

# Piano Integrato Locale degli interventi di promozione della salute

*annualità 2010*

**Direzione Sanitaria**

Dipartimento di  
Prevenzione Medico  
Dipartimento Cure  
Primarie e Continuità  
Assistenziale

**Direzione Sociale**

Dipartimento per le  
Dipendenze



## SOMMARIO

A. Abstract .....	pag. 3
B. Introduzione.....	pag. 4
C. Analisi di contesto.....	pag. 5
D. Coordinamento e gestione integrata tra progetti.....	pag. 20
E. Modalità di coordinamento e gestione integrata dei progetti fra servizi , dipartimenti e soggetti esterni.....	pag. 21
F. Sintesi di priorità.....	pag. 26
G. La comunicazione della salute e il Marketing sociale.....	pag. 28
H. Progetti, Obiettivi, Metodologie utilizzate.....	Pag. 30
I. Piano di valutazione.....	pag. 36

## A. ABSTRACT

Il “Piano Integrato Locale per la promozione di sani stili di vita 2010” della ASL della Provincia di Varese, in continuità alla progettazione degli anni precedenti punta sempre di più sull’integrazione tra le diverse articolazioni dell’ASL e del territorio sia sanitarie che non, impegnate nel raggiungimento di obiettivi condivisi di implementazione del benessere generale della popolazione.

La progettualità parte dalle competenze assegnate al Dipartimento di Prevenzione Medico (attività fisica, alimentazione e tabagismo) per includere via via le competenze del Dipartimento delle Dipendenze (prevenzione delle dipendenze), con il coinvolgimento attivo del Dipartimento delle cure Primarie.

Da una approfondita analisi epidemiologica e di contesto territoriale e comportamentale, sono state individuate le priorità di intervento oggetto di progettualità integrata.

Gli strumenti operativi sui quali è stata costruita la pianificazione fanno riferimento alle teorie che identificano nell’empowerment il fulcro di ogni intervento di promozione della salute.

In quest’ottica si rivela di fondamentale importanza la realizzazione del progetto n. 18: Implementazione di una rete per la gestione integrata degli interventi di promozione della salute sul territorio, con un coordinamento strategico sanitario, che consenta di delineare le politiche di intervento ottimali su tutto il territorio aziendale.

Il "Piano Integrato Locale per la promozione di sani stili di vita 2010" della ASL della Provincia di Varese, Pianificazione e Programmazione 2010 viene steso in coerenza agli indirizzi indicati dalla Regione Lombardia, al quadro normativo e alle indicazioni contenute nel Documento di programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari per l'anno 2010.

Nel 2010 sarà necessario, in primo luogo, implementare l'azione di coordinamento e integrazione con le strutture intraziendale e gli Enti e i soggetti interessati ai progetti di promozione della salute, attraverso l'attività del Tavolo Tecnico di Coordinamento e dei gruppi di lavoro.

I quattro principi ispiratori del programma e attorno ai quali verranno sviluppati/completati tutti i progetti saranno: integrazione, intersettorialità, empowerment e implementazione dell'autonomia locale.

*Integrazione*, tra le diverse componenti dell'ASL: Dipartimenti, Servizi e Aree Distrettuali, con gli altri soggetti del sistema sanitario e socio-sanitario: Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia, Medici della Continuità Assistenziale, Strutture Sanitarie, RSA, ecc. ma anche creando alleanze tra i diversi soggetti della comunità locale, pubblici e privati che giocano un ruolo determinante nel condizionare scelte che servano a promuovere e valutare la salute e il benessere come bene individuale e collettivo (USP, Provincia, Comuni, Enti territoriali, piani di zona, società scientifiche, associazioni, volontariato, aziende, consorzi, cooperative, ...), in una logica di **progettazione partecipata**.

*Intersettorialità*, per poter avvalersi e coinvolgere anche capacità e conoscenze afferenti ad ambiti culturali e discipline diversi, non strettamente sanitari, al fine di affrontare problematiche per loro natura complesse con strumenti adeguati ed il proposito di raggiungere risultati concreti e obiettivamente.

*Empowerment*, come risultato delle collaborazioni interdisciplinari e intersettoriali, delle persone destinatarie, dei portatori di interesse, degli amministratori, delle comunità locali. E' necessario passare da un approccio psicosociale, rivolto in primo luogo all'individuo o a piccoli gruppi e basato sulla rimozione del comportamento errato o dello specifico fattore di rischio di malattia ad un modello di empowerment, implementando le capacità di controllo e l'assunzione di responsabilità da parte dei singoli individui o di una comunità, concentrandosi quindi sui determinanti sociali: dal saper fare al saper essere.. L'empowerment è uno strumento di provata efficacia per il miglioramento della salute (sia esso individuale o di comunità), e deve essere considerato un obiettivo prioritario di Sanità Pubblica. Esistono numerose dati scientifici che ne dimostrano l'efficacia nell'elaborazione delle politiche, nella realizzazione e nella valutazione di programmi di promozione della salute e la validità nel favorire cambiamenti favorevoli al ben-essere.

E' pertanto la corretta metodologia a fondamento di ogni programma di promozione della salute.

Ogni fascia d'età presenta peculiarità specifiche e caratterizzanti che determineranno quale metodologia sia più idonea: empowerment individuale, di gruppo, o di comunità, life skills, approccio integrato.

Il successo nell'applicazione di queste metodologie è strettamente vincolato alla corretta formazione degli operatori, sia come attori direttamente agenti sulla popolazione target, sia come facilitatori/moltiplicatori. Quest'ultimo ruolo, mai sufficientemente enfatizzato per gli operatori sanitari, appare determinante per implementare efficaci interventi di comunità, in cui è indispensabile superare l'approccio top-down, fornendo nuove competenze ai professionisti della promozione della salute, rendendoli capaci di un reale coinvolgimento delle comunità locali. L'attività di formazione non deve limitarsi alla semplice trasmissione di informazioni o tecniche, ma deve essere in grado costruire competenze (capacity building), determinando cambiamenti organizzativi e di leadership.

*Implementazione dell'autonomia locale*, di enti o gruppi di popolazione, nel percorso "salute e benessere" garantendo loro nel contempo la collaborazione e il supporto dell'ASL.

A completamento dell'attività progettuale, ma non di minore importanza metodologica, dovrà essere la pianificazione di iniziative che si sono dimostrate sul campo **efficaci** per raggiungere gli obiettivi delle azioni di promozione della salute

La pianificazione e programmazione del 2010, già tracciata negli scorsi anni, non può attuarsi in un breve arco temporale, la modifica dei determinanti di salute e la valutazione dei risultati, in particolare dell'efficacia in termini di risultati di salute e benessere necessitano di tempi più lunghi e di azioni continue e coordinate.

Il piano sarà inoltre oggetto di verifiche periodiche che permetteranno di apportare integrazioni e aggiustamenti coerenti ai bisogni emergenti, alle risorse disponibili e alle eventuali opportunità che si presentassero in fase di attuazione.

## C. ANALISI DI CONTESTO

### Lo stato della salute della popolazione dell'ASL della Provincia di Varese

Nella programmazione degli interventi di prevenzione e controllo occorre sottolineare anzitutto la particolare complessità territoriale e demografica della Provincia di Varese. Il territorio ha una superficie di 1119 km quadrati e si contano 141 comuni, con una popolazione complessiva di circa 855.560 abitanti, in costante crescita da alcuni anni.

Età	Abitanti	Percentuale
< 15	116726	13.6
15 – 64	566132	66.2
> 64	172702	20.2
Totale	<b>855560</b>	100.00
<b>di cui:</b>		
Maschi	416252	48.7
Femmine	439308	51.3

La natalità supera la mortalità, con inversione dal 2004 della tendenza descritta negli ultimi anni.

L'invecchiamento aumenta ogni anno; i Distretti con l'indice di invecchiamento più elevato sono quelli di Varese, Sesto Calende, Busto Arsizio e Cittiglio (Dati Osservatorio Epidemiologico).

Sono 8.378 i nuovi nati al 1 gennaio 2009, di cui 4364 maschi e 3863 femmine (dati ISTAT al 01.01.09); i residenti minorenni (0-17 anni) sono protagonisti di una costante crescita numerica, in particolare risulta significativa la crescita delle classi di età più basse (0-2 anni e 3-5 anni). Quasi un minorenne su 10 (il 9,7%) è di nazionalità straniera. Complessivamente i minori rappresentano il 16,4% di tutta la popolazione residente in provincia e il 24,3% di quella straniera, a conferma della struttura decisamente più giovane di quest'ultima e dell'apporto fornito all'incremento naturale.

La popolazione anziana (> 64 anni) rappresenta circa un quinto dei residenti della provincia e nel periodo 2000-2007 ha fatto registrare un incremento medio del 21,9%.

In particolare, prosegue l'aumento degli ultrasessantacinquenni, che rappresentano la componente più propriamente definibile come anziana. Caratteristica della popolazione anziana continua ad essere il maggior peso della componente femminile, in particolare nelle fasce di età più avanzate.

A livello di singoli comuni percentuali superiori alla media provinciale di ultrasessantacinquenni si riscontrano in quelli della fascia costiera del lago Maggiore, nelle valli del luinese e nei comuni di dimensioni maggiori. (Fonte: Osservatorio Provinciale Politiche Sociali – la popolazione residente in provincia di Varese al 31.12.2007)

La popolazione straniera, proveniente da paesi a forte pressione migratoria, si stima abbia raggiunto le 65.000 unità (+ 13% rispetto all'anno 2007) e rappresenti il 7,5% dei residenti in complesso, con una crescita costante, anche se differenziata in funzione delle aree di provenienza. Per area di provenienza vi sono al primo posto gli stranieri di origini europee (complessivamente il 46,1%), al secondo quelli di origini africane (27,3%), cui seguono quelle asiatiche (13,8%) e latino-americane (12,3%).

A livello territoriale le concentrazioni più significative della popolazione straniera si riscontrano negli ambiti di Varese e Gallarate.

Per quanto riguarda gli stranieri irregolari, si stima che siano presenti nel territorio provinciale una media di 5400 persone, in lieve calo, rispetto al 2007. (Fonte: Rapporto 2008 Gli Immigrati in Lombardia – ISMU – Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità)

Lo studio della mortalità e della morbosità in atto attraverso diversi strumenti conoscitivi (registro di mortalità, registro tumori, ricoveri ospedalieri, registri di patologia ecc) mostra la presenza di patologie legate all'invecchiamento della popolazione ma anche agli stili di vita e alla particolare complessità sociale, geografica ed ambientale. Le tre cause di mortalità più frequenti sono le malattie cardiovascolari, i tumori e le malattie respiratorie. Le malattie che colpiscono precocemente, pesando maggiormente come anni di vita persi, sono i tumori, le cause violente e le malattie cardiocircolatorie. I Distretti con l'indice di invecchiamento più elevato sono anche quelli con maggiore mortalità.

La prima causa di mortalità negli uomini, nell'anno 2008, come anche nell'anno 2007, sono i tumori, con 1458 casi complessivi, di cui il tumore del polmone, con 401 casi (pari al 27,5%) e il tumore del colon retto con 155 casi (pari al 10,6%), sono i più frequenti. La seconda causa di morte è rappresentata dalle malattie

cardiocerebrovascolari. Nelle donne la causa di morte più frequente, nell'anno 2008, sono state le malattie cardiocerebrovascolari, seguite subito dopo dai tumori, con complessivi 1180 casi, di cui il più frequente è tuttora il tumore della mammella con 231 casi (pari al 19,5 %), seguito dal tumore del colon-retto con 151 casi (pari al 12,7%) e dal tumore del polmone con 99 casi (pari al 8,3%).

Si segnala il costante aumento della mortalità nelle donne per tumore del polmone, che riconosce, nel fumo di tabacco, la causa di morte evitabile più importante.

E anche per le malattie cardiocerebrovascolari sono noti i fattori di rischio evitabili e che aumentano il rischio di sviluppare tale patologia: il fumo di tabacco, l'iperglicemia, l'ipercolesterolemia, l'obesità, l'ipertensione arteriosa, la sedentarietà. Tutti questi rischi possono essere fortemente ridotti dall'adozione di sani stili di vita.

Particolare attenzione deve essere inoltre posta all'andamento della mortalità di tumori per i quali sono attivi nella nostra ASL programmi di screening, quali quello per la diagnosi precoce del tumore della mammella o per la diagnosi precoce del tumore del colon retto e all'andamento delle mortalità per cause violente, quali quelle per incidenti stradali.

Il numero totale di decessi per malattie infettive è risultato 79, pari allo 1,0% dei morti totali; di essi il 14,4% è ascrivibile all'AIDS.

Importante è la quota di ricoveri per incidenti stradali e domestici e per patologie respiratorie, queste ultime in qualche modo correlate al rapporto ambiente – salute.

Anche fra giovani della Provincia di Varese, l'obesità e il sovrappeso rappresentano una rilevante problematica di natura sanitaria; tali condizioni riconoscono i principali fattori di rischio in comportamenti e stili di vita scorretti, in particolare alimentazione inadeguata e sedentarietà.

Gli incidenti stradali (codici E810-E819) sono stati 66, di cui l'81,8% nei maschi; nel 2007 erano stati 63. Il tasso corrispondente è pari a 7,6 per 100.000 ab., inferiore a quello nazionale (9,6 dato Istat 2007) e a quello lombardo (9,2 dato Istat 2007). La distribuzione per età è diversa nei due sessi, infatti l'età mediana è risultata 49,0 nei maschi e 62,0 nelle femmine. Inoltre il numero dei casi in età precoce (sotto i 45 anni) sono per i maschi 6 volte di più rispetto alle femmine. (Fonte: Rapporto epidemiologico sulla mortalità nell'ASL della Provincia di Varese - anno 2008 – Servizio Osservatorio Epidemiologico e Sistemi Informativi).

Per quanto riguarda l'ambiente sociale, nelle città più grosse (quali, Varese, Busto Arsizio, Gallarate), ma in parte anche in molti altri comuni, soprattutto localizzati nella parte meridionale, le maggiori problematiche legate all'inurbamento si riferiscono alla congestione da traffico, alla qualità dell'aria, al rumore, alle qualità delle strutture abitative (molte edificate negli anni del boom economico degli anni '60 -'70), alla vicinanza di aree residenziali con aree produttive, allo sviluppo edilizio ed urbanistico accentuato, spesso non commisurato all'incremento adeguato della disponibilità di servizi; inoltre, specie in alcuni centri, la pressione migratoria è stata negli ultimi anni assai elevata, determinando spesso occupazione di spazi abitativi a standard piuttosto modesto da un punto di vista igienico-sanitario.

Fra le cause di disturbo per la popolazione in ambito urbano, un ruolo importante è rivestito nelle aree centro-meridionali della provincia dalla presenza della pianta Ambrosia, diffusa in maniera massiva in particolare nei comuni dell'area di Malpensa.

In Provincia sono installati numerosi impianti di radiocomunicazione (telefonia cellulare, radio, televisione), soprattutto intorno ai grossi centri urbani e nell'area prealpina. La recente mappatura disposta dalla Regione ha evidenziato inoltre la presenza di aree settentrionali del territorio provinciale ad aumentato rischio radon.

La rete dei servizi sociali e sanitari è nel complesso assai sviluppata, con maggiori facilità di fruizione nei grossi centri urbani e nelle aree centro-meridionali della Provincia; nelle aree più a nord il contesto territoriale rende sicuramente più problematica la disponibilità e la fruibilità di tali servizi.

Le strutture scolastiche comprendono 210 scuole materne, circa 250 nidi, 224 plessi per istituti comprensivi, 64 plessi per circoli didattici, 9 plessi per secondarie di 1° grado e 39 plessi per secondarie di 2° grado.

Gli impianti natatori funzionanti sono 58; palestre e impianti sportivi sono diffusi su tutto il territorio e la percentuale di comuni che possiede aree attrezzate per il tempo libero è del 57%.

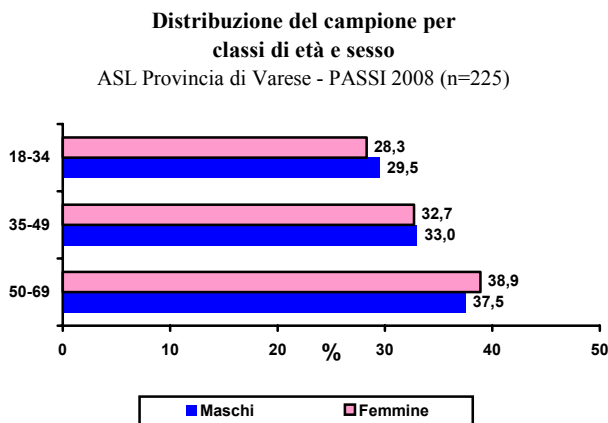
Numerosi sono i percorsi naturalistici, specie nelle aree a nord della provincia, pregevoli da un punto di vista paesaggistico e salutistico.

Fra le piste ciclo-pedonali è stato recentemente completato l'anello che circonda interamente il lago di Varese; in totale, sono percorribili nell'area provinciale più di 100 km di piste ciclopedonali: Lago di Varese, di km 32, Valle Olona (tra Castellanza e Solbiate O.), di km 5,8, Valli Luinesi, di km 7, Valganna e Valmarchirolo, di km 22, Alto Ticino, di km 23.

## Risultati Studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) Studio sui determinanti di salute

La popolazione in studio è costituita da 586.495 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2007 nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'ASL della Provincia di Varese. Sono state intervistate, tra gennaio e ottobre 2008, 225 persone selezionate dall'anagrafe sanitaria con campionamento proporzionale stratificato per sesso e per tre classi di età (18-34, 35-49, 50-69 anni).

- Nella ASL della Provincia di Varese il 50.2% del campione intervistato è costituito da donne (113) e l'età media è di 44.4 anni (44.3 per gli uomini).



- Gli uomini dichiarano di avere per il 43.8% una istruzione bassa e per il 56.3% una istruzione alta; le donne rispettivamente il 36.3 e il 63.7%. (*Istruzione bassa*: nessuna/elementare/media inferiore; *istruzione alta*: media superiore/laurea).
- I coniugati/conviventi rappresentano il 61.8% del campione, i celibi/nubili il 30.7%, i separati/divorziati il 5.3% ed i vedovi/e il 2.2%.
- Il 75.6% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Il 6.7% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 32.9% qualche difficoltà e il 60.4% nessuna difficoltà.

Si riportano di seguito alcuni dei risultati più significativi emersi dall'attuazione dello studio.

### Percezione dello stato di salute

Lo stato di salute percepito a livello individuale è correlato ai tradizionali indicatori oggettivi di salute quali la mortalità e la morbosità. E' stato valutato con il metodo dei "giorni in salute" che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute autoriferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni per motivi fisici e/o mentali.

- Nella ASL della Provincia di Varese il 66.2% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 32% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo l' 1.8% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- Si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono più spesso "bene o molto bene":
  - i giovani nella fascia 18-34 anni
  - gli uomini
  - le persone con alta istruzione
  - le persone senza difficoltà economiche
  - le persone senza patologie severe.
- Il numero di giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici è 3.7, per motivi psicologici è 4.4. Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici (6.7), e sono più limitate nelle loro abituali attività; gli uomini per motivi fisici (2.3).
- L'analisi dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nelle donne e nella classe d'età più avanzata per motivi fisici ed in quella intermedia per motivi psicologici.

## Attività fisica

Lo stile di vita sedentario è in aumento nei paesi sviluppati e questo fatto, oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità.

- Il 25.0% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 50.0% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 25.0% è completamente sedentario. (*Attivo*: lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni); *Parzialmente attivo*: non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati; *Sedentario*: non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero).
- I sedentari sono le persone della fascia d'età 35 – 49, le donne e le persone con basso livello di istruzione.
- Solo il 34.4% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 29.7% dei casi.
- E' interessante notare come solo il 20% delle persone sedentarie percepisca il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Solo al 29.7% degli assistiti viene consigliato genericamente dai medici della Provincia di Varese di svolgere attività fisica e la percentuale di coloro che danno dei consigli più dettagliati rimane ancora insoddisfacente. L'opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica, ecc.).

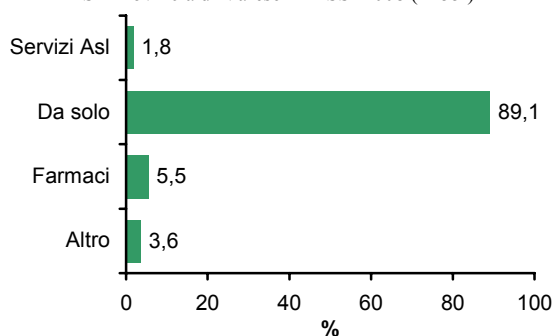
## L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare), oltre ad essere la prima causa del tumore al polmone ed il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.

- Nella ASL della Provincia di Varese i fumatori sono pari al 22.2%, gli ex fumatori al 24.4%, e i non fumatori al 53.3%. (*Fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di 6 mesi; *Ex fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi; *Non fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fuma o non ha mai fumato).
- L'abitudine al fumo è sovrapponibile nei due sessi (22.3% negli uomini e 22.1% nelle donne).
- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori tra i più giovani e tra le persone con basso livello di istruzione; sono simili tra le persone con grado economico diverso.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 64.4% dei fumatori, il 44.7% degli ex fumatori e il 40.0% dei non fumatori.
- Il 50.0% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario. Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (26.1%), per il 13.0% per motivi di salute e per il 10.9% per entrambe le ragioni.
- Fra gli ex fumatori l'89.1 % ha smesso di fumare da solo e l'1.8% riferisce di aver fruito di servizi ASL.

% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori

ASL Provincia di Varese - PASSI 2008 (n=55)



- Il 42.0% degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno. Ha tentato da solo l'85.7%, con farmaci o cerotti il 9.5% e con corsi non ASL il 4.8%.
- Nel 90.9% dei casi il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre. Il 9.1% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.

- Nell'85.5% dei casi il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre. Il 14.5% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.

La metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono comunque pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'opportunità di smettere di fumare.

### Situazione nutrizionale

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese *Body Mass Index* - BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: *sottopeso* (BMI < 18.5), *normopeso* (BMI 18.5-24.9), *sovrappeso* (BMI 25-29.9), *obeso* (BMI ≥ 30).

- Il 4.4% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 58.7% normopeso, il 28.9% sovrappeso e l'8.0% obeso.
- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (43.8% vs 30.1%) e nelle persone con basso livello di istruzione.
- La percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati:
  - si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI nei sotto/normopeso (80.9%), mentre tra le persone in sovrappeso/obese il 27.7% pensa di avere un peso più o meno giusto e il 72.3% è consapevole di avere un peso troppo alto;
  - emerge una diversa percezione del proprio peso anche considerando il sesso: tra le donne sotto/normopeso l'82.1% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 79.4% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso/obese le donne che considerano il loro peso più o meno giusto sono il 20.6% rispetto al 32.7% degli uomini, indicando una maggiore attenzione al proprio peso nel sesso femminile.
- Mediamente l'87.8% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Si, abbastanza" o "Si, molto") in particolare: l'89.4% dei sottopeso/normopeso, l'85.4% dei sovrappeso/obesi.
- Il 65.3% delle persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obese) ha ricevuto il **consiglio** di perdere peso da parte di un medico; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 57.1% delle persone in sovrappeso e il 93.8% delle persone obese (n=72).
- Solo il 31.9% (n=72) delle persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obese) ha riferito di seguire una **dieta** per perdere il proprio peso su **consiglio** di un operatore sanitario.
- La proporzione di persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obese) che seguono una **dieta** è nelle donne (n=34) il 29.4% e negli uomini (n=49) il 18,4%.
- Il 34.8% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario.
- Il 51.6% degli intervistati ha riferito di essere aumentato almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.

Nella ASL della Provincia di Varese l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. I risultati indicano la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella tutela della salute e nella prevenzione delle malattie e di favorire lo sviluppo di comportamenti virtuosi attraverso l'adozione di iniziative ed interventi di provata efficacia.

### Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

- Il 96.1% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo l'11.6% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 39.6% mangia 3-4 porzioni al giorno.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone oltre i 50 anni (18.6%), tra le donne (15.9%) e tra coloro con difficoltà economiche. Osservando le percentuali sembra che l'adesione al "5 a day" sia più diffusa tra le persone obese.

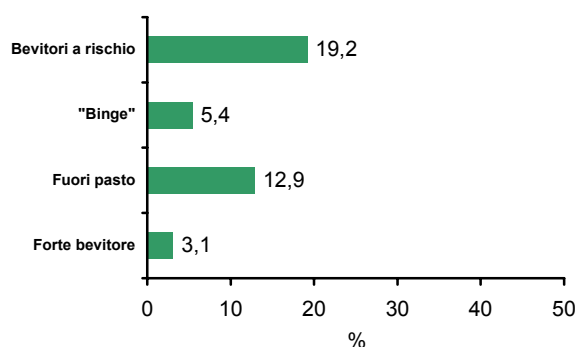
### Consumo di alcool

Le persone a rischio di conseguenze sfavorevoli per l'alcool sono quelle che *bevono fuori pasto*, i *forti consumatori* (più di 3 unità alcoliche -lattine di birra, bicchieri di vino o bicchierini di liquore- al giorno per

gli uomini e più di 2 per le donne) e quelle che indulgono in *grandi bevute o binge drink* (consumo di almeno una volta al mese, di 6 o più unità di bevanda alcolica, in un'unica occasione).

- La percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 70.7%.
- Si sono osservate percentuali più alte nella fascia di età 18 – 34 anni. La percentuale di consumatori di alcool è significativamente maggiore dal punto di vista statistico negli uomini.
- Il 52.8% consuma alcol durante tutta la settimana mentre il 47.2% prevalentemente durante il fine settimana.
- Complessivamente il 19.2% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 5.4% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 3.1% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

**Bevitori a rischio\* per categorie**  
ASL Provincia di Varese - PASSI 2008 (n=225)



\* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore)

- I bevitori binge sono per lo più giovani, uomini e soggetti con basso livello di istruzione.
- Tra i bevitori a rischio (1 bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio: fuoripasto/binge/forte bevitore) che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico la percentuale di coloro che hanno ricevuto il consiglio di bere meno è del 10.8%. In particolare il consiglio di bere meno è stato ricevuto dal 18.2% di bevitori "binge", dall'8.0% di bevitori fuori pasto e dal 16.7% di forti bevitori.

Nella ASL della Provincia di Varese si stima che circa il 70% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa il 19% abbia abitudini di consumo considerabili a rischio; si tratta di livelli di consumo che tuttavia non si discostano troppo da quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool di indagini dello Studio Passi 2007.

I risultati dell'indagine evidenziano la scarsa attenzione degli operatori sanitari in relazione al consumo di alcool; solo raramente si informano sulle abitudini dei loro assistiti e solo casualmente consigliano di moderarne l'uso.

### Sicurezza stradale

- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'91%; l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (19.5%)
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino il 100% riferisce di usare sempre il casco.
- Tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato la percentuale degli intervistati che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcool (coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica) è del 11.7%; questa abitudine sembra essere più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne, tra le persone con molte difficoltà economiche e con un livello di istruzione basso.
- Il 12.2% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.

### Rischio cardiovascolare: Ipertensione arteriosa

- L'88.4% degli intervistati riferisce di essersi fatto misurare la pressione arteriosa (PA) negli ultimi 2 anni e il 6.2% più di 2 anni fa. Il restante 5.3% non ha mai rilevato la propria pressione arteriosa.

- Il 18.8% degli intervistati, a cui è stata misurata la PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età: nel gruppo 50 - 69 una persona su 3 riferisce di essere ipertesa (33.7 %).
- Gli ipertesi hanno prevalentemente bassa istruzione e difficoltà economiche.
- Il 75.0 % degli ipertesi nella ASL della Provincia di Varese riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (85.0 %), ridurre o mantenere il peso corporeo (72.5 %) e svolgere regolare attività fisica (75.0 %).

#### **Rischio cardiovascolare: Colesterolemia**

- Il 76.0% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia.
- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 29.8% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte (18-34: 8.8%, 35-49: 27.3%, 50-69: 40.2%), nei maschi (34.6% vs. 25.8% delle femmine), nelle persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.
- Il 21.6% degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- L'80.4% degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 70.6% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 60.8% di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il 78,4% di svolgere regolare attività fisica.

#### **Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare**

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio assistito ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio predittivi: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

- Nella ASL della Provincia di Varese la percentuale di persone intervistate di età fra 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare da parte del proprio medico è risultata del 2.7%.
- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare appare sovrapponibile nelle due classi di età considerate (35-49 e 50-69 anni), così come accade nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare presente ( soggetti che fumano o sono ipercolesterolemici o ipertesi o in eccesso ponderale o con diabete).

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono evidentemente ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici di famiglia nella ASL della Provincia di Varese.

Questo semplice strumento dovrebbe invece essere valorizzato ed utilizzato molto di più di quanto sinora fatto. Attraverso il calcolo del rischio cardiovascolare, infatti, il medico può ottenere un valore numerico per ogni singolo assistito assai utile perché confrontabile con quello calcolato nelle visite successive, permettendo così di valutare facilmente gli eventuali miglioramenti o peggioramenti legati alle variazioni degli stili di vita (fumo, alcool, abitudini alimentari, attività fisica), come d'altra parte i cambiamenti indotti da specifiche terapie farmacologiche attuate nel frattempo.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale all'assistito che, una volta informato dal medico curante sulla base di quali elementi è stato calcolato il livello di rischio per patologie cardiovascolari, potrà consapevolmente cercare di correggere i propri comportamenti seguendo le indicazioni dello curante.

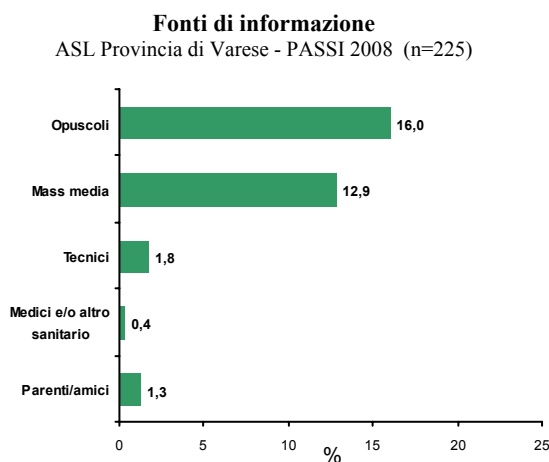
Nella sorveglianza delle attività a favore della prevenzione cardiovascolare, la proporzione di persone cui è stato applicato il punteggio di rischio cardiovascolare si è mostrato un indicatore sensibile e utile.

#### **Infortuni domestici**

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della morbosità e della mortalità che da tali eventi conseguono, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è da sempre considerato un luogo "sicuro" per eccellenza.

Il numero di infortuni domestici mostra un andamento in costante crescita.

- Nella ASL della Provincia di Varese la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico è poco elevata. Infatti il 91.6% degli intervistati lo ritiene basso o assente; in particolare gli uomini hanno una percezione del rischio inferiore alle donne, non si evidenziano invece particolari differenze per classi di età, e istruzione.
- Solo il 29.8% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici. Le persone nella classe di età 50-69 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre.
- Le principali fonti di informazione sono state gli opuscoli seguiti dai mass media (rispettivamente 16% e 12.9%), meno il personale sanitario o i tecnici.



- Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, il 22.2% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura. L'adozione di misure preventive risulta maggiore nei maschi e nella classe di età 35-49. Anche l'alto livello di istruzione e la presenza di persone potenzialmente a rischio favoriscono atteggiamenti di maggior sicurezza, ma pure le persone con maggiori difficoltà economiche appaiono particolarmente attente.

Le informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici risultano ancora insufficienti; si evidenzia quindi la necessità di una maggiore attenzione al problema, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive e di un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi. La sorveglianza Passi potrebbe rispondere a quest'ultima esigenza in quanto, meglio degli studi trasversali, può risultare in grado di evidenziare i cambiamenti attesi.

### **Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella**

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con circa 37.000 nuovi casi e oltre 11.000 decessi all'anno.

- Circa il 90.9% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida. L'esame viene eseguito maggiormente tra le donne senza molte difficoltà economiche e con un alto livello di istruzione
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 51.9% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni.
- L'88.6% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL; l'81.8% di aver visto o sentito una campagna informativa; ed il 54.5% di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità la mammografia.
- L'80% delle donne non ha effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; il 7,5% ha pagato solamente il ticket e il 12,5% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione della mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

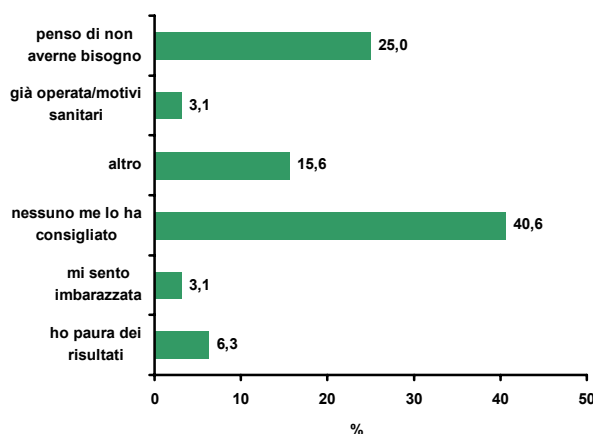
- Il 4.5% delle donne di 50-69 anni ha riferito di non aver mai effettuato la mammografia e il 4.5% di averla effettuata oltre i 2 anni. Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame sono: per 1 donna "penso di non averne bisogno", per 1 donna "altro" e per 2 donne "sono già stata operata/per altri motivi sanitari".

### Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

I tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro alla mammella tra le donne, e sono in costante aumento.

- Fra le persone intervistate il 44.6% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato, il 6.0% ha invece effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni, in accordo con le linee guida.
- Il 73.3% delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL; il 19.8% ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario, il 54.7% ha visto o sentito una campagna informativa ed il 20.9% non ha ricevuto alcuna azione.
- Il 94.7% delle persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame; il 5.3% ha pagato solamente il ticket.
- Tra le persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni il 20% non ha effettuato alcun pagamento, l'80% ha pagato esclusivamente il ticket.
- Il 43% delle persone di 50-69 anni ha riferito di non aver mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia. Le motivazioni della mancata effettuazione sono indicate nel grafico sottostante.

**Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida**  
ASL Provincia di Varese - PASSI 2008 (n=32) - \* in questo grafico sono stati esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo"



### Prevenzione delle Dipendenze: Mappatura territoriale dell'utenza in trattamento

Tra la molteplicità di tipologie di analisi esistenti in letteratura che si prestano allo studio del fenomeno delle tossicodipendenze, un indicatore di facile comprensione e di grande utilità è rappresentato dalla distribuzione sul territorio della prevalenza di utenza utilizzatrice di sostanze; la valutazione dell'andamento della distribuzione spaziale dell'utenza nota ai servizi, congiunta allo studio dell'associazione statistica con alcune covariate di tipo ecologico, rappresenta uno strumento versatile ed allo stesso tempo molto potente per una più completa comprensione del problema in studio, anche rispetto alla possibile presenza sul territorio di potenziali fonti di "esposizione".

Coerentemente con quanto fatto per l'anno 2007 e utilizzando la stessa metodologia, i soggetti residenti transitati presso i servizi della ASL sono stati ricollocati sul territorio in base al comune di residenza.

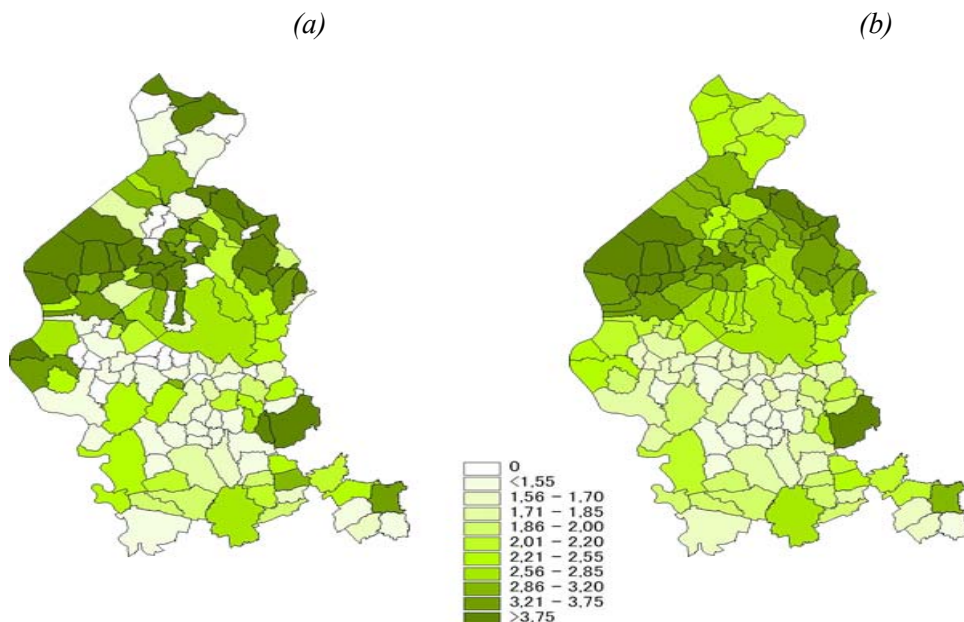
Tra tutti gli utenti sono stati inclusi nell'analisi i soggetti utilizzatori di sostanze illegali di età compresa tra i 15 e i 64 anni, in linea con gli standard europei; i diversi utilizzatori sono stati inoltre raggruppati in tre diverse tipologie in base alla sostanza d'abuso primaria: utilizzatori di oppiacei (eroina, morfina ed altri oppiacei), utilizzatori di stimolanti (cocaina, crack, amfetamine, ecstasy ed altri stimolanti) e utilizzatori di cannabinoidi.

Per quanto riguarda gli alcolodipendenti sono stati considerati i soggetti con età compresa tra i 15 e i 74 anni.

## Consumatori di oppiacei

Nel grafico seguente sono riportate le mappature relative rispettivamente alle prevalenze osservate (a) e stimate (b) relative ai 1.159 soggetti utilizzatori di oppiacei residenti e transitati nei servizi della provincia di Varese nell'anno 2008.

*Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle prevalenze osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2008.*



Rispetto alla mappa delle prevalenze osservate, la mappa che riporta i valori di prevalenza stimati evidenzia un lisciamento dei valori di prevalenza e permette anche di cogliere la struttura spaziale del fenomeno.

Tuttavia un giudizio più preciso sulla distribuzione spaziale degli utilizzatori può venire dalla lettura della mappa che riporta le probabilità a posteriori.

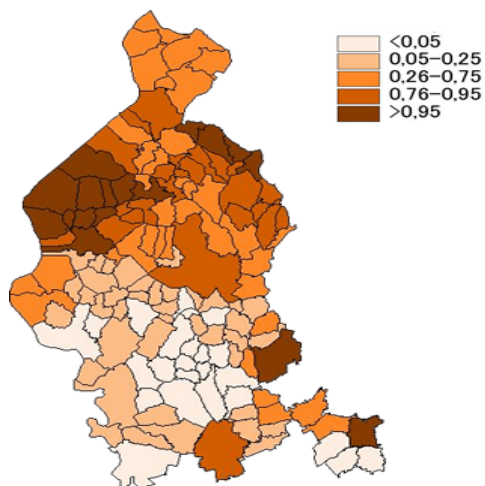
Le probabilità a posteriori, infatti, possono essere considerate, in maniera semplicistica, quali indici del grado di diversità della prevalenza stimata nello specifico comune rispetto alla media provinciale presa quale valore di riferimento.

Quindi se la mappa delle prevalenze stimati ci consente di avere un'idea della distribuzione spaziale del fenomeno evidenziando aree dove le prevalenze di utilizzatori sono più elevate e altre dove invece i valori sono più bassi, la mappa delle probabilità a posteriori consente di giudicare la diversità della prevalenza stimata in un comune rispetto all'andamento provinciale aggiungono ovvero un termine di paragone per poter esprimere un giudizio circa l'intensità.

La mappa delle probabilità a posteriori relativa agli utilizzatori di oppiacei è riportata nel grafico successivo. Risulta evidente che quasi la metà dei comuni del territorio, concentrati nella parte centro-meridionale, presentano un valore di prevalenza stimata significativamente (24 comuni) o tendenzialmente (40 comuni) inferiore a quello medio provinciale, ovvero in tutto il territorio centro meridionale della provincia il fenomeno in esame risulta di intensità minore rispetto all'andamento medio provinciale.

Al contrario in due aree collocate una lungo la fascia nord occidentale attorno a Cittiglio e l'altra nella parte nord Orientale e in alcuni comuni sparsi sul territorio le prevalenze stimati di utilizzatori di oppiacei risultano maggiore rispetto alla media provinciale e significativamente o tendenzialmente diverse da queste. Infatti, in 41 dei 141 comuni considerati, sparsi prevalentemente nella parte centro-settentrionale del territorio, si osserva una prevalenza stimata significativamente (17 comuni) o tendenzialmente (24 comuni) superiore al valore medio provinciale.

Sono infine 36 i comuni che fanno rilevare valori di prevalenza non differenti dal valore medio della provincia e sono sparsi nella parte settentrionale del territorio, in queste aree dunque il fenomeno appare allineato con l'andamento medio provinciale.

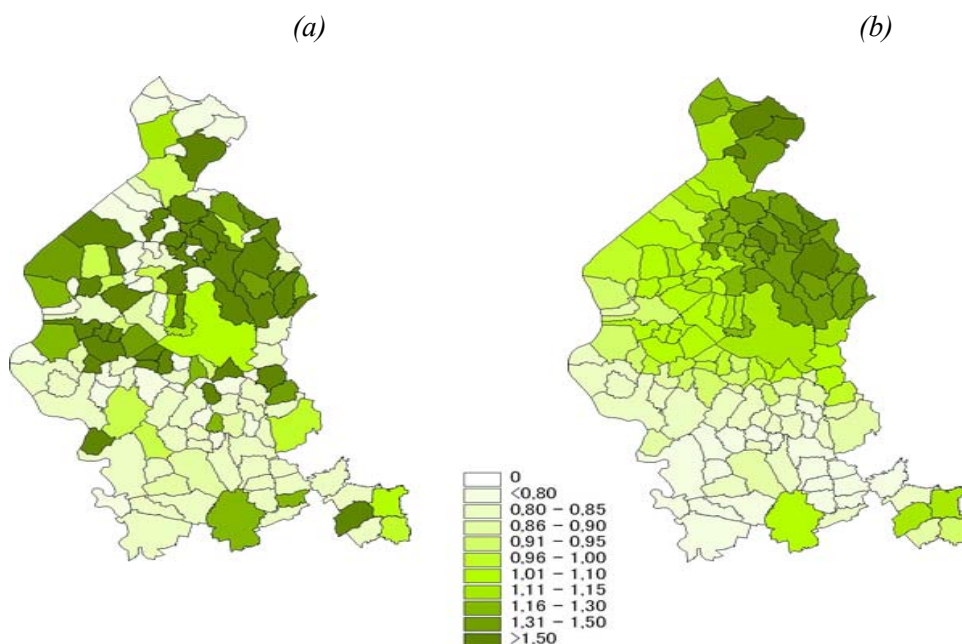


**Rispetto al 2007 emerge solamente il passaggio di alcuni comuni della parte centro settentrionale della provincia da valori significativamente minori al riferimento a valori minori rispetto alla media provinciale in maniera tendenziale o non differenti da questa.**

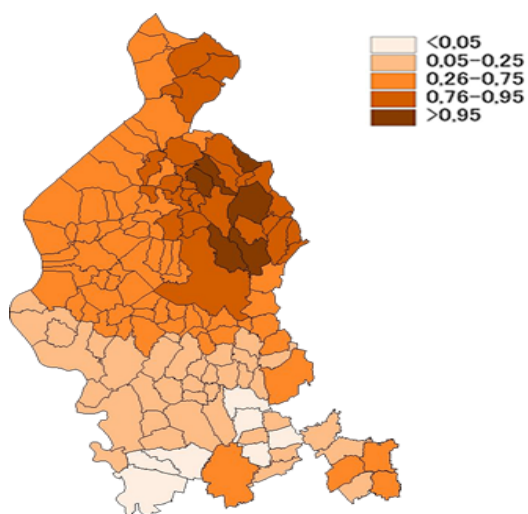
#### Consumatori di stimolanti

Le mappature relative alle prevalenze osservate (a) e stimate (b) per i 465 soggetti residenti utilizzatori di stimolanti sono riportate nel seguente grafico

*Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle prevalenze osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2008.*



Dalla mappa relativa alle probabilità a posteriori risulta evidente che circa un terzo dei comuni (44 comuni) fa rilevare valori di prevalenza stimati inferiori rispetto al valore medio della provincia e sono situati prevalentemente nella parte occidentale e meridionale del territorio di riferimento. Al contrario sono stati rilevati 33 comuni in cui la prevalenza stimata è superiore rispetto al dato provinciale medio.



I comuni in cui è stata rilevata una prevalenza stimata significativamente minore (7 comuni) o maggiore (6 comuni) della media provinciale risultano essere relativamente pochi. I primi sono situati nella zona meridionale mentre gli ultimi nella zona nord orientale del territorio di riferimento.

Questo suggerisce che in tutta l'area compresa approssimativamente tra Ranco e Gallarate la prevalenza stimata di utilizzatori di stimolanti può definirsi tendenzialmente diversa dall'andamento medio provinciale e in particolar modo il fenomeno appare di intensità inferiore.

Anche nella fascia meridionale tra Lonate Pozzolo e Cairate gli utilizzatori di stimolanti censiti appaiono, relativamente alla popolazione residente, minori rispetto alla media provinciale ma in questo caso in maniera significativa, come a dire che la prevalenza di utilizzatori di stimolanti è in quest'area "nettamente" inferiore rispetto alla media provinciale.

"Nettamente" superiori o semplicemente superiori sono invece i valori che si rilevano nella parte nord orientale tra Varese e Veddasca, la parte di confine con la Svizzera.

Infine 64 comuni presentano valori di prevalenza stimata non differenti, in maniera significativa o tendenziale, dal valore di riferimento.

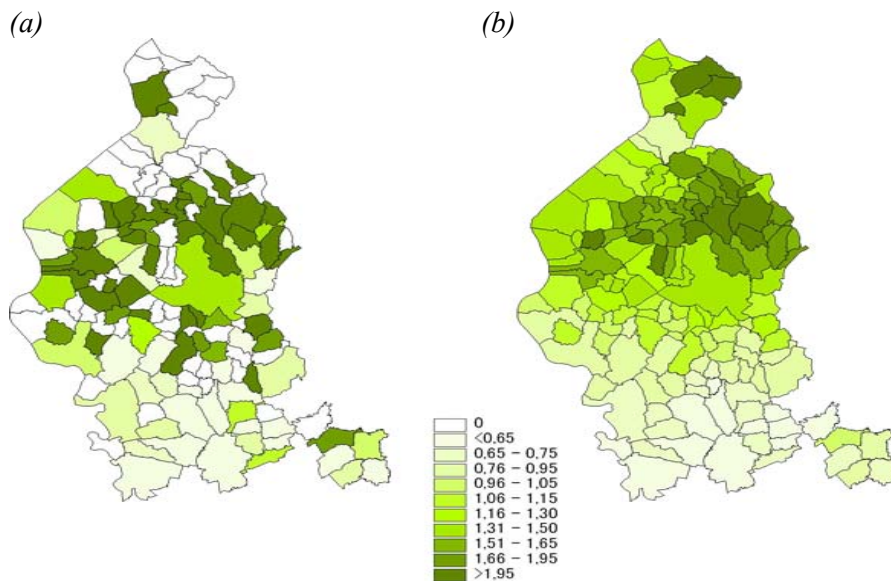
Come per gli utilizzatori di oppiacei, anche per quanto riguarda gli stimolanti, emerge il passaggio dell'area centro settentrionale e, in particolar modo della fascia occidentale, da valori significativamente minori della media provinciale a valori allineati con questa e tendenzialmente minori.

Nella parte meridionale della provincia si osserva invece il passaggio di gran parte dell'area da valori significativamente minori del riferimento a valori minori in maniera tendenziale.

#### Consumatori di cannabinoidi

I grafici seguenti rappresentano rispettivamente le mappe delle prevalenze osservate e stimate relative ai 282 soggetti residenti utilizzatori di cannabinoidi.

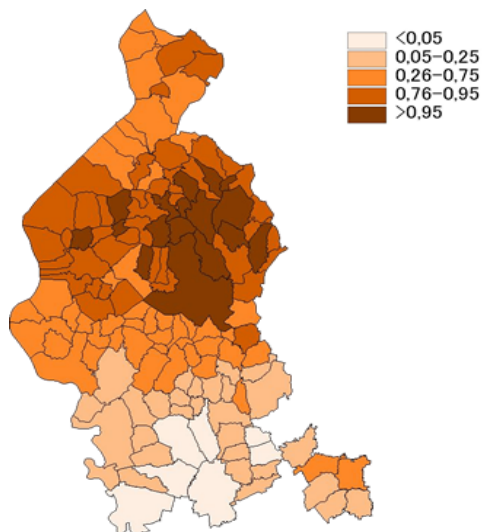
*Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle prevalenze osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2008.*



La mappa successiva, che riporta i valori di probabilità a posteriori per gli utilizzatori di cannabinoidi, evidenzia che per 17 comuni il valore di probabilità a posteriori indica una prevalenza stimata significativamente maggiore del valore di riferimento e per altri 42 comuni il valore di probabilità a posteriori è invece indicativo di una prevalenza stimata tendenzialmente maggiore.

Ovvero nella parte settentrionale (esclusa la fascia orientale tra Porto Valtravaglia e Pino sulla Sponda del Lago maggiore) le prevalenze di utilizzatori risultano invece generalmente diverse dalla media provinciale e in questo caso maggiori di questa.

*Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2008.*



Invece, come osservato anche per gli utilizzatori di stimolanti nella parte meridionale del territorio, si rilevano valori di prevalenza minori rispetto alla media provinciale sia in maniera marcata (nell'estrema fascia meridionale tra Lonate e Gorla Minore) ma anche in maniera meno marcata (nella fascia tra Vergiate e Tradate).

Infatti, i comuni per i quali la prevalenza stimata risulta significativamente inferiore al valore di riferimento sono 7 ed a questi vanno aggiunti 29 comuni per i quali invece il valore di prevalenza stimato risulta essere tendenzialmente inferiore al valore di riferimento.

Infine in un terzo dei comuni appartenenti al territorio oggetto di studio (46 comuni) sono stati stimati valori di prevalenza stimata non differenti dal valore di riferimento ed essi sono situati prevalentemente in zona centrale.

Rispetto al 2007 si rileva che i comuni attorno a Cittiglio fanno osservare un passaggio da valori di prevalenza allineati con la media provinciale a valori tendenzialmente superiori.

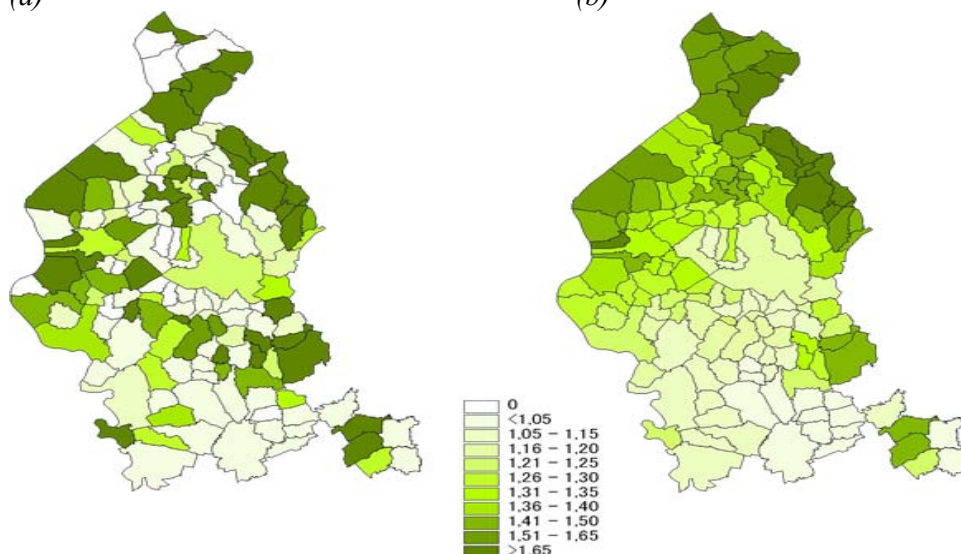
### Alcoldependenti

Le mappe delle prevalenze osservate e stimate relative agli 812 utenti alcoldependenti residenti nel territorio della provincia sono riportate nel Grafico successivo.

Utenza alcoldependente, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-74. Anno 2008.

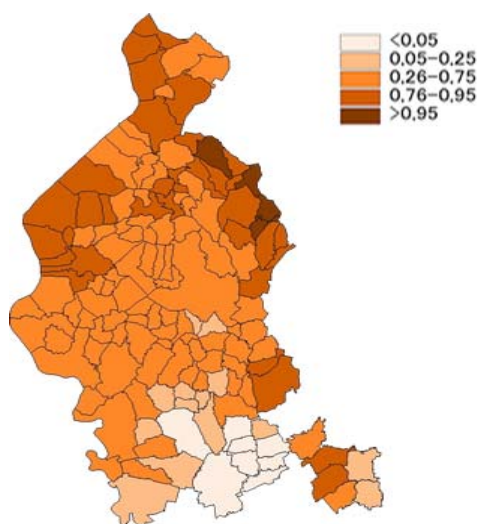
(a)

(b)



Dalla mappa che riporta i valori di probabilità a posteriori è evidente che anche in questo caso in pochi comuni il fenomeno risulta più (4 comuni) o meno (8 comuni) significativo rispetto all'andamento medio della provincia, mentre la maggior parte dei comuni (81 comuni) fa rilevare valori prevalenza stimata in linea con la prevalenza provinciale e questi si concentrano prevalentemente nella parte centrale del territorio. Infine vi sono 34 comuni geograficamente individuabili nella parte settentrionale della mappa che presentano valori tendenzialmente maggiori della media e 14 comuni dislocati verso il sud che invece presentano valori tendenzialmente minori del dato medio provinciale.

*Utenza alcoldependente, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2008*



Ovvero rispetto alla prevalenza di utenza alcolodipendente è possibile dire per la maggior parte dei comuni del territorio non si osservano differenze rispetto alla media provinciale (questo indica un fenomeno approssimativamente distribuito in maniera eguale sul territorio), solo nella parte meridionale si osserva un'area in cui la prevalenza risulta diversa (anche in maniera netta) e minore della media provinciale, mentre lungo le fasce di confine settentrionali si osserva un eccesso di utenti utilizzatori di alcol.

Rispetto al 2007 è evidente il passaggio dei comuni dell'area centrale del territorio da valori significativamente inferiori alla media provinciale a valori non differenti da questa.

Sintesi della mappatura territoriale dell'utenza in trattamento

Si rileva una distribuzione spaziale sensibilmente differente per le diverse tipologie di utilizzatori prese in esame.

Per ciò che riguarda il consumo di alcolici il fenomeno risulta molto omogeneo sul territorio rispetto alle sostanze illegali in quanto il 57% dei comuni fa osservare valori di prevalenza allineati al valore medio della provincia, contro il 45% per gli stimolanti ma soprattutto il 33% della cannabis ed il 26% degli oppiacei.

Per quanto riguarda la collocazione degli utenti sul territorio, per gli utilizzatori di sostanze illegali generalmente si evidenziano comuni nei quali il fenomeno risulta più consistente rispetto all'andamento medio regionale soprattutto nella parte settentrionale del territorio.

In particolare, per gli utilizzatori di oppiacei, si osservano due aree in cui si concentrano comuni per i quali si rileva, rispetto alla media provinciale, un "eccesso" di utilizzatori e queste si collocano lungo le fasce settentrionali. Per quanto riguarda gli utilizzatori di stimolanti i comuni nei quali il fenomeno risulta significativamente più consistente rispetto all'andamento medio della provincia si raggruppano nell'area nord-orientale.

Per ciò che concerne gli utilizzatori di cannabis i comuni con valore di prevalenza maggiore del valore di riferimento (in maniera significativa o tendenziale) risultano sparsi nella parte centro-settentrionale della provincia.

Infine per l'utenza alcolodipendente si osserva invece una concentrazione di questi soggetti maggiore in alcuni comuni sparsi lungo la fascia nord occidentale e nord orientale del territorio mentre nella parte centrale della provincia il fenomeno risulta meno evidente allineandosi all'andamento medio e nella zona meridionale estrema le prevalenze stimate scendono al di sotto del valor medio provinciale.

## **Conclusioni**

La sintesi di tutti questi dati indica come le patologie cronico-degenerative e le patologie di rilevanza sociale (abuso di sostanze, alcool, incidentalità stradale e domestica) rappresentino un rilevante problema di sanità pubblica e appaiono costituire una vera, grande priorità di intervento per la popolazione della nostra provincia.

La causalità di queste patologie è complessa. Inoltre è ben riconosciuta in letteratura l'associazione fra fattori di rischio definiti e la maggior probabilità di instaurarsi delle patologie stesse.

Stili di vita inadeguati, quali tabagismo, sedentarietà, alimentazione scorretta, nonché aspetti ambientali e comportamentali legati all'insorgenza di incidenti domestici e stradali sono responsabili di una ampia quota di queste patologie, ed essi appaiono molto diffusi nella popolazione della provincia, come del resto il fenomeno delle dipendenze

La Sanità Pubblica non può limitarsi a dare una risposta debole o solo difensiva, ma deve assumere un ruolo di governo del sistema sanitario e della domanda di prestazioni, sviluppando capacità di entrare nel merito dell'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, in un rapporto dialettico con gli erogatori, i medici di famiglia, le associazioni dei malati, presidiando gli interessi di salute della comunità dei cittadini.

L'ASL, attraverso le attività messe in campo per la promozione della salute, ha un ruolo importante da giocare in questo processo, sia concorrendo con il punto di vista della sanità pubblica all'educazione continua dei professionisti, sia promuovendo la corretta informazione, la consapevolezza e l'empowerment dei cittadini-assistiti. Essa infatti sottende trasversalmente tutti e tre i macrolivelli di assistenza (Prevenzione collettiva, Assistenza Distrettuale, Assistenza Ospedaliera) e ha il potenziale di dare un forte contributo al governo della domanda, all'appropriatezza e all'autogestione da parte degli assistiti di molte condizioni morbose, anche nei macrolivelli dell'Assistenza Distrettuale e dell'Assistenza Ospedaliera, dove sono oggi allocate circa il 48% e il 47% delle risorse del SSN.

## D. COORDINAMENTO E GESTIONE INTEGRATA TRA PROGETTI

L'ASL della Provincia di Varese negli ultimi anni si è impegnata nella lotta ai fattori di rischio, e in un'ottica di sussidiarietà, ha incrementato le sue collaborazioni nello sviluppo di proposte di promozione della salute sia con soggetti istituzionali (quali Ufficio Scolastico Provinciale, Provincia, Comuni, Pediatri di Libera Scelta, MMG, ecc.), che con il terzo settore: Lega Tumori, Associazioni di Donne Operate al Seno, Assemblea Provinciale Sport Disabili.

Al fine di rendere evidente l'impegno dello sviluppo di un'azione integrata tra i diversi ambiti e strutture dell'ASL e interistituzionale, sono state poste in atto le seguenti attività:

- Protocollo di Intesa tra l'ASL della Provincia di Varese, l'Ufficio Scolastico Provinciale e la Provincia di Varese, siglato il 15 dicembre 2008, con l'obiettivo di progettare, valicare, organizzare e realizzare progetti di prevenzione congiunti e condivisi. L'accordo consentirà inoltre la realizzazione di azioni di sensibilizzazione e di pubblicizzazione rivolte alla popolazione generale, nonché di ottimizzare i propri interventi finalizzati alla promozione di corretti stili di vita, consentendo:
  - l'elaborazione di una progettazione che rispecchi i reali bisogni dell'utenza
  - la condivisione delle proposte e la pianificazione concordata degli interventi
  - la condivisione delle risorse professionali istituzionali
  - la condivisione delle risorse necessarie alle varie azioni previste dalla programmazione e realizzazione progettuale
  - la facilitazione dell'accesso e dell'adesione alla progettazione condivisa da parte di tutte le istituzioni scolastiche presenti su tutto il territorio, coincidente con la Provincia di Varese, attraverso la rete web dell'USP di Varese.
- Elaborazione di un Piano di azioni coordinate per la prevenzione e la gestione integrata del soprappeso e dell'obesità nell'ASL della Provincia di Varese con Deliberazione n. 860 del 29 dicembre 2008
- Integrazione con le attività di promozione della salute del Dipartimento Tecnico-Funzionale per le Dipendenze, la cui pianificazione e programmazione per l'anno 2010 fa parte del Piano Integrato Locale
- Integrazione con le attività Dipartimento Sviluppo e Sussidiarietà A.S.S.I. per le progettualità di prevenzione comuni sui Consultori Familiari, nell'ambito dei Piani di Zona
- Integrazione con il Dipartimento delle Cure Primarie e Continuità Assistenziale per il coinvolgimento attivo dei Medici di Continuità Assistenziale, dei Medicina Generale e dei Pediatri di Famiglia.
- Integrazione con le Aziende Ospedaliere Territoriali nell'ambito del Piano locale di azioni coordinate per la prevenzione e la gestione integrata del soprappeso e dell'obesità
- Integrazione con il Comune di Varese per la pianificazione di progetti di promozione della salute
- Attivazione di un Tavolo Tecnico Interistituzionale per la promozione della salute e di sottogruppi di lavoro
- Attivazione di un Tavolo Tecnico per la specifica pianificazione del Piano locale di azioni coordinate per la prevenzione e la gestione integrata del soprappeso e dell'obesità, integrato con il Tavolo per la promozione della Salute
- Integrazione con il Dipartimento di Prevenzione Veterinario per la progettazione di progetti comuni che coinvolgano anche gli Enti locali per implementare il benessere animale e l'attività motoria delle persone over 50.

## E. MODALITÀ DI COORDINAMENTO E GESTIONE INTEGRATA DEI PROGETTI FRA SERVIZI, DIPARTIMENTI E SOGGETTI ESTERNI

Hanno predisposto la pianificazione dell'anno 2010:

- un gruppo di lavoro, coordinato dal Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità, composto da Operatori Dipartimento di Prevenzione Medico: Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Responsabile e Operatori dell'U.O. Nutrizione, Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Responsabile e Operatori dell'U.O. Medicina dello Sport, Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità, Responsabile e Operatori dell'U.O. Prevenzione Malattie a Rilevanza Sociale, Operatori del Dipartimento Tecnico-Funzionale per le Dipendenze, Operatori del Dipartimento delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale

Inoltre, per la pianificazione, la programmazione e la realizzazione degli interventi che dovranno essere realizzati nell'ambito del Protocollo d'Intesa siglato il 15 dicembre 2008, l'ASL della Provincia di Varese, l'Ufficio Scolastico Provinciale e la Provincia di Varese, impegneranno le professionalità presenti nelle singole istituzioni, condividendo risorse umane ed economiche.

A tale scopo ciascuna delle tre istituzioni ha individuato i rispettivi referenti per i Tavoli Tecnici Tematici istituiti nel corso dell'anno 2009 ai quali partecipano, in maniera integrata, i Dipartimenti e i Servizi dell'ASL coinvolti nell'attività di prevenzione.

Ai Tavoli Tecnici Tematici in questione fanno capo le seguenti attività:

- indirizzo progettuale in riferimento all'anamnesi dei bisogni territoriali e alle indicazioni regionali e nazionali;
- supporto tecnico alla progettazione;
- condivisione delle modalità di sviluppo della progettazione;
- validazione finale della progettazione;
- monitoraggio e valutazione dei progetti realizzati;
- condivisione dei piani di formazione tra operatori di settore di ciascun ente e pianificazione progettuale territoriale;
- supporto amministrativo e giuridico;
- informazione, sensibilizzazione e promozione

Relativamente al Piano di azioni coordinate per la prevenzione e la gestione integrata del sovrappeso e dell'obesità nell'ASL della Provincia di Varese, sono state individuate 4 aree tematiche di interventi sulla popolazione:

1. sorveglianza nutrizionale su adulti e bambini
2. promozione scelte alimentari nutrizionalmente corrette e promozione di una vita fisicamente attiva
3. uniformare gli interventi per la ristorazione collettiva, scolastica ed assistenziale, creando una rete con le istituzioni territoriali
4. promozione e sostegno dell'allattamento esclusivo al seno

Sono state inoltre indicate le linee programmatiche che saranno sviluppate, in continuità con la programmazione 2009, attraverso l'elaborazione, la progettazione, la condivisione delle proposte e la pianificazione concordata di interventi di Prevenzione nei diversi settori, sottolineando come attualmente la revisione dei sistemi di classificazione in Europa ha portato all'adozione di criteri più pragmatici e funzionali alla definizione di progetti d'intervento, che si basa su una diversa "focalizzazione" dei target degli interventi di prevenzione.

Tale classificazione propone una distinzione fra:

- *approcci universali* (ovvero quegli interventi considerati "desiderabili" per l'intera popolazione);
- *approcci selettivi*, rivolti a sottogruppi di popolazione il cui rischio di sviluppare un qualsiasi disturbo risulta significativamente maggiore rispetto alla media,
- *approcci mirati*, applicabili cioè ad individui identificati come portatrici di chiari segni o sintomi prodromici, tali da doverli considerare vulnerabili e ad alto rischio.

Gli approcci Universali: questa "famiglia di politiche" è volta a ridurre l'incidenza di un disturbo ancora in forma latente, agendo sulla popolazione "sana" per prevenire l'insorgenza di nuovi casi clinici. L'esempio

tipico – costituito dagli interventi formativi in ambito scolastico – ha messo in luce in Europa la possibilità di tre strategie di azione, differenti per scala di progetto:

- dall'inclusione della prevenzione nella programmazione nazionale,
- alla formazione esclusiva degli insegnanti come veicolatori del messaggio
- fino alla costituzione di "reti di scuole" che promuovano la salute con un programma comune.

Gli approcci di tipo Selettivo e Mirato: questi altri due approcci preventivi agiscono invece sui gruppi o sugli individui considerati "a rischio" e si propongono di individuare con un certo anticipo icasi critici, fornendo le ipotesi di trattamenti ad uno stadio precoce o latente dello sviluppo del disturbo.

I Progetti proposti per l'anno 2010 saranno gestiti in maniera integrata tra più servizi della ASL e soggetti esterni, come indicato nella successiva tabella 5

Modalità di approccio	Progetto	Servizi ASL coinvolti	Soggetti esterni coinvolti
UNIVERSALE	Promozione sani stili di vita nella scuola	Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità Servizio Igiene e Sanità Pubblica (U.O Medicina dello Sport) Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (U.O. Nutrizione), Dipartimento per le Dipendenze, Dipartimento delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale	USP, CSI, UISP, Ammin. Provinciale, MMG, PDF, Ordine dei medici, Comuni
UNIVERSALE	Progettare con qualità, valutare l'efficacia: progettare la prevenzione in classe	Dipartimento per le Dipendenze	USP, Ammin. Provinciale
UNIVERSALE	Promozione della salute negli ambienti di vita aperti	SISP, UO Medicina Sport, SMPC	COMUNI, PROVINCIA, COMUNITA' MONTANE
UNIVERSALE	Promozione sani stili di vita over 50 a.	Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità Servizio Igiene e Sanità Pubblica (U.O Medicina dello Sport) Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (U.O. Nutrizione), Distretti Socio Sanitari Dipartimento	Ammin. Provinciale, CSI, UISP, MMG, PDF, Ordine dei Medici, Centri Anziani

			delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale -	
SELETTIVO	Con-t@tto Adolescenti.	Spazio	Dipartimento Tecnico-Funzionale per le Dipendenze	Professionisti formati sulle problematiche degli adolescenti e dei giovani, Medici, Psicologi, Educatori Professionali, Assistenti Sociali USP, CSI, UISP, MMG
MIRATO	Avviamento alla pratica motoria di soggetti portatori di disabilità		Servizio Igiene e Sanità Pubblica (U.O Medicina dello Sport) e Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità	
SELETTIVO	Attività motoria nei luoghi di lavoro (ASL)		Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità Servizio Igiene e Sanità Pubblica (U.O Medicina dello Sport) Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (U.O. Nutrizione)	CSI, UISP, MMG
MIRATO	Prevenzione obesità infantile durante il percorso nascita con i Consulenti Familiari		Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (U.O. Nutrizione), Servizio Igiene e Sanità Pubblica (U.O. Medicina dello Sport) - Dipartimento Sviluppo e Sussidiarietà ASSI - Distretti Socio Sanitari	PDF
MIRATO	Prevenzione obesità infantile nella prima infanzia		Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (U.O. Nutrizione), Servizio Igiene e Sanità Pubblica (U.O. Medicina dello Sport) Dipartimento delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale –	PDF
MIRATO	Corso di formazione Medici di Continuità Assistenziale		Dipartimento delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale - Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità Servizio Igiene e Sanità Pubblica (U.O Medicina dello Sport) Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (U.O. Nutrizione), Dipartimento per le Dipendenze,	Ordine dei Medici
UNIVERSALE	Informagiovani, in collaborazione con Provincia di Varese, settore politiche sociali InformaGiovani Magazine		Dipartimento per le Dipendenze	Amministrazione Provinciale, USP, Comuni,

UNIVERSALE	Bacheche Informagiovani	Dipartimento per le Dipendenze	Amministrazione Provinciale, USP, Comuni
SELETTIVO	Prevenzione Infortuni domestici	Dipartimento di Prevenzione Medico (SMPC, SIAN, SISP, UO Impiantistica) – Dipartimento delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale — Dipartimento Sviluppo e Sussidiarietà ASSI - Dipartimento PAC (Osservatorio Epidemiologico) –	Comuni, Centri Anziani, Parrocchie, Sindacati Pensionati, Ordine dei Medici, Altro
SELETTIVO	Alcol e Guida – “Sulle Strade della Prevenzione“.	Dipartimento per le Dipendenze, Dipartimento di Prevenzione Medico	MCTC, Scuole Guida, Operatori del privato sociale, Gestori del settore tempo libero Amministrazione Provinciale, USP, UNASCA, Prefettura, Polizia Stradale, Polizie Locali, Arma dei Carabinieri, Servizio 118, Ordine dei Medici
SELETTIVO	Promozione salute per ultra 65enni frequentanti Centri per Anziani	Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità, Servizio Igiene e Nutrizione (U.O. Nutrizione, Servizio Igiene e Sanità Pubblica (U.O. Medicina dello Sport) - Distretti Socio Sanitari	Comuni, Prefettura, Amministrazione Provinciale, MMG, PDF
UNIVERSALE	PASSI	Dipartimento di Prevenzione Medico (SMPC, SIAN, SISP) - Dipartimento delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale - Dipartimento PAC (Osservatorio Epidemiologico)	MMG, Ordine dei Medici
UNIVERSALE	Studenti e salute: la ricerca HBSC	Dipartimento per le Dipendenze, Dipartimento di Prevenzione Medico	USP, Ordine dei Medici
UNIVERSALE	Implementazione di una rete per la gestione integrata degli interventi di promozione della salute sul territorio	Dipartimento di Prevenzione Medico (SISP, SMPC)- Dipartimento delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale - Dipartimento Tecnico-Funzionale per le Dipendenze Dipartimento Sviluppo e Sussidiarietà ASSI –	USP, Amministrazione Provinciale, Enti ed associazioni esterne, MMG, PDF, Ordine dei Medici

La scelta delle priorità di azione e la valorizzazione delle opportunità si è fondata sui seguenti criteri:

- *Disponibilità al cambiamento* basata sulle proposte, sull'impegno e sulla responsabilità dei portatori di interesse, degli amministratori e della comunità locale. Un indicatore della disponibilità al cambiamento si è esplicitata attraverso la sottoscrizione di accordi di programma della durata triennale (2008-2010) tra ASL, Provincia e Ufficio Scolastico Provinciale, tra ASL e Enti di Promozione Sportiva (CIS e UISP) e nell'anno 2009 con il Comune di Varese
- *Rilevanza*, stimabile con
  - Carico sanitario ed economico del comportamento di salute (cronicità, gravità, bilancio costo/benefici...)
  - Carico sociale del comportamento di salute (numerosità e tipologia della popolazione, risorse e responsabilità della comunità locale...)
  - Carico di investimento pregresso (patrimonio di interventi e pratiche con continuità di storia...)
  - Valore sociale per la comunitàTali aspetti emergono dall'analisi di contesto e dall'analisi di report (non inseriti nel programma, per brevità, ma reperibili sul sito dell'ASL di Varese – predisposti dall'Osservatorio Epidemiologico) relativi alla BDA, ai LEA, alle patologie cardiocerebrovascolari, all'andamento dei tumori in generale e ai risultati dell'attività di screening del carcinoma della mammella e del cancro del colon retto, solo per citarne alcuni
- *Modificabilità*, stimabile con
  - Pesatura dei determinanti predisponenti, abilitanti e rinforzanti suscettibili di cambiamento o valorizzabili come risorsa
  - Disponibilità alla collaborazione e all'impegno da parte degli operatori sanitari e socio sanitari, scolastici, dei servizi ed enti nella comunità locale
  - Disponibilità di prove di efficacia
- *Sostenibilità* delle azioni che si possono continuare a realizzare, tenendo conto dei limiti dati dai finanziamenti, dalle competenze, dalle collaborazioni e alleanze, dalle infrastrutture, dalle risorse naturali e dalla partecipazione e responsabilità da parte dei portatori di interesse e della comunità locale.
- *Emergenza* l'insorgenza di problemi di salute o situazioni non previste possono rappresentare criticità improvvise, come ad esempio l'insorgenza della pandemia da virus A/H1N1v, che ha dirottato, per alcuni mesi, l'attività di molti operatori, comportando ritardi nell'attuazione di alcune progettualità.

Nel definire le priorità sono stati infine considerati:

1. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009
2. Linee guida dell'ISS “ La promozione della salute nelle scuole. Prevenzione dell'obesità e promozione dello stile di vita fisicamente attivo” (Rapporti ISTISAN 09/6)
3. Linee Guida Regionali
4. Elementi epidemiologici locali e impatto dei fattori di rischio sulle patologie Cronico Degenerative e sulle Malattie a rilevanza sociale nella popolazione
5. Attività già in corso sul territorio
6. Esistenza di interventi Evidence Based sui fattori di rischio selezionati.

### **I determinanti dei comportamenti di salute e l'esistenza di interventi Evidence Based sul fattore di rischio**

I *determinanti della salute* sono i fattori la cui presenza modifica in senso positivo o negativo lo stato di salute di una popolazione.

Accreditati studi internazionali hanno effettuato una stima quantitativa dell'impatto di alcuni fattori sulla longevità delle comunità, utilizzata come indicatore indiretto dello stato di salute: i fattori socio-economici e gli stili di vita, contribuiscono per il 40-50%, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-30%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e i servizi sanitari per il 10-15%.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto anche un elenco di prerequisiti della salute, ossia di situazioni che devono essere presenti nelle comunità che acquisiscono la consapevolezza e la decisione di perseguire la salute dei suoi componenti.

La valutazione educativa ed organizzativa prevede l'identificazione dei determinanti che più possono essere coinvolti nei comportamenti di salute e negli ambienti di vita e lavoro.

La descrizione dei determinanti prevede l'analisi dei dati quantitativi e qualitativi riferiti ai comportamenti di salute nelle fasi del ciclo di vita.

I dati riguardano i determinanti:

- *predisponenti*, cioè interni alle persone e alle organizzazioni, che includono le conoscenze, gli atteggiamenti, le credenze, i valori e le percezioni delle persone e della comunità che facilitano od ostacolano la motivazione al cambiamento
- *abilitanti*, cioè esterni alle persone e alle organizzazioni: si riferiscono a risorse e ostacoli (forze e sistemi sociali, impegno istituzionale, leggi e norme...) che possono aiutare o impedire l'acquisizione di nuove abilità necessarie al cambiamento comportamentale e ambientale.
- *rinforzanti*, cioè esterni alle persone e alle organizzazioni: apprezzamenti, ricompense e stimoli ricevuti dalle

persone significative (famiglia, pari, insegnanti, operatori, politici...) in seguito all'adozione di un nuovo comportamento e che possono incoraggiare o scoraggiare il suo mantenimento anche in relazione all'ambiente in cui si manifesta.

Tutti i progetti sono stati elaborati verificando l'**esistenza di prove di efficacia** o in loro assenza **il riferimento a "buone pratiche"** disponibili, secondo le indicazioni della Evidence Based Health Promotion, con attenzione alla sostenibilità, ovvero alla loro potenzialità per una diffusione ed un'istituzionalizzazione continua.

Per tutti verranno individuati ed applicati appropriati strumenti di indirizzo, monitoraggio, valutazione e documentazione dell'efficacia pratica della loro realizzazione

## F. SINTESI DELLE PRIORITÀ

Visti dunque il PSN ed il PSR, gli elementi epidemiologici locali e l'impatto dei fattori di rischio sulle patologie cronico degenerative e sulle patologie di rilevanza sociale, nonché le attività già in essere e l'esistenza di interventi Evidence Based sui fattori di rischio selezionati, si ritiene opportuno individuare come priorità del presente programma la promozione dell'attività fisica in generale e di uno stile di vita fisicamente attivo in particolare, la prevenzione dell'obesità, una corretta alimentazione, la lotta al tabagismo, la prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti e dell'abuso di alcool, ed altri temi particolari di prevenzione per classi a rischio specifiche come tutta la popolazione in età lavorativa nel caso degli infortuni domestici, soprattutto negli anziani, e degli incidenti stradali, soprattutto nei giovani.

### **La valutazione di efficacia per un modello integrato di educazione alla salute**

La valutazione degli interventi di Promozione della Salute è un'azione complessa ed articolata, condizionata dai fenomeni comportamentali, sociali e politici, che intende misurare e dal tempo necessario per la loro comparsa, modificazione e consolidamento.

Se la Promozione della Salute è il processo grazie al quale le persone possono esercitare il controllo e migliorare la propria salute (Carta di Ottawa, OMS 1986), la finalità degli interventi è quindi di rinforzare e sostenere le capacità di singoli individui, gruppi, organizzazioni e comunità di agire insieme per esercitare un controllo sui determinanti della propria salute.

La valutazione dei risultati è quindi fortemente condizionata dai seguenti aspetti:

- valutazione iniziale del contesto sociale in cui si intende intervenire
- disponibilità al cambiamento dei vari soggetti presenti ed attivi nel contesto
- priorità percepite dai soggetti e indicate dai dati sanitari e sociali
- disponibilità di soluzioni basate su prove di efficacia o perlomeno su esempi convincenti di buona pratica
- qualità della progettazione
- predisposizione delle competenze professionali e delle infrastrutture organizzative capaci di

sostenere la realizzazione degli interventi e dall'esistenza di un piano di valutazione, dotato di strumenti, metodi e competenze, capace di scandagliare e misurare i diversi risultati che compaiono con lo scorrere del tempo (risultati a breve, medio e lungo termine) (fig. 1).

Ad esempio una recente metanalisi ha valutato l'impatto di campagne di comunicazione sul cambiamento di comportamenti, dimostrando l'esistenza di modificazioni misurabili a breve termine in porzioni di popolazione (differenti per tipologia ed entità a seconda dello stile di vita considerato: 15% per l'uso di seggiolini di sicurezza, 13% per l'igiene orale, 9% per la riduzione dell'uso di alcolici, 5% per la prevenzione delle malattie cardiovascolari, 5% per la cessazione fumo, 4% per lo screening tumori femminili, 4% per i comportamenti sessuali). Tale variabilità di impatto sembra legata da una parte all'esistenza o meno di interventi di rinforzo e dall'altra alla diversa efficacia in caso di incoraggiamento all'introduzione di nuovi comportamenti piuttosto che alla modifica o cessazione di comportamenti già esistenti, specie se voluttuari.

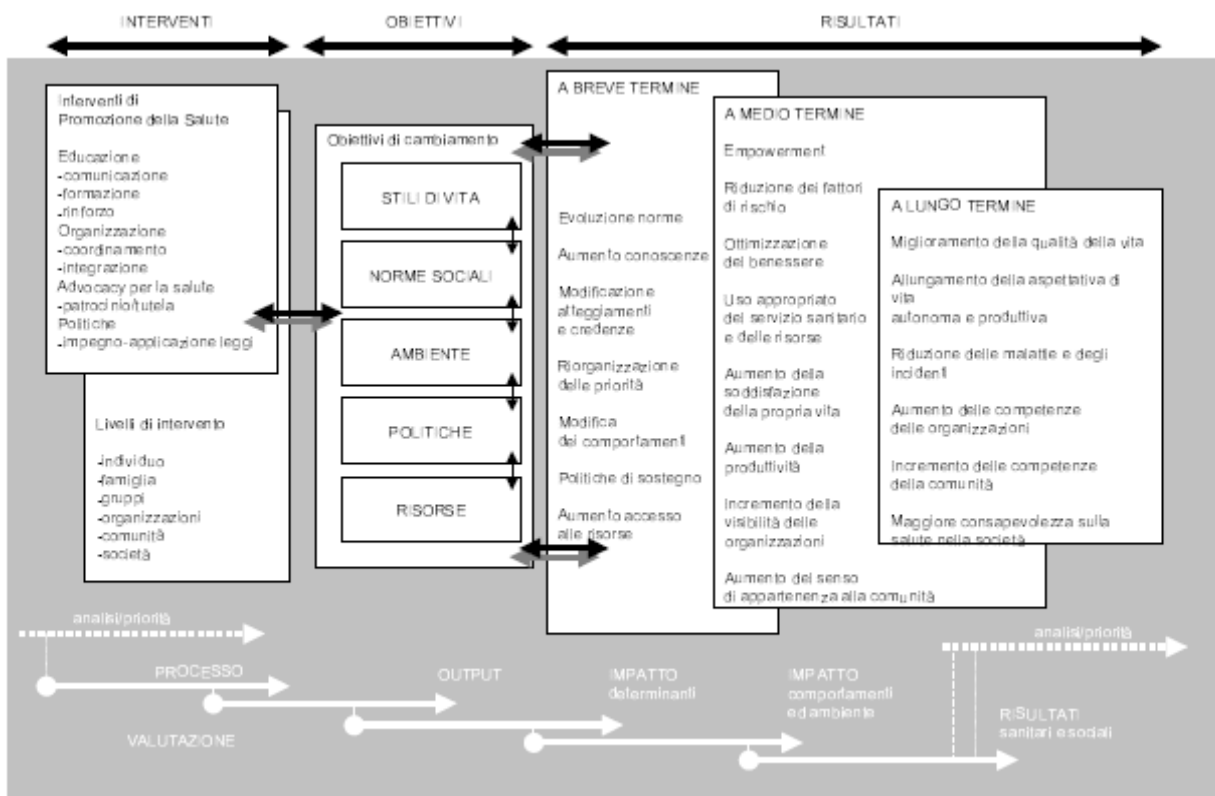
Gli elementi di valutazione contenuti nei diversi progetti del programma sono espressi in termini di indicatori e standard di risultato relativi agli aspetti di output e di impatto, intendendo con il termine output l'esito finale dell'azione in termini di prodotti misurabili e con impatto le modificazioni di atteggiamenti e comportamenti da parte degli individui e delle organizzazioni, e quindi di diminuzione di fattori di rischio e aumento di fattori protettivi.

Questi elementi – in presenza di consistenti evidenze del legame causale – possono essere considerati ragionevoli proxy dei risultati di salute (cioè sanitari e sociali).

Gli outcome di salute propriamente detti (riduzione di morbosità e/o mortalità generale e specifica, miglioramento della qualità della vita, ecc.), anche quando indicati come obiettivi strategici, non sono in questa sede presi in esame come concreti indicatori di valutazione in quanto le loro variazioni non sarebbero apprezzabili nel breve periodo, e quindi nell'intervallo biennale considerato dal programma.

Laddove possibile l'indicatore di output e/o impatto è stato dotato di uno standard numerico; altrimenti è riportato l'algoritmo di calcolo o l'elemento qualitativo osservabile.

Figura 1. Relazione esistente tra interventi di promozione della salute e loro valutazione (mod. da Green-Kreuter Health Promotion Planning, 1999)



L'ostacolo principale da evitare è la parcellizzazione dell'offerta, valorizzando lo sviluppo di azioni integrate e sinergiche, a partire dai bisogni della popolazione. Di qui la necessità di basarsi su sistemi di sorveglianza di popolazione, come strumento prioritario di analisi del bisogno di salute, ma anche e soprattutto, come metodo di valutazione dell'impatto e dell'efficacia degli interventi stessi.

In quest'ottica la sorveglianza di popolazione che contraddistingue lo "Studio Passi" e che ha il suo razionale in una raccolta continua e sistematica di dati, la cui interpretazione viene messa a disposizione di tutti coloro

che devono progettare, realizzare e valutare gli interventi in salute pubblica, permette di cogliere fenomeni altrimenti non percepibili, quali linee di tendenza o cambiamenti anche rapidi di alcune variabili, e dà la possibilità di migliorare la precisione delle stime. Si viene così a disporre di un metodo sicuro, validato e flessibile di sorveglianza sanitaria in ambito locale provinciale, che facilita la gestione e gli orientamenti delle strategie programmatiche nell'ambito della Salute Pubblica, ovvero si viene a disporre di un efficace strumento di "governance" del sistema salute a livello locale.

**La fase dell'analisi dei bisogni deve essere considerata una opportunità per l'empowerment in promozione della salute: consultare la comunità è, infatti, un metodo per comprendere meglio i fattori che incidono sulla salute recuperando anche i bisogni dei gruppi svantaggiati.**

## G. LA COMUNICAZIONE DELLA SALUTE E IL MARKETING SOCIALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

La **comunicazione per la salute** è elemento costitutivo e leva strategica delle politiche di prevenzione e promozione della salute, come viene sostenuto già dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. La comunicazione per la salute può diventare uno strumento innovativo che consente all'ASL di **mettersi in rete** con gli altri attori sociali per costruire strategie integrate ed efficaci nel migliorare la salute della popolazione, andando ad agire su tutti i suoi determinanti.

La comunicazione in sanità viene spesso considerata unicamente come il rapporto interpersonale tra medico e paziente, ma in realtà la sua sfera di "azione" è molto più ampia: la comunicazione può infatti essere intesa come *comunicazione pubblica* rivolta alla popolazione nel suo complesso (ad esempio attraverso le campagne e i media), ai suoi rappresentanti (enti, associazioni), nonché ai cittadini utenti del servizio sanitario (ad esempio l'accesso agli sportelli).

### **Obiettivi**

La comunicazione pubblica per la salute ha gli obiettivi di:

- favorire la diffusione di conoscenze e competenze rispetto ai temi della prevenzione presso il pubblico di riferimento;
- sostenere la scelta libera e consapevole di comportamenti salutari da parte dei cittadini (*empowerment*);
- ridurre le barriere ambientali, culturali, psicologiche e socioeconomiche che ostacolano l'adozione di comportamenti favorevoli alla salute;
- facilitare l'attivazione di alleanze e la creazione di interventi integrati con i diversi attori della comunità;
- prestare attenzione alla fasce di popolazione più vulnerabili che in genere hanno un peggiore stato di salute;
- aumentare la fiducia dei cittadini verso i servizi sanitari.

### **Oggetti e ruoli**

La comunicazione si avvale di due diverse opportunità per promuovere l'acquisizione di competenza e consapevolezza da parte del cittadino: la *comunicazione sanitaria* e la *comunicazione per la salute*.

La *comunicazione sanitaria* svolge un'importante funzione di raccordo fra i cittadini e i servizi sanitari avvicinando gli operatori della sanità agli utenti, mediante una corretta informazione che garantisca equità, accessibilità, efficacia e appropriatezza delle prestazioni.

All'interno della comunicazione sanitaria ha particolare rilievo la comunicazione di crisi e emergenza come strumento che permette di controllare le situazioni di allarme improvviso per la salute, al fine di dare una risposta corretta ed equilibrata alle richieste dei media e dei cittadini.

La *comunicazione per la salute* ha la funzione di leva strategica per la promozione della salute mettendo in sinergia i diversi settori della società (enti, istituzioni, soggetti sociali e cittadini) che possono incidere sui molteplici determinanti che condizionano la salute.

La comunicazione consente, infatti, di coordinare interventi interdisciplinari che possono minacciare o promuovere la salute a vari livelli (individuo, famiglia, comunità e società) e in diversi contesti sociali (luoghi di studio e di lavoro, luoghi di aggregazione, mezzi di comunicazione di massa tradizionali o mezzi tecnologicamente avanzati).

### **Prospettive**

A livello internazionale la comunicazione in sanità è considerata una risorsa, e non solo una spesa, per contribuire a migliorare la salute. Essa assume infatti un ruolo strategico nel favorire l'accesso e l'utilizzo appropriato dei servizi, nonché l'adozione di comportamenti volti alla tutela e al miglioramento della salute individuale e collettiva.

Attraverso un'attenta definizione dei destinatari, un adeguato posizionamento e l'*utilizzo di strategie integrate*, è possibile professionalizzare e trasformare queste attività in un reale servizio ai cittadini, sfruttando a pieno tutte le potenzialità della comunicazione.

Al fine di programmare e gestire le azioni di comunicazione per il raggiungimento di specifici obiettivi strategici dell'ASL un ruolo fondamentale può essere svolto dal *piano di comunicazione* nel quale troverà spazio l'integrazione fra l'ambito della prevenzione e promozione della salute e quello della comunicazione (UO Comunicazione, URP, ecc.), oltre ai comuni strumenti e canali di comunicazione (campagne informative, eventi, opuscoli), particolare attenzione va rivolta ai nuovi media (siti web, social network, applicazioni web, ecc.).

**Il marketing sociale come strumento per la promozione della salute** (tratto da Marketing Preventivo. Appunti per una nuova prevenzione del consumo di droghe. A cura di Vincenzo Marino e Giovanni Serbelloni. 2007)

Introdotta nel 1971 da Kotler e Zaltman, il concetto di marketing sociale sta suscitando un interesse crescente quale innovativo strumento per la prevenzione e la promozione della salute. Può essere definito come l'utilizzo di principi e tecniche del marketing per influenzare i destinatari ad accettare, rifiutare, modificare o abbandonare un comportamento in modo volontario allo scopo di ottenere un beneficio per i singoli, i gruppi o la società nel suo complesso.

#### **Progettazione degli interventi di marketing preventivo**

La progettazione degli interventi, può essere schematicamente suddivisa in quattro fasi:

1. fase analitica - raccogliere le informazioni necessarie per il successivo sviluppo e la realizzazione del progetto
2. fase strategica - definire le priorità e gli obiettivi specifici – misurabili – del progetto, attuare la segmentazione e il posizionamento. La segmentazione consiste nello scomporre l'intera popolazione in gruppi omogenei di persone rispetto ad alcuni parametri ritenuti rilevanti, che consente di individuare a quanti e quali gruppi rivolgere l'intervento: marketing indifferenziato (unica strategia per tutti), marketing differenziato (strategie differenti per i diversi gruppi) o concentrato (rivolto solo a uno o pochi gruppi). Segue il posizionamento, attraverso cui si definiscono e soprattutto si rendono percepibili e ben evidenti per i destinatari i vantaggi che possono ottenere aderendo a quanto viene proposto dal progetto rispetto alla concorrenza.
3. marketing operativo – si compone di 4 elementi "4 P"): il prodotto (Product), che è composto dal comportamento che si intende favorire e dai relativi benefici, a cui possono aggiungersi beni tangibili e servizi di supporto; il prezzo (Price), ovverosia l'insieme dei costi (economici e non, quali ad esempio, perdita di tempo, di energia, disagio) a cui i destinatari vanno incontro per attuare il cambiamento comportamentale e che quindi nell'intervento di marketing occorre controbilanciare; la promozione e la comunicazione (Promotion); il canale di distribuzione (Place). A questi elementi nel marketing sociale è importante aggiungere un'ulteriore "P": i Partner, perché sviluppare alleanze è fondamentale perché consentono di fornire messaggi coerenti e di utilizzare al meglio le risorse
4. verifiche - possono essere di processo e di esito. E' necessario monitorare il programma e valutare l'impatto da esso conseguito, anche se non è sempre facile misurare risultati in termini di salute. La valutazione è però un requisito indispensabile, sia per la corretta programmazione delle attività successive, sia per fornire validità scientifica agli interventi svolti, sia per rendere conto delle risorse utilizzate.

Nella letteratura vengono descritte diverse esperienze in cui il marketing sociale è stato applicato con successo alla promozione della salute, e diversi centri autorevoli hanno iniziato ad approfondire e ad applicare il marketing sociale (Health Canada, CDC, National Social Marketing Centre inglese, solo per citarne alcuni)

## H. PROGETTI, OBIETTIVI E METODOLOGIE UTILIZZATE

Premesso che tutti gli interventi sono Evidence Based (vedi capitolo priorità), si ritiene di poter individuare ed attuare i seguenti Progetti

1. **Prevenzione obesità infantile nella prima infanzia (counseling motorio – nutrizionale) in applicazione del Piano Obesità aziendale**
2. **Prevenzione obesità infantile durante il percorso nascita con i consultori familiari**
3. **Promozione sani stili di vita nella scuola**
4. **Progettare con qualità, valutare l'efficacia: progettare la prevenzione in classe**
5. **Alcol e guida – “sulle strade della prevenzione”**
6. **Con-t@tto spazio adolescenti.**
7. **Informagiovani, in collaborazione con Provincia di Varese, settore politiche sociali informa giovani magazine**
8. **Bacheche informagiovani**
9. **Promozione sani stili di vita over 50 a.**
10. **Corso di formazione per medici di Continuità Assistenziale**
11. **Avviamento alla pratica motoria di soggetti portatori di disabilità**
12. **Attività motoria nei luoghi di lavoro (ASL)**
13. **Prevenzione infortuni domestici**
14. **Promozione salute per ultra 65enni frequentanti Centri per Anziani**
15. **Promozione della salute negli ambienti di vita aperti**
16. **PASSI**
17. **Studenti e Salute: la ricerca HBSC in Lombardia**
18. **Implementazione di una rete per la gestione integrata degli interventi di promozione della salute sul territorio**

### **Progetto n. 1 Prevenzione obesità infantile nella prima infanzia (Counseling motorio – nutrizionale) in applicazione del Piano Obesità aziendale**

L'obesità infantile è stata definita dall'OMS un problema di Sanità Pubblica. Anche nella nostra ASL, l'analisi dei dati epidemiologici e di contesto analizzati ha indicato quale priorità di intervento la “Promozione di scelte alimentari nutrizionalmente corrette e promozione di una vita fisicamente attiva” nell'ambito dell'applicazione del Piano di azioni coordinate per la prevenzione e la gestione integrata del sovrappeso e dell'obesità nell'ASL della Provincia di Varese.

E' stato pertanto predisposto con la collaborazione dei PDF un progetto per la proposta di counseling nutrizionale motorio: compito dei PDF è l'individuazione, tra i loro assistiti, dei pazienti sovrappeso/obesi e, in applicazione di uno specifico percorso diagnostico-terapeutico l'invio all'ambulatorio dedicato di counseling nutrizionale motorio istituito presso il DPM. L'ambulatorio è stato attivato dall'anno 2006 allo scopo di offrire ai bambini e ai ragazzi a rischio e alle loro famiglie programmi di cambiamento dei comportamenti alimentari mirati alle esigenze e caratteristiche individuali, implementando l'attività fisica spontanea e strutturata per raggiungere la stabilizzazione del peso o la diminuzione dello stesso.

### **Progetto n. 2 Prevenzione obesità infantile durante il percorso nascita con i Consultori Familiari**

Le attuali evidenze scientifiche mettono in evidenza come una corretta alimentazione sia in gravidanza che nella prima infanzia porta ad avere una diminuzione dell'incidenza di sovrappeso ed obesità e delle correlate malattie cronico degenerative, in età evolutiva ed adulta

Nel corso del 2010 si riproporrà ai consultori il progetto effettuato nel 2008 e nel 2009 con i consultori di Varese, Malnate e Arcisate .Il progetto è articolato in incontri di formazione sul campo con il personale dei consultori al fine far loro acquisire strumenti e le competenze per poter fornire informazioni corrette alle gravide e alle neomamme che accedono ai consultori

**La metodologia utilizzata negli incontri sarà quella di formare dei formatori che possano amplificare le informazioni ricevute.**

### **Progetto n. 3 e n. 9 Promozione sani stili di vita nella scuola e over 50 aa.**

**Le attività di prevenzione nelle scuole si devono basare sulla capacità di identificazione di rischi e pericoli e sulla possibilità di rimuovere gli ostacoli di natura culturale, sociale ed economica all'accesso alle conoscenze e alle prassi che determinano l'assunzione di stili di vita**

Progetto a cadenza pluriennale : Il metodo utilizzato è basato sulla formazione dei docenti e degli istruttori di 2 enti di promozione sportiva si incentra sulla metodica di "imparare facendo". Riguarda nel particolare le tematiche inerenti la promozione di una corretta e consapevole alimentazione, l'incentivazione della pratica di attività motorie di base e il contrasto al fumo. L'obiettivo è quello di fornire gli strumenti per operare scelte consapevoli finalizzate all'orientamento di un positivo rapporto con il cibo e una sana abitudine alla pratica motoria senza vizi dannosi per la salute

L'impatto che ci si propone è sia a favore dell'individuo che soprattutto delle comunità nei confronti delle quali la scuola detiene una responsabilità precisa nel creare conoscenza, consapevolezza, attitudini ed abilità.

### **Progetto n. 4 Progettare con qualità, valutare l'efficacia: progettare la prevenzione in classe**

Il Dipartimento delle Dipendenze di Varese da molti anni si occupa di prevenzione elaborando progetti mirati alle necessità delle persone che ne usufruiscono e del territorio in cui vengono attivati. La necessità di tale attività prescritta dalla legge 309/90 che regolamenta la finalità e gli obiettivi dei servizi per le dipendenze è ulteriormente rinforzata dall'analisi dei notevoli e continui cambiamenti avvenuti nel mondo delle tossicomanie e le conseguenti percezioni sociali elaborate sul fenomeno.

Nella quotidianità scolastica si riscontra, oggi, una "cultura" diffusa soprattutto tra i giovani caratterizzata da una inadeguata consapevolezza del rischio collegata ai comportamenti di consumo di sostanze legali e illegali nei quali l'alterare artificiale dello stato mentale e psicologico assume forme esistenziali differenti (vincere la noia, divertirsi, restare nel gruppo, raggiungere prestazioni fisiche o sportive...)

Su tali considerazioni e, nell'ambito delle linee definite dal protocollo d'intesa siglato da USP, ASL e Provincia, l'USP di Varese e il Dipartimento delle Dipendenze hanno delineato un percorso formativo per l'anno scolastico 2009/2010 fondato su due finalità altamente correlate tra loro: Conoscitiva /Formativa - Progettuale.

La necessità di conoscere e di mappare la realtà adolescenziale è da ritenersi punto fondante e strutturale di tale ipotesi progettuale.

#### **Finalità**

Il progetto prevede l'attivazione di un processo di ricerca-intervento teso alla costituzione di un gruppo di lavoro composto da Docenti sensibili alla tematica preventiva, per giungere attraverso un percorso formativo e di supervisione alla stesura di progetti di prevenzione individualizzati per ogni singolo istituto.

Nello specifico si intende costituire un gruppo di Docenti che partendo dall'analisi dei dati e dei bisogni emersi nei rispettivi istituti elaborino un progetto di prevenzione.

L'ipotesi che sottende al progetto è quella di stimolare nei diversi istituti processi di autoreferenzialità in merito all'analisi dei bisogni e di progettualità affinché gradualmente si possano sperimentare livelli sempre maggiori di autonomia progettuale.

#### **Metodologia**

**La strategia metodologica del progetto è quella di *work in progress* in cui gli operatori del Dipartimento delle Dipendenze seguiranno il gruppo dal momento della sua costituzione alla stesura dei progetti con momenti di lavoro in gruppo, con un corso formativo teso allo sviluppo di capacità progettuali, infine con incontri di supervisione alla realizzazione di progetti.**

### **Progetto n. 5 Alcol e Guida – “Sulle Strade della Prevenzione“.**

Prosegue il progetto “Sulla strada ...della prevenzione selettiva in Lombardia”, che si propone di realizzare interventi di prevenzione selettiva finalizzati alla riduzione dell'uso e abuso di droghe (legali e illegali) in relazione alla guida e progettati in relazione alla individuazione di uno o due specifici indicatori di rischio, come la percezione del rischio (in fase di studio dal coordinamento regionale). Le attività preventive potranno essere svolte in collaborazione con le Scuole Guida, in particolare attraverso interventi formativi agli istruttori e alla realizzazione di strumenti finalizzati alla sensibilizzazione degli allievi (anche di tipo multimediale).

Altre attività sono previste in collaborazione con i progetti già presenti ed attivi sul mondo della notte e sul tempo libero. Sia attraverso momenti formativi rivolti ai gestori del settore che con interventi diretti con gli operatori del privato sociale (etilometri, diffusione di materiale informativo, realizzazione di “spot” da divulgare durante le serate in collaborazione con i dj).

### **Progetto n. 6 Con-t@tto Spazio Adolescenti.**

Con-t@tto Spazio Adolescenti offre ascolto, aiuto, accompagnamento e tutoraggio, prendendo in carico le situazioni di difficoltà manifestate dagli adolescenti e dai giovani; è anche un programma di prevenzione dei comportamenti a rischio e dell'uso di sostanze stupefacenti fra gli adolescenti e i giovani. Con-t@tto Spazio Adolescenti opera in équipe multidisciplinare composta da professionisti formati sulle problematiche degli adolescenti e dei giovani, tra cui Medici, Psicologi, Educatori Professionali, Assistenti Sociali. Lo strumento di lavoro multi professionale permette di osservare e intervenire lungo tutto l'arco degli interventi (preventivo, terapeutico, riabilitativo), con l'obiettivo di rinforzare le competenze, ma anche valorizzare e garantire il feedback delle esperienze per meglio coordinare e orientare.

L'attività prevalente è quella di prevenzione mirata a gruppi di genitori con figli "a rischio" e di prevenzione mirata con attività ricolte al singolo ragazzo.

È un progetto che è iniziato nel 1999 e prosegue anche con le attività nel 2010.

### **Progetto n. 7 Informagiovani, in collaborazione con Provincia di Varese, settore politiche sociali**

Continua la divulgazione di **InformaGiovani Magazine**, un giornale rivolto a tutti i giovani che nasce da una redazione di ragazzi degli Istituti Superiori, supportata dal coordinamento provinciale InformaGiovani con il coinvolgimento diretto dell'InformaGiovani di Varese. Dopo quanto fatto nei due scorsi anni con la state distribuzione delle prime edizioni (20.000 copie ciascuna), anche per il 2010 è prevista la redazione di un inserto dedicato alle tematiche del disagio, dei comportamenti a rischio e delle sostanze stupefacenti curato dagli operatori i Con-t@tto Spazio Adolescenti.

### **Progetto n. 8 Bacheche Informagiovani**

Un progetto per la gestione di uno spazio informativo, sui temi di competenza degli InformaGiovani (vita sociale, sport, attività culturali e tempo libero, vacanze e turismo, trasporti e comunicazioni, mobilità internazionale, eventi e concorsi, Internet Point e altri servizi c/o InformaGiovani), riguardante l'ambito locale, nazionale ed europeo. Il servizio è dedicato prevalentemente ai giovani del territorio di età compresa tra i 15 e i 29 anni. I soggetti coinvolti nella gestione del progetto sono il Coordinamento Provinciale InformaGiovani e gli Enti (Comuni e Scuole) che si rendono disponibili a collaborare all'iniziativa. Se ritenuto necessario il contributo di Con-t@tto Spazio Adolescenti concerne ancora una volta la diffusione di informazioni inerenti le sostanze stupefacenti e i comportamenti a rischio.

### **Progetto n. 10 Corso di formazione per Medici di Continuità Assistenziale**

Le patologie cronico degenerative e le patologie di rilevanza sociale (abuso di alcool, sostanze, incidentalità stradale e domestica), rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica e appaiono costituire una vera, grande priorità di intervento per la popolazione. La causalità di queste patologie è complessa, ma è ben riconosciuta in letteratura l'associazione tra fattori di rischio definiti e la maggiore probabilità di instaurarsi delle patologie stesse.

L'ASL di Varese ha progettato quindi di strutturare interventi mirati che coinvolgano direttamente anche il Servizio di Continuità Assistenziale con il Progetto Implementazione del Piano Integrato Locale degli Interventi di promozione della salute

I medici aderenti svilupperanno non solo conoscenze tecniche, ma anche competenze mirate alla comunicazione, che saranno verificate nell'applicazione sul campo di interventi di promozione di sani stili di vita rivolti alla popolazione

### **Progetto n. 11 Avviamento alla pratica motoria di soggetti portatori di disabilità**

L'avviamento alla pratica motoria di soggetti disabili deve essere improntato ad un tipo di approccio globale che non deve evidenziare ciò che manca alla persona, ma rappresenta la lente d'ingrandimento delle potenzialità dell'individuo.

Il metodo si basa sulla formazione degli operatori (personale docente e non che assiste i disabili più **gravi**) e degli utenti stessi (disabili) attraverso interventi pratici e teorici che consentano di acquisire le capacità necessarie per poter praticare in maniera continuativa ed adeguata una o più attività motorie abbinando l'adozione di una corretta alimentazione e l'astensione da abitudini dannose (fumo e alcool).

### **Progetto n. 12 Attività motoria nei luoghi di lavoro (ASL)**

E' confermato da molteplici ricerche che un'attività fisica di moderata intensità, svolta in modo regolare, agisce come fattore protettivo nei confronti di numerose patologie molto diffuse, quali malattie

cardiovascolari, diabete, osteoporosi ed influisce, in modo positivo, anche sulla ipertensione e sul rischio di tumori.

**Si ritiene pertanto fondamentale il coinvolgimento attivo di operatori della SSR in attività motorie finalizzate alla costruzione di una consapevolezza che possa essere trasferita agli utenti dei servizi sanitari.**

Organizzazione e gestione di un programma di sessioni (extra orario di servizio) di attività motorie di ginnastica posturale guidata da laureati in Scienze motorie appartenenti a 2 Enti di Promozione Sportiva (CSI e UISP) utilizzando appositi spazi aziendali per gruppi selezionati di dipendenti

### **Progetto n. 13 Prevenzione infortuni domestici**

#### **a) Target 0-3 anni**

Obiettivo principale è incrementare negli adulti, genitori o parenti, la conoscenza e l'attenzione alle situazioni che espongono a maggior rischio di danno fisico in ambito domestico il bambino, da attuarsi attraverso interventi informativo-educativi specifici presso i Centri Vaccinali e i Consultori Familiari dei Distretti Socio Sanitari.

Alla seconda vaccinazione obbligatoria dell'infanzia proseguirà la campagna informativa rivolta ai genitori con illustrazione del contenuto dell'opuscolo "La casa del bambino" e delle modalità con cui si può entrare in possesso per via telematica. Alla terza vaccinazione obbligatoria dell'infanzia, si provvederà alla consegna ai genitori di fotocopia dell'opuscolo di ispirazione regionale dal titolo "La prevenzione delle intossicazioni acute in età pediatrica".

#### **b) Target > 65 anni**

E' stata completata in un comune della ASL l'implementazione del progetto per la prevenzione delle cadute delle persone anziane, denominato "Progetto Tartaruga". Ora in tale ambito comunale il progetto proseguirà, con il coordinamento dell'Assessorato competente, in forme differenziate adattate al contesto locale e alle risorse disponibili. Per gli anziani ultrasessantacinquenni si prevede di dare vita all'iniziativa dei "Gruppi di cammino", con la supervisione dell'U.O. Medicina dello Sport del Dipartimento di Prevenzione Medico dell'ASL.

La medesima iniziativa "Progetto Tartaruga" verrà intrapresa a breve in un secondo Comune della provincia di Varese.

La metodologia prevede sempre l'applicazione di alcuni livelli operativi:

- il marketing sociale,
- l'attivazione della comunità.

L'azione di marketing sociale alla popolazione è sempre destinata a continuare nel tempo e l'attivazione di comunità prevederà di volta in volta il coinvolgimento di personale sanitario e tecnico, sotto l'egida operativa dell'Assessorato ai Servizi Sociali del comune di riferimento e del Dipartimento ASSI e Sussidiarietà Sociale dell'ASL;

### **Progetto n. 14 Promozione della salute per ultra 65enni frequentanti Centri per Anziani**

Interventi specifici sulla popolazione target (over 65) per la diffusione di messaggi propositivi di sani stili di vita in un'ottica globale riguardante anche la prevenzione degli incidenti domestici ,degli incidenti stradali e la prevenzione del rischio sanitario da inquinamento atmosferico per creare una rete di comunicazione efficace

- Interventi con svolgimento in senso multifattoriale che prevede un approccio integrato di promozione della salute volto a costruire nelle persone anziane una cultura ai fini dell'assunzione di attitudini e comportamenti protettivi per la propria salute e sicurezza
- Iniziative di marketing sociale costituito da messaggi semplici per tutta la popolazione finalizzati ad una sensibilizzazione specifica sulle problematiche
- Attivazione della Comunità che sarà sviluppata a livello locale in modo globale coinvolgendo il massimo di interlocutori disponibili
- Formazione degli operatori ASL coinvolti nel progetto con precedenza per coloro coinvolti in analoghe iniziative di prevenzione al fine di costruire una trasversalità e una compatibilità che consentano l'ottimizzazione degli interventi
- Definizione di un piano di comunicazione in sinergia con le comunità locali e le Amministrazioni Comunali

- Definizione delle partnership extraaziendali (anche private) coinvolgendo il più ampio numero di interlocutori possibile

### **Progetto n. 15 Promozione della salute negli ambienti di vita aperti**

L'obiettivo specifico dell'intervento riguarda la Promozione della salute attraverso la disponibilità di ambienti urbani favorevoli dal punto di vista strutturale. Il progetto prevede le seguenti modalità di attuazione:

- azione di indirizzo verso le Amministrazioni Comunali durante la fase di predisposizione degli strumenti urbanistici di sviluppo e gestione del territorio (VAS/PGT), enfatizzando l'importanza di curare la predisposizione di contesti urbani favorevoli alla tutela della salute e alla pratica di sani stili di vita (con particolare riferimento a piste ciclo-pedonali, verde pubblico, spazio attrezzati per il tempo libero, parchi, percorsi pedonali, ecc.)
- mappatura degli spazi attrezzati per la pratica di attività motoria all'aria aperta presenti in provincia (percorsi vita, piste ciclo-pedonali, ecc.) con successiva predisposizione, in concorso con le Amministrazioni competenti (in particolare, Provincia e Comuni), di apposito materiale divulgativo-informativo, recante indicazioni anche circa il corretto utilizzo di tali strutture (attività fisica, alimentazione, abbigliamento, ecc.)

### **Progetto n. 16 Studio PASSI**

Il Ministero della Salute, tramite il CCM e con il supporto tecnico-organizzativo dell'ISS, ha messo a punto dal 2005 al 2009 in via sperimentale un sistema di sorveglianza specifico, integrativo della raccolta di dati "storica" dell'ISTAT, finalizzato espressamente a fornire dati sull'impatto sulla popolazione, in tre fasce standardizzate per età (18-34 aa., 35-49 aa., 50-69 aa.) e per sesso, dei più importanti fattori di rischio per la salute (fumo, alcol, attività fisica, alimentazione, infortuni domestici, incidenti stradali, ecc.) e dell'efficacia degli interventi di prevenzione predisposti ed attuati per la loro riduzione. Terminata la fase sperimentale, dal 2010 lo Studio PASSI viene gestito con modalità definitive negli ambiti ad esso aderenti, con gestione organizzativa autonoma locale, con un piano di comunicazione definito e con la supervisione dell'ISS per la raccolta e l'elaborazione dei dati in maniera uniforme.

Si basa sempre su un'indagine a campione, esclusivamente per via telefonica, che vuole raggiungere e rendere stabili alcuni importanti obiettivi:

- rendere la metodologia utilizzata un requisito costante e definitivo nell'attività quotidiana di lavoro negli ambiti ASL incaricati della raccolta ed elaborazione dei dati epidemiologici e dei conseguenti interventi di sanità pubblica
- ottenere sempre un quadro informativo di contesto rappresentativo localmente a livello della ASL per modulare a livello locale una efficace programmazione dei nuovi interventi di prevenzione e per consentire in tempi brevi la predisposizione di efficaci azioni correttive nei programmi di salute già intrapresi

### **Progetto n. 17 Studenti e Salute: la ricerca HBSC in Lombardia**

Si tratta di uno studio multicentrico internazionale sulla salute degli studenti di 11, 13 e 15 anni (promosso nel 1982 da Inghilterra, Finlandia e Norvegia) e adottato dall'Ufficio Europeo dell'OMS.

È realizzato attraverso un questionario anonimo, self-report, comune a tutti i 41 Stati aderenti.

Nel 2007 lo studio HBSC è stato realizzato per la prima volta in Lombardia dal Dipartimento Dipendenze della ASL di Milano su mandato della DG Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia, all'interno delle attività propedeutiche alla costituzione dell'Osservatorio Regionale Dipendenze.

Nel novembre 2009 lo studio HBSC è stato realizzato in Lombardia dalla DG Famiglia e Solidarietà Sociale e dalla DG Sanità.

La ricerca HBSC fa parte di un più ampio progetto dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) denominato "*Sistema di indagini sui rischio comportamentali in età 6-17 anni*", promosso dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali/CCM, in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e realizzato tutta Italia attraverso ulteriori indagini conoscitive.

#### **Aree tematiche indagate**

- Caratteristiche anagrafiche e maturazione
- Salute e benessere
- Comportamenti a rischio
- Abitudini alimentari e salute corporea
- Attività fisica e tempo libero

- Contesto familiare e gruppo dei pari
- Ambiente scolastico
- Disuguaglianze e capitale sociale

Tali dati ci consentiranno di avere informazione preziose sui comportamenti e la percezione di salute di una fascia di età (11-15 anni) non altrimenti indagata da altre fonti.

### **Progetto n. 18 Implementazione di una rete per la gestione integrata degli interventi di promozione della salute sul territorio**

Le politiche di intervento relative a sani stili di vita delineate dall'OMS consistono nel:

- considerare la salute in senso globale nelle sue dimensioni fisica, mentale e sociale,
- promuovendo gli stili di vita con approcci orientati alla popolazione e con la prospettiva della Sanità Pubblica
- "dare voce" ai benefici di salute, sociali ed economici di corretti stili di vita
- inserire gli stili di vita nelle politiche per la prevenzione dei fattori di rischio delle malattie cronico-degenerative (malattie cardiovascolari, tumori...)
- definire programmi ed interventi all'interno di politiche già esistenti in ambito sanitario e altri settori (sport, educazione, urbanizzazione, trasporti, cultura)
- costruire politiche, programmi ed interventi a basso costo economico con espliciti obiettivi di salute, sociali ed economici
- garantire equità nell'accesso alle conoscenze dei benefici di corretti stili di vita
- tessere collaborazioni multisettoriali adeguate e coinvolgere soggetti pubblici e privati
- garantire ambienti che facilitino la pratica dell'AF
- utilizzare componenti sociali nodali per realizzare interventi (famiglia, scuola, luoghi di lavoro...)
- coinvolgere la comunità nella pianificazione e nella realizzazione di programmi ed interventi
- definire programmi di formazione diretti ad operatori di diversi settori correlati agli stili di vita

*Le politiche, i programmi e gli interventi di promozione di sani stili di vita devono essere una parte integrante delle politiche pubbliche .*

Essi devono essere:

1. caratterizzati da advocacy basata sull'evidenza di efficacia dei benefici dell'adozione di sani stili di vita
2. orientati alla collaborazione intersettoriale e alla costruzione di reti di lavoro - Un particolare impegno deve essere posto nel creare o rafforzare collaborazioni e reti di lavoro, a livello locale, regionale ed internazionale tra i potenziali interessati quali enti del settore pubblico, del settore privato, associazioni, gruppi di volontariato, federazioni sportive e quanti possono essere interessati nel promuovere corretti stili di vita. Le collaborazioni intersettoriali e le reti di lavoro dovrebbero essere impostate e sviluppate da finalità e obiettivi condivisi tra i differenti partecipanti.
3. La centralità della multisettorialità dovrà valere per tutti i settori: pubblico e privato, politico, sociale, culturale e professionale .
4. ispirati dalla contemporanea presenza di obiettivi di salute, sociali ed economici con la piena valorizzazione ed ottimizzazione delle risorse esistenti (a basso costo)
5. rivolti alla popolazione
6. Anche se le politiche, i programmi e gli interventi per la promozione di sani stili di vita devono essere rivolti all'intera popolazione; cioè uomini e donne di tutte le età e condizioni, in realtà i destinatari con più alta priorità sono bambini e adolescenti sia in ambito scolastico che esterno, gli adulti particolarmente inattivi, i lavoratori e gli anziani
7. vocati all'equità
8. costruiti sulle politiche già esistenti: Le politiche, i programmi e gli interventi devono valorizzare, ottimizzare e raccordare quanto già offrono i diversi settori, senza necessariamente ricercare risorse aggiuntive, ma riorientando quelle esistenti su un obiettivo condiviso.
9. fondati sullo sviluppo di programmi innovativi e sulla formazione di competenze - Le maggiori difficoltà, ma allo stesso tempo opportunità sono l'avviare e mantenere il lavoro di rete intersettoriale e nel garantire formazione di competenze nuove ai diversi operatori e decisori provenienti in particolare nel settore sanitario, sportivo ed educativo/scolastico, per progettare e gestire politiche, programmi ed interventi per promuovere corretti stili di vita " dare voce" ai benefici di una vita attiva nel quotidiano.

In considerazione di queste premesse si ritiene indispensabile e necessario implementare e consolidare la creazione di una rete, con un coordinamento strategico sanitario, che consenta di delineare le politiche di intervento ottimali su tutto il territorio aziendale.

I primi passi per la sua creazione sono stati :

- Il protocollo d'intesa della durata triennale (2008-2010) tra ASL, Provincia e Ufficio Scolastico Provinciale.
- Il protocollo d'intesa, di durata triennale (2008-2010) tra ASL e Enti di Promozione Sportiva (CIS e UISP)
- L'adesione del Comune di Varese, nel settembre 2009, al protocollo di intesa tra ASL, Provincia e Ufficio Scolastico Provinciale.

L'obiettivo generale per l'anno 2010, sarà l'implementazione e l'estensione del protocollo di intesa ad altri Enti, Istituzionali e non.

Obiettivi specifici saranno:

- l'estensione del protocollo di intesa ai Comuni con più di 20.000 abitanti della nostra provincia
- l'estensione del protocollo di intesa all'Ordine dei Medici della Provincia di Varese
- l'elaborazione di un progetto sperimentale, con il Dipartimento di Prevenzione Veterinario e Enti Locali (un Comune della Provincia, una Comunità Montana, alcuni canili delle aree interessate), per implementare il benessere animale e l'attività motoria delle persone over 50. Nello specifico potranno essere "adottati ad ore" i cani (ritenuti idonei dai Veterinari dell'ASL) di canili situati in aree prossimali a percorsi pedonali, da persone over 50 (coinvolte dai servizi sociali del Comune), con l'obiettivo di implementare l'attività motoria e il benessere di entrambi
- coinvolgimento dei Medici Competenti operanti nell'ambito territoriale, tramite interventi di sensibilizzazione sulla promozione di corretti stili di vita inseriti in corsi di formazione specifici organizzati dal SISL aziendale.

## I. PIANO DI VALUTAZIONE

Accanto alle verifiche e agli indicatori previsti da ciascun progetto sono stati individuati indicatori di sistema, per monitorare l'attuazione del Piano integrato nel suo insieme.

La verifica dell'attuazione viene effettuata tramite gli indicatori e alle scadenze indicate nel prospetto sotto indicato.

Per l'analisi di **processo** sono stati individuati indicatori relativi alla realizzazione delle strutture organizzative e al loro funzionamento e alla definizione delle responsabilità.

Si è posta attenzione al grado di integrazione, prima di tutto interna alla ASL ma anche esterna, sia con strutture sanitarie che con enti, associazioni e altre realtà territoriali. Si è poi evidenziata la necessità di identificare parametri che permettano di valutare l'attivazione di politiche intersettoriali, sanitarie, sociali e socio-sanitarie.

OBIETTIVO	DENOMINAZIONE INDICATORE	MODALITÀ DI MISURAZIONE	TEMPI
Implementare le capacità organizzative finalizzate alla realizzazione degli obiettivi di sistema	Definizione del modello organizzativo aziendale scelto e suo aggiornamento	Atto istitutivo	Predisposto nel 2009 Aggiornamento entro giugno
Ampliamento della rete territoriale strategica	Implementazione delle attività del Tavolo Tecnico e dei gruppi di lavoro	Sintesi delle attività annuali (verbali)	Giugno
	Adesione al	Documento di	Dicembre

	Programma di almeno 3 Comuni della Provincia >20.000 abitanti	adesione	
Progettazione integrata	Elaborazione di almeno 1 progetto per gruppi di lavoro	Scheda progetto	giugno
Costruzione della rete territoriale operativa del Piano obesità	Attività dei quattro gruppi di lavoro	Sintesi delle attività annuali (verbali)	Dicembre
Integrazione operativa tra i soggetti interni e con i soggetti esterni all'ASL sanitari e extrasan	Partecipazione ai gruppi di lavoro dei rappresentanti degli enti	Contributo scheda progetto	Dicembre
Integrazione interna	N° servizi ASL interessati ai progetti / n° servizi ASL effettivamente coinvolti	Report	Dicembre
Integrazione esterna	N° enti interessati ai progetti / n° enti effettivamente coinvolti	Report	Dicembre
Coinvolgimento soggetti esterni	Incontri formalizzati con soggetti esterni decisori, enti associazioni	Rilevazione	Dicembre
Sensibilizzazione e motivazione degli operatori ASL	Iniziative di formazione, gruppi di miglioramento, gruppi di progetto, identificazione di responsabilità	Verifica attuazione e apprendimento	Dicembre
Fornire strumenti che consentano di progettare, attuare e valutare interventi di promozione della salute con criteri metodologici di qualità	Iniziative di formazione con scuola, sanità, enti di promozione sportiva	Verifica attuazione	Dicembre
Attuazione degli interventi	Realizzazione degli interventi previsti dal Piano Integrato Locale – anno 2010	Report	Dicembre

La **valutazione di impatto** tiene conto principalmente del grado di attivazione di comunità, della reale assunzione di ruoli e responsabilità da parte di realtà/risorse locali significative e del livello di autonomia raggiunto/avviato nei processi di promozione della salute.

Attivazione di comunità	Iniziative realizzate o proseguite in autonomia	Rilevazione	Dicembre
Creazione rapporto di fiducia con altri enti	Adesione di altri enti a specifici progetti aziendali	Rilevazione progetti conclusi/avviati/proposti	Dicembre
Adesione soggetti esterni	Partecipazione di operatori esterni a iniziative di formazione	Rilevazione	Dicembre

Attivazione operativa di realtà esterne	Istituzione di commissioni promozione della salute in realtà esterne	Atto istitutivo	Dicembre
Collaborazione con istituzioni	Accordi di collaborazione con Enti locali per la promozione di stili di vita sani (singoli o per gruppi omogenei)	Formalizzazione dell'atto	Dicembre
Collaborazione con istituzioni	Accordi di collaborazione con singole scuole e/o con ufficio scolastico provinciale per promozione di stili di vita sani	Formalizzazione dell'atto	Dicembre
Attivazione Istituzionale Esterna	Inserimento di progetti per la promozione di stili di vita sani nei Programmi di Offerta Formativa delle singole scuole	Valutazione P.O.F. delle scuole	Settembre