



AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n.42 - 37122 Verona - Cod. Fiscale e P. IVA 02573090236

Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria

Finanziamento Ministero della Salute - capitolo 4393/2007

Finanziamento Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Gioventù - capitolo 853/2007

Progetto Nazionale
di Promozione
dell'Attività Motoria

**RELAZIONE
CONCLUSIVA**





AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n.42 - 37122 Verona - Cod. Fiscale e P. IVA 02573090236

Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria

Finanziamento Ministero della Salute - capitolo 4393/2007

Finanziamento Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Gioventù - capitolo 853/2007

RELAZIONE CONCLUSIVA DEL PROGETTO CCM

“PROGETTO NAZIONALE DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ MOTORIA”

Finanziato dal Ministero della Salute e dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Gioventù

LUCIA DE NONI
ULSS 20 del Veneto

VERONA 2011

INDICE DEGLI ARGOMENTI

IL PROBLEMA SEDENTARIETÀ	
- problema generale	pag. 1
- contesto epidemiologico	pag. 2
- la sedentarietà	pag. 3
- linee guida	pag. 4
- tutela della salute nelle attività sportive	pag. 4
IL PROGETTO VENETO DI LOTTA ALLA SEDENTARIETÀ	pag. 6
IL PROGETTO NAZIONALE DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ MOTORIA (PNPAM)	
- I protagonisti	pag. 7
- Gli obiettivi	pag. 7
- La struttura organizzativa	pag. 7
- I referenti senior e junior	pag. 8
- Le azioni regionali previste dal progetto	pag. 9
- La rendicontazione periodica	pag. 10
IL RAPPORTO SULL'ATTIVITÀ SVOLTA	
- Area implementazione della rete	pag. 13
- Area della formazione	pag. 19
- Area della promozione	pag. 21
- Area dell'intersettorialità	pag. 24
- Area della comunicazione	pag. 26
- Area della valutazione	pag. 30
- Area della sperimentazione	pag. 32
I PROGETTI PILOTA	
- Diamoci / ridiamoci una mossa	pag. 34
- Vivere senza peso	pag. 35
- Crescere bene è un gioco da ragazzi	pag. 35
- Progetto "Trekking"	pag. 35
IL PROGRAMMA "RAGAZZI IN GAMBA!"	
- Principi	pag. 36
- Azioni evidence-based	pag. 36
- Attività fisica consigliata	pag. 36
- Interventi proposti nella scuola primaria	pag. 37
- Interventi proposti nella scuola secondaria di I° grado	pag. 38
- Interventi proposti nella scuola secondaria di II° grado e oltre	pag. 38
- Materiali predisposti per la campagna "Ragazzi in gamba"	pag. 39
○ Materiali per la scuola primaria	
○ Materiali per la scuola secondaria di I° grado	
○ Materiali per la scuola secondaria di II° grado	
- Concorso "Ragazzi in gamba"	pag. 42
- Ricerca "Quali messaggi per quali ragazzi"	pag. 43
IL CONTESTO	
- dati riguardanti le scuole che hanno partecipato al programma "Ragazzi in gamba"	pag. 44
- dati riguardanti le scuole primarie che hanno partecipato al Progetto DUM/RIDUM	pag. 47
- le palestre	pag. 48
- gli spazi scoperti	pag. 48
- il gioco	pag. 49
- le caratteristiche delle aree di gioco	pag. 50

- le aree verdi di quartiere pag. 52
- la sicurezza pag. 54
- le strade vicine alla scuola pag. 55

QUANTA ATTIVITÀ MOTORIA FANNO I BAMBINI DELLA SCUOLA PRIMARIA E ALTRE QUESTIONI

- il parere degli esperti esterni pag. 57
- il parere dei docenti pag. 57
- il parere dei genitori pag. 61
 - questionari compilati pag. 61
 - consapevolezza circa gli interventi di promozione della salute pag. 62
 - stato ponderale dei ragazzi pag. 63
 - iniziative promosse dalla scuola pag. 64
 - come ci si reca a scuola pag. 65
 - sport praticati pag. 66
 - tempo dedicato al movimento pag. 67
 - tempo speso davanti alla televisione pag. 68
 - correlazioni pag. 69

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE pag. 71

ELENCO PUBBLICAZIONI/MATERIALI PNPAM pag. 74

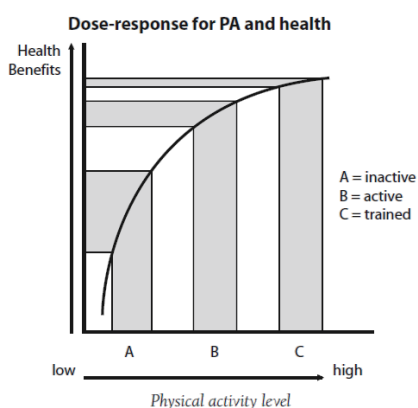
ALLEGATI pag. 75

IL PROBLEMA SEDENTARIETÀ

Problema generale

A partire dalla seconda metà del secolo scorso, ha avuto inizio la ricerca delle raccomandazioni più efficaci a garantire nella popolazione i benefici per la salute derivanti dall'attività fisica. Le prime raccomandazioni dell'American College of Sports Medicine del 1978 ponevano l'accento su un'attività fisica piuttosto intensa di 15-60 minuti da praticare dalle tre alle cinque volte a settimana. Nel corso degli anni, l'accento si è spostato verso attività di intensità più moderata e nel contempo la frequenza è salita alle cinque/sette volte la settimana con impegno giornaliero di trenta minuti, raggiungibili mediante la somma di singoli blocchi di otto/dieci minuti. I cambiamenti introdotti derivano, da un lato, dalla consapevolezza che per le persone sedentarie la proposta di un regime di attività regolari ed intense può essere difficilmente attuabile, mentre può risultare più agevole iniziare con piccoli sforzi di breve durata e di intensità più moderata; dall'altro, l'epidemiologia ha evidenziato la possibilità di ottenere grandi benefici di salute anche con moderati incrementi dei livelli di attività fisica (vedi grafico n.1).

Grafico 1.(da AN EUROPEAN FRAMEWORK TO PROMOTE PHYSICAL ACTIVITY FOR HEALTH)



Nel volume "An European Framework to Promote Physical Activity for Health" vengono chiaramente definiti i termini attività fisica, esercizio fisico ed attività sportiva. Questa distinzione non rappresenta una mera questione terminologica ma rispecchia la necessità di individuare chiaramente gli ambiti di azione, gli obiettivi e i target di intervento concentrando gli sforzi sulla promozione dell'attività fisica e dello "sport per tutti" nella popolazione generale piuttosto che sullo sport agonistico riservato a un numero ristretto di persone. Per raggiungere gli obiettivi di salute prefissati, l'attenzione va quindi rivolta a tutte quelle attività di intensità moderata, che possono essere svolte da tutti con regolarità e che possono essere facilmente integrate nella vita quotidiana. Date queste premesse, è facile comprendere lo stretto legame che è venuto a crearsi tra strategie di promozione dell'attività fisica e necessità di modificare le abitudini delle persone anche attraverso la modifica degli ambienti in cui esse vivono, sia che si tratti di luoghi di lavoro, di ambienti domestici o di ambiente urbano in generale. A questo proposito, si può ricordare ad esempio come "La Giornata mondiale della salute 2010", intitolata "Vivere bene in città," sia stata dedicata interamente alla promozione del benessere negli ambienti urbani. Contestualmente, a livello europeo sono andate consolidandosi delle linee di lavoro che evidenziano in modo sempre più dettagliato i rapporti intercorrenti tra trasporti e salute, non solo sul versante dell'inquinamento atmosferico ma anche sul versante della lotta alla sedentarietà. Dalla considerazione che il movimento può essere fatto anche in luoghi non espressamente deputati all'esercizio fisico e sportivo, come palestre e centri sportivi, alla comprensione dell'importanza del movimento in tutte le attività che compongono la vita quotidiana il passo è breve. E' così che il cammino e l'uso della bicicletta, già ritenuti virtuosi e non inquinanti, sono stati valorizzati anche sotto

il profilo della lotta alla sedentarietà e della promozione del movimento finalizzato ad ottenere benefici di salute.

D'altro canto, i dati sulla sedentarietà restano allarmanti e tendenzialmente sono in peggioramento in tutto il mondo. Le persone hanno perduto l'abitudine a muoversi. I miglioramenti tecnologici negli ambienti di vita e di lavoro, l'uso spropositato dell'automobile, la scarsa qualità dell'aria, l'aumento della povertà, l'incremento dei livelli di criminalità, la scarsità di parchi urbani, il cattivo stato dei marciapiedi, l'alta densità abitativa, l'abitudine di passare ore davanti alla televisione o occupati in altre attività ricreative di tipo sedentario sono tutti motivi che concorrono a far sì che le persone tendano a muoversi sempre di meno. Il movimento sembra non fare più parte delle nostre giornate e numerose ricerche evidenziano che anche programmi strutturati di promozione dell'attività fisica non riescono a contrastare pienamente questa tendenza, soprattutto nei gruppi di popolazione con più basso livello socio-culturale.

L'OMS "A European Framework To Promote Physical Activity For Health" evidenzia che l'attività fisica è soprattutto un bisogno fondamentale che in quest'ultimo secolo è stato rimosso dalla nostra vita, tanto che abbiamo alla fine dimenticato quant'è importante per la nostra salute e il nostro benessere. Esiste quindi un primo ordine di ostacoli di tipo culturale al movimento. Se andiamo a vedere quali sono state le cause che hanno determinato l'epidemia di sedentarietà troviamo una serie di fattori socio-ambientali come:

- un minor dispendio energetico durante il lavoro
- il ridimensionamento dell'attività fisica durante l'orario scolastico
- la riduzione del bisogno di muoversi nella vita quotidiana
- l'ambiente fisico, i trasporti
- la competizione da parte di attività ricreative sedentarie più attraenti (Televisione, video/DVD, giochi elettronici, internet).

La situazione quindi è sufficientemente chiara e consolidata. Si tratta di rimettersi in movimento e, per farlo, è necessario agire su più fronti: fisico, psicologico, culturale ed ambientale. Non è sufficiente un approccio tecnicistico che si limiti ad individuare il modo migliore per rimettere in moto il corpo; occorre anche rimuovere le barriere ambientali al movimento e convincere le persone che rimettersi in moto è possibile e desiderabile. Molto spesso chi conduce uno stile di vita sedentario si sente troppo poco in forma, anche solo per iniziare una qualche attività. Questa sensazione, spesso descritta come generale mancanza di energia, sembra essere una delle principali cause della decisione del singolo di *lasciar perdere*. Chi non si muove tende a convincersi di *non potersi* muovere, a prescindere dalle reali possibilità. Accrescere la fiducia personale appare dunque cruciale nella promozione di stili di vita sani, contestualmente all'adozione di tutte quelle misure che facilitano il cambiamento. A questo proposito, le forme di mobilità attiva, come il cammino e la bicicletta, non richiedendo particolari abilità né particolari livelli di forma fisica, possono divenire degli ottimi strumenti per rinsaldare tale fiducia e fornire opportunità concretamente fruibili.

La necessità di aggredire il problema da diversi punti di vista e in diversi setto ha fatto sì che nei Dipartimenti di Prevenzione si cercassero strategie operative integrate per superare i semplici interventi di educazione sanitaria ed inserire le azioni di contrasto alla sedentarietà nella pratica quotidiana degli operatori, assegnando ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica un ruolo prioritario nella promozione di un ambiente urbano favorevole al movimento. Attraverso successive implementazioni della normativa specifica si è ampliato il ruolo del medico dello sport superando l'ottica puramente certificativa di tipo medico-legale ed introducendo elementi di medicina preventiva e di orientamento all'attività fisica e sportiva in collaborazione con gli altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione.

Contesto epidemiologico

La crescente rilevanza delle patologie croniche in un contesto di progressivo invecchiamento della popolazione ha determinato la necessità di individuare i fattori di rischio per queste patologie ed i

determinanti sanitari che li influenzano. Secondo l'OMS infatti queste patologie sono responsabili dell'86% dei decessi, del 77% della perdita di anni di vita e buona salute e del 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia. Si tratta di patologie basate prevalentemente su fattori di rischio comportamentali che agiscono in modo plurifattoriale, dove un particolare rilievo è assegnato all'inattività fisica in tutte le età della vita. È emersa in particolare la necessità di non limitarsi a promuovere l'attività fisica nella popolazione adulta e anziana, che paga il tributo più elevato alle malattie croniche, ma di estendere gli interventi anche all'età infantile.

Anche nel bambino una regolare attività fisica contribuisce ad un armonico sviluppo psico-fisico, favorisce il mantenimento di buone funzioni metaboliche, aiuta a prevenire importanti patologie (malattie cardiovascolari, diabete, obesità, malattie osteo-articolari, tumori) e facilita il controllo del peso corporeo. Bassi livelli di attività fisica nell'infanzia o nell'adolescenza possono anche influenzare la salute e la qualità della vita in età adulta, aumentando il rischio di insorgenza di patologie croniche. Inoltre, molti autori hanno segnalato negli adolescenti, in concomitanza con l'epidemia di obesità, un preoccupante aumento della prevalenza del diabete di tipo 2 e delle sue complicanze (ipertensione, iperlipidemia, nefropatia, retinopatia), tutte patologie un tempo confinate all'età adulta o anziana. Oltre a ciò va considerato che l'esercizio fisico ha un grosso impatto anche sullo sviluppo psicologico del bambino e dell'adolescente, in quanto riduce i sintomi depressivi e le alterazioni del tono dell'umore e la percezione dello stress e dell'ansia ed incrementa l'auto-conoscenza, l'autostima, il livello di energia percepita, la qualità del sonno e la capacità di concentrazione.

Gradualmente sono emerse sempre maggiori evidenze che l'attività fisica ha un ruolo importante anche nella prevenzione secondaria e terziaria e che può supportare, e talvolta sostituire, la terapia farmacologica nei portatori di patologie. I pazienti psichiatrici presentano un tasso di mortalità 1,6-2,6 volte maggiore rispetto alla popolazione generale, un tasso di prevalenza delle patologie fisiche croniche e dei fattori di rischio correlati più elevato rispetto alla popolazione generale e una alta percentuale di comorbilità fisica (ipertensione, ipercolesterolemia, obesità). La situazione descritta è correlabile a: stili di vita a rischio per la salute, effetti metabolici della terapia psico-farmacologica, scarsa attenzione e consapevolezza riguardo alla salute fisica da parte di operatori dei Servizi Psichiatrici e dei pazienti stessi. Se non tutti gli ammalati manifestano un effetto positivo dell'attività fisica sui sintomi psicopatologici, tuttavia vi sono le indicazioni per intervenire in modo specifico su questa popolazione a rischio.

La sedentarietà

Nonostante la sedentarietà sia ormai universalmente riconosciuta come uno dei principali fattori di rischio delle patologie cronico-degenerative dai dati ISTAT risulta che oltre il 40% degli italiani è sedentario e la quota più bassa di attività si riscontra tra gli ultra 65enni.

Una ricerca telefonica effettuata dal Dipartimento di Economia dell'Università di Verona su 1200 anziani della provincia ha evidenziato come solo il 16,3% degli anziani praticano un'attività motoria sufficiente (cioè svolta per più di tre giorni la settimana per più di 30 minuti giornalieri) mentre il 30% si dichiara completamente sedentario. Si è confermato inoltre che lo stile di vita attivo è praticato più frequentemente dagli anziani con un più elevato livello culturale (56% tra i laureati e diplomati contro il 31% tra gli anziani con titolo di studio più basso).

La sedentarietà è diffusa anche nei giovani, infatti le percentuali dei giovani che praticano attività fisica (almeno un'ora per 5 o più giorni alla settimana) diminuiscono con la crescita tanto che sono del 31% per i 13enni e del 27% circa per la fascia dei 15enni con una maggiore inattività da parte delle femmine. Durante i giorni di scuola guardano la televisione per più di 4 ore al giorno il 12% degli 11enni, il 20,3% dei 13enni e il 19% dei 15enni. Secondo il sistema di sorveglianza PASSI, in Italia circa un terzo della popolazione è completamente sedentario mentre un altro terzo non si muove a sufficienza rispetto ai livelli raccomandati. Puntando l'occhio sulle fasce più giovani della popolazione, le cose non sembrano andare meglio. Per i bambini, la quantità di attività fisica raccomandata è pari ad un'ora al giorno; secondo i dati di "Okkio alla salute", il 17% dei bambini fa un'ora di movimento dalle quattro alle sette volte alla settimana. Il dato – di per sé sovrastimato in quanto include anche chi non si muove proprio

tutti i giorni – non ha bisogno di commenti. Passando ai ragazzi e guardando al problema da un'altra prospettiva, l'indagine "Health Behaviour in School-aged Children" ha evidenziato che la percentuale di giovani di 11, 13 e 15 anni del Veneto a rischio di sovrappeso e obesità è aumentata in un tutti e tre gli strati nel periodo 2002-2006. Ad esempio, si è passati dal 16% di undicenni a rischio di sovrappeso del 2002 al 21% del 2006.

Linee guida

La promozione dell'attività fisica è quindi uno dei cardini della prevenzione primaria e secondaria e gli interventi raccomandati dalla Community Guide comprendono un approccio informativo, un approccio comportamentale e sociale ed un approccio politico ed ambientale; a tali indicazioni rispondono gli obiettivi specifici e le azioni di seguito indicati.

Consolidate esperienze internazionali e l'attività che è stata condotta a Verona e in Veneto negli ultimi anni dimostrano come per i programmi di sanità pubblica sia fondamentale promuovere l'attività fisica cercando di inserirla fra le quotidiane attività di vita, come camminare, andare in bicicletta, fare le scale; infatti queste attività non richiedono tempo e non sono costose, sono quindi accessibili anche alle fasce sociali svantaggiate. Esiste inoltre evidenza che è più efficace promuovere più aspetti dello stile di vita contemporaneamente, ad es. attività motoria e sana alimentazione.

E' infine indispensabile che la promozione dell'attività motoria investa il contesto sociale e ambientale in cui sono insediate le popolazioni di riferimento.

Su questi presupposti si basa il "Progetto nazionale di promozione dell'attività motoria" per la prevenzione delle malattie croniche; il progetto costituisce anche un mezzo per l'inclusione e l'integrazione sociale delle persone diversamente abili e dei disabili psichici e mentali. Le azioni erano previste di durata biennale con la possibilità di una proroga non superiore a 1 anno.

Tutela della salute nelle attività sportive

Non è possibile ragionare sull'attività fisica senza avere prima chiarito quali siano i punti di contatto con l'attività sportiva e quale sia il contributo che può dare la Medicina dello Sport. Significativo ed in qualche modo parallelo a quello dei DP appare il percorso seguito dalla Medicina dello Sport, finalizzata in una prima fase alla tutela sanitaria delle attività sportive attraverso l'obbligo degli atleti di sottoporsi a visite ed accertamenti preventivi allo scopo di individuare eventuali patologie o fattori di rischio pericolosi per la loro salute. Attraverso successive implementazioni della normativa specifica si è ampliato il ruolo del medico dello sport superando l'ottica puramente certificativa di tipo medico-legale ed introducendo elementi di medicina preventiva e di orientamento all'attività fisica e sportiva in collaborazione con gli altri servizi del dipartimento.

Benché la tutela della salute nelle attività sportive sia stata attribuita per legge già da un decennio ai Dipartimenti di Prevenzione, la collaborazione dei medici dello sport nel perseguimento degli obiettivi di prevenzione primaria rappresenta una realtà non omogenea sul territorio. L'integrazione tra medicina sportiva e prevenzione è consolidata in poche regioni (Lombardia, Emilia Romagna e Toscana in primis, seguite da Marche, Sardegna e Piemonte) mentre altre si stanno progressivamente aggiungendo. A parte le Regioni Lombardia ed Emilia Romagna - dove il lavoro intersettoriale sui determinanti di salute rappresenta un dato di fatto da molti anni - nelle altre Regioni sono state utilizzate diverse modalità per favorire questo punto di incontro, in genere si oscilla tra provvedimenti regolamentari di riordino della medicina sportiva ed atti di programmazione generale attraverso i piani regionali della prevenzione. In ambedue i casi i risultati non sono ancora stati raggiunti omogeneamente, presentandosi talvolta situazioni arretrate a livello locale. In altre regioni (Veneto, Trentino) si registrano esperienze di stretta collaborazione tra gli esperti di medicina dello sport ed i servizi che si occupano di promuovere la salute, in particolare l'attività fisica con valenza prevalentemente locale.

In generale, si può affermare che questo processo è stato favorito nelle regioni che hanno avviato un percorso strutturato di pianificazione delle attività di prevenzione e di promozione della salute; si tratta di un processo largamente in divenire che si sta consolidando anche attraverso la costruzione di reti regionali ed interregionali che coinvolgono operatori dotati di esperienze e competenze diverse.

Nel Veneto, dove non è ancora stato attuato il riordino della medicina dello sport, sono state previste e realizzate strategie di ampio respiro per la lotta alla sedentarietà fin dal 2002 nell'ambito del Piano Triennale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, nato con l'obiettivo di riorientare gradualmente le attività di tali servizi. Oggi, tutte le aziende sanitarie della regione sono coinvolte nei programmi di formazione degli operatori ed hanno in corso interventi di promozione dell'attività fisica. Queste attività si sono andate gradualmente qualificando e consolidando attraverso il finanziamento di progetti pilota locali, campagne regionali di marketing sociale e azioni di promozione rivolte alla popolazione generale, con particolare attenzione agli anziani e ai bambini.

IL PROGETTO VENETO DI LOTTA ALLA SEDENTARIETÀ

Il Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria rappresenta lo sviluppo più recente di un'intervento di promozione dell'attività fisica nato venti anni fa, a Verona con l'avvio del progetto "La salute nel movimento" da parte del Comune, dell'Azienda Sanitaria Locale (ULSS n. 20) e della Facoltà di Scienze Motorie. Grazie a questo progetto, ogni anno nel veronese all'incirca 1500 anziani praticano attività motoria in condizioni ottimali da un punto di vista tecnico e organizzativo, sia in palestra che in acqua. L'esperienza di Verona - di per sé estremamente positiva - ha tuttavia messo in risalto un limite fondamentale di tale iniziativa, e cioè l'impossibilità di ampliare l'offerta a tutti i circa 70.000 anziani residenti sul territorio.

Forti di questa esperienza e, al tempo stesso, consci dei suoi limiti, nel 2002 è stato attivato un apposito programma regionale in cui la tradizionale modalità di intervento è stata affiancata da nuovi strumenti di promozione dell'attività motoria.

Sulla base delle evidenze scientifiche, le attività di palestra sono state arricchite con altre tipologie di intervento capaci di rivolgersi all'intera popolazione: campagne di promozione dell'uso delle scale, attivazione e la gestione di gruppi di cammino, Pedibus e azioni mirate a modificare i determinanti ambientali ed urbanistici. Come si vede, si tratta di iniziative svincolate dalla disponibilità di impianti sportivi, dai costi contenuti, semplici da un punto di vista organizzativo e, per questo, più adatte al coinvolgimento di ampie fasce di popolazione, indipendentemente dallo status socio-economico.

Non è irrilevante ricordare il quadro generale in cui si è sviluppato il progetto Veneto perché si ritiene che il percorso virtuoso allora impostato, poi in qualche misura interrottosi, debba costituire un punto di riferimento importante da riconsiderare anche alla luce dei processi sviluppati in seguito e dei risultati ottenuti nell'ambito del PNPAM.

Le azioni di contrasto alla sedentarietà sono state inserite nel Piano Triennale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) con una scheda tematica relativa alla "Tutela della salute nelle attività fisiche e/o sportive - lotta alla sedentarietà" affidata, nella direzione scientifica del progetto e nel coordinamento delle attività, all'ULSS 20 di Verona data l'esperienza maturata sul campo. Da allora questa attività si è estesa a quasi tutte le ULSS venete attraverso un percorso metodologico che prevedeva: la formazione degli operatori sanitari, in particolare quelli presenti nelle strutture territoriali ed i medici di medicina generale; la messa a disposizione di strumenti conoscitivi e di piccoli contributi economici per le iniziative locali; il coinvolgimento dei comuni; la collaborazione con le scuole (in Italia non tutte le scuole hanno l'obbligo di avere una palestra a disposizione degli scolari; di più, nella scuola primaria non è prevista un'attività strutturata di educazione motoria o sportiva); la consulenza di urbanisti ed esperti di scienze motorie; la ricerca di alleanze e la valorizzazione delle risorse locali; la valutazione delle esperienze per l'individuazione delle "migliori pratiche"; la valutazione dei risultati e la ricerca della sostenibilità delle iniziative attivate. Lo stesso Piano Triennale SISP prevedeva peraltro una scheda specifica anche sull'Igiene Urbanistica ed Edilizia. Questa scheda intitolata "Linee Guida per la partecipazione alla elaborazione di strumenti urbanistici" ha visto l'impegno di un gruppo ristretto di operatori nell'elaborazione di diverse linee di lavoro con risultati interessanti dal punto di vista metodologico e pratico in quanto ha favorito la presa di coscienza del problema da parte degli operatori dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica. Purtroppo alla conclusione del Piano Triennale il processo di riorientamento in questo ambito è proseguito in modo meno strutturato ed è stato sostituito da iniziative estemporanee. Anche il corso del 20/21 giugno "Una città per vivere bene" è stato purtroppo disertato dagli operatori delle aziende sanitarie venete.

Il Piano Regionale della Prevenzione di recente approvazione prevede la ripresa delle attività di formazione in questo ambito.

IL PROGETTO NAZIONALE DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ MOTORIA (PNPAM)

I protagonisti

Grazie al finanziamento ricevuto dal Ministero della Salute/Ccm e dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Gioventù è stato possibile dare avvio al “Progetto Nazionale di Promozione dell’Attività Motoria” mettendo a frutto l’esperienza maturata nel Veneto. Il progetto, di durata biennale, nasce dall’accordo di collaborazione tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri (Dipartimento della Gioventù) ed il Ministero della Salute. Sono sei le regioni che hanno aderito al progetto, coordinate dal Dipartimento di Prevenzione dell’Azienda ULSS 20: Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte, Lazio, Puglia e Marche. La cornice di riferimento è quella indicata dal DPCM “Guadagnare Salute”, con una specifica attenzione verso la popolazione giovanile. Le attività formative organizzate nell’ambito del progetto sono state messe a disposizione anche delle aziende sanitarie di altre regioni interessate ad attuare percorsi strutturati di promozione dell’attività motoria.

Gli obiettivi

L’obiettivo generale del progetto è quello di incrementare l’attività motoria della popolazione delle 6 regioni partecipanti, promuovendo uno stile di vita attivo già nell’ambito delle attività quotidiane. Attività come camminare, andare in bicicletta, fare le scale non richiedono tempo, non sono costose (e sono quindi accessibili anche alle fasce sociali svantaggiate) e possono coinvolgere un numero elevato di persone. Inoltre possono essere praticate da tutte le fasce di popolazione, sono sostenibili dal punto di vista economico e non necessitano di strutture ed impianti ad hoc in quanto valorizzano l’utilizzo degli spazi pubblici. E’ dimostrato che queste attività offrono l’opportunità di prevenire le malattie croniche e di mitigarne gli effetti, inoltre possono attenuare le disuguaglianze di salute attivando, al tempo stesso, strumenti di integrazione sociale. Tali attività di movimento essendo flessibili possono essere utilizzate anche in soggetti già affetti da malattie croniche (entrando a far parte del piano terapeutico) eventualmente in combinazione con esercizi fisici strutturati effettuati sotto il controllo di esperti. Particolare attenzione è riservata alle fasce giovanili ritenendo indispensabile educare a sani stili di vita fin dall’infanzia; in questo caso l’obiettivo è quello di, coniugare l’educazione a una sana alimentazione e a uno stile di vita attivo con il rinforzo del senso di rispetto del proprio corpo nell’ambito di relazioni sociali positive.

Per allargare e facilitare il più possibile le azioni di promozione dell’attività motoria, il progetto punta anche ad eliminare le barriere al movimento, compresi gli ostacoli burocratici alla pratica di attività motoria, non esclusi i certificati medici inutili. E’ stato infatti ampiamente dimostrato che i benefici per la salute derivanti dalla pratica di attività motoria superano di gran lunga i possibili rischi derivanti dalla pratica stessa, e questo è valido anche quando si parla di popolazione anziana.

In sintesi gli obiettivi del progetto sono:

1. *diffondere iniziative efficaci e sostenibili per la modifica dei comportamenti sedentari*, che possano essere facilmente adottate e sostenute dai diversi attori sociali;
2. *individuare modi e tecniche di modifica del territorio*, di facile applicazione per favorire il coinvolgimento delle amministrazioni locali nell’impresa di rendere facili le scelte salutari;
3. *aumentare il livello delle conoscenze degli operatori sanitari* sui benefici dell’attività motoria per migliorare la capacità di promuovere stili di vita attivi;
4. *attuare campagne informative generalizzate*, che forniscano ai cittadini strumenti utili per fare scelte consapevoli per la salute e che creino un clima culturale favorevole per l’adozione di corretti stili di vita.

La struttura organizzativa

Ad ogni Regione partecipante spetta il compito di assicurare il supporto logistico necessario per la diffusione delle attività e di provvedere alle seguenti esigenze organizzative:

- individuare un referente regionale Senior, autorevole e riconosciuto, capace di coinvolgere attorno ad un obiettivo di salute settori politico-amministrativi estranei al Servizio Sanitario Regionale;
- individuare un *referente regionale Junior*, incaricato a tempo pieno, per la costruzione di alleanze a livello territoriale e per il coordinamento degli aspetti operativi del progetto;
- organizzare *eventi locali*, quali le iniziative di formazione a livello regionale per gli operatori sanitari;
- assicurare il supporto a livello di politica sanitaria delle iniziative proposte dai referenti per facilitare il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari (MMG, specialisti, diabetologi, cardiologi ecc.);
- acquisire il coinvolgimento degli Enti territoriali (Provincia e Comuni) che sovrintendono alle politiche del territorio;
- assicurare il coordinamento delle iniziative all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione per la trasversalità delle stesse.

Il coordinamento delle Regioni, affidato all'ULSS 20 di Verona sotto la responsabilità della Dottoressa Lucia De Noni, ha fornito supporto esterno alle Regioni partecipanti, predisposto materiali, know-how, programmi di formazione per gli operatori della Sanità Pubblica, per laureati in Scienze motorie ed altri professionisti, per i tecnici della prevenzione e degli uffici tecnici comunali. La direzione del progetto ha promosso e sostenuto la diffusione delle previste iniziative di promozione dell'attività motoria a livello nazionale e territoriale, con particolare riferimento alle interazioni con il mondo della scuola, dei soggetti dell'organizzazione sportiva e di quelli che operano nel sociale, anche attraverso il finanziamento di alcuni progetti mirati. La direzione del progetto ha altresì assicurato il coordinamento con altri progetti tematici Ccm ed i rapporti con gli enti finanziatori e con i loro referenti (Dottoressa Daniela Galeone per il Ministero della Salute e Dottoressa Emanuela Rampelli per la Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento della Gioventù).

I Referenti senior e junior

REGIONE	REFERENTE TECNICO (JUNIOR)	REFERENTE ISTITUZIONALE (SENIOR)
Emilia Romagna	Dott.ssa Patrizia Beltrami Servizio Sanitario Regionale Regione Emilia Romagna - AUSL di Bologna - Dipartimento Sanità Pubblica Via Seminario, 1 – 40068 S. Lazzaro di Savena BO tel. 051 622 42 28 / 43 30 fax 051 622 44 06 pbeltrami@regione.emilia-romagna.it	Dott. Alberto Arlotti Servizio Sanità Pubblica Regione Emilia Romagna Viale Aldo Moro, 21 – 40127 Bologna tel. 051 527 73 31 alarlotti@regione.emilia-romagna.it
Lazio	Dott.ssa Donatella Mandolini Lazio Sanità - Agenzia di Sanità Pubblica ASP Via di Santa Costanza 53, 00198 Roma tel. 06 830 604 43 fax: 06 830 604 63 mandolini@asplazio.it	Dott.ssa Carla Perria Lazio Sanità - Agenzia di Sanità Pubblica ASP Via di Santa Costanza 53, 00198 Roma tel. 06 830 604 39 fax 06 830 604 63 perria@asplazio.it
Marche	Dott. Sergio Scalia ASUR Marche - Zona Territoriale 13 Dipartimento Prevenzione Viale Velli, 16 63100 Ascoli Piceno tel. 073 635 80 64 fax 073 635 80 61 sergio.scalia@virgilio.it	Dott. Patrizio Bacchetta PF Sanità Pubblica – Servizio Salute – Regione Marche Via Bocconi n. 28 - 60100 Ancona tel. 071 806 79 21 fax 071 806 79 50 patrizio.bacchetta@regione.marche.it Collabora: Dott.ssa Elisabetta Benedetti - Vice tel. 071 806 79 35 elisabetta.benedetti@regione.marche.it

Piemonte	<p>Dott.ssa Giorgiana Modolo Dipartimento di Prevenzione ASL TO 1 Via della Consolata, 10 10122 Torino tel. 011 566 30 25 episan@asl1.to.it</p>	<p>Dott.ssa Rosanna D'Ambrosio Dipartimento di Prevenzione ASL TO 1 Via della Consolata, 10 10122 Torino tel. 011 566 30 25 fax 011 566 31 75 episan@asl1.to.it</p>
Puglia	<p>Dott.ssa Antonella Mincuzzi c/o ASL Taranto S.C. Statistica Epidemiologia Viale Virgilio, 31 - 74100 Taranto tel 099 778 68 19 mianto@libero.it Collabora: Maria Grazia Lopuzzo Regione Puglia - Ufficio Sanità Pubblica e Sicurezza del lavoro Via Caduti di tutte le Guerre, 15 - 70126 Bari Tel / fax 080 54 04 63 mg.lopuzzo@regione.puglia.it</p>	<p>Dott.ssa Elisabetta Viesti Servizio PATP Dirigente Ufficio 1 Sanità pubblica e sicurezza del lavoro Via Caduti di Tutte le Guerre n. 15 - 70126 Bari tel 080 540 30 75 fax 080 540 34 77 e.viesti@regione.puglia.it</p>
Veneto	<p>Dott.ssa Federica Michieletto Direzione Prevenzione Dorsoduro, 3493 30123 Venezia Tel. 041 279 13 52 - 53 - 57 Fax 041 279 13 55 federica.michieletto@regione.veneto.it</p>	<p>Dott.ssa Francesca Russo Direzione Prevenzione Dorsoduro, 3493 30123 Venezia Tel. 041 279 13 52 - 53 - 57 Fax 041 279 13 55 francesca.russo@regione.veneto.it</p>

Preliminarmente all'avvio delle attività si è chiesto ai referenti regionali tramite un apposito questionario (All. 1) di fare il punto sulla situazione complessiva della promozione dell'attività fisica nella loro regione e di individuare i bisogni formativi presenti nel territorio. Il risultato di questa ricognizione ha costituito la base informativa di riferimento per le azioni successive e per la valutazione finale d'impatto ed è riportato nel report allegato (All. 2).

Le azioni regionali previste dal progetto

Il progetto prevede che alcune azioni debbano essere svolte a livello regionale:

- attivazione di una *rete permanente di referenti* all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione delle singole ASL, con il compito di promuovere in modo organico l'attività motoria;
- attivazione di *reti locali* di soggetti coinvolti nella promozione dell'attività motoria quali associazioni, comuni, scuole, operatori sanitari e altri soggetti pubblici e privati, compresi gli istruttori educatori che operano con gruppi particolari, quali le persone diversamente abili;
- coinvolgimento dei *medici di medicina generale* attraverso la formazione e inserimento della *promozione/prescrizione dell'attività motoria* negli accordi aziendali, integrando questa attività nella pratica ambulatoriale;
- attivazione di *alleanze locali* con i responsabili della pianificazione territoriale, per migliorare la salute urbana e diffondere conoscenze scientificamente validate sugli interventi urbanistici in grado di influenzare positivamente gli stili di vita;
- incentivazione di *iniziative locali*, come i gruppi di cammino per anziani, il Pedibus e altre attività da organizzarsi con le scuole con diffusione tra i partecipanti di informazioni nutrizionali di base;
- *collaborazione con i progetti pilota regionali e con la Unione Italiana Sport per Tutti* per fornire loro adeguato supporto alle iniziative locali
- partecipazione e implementazione delle attività di formazione previste dal programma per i laureati in Scienze Motorie, i tecnici della prevenzione delle ASL, i tecnici comunali, altri operatori dei comuni, persone impegnate in associazioni di volontariato, walking leader, ecc.;
- diffusione tra i partecipanti di informazioni nutrizionali di base.

La rendicontazione periodica

Per facilitare la valutazione periodica e finale degli indicatori di processo e di risultato, oltre che per omogeneizzare le modalità di rendicontazione, le azioni suddette sono state accorpate in aree secondo lo schema seguente:

AREA IMPLEMENTAZIONE RETE	
Adesione formale al progetto	Descrizione (tipo di atto e data) _____
Nomina dei referenti junior e senior	Descrizione (tipo di atto e data) _____
Individuazione dei referenti aziendali	N. Aziende/Zone Sanitarie coinvolte _____ su un totale di _____
Partecipazione alle riunioni di coordinamento nazionale	Partecipazione agli incontri del _____ _____
Costruzione di alleanze (intese, convenzioni) <ul style="list-style-type: none">- scuole- associazioni di volontariato- organizzazioni della società civile	Tipo Numero _____ _____ _____
Coinvolgimento di altri settori della sanità <ul style="list-style-type: none">- MMG- Distretti sanitari- Uffici dei piani zona- Specialisti- Nutrizionisti- _____	Modalità _____ _____ _____ _____

AREA FORMAZIONE	
Formazione dei referenti	N° operatori sanitari suddivisi per professionalità/servizio _____
Formazione Operatori psichiatrici	N° operatori sanitari suddivisi per professionalità/servizio _____ N° aziende sanitarie _____
Formazione dei laureati in scienze motorie	N° operatori _____

Tecnici della prevenzione Comuni/altri Enti Locali	N° operatori ASL _____ N° Enti locali coinvolti _____
Formazione walking leader	N° persone _____ N° aziende sanitarie _____
Altri eventi	Tipo eventi e destinatari _____

AREA PROMOZIONE

Predisposizione programmi	Regionali _____ Locali _____
---------------------------	---------------------------------

Supporto ai partnes - Supporto alle scuole	N° e tipo di intervento _____
Gruppi di cammino - per anziani - per pazienti psichiatrici - per portatori di patologia - altro	N° e Data _____ _____ _____ _____
Gruppi bicicletta - altro	_____ _____

AREA SVILUPPO INTERSETTORIALITÀ

Azioni di patrocinio Enti e Istituzioni (advocacy) - Comuni - Province - Regioni - Altro	N°, tipo e data _____ _____ _____
--	---

Coinvolgimento di altri Settori e/o categorie professionali - organizzazioni sportive - architetti/urbanisti - aziende -	Tipo e data _____ _____ _____
--	-------------------------------------

AREA VALUTAZIONE

Nomina di un referente per la valutazione Modalità e data

Censimento delle iniziative locali Modalità e data

Individuazione dei dati epidemiologici di
interesse locale Modalità e data

AREA COMUNICAZIONE

Diffusione di comunicati stampa N° e data

Diffusione di servizi televisivi o via web Modalità e data

Interviste sulla stampa locale Modalità e data

Riunioni con la popolazione Modalità e data

Riunioni con stake holders Modalità e data

Distribuzione e stampa dei materiali (vado a
scuola ...)

PROGETTO RAGAZZI IN GAMBA

Scuole interessate: N°
- primarie _____
- secondarie 1° _____
- secondarie 2° _____

Interventi attivati: N° alunni
primarie (vado a scuola con gli amici, altro) _____
secondarie 1° (studio percorsi, attività
integrative) _____
secondarie 2° (monitoraggio A.F., mappatura
opportunità, altro) _____

Il modulo è stato compilato dalle regioni con cadenza semestrale e, corredato di eventuali documenti descrittivi, è stato trasmesso alla direzione del PNPAM. Analoga rendicontazione è stata fatta in occasione della conclusione del progetto.

RAPPORTO SULL'ATTIVITÀ SVOLTA

In relazione alle aree di attività richiamate nello schema sopra riportato si evidenziano in forma sintetica i risultati dell'attività svolta nel corso dell'intero progetto (2008 – 2011).

Area implementazione della rete

Alle regioni partecipanti è stato chiesto di attivare una rete di referenti locali ai quali affidare l'attuazione del programma degli interventi, in collaborazione con i referenti junior e senior regionali. Le reti infatti non solo facilitano lo scambio di conoscenze scientifiche, ma consentono anche la condivisione di una struttura di coordinamento, di esperienze operative e di buone pratiche. La rete è stata implementata/attivata in tutte le regioni aderenti. Si riporta di seguito l'elenco degli operatori individuati dalle regioni come referenti delle realtà territoriali:

REGIONE	NOMINATIVO	RIFERIMENTI
Veneto	Dott.ssa Floriana Russino Referente Ulss 1 Belluno	tel. 0437216704 mail: floriana.russino@ulss.belluno.it
	Dott. Giovanni Sava Aiuto referente Ulss 1 Belluno	tel. 0435 34 14 40 mail: giovanni.sava@ulss.belluno.it
	Dott. Luigi Cazzola Ulss 2 Feltre	tel. 0439 883 805 mail: luigi.cazzola@intranet.ulss
	Dott.ssa Flavia Campigotto Aiuto referente Ulss 2 Feltre	tel. 0439 88 38 05 mail: seps@ulssfeltre.veneto.it
	Dott.ssa Annacatia Miola Referente Ulss 3 Bassano	tel. 0424 88 55 15 mail: annacatia.miola@aslbasano.it
	Dott. Luigi Rossato Aiuto referente Ulss 3 Bassano	tel. 0424 604 455 mail: luigi.rossato@aslbasano.it
	Dott. Edoardo Chiesa Ulss 4 Thiene	tel. 0445 38 92 60 mail: echiesa@ulss4.veneto.it
	Dott. Valter Voltolini Referente Ulss 4 Thiene	tel. 0445 38 91 84 mail: valter.voltolini@ulss4.veneto.it
	Dott. Massimo Pasqualotto Referente Ulss 5 Arzignano	tel. 0444 47 56 80 mail: massimo.pasqualotto@ulss5.it
	Dott.ssa Paola Colussi Referente SISP Ulss 6 Vicenza	mail: colufiet@libero.it
	Dott.ssa Angiola Vanzo Referente SIAN Ulss 6 Vicenza	tel. 0444 75 22 40 mail: angiola.vanzo@ulssvicenza.it
	Dott. Franco Moretto Referente Ulss 7 Pieve Di Soligo	tel. 0438 66 44 30 mail: franco.moretto@ulss7.it
	Dott. Giancarlo Dalle Carbonare Ulss 8 Montebelluna	tel. 0423 61 17 80 mail: carlo.dallecarbonare@ulssasolo.ven.it
	Dott.ssa Donatella Rizzato Ulss 8 Montebelluna	tel. 0423 61 47 84 mail: donatella.rizzato@libero.it
Dott. Giovanni Gallo Ulss 9 Treviso	tel. 0422 32 37 01 - 0422 32 37 57 mail: ggallo@ulss.tv.it	
Dott. Daniele Massetti Ulss 10 San Donà di Piave	mail: daniele.massetti@ass110.veneto.it	

	Dott.ssa Emanuela Pesce Aiuto responsabile Ulss 12 Venezia	mail: emanuela.pesce@ulss12.ve.it
	Dott. Vittorio Selle Responsabile Ulss 12 Venezia	tel. 041 260 84 13 mail: vittorio.selle@ulss12.ve.it
	Dott.ssa Federica Boin Responsabile Ulss 13 Mirano	tel. 041 513 32 46 mail: federica.boin@ulss13mirano.ven.it
	Dott.ssa Silvia Milani Aiuto responsabile Ulss 13 Mirano	mail: silvia.milani@ulss13mirano.ven.it
	Dott.ssa Laura Zadra Ulss 14 Chioggia	tel. 041 553 42 05 mail: lzadra@asl14chioggia.veneto.it
	Dott.ssa Lucia Cortese Ulss 15 Cittadella	tel. 049 932 43 23 mail: lcortese@ulss15.pd.it
	Dott.ssa Lorenza Gottardello Responsabile SISP Ulss 16 Padova	tel. 049 821 42 04 / 4245/4235 mail: sisp.ulss16@sanita.padova.it
	Dott.ssa Stefania Tessari Responsabile SIAN Ulss 16 Padova	mail: stefania.tessari_01@sanita.padova.it
	Dott.ssa Raffaella Camilotto Responsabile Ulss 17 Este (PD)	tel. 049 959 87 53 mail: seps.camilotto@ulss17.it
	Dott.ssa Marilena Tecchio Aiuto responsabile Ulss 17 Este (PD)	mail: marilena.tecchio@ulss17.it
	Dott.ssa Lorenza Gallo Responsabile Ulss 18 Rovigo	tel. 0425 39 47 17 mail: gallo.lorenza@azisanrovigo.it
	Dott.ssa Maria Chiara Pavarin Aiuto responsabile Ulss 18 Rovigo	mail: eduprosalute@azisanrovigo.it
	Dott.ssa Nadia Franzoso Ulss 19 Adria	tel. 042 694 01 33 mail: oksalute@ulss19adria.veneto.it
	Dott.ssa Lucia De Noni Ulss 20 Verona	tel. 045 807 50 75 mail: lucia.denoni@ulss20.verona.it
	Dott.ssa Susanna Morgante Ulss 20 Verona	tel. 045 807 59 69 mail: smorgante@ulss20.verona.it
	Dott. Paolo Coin Ulss 21 Legnago	tel. 0442 62 28 55 mail: dipartimento.prevenzione@aulsslegnago.it
	Dott. Mario Garzotti Ulss 22 Villafranca	tel. 045 633 85 98 mail: mgarzotti@ulss22.ven.it
Emilia Romagna	Dott. Giorgio Chiaranda Dipartimento Cure Primarie AUSL Piacenza	tel. 0523 31 77 12 mail: g.chiaranda@ausl.pc.it
	Dott. Alberto Anedda Dipartimento Cure Primarie Fidenza AUSL Parma	tel. 0524 51 58 86 / 2 - 0521 98 04 36 mail: anedda@ausl.pr.it
	Dott.ssa Fabiana Bruschi U.O. Medicina dello Sport AUSL Reggio Emilia	tel. 0522 33 57 34 mail: bruschif@auls.re.it
	Dott.ssa Anna Maria Ferrari SIS RE Sud AUSL Reggio Emilia	tel. 0522 86 01 70 mail: ferraria@ausl.re.it
	Dott. Ferdinando Tripi Servizio di Medicina Sportiva AUSL Modena	tel. 059 21 34 82 mail: f.tripi@auls.mo.it

	Dott. Andrea Gruppioni SIP AUSL Modena	tel. 059 77 70 52 mail: a.gruppioni@ausl.mo.it
	Dott. Giuseppe Fattori Educazione alla Salute AUSL Modena	mail: g.fattori@ausl.mo.it
	Dott. Giuseppe Poletti U.O. Medicina dello Sport AUSL Bologna	tel. 051 59 69 62 mail: g.poletti@ausl.bologna.it
	Dott.ssa Patrizia Beltrami UOS Promozione della Salute AUSL Bologna	tel. 051 622 44 06 mail: p.beltrami@ausl.bologna.it
	Dott. Andrea Pizzoli SIP AUSL Imola	tel. 0542 60 49 50 - 0542 60 49 49 mail: a.pizzoli@ausl.imola.bo.it
	Dott. Marco Cristofori AUSL Ferrara	tel. 0532 23 54 32 - 0532 23 54 09 mail: m.cristofori@ausl.fe.it
	Dott. Gianluigi Sella Servizio Medicina dello Sport AUSL Ravenna	tel. 0544 28 63 03 mail: g.sella@ausl.ra.it
	Dott.ssa Cosetta Ricci SIP AUSL Ravenna	tel. 0545 28 30 56 mail: cosetta.ricci@ausl.ra.it
	Dott. Mauro Palazzi U.O. Epidemiologia e Comunicazione AUSL Cesena	tel. 0547 35 20 31 - 0547 35 20 72 mail: mpalazzi@ausl-cesena.emr.it
	Dott. Fiorenzo Rubboli UO Medicina dello Sport e promozione AF AUSL Forlì	tel. 0543 73 16 78 - 0543 73 18 54 mail: medsport@ausl.fo.it
	Dott. Danilo Gambarara Medicina dello Sport e promozione AF AUSL Rimini	tel. 0541 70 72 90 - 0541 70 72 66 mail: daniologambarara@gmail.com
Lazio	Dott. Roberto Boggi Roma A	tel. 06 77 30 52 50 mail: roberto.boggi@aslromaa.it
	Dott. Massimo Valenti Roma B	tel. 06 41 43 49 01 mail: massimo.valenti@aslromab.it
	Dott.ssa Alessandra Brandimarte Roma E	tel. 06 68 35 48 29 mail: sisprischi@tiscali.it
	Dott. Massimo Magnano San Lio Roma F	mail: massimovincenzo.magnanosanlio@aslrnf.it
	Dott.ssa Franca Mangiagli Roma H	tel. 06 93 27 37 72 mail: f.mangiagli@aslromah.it
	Dott. Luigi Bellagamba ASL Rieti	tel. 0746 27 86 21 mail: l.bellagamba@asl.rieti.it
	Dott.ssa Immacolata Verdicchio ASL Frosinone	tel. 0775 43 84 64 mail: sian.a@aslfrosinone.it
	Dott.ssa Silvia Iacovacci Latina	tel. 0773 655 34 19 mail: silviaiacovacci@libero.it
Marche	Dott. Francesco Di Matteo Medico dello Sport ZT7	mail: francesco.dimatteo@sanita.marche.it
	Dott.ssa Rossana Passatempo SISP ZT8	mail: rossana.passatempo@sanita.marche.it
	Dott. Marcello Baiocco Dirigente SIAN ZT9	tel. 0733 25 72 792 mail: marcello.baiocco@sanita.marche.it

	Dott. Massimiliano Biondi Dirigente Medico UO Epidemiologia ZT10	tel. 0733 64 24 01 - 0732 62 71 66 mail: massimiliano.biondi@sanita.marche.it
	Dott. Sergio Brunamontini Medico dello Sport ZT11	mail: sergiomaria.brunamontini@gmail.com
	Dott.ssa Romina Fani Dietologa	tel. 0735 79 36 62 mail: rominafani@virgilio.it
	Dott. Sergio Scalia Medicina dello Sport SISP ZT13	tel. 0736 35 80 61 mail: sergio.scalia@virgilio.it
	Dott.ssa Monica Scavolini Tecnico di Medicina dello Sport Distretto Pesaro ZT1 ASUR Pesaro	tel. 0721 42 45 04 mail: monica.scavolini@sanita.marche.it
	Dott. Giovanni Cappuccini Dir. Tecnica Prev. ASUR ZT2 ASUR Urbino	mail: giovanni.cappuccini@sanita.marche.it
	Dott. Marco Pompili Medico dello Sport ZT2 ASUR Urbino	tel. 0722 30 17 10 mail: pompilimarcus@libero.it
	Dott.ssa Maria Teresa Capasso Dir. Medico SISP ZT2 ASUR Urbino	mail: mariateresa.capasso@sanita.marche.it
	Dott. Alfredo Vaccaro SISP ZT3 ASUR Fano	tel. 0721 88 25 21 mail: alfredo.vaccaro@sanita.marche.it
	Dott.ssa Vania Moroni Medico SISP ZT4 ASUR Senigallia	tel. 071 790 92 552 mail: vania.moroni@sanita.marche.it
	Dott. Genesio Scaloni Biologo ZT5 ASUR Jesi	tel. 0731 53 46 60 - 0731 53 46 53 mail: genesio.scaloni@sanita.marche.it
	Dott.ssa Francesca Pasqualini Medico UO Epidemiologia ZT5 ASUR Jesi	mail: francesca.pasqualini@sanita.marche.it
	Dott. Emilio Amadio Medico dello Sport ZT5 ASUR Jesi	tel. 0731 613 06 mail: emilio.amadio@sanita.marche.it
	Dott.ssa Daniela Cimini Direttore SISP ZT6 ASUR	mail: daniela.cimini@sanita.marche.it
	Dott. Stefano Berti Ufficio Promozione Salute ZT7	mail: stefano.berti@sanita.marche.it
Piemonte	Dott. Maurizio Gottin Medico dello Sport Asl TO 4	tel. 011 981 72 21 mail: medicinasport@asl7.to.it
	Dott. Giuseppe Parodi Medico dello Sport Asl TO 1	tel. 011 709 53 171 mail: giuseppe.parodi@aslto1.it
	Dott.ssa Alessandra D'Alfonso Repes Asl TO 2	tel. 011 240 22 30 mail: alessandrato@hotmail.it
	Dott. Alberto Albertetti Medico dello Sport Asl TO 3	tel. 011 401 70 97 mail: alberto.albertetti@asl5.piemonte.it
	Dott.ssa Raffaella Scaccioni Repes Asl VC	tel. 335 61 60 961 mail: raffaella.scaccioni@aslvc.piemonte.it
	Dott.ssa Lucia Albano Repes Asl TO 5	tel. 011 942 64 654 mail: edusalute@aslto5.piemonte.it
	Dott. Giuseppe Graziola Medico dello Sport Asl BI	tel. 015 989 98 75 mail: graziola.g@tiscali.it

	Dott. Mauro Guerriero Medico dello Sport Asl NO	tel. 0321 37 43 40 mail: medsportiva.nov@asl.novara.it
	Dott. Marco Tabano Medico SIAN Asl AL	tel. 0144 77 76 70 mail: mtabano@aslal.it
	Dott.ssa Tiziana Miroglio Repes Asl AT	tel. 0141 48 40 53 mail: miroglio@asl.at.it
	Dott. Sebastiano Blancato Medico SIAN Asl CN 1	tel. 0172 69 92 51 mail: sebastiano.blancato@asl17.it
	Dott. Carla Geuna Repes Asl CN 2	tel. 0173 31 69 64 mail: cgeuna@aslcn2.it
	Patrizia Perrone Infermiera Professionale - medicina dello sport ASL VCO	tel. 00324 49 10 26 / 335 59 57 160 mail: medicinadellosport@aslvc.it
Puglia	Dott. Antonio Pesare Dirigente Responsabile U.O. Epidemiologia DP ASL Taranto	tel. 099 778 65 16 mail: antpesare@libero.it
	Dott.ssa Antonia Origlia Assistente Sanitaria Coordinamento Distretti Taranto - ASL Taranto	tel. 099 778 68 62 mail: a_origlia@libero.it
	Dott. Liberio Rainò Dirigente Medico D.P. ASL Brindisi	tel. 0831 67 02 45 mail: educazionesalute@asl.brindisi.it
	Dott.ssa Rossella Signorile Inf. Ped. Ufficio Promozione ASL Brindisi	mail: signorile@hotmail.it
	Dott. Mauro Mazzilli Dirigente U.O. Medicina dello Sport ASL Bat	
	Dott.ssa Lucia Negroponte ASL Bat	mail: lucianegroponete@libero.it
	Dott. Michele Di Gioia Responsabile Medicina dello Sport ASL Foggia	tel. 0881 54 39 01 mail: m.digioia2@virgilio.it
	Dott. Giuseppe Macchiarola Responsabile Medicina dello Sport Distretto di Foggia	mail: giumacchia@gmail.it
	Dott. Stefano Villani Responsabile Medicina dello Sport ASL Foggia	tel. 0882 20 02 98 mail: villani61@alice.it
	Dott.ssa Rossella Colamaria Dirigente Medico SISP ASL Bari	tel. 080 335 78 01 mail: uff.igieneolamaria@libero.it
	Dott.ssa Grazia Fortunato Dirigente Medico SISP ASL Bari	mail: sispgravina@auslba3.it
	Dott.ssa Maria Morea Dirigente Medico SISP Dipartimento Prevenzione ASL Lecce	tel. 0836 42 52 27 mail: mamorea@libero.it

L'impegno formale delle regioni e l'attività dei referenti regionali e dei loro collaboratori sono stati fondamentali per la costruzione delle reti intraregionali. L'obiettivo principale posto in quest'area era quello di attivare, nei dipartimenti di prevenzione della maggior parte delle ASL delle regioni aderenti al progetto, una rete permanente di referenti adeguatamente formati, che fossero in grado di promuovere in modo organico l'attività motoria intessendo le collaborazioni e le alleanze necessarie affinché le iniziative proposte potessero essere messe in atto a livello locale.

La costruzione delle reti locali è stata facilitata dalla collaborazione instaurata con il Progetto Ccm "Azioni per una vita in salute", ciò che ha permesso di coordinare l'implementazione delle rispettive reti e di ottimizzare la formazione degli operatori. Inoltre nell'ambito del "Gruppo di Pilotaggio" di questo Progetto si è approfondito il problema della costruzione della rete dal punto di vista teorico e

metodologico, individuando collegialmente i criteri di implementazione e le modalità di coordinamento con le strutture esistenti. L'approccio seguito può essere già considerato un risultato importante in quanto ha significato il superamento dell'autoreferenzialità dei singoli progetti e l'inclusione nelle reti di professionisti che già erano, di fatto, operativi nell'ambito della promozione di sani stili di vita (risultato non irrilevante se si considera che in mancanza di una regia accurata spesso è difficile disporre di informazioni dirette circa le iniziative presenti sul territorio e le figure di riferimento). Un altro risultato da ascrivere all'integrazione tra i due progetti Ccm è quello dell'arricchimento della rete dovuta all'inclusione della regione Toscana, partner del progetto "Azioni". La collaborazione con i professionisti impegnati in altri progetti Ccm e l'allargamento della rete dei referenti ha permesso di operare in sinergia con le strutture più avanzate in materia di promozione dell'attività fisica usufruendo di un insieme di esperienze multiprofessionali che sarebbero state difficilmente reperibili in una realtà locale. Questo ha favorito l'apporto di contributi molto importanti soprattutto dal punto di vista metodologico. Per esemplificare, i Medici dello Sport provenienti dalle altre regioni hanno fornito contributi importanti nell'elaborazione e previsione di un modello di promozione dell'attività motoria trasversale ai dipartimenti di prevenzione che includesse anche la partecipazione di questi professionisti. Le reti dei referenti sono pubblicate nei siti del PNPAM (http://www.prevenzione.ulss20.verona.it/attmotoria_nazionale.html) e del Progetto Azioni (<http://www.ccm-network.it/azioni/>) e questo rappresenta un punto di riferimento anche per le future attività di promozione che saranno effettuate a livello locale. Sempre in quest'ottica, si è ritenuto opportuno pubblicare per ogni evento formativo i nominativi degli operatori che vi hanno partecipato, per favorire l'incontro e la condivisione delle competenze a livello locale.

La rete dei referenti indicati dalle regioni è stata nel corso del progetto ampliata con l'ingresso di nuovi soggetti; i referenti locali oggi ammontano a quasi un centinaio di operatori che rappresentano 56 ASL/zone sulle 70 presenti nelle sei regioni. Le discipline di appartenenza dei referenti appartengono in linea di massima, ma non in via esclusiva, a quelle afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione: igiene e sanità pubblica, promozione della salute, igiene alimenti e nutrizione, medicina dello sport. La presenza assidua dei referenti regionali alle iniziative formative ed agli incontri periodici è stato uno dei punti di forza del progetto perché ha garantito scambio di punti di vista, coordinamento ed omogeneità delle azioni, apprendimento di buone procedure e buone pratiche. Un elemento di criticità è da rilevarsi nella difficoltà a mantenere collegamenti costanti con colleghi provenienti da regioni così distanti dal punto di vista logistico (criterio che è stato peraltro appositamente adottato in fase di adesione per garantire omogeneità nella diffusione delle azioni sul territorio nazionale). Purtroppo i referenti non sono stati sempre adeguatamente supportati nelle esigenze di comunicazione dalle reti tecnologiche aziendali. Una maggior attenzione da parte delle aziende a questo problema probabilmente avrebbe reso più semplice la comunicazione e meno difficoltosa l'operatività.

Le reti regionali sono state messe a disposizione dei colleghi e dei collaboratori esterni al Servizio Sanitario favorendo così l'allargamento delle alleanze e l'incontro di potenziali partners. In tutte le regioni sono stati stipulati accordi ed alleanze con numerosi soggetti, seppure in misura diversa a seconda del contesto. Sono state infatti favorite in questo processo le regioni dotate di strutture già operanti in tema di promozione dell'attività fisica, queste infatti hanno potuto beneficiare dell'esperienza accumulata e della continuità della presenza sul territorio. In generale tuttavia anche le altre regioni (in particolare la Puglia e le Marche) hanno espresso capacità di interazione e collaborazione con numerosi soggetti. Tra i soggetti più frequentemente coinvolti si citano: uffici scolastici regionali e provinciali, enti a valenza provinciale e locale, associazioni di volontariato, università, associazioni di categoria, privati, associazioni sportive e di promozione sociale e sportiva. Si tratta di una pluralità di soggetti che hanno permesso di allargare la possibilità e la varietà delle proposte di promozione della salute. Altro elemento fondamentale nell'ottica di "Guadagnare salute" è stato il coinvolgimento delle varie professionalità, servizi e discipline operanti all'interno delle aziende sanitarie; questo processo ha permesso di potenziare i messaggi di promozione verso tutte le fasce di popolazione in tutte le fasi della vita. I settori del servizio sanitario più frequentemente coinvolti sono stati: i SISP, i SIAN, la medicina dello sport, le cure primarie con in prima linea i MMG, i pediatri di libera scelta, gli SPISAL, i

dipartimenti di salute mentale, i distretti sanitari, gli ospedali e la medicina ambulatoriale (in particolare diabetologia, fisioterapia, cardiologia, pneumologia).

Il coinvolgimento della Medicina dello Sport è stato, ovviamente, facilitato nelle situazioni in cui era già consolidata la collaborazione; è stato più problematico dove (ad es. nel Veneto) i medici dello sport non sono ancora stati strutturalmente integrati nei dipartimenti di prevenzione.

Area della formazione

La formazione ha puntato innanzitutto a fornire ai referenti regionali una immagine aggiornata del quadro di riferimento relativo alla promozione dell'attività fisica (contesto epidemiologico, strategie di intervento, linee guida). Contemporaneamente ci si è proposti di dotare gli operatori sanitari delle competenze teoriche e pratiche che consentissero di utilizzare strumenti intersettoriali adeguati per la promozione dell'attività fisica nell'ambito delle attività istituzionali loro affidate; in linea di massima, infatti, per i referenti dell'attività fisica questo incarico ha rappresentato un compito aggiuntivo rispetto alle attività loro assegnate; essi hanno dovuto quindi inserire questa attività in quella corrente armonizzandola con il ruolo ricoperto all'interno dei rispettivi servizi. Questo fatto ha comportato un aggravio di lavoro che è stato riportato più volte dai colleghi ma ha anche consentito di integrare la promozione dell'attività fisica nel contesto organizzativo preesistente, ottimizzando le risorse disponibili. Le iniziative formative sono state sempre progettate e condotte con tutti gli attori della promozione dell'attività fisica, di volta in volta diversi a seconda del target dell'evento e degli obiettivi formativi programmati. In aggiunta si è deciso in ogni evento di assegnare un ruolo importante a quei soggetti che potevano offrire un contributo significativo sia dal punto di vista teorico sia per le esperienze maturate, fossero essi docenti o discenti.

Particolarmente rilevante è stato il ruolo assegnato ai laboratori, finalizzati proprio all'acquisizione di strumenti pratici utili all'avvio e alla gestione delle attività operative.

Per soddisfare i fabbisogni formativi esplicitati dalle regioni sono stati organizzati una serie di eventi coerenti anche con quanto previsto in fase di progettazione. Contemporaneamente sono state organizzate iniziative formative anche per i principali partner non sanitari del progetto, in particolare i laureati in scienze motorie, il personale della scuola ed i tecnici comunali. A tutte queste iniziative hanno partecipato anche i referenti sanitari per favorire la creazione di un linguaggio e di progetti comuni.

I programmi dei corsi sottoelencati, organizzati nell'ambito del PNPAM, sono allegati alla presente (all. 3/11).

“Attività fisica e salute” - Corso di formazione per referenti regionali e locali dei progetti di promozione dell'attività motoria:

Parte prima: “Conoscere” – Verona, 18 e 19 febbraio 2010

Parte seconda: “Agire” – Bologna, 8 e 9 marzo 2010

“Evento formativo per laureati in Scienze Motorie impegnati nella conduzione di attività motorie per la salute rivolte alla popolazione adulta ed anziana” - Verona, 3 e 4 giugno 2010

“La promozione di corretti stili di vita In ambito psichiatrico” - Corso di formazione per operatori dei servizi psichiatrici regionali e locali – Verona, 8 ottobre 2010

“Promozione dell'attività fisica tra scuola e territorio” – Corso di formazione per i docenti delle scuole primarie e secondarie di I e II grado – Verona, 12 gennaio 2011

“La promozione del cammino: il walking leader” - Evento formativo per operatori sanitari e non, regionali e locali - Regione Puglia, 20 aprile 2011

“La promozione del cammino: il walking leader” - Evento formativo per operatori sanitari e non, regionali e locali - Regione Marche, 6 maggio 2011

“Una città per vivere bene- strategie e politiche” – Workshop per dirigenti dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica e tecnici della prevenzione e degli enti locali – Roma, 20 giugno 2011; corso di formazione per dirigenti dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica e tecnici della prevenzione e degli enti locali - Roma, 21 giugno 2011

“Il medico promuove l’attività fisica per la salute” - Corso di formazione a distanza per medici in particolare MMG e PLS - 10/01/2011 – 30/06/20

N.B. Tutte le presentazioni, i programmi, i materiali e la lista dei partecipanti sono riportate nel sito web del Progetto alla pagina corsi e incontri

http://prevenzione.ulss20.verona.it/incontri_attmotnazionale.html.

Numerose sono state anche le occasioni in cui i referenti locali hanno organizzato o partecipato ad eventi formativi nei loro territori per illustrare lo stato delle evidenze di efficacia in materia di attività fisica e le iniziative in atto.

La formazione residenziale organizzata direttamente dal nucleo centrale PNPAM ha comunque riguardato moltissimi operatori del servizio sanitario, professionisti di altri settore e stakeholders: i primi ammontano a circa 500 operatori per lo più appartenenti alle discipline che afferiscono ai dipartimenti di prevenzione, i secondi ammontano a circa 300 professionisti appartenenti a settori diversi da quello sanitario (personale degli enti locali, della scuola, laureati in scienze motorie, membri di associazioni).

A queste attività formative hanno partecipato anche operatori provenienti da regioni non aderenti al progetto. In particolare la regione Toscana, partner del Progetto Ccm Emilia Romagna “Azioni per una vita in salute”, ha assicurato la presenza assidua e una puntuale collaborazione degli operatori in tutte le occasioni.

Un capitolo a parte spetta al corso di formazione a distanza programmato in particolare per i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta. Questo corso è stato accreditato a livello nazionale e vi hanno partecipato 1611 medici appartenenti a tutte le regioni italiane. La struttura del corso ed i materiali sono stati predisposti con la collaborazione del Centro di riferimento regionale per la Medicina dello Sport del Veneto e della Scuola di Medicina Generale della Regione Veneto. Queste scelte rispondono ad una precisa volontà di assicurare rigore scientifico nei contenuti specialistici ed efficacia nella didattica. Si ritiene che i risultati del corso dimostrino la validità di queste scelte in quanto la maggioranza dei partecipanti ha evidenziato che quanto appreso risultava utile nella pratica quotidiana. Nell’ambito del corso si è colta l’occasione per fare il punto e condividere con la Medicina primaria la riflessione sul significato di termini di uso corrente nei dipartimenti di prevenzione, termini non sempre utilizzati nella stessa accezione nelle varie discipline. Il risultato del corso è stato ottimale perchè si sono usate strategie comunicative molto avanzate grazie anche all’apporto qualificato dell’agenzia ZADIG, che ha già in atto una collaborazione in questo ambito con il Ministero della Salute e con l’Istituto Superiore di Sanità. Il report relativo al corso di formazione a distanza è riportato nell’allegato 12. Dal report finale emergono consistenti differenze nell’efficacia del reclutamento dei medici da parte delle regioni coinvolte nel progetto. Purtroppo a fronte di un bisogno formativo sicuramente presente (hanno seguito il corso anche medici delle regioni non direttamente coinvolte nel progetto PNPAM) in alcune regioni si è registrato un numero di partecipazioni deludente. I migliori risultati sono stati ottenuti quando sono stati coinvolti gli assessorati regionali alla sanità nella diffusione dell’iniziativa; questa procedura non è stata seguita in tutte le regioni e questo spiega in parte il sottoutilizzo dell’opportunità formativa messa a disposizione.

In conclusione, per quanto riguarda il complesso delle attività formative, si ritiene di aver raggiunto risultati importanti sotto molti punti di vista:

- dal punto di vista numerico, il metodo della formazione a distanza ha assicurato certamente i maggiori risultati; questo metodo, se si considerano anche i risparmi che questo sistema consente nell’ambito dei trasferimenti delle persone e dell’ospitalità, può essere senz’altro considerato

anche sostenibile sotto il profilo economico e gradito agli utenti, tanto più se si considerano le restrizioni introdotte recentemente nella corresponsione delle varie indennità e rimborsi ai dipendenti pubblici;

- la centralizzazione degli eventi che è stata attuata in alcune occasione (a Verona, Roma e Bologna) presenta il vantaggio di rinsaldare i rapporti tra operatori provenienti da Regioni diverse che portano anche esperienze diverse; dal punto di vista pratico comporta maggiori oneri economici e maggior dispendio di tempo dei partecipanti provenienti dalle regioni più lontane. Si ritiene che questo metodo sia indispensabile nei momenti iniziali di costruzione delle reti o dei gruppi di lavoro;
- l'attuazione di eventi formativi decentrati a livello regionale viceversa, oltre ad essere meno onerosa dal punto di vista economico, ha favorito il rafforzamento delle reti locali e delle partnership, inducendo anche la partecipazione di un numero maggiore di persone.

Area della promozione

Quest'area riguarda la messa in atto delle iniziative di promozione dell'attività motoria proposte dal progetto, iniziative già ampiamente sperimentate e validate in contesti multipli.

Condizione necessaria all'avvio delle iniziative pratiche è stata la ricerca e la stipula di collaborazioni con enti pubblici, organizzazioni della società civile o associazioni di auto mutuo aiuto; a questo è seguita l'organizzazione congiunta di specifici eventi informativi, finalizzati all'attivazione di gruppi di cammino o bicicletta nei territori delle singole ASL o all'attivazione delle iniziative per bambini e ragazzi (pedibus, iniziative intra ed extracurricolari). Di alcune iniziative attivate si riferisce anche nella sezione *Area sviluppo dell'intersectorialità*. Gli interventi messi in atto (come da grafici sottoriportati) riguardano in particolare l'organizzazione di gruppi di cammino, intervento che è stato organizzato in tutte le regioni.

ATTIVITÀ PER LA POPOLAZIONE

	EMILIA ROMAGNA	VENETO	MARCHE	PUGLIA	LAZIO	PIEMONTE
Anziani delle strutture residenziali						
Lavoratori						
Disabili mentali e fisici						
Popolazione generale						
Cardiopatici						
Diabetici						
Gruppi di cammino						
Comunità						
Altro						

ATTIVITÀ PER RAGAZZI

	EMILIA ROMAGNA	VENETO	MARCHE	PUGLIA	LAZIO	PIEMONTE
Educazione motoria ed alimentare						
Gioco						
Mobilità casa-scuola						
Indagine conoscitiva opportunità e barriere						

Le iniziative di cammino sono state rivolte per lo più a soggetti anziani o a persone affette da patologie specifiche, in questo caso si tratta di iniziative a maggior specializzazione tecnica e più elevato impegno sanitario sulle quali è più facile coinvolgere i colleghi della medicina primaria o ospedaliera; sono stati

realizzati gruppi di cammino di caratteristiche tali da consentire di mantenere anche livelli di impegno metabolico più elevati ed iniziative specificamente finalizzate alla contestuale promozione dell'attività fisica e integrazione/inclusione dei soggetti disabili.

Più disomogenea è risultata l'attuazione di interventi diretti alla popolazione generale che pure rappresentano un impegno fondamentale (probabilmente maggiormente complesso) della prevenzione.

Accanto a queste iniziative che interessano l'età adulta sono stati promossi interventi diretti specificamente ai bambini al fine di incrementare il movimento nella vita quotidiana ("Pedibus" in sinergia con il mondo della scuola, iniziative con soggetti delle organizzazioni sportive e di associazioni che operano nel sociale, utilizzo delle palestre delle scuole e delle aree verdi per l'incremento dei giochi di movimento, in quanto risorse immediatamente utilizzabili).

Di grande interesse appare il complesso delle iniziative progettate dal PNPAM con il Comune di Verona perché rappresentano un ulteriore passo in avanti nel coinvolgimento di una parte consistente di popolazione generale in uno stile di vita attivo. Queste esperienze, nate nel segno della continuità con le precedenti iniziative scaturite dalla collaborazione SISP-Comune, rappresentano un ulteriore arricchimento maturato nella cornice di riferimento di "Guadagnare salute". Infatti l'esperienza del pedibus in collaborazione con le scuole, l'organizzazione dei gruppi di cammino e di palestra, la collaborazione in tema di prevenzione dell'inquinamento atmosferico, la prevenzione degli incidenti stradali, la condivisione delle problematiche urbanistiche e della mobilità sostenibile fanno parte di una collaborazione interistituzionale collaudata che ha permesso di ampliarsi anche al tema della promozione dell'attività fisica attraverso un apposito accordo Comune-Azienda sanitaria. L'iniziativa all'interno del comune è stata gestita dall'Ecosportello ma vede coinvolti diversi assessorati e uffici comunali e viene gestita in collaborazione nell'ambito di gruppi di lavoro multicomponenti appositamente formati, cui partecipano scuola, studenti, genitori, associazioni, personale dell'amministrazione comunale e del servizio sanitario. I risultati sono estremamente significativi a partire da quelli dell'iniziativa Miglia verdi che supporta il percorso attivo casa-scuola.

Per raggiungere l'obiettivo fissato dal PNPAM, favorire l'abitudine dei cittadini e in particolare dei giovani a praticare attività fisica nella vita quotidiana, non si sono solo messe in campo azioni di sensibilizzazione, sono state soprattutto attivate apposite ricerche per capire quali fossero i principali ostacoli al movimento e come alcune scelte urbanistiche e infrastrutturali potessero influenzare gli stili di vita.

Le azioni di sensibilizzazione promosse dall'Amministrazione Comunale sono state:

- promozione alla mobilità sostenibile nelle scuole di vario ordine e grado con i progetti: "Pensiamo ...con i piedi", Miglia Verdi, Pedibus, promozione dell'uso della bicicletta in una scuola superiore,
- promozione della fruizione dei parchi cittadini e con l'organizzazione di eventi culturali come "il Verde sotto casa",
- realizzazione di percorsi della salute nei parchi cittadini,
- apposizione di cartellonistica specifica e di materiale idoneo per illustrare il beneficio di salute connesso al movimento.

Per quanto riguarda il trasferimento attivo casa-scuola dei bambini preliminarmente all'intervento è stato somministrato un questionario ai bambini e ai genitori per rilevare quali fossero i problemi e le convinzioni culturali sulle quali lavorare. Alla scuola è stato chiesto di collaborare inserendo gli interventi nei piani dell'offerta formativa (POF), cooperando all'organizzazione e rinforzando i messaggi educativi (ricavare la mappatura delle provenienze dei bambini, raccogliere le adesioni, veicolare le informazioni, facilitare la soluzione dei problemi pratici). Il progetto europeo "Miglia verdi" (preesistente al PNPAM), ha costituito un veicolo consolidato attraverso il quale sensibilizzare la scuola sulla tematica della sostenibilità e mantenere alta l'attenzione al problema dell'attività motoria del bambino senza creare fratture nella continuità dell'intervento ma anzi arricchendolo dei nuovi spunti collegati a "Guadagnare salute" (quanto sia importante comunicare l'identità di un intervento di promozione emerge anche dalla ricerca di cui si riferisce nella sezione "Il parere dei genitori"). Gli operatori sanitari sono intervenuti per spiegare l'importanza di stili di vita sani e sostenibili e per

illustrare l'importanza del movimento per la salute dei bambini. Ai genitori è stata chiesta la collaborazione per formare un gruppo di "autisti" volontari ma si è puntato anche a coinvolgerli per favorire la continuità dell'esperienza nel momento in cui lasciano la scuola, in modo da favorire il reclutamento dei genitori degli anni successivi. La continuità viene favorita dalla valorizzazione dell'intervento dei genitori e del modello culturale che essi rappresentano. Nell'ambito di questa esperienza consolidata si evidenzia negli anni un aumento dei bambini che vanno a scuola a piedi se viene garantita la continuità dell'impegno istituzionale e se le scuole investono sul piano educativo, questo è in controtendenza rispetto all'andamento nazionale evidenziato da numerose indagini statistiche. Negli anni precedenti era stata sperimentata l'incentivazione della partecipazione attraverso premi assegnati ai bambini più diligenti o alle scuole; basandosi anche su un continuo confronto con gli insegnanti è sembrato inutile riproporre questo metodo avendo constatato che con questo sistema le iniziative non si stabilizzano nel tempo ma anzi dopo il periodo di sensibilizzazione si tende a riprendere le vecchie abitudini. Si è quindi puntato a interventi di lungo periodo, accompagnati da un costante monitoraggio sui comportamenti e dalla promozione delle modifiche ambientali necessarie. Da questa iniziativa, caratterizzata da continuità e partecipazione, sono scaturiti dati confortanti sul consolidamento dei trasferimenti attivi casa-scuola ma anche la consapevolezza che i risultati vengono raggiunti solo con interventi a largo raggio e di lungo periodo.

Accanto alle azioni di sensibilizzazione sono state attuate altre iniziative mirate alla ricerca di strumenti che evidenziassero come le scelte infrastrutturali e di governo del territorio possono modificare i comportamenti delle persone. Si è posta quindi l'attenzione al problema della fruizione delle aree verdi cittadine e all'impatto della zona 30 in due quartieri della città.

Nell'ambito del progetto sperimentale sono stati attuati:

- il posizionamento di cartelli informativi e la realizzazione di uno spot per far conoscere maggiormente l'ubicazione delle aree verdi e per sensibilizzare i giovani alla possibilità di fruizione dei parchi,
- il monitoraggio delle presenze in due parchi cittadini di diverse caratteristiche in primavera e autunno per una totale di 4 settimane utilizzando il modello SOPARC messo a punto dall'Università di San Diego. Le rilevazioni delle 4 settimane hanno contato circa 5000 presenze,
- una rilevazione dei dati inerenti alla percezione di salute, all'attività fisica e alla mobilità quotidiana in due quartieri cittadini: nel primo (Porto San Pancrazio) da tempo è presente una "zona 30", nel secondo (Cadidavid) se ne ipotizza l'attuazione su richiesta della popolazione. Sono state intervistate 1400 persone valutando la percezione della qualità della vita e la presenza di comportamenti ed abitudini teoricamente correlati alle scelte infrastrutturali. A tale scopo è stato predisposto un questionario-intervista somministrato ad una popolazione campione dei due quartieri che comprendeva alcuni quesiti del questionario Passi (sull'attività fisica) ed alcuni del questionario Europeo sulla qualità della vita. Da questi interventi sono emerse indicazioni importanti sull'impatto delle scelte urbanistiche sui comportamenti anche in relazione alla valorizzazione che ne viene fatta dagli enti di governo. In particolare si evidenzia che:
 - o la fruizione dei parchi cittadini varia grandemente in relazione alle caratteristiche degli stessi ed al grado di conoscenza che ne hanno i cittadini,
 - o la presenza di zone 30 viene percepita teoricamente come una opportunità di salute ma non sempre la sua attuazione viene ritenuta adeguata a raggiungere questo scopo. Questo intervento è comunque in grado di modificare i comportamenti nell'ambito della mobilità locale anche quando la percezione dei cittadini è di insufficienza. In ogni caso i cittadini ritengono che un indicatore importante della qualità della vita sia costituito dalla possibilità che i bambini vadano a scuola a piedi.

L'intervento attuato nel Comune di Verona per la complessità delle azioni messe in atto ha in sostanza rappresentato la traduzione pratica dei principi dell'OMS:

- Avere uno stile di vita attivo è una necessità e una responsabilità personale e collettiva in quanto permette di mantenersi in buona salute.

- Il modo più efficace è quello di fare in modo che l'attività fisica sia un comportamento legato il più possibile all'attività quotidiana e che siano facilitati dalla presenza di aree verdi diffuse accessibili e gratuite in vari punti della città.
- Fare attività fisica tutti i giorni in modo abitudinario è, quindi, un investimento per i singoli individui e per la collettività. I singoli individui guadagnano in salute e conseguentemente in benessere personale; la collettività guadagna in aumentata coesione sociale, contenimento della spesa sanitaria e miglioramento dell'ambiente.
- Per promuovere l'attività fisica è necessario aumentare anche nella comunità la consapevolezza dell'importanza della partecipazione nelle scelte di pianificazione territoriale, nell'interesse dei singoli e delle collettività.

Area sviluppo dell'intersectorialità

L'intersectorialità, la multifattorialità dei fattori di rischio, l'interdisciplinarietà e la ricerca costante di integrazione delle iniziative nelle attività correnti, nel pieno rispetto dei ruoli e delle responsabilità, insieme con uno stretto coordinamento con progetti ed iniziative già in atto sono stati i fili conduttori di tutta l'attività del progetto. Questa è stata una sfida particolarmente difficile perché la capacità di agire in modo intersectoriale ai vari livelli ed il superamento dell'autoreferenzialità rappresentano forse le maggiori criticità rilevate in ambito sanitario; nel contempo, dove sono state attuate hanno fornito anche le maggiori soddisfazioni. I Ministeri sono stati costantemente coinvolti nella fase di progettazione ed in quella operativa ritenendo fondamentale e più efficace che fosse chiara in ogni momento la cornice generale e la regia superiore dell'intero processo. Una rappresentazione sintetica delle alleanze e collaborazioni messe in atto è fornita dal grafico sotto riportato.

INIZIATIVE INTERSETTORIALI

Settori coinvolti	EMILIA ROMAGNA	VENETO	MARCHE	PUGLIA	LAZIO	PIEMONTE
Amministrazione locale						
Mobilità						
Scuola						
Organizzazioni territoriali						
Cultura						
Sport						
Pianificazione territoriale						
Università						
Associazioni di categoria						

L'intersectorialità è stata perseguita fin dalla progettazione degli eventi formativi. Sono stati infatti coinvolti in ogni evento tutti i soggetti dell'area di riferimento di quella specifica iniziativa. Nel corso per operatori ad esempio sono stati coinvolti l'Ufficio Scolastico Regionale e Provinciale di riferimento, mentre è fallito il tentativo di avere riscontro da parte del Ministero dell'Istruzione.

La collaborazione con il mondo della scuola è stata condizionata da notevoli difficoltà per una serie di motivi:

- l'assenza in alcune regioni, all'epoca, di una struttura di riferimento regionale dell'area "Guadagnare salute" con la conseguenza del moltiplicarsi delle offerte di educazione alla salute verso le scuole senza nessuna possibilità di selezione e coordinamento delle offerte. In Veneto il primo passo per attuare questo coordinamento è stato effettuato direttamente dalla direzione del progetto in collaborazione con le strutture regionali preposte alla prevenzione. Questo processo di costruzione di un gruppo di lavoro ex novo comporta naturalmente anche un notevole allungamento dei tempi;

- la mancanza di coordinamento a livello regionale, in alcune regioni, di una struttura di coordinamento tra i vari progetti Ccm; questo ha comportato ad es. la mancata saldatura con reti coesistenti (es. Rete Scuola e Salute). Non sempre questa carenza è stata dovuta a carenze organizzative o ad autoreferenzialità degli operatori, talvolta è stata determinata o aggravata da una insufficiente chiarezza dei ruoli e/o alla lentezza dei processi di formalizzazione degli incarichi e delle competenze. Questa lentezza, aggravata talvolta dalla mancata saldatura tra i referenti formalmente individuati e quelli di fatto operativi, a volte contribuisce a ritardare le collaborazioni strategiche dei livelli superiori più che quelle locali.

Si è perseguita anche la strada della collaborazione con le strutture universitarie, con le società scientifiche (che non sempre hanno corrisposto alle richieste), con l'OMS, con i partners del progetto. Estremamente significativa in particolare è stata la collaborazione con il Centro Europeo Ambiente e Salute dell'OMS sul tema dell'impatto sulla salute dell'inquinamento atmosferico e dei trasporti. Si tratta di temi essenziali per chi si occupa di promozione dell'attività fisica e di salute urbana che meritano di essere ulteriormente approfonditi e utilizzati nella pratica quotidiana.

Il criterio dell'intersectorialità ha guidato anche l'attuazione delle iniziative con maggiore o minor successo. Si è constatato che le intese e le collaborazioni con gli enti locali sono tanto più valide quanto maggiore è l'autorità del proponente o del referente in ambito sanitario. Questa condizione dipende non solo dall'autorevolezza di chi propone la collaborazione ma anche dalla continuità dell'interfaccia con il servizio sanitario e dal supporto di una effettiva struttura organizzativa che garantisca il rispetto dei reciproci compiti ed interessi e la continuità delle collaborazioni da parte di tutti gli enti coinvolti.

La multifattorialità ha costituito un principio costantemente presente non solo per quanto riguarda l'alimentazione (naturale alleato dell'attività fisica) ma anche per quanto riguarda le problematiche attinenti in modo più generale agli stili di vita (salute mentale, sicurezza stradale, qualità dell'ambiente e così via). Si ricorda ancora una volta sotto questo profilo la significatività dell'esperienza del Comune di Verona inserita nel contesto più generale dell'educazione ambientale, della partecipazione e della promozione sociale.

L'interdisciplinarietà ha raggiunto risultati importanti durante l'attuazione del progetto (vedi grafico sintetico dei settori della sanità che sono stati coinvolti).

SETTORI DELLA SANITÀ

	EMILIA ROMAGNA	VENETO	MARCHE	PUGLIA	LAZIO	PIEMONTE
Cure primarie						
Promozione della salute						
Epidemiologia						
Medicina dello sport						
Dipartimenti di salute mentale						
SIAN						
Ospedali						
Distretti sanitari						
Pediatri						
SPISAL						
SISP						

Si è trattato in parte di un processo favorito dall'impegno operativo congiunto a livello locale sui singoli progetti, ma in alcune regioni è stata sicuramente favorita dalla presenza di una struttura regionale di coordinamento; le regioni avanzate da questo punto di vista appaiono essere l'Emilia Romagna, le Marche, la Puglia, il Piemonte.

L'integrazione e il coordinamento delle iniziative si è comunque verificata, seppur in modo disomogeneo, e fornisce un esempio di quanto sia importante una costante attenzione a questa problematica.

Si ricorda innanzitutto che la costante collaborazione tra il PNPAM ed il Progetto Azioni ha permesso di integrare linee di lavoro diverse, una preminentemente operativa e l'altra metodologica, questo ha comportato un arricchimento dei saperi collettivi ed una razionalizzazione delle risorse. Altro esempio è costituito dalla concatenazione con il progetto Guadagnare salute in adolescenza che ha permesso di dare continuità nella maggior parte delle Regioni italiane all'attuazione del Programma "Ragazzi in Gamba".

A livello locale l'integrazione più problematica in alcune regioni sembra essere quella interna agli enti ed in particolare alle strutture del SSR. Ove è meno efficace il coordinamento di tutti i settori coinvolti, aumentano le difficoltà operative e si complicano i percorsi amministrativi con una conseguente scarsa trasparenza e con l'accumulo di ritardi nell'uso dei finanziamenti. Il coordinamento tra le strutture tecnico-scientifiche e quelle amministrativo-finanziarie rappresenta una garanzia di riuscita dei progetti; purtroppo abbiamo verificato che alcune carenze, causate proprio da questo problema, hanno determinato l'impossibilità pratica di effettuare in modo ottimale alcune delle attività previste tanto che una parte del finanziamento deve essere restituita.

Area della comunicazione

La comunicazione è stata considerata un elemento fondamentale per la riuscita del progetto e perciò è stata progettata in modo strategico individuando preventivamente per ogni intervento il target specifico, l'ambito spaziale e temporale e gli obiettivi programmati.

Gli obiettivi di comunicazione individuati hanno riguardato di volta in volta (e a volte in contemporanea) i singoli cittadini, le comunità, i portatori di interesse, i decisori. Si è pertanto seguita costantemente la strategia comunicativa di Guadagnare salute per favorire la messa di atto di comportamenti salutari da parte dei singoli e per promuovere cambiamenti positivi nell'ambiente socioeconomico e fisico al fine di sostenere le scelte salutari. Le iniziative di comunicazione adottate dalle regioni sono sintetizzate nel grafico sottostante.

MODALITÀ DI COMUNICAZIONE

	EMILIA ROMAGNA	VENETO	MARCHE	PUGLIA	LAZIO	PIEMONTE
Stampa						
Web						
Televisione						
Incontri con la popolazione						
Punti informativi						
Opuscoli/manifesti						

Si è trattato quindi non solo di attuare un passaggio di informazioni generico ma anche di creare un maggiore coinvolgimento dei destinatari per favorire in loro il cambiamento di credenze, valori, atteggiamenti e comportamenti, con l'obiettivo ultimo di stimolare la loro partecipazione al cambiamento riguardante la sfera personale e quella sociale. Si è costantemente agito prendendo atto della coesistenza di "identità plurime" diverse e complementari a seconda dei momenti, dei ruoli e delle responsabilità dei riceventi, che di volta si potevano configurare come destinatari intermedi, finali o potenziali partners. A tal fine, le campagne di comunicazione si sono avvalse di strumenti e stili comunicativi diversi. Per le campagne dirette ai bambini e ai ragazzi si sono usate immagini e messaggi prodotti dallo stesso target (vedi ad esempio materiali per le scuole ed il concorso per le scuole superiori).

Comunicare la prevenzione è un fatto complesso e non sempre privo di ambiguità. Al termine prevenzione vengono attribuiti significati diversi a seconda del contesto in cui viene utilizzato, ma non c'è dubbio che esso sia sempre più un protagonista della comunicazione. Nelle iniziative informative si è sempre avuto cura di chiarire quale fosse il significato di questo termine in quel contesto (si è per lo più trattato di prevenzione primaria ma non è stata trascurata anche quella secondaria/terziaria come nel caso delle attività per i portatori di disagio psichico). Ciò premesso, si è ritenuta cruciale la sinergia tra gli esperti della comunicazione (con la mediazione dell'Ufficio stampa dell'ULSS 20) e la direzione del progetto, che ha di volta in volta validato il contenuto tecnico dei prodotti della comunicazione.

Altrettanto critiche sono le modalità e la tempistica di diffusione dei messaggi, tanto che si è ritenuto necessario concordare con il suddetto ufficio un Piano della Comunicazione.

I messaggi sono stati calibrati sulla base della scelta dei principali destinatari. Quando si è parlato alla popolazione si è puntata l'attenzione sui cambiamenti degli stili di vita fornendo informazioni scientificamente ineccepibili ma facilmente comprensibili; sono state fornite indicazioni chiare circa i benefici attesi a livello individuale con il cambiamento e sono state richiamate le opportunità a supporto del cambiamento. Questa modalità è stata seguita nelle occasioni in cui si sono utilizzati mezzi di comunicazione di massa come i canali televisivi ma anche per i video proiettati in ambiti che vedono la concentrazione di persone (manifestazioni, punti informativi ecc..). Per la diffusione delle iniziative via Web (il progetto ha una pagina dedicata http://prevenzione.ulss20.verona.it/attmotoria_nazionale.html) si è cercato di sfruttare l'opportunità dell'uso plurimo della rete idonea cioè sia a diffondere messaggi diretti ad un pubblico generico sia a raggiungere il pubblico dei professionisti (sanitari e non), dei giornalisti e dei decisori politici. Questa operazione non è perfettamente riuscita per la difficoltà di coordinare la pagina dedicata con il resto del sito: permangono infatti percorsi tortuosi e difficoltà nel reperimento di informazioni specifiche nell'ambito del sito. Queste criticità tecniche sono legate anche alla difficoltà di integrare gli operatori di vari servizi vincendo l'autoreferenzialità. Il miglioramento della comunicazione via web è necessario perché capace di indurre risparmio di risorse ed ottimizzazione dei risultati.

In tutte le occasioni si è costantemente contestualizzata l'attività di promozione all'interno del più ampio programma "Guadagnare salute" e si sono illustrate le intese e collaborazioni che sottostanno al PNPAM. In collaborazione con l'Ufficio stampa dell'ULSS 20 sono stati predisposti e trasmessi vari servizi televisivi con copertura regionale e nazionale rivolti a vari target (bambini, scuole, adulti, anziani), le registrazioni di questi servizi sono state fornite alle regioni e ai ministeri.

Sono stati inoltre predisposti 4 spot destinati al pubblico più giovane (dai bambini ai giovani adulti), su supporto idoneo sia alle trasmissioni televisive che alla diffusione via video. Gli stessi sono stati trasmessi al Ministero della Salute ed al Dipartimento della gioventù con la richiesta di verificare la possibilità di diffusione come messaggi pubblicitari a titolo non oneroso (all. 13).

Per quanto riguarda la comunicazione ad un target specifico si ricordano il comunicato stampa e la nota predisposta per i sindaci in occasione della Giornata Mondiale della Salute 2010 ("1000 città-1000 vite" vedi all. 14 e 15) e si elencano le principali occasioni in cui gli obiettivi e le azioni del PNPAM sono stati presentati e discussi. Di particolare rilievo le iniziative attuate con il coinvolgimento degli enti locali nella cornice del programma "Guadagnare salute", per stimolare l'intervento di modifica dei determinanti ambientali della sedentarietà. Questo processo è stato appena avviato nel corso del progetto, si tratta quindi di iniziative che devono trovare continuità sia dal punto di vista comunicativo che operativo anche dopo la conclusione del PNPAM. Ciò è necessario in considerazione del fatto che le prospettive di modifica dei contesti sociali ed ambientali presuppongono processi complessi che riguardano il lungo periodo; la continuità è in parte assicurata dalla collaborazione con il progetto Ccm "Piano di comunicazione ai decisori dei contenuti di salute di una vita attiva".

Si riportano di seguito i principali eventi pubblici o incontri tecnici che hanno coinvolto la direzione del PNPAM. Nel corso di questi eventi sono stati illustrati gli obiettivi ed il percorso del progetto.

ANNO 2008

13/02/2008 - Coordinamento Interregionale Prevenzione presentazione del *“Progetto nazionale di promozione dell’attività fisica e gruppi di cammino”*

28/6/2008 - Organizzazione del convegno *GUADAGNARE IN SALUTE IN VENETO* la ricerca delle buone pratiche, a Verona e presentazione della relazione *“Promozione dell’attività fisica, primi risultati”*

11/6/2008 - Seminario *Una comunità in movimento*, a Torino con presentazione della relazione *“Promozione del cammino. Il movimento come normalità”*

25/06/2008 - Partecipazione al Convegno *IL CCM PER LA PREVENZIONE* (Sanit 2008) con presentazione della relazione *“Il programma di promozione dell’attività motoria”*, Roma

25/11/2008 - ULSS 22 del Veneto *CORSO PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI. BUONE PRATICHE DEI DP DELLA REGIONE VENETO*. Presentazione.

12 e 13/12/2008 - I conferenza regionale sul diabete a Verona. *“La prevenzione delle malattie cronico-degenerative e l’intervento sui determinanti ambientali della sedentarietà”*

18/12/2008 - Partecipazione all’evento formativo organizzato dalla Regione Sardegna ad Oristano *“Prevenzione degli incidenti domestici in Sardegna”* con presentazione della relazione *“Un approccio globale alla prevenzione degli incidenti domestici negli anziani. Presentazione del Progetto di promozione dell’attività motoria”*

ANNO 2009

8 e 9/01/2009 - Partecipazione a Bologna al Gruppo di pilotaggio Progetto Ccm *“Azioni per una vita in salute”*

26/02/2009 - Partecipazione a Bologna al Gruppo di pilotaggio Progetto Ccm *“Azioni per una vita in salute”*

19/03/2009 - Scuola di formazione veneta in Medicina generale *“La promozione dell’attività motoria”*

20/03/2009 - Incontro a Roma *“Comunità di pratiche-guadagnare salute”* organizzato dal Formez

20/04/2009 - Incontro a Venezia organizzato dalla Regione con un esperto dei CDC sulle iniziative di promozione dell’attività motoria

24/04/2009 – Incontro a Francoforte per il Coordination Meeting del progetto europeo EAHC Project Proposal "GATHER"

24 e 25/09/2009 - Partecipazione a Napoli alla tavola rotonda e relazione *“Guadagnare salute, i progressi delle ASL per guadagnare salute in Italia”*

8/10/2009 - Riunione a Torino per il Progetto Ccm *“Guadagnare salute in adolescenza”*

13 e 14/10/2009 - Partecipazione a Bologna al Gruppo di pilotaggio Progetto Ccm *“Azioni per una vita in salute”*

23 e 24/10/2009 - Corso di formazione per operatori UISP a Roma per illustrare il punto di vista della Sanità Pubblica

20 e 29/10/2009 e 26/11/2009 – Docenza Padova al corso regionale per intervistatori Passi *“Dalla sorveglianza degli stili di vita alla promozione della salute”*

10 e 11/11/2009 – Partecipazione a Bologna al *“5° Annual meeting e seminario activefor live organizzato dell’OMS”* per la presentazione del PNPAM

14/11/2009 – Convegno a Padova del coordinamento provinciale *“Percorsi sicuri casa-scuola”*

24/11/2009 – Partecipazione a Bologna al Gruppo di pilotaggio Progetto Ccm *“Azioni per una vita in salute”*

25/11/2009 – Riunione a Bologna del comitato di redazione Progetto Azioni

26/11/2009 Incontro a Venezia dei coordinatori del sistema di sorveglianza Passi

14/12/2009 - Incontro a Roma dei referenti del PNPAM

ANNO 2010

4/01/2010 – Riunione a Torino del gruppo di progetto del Workshop tematico su alimentazione e attività fisica per *“Guadagnare salute in adolescenza”*

11/02/2010 - Riunione a Bologna per “Guadagnare salute in adolescenza”
 18 e 19/02/2010 - Corso a Verona “Attività Fisica e salute” per i referenti delle reti dei progetti Ccm PNPAM e Azioni
 22 e 23/02/2010 - Conduzione a Torino del Workshop tematico su “Alimentazione e attività fisica”
 25/02/2010 - Seminario interministeriale a Torino “Scuola e salute” e relazione sullo “Stato dell’arte, le buone pratiche, la trasferibilità e sostenibilità” e collaborazione nella conduzione del gruppo su Alimentazione e salute
 8 e 9/03/2010 - Corso Verona “Attività Fisica e salute” per i referenti delle reti progetti Ccm Veneto ed Emilia Romagna
 6/03/2010 - Seminario a Padova della UISP Veneto per fare il punto su “Diamoci una mossa”
 26/03/2010 – Partecipazione a Torino al gruppo di progetto “Guadagnare salute in adolescenza”
 9/04/2010 – Partecipazione a Venezia al coordinamento referenti veneti PNPAM
 29/04/2010 - Riunione a Venezia con l’Ufficio Scolastico Regionale
 20/05/2010 – Partecipazione a Bologna al gruppo di pilotaggio progetto Ccm “Azioni per una vita in salute”
 19/07/2010 – Riunione a Venezia su attività motoria con relazione sullo stato dell’arte
 5/08/2010 - Riunione a Venezia con l’ufficio scolastico regionale per l’integrazione scuola-sanità
 3/09/2010 - Incontro a Venezia con i referenti della promozione dell’attività motoria del Veneto
 10/09/2010 - Convegno nazionale a Caorle (VE) per operatori UISP “Politiche e progetti per buoni stili di vita” con relazione “Lo stato dell’arte nelle ULSS de Veneto delle iniziative del PNPAM”
 17/09/2010 – Convegno ad Alessandria su Urbanizzazione e salute con relazione “Strategie e programmi del PNPAM”
 27/09/2010 – 5° incontro a Roma con i referenti del PNPAM
 5 e 6/10/2010 - Congresso Nazionale SITI a Venezia con relazione “Modelli operativi di promozione dell’attività fisica nei Dipartimenti di Prevenzione”
 13/10/2010 - Docenza a Dolo al Corso regionale per intervistatori Passi “Dalla sorveglianza degli stili di vita alla promozione della salute”
 15/10/2010 - Incontro a Roma con OMS per il corso per tecnici comunali e sanitari
 24/10/2010 – Partecipazione a Camerano al gruppo di pilotaggio progetto Ccm “Azioni per una vita in salute”
 28/10/2010 - Incontro a Venezia per la condivisione dei contenuti del Piano Regionale della prevenzione
 29/10/2010 - Riunione Venezia progetto nazionale Ccm “La valutazione dell’impatto di iniziative di diffusione dell’attività motoria”
 3/11/2010 - Workshop a Bologna sulla non autosufficienza “Piani di prevenzione regionale per la salute degli anziani: pratiche innovative di integrazione di servizi e politiche”
 12/11/2010 - Incontro formativo a Venezia su “I progetti Ccm, i sistemi di sorveglianza e i concetti di base” con relazione su “Il progetto Ccm PNPAM dell’Ulss 20 di Verona”
 25 e 26/11/2010 - Congresso SINU a Milano Promozione dell’attività fisica e “Guadagnare salute”
 9/12/2010 - Incontro a Venezia su progetto nazionale Ccm “La valutazione dell’impatto di iniziative di diffusione dell’attività motoria sulla salute pubblica”

I° SEMESTRE ANNO 2011

16/02/2011 - Riunione a Bologna del gruppo di pilotaggio “Piano di comunicazione ai decisori dei contenuti di salute di una vita attiva”
 22, 23, 24 e 25/02/2011 – Corso a Napoli per i referenti di “Guadagnare salute in adolescenza”
 4/03/2011 – Incontro a Venezia per il Piano Regionale della Prevenzione, modalità operative
 14 e 15/03/2011 – Incontro a Venezia per la “La valutazione dell’impatto di iniziative di diffusione dell’attività motoria”
 13/04/2011 – Incontro a Bologna per il Gruppo pilotaggio “Piano di comunicazione ai decisori dei contenuti di salute di una vita attiva”
 18/04/2011 – Incontro a Roma per il 7° Incontro dei referenti PNPAM

19/04/2011 – Incontro a Bari con i referenti Regione Puglia
 20/04/2011 - Corso di formazione per walking leader a San Severo (Foggia)
 6/05/2011 - Corso di formazione per walking leader “La promozione del cammino” ad Ancona
 16/05/2011 – Incontro a Venezia per “La valutazione dell’impatto di iniziative di diffusione dell’attività motoria”
 23 e 24/05/2011 – Relazione a Parma al 5° Corso Gerolamo Mercuriale “Azioni di advocacy: la Carta di Toronto ed altri strumenti”
 7/06/2011 – Incontro a Venezia per “La valutazione dell’impatto di iniziative di diffusione dell’attività motoria”
 20 e 21/06/2011 - Corso a Roma “Una città per vivere bene”

Area della valutazione

Si sono inseriti spunti metodologici riguardanti la valutazione in tutti gli interventi formativi già elencati enfatizzandone la necessità in tutte le fasi di progettazione e gestione delle attività. La valutazione è stata richiesta anche nell’ambito delle iniziative pilota a livello regionale al fine di valutarne l’efficacia e la diffusibilità in altri contesti locali. Si è ritenuto sempre importante inserire un set di indicatori di base per la valutazione nel flusso informativo periodico tra regioni e direzione del progetto (vedi la sezione “La rendicontazione periodica”). Quasi sempre questo flusso si è verificato puntualmente, talvolta si è manifestata scarsa attenzione (se non indisponibilità) a fornire gli elementi richiesti per il processo valutativo complessivo nei tempi richiesti. Questi comportamenti denotano probabilmente ancora una scarsa cultura della valutazione. Il processo si è comunque svolto in modo soddisfacente come illustrato nel grafico sottoriportato.

VALUTAZIONE

	EMILIA ROMAGNA	VENETO	MARCHE	PUGLIA	LAZIO	PIEMONTE
Progetti specifici di valutazione						
Collaborazione con sistemi di sorveglianza						
Ricerche						
Raccolta dati						

La buona riuscita di tutte le fasi del progetto di valutazione, ma in maniera particolare la valutazione di processo su tutti i progetti attivati, è fortemente collegata al coinvolgimento e alla condivisione degli obiettivi con i referenti regionali della valutazione. Infatti sono questi i soggetti che coordinati, supportati e coadiuvati dal gruppo di coordinamento riescono a rilevare le informazioni relative alle attività e al contesto, promuovendo localmente processi di indagine e di raccolta delle informazioni con il coinvolgimento di tutti i settori interessati. Il contributo delle regioni è utile per procedere ad una fase successiva di esame degli impatti delle iniziative anche in vista dell’eventuale prospettiva di attivare linee ulteriori di approfondimento.

Per tutte le azioni programmate è facile cogliere la possibile ricaduta positiva sulla popolazione ma è necessario comprenderne la reale efficacia nel tempo. È anche necessario cogliere la reale possibilità che i semi sparsi da questo lavoro di promozione possano nel futuro attecchire e crescere nel territorio, sfruttando le conoscenze diffuse e le reti attivate, sviluppando un circuito virtuoso di collaborazioni.

Per fare questo si è puntato ad accompagnare alcune attività con specifici interventi valutativi che possibilmente andassero oltre l’usuale valutazione di base richiesta ad ogni progetto; si è provveduto a monitorare da un lato le azioni attivate, la soddisfazione dei partecipanti, il grado di penetrazione delle attività e dall’altro l’efficacia di queste azioni in termini di cambiamento di conoscenze e atteggiamenti negli operatori e di comportamenti nella popolazione target, operazione che è ampiamente riconosciuta nella letteratura internazionale come irta di difficoltà per le azioni di prevenzione primaria e per la

promozione della salute. Condizione necessaria perché si sviluppi questo processo virtuoso è che si accetti di condividere con i partners il linguaggio, le osservazioni, le valutazioni, i numeri sia che siano ritenuti positivi che negativi. È necessario anche avere a disposizione lunghi periodi di tempo, ragione per cui i processi sono ancora in corso. È determinante la volontà o meno di fornire un contributo utile a far avanzare l'intera rete collaborativa. Altrettanto importante è la capacità di dialogo con gli operatori locali e lo scambio di informazioni che si riesce a instaurare.

È emerso anche dalla nostra esperienza una certa resistenza a impegnarsi nel processo di valutazione e non solo nelle realtà di più recente attivazione. In queste ultime esiste certamente un bisogno formativo ancora non del tutto soddisfatto, in tutte possono convivere atteggiamenti autoreferenziali che possono essere affrontati con una direzione tecnico-politica adeguata.

Il processo valutativo relativo alle attività del progetto ha prodotto informazioni di peso variabile, maggiori nelle situazioni più avanzate (Emilia Romagna, Marche, Piemonte) e minori in altre in cui si sono interrotte la continuità e la condivisione delle osservazioni e valutazioni (Veneto).

Sottoporre a verifica le attività effettuate non è solamente significativo sotto il profilo di un utilizzo razionale delle risorse ma ha anche una valenza formativa per chi ha progettato e gestito gli interventi ed un significato di servizio nei confronti di chi può mettere a frutto questa esperienza in altre realtà. Questo è quanto è successo ad alcuni progetti attuati in collaborazione con il PNPAM che ne ha favorito la partecipazione ai data base italiani (Formez) ed europei come sottoriportato. Esperienze valutative significative, perché vanno oltre una mera valutazione di processo per tentare una valutazione di risultato, riguardano interventi specifici su cui si è investito molto al fine di ottenere interventi duraturi nel tempo e sostenibili dal punto di vista dell'impiego delle risorse. La prima esperienza è la già segnalata campagna "Miglia verdi" del Comune di Verona. Questa campagna ha permesso di monitorare negli anni la percentuale dei bambini che vanno a scuola a piedi. I dati che abbiamo raccolto confermano che in situazioni consolidate il comportamento dei bambini rimane abbastanza costante nel tempo e che le percentuali sono comunque confortanti perché si attestano al 59% i bambini che in percentuale sono andati a scuola a piedi e al 40% quelli che si sono recati in auto. La seconda esperienza riguarda le valutazioni fatte sulle scuole tramite la campagna DUM/RIDUM di cui si riferisce a parte.

Nell'ottica di perseguire e favorire la valutazione delle attività fatte si riportano le esperienze significative maturate in questo periodo che sono state sottoposte al giudizio di esperti e panel nell'ambito di progetti europei.

EUROSPORTHEALTH: ha giudicato positivamente ed inserito nelle buone pratiche il progetto "La salute nel movimento" e "Promozione della salute fisica nel disagio mentale" (vedi all. 16 e 17 http://www.eurosporthealth.eu/en/guiabonespratiques_en.asp).

L'OMS sta esaminando 6 esperienze pilota per il New European Database on Nutrition, Obesity and Physical Activity (NOPA <http://data.euro.who.int/nopa/>). Si tratta dei progetti "Counseling e valutazione dell'intenzione di cambiamento nei confronti dell'adozione di abitudini alimentari asalutari attività fisica regolare" (all. 18), "Piedibus" (all. 19), "Promozione e valutazione dell'utilizzo di due parchi cittadini in Verona" (all. 20), Analisi e sviluppo di un modello di valutazione e promozione dell'uso di Zone 30 in quartieri residenziali per supportare la mobilità attiva" (all. 21), "Progetto integrato di promozione della salute nella popolazione giovane e anziana del territorio dell'Azienda sanitaria di Rovigo" (all. 22) ed infine "Progetto Nazionale di Promozione dell'attività Motoria: "Diamoci una mossa, ridiamoci una mossa, 1..2..3..mossa" (all. 23). Questa partecipazione nasce dalla sinergia tra soggetti vari (comuni, associazioni, ASL) e i due progetti Ccm che hanno lavorato in stretta collaborazione (PNPAM e Azioni) su attività fisica e alimentazione.

Un'ulteriore partecipazione a progetti europei è quella del Case Study sul "Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria" (all. 24). Il progetto è gestito dall'EuroHealthNet (Belgio) nell'ambito del Programma di Salute Pubblica 2008 – 2013 e si intitola Crossing Bridges – Health in all Policies (HiAP) (La Salute in tutte le Politiche).

L'individuazione delle singole esperienze da inviare alle banche dati è stata effettuata sulla base delle caratteristiche delle stesse e sulla base degli interessi prevalenti sottostanti al progetto: nel primo caso si richiedeva una particolare attenzione alla quantificazione dell'attività fisica per cui si sono scelti progetti

rivolti a gruppi ristretti di popolazione per i quali fosse possibile un approccio di tipo individuale; nel secondo caso si puntava l'attenzione sull'obesità come problema generale e si chiedeva una progettazione metodologicamente accurata: per questo motivo si è puntato su interventi di popolazione o su interventi diretti specificamente alla prevenzione secondaria dell'obesità; nel terzo caso l'attenzione era incentrata in particolare sull'aspetto educativo. E' evidente che i singoli progetti riportano linee di lavoro che non esauriscono la complessità delle attività in corso ma che possono contribuire a delinearne il quadro complessivo.

Area della sperimentazione

Sono state previste dal progetto anche alcune iniziative pilota a valenza regionale ideate per la messa a punto di modelli innovativi diretti a due target principali: i giovani e i disabili. Per quanto riguarda questi ultimi si tratta di interventi di educazione/riabilitazione che coniugano un approccio multidisciplinare specialistico ed interventi di promozione dell'attività fisica in soggetti con patologie psichiatriche, come il progetto "TREKKING", attuato nell'ASL ROMA C, che riguarda l'area del disagio mentale. Per quanto riguarda il target giovanile si tratta di progetti pilota finanziati dalla Presidenza del Consiglio di Ministri - Dipartimento della Gioventù e partono dalla constatazione che gli interventi di prevenzione e promozione della salute devono essere attuati fin dall'età infantile nei vari setting che riguardano i giovani e i ragazzi.

Infatti la sedentarietà e la conseguente obesità infantile sono problemi sanitari riconosciuti ormai universalmente come prioritari in sanità pubblica. Si susseguono sempre nuove ricerche che evidenziano come alcune malattie tipiche dell'adulto, come il diabete di tipo II° e l'ipertensione arteriosa, sono in aumento nei bambini e negli adolescenti. Come molti adulti, i giovani introducono quotidianamente più calorie di quante ne consumano ed il declino dell'attività fisica in età sempre più precoce è un dato in linea con l'epidemia dell'obesità. In un recente studio scozzese è emerso che il tempo medio speso in attività fisica vigorosa o moderata rappresenta solo il 2% del tempo totale dei bambini intorno ai 3 anni e il 4% a cinque-sei anni.

Una delle cause della sedentarietà è la ridotta possibilità di muoversi in modo sicuro e indipendente a piedi o in bicicletta nel proprio ambiente di vita, accompagnata da un aumento della mobilità passiva anche per tratti brevi potenzialmente percorribili in altri modi. Molto spesso, la gestione e l'organizzazione degli spazi urbani rendono difficile la pratica di attività semplici e non strutturate, come andare in bicicletta, andare coi pattini, correre e giocare liberamente. Queste attività vengono tipicamente ricercate in età prescolare ed appaiono fondamentali per lo sviluppo delle capacità motorie. Fornire ai bambini questa opportunità significa facilitare scelte individuali alternative ai comportamenti sedentari; questo presuppone e, viceversa, promuove una comunità attiva che supporta il movimento e la mobilità attiva. Uno stile di vita sedentario comporta implicazioni negative non solo sulla salute fisica ma anche sullo sviluppo cognitivo e psicosociale, soprattutto in età evolutiva. Giocare, esplorare lo spazio attraverso il movimento sono aspetti molto importanti per lo sviluppo infantile. I bambini che non sono capaci di esplorare in modo sicuro il proprio ambiente di vita, anche attraverso la conoscenza del proprio corpo, potrebbero in seguito trovare delle difficoltà nell'affrontare anche piccole situazioni che richiedono abilità cognitive, esplorative e di scelta.

Nelle età successive i nostri sistemi di sorveglianza (OKkio, HSBC) confermano questa attitudine alla sedentarietà. Il declino dei livelli di attività fisica nei ragazzi più grandicelli è in linea con l'aumento di comportamenti sedentari legati al trasporto ma anche alle attività ricreative (è davvero molto il tempo speso davanti al televisore o al computer). I più frequenti ostacoli alla pratica di attività fisica sono: mancanza di tempo, scarsa motivazione, inadeguato supporto educativo, mancanza di possibilità, accessi limitati a strutture adeguate, sensazione di insicurezza.

La scuola potrebbe avere un ruolo educativo molto importante nel supportare e stimolare comportamenti non sedentari ma, attualmente, la scarsità di ore di attività fisica nelle scuole e la poca importanza data all'educazione fisica come materia curricolare non facilita il raggiungimento di questo risultato. Nella scuola primaria, a differenza di quanto accade in altri paesi europei, l'educazione al movimento impegna un numero limitato di ore (500 stimate in 5 anni) ed è gestita spesso da maestri privi di qualifiche

specifiche. Nella scuola secondaria vengono destinate all'educazione fisica due ore alla settimana, parte delle quali dedicate alla formazione teorica. Non è superfluo ricordare che in questi ordini di scuole le norme di riferimento per l'edilizia scolastica (DM 18.12.75) non prevedono in tutti i casi l'obbligo di una palestra, essendone escluse, ad esempio, le scuole di minori dimensioni, alcuni istituti professionali e così via. È evidente che questo rappresenta una contraddizione e costituisce un'ulteriore barriera, non del tutto esplorata.

Per quanto riguarda l'attività sportiva extrascolastica, un'indagine condotta in Veneto tra gli studenti delle scuole superiori ha evidenziato che il 54% di essi pratica un'attività motoria o sportiva ma si registra anche un'alta percentuale di abbandono dovuto a una serie di fattori: interferenza con lo studio, altri interessi, orari scomodi e impianti troppo lontani, allenatori troppo esigenti ecc. Risulta evidente che "il mondo dello sport e quello della scuola non vengono vissuti come sufficientemente integrati" e "si riscontra una diffusa richiesta di maggiore tempo dedicato allo sport nell'ambito delle ore scolastiche".

Vi sono molti altri fattori che possono influenzare l'attività fisica, oltre a quelli già ricordati. Variabili individuali quali il peso corporeo, il genere (le ragazze risultano più sedentarie e passano più tempo sedute ad ascoltare musica e a parlare al telefono mentre per i ragazzi è più frequente l'utilizzo inadeguato della televisione e dei computer compresi i videogiochi), l'età, il supporto familiare sono tutte in relazione con l'attività fisica. Al crescere dell'età aumentano le abitudini sedentarie, probabilmente anche perché si è meno propensi ad accettare i suggerimenti dei genitori e più sfuggenti al loro controllo; questi con il loro esempio comunque mantengono un ruolo determinante nel motivare i figli nell'adozione di stili di vita attivi. Diversi studi hanno rilevato che i bambini e gli adolescenti che praticano regolarmente attività fisica hanno genitori (o altre figure parentali) sportivi o che motivano i loro figli ad essere attivi, per esempio accompagnandoli ad eventi sportivi, facendo sport insieme a loro, osservandoli giocare ecc. Inoltre, secondo i dati ISTAT del 2002, il 57,4% dei bambini sedentari ha genitori che non svolgono attività fisica regolare. Anche variabili psicologiche quali il senso di auto-efficacia, il divertimento, la capacità di utilizzare strategie di scelta valutando vantaggi e svantaggi del proprio comportamento, appaiono strettamente correlati alla pratica di attività fisica. Importante è anche la presenza di un ambiente favorevole: la presenza di ambiti urbani in cui sia facile spostarsi a piedi o in bicicletta, la percezione di una situazione ambientale sicura, la gradevolezza del contesto influenzano le abitudini. Tutti questi aspetti, individuali, psicologici, sociali, e ambientali influiscono sulla pratica dell'attività fisica e possono essere considerati come possibili aree di intervento. Quanto sopra impone di programmare iniziative specificamente dirette a bambini e ragazzi che tengano conto delle specificità delle singole fasce di età, sulla base delle evidenze scientifiche e delle indicazioni fornite dalle agenzie internazionali.

Su queste premesse e sul contesto epidemiologico emerso dai sistemi nazionali di sorveglianza sui comportamenti dei giovani, si sono basati il progetto dell'ULSS 20 (RAGAZZI IN GAMBA) e gli altri progetti specificamente diretti ai target giovanili nell'ambito del PNPAM ("DIAMOCI – RIDIAMOCI UNA MOSSA", "VIVERE SENZA PESO", "CRESCERE BENE È UN GIOCO DA RAGAZZI") di cui si riferisce nel capitolo Progetti Pilota.

PROGETTI PILOTA

DIAMOCI/RIDIAMOCI UNA MOSSA

Progetto dell'Unione Italiana Sport per Tutti (UISP) "Diamoci una mossa: nuovi stili di vita attivi per bambini e famiglie rivolta alle scuole primarie" e "Ridiamoci una mossa: il gioco continua" che rappresenta la seconda fase. La campagna è stata lanciata nel 2006. Per la stessa sono stati prodotti una serie di materiali che hanno ricevuto il riconoscimento con il logo del programma Guadagnare Salute, nell'ambito del quale UISP ha firmato un Protocollo d'Intesa con il Ministero della Salute. Questo progetto si propone di contrastare l'obesità infantile con una proposta di stili attivi e di una alimentazione equilibrata e con il coinvolgimento attivo non solo dei bambini ma anche dei genitori e degli insegnanti. La proposta di questa campagna alle sei regioni è stata preceduta da una fase pilota che ha comportato l'utilizzo di una versione semplificata del questionario IPAQ riconosciuto a livello internazionale. Dall'analisi dei dati del questionario somministrato nella fase pilota è emersa una significativa riduzione del tempo trascorso da seduti ed un altrettanto significativo aumento del tempo trascorso in attività motorie impegnative. La campagna non riguarda solo la promozione dell'attività fisica ma anche quella del consumo di cibi sani. Per quanto riguarda l'inserimento di questo progetto pilota nell'ambito delle attività del PNPAM agli operatori è stato chiesto di collaborare ad una ricerca armonizzata ed integrata al programma "Ragazzi in Gamba!". In particolare, si è ritenuto necessario attivare strumenti che permettessero una valutazione di contesto, cioè questionari specifici per i genitori, gli insegnanti e gli operatori della UISP, predisposti ed elaborati a cura del PNPAM. La consegna, la raccolta e la trasmissione al PNPAM dei singoli questionari è stata effettuata a cura dell'Associazione. L'elaborazione dei questionari è stata in parte affidata alla facoltà di statistica, Dipartimento di scienze economiche dell'Università di Verona (questionari genitori) ed in parte (questionari UISP e insegnanti) è stata attuata con la collaborazione della dottoressa Paola Ciddio, operatrice del PNPAM. Nel questionario per i genitori sono state inserite anche alcune domande sull'alimentazione e l'attività fisica, mutuata dal sistema di sorveglianza nazionale "OKKIO alla Salute", con l'obiettivo di mettere a confronto i dati dei bambini che partecipano al progetto con quelli che emergono a livello nazionale. L'analisi dei dati che emergono dai questionari pre e post permette di valutare eventuali cambiamenti nei comportamenti riferiti dalle famiglie. I dati raccolti sono soprattutto molto utili per comprendere se effettivamente i bambini delle scuole primarie coinvolte abbiano l'opportunità di svolgere attività fisica all'interno o all'esterno della scuola o se sino presenti barriere di tipo ambientale che rendano difficile il movimento quotidiano dei bambini.

L'integrazione tra il questo progetto e il programma "Ragazzi in gamba" ha permesso di attuare sinergie che hanno arricchito l'offerta educativa (vedasi anche la relazione finale dell'Associazione in allegato) e potenziato le ricadute sotto il profilo conoscitivo (di seguito riportate sotto i titoli "Il contesto" e "Quanta attività motoria fanno bambini e ragazzi").

Gli obiettivi del progetto integrato consistevano in:

- attivare programmi di promozione e diffusione del benessere e della salute nelle scuole primarie attraverso la messa in rete con il sistema socio-sanitario di sei regioni e con il mondo della scuola ed il coinvolgimento dei genitori
- combattere la sedentarietà e promuovere il movimento, il gioco, l'attività motoria correlati ad uno stile alimentare corretto che preveda l'adesione a semplici principi di nutrizione sana per limitare e prevenire l'obesità infantile
- rilevare i dati di contesto in cui avviene l'intervento al fine di evidenziare ed influenzare i determinanti positivi/negativi dell'attività fisica. Si indaga in particolare il contesto di tipo organizzativo (quali e quanti interventi di promozione della salute sono effettuati nella scuola) e strutturale (possibilità di effettuare l'educazione motoria all'interno della scuola, possibilità di fruire di spazi gioco, possibilità di raggiungere la scuola a piedi o in bicicletta).
- comparare i dati relativi ai comportamenti individuali prima e dopo la campagna ed interpretarli anche alla luce dei dati emergenti dal sistema di sorveglianza nazionale Okkio alla salute.

La relazione completa del progetto "DUM/RIDUM" è riportata nell'allegato 25.

VIVERE SENZA PESO

Il progetto pilota “Vivere senza peso” del Municipio 18 di Roma prevede la creazione di un multi laboratorio in una scuola primaria del Municipio dove un gruppo di bambini a rischio di obesità ha seguito un percorso educativo finalizzato all’assunzione di comportamenti e stili di vita virtuosi. La metodologia applicata è quella ludico-ricreativa del gioco non-agonistico come metodo di allenamento. L’obiettivo è stato quello di sviluppare una coscienza della salute tramite il movimento, lo sport e l’educazione nutrizionale. Sono state coinvolte 4 classi per un totale di 100 bambini in collaborazione con un’associazione sportiva. I bambini sono stati seguiti da un coordinatore sportivo e da istruttori esperti in giochi sportivi e rugby che hanno organizzato laboratori e giochi intergruppo in orario curricolare. Contemporaneamente si sono tenuti incontri interattivi sull’alimentazione in collaborazione con l’ U. R. di Scienza dell’alimentazione e Nutrizione umana dell’Università la Sapienza di Roma. I bambini hanno rappresentato attraverso uno spettacolo teatrale e laboratori di scrittura creativa quello che hanno imparato sulla nutrizione. Gli incontri hanno anche permesso di valutare le abitudini alimentari dei bambini, che si sono confermate scorrette, ed è stata proposta la prosecuzione dell’intervento per modificarle. I risultati ottenuti confermano la bontà del modello basato su interventi plurifattoriali con il perno incentrato sull’attività fisica.

CRESCERE BENE È UN GIOCO DA RAGAZZI

Il progetto pilota “Crescere bene è un gioco da ragazzi” del Comune di Vetralla ha come obiettivo la lotta all’obesità in età evolutiva e la promozione di attività fisiche che contribuiscano a far riscoprire ai bambini un modo di vivere più dinamico. Si propone di utilizzare lo strumento del gioco fatto per strada o nei cortili e di integrare la promozione dell’attività motoria con la promozione di una sana alimentazione. Il progetto prevede una stretta collaborazione con l’istituzione scolastica ed il coinvolgimento delle famiglie.

Sono stato coinvolti nelle attività 583 alunni, 12 dei quali diversamente abili, delle scuole primarie di Vetralla, Cura di Vetralla e Tre Croci. Hanno collaborato 30 insegnanti. Si è costantemente agito sul fattore alimentazione e sull’attività fisica con la partecipazione convinta delle famiglie. È stata suggerita la prosecuzione dell’intervento per una stabilizzazione dei risultati ottenuti. L’iniziativa ha avuto una notevole eco sulla stampa, evidenziando una possibile valenza educativa anche nei confronti della comunità adulta.

PROGETTO “TREKKING”

Il progetto pilota “Trekking” prevede percorsi terapeutico-riabilitativi personalizzati, attraverso l’attività motoria, il trekking e l’arrampicata in ambienti naturali, in soggetti affetti da patologie psicotiche ed in particolare schizofreniche, con l’intento di rinforzare i processi di valutazione della propria autostima.

Le diverse fasi tendono a coinvolgere gli utenti in più settori, tutti comunque dedicati all’esplorazione e alla sperimentazione del sé in ambienti naturali, attraverso le attività sportive. Si prevede anche lo scambio culturale e sportivo con altre realtà sportive e socio sanitarie che operano nel territorio nazionale.

La montagna è utilizzata come risorsa trasformativa a scopo terapeutico dai servizi di salute mentale in quanto offre l’opportunità di esplorare le profondità dell’animo attraverso un lavoro fisico e permette alle persone di confrontarsi con le proprie potenzialità fisiche che spesso il disagio psicologico mortifica, quando non azzerava. Questo progetto è stato presentato anche nel corso per operatori psichiatrici tenutosi a Verona il giorno 8/10/2010.

Alle attività hanno partecipato, oltre agli utenti dei servizi psichiatrici, anche i giovani scout sia con incontri teorici di orienteering sia con sedute di allenamento e gare a squadre. L’esperienza è stata sottoposta ad una verifica di tipo valutativo evidenziando una piccola variazione positiva per quanto riguarda il funzionamento personale e sociale. L’iniziativa è stata gradita dagli utenti ed è stata documentata con la produzione di un video e di un elaborato teorico che evidenzia gli elementi costitutivi del progetto.

PROGRAMMA “RAGAZZI IN GAMBA!”

Il Programma “RAGAZZI IN GAMBA!” è stato proposto alle regioni per promuovere specificamente l’attività fisica quotidiana nei bambini e nei ragazzi di età scolare, in modo integrato rispetto alle azioni generali del Progetto Nazionale di Promozione dell’Attività Motoria. Di seguito vengono illustrate le principali caratteristiche del programma.

Principi

I principi *generali* sui quali uniformare gli interventi di promozione dell’attività fisica nei giovani sono già stati ampiamente delineati. I documenti dell’Organizzazione Mondiale della Sanità indicano i seguenti principi per l’azione, principi ampiamente inglobati in questo progetto:

- intendere l’attività fisica nel senso più ampio del termine;
- adottare un approccio incentrato sulla salute a livello di popolazione e sviluppare programmi basati sulle esigenze espresse dalle popolazioni a cui ci si rivolge;
- impegnare più settori e lavorare a più livelli, da quello internazionale a quello locale ;
- migliorare l’ambiente in cui la popolazione vive per favorire la pratica di attività fisica ;
- creare opportunità accessibili a tutti;
- affidarsi alle migliori conoscenze disponibili per azioni di comprovata efficacia.

Azioni evidence based

Per quanto riguarda le modalità più appropriate per garantire la copertura del fabbisogno giornaliero di attività fisica dei bambini e dei ragazzi ci si è basati sulle indicazioni delle principali agenzie internazionale che hanno individuato alcune tipologie di attività per raggiungere i livelli raccomandati di attività fisica nelle varie età (i bambini e gli adolescenti dovrebbero essere occupati almeno un’ora al giorno in attività fisiche adatte all’età, divertenti e diversificate; la maggior parte di queste attività dovrebbero essere di tipo aerobico e di intensità moderata/vigorosa; le attività vigorose e di rinforzo muscolare e osseo dovrebbero essere previste almeno tre volte la settimana).

Attività fisica consigliata

- | | |
|------------|---|
| - Bambini | - camminata quotidiana per andare e tornare da scuola; |
| | - sessioni di attività scolastica quotidiane (pause e lezioni); |
| | - 3-4 pomeriggi o sere di gioco; |
| | - fine settimana: lunghe camminate, passeggiate nei parchi, nuotate, giri in bicicletta. |
| - Ragazzi | - camminata quotidiana (o giro in bicicletta) per andare e tornare da scuola; |
| | - attività o sport prestabiliti o informali 3-4 volte a settimana; |
| | - fine settimana: camminate più lunghe, giri in bicicletta, nuotate, altre attività sportive. |
| - Studenti | - camminata quotidiana (o giro in bicicletta) per andare e tornare da scuola; |
| | - cogliere tutte le opportunità, anche le più piccole, per essere in movimento; fare le scale, realizzare attività manuali; |
| | - sport o lezioni di attività fisica, palestra o piscina 2-3 volte a settimana; |
| | - fine settimana: camminate più lunghe, giri in bicicletta, nuotate, altre attività sportive. |

Com’è evidente le indicazioni riguardanti i bambini e gli adolescenti sono decisamente più impegnative rispetto a quelle prescritte per gli adulti e gli anziani. E’ altrettanto evidente che difficilmente un’unica pratica sportiva o ricreativa può soddisfare questi requisiti e quindi è necessario affiancare attività di movimento integrate nella vita quotidiana. Per questo sono necessarie iniziative per incentivare non solo

lo sport ma anche l'attività motoria in generale, quali strumenti di benessere fisico e psico-sociale destinati a tutti i giovani, abili e meno abili.

Per attuare azioni in linea con i principi sopra ricordati la strada è obbligata e d'è quella di operare in sinergia con gli enti locali, in quanto organi preposti alla pianificazione del territorio (comuni e province) ed in collegamento con le diverse politiche settoriali (servizi sociali, istruzione, sport, comunicazione...). Fondamentali partner di queste iniziative sono le scuole e le realtà associative, come la UISP (legata anche da un protocollo d'intesa al programma "Guadagnare Salute"), che hanno un'esperienza consolidata negli interventi di promozione sociale e sportiva rivolta a tutti i cittadini con una diffusione capillare sul territorio.

Come atto preliminare alla programmazione degli interventi si è proposta la costituzione di un gruppo di lavoro intersettoriale comprendente almeno un referente dell'azienda sanitaria, un referente del comune, un referente delle istituzioni educative ed un appartenente alle realtà associative attive localmente nel campo delle attività sportive e ricreative per i giovani. Il gruppo di lavoro ha il compito di:

- promuovere il censimento delle risorse nei quartieri (rilevazione di strutture, aree, opportunità);
- promuovere/consolidare le reti sociali;
- favorire gli interventi di riqualificazione/riorientamento dei percorsi casa scuola e delle aree da destinarsi ai giovani;
- fornire supporto alle attività e valutare i risultati in collaborazione con enti, gruppi, associazioni, centri di servizio.

Interventi proposti nella scuola primaria

Promuovere in collaborazione con le scuole, le organizzazioni del territorio e le circoscrizioni, le iniziative di cammino o bicicletta per raggiungere la scuola e viceversa. Promuovere il movimento anche all'interno della scuola nell'ambito delle ore di educazione fisica e delle pause tra l'attività didattica (intervalli ricreativi, pause pranzo).

Il problema più rilevante nel primo caso è rappresentato dal timore dei pericoli derivanti dal traffico urbano. I bambini, infatti, sono fra i più esposti al rischio di incidenti, sia perché poco visibili (vengono facilmente mascherati dalle autovetture in sosta o dagli elementi di arredo stradale) sia per motivi di comportamento. Di norma viene dato per scontato che il bambino non possa essere adattato al traffico. La soluzione più spesso adottata è quindi quella di scoraggiare i suoi spostamenti a piedi e in bicicletta, impedendogli così di conoscere il territorio, di familiarizzare con esso e di imparare a rispettarlo. Inserire interventi di messa in sicurezza delle strade cittadine in un progetto più ampio di miglioramento degli spazi urbani può avere ricadute straordinarie sulla salute dei bambini.

Uno studio giapponese ha esaminato i dati nazionali di mortalità per incidenti stradali dei bambini e ragazzi (fasce di età 0-4 e 5-14) relativi al periodo 1970-1985. Nei decenni passati, il Giappone si è impegnato molto nella prevenzione a largo raggio degli incidenti dei bambini, in quanto questi costituivano un problema importante di sanità pubblica. Lo studio mirava ad evidenziare se il calo della mortalità dei bambini pedoni nelle città con più di 5000 abitanti fosse correlato all'aumento di aree verdi sicure di almeno 4000 m² nei quartieri, all'allestimento di marciapiedi o all'aumento degli attraversamenti pedonali. La riduzione di mortalità nei bambini sotto i 5 anni è risultata fortemente influenzata dall'aumento dei parchi pubblici mentre per i bambini sopra i 5 anni è risultata più importante la messa in sicurezza degli attraversamenti pedonali.

L'intervento sulla mobilità attiva casa-scuola ha dimostrato di poter contribuire significativamente all'incremento del movimento quotidiano dei bambini ed è risultato particolarmente gratificante per i bambini che possono raggiungere in gruppo la scuola in allegria, facendo scaturire da questa esperienza indicazioni e proposte per rendere più sicuri i percorsi.

Tappe fondamentali di questo intervento sono:

- coinvolgimento della scuola che integra l'iniziativa in quelle già previste dal "Piano nazionale per il benessere dello studente" (Nota Ministro della pubblica istruzione prot. n. 1958/DGS del 18/4/2007) e inserisce le attività del progetto nell'offerta formativa favorendo approfondimenti trasversali alle varie materie (raccolta, elaborazione dati, studio dell'ambiente, ecc.);

- coinvolgimento degli enti locali con nomina di un referente incaricato del coordinamento delle azioni di competenza del Comune;
- coinvolgimento dei genitori (dati preposti sulla mobilità, ambiente, criticità, proposte, collaborazione nella gestione);
- intesa con associazioni e organizzazioni della società civile;
- coinvolgimento degli operatori sanitari dei vari ambiti (pediatri, medici di medicina generale ecc.).

Per quanto riguarda la seconda questione, ossia la necessità che la scuola garantisca sufficienti opportunità di movimento, si pongono questioni di tipo qualitativo (la preparazione degli insegnanti), strutturale (la presenza di una palestra adeguata o di cortili fruibili per il gioco) e amministrativo-burocratico (la sorveglianza, il timore di azioni di rivalsa in caso di incidenti durante il gioco). In realtà, molte scuole hanno aperto i loro cortili anche oltre l'orario scolastico offrendo opportunamente la possibilità di ampliare le offerte di aree per il gioco libero. Sulla base delle esperienze già consolidate nella regione Veneto e nelle altre regioni partner si propone pertanto l'estensione di una o più iniziative tra quelle di seguito elencate, da individuare in base ai bisogni ed alle opportunità presenti localmente.

Interventi proposti nella scuola secondaria di I° grado

In questa fascia di età non si ritiene efficace focalizzare gli interventi educativi solo sul percorso casa-scuola (che deve comunque entrare nel quadro di obiettivi e collaborazioni già indicate nel punto precedente), quanto favorire l'acquisizione di competenze specifiche (anche informali) su attività o discipline sportive organizzate con la collaborazione della Scuola, in orario extracurricolare, nelle palestre o cortili di pertinenza della Scuola stessa.

Gli obiettivi dell'intervento sono:

- imparare a valutare la quantità di attività fisica e sportiva svolta nei diversi contesti della vita quotidiana (compresa la scuola) al fine di incrementare la pratica all'interno e all'esterno della cornice scolastica per raggiungere la quota di 3-4 ore settimanali di attività fisica;
- favorire l'emersione delle risorse del territorio e, con il supporto degli enti locali e delle associazioni, censire gli spazi e le iniziative, promuovere l'organizzazione di tornei o altre iniziative competitive non strutturate. L'intervento va coordinato con le iniziative già esistenti sul territorio (es. "Più sport a scuola");
- integrare le ore curricolari di educazione fisica con iniziative finalizzate all'acquisizione di una formazione di base più ampia sulle discipline sportive.

Interventi proposti nella scuola secondaria di II° grado e oltre

In questa fascia d'età, risulta già consolidato l'abbandono di attività sportive strutturate e, viceversa, appare consolidato anche l'inserimento (seppur in una ridotta percentuale di ragazzi) nei circuiti sportivi agonistici e non agonistici. Le iniziative di promozione dell'attività fisica devono fare i conti con l'aumento del fabbisogno orario per lo studio e per i trasporti casa-scuola, data la frequente dislocazione periferica di queste scuole rispetto alle aree di residenza.

Particolare attenzione è stata riservata agli adolescenti. È frequente in questa fascia di età l'assunzione di uno stile di vita antisociale o semplicemente di comportamenti che possono mettere a rischio la propria salute. Anche senza pensare a situazioni più complesse di "disagio" vero e proprio gli interventi di sostegno e prevenzione in questa fascia di popolazione si presentano di difficile attuazione e per questo si è attivata una apposita ricerca con i seguenti obiettivi:

- *Coinvolgere i giovani nell'analisi dei loro bisogni di salute* per sostenere i destinatari del progetto stesso nel riflettere sulle loro percezioni, sugli atteggiamenti messi in atto, per individuare *attivamente* quelli scorretti per la salute.
- *Scegliere gli strumenti più adatti per la riflessione per scegliere tecniche di comunicazione efficaci.*

- *Realizzare un intervento di collaborazione in ambito scolastico per coinvolgere figure professionali diverse e adottare un approccio di collaborazione tra i destinatari stessi del progetto (es. insegnanti e studenti).*

Fermo restando quanto già espresso in precedenza in merito alla necessità di favorire una mobilità attiva sicura, si propone l'individuazione di aree e strutture decentrate nei singoli quartieri da riorientare per la libera attuazione di attività motorie e/o sportive individuali o di gruppo. I giovani infatti sono spesso esclusi dall'utilizzo dei parchi gioco, in genere destinati ai bambini più piccoli, e la loro presenza provoca talvolta conflitti e competizione nell'uso delle attrezzature.

La possibilità di mettere in pratica liberamente le competenze e le abilità acquisite in discipline tradizionali quali la corsa, il basket, la pallavolo, il pattinaggio in linea, l'appeal di discipline alternative come il frisbee, la capoeira, lo skateboard, la breakdance possono contribuire a modificare i comportamenti sedentari, senza precludere la partecipazione ad attività sportive strutturate. Tutte le attività sopra ricordate hanno in comune la possibilità di utilizzare spazi non specializzati anche di modeste dimensioni (reperibili all'interno dei quartieri e possibilmente polifunzionali) e la minor necessità di attrezzature, con la possibilità di dirottare in parte gli investimenti sulle risorse umane. Inoltre presentano il vantaggio di poter valorizzare anche aree esistenti non pregiate in collegamento con altri spazi di servizio (es. ricreatori o centri di aggregazione). Se questi spazi vengono poi dotati di semplici attrezzi come anelli, sbarre e panche, possono trasformarsi in una semplice palestra dove eseguire esercizi di rinforzo muscolare.

I vantaggi legati all'uso di questi spazi sono:

- la possibilità di essere svincolati dagli orari, dalle scadenze e dai vincoli di spazio dei centri sportivi;
- la non interruzione delle attività durante la stagione estiva;
- la possibilità di reperire attività alternative con piccoli trasferimenti;
- l'aumento delle possibilità di socializzazione ed il miglioramento delle capacità di aggregazione con ricadute positive sullo sviluppo dell'identità di gruppo;
- l'esperienza di abilità diverse che possono rinforzare la percezione di autostima, la conoscenza del sé e lo sviluppo di attitudini e comportamenti positivi ed ottimisti.

Il progetto è stato proposto alle regioni partecipanti. La quota di finanziamento è stata suddivisa in sei parti, una per ogni regione, per coprire le spese per le attività di promozione per bambini e ragazzi, nell'ambito delle finalità e della filosofia del programma. Le quote di finanziamento sono state attribuite alle regioni Emilia Romagna, Veneto, Marche, Puglia; il Lazio non ha ricevuto la quota spettante a causa delle difficoltà già ricordate nel trasferimento dei finanziamenti dalla Regione all'ASP. Le regioni hanno organizzato le attività previste dal progetto e hanno contribuito a raccogliere i dati riguardanti le scuole. Un report sintetico dei dati raccolti tramite le scuole è riportato oltre. A cura del progetto, sono stati predisposti tutti i materiali informativi e gli strumenti per partecipare alla campagna. I materiali sottoelencati, stampati e distribuiti a cura dell'ULSS 20, sono pubblicati sul sito web del progetto ed elencati di seguito (http://prevenzione.ulss20.verona.it/ragazzingamba_nazionale.html).

Materiali predisposti per la campagna "Ragazzi in gamba!"

Materiali per la scuola primaria

- **Razionale "Vado a scuola con gli amici... camminando!"**

Razionale a colori contenente una descrizione approfondita degli obiettivi e delle azioni della campagna, da accompagnare al pieghevole.

- **Pieghevole "Vado a scuola con gli amici... camminando!"**

Pieghevole a colori per i bambini delle scuole elementari aderenti all'iniziativa e per le loro famiglie, contenente le informazioni principali relative alla campagna.

- Poster "Vado a scuola con gli amici... camminando!"

Poster a colori da affiggere nelle scuole elementari aderenti all'iniziativa. Chi lo desidera può affiggere il poster anche nelle sedi dei comuni, nei distretti e negli ambulatori dei pediatri.

- Scheda attività "Vado a scuola con gli amici... camminando!"

Scheda di sintesi delle attività previste dall'iniziativa "Vado a scuola con gli amici... camminando!"

- Scheda insegnanti "Vado a scuola con gli amici... camminando!"

Scheda realizzata per guidare l'insegnante allo scopo di ricostruire il quadro delle opportunità di movimento offerte agli studenti della scuola.

- Scheda alimentazione "Vado a scuola con gli amici... camminando!"

Scheda rivolta agli insegnanti contenente alcuni suggerimenti sull'alimentazione dei bambini

- Scheda sicurezza stradale "Vado a scuola con gli amici... camminando!"

Scheda rivolta agli insegnanti contenente alcuni elementi di sicurezza stradale e indicazioni per conoscere meglio l'ambiente in cui ci si muove.

- Scheda rilevazione scuole - Opportunità e barriere al movimento

Scheda rivolta agli insegnanti contenente: indicazioni ministeriali riguardo le caratteristiche che devono avere palestre, spazi per l'attività motoria e aree esterne di gioco; scheda di rilevazione spazi esterni alla scuola; scheda con esempi di mobilità e sicurezza.

- Scheda rilevazione scuole - caratteristiche della strada di accesso

Scheda utile alla rilevazione delle caratteristiche della strada di accesso alla scuola. La rilevazione può fornire indicazioni importanti per valutare la possibilità di movimento dei bambini e dei ragazzi.

- Quaderni "Vado a scuola con gli amici... camminando!"

Gadget ideato per i bambini delle scuole primarie.

- Libro "Patapunfete-40 idee per guadagnare salute giocando"

Il libro è destinato agli insegnanti, agli operatori ed animatori per incentivare il gioco di movimento nei bambini e nei ragazzi; è stato distribuito in tutte le scuole che hanno partecipato al programma "Ragazzi in gamba" e ne è stata fornita una quota congrua alle regioni partecipanti.

- Pieghevole 4 azioni

Il pieghevole richiama il messaggio del libro "Patapunfete" e lo inserisce nel contesto di 4 azioni virtuose che i bambini dovrebbero inserire nelle loro giornate: fare giochi di movimento, mangiare frutta e verdura, andare a scuola a piedi e fare una buona colazione al mattino. E' stato predisposto per essere consegnato ai genitori nel corso degli accessi agli ambulatori dell'Asl (es. vaccinazioni) o dei pediatri, di modo che possano essere date indicazioni ai genitori stessi da parte del personale sanitario.

Materiali per la scuola secondaria di primo grado

- Razionale "+ movimento - TV = OK!"

Razionale a colori contenente una descrizione approfondita degli obiettivi e delle azioni della campagna, da accompagnare al pieghevole.

- Pieghevole "+ movimento - TV = OK!"

Pieghevole a colori per i ragazzi delle scuole medie aderenti all'iniziativa e per le loro famiglie, contenente le informazioni principali relative alla campagna.

- Scheda attività "+ movimento - TV = OK!"

Sintesi delle attività previste dall'iniziativa "+ movimento - TV = OK!"

- Scheda insegnanti "+ movimento - TV = OK!"

Scheda realizzata per guidare l'insegnante allo scopo di ricostruire il quadro delle opportunità di movimento offerte agli studenti della scuola

- Scheda rilevazione scuole - Opportunità e barriere al movimento

Scheda rivolta agli insegnanti contenente: indicazioni ministeriali riguardo le caratteristiche che devono avere palestre, spazi per l'attività motoria e aree esterne di gioco; scheda di rilevazione spazi esterni alla scuola; scheda con esempi di mobilità e sicurezza

- Scheda rilevazione scuole - caratteristiche della strada di accesso

Scheda utile alla rilevazione delle caratteristiche della strada di accesso alla scuola. La rilevazione può fornire indicazioni importanti per valutare la possibilità di movimento dei bambini e dei ragazzi.

- Scheda laboratorio orienteering "+ movimento - TV = OK!"

Scheda rivolta agli insegnanti contenente spunti per l'organizzazione di un laboratorio di orienteering urbano

- Scheda rilevazione attività fisica "+ movimento - TV = OK!"

Diario da compilare a cura degli studenti per la rilevazione dell'attività fisica svolta nell'ultima settimana e per confrontare la pratica personale con quella consigliata dalle linee guida internazionali

- Quaderni "+ movimento - TV = OK!"

Gadget ideato per i ragazzi delle scuole secondarie di primo grado

Materiali per la scuola secondaria di secondo grado

- Razionale "Mi muovo di più, guardo meno la TV! ...e TU?"

Razionale a colori contenente una descrizione approfondita degli obiettivi e delle azioni della campagna, da accompagnare al pieghevole.

- Pieghevole "Mi muovo di più, guardo meno la TV! ...e TU?"

Pieghevole a colori per i ragazzi delle scuole superiori aderenti all'iniziativa, contenente le informazioni principali relative alla campagna.

- Scheda attività "Mi muovo di più, guardo meno la TV! ...e TU?"

Sintesi delle attività previste dall'iniziativa "Mi muovo di più, guardo meno la TV! ...e TU?"

- Scheda insegnanti "Mi muovo di più, guardo meno la TV! ...e TU?"

Scheda realizzata per guidare l'insegnante allo scopo di ricostruire il quadro delle opportunità di movimento offerte agli studenti della scuola

- Scheda rilevazione scuole - Opportunità e barriere al movimento

Scheda rivolta agli insegnanti contenente: indicazioni ministeriali riguardo le caratteristiche che devono avere palestre, spazi per l'attività motoria e aree esterne di gioco; scheda di rilevazione spazi esterni alla scuola; scheda con esempi di mobilità e sicurezza

- Scheda rilevazione scuole - caratteristiche della strada di accesso

Scheda utile alla rilevazione delle caratteristiche della strada di accesso alla scuola. La rilevazione può fornire indicazioni importanti per valutare la possibilità di movimento dei bambini e dei ragazzi.

- Scheda rilevazione attività fisica "Mi muovo di più, guardo meno la TV! ...e TU?"

Diario da compilare a cura degli studenti per la rilevazione dell'attività fisica svolta nell'ultima settimana e per confrontare la pratica personale con quella consigliata dalle linee guida internazionali

- Quaderni "Mi muovo di più, guardo meno la TV! ...e TU?"

Gadget ideato per i ragazzi delle scuole secondarie di secondo grado

Concorso “Ragazzi in gamba!”

Nel 2011 si è concluso il Bando di Concorso scolastico a premi rivolto agli istituti superiori in tema di promozione dell’attività fisica nella vita quotidiana per la popolazione giovanile (all. 26). L’obiettivo del concorso non era semplicemente quello di sensibilizzare gli studenti sul tema della promozione degli stili di vita ma anche quello di sottoporre le loro proposte comunicative ad una valutazione di pari merito alla persuasività ed all’efficacia dei messaggi proposti (v. ricerca Università di Trento “Quali messaggi per quali ragazzi”). Un’apposita commissione ha selezionato i vincitori e stilato una lista di segnalati. Tutti questi prodotti sono stati pubblicati sul sito web del PNPAM e sono stati inseriti in un cofanetto contenente tutte i materiali del concorso, compresi gli elaborati inviati dai ragazzi, che hanno superato il vaglio dell’apposita commissione. Il cofanetto è stato inviato alle regioni ed alle scuole partecipanti.

Ricerca “Quali messaggi per quali ragazzi”.

La valutazione di alcuni spunti emersi dal Bando di Concorso è stata affidata alla Facoltà di Psicologia Cognitiva dell’Università di Trento mediante un apposito accordo tra il progetto e l’Università stessa. Il rapporto della ricerca fa parte della presente relazione tecnico-scientifica (vedi materiali PNPAM) oltre che essere stato pubblicato sul sito web del progetto. I risultati della ricerca confermano ancora una volta la necessità che gli interventi di promozione della salute ed, in particolare quelli che hanno un prevalente contenuto di tipo comunicativo, siano progettati tenendo presente il target a cui sono diretti e dopo aver fissato obiettivi specifici verificabili.

In sintesi, alcuni dei messaggi presentati ai ragazzi hanno dimostrato di suscitare reazioni positive dal punto di vista della piacevolezza delle sensazioni evocate, tuttavia non sempre questi messaggi sono stati percepiti come utili; altrettanto si può dire per quanto riguarda la capacità del messaggio di tradursi nell’intenzione o nella volontà di proseguire lungo una traccia di cambiamento, con il conseguente impulso ad approfondire le conoscenze o a modificare il proprio comportamento.

I messaggi non hanno un impatto omogeneo nei confronti dell’universo “popolazione giovanile”, essi provocano reazioni diverse a seconda del genere (le ragazze cercano di approfondire di più l’argomento che viene loro proposto); altro fattore che influenza l’oggetto del messaggio è l’importanza della percezione circa l’adeguatezza del proprio comportamento (questo probabilmente si collega anche al profilo culturale e conoscitivo del ricevente e agli effettivi comportamenti messi in atto, richiamando ancora una volta quindi i determinanti sociali).

I risultati della ricerca confermano ulteriormente la necessità di operare la rilevazione dei bisogni del target individuandoli preventivamente all’intervento. L’indagine evidenzia anche quanto sia complesso affrontare in modo adeguato la comunicazione diretta agli adolescenti sulle problematiche di salute: è necessario intervenire in modo complessivo, non limitandosi a interventi di marketing ma tenendo presenti tutti i fattori dell’intenzione comportamentale: l’atteggiamento, il controllo percepito, le norme soggettive. Non è stato indagato qui il rapporto tra l’ambiente sociale e fisico e la risposta dei ragazzi; questa problematica è stata tuttavia ampiamente trattata nella letteratura specializzata.

IL CONTESTO

Dati riguardanti le scuole che hanno partecipato alle attività del programma “Ragazzi in gamba!”

Agli insegnanti delle scuole aderenti al programma “Ragazzi in Gamba!” o alle singole iniziative da questo previste è stato chiesto di restituire il questionario compilato. Nonostante il numero contenuto di questionari che ad oggi sono stati restituiti (risultano ancora in itinere alcune centinaia di questionari) si possono già fare alcune valutazioni di merito sul contesto in cui si collocano gli interventi di promozione dell’attività fisica attuati nei bambini e nei ragazzi. Non si tratta né di un campione rappresentativo né di una quantità di dati tale da supportare conclusioni generalizzabili. Nonostante ciò, i dati forniscono una fotografia della situazione di alcune scuole del nostro territorio che impongono alcune riflessioni e forniscono spunti per ulteriori approfondimenti. Alcune regioni stanno continuando l’indagine anche dopo la conclusione del progetto.

I dati dei questionari restituiti dagli insegnanti sino ad oggi elaborati riguardano 67 scuole di tutti gli ordini, con una prevalenza della scuola primaria (VEDI TAVOLA 1A). Tali scuole rappresentano la situazione di 7.891 alunni delle primarie, di 4120 ragazzi della scuole secondaria di primo grado e di 15.572 delle scuole secondarie di secondo grado, per un totale di quasi 28.000 studenti.

Tavola 1A: scuole che hanno risposto

ORDINE DI SCUOLA	FREQUENZA	%	% VALIDA	% CUMULATA
PRIMARIA	27	40,3	40,3	40,3
SECONDARIA I GRADO	17	25,4	25,4	65,7
SECONDARIA II GRADO	23	34,3	34,3	100,0
Totale	67	100,0	100,0	

Per quanto riguarda la distribuzione regionale, si registra una prevalenza a carico della regione Marche (VEDI TAVOLA 2A).

Tavola 2A: scuole per ordine di scuola che hanno risposto per regione

REGIONE	PRIMARIA	SECONDARIA I GRADO	SECONDARIA II GRADO	Totale
EMILIA ROMAGNA	4	2	4	10
VENETO	9	4	9	22
PUGLIA	0	0	4	4
PIEMONTE	1	2	0	3
MARCHE	13	9	0	22
LOMBARDIA	0	0	6	6
TOTALE	27	17	23	67

NB. I questionari provenienti dalla regione Lombardia si riferiscono alle scuole che hanno partecipato al bando di concorso per le scuole superiori.

Per quanto riguarda la disponibilità di una palestra di dimensioni regolari all’interno delle scuole partecipanti (VEDI TAVOLE 3A e 4A), si registra una percentuale piuttosto elevata di scuole che non hanno palestre sufficienti per l’educazione fisica (25,8%) a cui si aggiungono un 10,6% di scuole completamente sprovviste di palestra. Il problema delle palestre sottodimensionate riguarda in particolare le scuole secondarie di secondo grado, infatti una scuola superiore su due non assicura la possibilità di svolgere al meglio l’educazione fisica.

Tavola 3A: tipo di palestra presente nella scuola

PALESTRA	ORDINE DI SCUOLA			Totale
	PRIMARIA	SECONDARIA I GRADO	SECONDARIA II GRADO	
DIMENSIONI SUFFICIENTI	18	13	11	42
DIMENSIONI INSUFFICIENTI	4	3	10	17
NESSUNA PALESTRA	5	0	2	7
TOTALE	27	16	23	66

Se il fenomeno del sottodimensionamento delle palestre riguarda in particolare la scuola superiore, la totale assenza delle stesse caratterizza prevalentemente la scuola primaria. Questa situazione è abbastanza incomprensibile se si considera il fatto che le scuole da quasi un secolo sono oggetto di una puntuale regolamentazione dal punto di vista dei requisiti minimi. Anche sotto il profilo educativo-didattico la situazione si presenta preoccupante data l'importanza del movimento e del gioco in questa fase dello sviluppo del bambino. Quanto rilevato contrasta con la necessità di educare al movimento fin dall'infanzia, obiettivo arduo se il 18% delle scuole primarie testate non possiede una palestra.

Tavola 4A: % di scuole con palestre sufficienti

TIPO DI PALESTRA	ORDINE DI SCUOLA			Totale
	PRIMARIA	SECONDARIA I GRADO	SECONDARIA II GRADO	
DIMENSIONI SUFFICIENTI	66,7%	81,3%	47,8%	63,6%
DIMENSIONI INSUFFICIENTI	14,8%	18,8%	43,5%	25,8%
NESSUNA PALESTRA	18,5%		8,7%	10,6%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Per quanto riguarda la distribuzione dei dati per singola regione, considerando solo le tre regioni con un numero consistente di dati, sembra che la carenza di strutture per l'educazione fisica sia un problema trasversale (VEDI TAVOLA 5A).

Tavola 5A: numero di palestre di dimensioni sufficiente per regione

REGIONE	PALESTRA DI DIMENSIONI SUFFICIENTI	PALESTRA DI DIMENSIONI INSUFFICIENTI	NESSUNA PALESTRA	TOTALE
EMILIA ROMAGNA	5	4	1	10
VENETO	12	8	2	22
PUGLIA	3	1	0	4
PIEMONTE	3	0	0	3
MARCHE	15	3	3	21
LOMBARDIA	4	1	1	6
TOTALE	42	17	7	66

Il quadro complessivo che emerge da questa parziale ricognizione può essere definito frustrante per chi si occupa di promuovere l'attività motoria, perché evidenzia una situazione strutturale di scarsa attenzione per questo problema. Le cause, le responsabilità e le misure correttive da apportare dovrebbero essere oggetto di specifiche valutazioni da parte dei vari soggetti coinvolti. È abbastanza evidente che una quota non marginale di scuole incontra ostacoli strutturali nell'assolvimento del proprio compito educativo-didattico nell'ambito dell'attività motoria e dell'educazione fisica. Al contrario gli impianti sportivi della scuola sono importanti per tutta la collettività. È esperienza comune, infatti, che le scuole dotate di palestre regolamentari e di piastra sportiva forniscono l'opportunità di fare attività fisica e sportiva non solo agli alunni ma anche alla popolazione residente nel quartiere. Infatti

queste strutture vengono costantemente utilizzate dalle società sportive o di promozione sportiva oltre l'orario scolastico.

Le opportunità che le scuole possono fornire nell'ambito dell'educazione motoria non riguardano solo gli spazi confinati.

Come è noto, la specifica normativa sugli edifici scolastici prevede che almeno i due terzi della superficie in cui insiste la scuola non sia edificata e che lo spazio esterno debba essere in gran parte fruibile dai ragazzi per il gioco o per le lezioni o per le attività sportive e ricreative.

Le caratteristiche di questo spazio esterno variano nei vari ordini di scuola. Nelle scuole primarie è previsto un adeguato spazio all'aperto per le attività didattiche e ricreative. Nelle scuole secondarie di primo grado è prevista almeno una pista da 4 corsie lunga almeno 100 metri, con in aggiunta impianti per il salto in alto e in lungo, una pedana per il lancio del disco e un campo sportivo polivalente. Nelle scuole secondarie di secondo grado si deve aggiungere agli impianti appena ricordati anche l'allestimento di strutture per il salto con l'asta ed il lancio del peso.

Il questionario non ha approfondito le caratteristiche di questi spazi ma si è limitato a raccogliere il giudizio del docente circa la presenza/assenza di superfici scoperte e di piastre sportive. Le prime risultano totalmente assenti nel 7% delle scuole primarie (VEDI TAVOLA 6A), le seconde risultano totalmente assenti nel 65% delle scuole secondarie di I° grado e nel 58% delle scuole secondarie di II° (VEDI TAVOLA 7A)

Tavola 6A: presenza di spazi esterni nelle scuole primarie

% di scuole primarie dotate di spazi esterni		Totale
CON SPAZIO ESTERNO	92,6%	92,6%
SENZA SPAZIO ESTERNO	7,4%	7,4%
TOTALE	100,0%	100,0%

In sintesi una valutazione grossolana sulla presenza di spazi esterni nelle scuole primarie evidenzia che ben due scuole non hanno la possibilità di fare svolgere attività all'aperto (per inciso, una di queste due scuole non ha neppure una palestra di dimensioni sufficienti).

Opportuna sarebbe una valutazione più approfondita in merito alla qualità di questi spazi sotto il profilo della sicurezza e dell'idoneità all'attività motoria. Anche l'obbligo della piastra esterna nelle scuole secondarie appare ampiamente disatteso (il 65% delle scuole secondarie di 1° ed il 58% delle secondarie di 2° ne sono prive).

Tavola 7A: presenza di piastra esterna nelle scuole secondarie

% di scuole secondarie dotate di piastra esterna	SECONDARIA I GRADO	SECONDARIA II GRADO	Totale
CON PIASTRA ESTERNA	35,3%	42,1%	38,9%
SENZA PIASTRA ESTERNA	64,7%	57,9%	61,1%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%

Condizione fondamentale per dare continuità all'azione educativa è l'inserimento della promozione dell'attività motoria all'interno del Piano dell'Offerta Formativa. E' interessante notare che il programma "Ragazzi in Gamba!" è stato inserito all'interno del Piano dell'Offerta Formativa più frequentemente nelle scuole primarie (96%) che non nelle scuole secondarie (VEDI TAVOLA 8A), questo dato è coerente con la presenza di rapporti consolidati tra gli operatori delle ASL e le Scuole soprattutto nell'ambito della scuola primaria. In queste scuole sono infatti frequenti i contatti soprattutto per problematiche di profilassi delle malattie infettive e parassitarie. La promozione del benessere nelle

scuole secondarie rappresenta probabilmente un ambito di intervento che deve essere meglio definito per quanto riguarda i contenuti, i ruoli e le modalità di intervento.

Tavola 8A: inserimento del programma “ragazzi in gamba” nel piano dell’offerta formativa

% di scuole che hanno inserito “Ragazzi in gamba” nel POF	SCUOLE			TOTALE
	PRIMARIE	SECONDARIE I GRADO	SECONDARIE II GRADO	
PROGETTO INSERITO NEL POF	95,7%	71,4%	47,6%	72,4%
PROGETTO NON INSERITO NEL POF	4,3%	28,6%	52,4%	27,6%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Dati riguardanti le scuole primarie che hanno partecipato al Progetto DUM/RIDUM

Dall’analisi dei dati già ricordati, raccolti nell’ambito del programma “Ragazzi in gamba”, emerge che non c’è coerenza tra i messaggi sottesi agli interventi educativi e le opportunità offerte dall’ambiente scolastico per quanto riguarda il movimento. Tuttavia un approccio globale al problema della sedentarietà dei giovani richiede che non ci si limiti a intervenire con interventi di tipo educativo né esclusivamente nel setting scuola. L’approccio della promozione della salute nell’ambito degli ambienti di vita dovrebbe quindi essere ugualmente diffuso e sostenuto, anche per non compromettere l’efficacia degli interventi educativi. La letteratura internazionale sull’argomento è ormai molto ampia, tuttavia mancano dati specifici che riguardano la realtà italiana. Per questo motivo si è richiesto agli operatori della UISP di contribuire a completare il quadro conoscitivo riguardante alcuni determinanti (positivi o negativi) dell’attività fisica nelle realtà in cui sono intervenuti. Gli obiettivi e le modalità di implementazione dei dati sono stati illustrati agli operatori nel corso degli incontri e degli eventi formativi organizzati dal PNAPAM e dall’associazione stessa.

Gli operatori della UISP hanno restituito informazioni ambientali (in senso lato) su un totale di 60 scuole primarie (diverse da quelle ricordate nelle precedenti pagine). Di queste scuole e dei loro alunni conosciamo alcune caratteristiche che sono state rilevate attraverso gli operatori UISP, i docenti ed i genitori. I dati restituiti coprono poco più della metà delle scuole in cui si è svolta l’attività, con una distribuzione non omogenea nelle varie regioni (maggiore in Emilia Romagna, Piemonte, Puglia). I dati restituiti contribuiscono in modo sostanziale ad arricchire il quadro conoscitivo già abbozzato nelle pagine precedenti per quanto riguarda la scuola primaria. Il totale di scuole primarie delle quali conosciamo le caratteristiche ammonta quindi a circa 90.

Nella Tavola sottostante accanto ad ogni regione è stato inserito il numero di scuole delle quali gli operatori UISP hanno restituito informazioni e, accanto, il numero totale di scuole che hanno partecipato al progetto.

Tavola 1B: scuole delle quali sono note le caratteristiche

REGIONI	SCUOLE CHE HANNO RESTITUITO I DATI	SCUOLE INTERESSATE DALL’INTERVENTO
EMILIA ROMAGNA	23	34
VENETO	16	33
PUGLIA	4	5
PIEMONTE	10	12
MARCHE	3	7
LAZIO	4	23

Per quel che riguarda le valutazioni statistiche inerenti i dati dei genitori si rimanda alla apposita relazione del Dipartimento di Scienze Economiche dell’Università di Verona reperibile tra i MATERIALI PNPAM.

Le palestre

Per quanto riguarda le caratteristiche degli edifici scolastici 8 scuole primarie su 60 risultano prive di palestra. Il dato è in linea con quanto descritto precedentemente.

Tavola 2B: numero di scuole dotate di palestra

REGIONE	NELLA SCUOLA C'E' UNA PALESTRA?			TOTALE
	SI	NO	INAGIBILE	
EMILIA ROMAGNA	22	1	0	23
VENETO	13	3	0	16
PUGLIA	4	0	0	4
PIEMONTE	6	3	1	10
MARCHE	3	0	0	3
LAZIO	4	0	0	4
TOTALE	52	7	1	60

Una valutazione di massima delle caratteristiche dimensionali riportate dagli esperti UISP evidenzia che quando la palestra scolastica è presente può essere di qualità scadente: in un quarto dei casi infatti risulta carente rispetto agli standard fissati della norma (VEDI TAVOLA 3B). Piuttosto elevato è il numero di questionari con informazioni mancanti, presumibilmente casi di difficile classificazione. Complessivamente sembra quindi che poco più della metà delle scuole primarie in questione sia dotato di palestre regolari (31 su 60).

Tavola 3B: n. di palestre regolari

Presenza requisiti minimi di riferimento	FREQUENZA	%	% VALIDA	% CUMULATA
POSSIEDE REQUISITI MINIMI	31	51,7	59,6	59,6
NON POSSIEDE REQUISITI MINIMI	13	21,7	25,0	84,6
NON C'E' LA PALESTRA	8	13,3	15,4	100,0
Totale dati validi	52	86,7	100,0	
Non informazioni	8	13,3		
TOTALE	60	100,0		

In tutte le regioni ci sono palestre che non presentano i requisiti minimi (VEDI TAVOLA 4B)

Tavola 4B: numero di palestre regolari per regione

Distribuzione per Regione	PALESTRA CON REQUISITI MINIMI			TOTALE
	SI	NO	NON C'E' LA PALESTRA	
EMILIA ROMAGNA	15	6	1	22
VENETO	6	2	3	11
PUGLIA	2	1	0	3
PIEMONTE	6	0	4	10
MARCHE	1	2	0	3
LAZIO	1	2	0	3
TOTALE	31	13	8	52

Gli spazi scoperti

Per quanto riguarda la presenza di idonei spazi scoperti nel perimetro scolastico, questi mancano in una percentuale non irrilevante (circa il 17% delle scuole verificate - VEDI TAVOLA 5B).

Tavola 5B: spazi scoperti da utilizzare per le ore di attività motoria

Presenza di idonei spazi scoperti	FREQUENZA	%	% VALIDA	% CUMULATA
SI	49	81,7	83,1	83,1
NO	10	16,7	16,9	100,0
Totale dati validi	59	98,3	100,0	
Non informazioni	1	1,7		
TOTALE	60	100,0		

Pur con l'incertezza dovuta alla non rappresentatività del campione è rilevabile qualche differenza tra regione e regione (VEDI TAVOLA 6B)

Tavola 6B: spazi scoperti da utilizzare per le ore di attività motoria

REGIONE	PRESENZA DI SPAZI SCOPERTI		TOTALE
	SI	NO	
EMILIA ROMAGNA	23	0	23
VENETO	13	2	15
PUGLIA	1	3	4
PIEMONTE	6	4	10
MARCHE	3	0	3
LAZIO	3	1	4
TOTALE	49	10	59

Il gioco

La presenza di uno spazio scoperto nella scuola costituisce una grande opportunità di gioco o di movimento, infatti nella maggior parte dei casi i bambini giocano nell'area esterna (VEDI TAVOLA 7B), anche quando è di scarsa qualità.

Tavola 7B: scuole dove si può giocare all'aperto

Durante l'intervallo i bambini possono giocare all'aperto?	FREQUENZA	%	% VALIDA	% CUMULATA
SI	52	86,7	89,7	89,7
NO	6	10,0	10,3	100,0
Totale dati validi	58	96,7	100,0	
No informazioni	2	3,3		
Totale	60	100,0		

Nella maggior parte dei casi si preferisce il gioco libero a quello organizzato (VEDI TAVOLA 8B)

Tavola 8B: spazi utilizzati per il gioco libero

Lo spazio esterno è utilizzato per il gioco libero?	FREQUENZA	%	% VALIDA	% CUMULATA
SI	52	86,7	100,0	100,0
Non informazioni	8	13,3		
Totale	60	100,0		

Dovrebbe essere indagato il motivo per cui è interdetto l'uso dello spazio scoperto per il gioco libero, fondamentale nei bambini di questa età, specie se dovesse esserci una tendenza diffusa a livello regionale (VEDI TAVOLA 9B)

Tavola 9B: uso dello spazio scoperto per il gioco libero

REGIONE	DURANTE L'INTERVALLO I BAMBINI POSSONO GIOCARE ALL'APERTO?		Totale
	SI	NO	
EMILIA ROMAGNA	21	2	23
VENETO	14	0	14
PUGLIA	1	3	4
PIEMONTE	10	0	10
MARCHE	2	1	3
LAZIO	4	0	4
TOTALE	52	6	58

Le caratteristiche delle aree di gioco

Poco più della metà delle scuole rispetta i requisiti minimi per gli spazi esterni (VEDI TAVOLA 10B e 11B). Tali spazi, come già ricordato, dovrebbero avere dimensioni e caratteristiche tali da consentire l'effettuazione di attività didattiche e ricreative all'aperto in condizioni di confort e sicurezza. Alcune caratteristiche di massima di queste aree sono delineate anche nella successiva TAVOLA 12B.

Tavola 10B: rispetto dei requisiti sugli spazi scoperti

É rispettata la normativa sugli spazi esterni?	FREQUENZA	%	% VALIDA	% CUMULATA
SI	34	56,7	60,7	60,7
NO	21	35,0	37,5	98,2
PIU O MENO	1	1,7	1,8	100,0
Totale	56	93,3	100,0	
Non informazioni	4	6,7		
TOTALE	60	100,0		

Tavola 11B: distribuzione regionale

REGIONE	E' RISPETTATA LA NORMATIVA SUGLI SPAZI ESTERNI?			Totale
	SI	NO	PIU O MENO	
EMILIA ROMAGNA	12	9	1	22
VENETO	13	2	0	15
PUGLIA	1	3	0	4
PIEMONTE	5	4	0	9
MARCHE	2	1	0	3
LAZIO	1	2	0	3
TOTALE	34	21	1	56

Anche il tipo di pavimentazione dell'area esterna avrebbe bisogno di una verifica per evidenziare se favorisca o no l'attività fisica (VEDI TAVOLA 12B). Il fondo delle aree scoperte ne condiziona infatti l'uso in modo deciso: una superficie pavimentata può favorire traumatismi così come un fondo ghiaioso rende più difficile la corsa e quindi il gioco. A seconda della pavimentazione varia anche l'utilizzabilità dell'area nelle varie stagioni, ad es. superfici non erbose possono determinare un aumento di temperatura a livello del suolo e fondi terrosi rendono di difficile utilizzo l'area dopo la pioggia. Di tutti questi fattori è necessario tener conto durante l'allestimento e la manutenzione degli spazi scolastici se si vuol favorire il movimento dei bambini.

Tavola 12B: caratteristiche del fondo degli spazi esterni

Caratteristiche del fondo degli spazi esterni	FREQUENZA	%	% VALIDA	% CUMULATA
ASFALTATO	6	10,0	10,2	10,2
PRATO	19	31,7	32,2	42,4
STERRATO	4	6,7	6,8	49,2
MISTO	29	48,3	49,2	98,3
PAVIMENTATO	1	1,7	1,7	100,0
Totale	59	98,3	100,0	
Non informazioni	1	1,7		
TOTALE	60	100,0		

Tavola 13B: caratteristiche del fondo degli spazi esterni per regione

REGIONE	CARATTERISTICHE DELL'AREA ESTERNA					Totale
	ASFALTATO	PRATO	STERRATO	MISTO	PAVIMENTATI	
EMILIA ROMAGNA	2	9	2	10	0	23
VENETO	1	6	0	8	0	15
PUGLIA	1	0	0	2	1	4
PIEMONTE	0	3	1	6	0	10
MARCHE	0	1	0	2	0	3
LAZIO	2	0	1	1	0	4
TOTALE	6	19	4	29	1	59

Frequentemente l'area scoperta della scuola riservata ai bambini viene ridotta per ricavare posti macchina. Un altro fattore che può limitare notevolmente l'uso degli spazi esterni è la presenza di rischi per la sicurezza, questi possono essere dovuti a fattori contingenti (spigoli, sporgenze ecc.) o essere legati ad un uso promiscuo dell'area, ad esempio per il parcheggio o il transito di autoveicoli. Da questa statistica si evince che circa il 10% degli spazi esterni non è ad uso esclusivo dei bambini e questo potrebbe comportare problemi specifici per sicurezza.

Tavola 14B: uso esclusivo dell'area esterna

Gli spazi esterni sono ad uso esclusivo dei bambini?	FREQUENZA	%	% VALIDA	% CUMULATA
SI	52	86,7	89,7	89,7
NO	6	10,0	10,3	100,0
Totale dati validi	58	96,7	100,0	
Non informazioni	2	3,3		
TOTALE	60	100,0		

Tavola 15B: uso esclusivo dell'area esterna

REGIONE	GLI SPAZI ESTERNI SONO AD USO ESCLUSIVO DEI BAMBINI?		TOTALE
	SI	NO	
EMILIA ROMAGNA	21	2	23
VENETO	15	0	15
PUGLIA	1	2	3
PIEMONTE	10	0	10
MARCHE	2	1	3
LAZIO	3	1	4
TOTALE	52	6	58

Le aree verdi di quartiere

Tra i determinanti dell'attività fisica più studiati risultano i parchi e le aree verdi. È stata dimostrata la presenza di benefici per la salute entro il raggio di un chilometro da tali strutture specialmente per le fasce di popolazione più svantaggiate economicamente, per i bambini e gli anziani.

La presenza di tali aree rappresenta quindi una grande opportunità specie se esse sono facilmente raggiungibili senza l'uso del mezzo privato. Si è pertanto cercato di investigare in questa occasione se la popolazione infantile in esame potesse disporre di questa opportunità, con i risultati evidenziati nelle TAVOLE 16B e 17B.

Per quanto riguarda i dintorni della scuola, sembra che in più del 20% dei casi manchino aree verdi facilmente raggiungibili; questa percentuale, se confermata, è eccessiva se si considera che le scuole primarie sono di regola ubicate in quartieri residenziali dove le norme urbanistiche prevedono precisi standard di verde pubblico.

Tavola 16B: presenza di aree verdi nelle vicinanze della scuola

Ci sono aree verdi nelle vicinanze della scuola?	FREQUENZA	%	% VALIDA	% CUMULATA
SI	46	76,7	78,0	78,0
NO	13	21,7	22,0	100,0
Totale dati validi	59	98,3	100,0	
Non informazioni	1	1,7		
TOTALE	60	100,0		

Tavola 17B: presenza di aree verdi nelle vicinanze della scuola per regione

REGIONE	CI SONO AREE VERDI INTORNO ALLA SCUOLA ?		TOTALE
	SI	NO	
EMILIA ROMAGNA	19	4	23
VENETO	14	1	15
PUGLIA	2	2	4
PIEMONTE	6	4	10
MARCHE	3	0	3
LAZIO	2	2	4
TOTALE	46	13	59

La dotazione di verde delle zone urbane spesso risente di trasformazioni che si stratificano nel tempo e spesso queste trasformazioni comportano un peggioramento della qualità della vita. La qualità dell'ambiente urbano nelle aree residenziali (in particolare dove siano presenti strutture sensibili come scuole, collettività, asili nido) merita un'attenzione particolare e la disponibilità e l'uso delle aree verdi dovrebbero essere migliorati. I benefici derivanti dalla presenza di queste aree non sono solo legati alla possibilità di fare più movimento ma anche alla possibilità di socializzare con le altre persone oltre che al benessere psicologico che deriva dal contatto con la natura.

Non sempre la disponibilità di un'area verde ne comporta l'uso da parte della popolazione, in questo caso è opportuno verificare le cause di questo scarso uso e rimuovere le eventuali barriere. Nel nostro campione si è verificato che anche quando le aree verdi sono presenti, in una minoranza dei casi vengono utilizzate durante l'orario scolastico, anche se è chiaro che questa potrebbe essere una importante opportunità (VEDI TAVOLA 18B). In qualche caso gli operatori hanno evitato di rispondere al quesito, forse ritenendolo non appropriato o non comprendendone il significato.

Tavola 18B: uso delle aree verdi di quartiere da parte degli alunni durante le ore scolastiche

Uso durante l'orario scolastico	Frequenza	%	% valida	% cumulata
SI	5	8,3	11,1	11,1
NO	36	60,0	80,0	91,1
Non informazioni	5	8,3	8,9	100,0
Totale	46	75,0	100,0	5 su 46

Tavola 19B: uso delle aree verdi di quartiere da parte degli alunni durante le ore scolastiche per regione

REGIONE	LE AREE VERDI VENGONO USATE DAGLI ALUNNI DURANTE LE ORE SCOLASTICHE?			Totale
	SI	NO	NO INFO	
EMILIA ROMAGNA	0	18	1	19
VENETO	1	10	3	14
PUGLIA	0	1	0	1
PIEMONTE	1	5	0	6
MARCHE	2	1	0	3
LAZIO	1	1	0	2
Totale	5	36	4	45

Il dato che sconcerta di più chi promuove l'attività motoria riguarda l'utilizzo delle aree verdi di quartiere durante il tempo libero. Queste non sempre vengono utilizzate e le cause di questa opportunità perduta meriterebbero approfondimenti specifici. Da parte degli operatori c'è comunque una quota consistente di non risposte circa l'utilizzo o la manutenzione di queste aree che andrebbe ugualmente indagata (VEDI TAVOLE 20B e 21B).

Tavola 20B: uso delle aree verdi durante il tempo libero

Le aree verdi vengono usate dagli alunni durante il tempo libero?	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
SI	31	51,7	83,8	83,8
NO	6	10,0	16,2	100,0
Totale dati validi	37	61,7	100,0	
Non informazioni	9			
Totale	60	100,0		

Tavola 21B: uso delle aree verdi durante il tempo libero per regione

REGIONE	LE AREE VERDI VENGONO USATE DURANTE IL TEMPO LIBERO?		Totale
	SI	NO	
EMILIA ROMAGNA	14	2	16
VENETO	9	1	10
PUGLIA	2	0	2
PIEMONTE	3	2	5
MARCHE	2	1	3
LAZIO	1	0	1
Totale	31	6	37

Sono state indagate, seppur sommariamente, le possibili problematiche che compromettono l'uso delle aree verdi, in particolare una inappropriata manutenzione e le condizioni di sicurezza. Il giudizio sulla manutenzione in generale non sembra lusinghiero e questo potrebbe essere un ostacolo alla frequentazione di tali aree (VEDI TAVOLA 22B).

Tavola 22B: valutazione delle condizioni di manutenzione delle aree verdi

Come sono le condizioni di manutenzione?	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
MOLTO CURATE	8	13,3	19,5	19,5
ABBASTANZA CURATE	28	46,7	68,3	87,8
POCO CURATE	5	8,3	12,2	100,0
Totale dati validi	41	68,3	100,0	
Non informazioni	5	8,3		

Tavola 23B: valutazione delle condizioni di manutenzione delle aree verdi per regione

REGIONE	CONDIZIONI DI MANUTENZIONE DELLE AREE VERDI			Totale
	MOLTO CURATE	ABBASTANZA CURATE	POCO CURATE	
EMILIA ROMAGNA	6	7	3	16
VENETO	1	12	0	13
PUGLIA	0	1	2	3
PIEMONTE	1	3	0	4
MARCHE	0	3	0	3
LAZIO	0	2	0	2
Totale	8	28	5	41

La sicurezza

Così come per le condizioni di manutenzione anche per le condizioni di sicurezza non sono stati forniti standard di valutazione ma ci si è basati sulla percezione del compilatore, che è comunque un osservatore esterno rispetto alle persone residenti. La maggior parte dei giudizi si attesta sul parametro "piuttosto sicure", mentre si equivalgono i giudizi di "area molto sicura" e di "area poco sicura" (VEDI TAVOLA 24B).

Tavola 24B: percezione delle condizioni di sicurezza delle aree

L'area è sicura?	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
MOLTO SICURE	7	11,7	17,1	17,1
PIUTTOSTO SICURE	27	45,0	65,9	82,9
POCO SICURE	7	11,7	17,1	100,0
Totale	41	68,3	100,0	
Non informazioni	5	8,3		
Totale	60	100,0		

Le problematiche di sicurezza sembrano essere presenti anche nei quartieri e questo potrebbe essere un altro ostacolo all'uso in autonomia degli spazi urbani da parte dei bambini (VEDI TAVOLE 25B e 26B)

Tavola 25B: percezione delle condizioni di sicurezza del quartiere

Il quartiere è sicuro?	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
MOLTO SICURO	17	28,3	29,8	29,8
PIUTTOSTO SICURO	36	60,0	63,2	93,0
POCO SICURO	4	6,7	7,0	100,0
Totale	57	95,0	100,0	
Non informazione	3	5,0		
Totale	60	100,0		

Tavola 26B: percezione delle condizioni di sicurezza del quartiere per regione

REGIONE	PERCEZIONE SICUREZZA DEL QUARTIERE			Totale
	MOLTO SICURO	PIUTTOSTO SICURO	POCO SICURO	
EMILIA ROMAGNA	8	14	0	22
VENETO	1	12	2	15
PUGLIA	1	1	2	4
PIEMONTE	5	4	0	9
MARCHE	1	2	0	3
LAZIO	1	3	0	4
Totale	17	36	4	57

Le strade vicine alla scuola

La possibilità di muoversi in sicurezza ed autonomia nelle strade dei quartieri residenziali rappresenta un'opportunità importante di movimento. In particolare una delle opzioni universalmente suggerite per incentivare l'attività motoria nei bambini è il percorso casa-scuola (e viceversa) a piedi. Anche la qualità delle strade circostanti le scuole dovrebbero quindi rappresentare una priorità; per questo una valutazione, per quanto sommaria, delle condizioni delle strade che conducono alle scuole può essere un sintomo importante dell'attenzione che viene riservata alla mobilità attiva.

La percorribilità a piedi delle strade in condizioni di sicurezza non può prescindere, in particolare, dalla presenza di marciapiedi che, purtroppo, in casi non marginali (17%), sembrano mancare (VEDI TAVOLE 27B e 28B). In questi casi difficilmente potrà avere successo una iniziativa di "pedibus" se non è accompagnata da una messa in sicurezza dei percorsi. D'altro canto l'organizzazione di un pedibus può dare impulso ad interventi di successiva messa in sicurezza.

Tavola 27B: presenza di marciapiedi introno alle scuole

Strade circostanti fornite di marciapiedi	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
SI	49	81,7	83,1	83,1
NO	10	16,7	16,9	100,0
Totale dati validi	59	98,3	100,0	
Non informazioni	1	1,7		
Totale	60	100,0		

Tavola 28B: presenza di marciapiedi introno alle scuole per regione

REGIONE	STRADE CIRCOSTANTI FORNITE DI MARCIAPIEDI		Totale
	SI	NO	
EMILIA ROMAGNA	22	1	23
VENETO	11	4	15
PUGLIA	3	1	4
PIEMONTE	6	4	10
MARCHE	3	0	3
LAZIO	4	0	4
Totale	49	10	59

Anche le condizioni di manutenzione delle infrastrutture possono favorire od ostacolare la mobilità attiva. Se i marciapiedi presenti sul percorso casa-scuola non sono ben curati, ciò potrebbe scoraggiarne l'uso. Le categorie "poco" e "per nulla" curati sono ben rappresentate (19% dei casi). Anche in questo caso non è stata approfondita l'entità degli inconvenienti presenti, il dato fornisce tuttavia lo spunto per ulteriori accertamenti (VEDI TAVOLE 29B e 30B)

Tavola 29B: manutenzione dei marciapiedi vicino alle scuole

I marciapiedi sono	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
MOLTO CURATI	4	6,7	8,3	8,3
ABBASTANZA CURATI	35	58,3	72,9	81,3
POCO CURATI	7	11,7	14,6	95,8
PER NULLA CURATI	2	3,3	4,2	100,0
Totale dati validi	48	80,0	100,0	
Non informazioni	12	20,0		
Totale	60	100,0		

Tavola 30B: manutenzione dei marciapiedi vicino alle scuole per regione

REGIONE	I MARCIAPIEDI SONO				Totale
	molto curati	abbastanza curati	poco curati	per nulla curati	
EMILIA ROMAGNA	2	18	1	1	22
VENETO	2	8	0	1	11
PUGLIA	0	1	2	0	3
PIEMONTE	0	3	2	0	5
MARCHE	0	3	0	0	3
LAZIO	0	2	2	0	4
Totale	4	35	7	2	48

QUANTA ATTIVITÀ MOTORIA FANNO I BAMBINI DELLA SCUOLA PRIMARIA E ALTRE QUESTIONI

Il parere degli esperti esterni

Nelle scuole primarie non è prevista la presenza di un laureato in scienze motorie per l'insegnamento dell'attività motoria. Talvolta vengono chiamati esperti esterni soprattutto nell'ambito di progetti di promozione sportiva. Si verifica anche l'affiancamento di iniziative più o meno strutturate di educazione motoria in collaborazione con soggetti esterni alla scuola (lo stesso progetto DUM/RIDUM potrebbe essere compreso tra queste iniziative). Sulla problematica dell'insegnamento dell'attività motoria nella scuola primaria si è raccolto il parere degli esperti esterni intervenuti nell'ambito del progetto "Diamoci/ridiamoci una mossa" (VEDI TAVOLA 31B) ed il parere dei docenti referenti del progetto stesso.

Stando ai nostri risultati questi interventi aggiuntivi sembrano rispondere in gran parte al bisogno di vicariare gli insegnanti stessi che non sempre si sentono all'altezza del compito.

La sensazione degli esperti DUM/RIDUM, infatti, è che siano una minoranza i docenti della scuola primaria sufficientemente preparati a svolgere questo compito (anche se più di 1/3 degli operatori ha preferito non esprimersi in merito – VEDI TAVOLE 31B e 32B).

Tavola 31B: formazione dei docenti della scuola primaria

Gli insegnanti interni sono sufficientemente formati?	Frequenza	%	% valida	% cumulata
SI	6	10,0	15,8	15,8
ABBASTANZA	11	18,3	28,9	44,7
NO	21	35,0	55,3	100,0
Totale dati validi	38	63,3	100,0	
Non informazioni	22	36,7		
Totale	60	100,0		

Il dato ha bisogno di verifica: se confermato si tratterebbe di un ostacolo strutturale all'educazione motoria nella scuola primaria, anche se sembra esserci qualche differenza da regione a regione.

Tavola 32B: formazione dei docenti della scuola primaria per regione

REGIONE	GLI INSEGNANTI INTERNI SONO SUFFICIENTEMENTE FORMATI?			Totale
	SI	ABBASTANZA	NO	
EMILIA ROMAGNA	2	4	10	16
VENETO	1	6	4	11
PUGLIA	0	1	2	3
PIEMONTE	1	0	3	4
MARCHE	1	0	1	2
LAZIO	1	0	1	2
Totale	6	11	21	38

Il parere dei docenti

Le valutazioni fatte dagli insegnanti delle stesse scuole in cui è stata attuato il progetto DUM/RIDUM forniscono altre osservazioni utili a ricostruire il quadro complessivo dell'attività motoria nella scuola primaria. Il numero di risposte pervenute da parte degli insegnanti è di molto superiore a quello agli esperti (237 contro 60) in quanto i docenti rappresentano, in linea di massima, le classi che hanno

partecipato al progetto mentre gli esperti hanno effettuato attività su più classi. Dalle risposte dei docenti ai quesiti posti si evidenzia che solo il 13% dei rispondenti è referente per l'attività motoria, mentre la maggioranza non lo è (79%, VEDI TAVOLA 33B). In 17 casi manca la risposta. Andrebbe verificato se questa mancata informazione dipende dal fatto che le competenze non sono state chiaramente definite o se manca effettivamente un referente per l'attività motoria (in ambedue i casi è probabile che questa situazione non giovi alle attività di promozione). La struttura organizzativa che si occupa del benessere dello studente in ambito scolastico è probabilmente variabile da situazione a situazione e l'appropriatezza delle soluzioni individuate potrebbe essere verificata in collaborazione con il settore dell'istruzione.

Tavola 33B: ruolo del docente

Il docente è referente dell'attività motoria?	Frequenza	%	% valida	% cumulata
SI	32	13,5	13,5	13,5
NO	188	79,3	79,3	92,8
Non informazioni	17	7,2	7,2	100,0
Totale	237	100,0	100,0	

Più di un terzo delle scuole che hanno partecipato al progetto DUM/RIDUM (VEDI TAVOLA 34B) è caratterizzato dal tempo pieno, quindi i bambini passano molto tempo a scuola (più del 60% inoltre fa rientri pomeridiani). Quante più ore il bambino passa a scuola tanto meno tempo libero ha da dedicare all'attività motoria extrascolastica, per questo dovrebbero essere facilitato il movimento e il gioco attivo a scuola ancora di più in caso di permanenza prolungata scuola.

Tavola 34B: orario scolastico

Tempo scuola	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
MODULO	145	61,2	61,2	61,2
TEMPO PIENO	81	34,2	34,2	95,4
Non informazioni	11	4,6	4,6	100,0
Totale	237	100,0	100,0	

Più della metà dei bambini fa meno ore di insegnamento motorio di quanto sarebbe auspicabile, nel 55% dei casi si tratta di una sola ora settimanale di insegnamento (VEDI TAVOLA 35B): viene quindi persa un'opportunità importante di capitalizzare il fabbisogno di movimento quotidiano anche attraverso l'attività motoria curricolare.

Tavola 35B: ore di attività motoria

Numero ore	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
1,0	131	55,3	57,0	57,0
1,5	4	1,7	1,7	58,7
2,0	93	39,2	40,4	99,1
2,5	1	,4	,4	99,6
3,0	1	,4	,4	100,0
Totale dati validi	230	97,0	100,0	
Non informazioni	7	3,0		
Totale	237	100,0		

Confrontando il numero di ore di insegnamento con l'orario di permanenza a scuola non sembra di cogliere la tendenza ad aumentare le ore di attività motoria in tutti i casi di maggior permanenza a scuola (VEDI TAVOLA 36B)

Tavola 36B: numero ore di attività motoria in relazione al tempo scuola

Ore di attività motoria settimanale	TEMPO SCUOLA			Totale
	MODULO	TEMPO PIENO	Non informazioni	
1,0	88	37	6	131
1,5	4	0	0	4
2,0	52	39	2	93
2,5	0	1	0	1
3,0	1	0	0	1
Totale	145	77	8	230

Per quanto riguarda l'attribuzione dell'incarico dell'insegnamento dell'attività motoria al docente di riferimento del progetto DUM/RIDUM si evidenzia che la maggioranza dei rispondenti è stato incaricato dell'insegnamento dell'attività motoria (75%, VEDI TAVOLA 37B).

Tavola 37B: il docente è incaricato dell'insegnamento dell'attività motoria

Insegna attività motoria?	Frequenza	%	% valida	% cumulata
SI	179	75,5	76,5	76,5
NO	55	23,2	23,5	100,0
Totale dati validi	234	98,7	100,0	
Non informazioni	3	1,3		
Totale	237	100,0		

Tuttavia la maggioranza dei docenti non sembra entusiasta di questo incarico tanto che solo un quarto afferma che gli piace molto l'insegnamento di questa materia (VEDI TAVOLA 38B) ed un numero consistente non risponde alla domanda.

Tavola 38B: gradimento della materia

LE PIACE INSEGNARE ATTIVITÀ MOTORIA?	Frequenza	%	% valida	% cumulata
MOLTO	61	25,7	33,3	33,3
ABBASTANZA	108	45,6	59,0	92,3
POCO	14	5,9	7,7	100,0
Totale dati validi	183	77,2	100,0	
Non informazioni	54	22,8		
Totale	237	100,0		

Poco più di un terzo dei docenti dichiara di aver avuto una formazione specifica su questa materia mentre la maggioranza dichiara di non averla avuta.

Tavola 39B: formazione dell'insegnante

Ha fatto corsi di aggiornamento specifici per l'attività motoria?	FREQUENZA	%	% VALIDA	% CUMULATA
SI	86	36,3	38,7	38,7
NO	136	57,4	61,3	100,0
Totale dati validi	222	93,7	100,0	
Non informazioni	15	6,3		
Totale	237	100,0		

Confrontando i dati delle due precedenti tabelle sembra esserci una correlazione tra il gradimento della materia e la formazione specifica. Infatti la maggior parte dei docenti che gradiscono “abbastanza” l’insegnamento non è stato specificamente formato (73%, VEDI TAVOLA 40B). Da questo punto di vista sembrano esserci consistenti margini di miglioramento della formazione sotto il profilo qualitativo.

Tavola 40B: gradimento della materia in relazione alla formazione

LE PIACE INSEGNARE ATTIVITÀ MOTORIA?	HA FATTO CORSI DI AGGIORNAMENTO SPECIFICI PER L'ATTIVITÀ MOTORIA?		Totale
	SI	NO	
MOLTO	54,1%	18,7%	33,1%
ABBASTANZA	39,2%	72,9%	59,1%
POCO	6,8%	8,4%	7,7%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

La presenza di esperti esterni riferita dai docenti è rilevante (87%, VEDI TAVOLA 41B). Probabilmente il dato è condizionato dal fatto che molti insegnanti hanno inserito gli stessi operatori UISP (laureati in scienze motorie) tra gli esperti presenti nella scuola. La domanda avrebbe dovuto essere formulata in modo più chiaro.

Tavola 41B: esperti esterni di attività motoria

	FREQUENZA	%	% VALIDA	% CUMULATA
SI	207	87,3	89,6	89,6
NO	24	10,1	10,4	100,0
Totale dati validi	231	97,5	100,0	
Non informazioni	6	2,5		
Totale	237	100,0		

In ogni caso si è provveduto a mettere a confronto i dati riferiti alla presenza di esperti e le ore di insegnamento settimanale (VEDI TAVOLA 42B). Da quanto emerge dalle risposte non sembra che la presenza di esperti contribuisca ad aumentare le ore di insegnamento dell'attività motoria a scuola. Sembra quindi che l'esperto abbia un ruolo “sostitutivo” dell'insegnante più che integrativo; non c'è quindi garanzia che iniziative aggiuntive di promozione dell'attività motoria migliorino l'offerta dell'educazione motoria sotto il profilo quantitativo.

Dai dati sopra riportati emerge la necessità di sottoporre a verifica la congruità dell'insegnamento dell'attività motoria nella scuola primaria, almeno nell'ottica particolare dell'attività motoria per la salute e della promozione di stili di vita attivi fin dall'infanzia; si deve porre attenzione che eventuali iniziative supplementari migliorino effettivamente l'educazione motoria dal punto di vista qualitativo.

Tavola 42B: numero ore di attività motoria con esperti esterni

Numero ore di attività motoria	ESPERTI ESTERNI DI ATTIVITÀ MOTORIA		Totale
	SI	NO	
1,0	55,9%	56,5%	56,0%
1,5	2,0%		1,8%
2,0	41,1%	43,5%	41,3%
2,5	,5%		,4%
3,0	,5%		,4%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Il parere dei genitori

Vengono sintetizzati i risultati contenuti nel rapporto dell'Università di Verona.

Questionari compilati.

Si riporta di seguito una sintesi stringata delle informazioni ricavabili dal questionario restituito dai genitori nell'ambito di DUM/RIDUM. Hanno restituito il questionario compilato 4522 genitori (4518 questionari sono completi e 4 sono privi di alcune informazioni, i rispondenti saranno d'ora in poi indicati semplicemente come "genitori").

La quota preponderante dei genitori proviene dalla regione Emilia Romagna con 1820 soggetti (40,2%) immediatamente seguita dal Veneto con 1224 (27,1%). Puglia e Marche si attestano poco sotto le 500 unità mentre Piemonte e Lazio partecipano rispettivamente con più di 300 e quasi 200 genitori (Fig. 1).

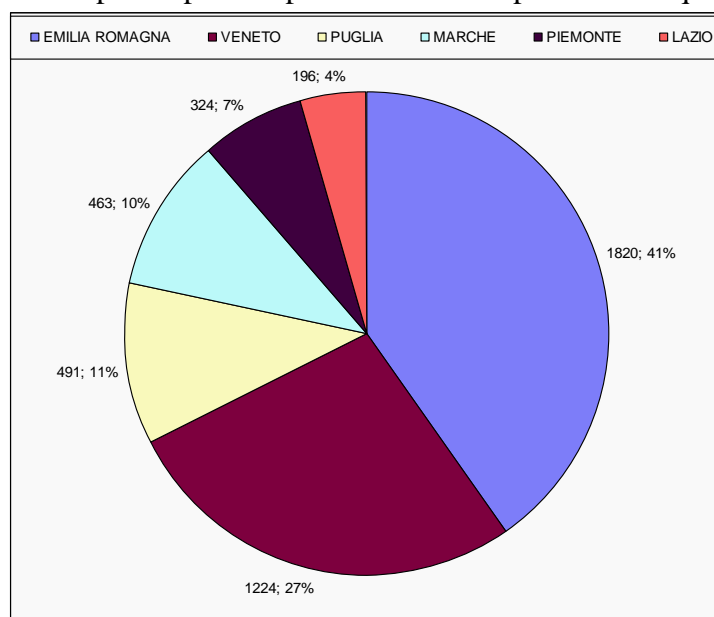


Fig. 1: Questionari restituiti per regione

La compilazione del questionario nella stragrande maggioranza dei casi (77%) è stata effettuata dalla mamma, solo nel 16% dei casi dal papà (Fig. 2). Circa il 5% dei rispondenti ha segnalato la compilazione da parte di entrambi i genitori mentre solo 90 soggetti hanno chiesto l'aiuto ad altre persone per la compilazione.

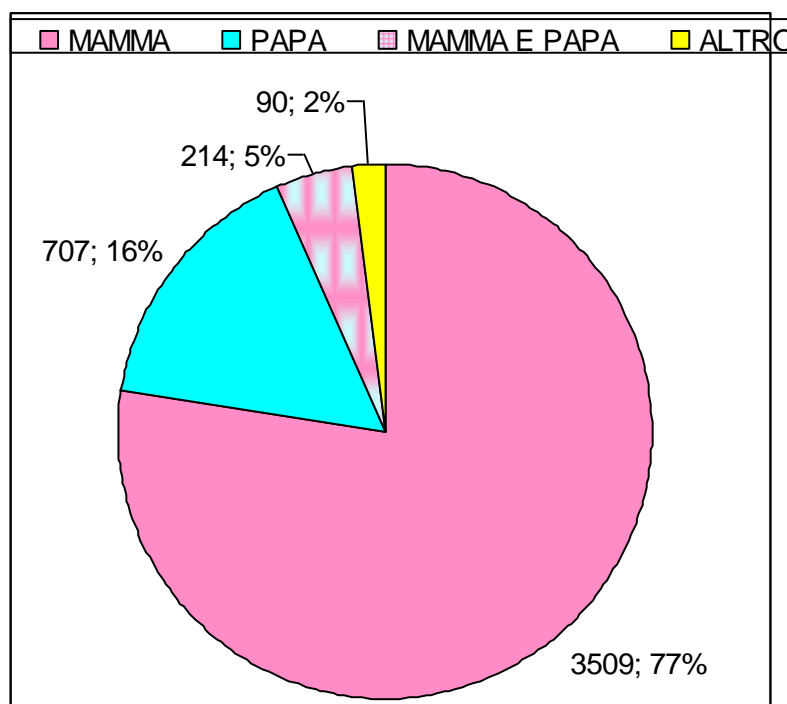


Fig. 2: Chi ha compilato il questionario

Quanto sopra è in linea con quanto emerge da più parti in merito ad un preponderante impegno delle mamme nelle mansioni di “servizio” in ambito familiare.

Per quanto riguarda lo status culturale dei genitori esso è rappresentato nella figura 3.

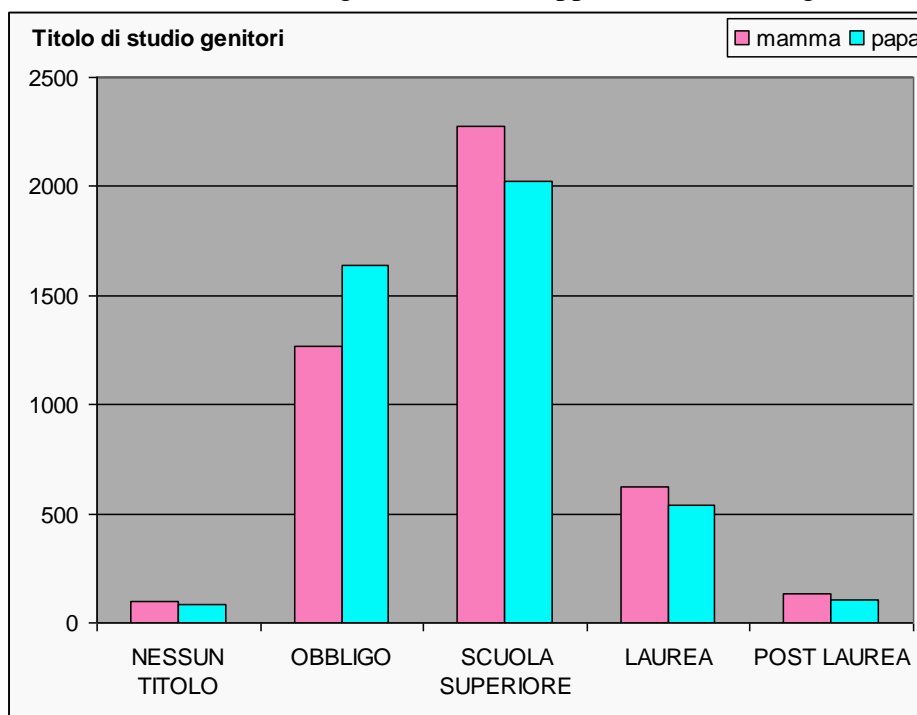


Fig. 3: titolo di studio dei genitori

Consapevolezza circa gli interventi di promozione della salute

Il risultato di un intervento di promozione della salute dipende anche dalla sua capacità di colpire l’attenzione del destinatario e di suscitare la sua curiosità, per questo è sembrato interessante verificare la conoscenza dei genitori in merito agli interventi effettuati nella scuola. Circa un quarto dei genitori

risponde negativamente alla domanda se nella scuola siano state organizzate campagne di promozione della salute (Fig. 4), omettendo di indicare anche, ad es., la campagna in corso. Ciò potrebbe significare una insufficiente chiarezza nella contestualizzazione dell'iniziativa; a questo proposito si ricorda che preventivamente alla campagna sono stati distribuiti materiali appositamente predisposti che informavano circa l'inserimento della campagna "DUM/RIDUM" all'interno del PNPAM e che sono state fatte riunioni con i genitori in tutte le scuole, esiste evidentemente una frangia di persone che ha maggiore difficoltà a ricevere/elaborare le informazioni che vengono loro fornite. Le mamme hanno una maggior consapevolezza di quanto accade a scuola, infatti in questo caso la risposta positiva delle mamme è significativamente superiore all'attesa, anche se il dato varia in relazione alla regione di appartenenza.

In relazione alla regione di appartenenza varia abbastanza la consapevolezza circa le attività in cui sono stati coinvolti i propri figli. In Veneto e in Piemonte le risposte sono superiori alle attese, l'ipotesi è che sia stata più capillare l'informazione fornita, dato che la significatività è molto marcata.

Si può ipotizzare che questa capacità di informare efficacemente possa fornire già indicazioni circa l'impatto delle attività di promozione della salute, ipotesi ovviamente da verificare anche e soprattutto per quanto riguarda l'influenza sugli outcome dell'intervento.

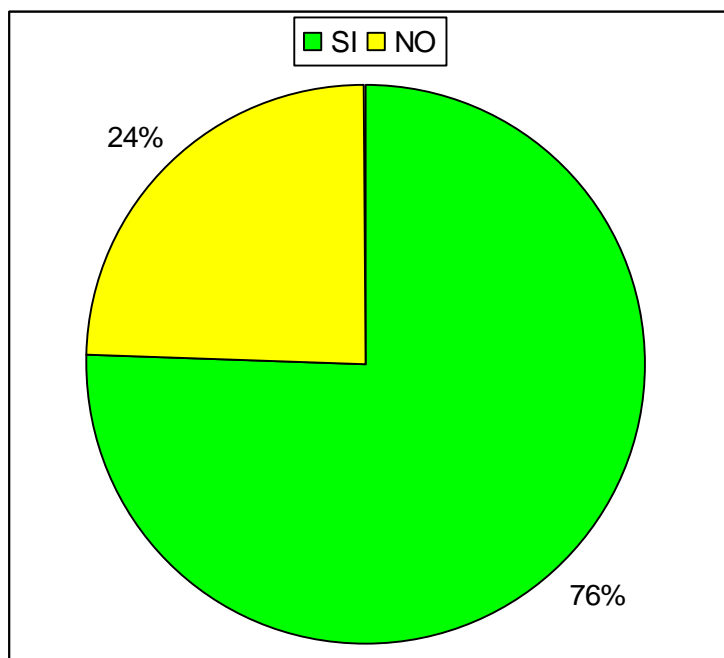


Fig. 4: Organizzazione di campagne di promozione della salute nella scuola frequentata dal figlio

Stato ponderale dei ragazzi.

Non tutti i genitori hanno messo a disposizione le informazioni che consentivano la ricostruzione del BMI e la conseguente identificazione delle condizioni di sovrappeso ed obesità. Le mancate risposte lasciano presupporre in qualche caso la presenza di atteggiamenti difensivi relativamente allo stato ponderale. Ciò potrebbe alterare il dato circa la prevalenza di obesità e di sovrappeso nella popolazione che stiamo esaminando. Stando ai dati raccolti risultano in sovrappeso il 20% dei maschi ed il 17% delle femmine mentre l'obesità colpisce il 7% dei maschi ed il 5% delle femmine.

Il confronto con "OKkio alla salute" mostra in effetti proporzioni simili ma valori ridotti. Tale studio riscontrava infatti una percentuale di bambini in sovrappeso pari al 23,6% e di obesi pari al 12,3%. Se anche si attribuissero tutti i 56 soggetti che non hanno fornito i dati alla categoria degli obesi, la percentuale risulterebbe del 7,3% ancora decisamente inferiore a quella segnalata dal sistema di sorveglianza nazionale.

E' quindi possibile che siano proprio i casi di rifiuto a compilare e consegnare il questionario i responsabili dell'abbassamento di tali valori, ipotesi che dovrebbe essere verificata. Non è neanche

possibile escludere che alcuni risultati del questionario risultino distorti dal fatto che la popolazione indagata potrebbe realmente rappresentare un gruppo privilegiato, trattandosi di scuole che aderiscono volontariamente all'iniziativa e quindi presumibilmente più sensibili alle problematiche in questione.

In genere si ritiene che i problemi legati allo stato ponderale siano correlati al livello di istruzione dei genitori e anche questo studio conferma che sovrappeso e, soprattutto, obesità sono significativamente più rappresentati quando i genitori hanno solo il titolo di studio della scuola dell'obbligo.

Altro elemento di rilievo è il giudizio sullo stato di salute e la valutazione sulla condizione ponderale che i genitori fanno del loro bambino, comparativamente alla realtà rilevata. I genitori sembrano piuttosto soddisfatti dello stato di salute del loro figliolo: infatti quasi il 90% di tutti i rispondenti dichiara una salute buona o molto buona. Le condizioni NON TROPPO BUONA E PER NIENTE BUONA rappresentano un valore percentuale molto ridotto ed all'incirca pari allo 0,50%. Il giudizio resta buono nella maggior parte dei casi anche quando c'è una condizione di sovrappeso e di obesità, si conferma quindi una sottovalutazione del problema, come già emerso in altri studi.

Iniziative promosse dalla scuola.

Relativamente alle campagne di promozione della salute effettuate nelle scuole si sono chiesti maggiori dettagli ai genitori (specificando anche, per evitare le barriere dovute ai diversi linguaggi, l'ipotesi che fossero in tema di attività fisica, alimentazione o altro). Risulta che 1098 genitori ignorano la presenza di iniziative di questo tipo nella scuola (non ne citano nemmeno una); 917 segnalano l'esistenza di iniziative però non sanno identificarle; quasi tutti gli altri (2501) sanno identificare le iniziative intraprese dalla scuola, il quadro completo delle risposte è riportato alla TAVOLA 1C.

Tavola 1C: conoscenza delle iniziative

Numero di iniziative per scuola	PARTECIPAZIONE INIZIATIVE		Totale
	SI	NO	SI
,00	917	1098	2015
1,00	1613	0	1613
2,00	488	0	488
3,00	188	0	188
4,00	138	0	138
5,00	57	0	57
6,00	9	0	9
7,00	5	0	5
8,00	2	0	2
10,00	1	0	1
Totale	3418	1098	4516

I genitori con titoli di studio bassi tendono a non conoscere le iniziative. Ai laureati compete un'eccedenza di genitori consapevoli (coinvolti) e orientativamente una carenza di indifferenti. Un titolo più elevato comporta conoscenze ed informazioni più puntuali e attente sulle campagne. Anche in questo caso la significatività è molto elevata.

Le mamme sono risultate più coinvolte nella vita scolastica dei figli rispetto al papà anche per quanto riguarda la conoscenza delle iniziative in questione.

Anche agli insegnanti è stato chiesto di individuare le iniziative di promozione della salute condotte nella scuola, avvalendosi della loro collaborazione sono state costituite delle macrotipologie di iniziative (prevalentemente di tipo educativo, prevalentemente di tipo sportivo, riguardanti l'alimentazione, riguardante il consumo specifico di frutta, riguardante l'attività motoria, con prevalente aspetto di informazione sanitaria).

Come appare in figura 5 sono più rappresentate le iniziative con prevalente valenza educativa (DUM/RIDUM è tra queste) seguite subito dopo da quelle riguardanti l'alimentazione (comprendendo la

frutta) e da quelle sportive. Le iniziative organizzate per promuovere il movimento, il gioco ecc.. sembrano meno diffuse (358) rispetto a quelle riguardanti l'alimentazione (895) e anche rispetto a quelle di tipo sportivo (699) .

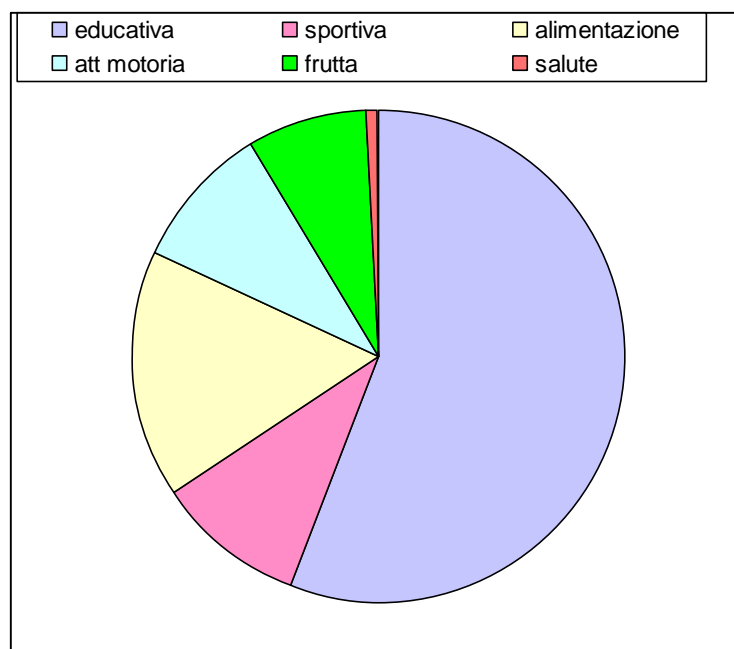


Fig. 5: tipo di iniziative segnalate dagli insegnanti

Le iniziative fortemente caratterizzate da e con parole chiave semplici da ricordare (es. mangiare frutta e verdura 5 volte al giorno) sembrano più facili da ricordare; in generale sembra che il nesso tra alimentazione e salute sia più facilmente comprensibile rispetto alle problematiche dell'attività motoria. Questa necessità risulta evidente anche dalle reticenze che si sono registrate nelle risposte a quesiti ritenuti sensibili o privati, come i dati antropometrici dai ragazzi ed i titoli di studio dei genitori. Nonostante il questionario fosse rigorosamente anonimo l'accurata elaborazione statistica ha permesso di operare alcune inferenze che in parte confermano ed in parte divergono dai risultati che emergono dai sistemi di sorveglianza nazionale come "OKkio alla salute".

Come ci si reca a scuola.

In linea con l'obiettivo del PNPAM di promuovere il movimento nella vita quotidiana sono state fatte ai genitori due domande riguardanti il modo di recarsi a scuola del bambino: la prima fa riferimento ad un giorno preciso, cioè il giorno della compilazione del questionario, la seconda è relativa al comportamento abituale. Cinque sono le alternative per entrambe e cioè: con lo scuolabus, in macchina, a piedi, in bicicletta o in qualche altro modo (da specificare).

Nella TAVOLA 2C sono riportate le risposte alle due domande.

Tavola 2C: come si reca a scuola il bambino

	Oggi		Di Solito	
	n°	%	n°	%
SCUOLABUS/AUTOBUS	620	13,9%	633	14,1%
MACCHINA/MOTO	2784	62,4%	2701	60,2%
PIEDI	879	19,7%	787	17,5%
BICI	140	3,1%	111	2,5%
Varie Modalità	42	0,9%	256	5,7%
non indicato	57		34	
Totale	4522		4522	

C'è una differenza significativa tra le regioni: Veneto e, con minor evidenza, Piemonte e Lazio sono più propensi alla mobilità attiva rispetto alle altre regioni (il risultato è tuttavia difficilmente generalizzabile proprio perché le scuole che hanno aderito potrebbero rappresentare situazioni "pilota"). Per quanto riguarda le abitudini quotidiane dei bambini viene confermata la propensione a privilegiare l'uso del mezzo privato nei trasferimenti casa-scuola (oltre il 60% dei casi), mentre la mobilità attiva (percorso coperto a piedi o in bicicletta) riguarda una percentuale del 20-23% dei bambini. Questi dati possono essere aggrediti con interventi specifici e di lungo respiro, come dimostrano anche i risultati della campagna effettuata dal comune di Verona. Il risultato (60% dei percorsi casa-scuola a piedi) è stato raggiunto nelle scuole aderenti con programmi strutturati di intervento durati più anni, accompagnati da un impegno costante di tutti gli enti e soggetti coinvolti nei vari ambiti (sanitario, amministrativo, ambientale, sociale ed educativo) nell'ottica complessiva della promozione di stili di vita sani ed ecologicamente sostenibili. Il risultato del Comune di Verona evidenzia che è possibile invertire la tendenza a privilegiare il mezzo privato con interventi appropriati dotati di continuità ed impegno intersettoriale, processo viceversa appena innescato nella maggior parte delle scuole che hanno aderito alla campagna PNPAM.

Sport praticati.

Nel questionario vi sono diverse domande dedicate allo sport praticato. Oltre alla richiesta specifica se il bambino faccia sport, si chiede di dettagliare il tipo di sport praticato, il numero di sedute settimanali e la durata dell'allenamento fino a tre tipi di sport. Segue la richiesta sul numero di sport praticati e sulla durata (in anni) dell'impegno sportivo.

Esaminando la tipologia di sport praticati (Fig. 6) notiamo che predomina il nuoto (se si considerano complessivamente i bambini e le bambine, nei maschi il primo sport praticato è ovviamente il calcio).

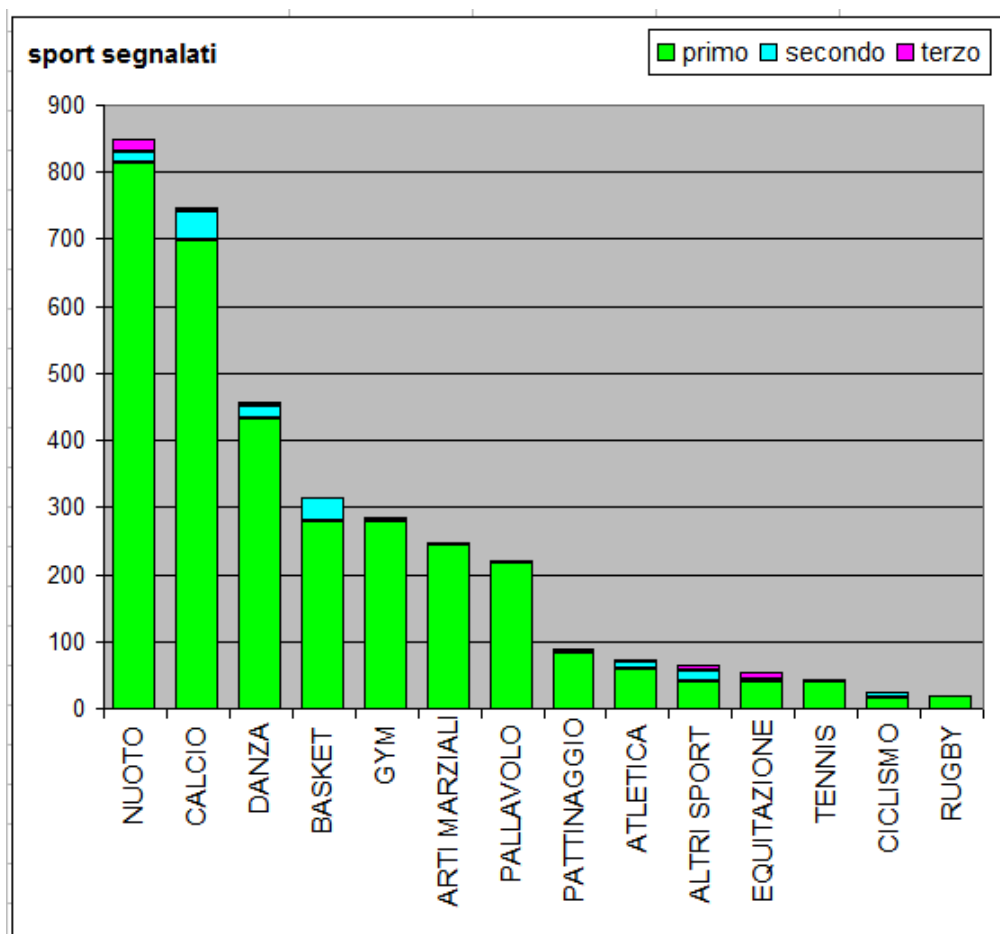


Fig. 6: tipo di sport praticato

E' preoccupante che quasi un terzo dei bambini (1250) sembri non fare alcun tipo di sport. Si conferma anche il dato che praticano attività sportiva più i maschi che le femmine. Con riferimento ai titoli di studio dei genitori si nota che titoli non elevati si accompagnano alla minor partecipazione ad attività sportive.

Tempo dedicato al movimento

Il tempo dedicato al movimento è stato rilevato sia nei figli che nei genitori; per quanto riguarda i primi è stato chiesto al compilatore un mini diario settimanale del tempo trascorso dal bambino in attività come andare in bicicletta, camminare, giocare, pattinare; per quanto riguarda i secondi è stato chiesto di segnalare il tempo trascorso in attività motorie e sportive. Nel questionario due matrici equivalenti richiamavano l'attenzione del compilatore. In esse veniva schematizzato una sorte di mini "bilancio del tempo" settimanale.

Il tempo dedicato alle attività motorie settimanali calcolato sia per i bambini che per i genitori viene espresso nel grafico di correlazione riportato in Fig. 7.

La retta rappresenta l'andamento, la tendenza del fenomeno; aumentando il tempo che i genitori dedicano settimanalmente alle attività motorie tende anche ad aumentare il tempo che i figli dedicano a queste attività.

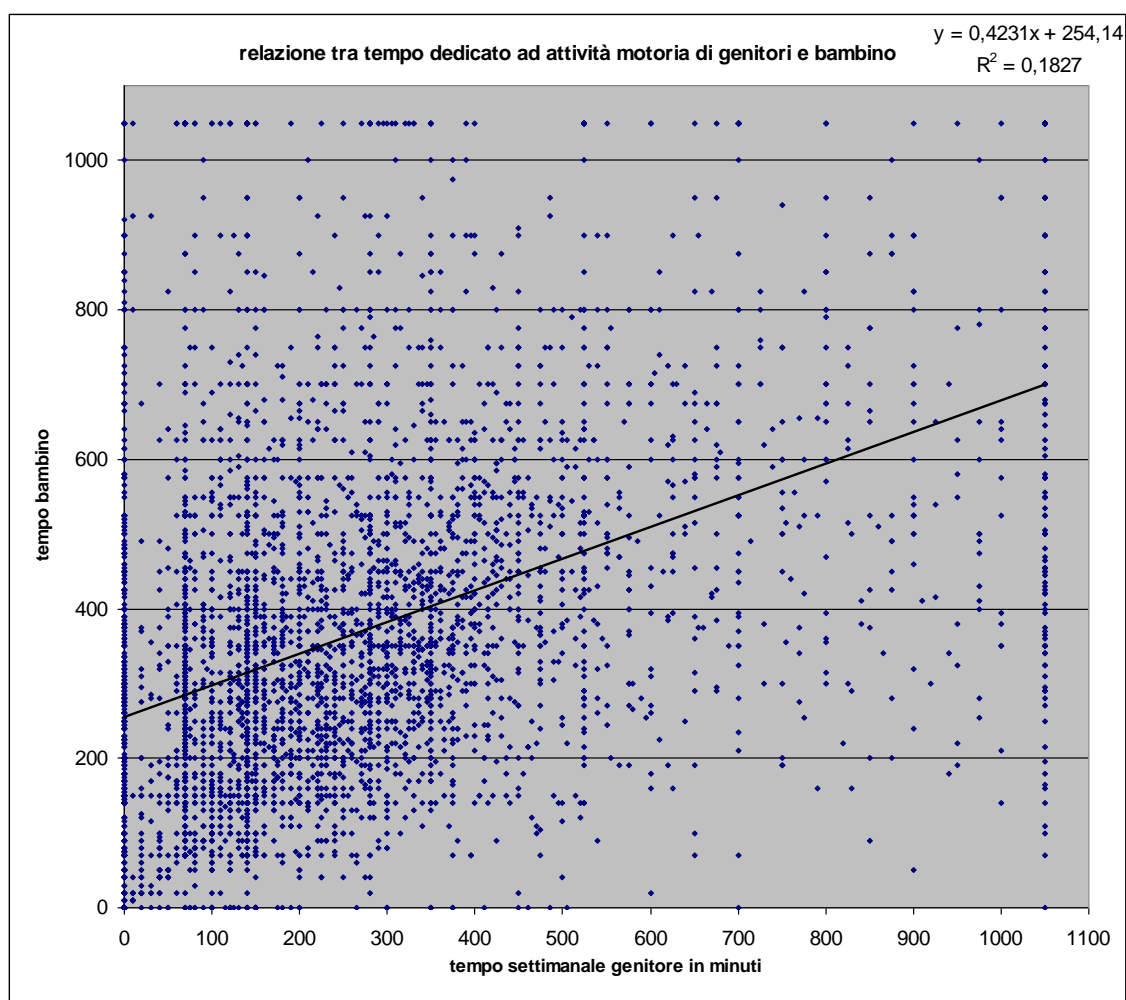


Fig. 7: relazione tra l'attività motoria dei genitori e quella del bambino

Anche dalla Fig. 8 emerge che l'esempio dei genitori incide molto sul comportamento dei figlioli anche se forse non nella misura che si sarebbe potuto supporre. Infatti mentre i genitori completamente sedentari sono 594, i ragazzi che non si muovono affatto sono 266; sembrerebbe quindi esistere una possibilità di recuperare il bambino a uno stile di vita attivo anche dove manca l'esempio della famiglia.

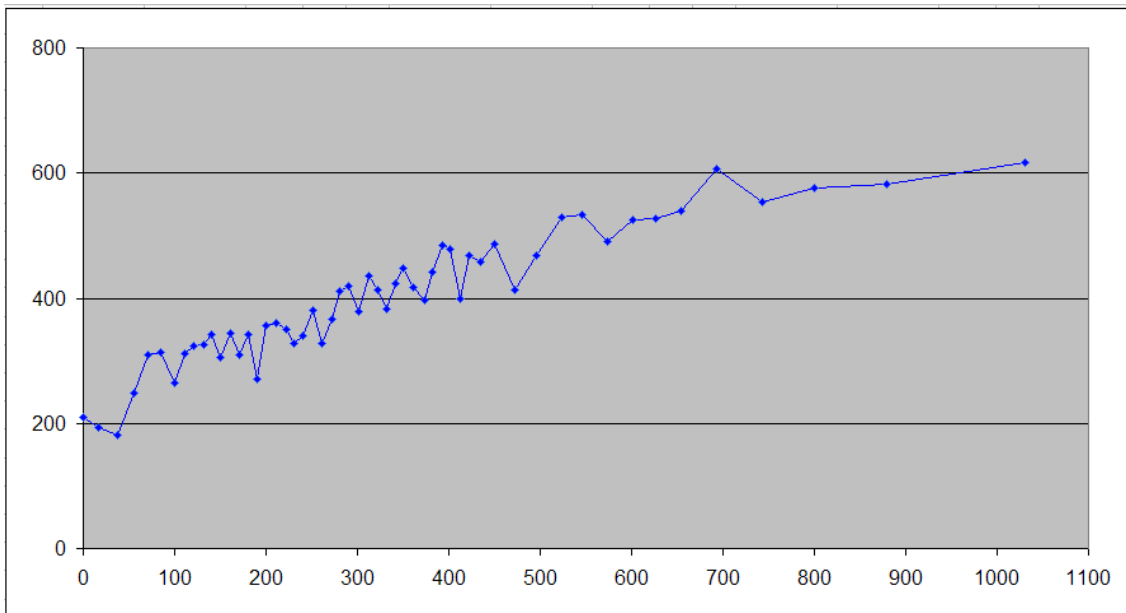


Fig. 8: relazione tra tempo medio dedicato dal genitore ad attività motorie ed equivalente tempo medio del bambino

Tempo speso davanti alla televisione.

Come evidenziato nella Fig. 9 viene confermata l'abitudine a guardare la televisione per tempi consistenti (1585 bambini guardano la TV per 2 ore al giorno)

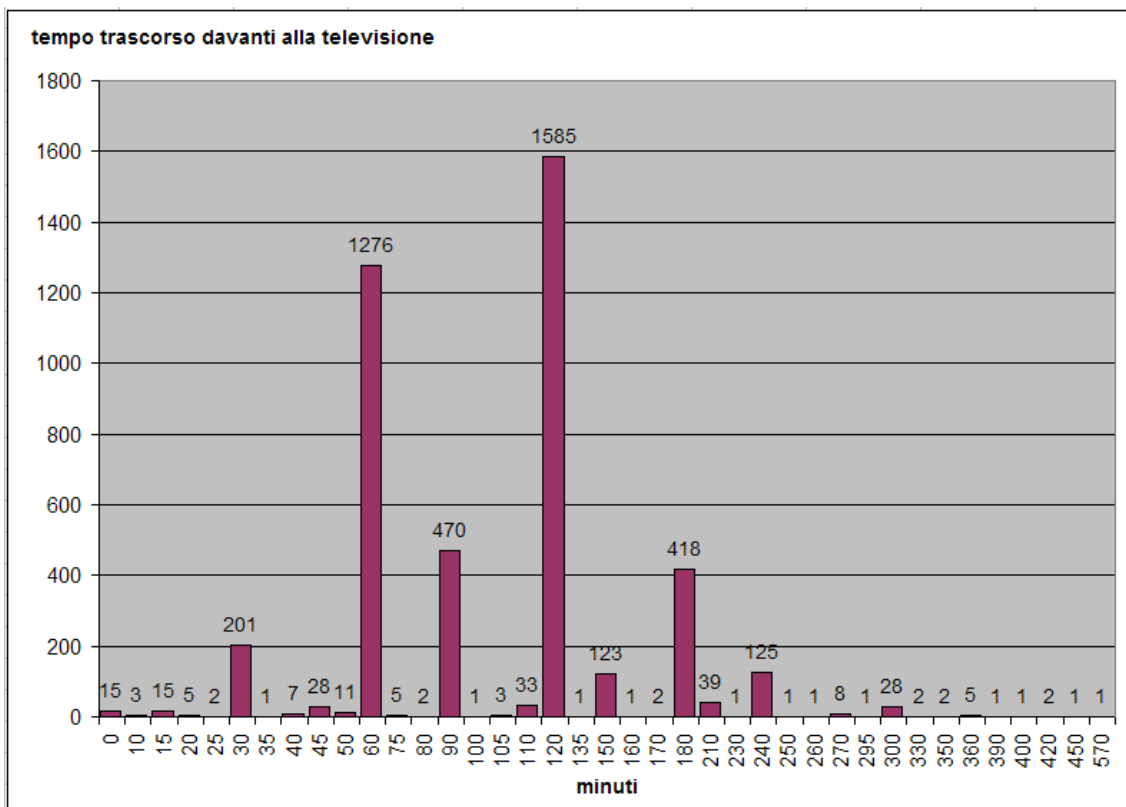


Fig. 9: tempo speso a guardare la TV

I dati non sono del tutto coerenti con quelli che emergono da "OKkio alla salute", secondo il quale il 38% sta davanti allo schermo per tre o più ore al giorno.

Correlazioni

Altre informazioni di grande interesse si possono dedurre da questa prima indagine. Non è presente alcuna correlazione tra il tempo dedicato dai bambini alla pratica sportiva e l'abitudine al movimento nella vita quotidiana. Sembra che questi siano vissuti come momenti indipendenti e che l'essere sportivi non venga tradotto in uno stile più attivo nell'ambiente di vita. Anche sotto questo profilo si manifesta un'area di potenziale miglioramento delle informazioni fornite in merito all'opportunità di fare "attività fisica per la salute", in collaborazione con i soggetti che promuovono lo sport. Si ritiene che questa sinergia possa produrre risultati molto positivi sia in termini di promozione di stili di vita attivi che nell'ambito della promozione dello sport.

In generale, si nota una correlazione tra la quantità di attività motoria svolta e il titolo di studio del genitore ma anche una relazione tra il movimento e la conoscenza e consapevolezza delle iniziative (VEDI TAVOLA 3C).

Tavola 3C: titolo di studio dei genitori e partecipazione alle campagne

	MAMMA				PAPA			
	CONTINGENZE				CONTINGENZE			
	PartecipaCPS				PartecipaCPS			
	indifferenti	non coinvolti	coinvolti	entusiasti	indifferenti	non coinvolti	coinvolti	entusiasti
nessun titolo	22,4	0,4	-26,0	3,2	18,0	1,4	-18,3	-1,1
obbligo	38,5	26,6	-63,8	-1,3	45,7	-0,1	-52,5	7,0
superiori	-30,7	-12,8	47,5	-4,0	-26,0	9,1	24,9	-8,0
laurea	-17,1	-19,4	36,2	0,3	-28,9	-8,8	39,4	-1,7
post-laurea	-13,1	5,2	6,2	1,7	-8,8	-1,6	6,5	3,9

La seconda tornata di rilevazioni ha coinvolto 88 scuole; sono stati presi in considerazione, al fine di operare il confronto, solo i dati riferiti alle scuole presenti nelle due rilevazioni.

Sono stati confrontati tra loro i dati rilevati ad un anno di distanza nelle 64 scuole che hanno partecipato alla campagna del 2010 e 2011 mentre le 24 scuole che hanno partecipato solo nel 2011 sono state individuate come gruppo di controllo.

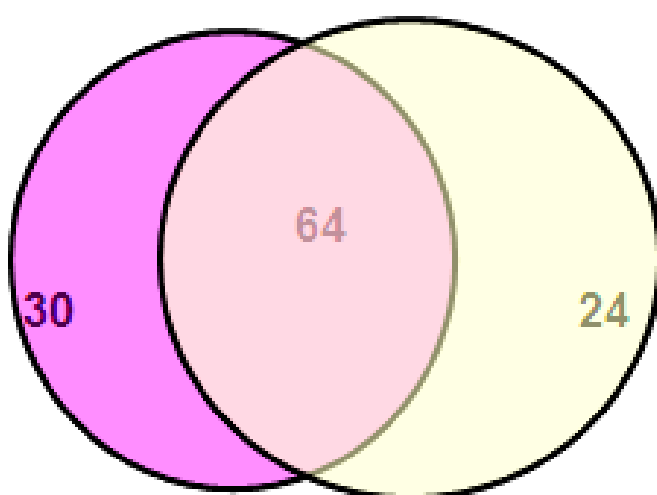


Fig. 10: scuole che hanno partecipato alla rilevazione

Il confronto tra i dati rilevati nel 2010 e quelli rilevati nel 2011 in merito ad alcuni comportamenti rende evidente la tendenza ad un aumento della sedentarizzazione appena contrastato dalla campagna DUM/RIDUM: questo accade per le attività ludico-motorie quotidiane dei bambini ma anche per i percorsi casa-scuola e per il tempo TV.

Difficile da abbandonare è la tendenza a trascorrere molto tempo davanti al televisore, tendenza appena mitigata nel periodo dell'intervento DUM/RIDUM.

Altrettanto significativi sono i dati relativi ai trasferimenti casa-scuola; a distanza di un anno dalla prima rilevazione è aumentato l'uso di mezzi a motore per recarsi a scuola e si è ridotto il trasferimento a piedi ma soprattutto in bicicletta (Fig. 11).

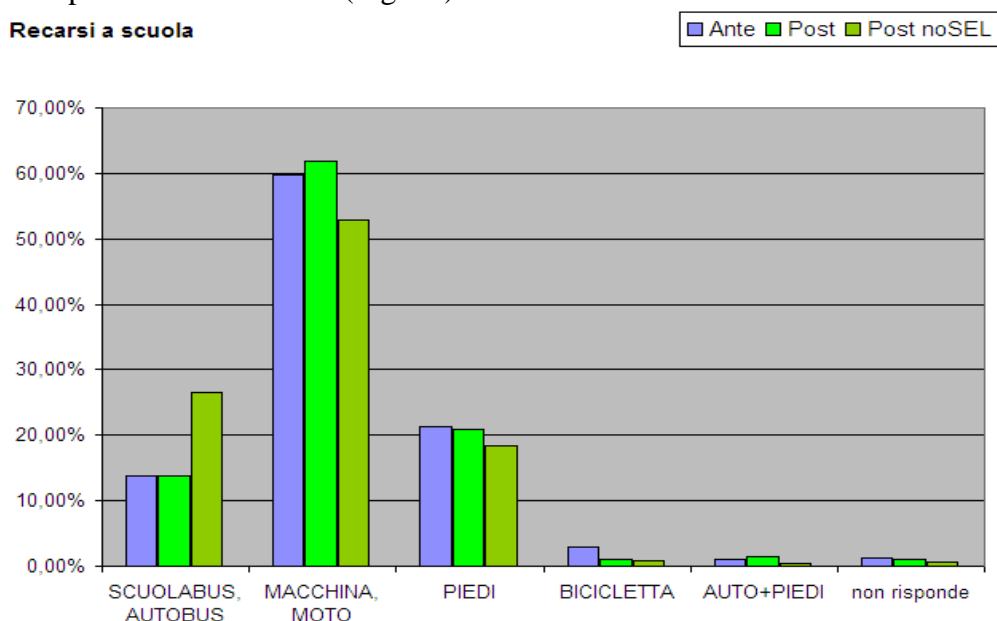


Fig. 11: come ci si reca a scuola nel 2010 e nel 2011

Viene spontaneo chiedersi se in questa campagna sia stato correttamente recepito dai genitori il messaggio che il fabbisogno quotidiano di movimento del bambino può essere soddisfatto solo con un cambiamento di comportamenti che riguarda l'ambito quotidiano. Senza una consapevole partecipazione dei genitori questo fabbisogno sembra destinato a rimanere insoddisfatto non potendo essere garantito né da interventi suppletivi in ambito scolastico né da impegni di tipo sportivo (impegni che tra l'altro vengono abbandonati ben presto negli anni successivi alla scuola primaria). Lo sport nell'età della scuola primaria rappresenta ancora un'attività che impegna il 60% dei bambini (sono soprattutto figli di genitori con titolo di studio elevato) per più di 20 ore alla settimana, ma oltre 1/4 dei bambini non fa nessuno sport.

Questo dato (coerente con la tendenza alla sedentarizzazione registrata da "OKkio alla salute") sembra difficilmente aggredibile se la situazione permane quella evidenziata nella parte "Opportunità e barriere".

Pedoni e ciclisti pagano un tributo importante in termini di anni di vita persi per incidenti stradali e il numero di morti in questa categoria continua ad aumentare, in controtendenza rispetto agli automobilisti. La viabilità nei quartieri residenziali, in particolare nella vicinanza delle scuole, dovrebbe costituire una priorità nell'ottica di "favorire le scelte salutari". La quantità di movimento consigliata dall'OMS non può essere raggiunta senza avere la possibilità di muoversi quotidianamente.

Il dato più eclatante che emerge dal questionario del 2° anno riguarda la percentuale di genitori consapevoli che a scuola è in atto un intervento di promozione della salute (aumentano ben del 10%); il dato può sembrare banale ma sta ancora ad indicare la necessità di evitare interventi sporadici o scollegati l'uno dall'altro. Questa consapevolezza non sembra ancora tradursi in una modifica virtuosa dei comportamenti (processo notoriamente lungo e complesso).

Più favorevole sembra la tendenza da un anno all'altro nell'ambito della nutrizione, infatti aumenta dell'1% la percentuale di chi mangia frutta e verdura per 5 o più volte al giorno; sembra tuttavia non modificarsi la situazione nei casi che non consumano mai frutta e verdura (secondo "OKkio alla salute" la situazione relativa a questo indicatore è stabile). Stabile sembra anche la situazione relativa alle prime colazioni, qui il dato si discosta notevolmente da quello rilevato da "OKkio alla salute".

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

In tutte le regioni sono state svolte in tutto o in parte le attività previste dal PNPAM, con peculiarità e modalità diverse ed interessanti che meriterebbero di essere oggetto di apposite discussioni e valutazioni.

Prima di fare una sintesi dei punti salienti emersi dalle attività svolte è opportuno fare una riflessione sulle difficoltà incontrate in ambito amministrativo-burocratico, che hanno fortemente condizionato la possibilità di svolgere le attività in modo ottimale. Valga per tutti l'esempio della Regione Lazio, dove si sono registrati disponibilità ed impegno da parte dei referenti e anche da parte delle Aziende Sanitarie, purtroppo questi sono stati in parte vanificati dal grave ritardo nel trasferimento della prima parte di fondi da parte della Regione, fatto che ha causato anche il mancato versamento delle quote successive. Nonostante questa difficile situazione l'ASP Lazio e le ASL hanno implementato la rete, partecipato alla formazione, costruito alleanze, progettato ed attuato numerose iniziative nel territorio regionale.

La formazione è stata una grande opportunità per le regioni non solo perché ha permesso di colmare effettivi bisogni formativi ma anche perché ha consentito di stabilire una rete di relazioni tra figure di diversa esperienza e professionalità, in gran parte operanti nell'ambito della promozione della salute e della prevenzione. Alcune regioni hanno saputo cogliere con maggiore convinzione questa opportunità e ciò ha permesso di colmare alcune distanze tra le regioni più avanzate e quelle con minore esperienza nella specifica materia. Il coinvolgimento di figure appartenenti ad altri settori (che devono essere necessariamente coinvolti nelle azioni di "Guadagnare salute") si è verificato in modo discontinuo nelle varie regioni; esso è stato facilitato soprattutto da circostanze che vedevano la presenza di collaborazioni preesistenti al progetto, ma anche il risultato ottenuto nelle regioni con una storia più recente di promozione dell'attività fisica può comunque ritenersi soddisfacente, in questi casi è urgente proseguire con interventi di consolidamento della rete e radicamento delle esperienze attivate. In qualche caso, e questo costituisce una criticità da affrontare rispetto alla necessità di adottare strategie intersettoriali, si è manifestata una certa resistenza a garantire un atteggiamento solidaristico nei confronti della rete anche nelle regioni più avanzate; queste resistenze dovrebbero essere affrontate e risolte in quanto possono costituire un ostacolo alla diffusione delle attività di promozione impedendo il consolidarsi di relazioni strutturali con gli altri settori. Sarebbe utile approfondire la questione con le regioni coinvolte al fine di individuare le eventuali problematiche che intervengono localmente. In generale deve essere affrontato un problema noto, anche se non sempre adeguatamente considerato, che è quello della manutenzione continua delle reti. Ci deve essere una disponibilità reciproca ad effettuare una verifica costante dei processi, delle alleanze e dell'effettivo scambio continuo di contenuti e processi reciprocamente utili. Nel caso specifico si ritiene necessario garantire la stabilità e la continuità della rete nata nell'ambito dei progetti Ccm di promozione dell'attività motoria, individuandone le criticità ed adottando gli specifici correttivi; la prosecuzione degli eventi formativi può costituire di per sé un intervento utile ad evitare quei cedimenti che possono portare alla vanificazione del lavoro svolto. Questi interventi manutentivi possono essere facilitati da scelte di tipo organizzativo complessivo adottate dalle regioni per assicurare l'omogeneità, il coordinamento e la continuità delle attività di promozione. In Emilia Romagna gli operatori sono stati coinvolti strutturalmente ed attivamente per iniziativa regionale, seppure con modalità diversificate sul territorio, sin dalla fase di progettazione e realizzazione degli interventi. Il coinvolgimento è stato attuato con percorsi formativi e con la costituzione di gruppi di coordinamento per la realizzazione, il monitoraggio e la valutazione di percorsi condivisi. Nelle Marche è stato istituito un gruppo di lavoro permanente che integra le competenze di medicina dello sport, epidemiologia, nutrizione, pediatri, medicina del lavoro ed igiene pubblica. Significative sono anche le esperienze di inserimento dei percorsi di promozione dell'attività fisica nei Piani di zona per la salute ed il benessere, che in alcune realtà regionali vedono coinvolti gli uffici di piano a valenza distrettuale. Fondamentale è garantire uno stretto rapporto tra chi coordina le attività di prevenzione e promozione e chi gestisce i sistemi di sorveglianza sui comportamenti individuali, cosa non ancora del tutto assimilata nelle realtà locali.

Per quanto riguarda la diffusione di buone pratiche, l'organizzazione di gruppi di cammino si è dimostrata uno strumento utile per coinvolgere e sensibilizzare le comunità locali sulla problematica dell'attività fisica, particolarmente indicato per alcuni target (anziani e portatori di patologie soprattutto). Per quanto riguarda il coinvolgimento della popolazione generale è stato dato l'avvio a processi di formazione e di ricerca sui determinanti urbanistici, aprendo prospettive significative ma che necessitano di interventi strutturali a valenza intersettoriale. Particolarmente urgente è l'approfondimento delle tematiche e metodologie di intervento in tema di trasporti e salute, utilizzando gli strumenti recentemente sviluppati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Altrettanto urgente è il miglioramento dell'attitudine degli operatori ad effettuare interventi coordinati di valutazione di processo e risultato nell'ambito degli interventi di sanità pubblica messi in atto. Per quanto riguarda la situazione complessiva che emerge a due anni dall'inizio delle attività del PNPAM si rimanda alla "Sintesi sulla rilevazione dello stato di attuazione degli interventi di promozione dell'attività fisica 2011" (all. 27).

La situazione appare radicalmente cambiata anche in virtù del grande sforzo di comunicazione e coordinamento verificatosi a vari livelli nel periodo considerato. In sintesi tutte le 6 regioni hanno oggi programmi per la promozione dell'attività fisica contro le 4 del 2009; oggi i programmi sono tutti inseriti nei piani regionali della prevenzione e sono caratterizzati da un approccio multifattoriale (erano 2 nel 2009 i programmi con più di un fattore di rischio). Le aziende sanitarie coinvolte sono decisamente aumentate, nel 2009 erano 2 le regioni in cui erano coinvolte tutte le regioni mentre oggi sono 4, nelle 2 regioni rimanenti si sono comunque attivate la maggioranza delle AUSL. Non si sono sostanzialmente modificati i destinatari finali e intermedi degli interventi degli interventi (anziani, bambini, adolescenti, dipendenti AUSL, operatori delle mense, associazioni sportive, gruppi a rischio, popolazione generale, educatrici d'infanzia) né le tipologie d'intervento proposte (percorsi casa-scuola, gruppi di cammino, interventi educativi nelle scuole, prevenzione delle cadute, prevenzione secondaria). Migliorata sensibilmente è l'adesione delle regioni ai vari sistemi di sorveglianza nazionale sui comportamenti individuali. Fa progressi anche la comunicazione, 3 regioni su 6 è oggi dotata di un piano della comunicazione (1 è in itinere); nel 2009 il piano era stato adottato in 2 regioni. Ancora 2 erano le regioni ad aver attuato programmi di formazione sulla promozione dell'attività fisica, oggi sono la totalità. Sono anche aumentate le collaborazioni con le facoltà di Scienze Motorie (da 4 sono passate a 5).

Sembra di poter concludere che sia stata superata la fase sperimentale e propedeutica della promozione dell'attività motoria e che si tratti ora di assicurare continuità, coordinamento e qualità a questa materia. Per quanto riguarda l'indagine specifica effettuata nelle scuole, coinvolgendo vari interlocutori e vari segmenti dell'attività del PNPAM, oltre ad aver instaurato rapporti con un numero notevole di istituti e di studenti (circa 100.000 studenti), complessivamente si sono ottenute informazioni rilevanti sulla situazione di contesto nella quale si inseriscono gli interventi di promozione dell'attività motoria diretti a bambini e ragazzi. I dati riportati in questa relazione non significano solamente la restituzione del lavoro effettuato e la messa in rete di informazioni utili a valutare l'attività svolta ma contribuiscono anche a illustrare il quadro complessivo nel quale si sviluppano oggi molte iniziative di promozione dell'attività motoria dirette all'età evolutiva. Una indicazione che può avere immediate ricadute anche di tipo operativo è quella che riguarda la presenza di barriere diffuse alla messa in atto di stili di vita attivi da parte dei ragazzi sia all'interno della scuola che all'esterno. Sembrerebbe logico affiancare interventi educativi a percorsi di adeguamento delle scuole per quanto riguarda le opportunità che offrono nell'ambito dell'educazione fisica e sul tema della facilitazione del movimento nella vita quotidiana. Accanto a dati di tipo tecnico (presenza di palestre e di impianti sportivi scolastici) sono state raccolte anche le percezioni dei soggetti di riferimento (insegnanti, esperti, genitori) su una serie di tematiche di grande rilievo.

Alcuni dati ricavati devono considerarsi puramente indicativi e necessitano di ulteriori verifiche ed approfondimenti.

Alcuni quesiti sottoposti ai genitori (mutuati dal questionario di "OKkio alla salute") forniscono spunti di notevole interesse sui quali è opportuno riflettere.

Le informazioni ottenute con queste rilevazioni, pur non potendo essere paragonate a quelle ottenibili in condizioni sperimentali, possono delineare un quadro di insieme che costituisce di per sé una rappresentazione dei bisogni ed un'ipotesi di lavoro. La collaborazione dei genitori è stata molto buona, considerando che il tasso di adesione al progetto è stato pari al 75%, e ci ha permesso di ricavare dall'indagine alcuni spunti che possono essere utili in prospettiva futura. Innanzitutto emerge la difficoltà di contestualizzare e seguire le innumerevoli proposte di promozione della salute che vengono effettuate a scuola, questo rappresenta già una criticità che rende difficile il coinvolgimento dei genitori nel cambiamento dello stile di vita del loro bambino e della famiglia in generale. La rilevazione evidenzia, come prevedibile, che le mamme sono coinvolgibili più facilmente rispetto ai papà in quanto più presenti nella vita scolastica. Questo implica la necessità di ricercare strumenti comunicativi efficaci e adeguati al target, in particolare per quei gruppi di popolazione in cui le donne possono presentare svantaggi dal punto di vista socio-culturale (ad es. gruppi emarginati o immigrati). La difficoltà manifestata nel riportare gli elementi identificativi delle campagne di promozione della salute (succede in quasi la metà dei casi) è indicativa della necessità di fare proposte complessive e non settoriali, fortemente contestualizzate dal punto di vista degli obiettivi di salute che favoriscono la partecipazione attiva dei genitori.

È necessario quindi rappresentare unitariamente ed efficacemente ai soggetti coinvolti la promozione della salute evitando il sovrapporsi di iniziative scollegate tra loro o magari sovrapponibili. Individuare iniziative inserite nella cornice di "Guadagnare salute" e presentarle complessivamente agli esperti che intervengono nella scuola, agli insegnanti, ai genitori, ai ragazzi sembra l'ipotesi più ragionevole. Questa complessa operazione di coordinamento non può essere totalmente delegata a livello locale ma deve almeno prevedere un livello regionale. A livello locale possono essere sviluppate comunque iniziative complementari coerenti con il quadro complessivo. L'ostacolo più rilevante rilevato nel corso dell'esperienza è costituito anche in questo caso dall'autoreferenzialità dei proponenti e dalla refrattarietà a mettere in atto processi integrati di valutazione. Critico si presenta anche lo scarso coinvolgimento dei pediatri su questi temi; queste figure possono costituire efficaci amplificatori della cultura della prevenzione nei confronti dei genitori. Il ruolo della famiglia e della società nel percorso di cambiamento è essenziale, pena l'impossibilità di innescare un processo duraturo di modifica degli stili di vita.

Dagli interventi effettuati sono emerse proposte che confermano che la promozione dell'attività fisica necessita di azioni che riguardano molteplici ambiti d'azione:

- ripensare la viabilità nei quartieri al fine di facilitare gli spostamenti a piedi e in bici, valorizzando gli interventi già fatti e diffondendo nella popolazione la consapevolezza dei benefici di salute che questi cambiamenti comportano;
- aumentare la sensibilizzazione sull'utilità degli spostamenti a piedi o bici continuando il lavoro nelle scuole (Miglia Verdi e Pedibus) e coinvolgendo per esempio i dipendenti delle Aziende pubbliche per incentivare i trasferimenti attivi casa-lavoro;
- individuare le aree verdi presenti in ogni quartiere e migliorarne la conoscenza, valorizzarne la fruizione e riqualificandole per permettere ai cittadini di svolgere liberamente attività fisica;
- parallelamente alla riqualificazione continuare a monitorare l'utilizzo delle aree verdi al fine di individuare i determinanti positivi e negativi e le prospettive d'azione.

Sembra che ancora molto si debba fare per garantire la possibilità di scegliere "facilmente" un'adeguata attività motoria, a scuola come sul territorio.

ELENCO PUBBLICAZIONI/MATERIALI PNPAM

- **Report della ricerca “Quali messaggi per quali ragazzi”.**

La ricerca è nata da una coprogettazione tra il Progetto Nazionale (PNPAM) e l'Università di Trento per indagare sull'efficacia e la persuasività dei messaggi volti a promuovere uno stile di vita sano negli adolescenti. I messaggi sottoposti alla verifica d'impatto tra un campione di adolescenti reclutati sul web sono stati scelti tra quelli utilizzati nella campagna “Ragazzi in gamba” e tra quelli vincitori dell'omonimo concorso per le scuole superiori.

- **“Più salute nel disagio. Indirizzi operativi per la promozione di stili di vita sani nelle persone con patologia psichiatrica: attività fisica e alimentazione”**

Riporta alcune semplici indicazioni e strumenti operativi utilizzabili da chiunque intenda attivare interventi di promozione della salute fisica nelle persone con patologia psichiatrica. Le tematiche sviluppate riguardano lo stile di vita in particolare l'attività fisica e l'alimentazione. Forniscono un supporto pratico per la programmazione di interventi intersettoriali che coinvolgano i Dipartimenti di Salute Mentale e di Prevenzione. E' stato realizzato in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità dell'Università di Verona.

- **Cofanetto materiali del concorso “Ragazzi in gamba”**

Contiene, su supporto cartaceo e digitale, il testo del bando di concorso, gli elaborati vincitori o segnalati e una sintesi della verifica dell'impatto comunicativo effettuata dall'Università di Trento.

- **“Camminare è tutta un'altra vita”**

E' un promemoria per tutti coloro (associazioni, walking leader, volontari o privati) che desiderano attivare gruppi di cammino.

- **Libro + pieghevole “Patapùnfete: 40 idee per guadagnare salute giocando”**

Il lavoro è destinato a insegnanti, operatori ed animatori per incentivare il gioco di movimento e uno stile di vita sano nei giovani (vedi paragrafo *MATERIALI “RAGAZZI IN GAMBA!” PER LA SCUOLA PRIMARIA*).

- **Report dell'evento “Una città per vivere bene”**

Riporta una sintesi giornalistica delle relazioni del corso di Roma del 20-21 giugno 2011 riguardante le problematiche della salute urbana e le possibilità di miglioramento del contesto di vita..

- **Dossier del corso FAD: “Il medico promuove l'attività fisica per la salute”**

Contiene i materiali utilizzati per il corso di Formazione a distanza per medici di medicina generale e pediatri. Realizzato in collaborazione con l'Agenzia di Editoria Scientifica ZADIG.

- **Report** del programma di ricerca su promozione dell'attività motoria per i bambini delle scuole primarie: comportamenti, opportunità e barriere. Dipartimento di Scienze Economiche dell'Università di Verona

- **Progetti proposti per banche dati internazionali**

-Report Project “Euro Sport Health: Evaluation of healthy physical-sports program”

-WHO Questionnaires for obesity prevention projects
(<http://data.euro.who.int/PhysicalActivity/>)

-Case Study sul "Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria” per Crossing Bridges – Health in all Policies (HiAP), EuroHealthNet

La responsabile del Progetto
(Dott.ssa Lucia De Noni)

ALLEGATI

1. Questionario per i referenti regionali
2. I° report delle regioni
- 3/11. Programmi corsi di formazione
12. Rapporto corso FAD
13. Nota ai Ministeri
14. Comunicato stampa per la giornata mondiale della salute 2010
15. Lettera ai Sindaci per la giornata mondiale della salute 2010
16. Progetto Eurosporthealth “La salute nel movimento”
17. Progetto Eurosporthealth “Promozione della salute fisica nel disagio mentale”
18. Banca dati NOPA “Counseling e valutazione dell’intenzione di cambiamento nei confronti dell’adozione di abitudini alimentari asalutari attività fisica regolare”
19. Banca dati NOPA “Piedibus”
20. Banca dati NOPA “Promozione e valutazione dell’utilizzo di due parchi cittadini in Verona”
21. Banca dati NOPA “Analisi e sviluppo di un modello di valutazione e promozione dell’uso di Zone 30 in quartieri residenziali per supportare la mobilità attiva”
22. Banca dati NOPA “Progetto integrato di promozione della salute nella popolazione giovane e anziana del territorio dell’Azienda sanitaria di Rovigo”
23. Banca dati NOPA “PNPAM: Diamoci una mossa, ridiamoci una mossa, 1..2..3..mossa”
24. EuroHealthNet/HiAP “Case Study sul PNPAM”
25. Relazione finale UISP
26. Bando di Concorso per le scuole superiori
27. Sintesi sulla rilevazione dello stato di attuazione degli interventi di promozione dell’attività fisica 2011.