si stima che fumino 30.824 persone, pari al 23,1% della popolazione residente. Tra i ragazzi di 14-24

anni fuma il 22% e il 19% si dichiara fumatore abituale. I potenziali fumatori passivi in famiglia, che non fumano ma convivono con almeno un fumatore e presumibilmente ne subiscono gli effetti negativi, sono 25.385, con una prevalenza di 19,3 fumatori passivi ogni 100 residenti. Complessivamente, si stima che più di un terzo della popolazione residente (circa 56.200 persone) sia venuto a contatto diretto o indiretto con il fumo di sigaretta. Il tumore polmonare e la broncopneumopatia cronica ostruttiva sono malattie strettamente legate al fumo: rispettivamente, l'89% e l'85% dei casi sono infatti attribuibili a questo fattore di rischio. Ogni anno nella Asl 4 sono attesi circa 92 nuovi casi di tumore al polmone fra gli uomini e 21 fra le donne, di

Tabella  
Anni di vita persi per morte prematura nella Asl 4: classifica 2001-2005

maschi		femmine				
media di casi all'anno	anni di vita persi all'anno	classifica delle patologie			media di casi all'anno	anni di vita persi all'anno
78	1048	tumori polmonari maligni	1	malattie cerebrovascolari	121	942
104	999	cardiopatia ischemica	2	cardiopatia ischemica	90	687
71	603	malattie cerebrovascolari	3	tumori maligni della mammella	38	558
33	561	cause accidentali	4	tumori polmonari maligni	27	412
31	377	tumori del colon-retto	5	tumori del colon-retto	32	350

cui circa cento casi attribuibili al fumo. Nel caso della Bpco, che secondo l'Organizzazione mondiale della sanità costituisce la terza causa di morte fra le malattie respiratorie croniche, bisogna considerare anche decorso cronico e disabilità associate: nel 2005 i pazienti in trattamento con ossigenoterapia domiciliare nella Asl 4 sono stati 126, ovvero la metà dei pazienti ricoverati per cause respiratorie in quell'anno. Inoltre, al fumo di sigaretta è attribuibile anche il 35,7 % dei casi di cardiopatia ischemica: nel 2005, a fronte dei 626 ricoveri ordinari, 219 sono stati quelli riconducibili al fumo (fermo restando che nel nostro territorio gli eventi coronarici maggiori sono più frequenti a causa della composizione più anziana della popolazione). Analizzando i ricoveri per patologia cerebrovascolare, è stato poi possibile valutare il 92% dei casi di ictus avvenuti nell'Asl 4. Facendo una proiezione al 2011 e al 2021, si stima che l'incidenza di ictus aumenterà con una distribuzione differente in base all'età: complessivamente, dai 556 casi del 2000, si passerebbe a 614 nel 2011 e a 661 nel 2021, con lieve riduzione (-4 %) prima dei 74 anni e un sostanziale incremento al di sopra dei 75 (+32%). Visto che la quota di patologia attribuibile al fumo è del 32% prima degli 80 anni e del 17,3% oltre, si può stimare che il numero

dei casi attribuibili al fumo di sigaretta siano 126 per il 2000, 135 per il 2011 e 143 per il 2021. L'aumento dei casi di ictus avrà importanti ripercussioni sulla mortalità precoce e sulla disabilità residua e richiederà di concentrare le risorse nella gestione della fase acuta della malattia. Gli obiettivi di un'azione globale nei confronti del fumo dovrebbero mirare a ridurre la percentuale di fumatori e a proteggere i non fumatori, soprattutto i bambini e le donne in gravidanza. I provvedimenti di natura preventiva devono valorizzare l'individuo, ma non possono prescindere dalle responsabilità della collettività e dalle scelte produttive ed economiche. Le strutture sanitarie rappresentano quindi solo un anello nella catena della prevenzione, ma possono comunque adottare interventi di provata efficacia a costi sostenibili. L'intervento clinico minimo di efficacia provata, raccomandato nelle principali linee guida nazionali e internazionali, è quello noto con la sigla delle "cinque A: *ask, advise, assess, assist, arrange*" ("chiedi, consiglia, valuta, assisti, pianifica il follow up"). I primi due interventi sono quelli che presentano la massima efficacia provata e dovrebbero essere presenti in ogni incontro tra il paziente e l'operatore sanitario. Tra gli interventi proposti dal Piano nazionale della prevenzione 2005-

2007 c'è l'uso della Carta del rischio cardiovascolare, che permette di considerare, anche in relazione all'abitudine al fumo, la probabilità di ammalarsi di un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus).

### Alcol e sovrappeso

Nel territorio della Asl 4, circa 9 mila persone (il 6,9% della popolazione) hanno l'abitudine di consumare alcolici fuori pasto, 6500 (4,8%) bevono birra tutti i giorni e 7500 (5,65%) assumono più di mezzo litro di vino al giorno. Inoltre, fra i giovani di 15-24 anni comincia a emergere il fenomeno del *binge drinking*, per esempio il 10,2% dei giovani (1366 ragazzi) riferisce di aver consumato, almeno una volta, cinque bevande alcoliche di fila lontano dai pasti. Si tratta di un comportamento prevalentemente maschile, sempre meno contrastato in Italia, che segnala una convergenza verso i modelli anglosassoni e che espone fortemente al rischio di abuso. L'intervento breve, qualificato e strutturato rappresenta un approccio di prevenzione primaria che riduce il rischio di incorrere in patologie e problematiche correlate all'alcol. L'Oms propone ai medici di medicina generale di somministrare ai pazienti il test Audit (Alcohol Use Disorders Identification

### gli autori

**Antonio Manti**  
dipartimento di  
Prevenzione,  
Asl 4 Chiavarese  
[amanti@asl4.liguria.it](mailto:amanti@asl4.liguria.it)

**Maura Ferrari Bravo**  
Igiene e sanità pubblica,  
Asl 4 Chiavarese

Test), che consente di identificare i soggetti a rischio. La diagnosi precoce e il successivo intervento possono alleviare i problemi sanitari e sociali dovuti al bere e quindi ridurre i rischi futuri legati all'eccessivo consumo di alcolici. L'altro fattore di rischio per la salute considerato nell'indagine è rappresentato da sovrappeso e obesità: nella Asl 4 Chiavarese la prevalenza stimata dei soggetti obesi è di 9,8 ogni 100 residenti (per entrambi i sessi), superiore alla media italiana a causa della struttura della nostra popolazione. Tra i soggetti in sovrappeso, invece, c'è una netta prevalenza maschile (44% contro 28,5%), viceversa per quanto riguarda i sottopeso (5,3% delle donne e 0,9% dei maschi). La gestione del peso nell'assistenza sanitaria primaria o di comunità prevede, come primo approccio, l'identificazione del paziente obeso o in sovrappeso tramite il calcolo dell'indice di massa corporea o della circonferenza del girovita e successivamente la valutazione obiettiva del suo stato di salute con l'analisi dei fattori di rischi a cui è esposto. ●

Il testo completo del lavoro è disponibile sul sito dell'Asl 4 Chiavarese all'indirizzo [www.asl4.liguria.it/ovinternet/Resource/Doc/stato\\_di\\_salute2007.pdf](http://www.asl4.liguria.it/ovinternet/Resource/Doc/stato_di_salute2007.pdf)

## Ascoltarsi per migliorare

**Giorgio Di Leone, Giuseppe Trani, Saverio Falco,  
Mauro Carino, Domenico Lagravinese**

Uno strumento condiviso e utilizzato anche in campo sanitario per elaborare e valutare metodi di misura e miglioramento qualitativo delle prestazioni è il *clinical audit*, ovvero l'analisi critica e sistematica condotta dal personale sulle problematiche incontrate nel corso della propria attività professionale. A partire dal 2002, il Servizio prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro della ex Ausl Bari 3 ha utilizzato questo approccio per individuare gli aspetti critici nell'attività dei medici competenti e definire nuovi standard qualitativi di riferimento.

A partire dagli anni Ottanta, la necessità di destinare al meglio le risorse, sempre più contenute, destinate all'assistenza sanitaria e di definire i criteri per verificarne appropriatezza ed efficacia è diventata oggetto di un vivace dibattito, che nel tempo si è allineato sempre di più secondo i filoni della qualità e della *evidence based medicine*. In particolare, l'Ebm ha mostrato limiti applicativi piuttosto significativi che, tra le altre cose, hanno portato a rivedere la ricerca della dimostrazione dell'efficacia e della qualità delle prestazioni sanitarie.

Progressivamente, l'Ebm è diventata infatti una componente non esclusiva di un sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccezionale clinica, meglio noto come *clinical governance*. Si tratta quindi di rendere operante un sistema di attività che tenda a responsabilizzare maggiormente gli operatori sanitari nella corretta gestione delle risorse disponibili, per raggiungere

re i migliori risultati possibili per i loro assistiti.

### **Dall'Ebm al clinical governance**

Il tentativo di applicare i principi di appropriatezza ed efficacia nel campo delle attività di prevenzione ha comportato la difficoltà di superare la rigidità del sistema dell'Ebm, valorizzando le esperienze più significative, successivamente confluite nei principi ispiratori dell'*evidence based prevention* e della cosiddetta *prevention governance*.

In molte occasioni si è dovuto procedere per analogia, cercando di applicare in un contesto di prevenzione concetti e metodologie valide per un approccio puramente clinico, facendo riferimento alle esperienze già esistenti in questo settore.

In questo senso, una delle più moderne definizioni di qualità dell'assistenza sanitaria è quella di Richard Baker, direttore dell'unità di Ricerca e di sviluppo del *clinical governance*

dell'Università di Leicester: «la qualità può essere definita come il giudizio su un elemento dell'assistenza sanitaria. Questo giudizio è determinato dalla misura in cui gli aspetti tecnici dell'assistenza sanitaria concordano con le migliori prove oggi disponibili, oppure, in mancanza di prove, con l'opinione più accreditata, è conforme alle preferenze dei pazienti ed è autorizzato dai codici che regolano la pratica clinica, esplicitamente espressi mediante regolamenti e legislazioni o impliciti nell'opinione pubblica». Questa definizione, riportata nel contesto della prevenzione, in particolare quella degli infortuni e delle malattie professionali, deve fare riferimento non solo alle migliori prove oggi disponibili o all'opinione più accreditata, ma anche alle precise indicazioni normative e agli standard tecnici di riferimento (Iso, Uni, En) che si sono succeduti nel tempo, che impongono un chiaro e ben definito standard qualitativo delle prestazioni sanitarie. Sarà necessario, inoltre,

valorizzare la professionalità del medico che, partendo dall'osservazione, dall'indagine e dalla comprensione dei fenomeni, forte anche di un aggiornamento professionale costante e approfondito, tenda allo sviluppo e alla trasmissione di competenze originali e adeguate ai problemi esistenti.

### Una questione di ascolto

Attualmente uno strumento accettato e utilizzato in modo diffuso per elaborare e valutare metodi di misura e miglioramento qualitativo delle prestazioni è il *clinical audit*. Anche la definizione più convincente di *clinical audit*, quella del Department of Health inglese, è applicata all'assistenza sanitaria, e andrà pertanto ribaltata per analogia nel campo della prevenzione: «il *clinical audit* è un processo che consiste nel monitorare le procedure utilizzate nella diagnosi, nell'assistenza e nella terapia, nell'esaminare come le diverse risorse vengono usate in sinergia e nel valutare l'effetto delle cure sui risultati e sulla qualità di vita del paziente». In altre parole, si tratta quindi dell'analisi critica e sistematica condotta dal personale sanitario sulle problematiche incontrate nel corso della propria attività professionale. Secondo il Department of Health, l'*audit* dovrebbe essere un processo multidisciplinare, quando possibile, che si sviluppa focalizzandosi sui bisogni dell'assistito e che produce una cultura di

continua valutazione e miglioramento dell'efficacia degli interventi basata sui risultati ottenuti. Nel caso in cui questo continuo processo di valutazione non sia multidisciplinare, ma venga effettuato esclusivamente coinvolgendo personale medico è più corretto parlare di *medical audit*.

Il processo deve innanzitutto partire dalla definizione degli standard qualitativi, che nel caso della medicina del lavoro sono rappresentati dalle normative vigenti, dagli standard tecnici di riferimento e dalle linee guida prodotte dagli organi di controllo o dalle società scientifiche.

Questo modello può assumere valore assoluto unicamente in quanto "livello minimo raggiungibile", ma in un contesto specifico si può concordare uno standard superiore che soddisfi quindi maggiormente le aspettative degli utenti. Si

devono quindi concordare dei criteri che forniscano informazioni pratiche e dettagliate su come raggiungere questo standard. Il complesso sistema, avviato a partire dal 1994 con l'emanazione del Decreto legislativo 626, ha individuato tra le varie figure deputate alla gestione della sicurezza negli ambienti di lavoro il medico competente (nel caso in cui i rischi lavorativi presenti in azienda lo richiedano).

La figura e le funzioni del medico competente, così come attualmente definito, vengono in realtà chiariti e precisati a partire dal Decreto legislativo 277 del 1991, mentre l'operatività è chiarita da numerose linee guida prodotte sia dal coordinamento delle Regioni, sia da Ausl di tutto il territorio nazionale.

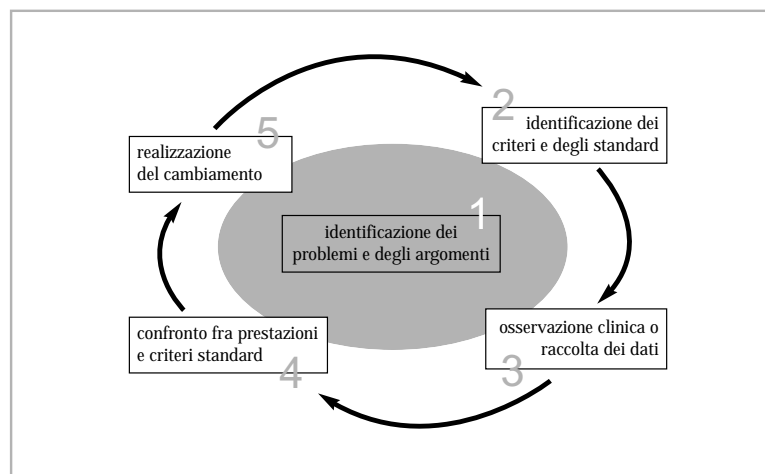
Analogamente, diverse società scientifiche e di categoria (tra cui Snop), in

parte supportate dalle università, hanno indicato i percorsi per assicurare uno standard qualitativo nell'attività del medico competente.

### Un'esperienza locale

Il Servizio prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro della ex Ausl Bari 3, che opera su un territorio a significativa vocazione agricola in cui però spiccano in particolare i comparti del mobile imbottito e delle costruzioni, ha rilevato che l'operatività dei medici competenti non è sempre allineata con i comuni standard di qualità. Nonostante abbiano un ruolo fondamentale per la prevenzione degli infortuni professionali e delle malattie correlabili all'attività lavorativa, infatti, spesso sono portati ad assumere atteggiamenti professionali non sempre conformi alla

Figura  
Il ciclo del clinical o medical audit, dall'individuazione dei problemi alla realizzazione dei cambiamenti necessari per risolverli.





normativa o alle conoscenze tecniche e scientifiche disponibili.

A partire dal 2002, per intraprendere un processo di *prevention governance*, sono stati quindi avviati una serie di incontri a cadenza mensile tra i medici del Servizio prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro della ex Ausl Bari 3 e i medici competenti che operano sul territorio di competenza, ampiamente rappresentativi delle realtà produttive di questa zona. Obiettivo degli incontri era realizzare un *medical audit* per individuare gli aspetti critici nell'attività dei medici competenti e definire nuovi standard qualitativi di riferimento. In particolare, si è cercato di definire

condividere un codice di corretta prassi che i professionisti che hanno partecipato agli incontri e che hanno sottoscritto i documenti elaborati dal gruppo di lavoro si sono impegnati a rispettare, elevando così la qualità del proprio lavoro anche al di sopra di quanto previsto dalle norme.

Si è perciò aperto una sorta di tavolo di lavoro permanente, che ha affrontato e affronterà nel tempo tutti gli aspetti del lavoro del medico competente nelle varie tipologie di azienda per giungere alla pubblicazione di documenti condivisi di riferimento.

Parallelamente, si è avviato un programma formativo per assicurare lo stesso livello di aggiornamento professionale sia ai medici competenti che operano sul territorio, sia ai medici che ne effettuano la vigilanza sull'applicazione delle norme. Un obiettivo altrettanto importante è favorire confronto e condivisione delle conoscenze tra i diversi attori della prevenzione.

Un altro obiettivo è certamente quello di poter uti-

lizzare l'attività di sorveglianza sanitaria come base per studi epidemiologici di comparto, in linea con il concetto di *best practice*. Ovvero il modo migliore per identificare, raccogliere, valutare e applicare le conoscenze relative ai risultati degli interventi sanitari su gruppi di lavoratori esposti o di programmi di prevenzione. In quest'ottica è in fase di realizzazione un'esperienza di prevenzione delle patologie da movimenti ripetuti e controresistenza degli arti superiori nel comparto del mobile imbottito.

#### Un bilancio in attivo

Facendo un bilancio di quanto fatto sinora, l'audit ha consentito di analizzare le varie fasi dell'attività del medico competente sia in azienda (anche riguardo ai rapporti con le altre figure coinvolte nella gestione della sicurezza, come datori di lavoro, Rspp, Rls), sia rispetto ad altri enti come Ausl, Ispettorato del lavoro, Inail, ecc. Sono emersi numerosi aspetti critici che determinano non solo una

riduzione della qualità della prestazione sanitaria, ma anche eventuali responsabilità dirette di tipo penale.

Sulla base di questa analisi è stato possibile definire criteri e standard qualitativi, inizialmente riferibili al minimo previsto dalle normative, dagli standard tecnici e dalle linee guida, ma poi anche al di sopra del livello minimo obbligatorio, per cercare di migliorare la qualità delle prestazioni. Si è quindi proceduto con l'analisi dettagliata di alcuni aspetti dell'attività professionale del medico competente aziendale, avviando un confronto fra le differenti procedure operative attivate da ciascun professionista coinvolto nel gruppo di lavoro. I dati raccolti e descritti sono stati quindi confrontati con gli standard precedenti, evidenziando le discrepanze e gli aspetti da approfondire o rivedere. Sono quindi state definite nuove procedure per assicurare gli standard qualitativi predefiniti, sottoscritte dai partecipanti al gruppo di lavoro, che si sono quindi reciprocamente impegnati a rispettarli. ●

#### gli autori

**Giorgio Di Leone,**  
**Giuseppe Trani,**  
**Saverio Falco,**  
**Mauro Carino,**  
**Domenico**  
**Lagravinese**  
Asl Bari  
(ex Ausl Bari 3)  
*gdileone@tin.it*