

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 5**

N. 1012/AV5 DEL 25/07/2017

Oggetto: Adozione del Piano Integr. Loc. di promozione della salute 2017-2019 relativamente ai programmi 1-4 del Piano Reg.le della Prevenz. 2014-2018 (DGR 540/2015 e 202/2016), in attuazione della DGR n° 146 del 20/02/2017 (All. A- Obiett. n° 35).

**IL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 5**

.....

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTA, l'attestazione del Dirigente della U.O. Economico-Finanziaria e del Responsabile della U.O. Controllo di Gestione.

- DETERMINA -

1. di adottare, con le motivazioni riportate nel documento istruttorio, il **Piano Integrato Locale di Promozione della Salute 2017-2019** dell'Area Vasta 5, relativamente ai Programmi 1-4 del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 (DGRM n. 540/2015 e 202/2016), in attuazione della DGR 146/2017, nel testo redatto dal Gruppo di lavoro intersettoriale, istituito dal Direttore del Dipartimento di prevenzione con nota n. 0021918 del 20/03/2017, e che, come allegato 1) all'originale cartaceo della presente, ne forma parte integrante e sostanziale;
2. di demandare l'attuazione del suddetto Piano alle UU.OO. dell'Area Vasta 5, coinvolte nella stesura del Piano e specificamente individuate nei diversi interventi in esso programmati, in collaborazione con i soggetti esterni coinvolti;
3. di demandare la supervisione delle azioni previste al Gruppo Tecnico di Coordinamento del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 dell'Area Vasta 5, istituito con Determina del Direttore di Area Vasta 5 n. 1181 del 30/11/2015, con compiti propositivi, consultivi e di verifica;
4. di dare atto che dalla approvazione del citato Piano, non deriva alcun onere a carico di questa Area Vasta;

5. di dichiarare che il presente atto non è sottoposto a controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione sul sistema attiweb – salute albo pretorio informatico, a norma dell' art. 28 della Legge Regionale 26/96, come sostituito dall'art. 1 della L.R. 36/2013;

6. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale dell'ASUR a norma dell'art 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.

IL DIRETTORE DELL'AREA VASTA N° 5
Avv. Giulietta Capocasa

Per il parere infrascritto:

SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE E SERVIZIO BILANCIO

Vista la dichiarazione espressa dal responsabile del procedimento, si attesta che dalla presente determina non deriva alcuna spesa.

Il Dirigente U.O.C.
Controllo di Gestione
(Dott. Alessandro Ianniello)

Il Dirigente F.F. U.O.C.
Attività Economico - Finanziarie
(Dott. Cesare Milani)

La presente determina consta di n. 56 pagine, di cui n. 52 pagine di allegato (in formato PDF).

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -
DIREZIONE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASUR AREA VASTA 5

Normativa di riferimento:

- ❖ Piano Nazionale della Prevenzione, di cui all'atto di intesa Stato-Regioni n. 156/2014;
- ❖ DGRM 1434/2014;
- ❖ Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018;
- ❖ DGR 540/2015 e s.m.i.;
- ❖ DGR 146/2017

Premesso che

La Giunta Regionale delle Marche, a seguito della emanazione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), di cui all'atto di intesa Stato-Regioni n. 156/2014 recepito con DGRM 1434/2014, con la Delibera n. 540 del 15.7.2015 ha approvato il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 - "Interventi regionali di attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018".

Con Determina n. 1181 del 30/11/2015 il Direttore di Area Vasta 5 ha costituito il Gruppo Tecnico di Coordinamento del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, di cui alla DGRM 540/2015, punto 1.4.1, ne ha assegnato il coordinamento al Direttore del Dipartimento di Prevenzione, attribuendo il ruolo complessivo di coordinamento e facilitazione delle azioni, sia come regia delle funzioni di erogazione diretta sia di governance degli interventi non erogati direttamente, previste nelle diverse Linee di intervento dei Programmi del PRP.

Con DGRM n. 146 del 20/02/2017 la Giunta Regionale delle Marche tra gli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2017, in considerazione dell'articolazione e dell'ampiezza degli obiettivi dei primi 4 Programmi del PRP 2014-2018, sostanzialmente dedicati alla promozione di corretti stili di vita in setting diversi e con interventi secondo logica *life course*, ha attribuito a ciascuna Area Vasta (Allegato A – N. 35) un obiettivo specifico, che prevede come indicatore la formalizzazione di un Piano attuativo dei programmi 1-4 del PRP.

Per la stesura del suddetto Piano il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, coadiuvato dal Gruppo Tecnico di Coordinamento di Area Vasta 5 del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, vista la DGRM n. 1287 del 16/09/2013, paragrafo 4.2.3, lettera e, che attribuisce al Direttore di Dipartimento di prevenzione la competenza di istituire gruppi di lavoro permanenti o temporanei costituiti da operatori di diversi Servizi, ha istituito con nota ID: 0021918/20/03/2017/ASURAV5/APDIPREV/P (successivamente integrata con nota ID: 0047356/27/06/2017/ASURAV5/APDIPREV/P) un Gruppo di lavoro intersettoriale nel quale sono stati chiamati a far parte, oltre agli operatori dei Servizi dell'Area Vasta 5, diversi stakeholder in rappresentanza degli Ambiti Territoriali Sociali, dell'Ufficio Scolastico e di Associazioni ONLUS, individuati sulla base dei contenuti dei programmi, valorizzando prioritariamente gli operatori che hanno acquisito esperienza metodologica con precedenti programmi di promozione della salute.

Il coordinamento del Gruppo di lavoro è stato affidato alla Dr.ssa Maria Grazia Mercatili, Responsabile UOSD Educazione sanitaria e promozione della salute; la responsabilità dell'analisi del contesto epidemiologico, socio-demografico ed economico-sociale, nonché della pianificazione degli aspetti valutativi è stata assegnata al Dr. Massimo Baffoni, Responsabile UOSD Epidemiologia.

Il Gruppo di lavoro intersettoriale ha completato la stesura del documento denominato Piano Integrato Locale di Promozione della Salute 2017-2019 dell'Area Vasta 5 che, come allegato 1), fa parte integrante e sostanziale del presente documento.

La formalizzazione del suddetto Piano entro il 30 giugno 2017, rientra tra gli obiettivi per il 2017 assegnati dalla Regione agli Enti del SSR.

Per quanto sopra esposto, si propone:

1. di adottare, con le motivazioni riportate nel documento istruttorio, il **Piano Integrato Locale di Promozione della Salute 2017-2019** dell'Area Vasta 5, relativamente ai Programmi 1-4 del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 (DGRM n. 540/2015 e 202/2016), in attuazione della DGR 146/2017, nel testo redatto dal Gruppo di lavoro intersettoriale, istituito dal Direttore del Dipartimento di prevenzione con nota n. 0021918 del 20/03/2017, e che, come allegato 1) all'originale cartaceo della presente, ne forma parte integrante e sostanziale;
2. di demandare l'attuazione del suddetto Piano alle UU.OO. dell'Area Vasta 5, coinvolte nella stesura del Piano e specificamente individuate nei diversi interventi in esso programmati, in collaborazione con i soggetti esterni coinvolti;
3. di demandare la supervisione delle azioni previste al Gruppo Tecnico di Coordinamento del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 dell'Area Vasta 5, istituito con Determina del Direttore di Area Vasta 5 n. 1181 del 30/11/2015, con compiti propositivi, consultivi e di verifica;
4. di dare atto che dalla approvazione del citato Piano, non deriva alcun onere a carico di questa Area Vasta;
5. di dichiarare che il presente atto non è sottoposto a controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione sul sistema *attiveb* – salute albo pretorio informatico, a norma dell' art. 28 della Legge Regionale 26/96, come sostituito dall'art. 1 della L.R. 36/2013;
6. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale dell'ASUR a norma dell'art 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.

Il Responsabile del Procedimento
Dirigente UOC D.A.T.
(Dott. Marco Canaletti)

- ALLEGATI -

- 52 pagine di allegato (in formato PDF).

ALBO PRETORIO



**PIANO INTEGRATO LOCALE
DI PROMOZIONE DELLA SALUTE
2017-2019**

ASUR AREA VASTA 5

INDICE

Premessa.....	p. 3
Aspetti epidemiologici.....	p. 5
Dotazione organica e quadro delle competenze professionali.....	p. 23
I processi locali e nazionali.....	p. 24
Tavoli di confronto inter-settoriali in essere.....	p. 28
Accordi di collaborazione con soggetti esterni all'ASUR Marche AV n. 5	p. 29
Formazione.....	p. 30
Comunicazione.....	p. 31
Promozione dei Sani Stili di Vita - Bambini DOP	p. 32
Promozione di Sani Stili di Vita e Prevenzione dei Comportamenti a Rischio negli Istituti Scolastici di ogni ordine e grado - Scuola e Salute	p. 39
Promozione di Sani Stili di Vita e Prevenzione dei Comportamenti a Rischio nel contesto comunitario - Mi Prendo Cura Di Me.....	p. 49

PREMESSA

Con l'atto di intesa Stato-Regioni e Province Autonome n. 156/CSR del 13 novembre 2014, è stato approvato il Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2014 -2018. La Giunta Regionale delle Marche ha recepito il piano con DGR n. 1434 del 22.12.2014 individuando i programmi regionali, integrati e trasversali con i quali si intende realizzare tutti i macro obiettivi e gli obiettivi centrali del Piano. Il Piano Regionale della Prevenzione intende promuovere la salute e raggiungere gli obiettivi di prevenzione per gli anni 2014-2018 attraverso azioni che intendono:

- fissare obiettivi comuni prioritari supportati da strategie e azioni basate sulle evidenze, in grado di produrre nel medio-lungo termine un impatto sia di salute che di sistema e quindi di essere realizzati attraverso interventi sostenibili e "ordinari";
- definire un numero limitato di (macro) obiettivi di salute misurabili attraverso indicatori di outcome, ovvero indicatori di early-outcome o di output dei processi sanitari per i quali sia dimostrabile una relazione tra output e outcome;
- recepire gli obiettivi sottoscritti a livello internazionale e incorporare gli obiettivi già decisi all'interno di Piani nazionali di settore per quanto attiene alla promozione, prevenzione e tutela della salute, nonché gli adempimenti previsti dal quadro normativo;
- garantire la trasversalità degli interventi in termini di integrazione (formale e operativa), ai fini del raggiungimento degli obiettivi del PNP, tra diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative, tenendo in considerazione sia la funzione del SSN di diretta erogazione degli interventi, sia il ruolo di steward del SSN nei confronti degli altri attori e stakeholder;
- riconoscere l'importanza fondamentale della genesi e la fruizione della conoscenza, riconoscendo la messa a regime di registri e sorveglianze come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

All'interno di questo quadro normativo e concettuale, il Piano Integrato Locale degli interventi di Promozione della Salute, ha come intento quello di promuovere la salute e gli stili di vita salutari nella popolazione tutta, mettendo in atto azioni per le quali sia dimostrata l'efficacia, con il coinvolgimento e la collaborazione di Enti e Associazioni della Provincia di Ascoli Piceno dell'ASUR-MARCHE Area Vasta n.5 nel periodo che va dall'anno 2017 al 2018, con possibilità di revisione annuale e proroga al 2019.

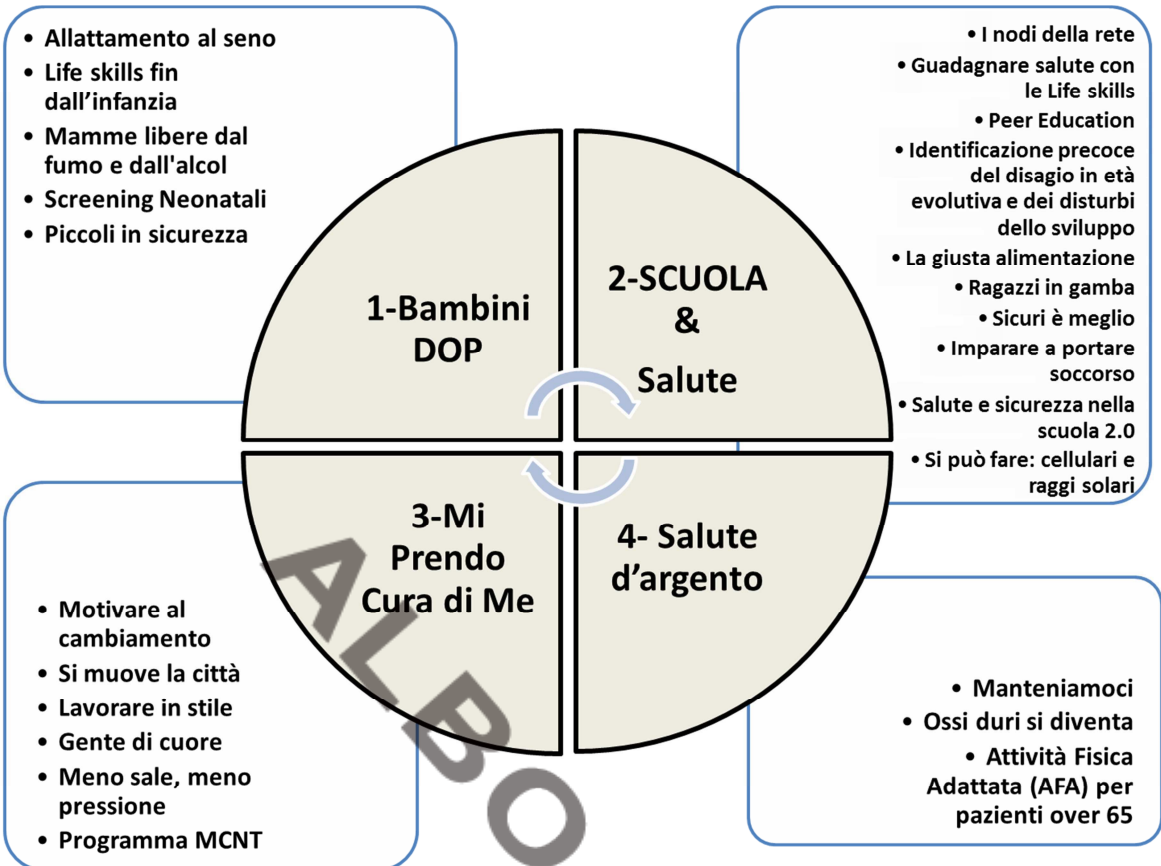
Le Politiche di Prevenzione necessitano, per la loro programmazione e realizzazione, del massimo coinvolgimento degli attori presenti nel contesto territoriale.

L'avvio del dialogo tra i vari soggetti chiamati in causa, la scelta di obiettivi misurabili e un approccio multidisciplinare sui temi riguardanti la tutela della salute, concorrono al raggiungimento della mission.

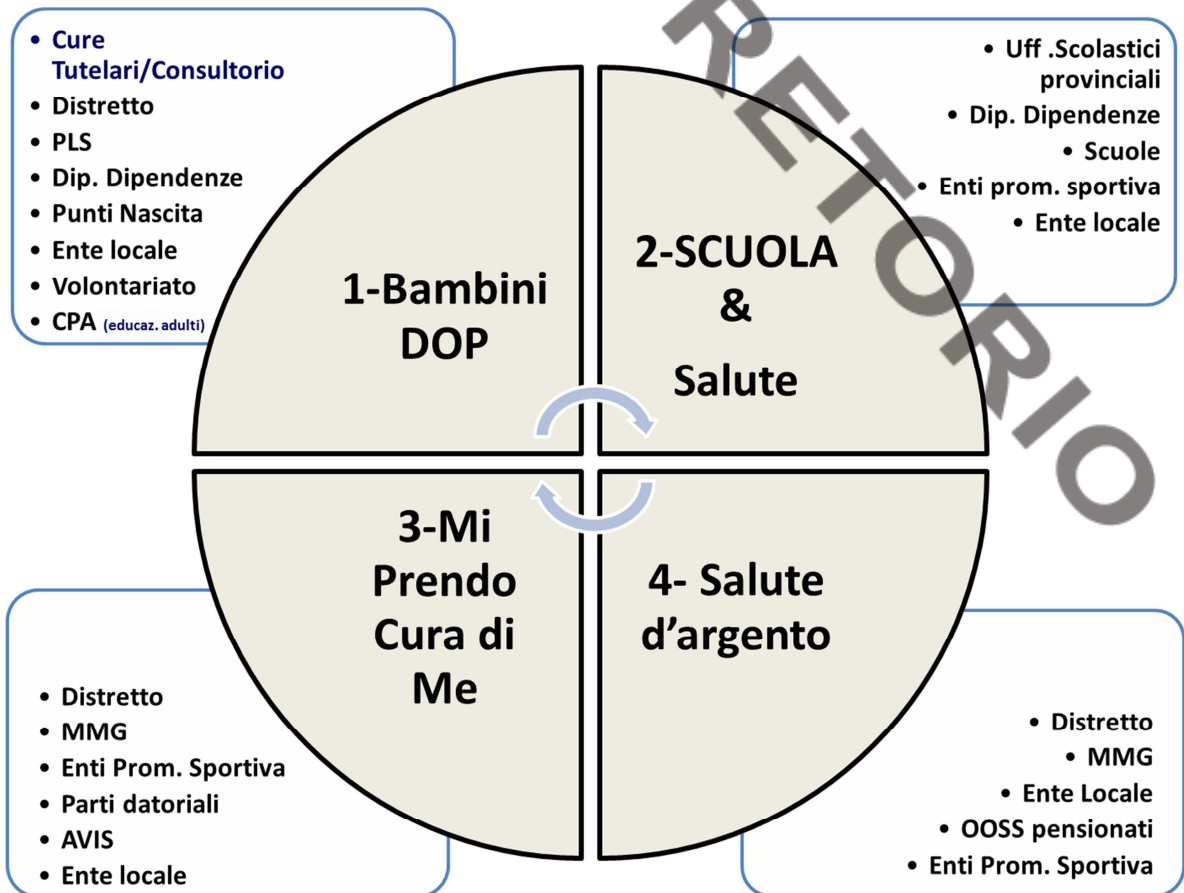
La messa in campo di competenze e di risorse da parte di differenti partners rappresenta il punto di partenza per la costituzione di reti di programmi che promuovano guadagnare salute ai cittadini.

Per raggiungere questi obiettivi è indispensabile la collaborazione di tutti i diversi attori operanti nella comunità, di professionisti appartenenti a servizi e settori diversi, in grado di intervenire secondo modalità integrate e pratiche basate sull'evidenza per favorire la diffusione e la facilitazione di scelte salutari per gli individui e la comunità; cittadini sempre più informati e capaci di mettere in atto scelte consapevoli sulla propria salute e su quella della collettività in modo da essere i veri protagonisti.

Il Piano intende incidere positivamente sulle modificazioni degli stili di vita dei singoli individui e della collettività, passando attraverso il coinvolgimento delle scuole, degli ambienti di lavoro, delle comunità locali, del servizio sanitario e dei decisori politici, cercando di favorire l'adozione di comportamenti protettivi per la salute con un approccio per ciclo di vita e per setting (vedi immagine seguente).



Enti / Associazioni / Servizi coinvolti



ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

CONTESTO

L'analisi del contesto epidemiologico della popolazione dell'Area Vasta n. 5 non può prescindere dall'immane catastrofe che l'ha colpita nel 2016. Un tremendo terremoto, infatti, ha sconvolto tutta la comunità. Sono stati colpiti soprattutto i comuni dell'entroterra, con danni incalcolabili in termini di vite umane perse, patrimonio edilizio perduto e migrazione (spesso forzata) della popolazione residente. Questo evento, che mostra continue sequele, avrà sicure ripercussioni sulle dinamiche e sugli aspetti di vita quotidiana di tutta la comunità. Attualmente non è delineabile alcuno scenario futuro per la popolazione più direttamente colpita, tuttora in emergenza.

Tenteremo, attraverso la lettura epidemiologica delle informazioni disponibili, di dare uno sguardo agli ambiti sociali e sanitari che concorrono al benessere collettivo. Come già accennato non è possibile valutare, né quantificare nel breve periodo, quanto ha inciso e inciderà il disastro che ha coinvolto quasi tutta l'Italia centrale.

Si tratta di un ritratto non troppo dettagliato degli aspetti più rilevanti dello stato di salute di una popolazione e l'esigenza di costruire un profilo snello e facilmente consultabile, ha comportato la necessità di limitare gli ambiti di indagine a quelli più importanti. I principali fenomeni sanitari vengono descritti attraverso gli indicatori disponibili da varie fonti correnti oppure desunti da studi specifici come il Sistema di sorveglianza Passi.

Il territorio

La Area Vasta di Ascoli Piceno si situa a sud delle Marche, regione dell'Italia centrale, posta sul versante Adriatico. Il territorio occupa una superficie di 1.228 Km² e comprende trentatré comuni. Da un punto di vista geografico, la provincia è caratterizzata da una fascia appenninica o occidentale (montana), una fascia preappenninica o centrale (collinare) e una fascia costiera o orientale (pianeggiante o litoranea).

Come nell'intero territorio regionale, si delinea una struttura morfologia a "pettine", derivata dalla presenza di fiumi, a regime per lo più torrentizio, che scendono perpendicolarmente dai monti alla costa. Nel dettaglio, il territorio è attraversato dal corso di tre fiumi (Tronto, Tesino, Aso). I confini di competenza sono determinati, per lo più, da linee di demarcazione naturali: il fiume Tronto segna lo sbarramento con i territori appartenenti alla Regione Abruzzo; il fiume Aso separa l'Area Vasta di Fermo; i monti Appennini rappresentano la zona di frontiera con l'area laziale/umbra; il mare Adriatico delimita il versante est.

Nel territorio sono presenti le aree naturali protette situate nel Parco Nazionale del Gran Sasso e Monti della Laga e nel Parco Nazionale dei Monti Sibillini. La morfologia descritta determina la presenza di comuni situati ad altitudini elevate e altri sul livello del mare; ciò definisce anche la morfologia territoriale preminente dei due Distretti Sanitari in cui è suddivisa l'area vasta: montano collinare quello di Ascoli, soprattutto rivierasco quello di San Benedetto del Tronto.

Rispetto la densità abitativa esiste una tendenza all'aumento prevalentemente nelle zone costiere e una diminuzione dei territori dell'entroterra. Ciò sottolinea uno spostamento residenziale dall'interno alle aree di vallata e litoranea, con il conseguente progressivo abbandono di alcuni borghi montani. Tutto ciò sarà verosimilmente acuito dal recente sisma.

La popolazione

La popolazione residente nell'Area Vasta n. 5 al 1° gennaio 2016 è complessivamente di 210.002 abitanti: 101.574 maschi e 108.428 femmine (rapporto maschi/femmine = 0,94). I residenti stranieri sono 14.003 (10% della popolazione straniera delle Marche), di cui 5.887 maschi e 8.116 femmine (rapporto maschi/femmine = 0,72). L'incidenza della popolazione straniera sulla popolazione totale dell'Area Vasta 5 è pari al 6,7% (9,1% nelle Marche).

I nati sono 1.512 ed i morti 2.524, quindi il saldo naturale (nati vivi meno i morti) è negativo: - 1.012 unità. Gli iscritti da altri comuni sono 5.140, i cancellati sono 5.277; quindi il saldo migratorio (immigrati - emigrati) è negativo: - 137 unità. Il trend della popolazione residente negli ultimi tre anni è negativo.

I primi cinque paesi di provenienza degli immigrati, in ordine di frequenza, sono: l'Albania, la Romania, la Repubblica Popolare Cinese, il Marocco e la Polonia.

L'età media ponderata della popolazione totale è di 45,7 anni, più bassa nei maschi (44,1 anni) rispetto alle femmine (47,1 anni). L'età media ponderata della popolazione straniera residente è di 34,8 anni.

L'Area Vasta n. 5 comprende due distretti: Distretto di Ascoli Piceno e Distretto di San Benedetto del Tronto.

Nel Distretto di Ascoli Piceno i residenti sono 108.000 (52.695 maschi, 55.305 femmine). L'età media ponderata è di 46 anni. Nel 2015 le nascite sono 767 rispetto a 1.321 decessi; gli immigrati sono 2.319, gli emigrati 2.671.

Nel Distretto di San Benedetto del Tronto i residenti sono 102.002 (48.879 maschi, 53.123 femmine). L'età media ponderata è di 45,3 anni. Nel 2015 le nascite sono 745 rispetto a 1203 decessi; gli immigrati sono 2.821, gli emigrati 2.606.

L'età media ponderata della popolazione totale è di 44,4 anni (42,8 per le femmine e 45,8 per i maschi). L'età media ponderata della popolazione straniera residente è di 32,3 anni.

Elencati di seguito in Tab. 1 gli indici demografici dell'Area Vasta n. 5 e dei due Distretti.

Tab. 1 – Indici demografici* dei Distretti di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto al 1° gennaio 2017.

Indici demografici	Area Vasta 5			Ascoli Piceno			S. Benedetto del Tronto		
	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F
ILP	63	65	62	63	65	62	63	65	62
SPA	139	132	147	138	131	146	140	133	147
IDG	19	20	18	19	20	18	20	21	19
IDS	39	34	43	40	35	45	38	34	42
IV ₁	25	22	27	25	23	27	24	22	26
IV ₂	202	171	235	213	179	250	191	163	221
ICS	58	54	62	59	55	62	58	54	61
IG	12	13	11	12	13	11	13	13	12

(*) Significato degli indici demografici:

- **ILP (indice di lavoro potenziale):** è ottenuto rapportando la popolazione residente tra i 15 ed i 65 anni alla popolazione totale (x 100).
- **SPA (struttura della popolazione attiva):** è il rapporto fra la popolazione attiva compresa fra 40 e 64 anni e quella compresa fra i 15 e 39 anni (x 100). Il denominatore di questo indice è rappresentato dalle 25 generazioni in attività più giovani destinate a sostituire quelle più anziane, anch'esse in attività; un valore inferiore a 100 indica una popolazione la cui fascia di popolazione attiva è giovane.
- **IDG (indice di dipendenza giovanile):** è il rapporto fra la popolazione in età compresa tra 0-14 anni e la popolazione in età compresa tra 15 e 64 (x 100).

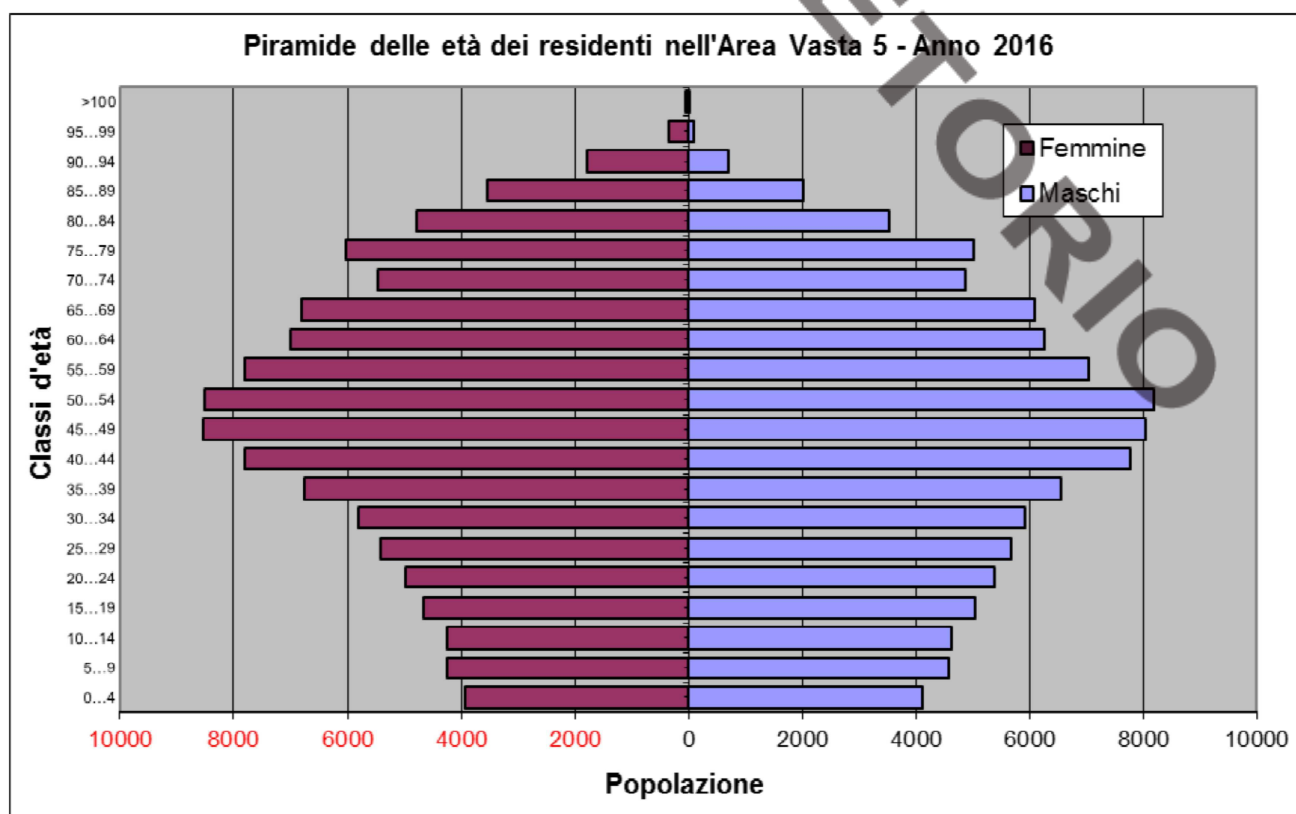
- **IDS (indice di dipendenza senile):** è ottenuto rapportando la popolazione in età superiore a 64 anni e quella compresa fra 15 e 64 (x 100).
- **IV₁ (indice di Vecchiaia 1):** è ottenuto rapportando la popolazione con più di 64 anni a quella totale (x 100).
- **IV₂ (indice di Vecchiaia 2):** è ottenuto rapportando la popolazione con più di 64 anni a quella con meno di 14 anni. Questo è un indicatore dinamico sull'invecchiamento della popolazione; valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi.
- **ICS (indice di carico sociale):** è il rapporto fra la popolazione non produttiva (pop. 0–14 anni + pop. >64 anni) e la popolazione produttiva (pop. tra 15 e 65 anni) (x 100).
- **IG (indice di giovinezza):** è il rapporto fra i residenti di 0-14 aa col totale (x 100).

La piramide delle età

La piramide delle età è una figura geometrica che ci dà il colpo d'occhio sulla struttura per età e sesso di una popolazione. Alla base della piramide ci sono le fasce d'età più giovani, all'apice quelle più anziane. Le barre distinguono le classi d'età quinquennali e la loro ampiezza è proporzionale alla numerosità di ciascuna classe. Le piramidi delle età servono per confrontare tra di loro popolazioni diverse o una stessa popolazione, ma in tempi diversi.

La piramide delle età dell'Area Vasta n. 5 ha l'aspetto classico delle società occidentali, tende ad assumere la forma di una "botte", la parte più consistente appartiene alla mezza età (40–50 anni); inoltre il sesso femminile predomina nelle età più avanzate (fig. 1).

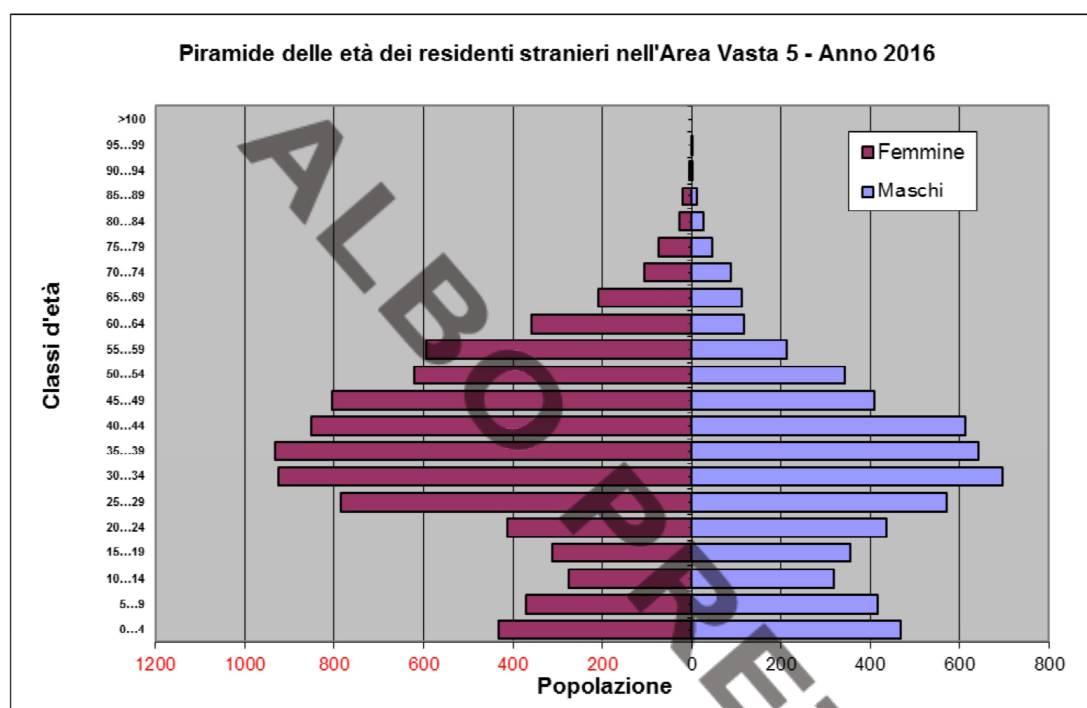
Fig. 1 - Piramide delle età della popolazione residente - Area Vasta 5.



La popolazione straniera

Attualmente l'unico fenomeno in controtendenza rispetto all'invecchiamento generale della popolazione è l'immigrazione. Infatti, la piramide delle età della popolazione straniera, residente nell'Area Vasta n. 5, mostra la forma ad "abete" per la predominanza delle classi d'età giovanili (fig. 2).

Fig. 2 - Piramide delle età della popolazione residente straniera - Area Vasta 5.



Per quanto riguarda le zone di provenienza della popolazione straniera, si conferma la tendenza prevalente degli ultimi anni: i due terzi della popolazione straniera dell'A.V. 5 è di origine europea. Predominano le nazionalità rumena e polacca di genere femminile, soprattutto nell'ascolano, mentre, in riviera è più frequente l'origine albanese senza disparità di sesso. Segue una piccola minoranza macedone, più frequente nella ex Z.T. 13.

Tra i cittadini di provenienza africana sono più numerosi i marocchini, seguiti dai senegalesi e nigeriani. La popolazione di origine asiatica è soprattutto cinese – con circa milletrecento iscritti – seguita da quella filippina e quella indiana; quest'ultima parte è quasi tutta maschile e distribuita nell'area montana.

Trascurabile il numero di residenti con nazionalità americana e australe. Per quanto riguarda i numeri, gli stranieri residenti nell'AV 5 sono 14.003 di cui 8.116 femmine e 5.887 maschi. Il distretto di Ascoli Piceno conta 6.649 unità contro le 7.354 di S. Benedetto del Tronto. Rispetto l'età, in estrema sintesi: il 62% degli stranieri residenti ha un'età compresa tra 18 e 45 anni, 22% è minorenni e il restante 16% ha più di 45 anni.

Contesto socio-economico

Consideriamo i risultati della valutazione fatta dall'Università Politecnica delle Marche (UNIVPM) su scala provinciale, nel 2011, (al tempo comprensiva del territorio fermano). I dati derivano da vari enti molto attendibili (Istat, Unioncamere, Istituto Guglielmo Tagliacarne, Coesione Sociale).

L'analisi del *valore aggiunto pro-capite* delle province mostra che il territorio provinciale marchigiano si colloca in una situazione intermedia nella graduatoria elaborata da UNIVPM. Infatti, sintetizzando gli indici delle province con il riferimento nazionale (Italia=100) notiamo che il territorio riferibile all'AV 5 è al 56° posto con numero indice di 96,7 comunque leggermente più basso delle altre realtà marchigiane. I dati disponibili evidenziano che il territorio piceno ha lo stesso andamento rilevato nel 2010. Il settore "servizi" contribuisce alla maggior parte del *valore aggiunto totale*, seguito da quelli di industria, costruzioni e agricoltura.

Lo stesso andamento rilevato per il valore aggiunto è riscontrabile dai valori del PIL (ai prezzi di mercato), disponibile a livello regionale dal 2000 al 2009. Considerata la stessa fonte dei dati del PIL – rispetto all'indicatore già analizzato – si può desumere che, anche per questa variabile, il territorio piceno soffre di maggior criticità rispetto alle altre realtà marchigiane. Dati aggiornati a livello provinciale del 2010 mostrano che (come per il valore aggiunto già considerato) Ascoli Piceno e Macerata sono le province con i più bassi valori sia in termini di PIL totale che di PIL pro-capite.

Considerando i dati desumibili per il periodo 1999 – 2007, si assiste ad una crescita negli anni dei *consumi finali interni per abitante*. L'analisi del dato regionale conferma valori prossimi a quelli della media nazionale (20.000 €), con netta prevalenza dei consumi alimentari: circa 82%. Per quanto riguarda il reddito da lavoro dipendente (sempre a livello regionale) i valori sono inferiori alla media nazionale, con uno scostamento di -9%. Detto divario mostra un andamento decennale di lieve riduzione. Il territorio riferibile all'AV 5 si attesta all'ultimo posto come reddito pro-capite con 16.938 euro nel 2010, contro i 19.231 euro di quello anconetano, 17.236 di quello pesarese e 17.424 euro del territorio maceratese. Per le *realtà familiari* le spese al dettaglio mostrano che il peso maggiore è quello riservato alle utenze, il vitto e i trasporti.

Occupazione, forza lavoro

Rispetto al numero degli occupati nel territorio in oggetto emerge un notevole gap rispetto alla forza lavoro. I dati storici (territorio comprensivo del fermano per il 2005) mostrano, inoltre, che tale divario è progressivamente aumentato dal 2005 al 2012. Si va da circa 160.000 unità occupate su circa 170.000 potenziali lavoratori a valori inferiori alle 150.000 unità. Rispetto al genere, nel 2012 le persone che hanno un lavoro sono per il 44% donne.

Il tasso di occupazione (occupati/popolazione x 100) riferito alla popolazione da 15 a 65 anni è passato dal 44,5 % nel 2010 al 40,9% nel 2012. Questo dato è in controtendenza a quanto accade nel territorio pesarese e anconetano. Analogamente il tasso di disoccupazione (percentuale forza lavoro che non riesce a trovare sbocco) si pone in aumento per il periodo considerato (dal 9,11% al 12,25%).

Infine, il tasso d'inattività si mostra crescente solo nel territorio piceno. I valori vanno dal 51,09% del 2010 al 53,44% nel 2012. Si ricorda che questo indicatore non può essere confrontato direttamente con i due precedenti, in quanto, in esso, si considera solo la popolazione attiva della fascia 15-65 anni. Infatti, tale aumento è sicuramente dovuto anche all'incremento della quota di popolazione anziana, soprattutto nell'entroterra.

Contesto socio-sanitario

Assistenza sanitaria di base

Andando ad analizzare l'assistenza sanitaria di base si evince, sempre con riferimento al contesto marchigiano, una drastica diminuzione del numero delle aziende sanitarie locali (da 13 nel 2004 si è passati a 1). Il dato però va letto alla luce della legge regionale 13/2003 con la quale è stata attuata una riforma istituzionale del Sistema sanitario marchigiano. L'Azienda Unica Regionale (ASUR) ha incorporato le 13 aziende locali, inoltre, si sono costituite due aziende ospedaliere (San Salvatore di Pesaro e l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona).

Anche il numero dei distretti è diminuito: da 31 si è passati a 24 (2008). Contrariamente è aumentato il numero dei medici generici da 1.223 a 1.284 (2.008). Pertanto, il rapporto dei medici rispetto ai residenti è passato da 8,9 a 8,22 ogni 10.000 unità, quindi con diminuzione del numero di assistiti per medico generico da 1.095 a 1.061 (2008). Anche in diminuzione è la percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare che va dall'89,4 nel 2004 a 84,4 nel 2008.

Disturbi psichici

Concentrando l'attenzione ai disturbi psichici si evidenzia che, sempre nell'orizzonte regionale, le dimissioni ospedaliere connesse ai disturbi mentali sono principalmente relative a disturbi affettivi (23%), schizofrenia (16,1%) e disturbi senili e organici (14,4%). La fascia d'età più colpita è quella tra i 45 e 64 anni.

Se si focalizza l'attenzione sull'AV 5, il numero delle dimissioni (dati 2010) sono in linea con quelle regionali; i casi di disturbo affettivo e la schizofrenia (che sono prevalenti) generano minor numero di ricoveri, ricadono di più sui servizi territoriali. In ogni caso il trend dei ricoveri per disturbi psichici appare in aumento e, in generale, è più rappresentata la classe nubile/celibe di quella coniugata/o.

I COMPORTAMENTI CHE INFLUENZANO LA SALUTE IN ETÀ EVOLUTIVA

L'Area Vasta n. 5 partecipa alle indagini campionarie nazionali e regionali per le età evolutive patrocinati dal Ministero della Salute, tra i quali: il Sistema di Sorveglianza OKkio alla Salute (descrive la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, degli stili alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico dei bambini della terza classe primaria) e lo studio HBSC - Health Behaviour in School-aged Children (comportamenti collegati alla salute in ragazzi adolescenti di 11, 13 e 15 anni), al fine di costituire un supporto per l'orientamento delle attività di promozione della salute nel setting scolastico.

I risultati di questi importanti progetti sono riportati di seguito e in estrema sintesi e sono rappresentativi del contesto territoriale dell'Area Vasta 5. In particolare, i dati riportati dello studio HBSC si riferiscono alle rilevazioni del 2014, che costituisce l'ultimo anno di effettuazione dell'indagine, mentre per OKkio alla SALUTE i dati del contesto locale sono aggiornati all'ultima rilevazione del 2016.

OKkio alla Salute - Promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria

Alla base delle principali patologie croniche vi sono diversi determinanti di salute modificabili che possono influenzare negativamente lo stato di salute di un individuo e della popolazione.

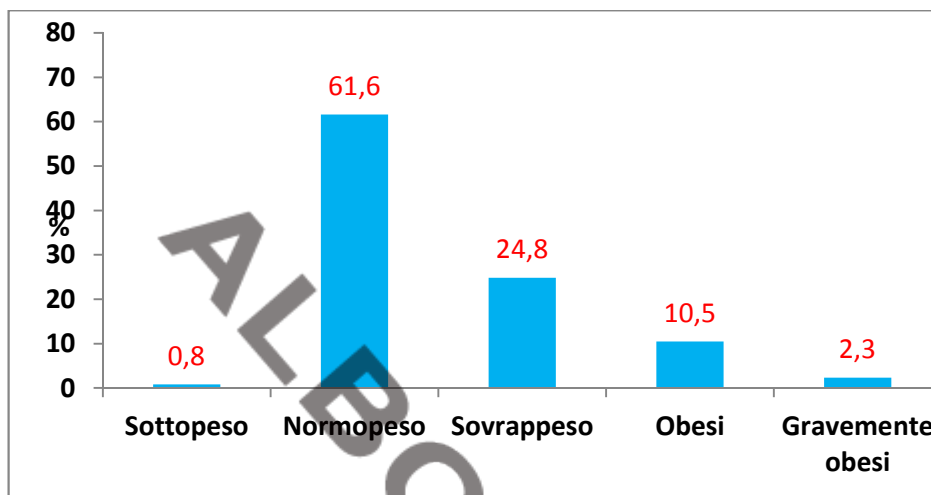
In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale rappresenta uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili e, in particolare, il tema dell'obesità infantile costituisce una questione di sanità pubblica sempre più rilevante. La rilevanza dell'obesità infantile non ha solo dimensioni sanitarie, anche se un bambino obeso sarà con molte probabilità un adulto obeso e sia nell'età infantile che in quella adulta a rischio di numerose malattie.

Infatti, il tema dell'obesità infantile ha anche forti rilevanze culturali, sociali ed economiche. Un bambino obeso sarà stigmatizzato ed emarginato dai propri compagni con maggiori probabilità rispetto ad un bambino normopeso. E, crescendo, anche nel mondo del lavoro i soggetti obesi sono maggiormente discriminati. Inoltre, l'obesità si sviluppa all'interno di specifici modelli alimentari e culturali delle famiglie, con un'incidenza maggiore fra i soggetti economicamente più svantaggiati.

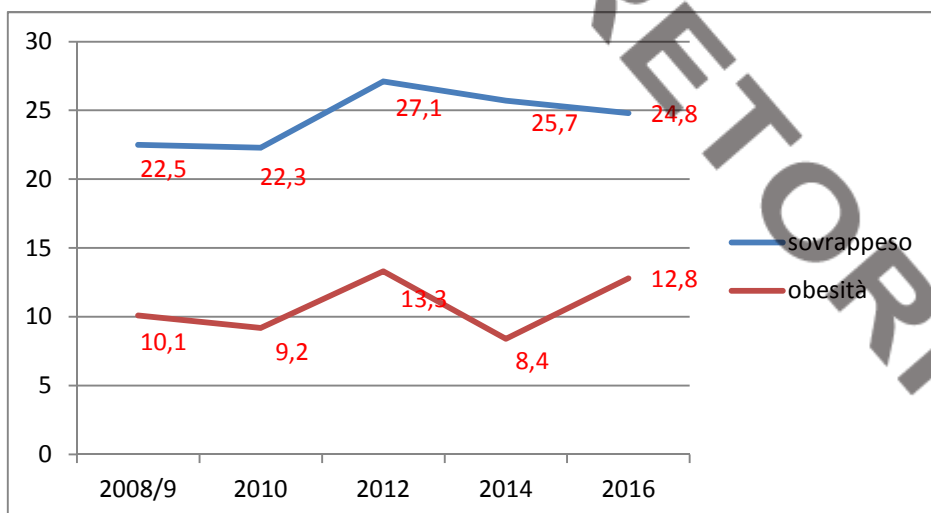
OKkio alla SALUTE è un sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni) e i fattori di rischio correlati e fa parte dell'iniziativa della Regione europea dell'OMS "Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)", che ha lo scopo di monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nell'infanzia, permettendo un confronto tra i Paesi (più di 30, tra cui l'Italia) che vi partecipano.

I risultati dell'indagine OKkio alla SALUTE 2016 dimostrano che, tra i bambini della nostra Area Vasta 5, il 2,3% è in condizioni di obesità grave, il 10,5% risulta obeso, il 24,8% sovrappeso, il 61,6% normopeso e lo 0,8% sottopeso.

Complessivamente il 37,6% (IC95% 32,1%-43,4%) dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.



Pur con una notevole variabilità tra le singole rilevazioni biennali, il trend ci conferma che in otto anni in Area Vasta 5 si è avuto un incremento tendenziale di circa due punti percentuali per il sovrappeso e altrettanti per l'obesità, con un peggioramento piuttosto evidente delle condizioni nutrizionali dei nostri bambini.



Il rischio di sovrappeso-obesità aumenta proporzionalmente con la presenza di almeno un genitore che riferisce eccesso ponderale, diminuisce con il crescere della scolarità della madre; la percentuale di bambini sovrappeso-obesi aumenta al diminuire delle ore di sonno. Va rimarcato il problema dell'eccesso di peso nella popolazione infantile che desta allarme considerando che il dato riscontrato mostra un IMC sensibilmente superiore sia in confronto con i valori di riferimento internazionali che rispetto alla media nazionale e regionale.

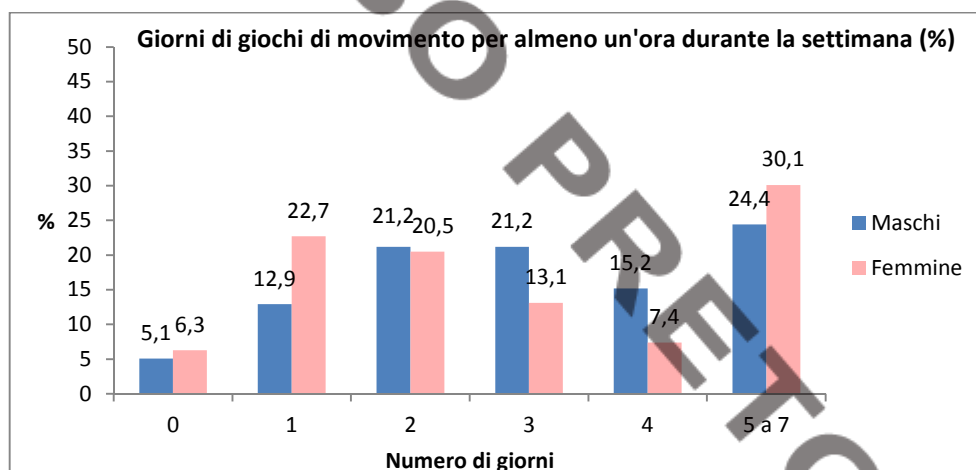
Relativamente alle abitudini alimentari, nella nostra AV5 solo il 57,8% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata; il 9,9% non fa colazione e il 32,3% non la fa qualitativamente adeguata. Meno di un terzo dei bambini (29,3%) consuma uno spuntino adeguato di metà mattina; la maggior parte dei bambini (68,2%) lo fa in modo inadeguato e il 2,5% non lo fa per niente.

Degno di rilievo il fatto che, nella nostra AV5, solo il 32,5% dei bambini consuma la frutta 2-3 al giorno, il 36,1% una sola porzione al giorno e il 29,1% dei bambini mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana; il 15,6% dei bambini consuma verdura 2-3 al giorno e il 29,7% una sola porzione al giorno. Inoltre, il 52,3% dei bambini consuma verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana. Il 20,7% dei bambini assume bevande zuccherate una volta al giorno e il 8,7% più volte.

Il 75,1% dei bambini dichiara di essersi lavato i denti la sera precedente l'indagine. A livello nazionale questo dato è risultato pari all'83%.

È universalmente accettato in ambito medico che un'adeguata attività fisica, associata ad una corretta alimentazione, possa prevenire il rischio di sovrappeso nei bambini. In tal senso, il pomeriggio dopo la scuola costituisce un periodo della giornata eccellente per permettere ai bambini di fare attività fisica; è quindi molto importante sia il gioco all'aperto che lo sport strutturato. I bambini impegnati in queste attività tendono a trascorrere meno tempo in attività sedentarie (televisione e videogiochi) e quindi a essere meno esposti al sovrappeso/obesità.

Nel territorio dell'Area Vasta 5 il 57,6% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine (i maschi giocano all'aperto più delle femmine); il 45,8% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine (soprattutto i maschi).



Secondo i loro genitori, nella rilevazione 2016 nella nostra AV5, circa 2 bambini su 10 (21,2%) fanno almeno un'ora di attività per 2 giorni la settimana, il 5,3% neanche un giorno e il 27,5% da 5 a 7 giorni (era il 10,1% nel 2016), come auspicabile.

Il 26,4% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta; invece, il 73,4% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.

I genitori nel 2016 riferiscono che il 59,1% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 33,7% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi per 3 a 4 ore e il 7,2% per almeno 5 ore. Complessivamente il 48,7% dei bambini ha un televisore nella propria camera.

Nell'Area Vasta 5 ben il 60,5% delle madri di bambini sovrappeso e il 14,3% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso. Solo il 20,7% delle madri di bambini sovrappeso e il 54,8% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo e, all'interno del gruppo di bambini non attivi, il 48,4% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 7,8% molta attività fisica.

Il 65% delle scuole campionate, ha una mensa scolastica funzionante. Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici l'84% delle mense risulta essere adeguato per i bisogni dei bambini.

I distributori automatici di alimenti sono presenti nel 35% delle scuole; il 5% è accessibile anche ai bambini. All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, l'85,7% mette a disposizione succhi di frutta, il 57,1% merendine snack, il 14,3% bevande zuccherate e il 14,3% frutta.

Concludendo per i bambini più piccoli è dimostrata l'associazione tra stili alimentari errati, scarsi livelli di attività fisica e sovrappeso ed obesità. Si conferma l'importante diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. In aggiunta, nella nostra AV5 è molto diffusa (circa oltre 1 genitore su 2) nelle madri di bambini con sovrappeso una sottostima dello stato ponderale del proprio figlio che non coincide con la misura rilevata. Inoltre, molti genitori, in particolare di bambini sovrappeso/obesi, sembrano non valutare correttamente la quantità di cibo assunta dai propri figli. La situazione è simile per la percezione delle madri del livello di attività fisica dei propri figli: solo 1 genitore su 2 ha una percezione che sembra coincidere con la situazione reale.

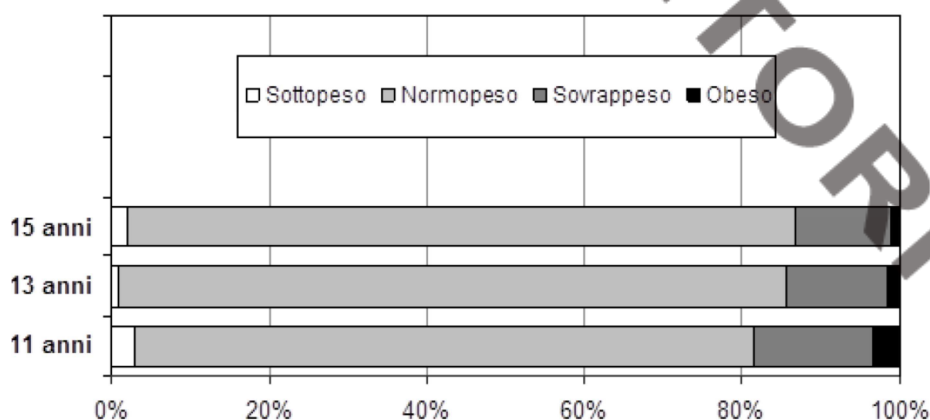
HBSC - Stili di vita e salute dei giovani in età scolare 2013 - 2014

L'indagine HBSC 2014 nella Marche ha interessato un campione di 2.220 ragazzi, equamente distribuito nelle tre classi di età (11-13-15 anni) e ha evidenziato alcuni aspetti critici relativi allo stato di salute e benessere fisico, psichico e sociale degli adolescenti e preadolescenti nella regione.

La scuola marchigiana "piace molto" solo al 10% degli studenti (che rappresenta il valore minimo rispetto alla media nazionale del 14%, ben lontana dalla media europea del 30%). La fiducia verso gli insegnanti decresce con l'aumentare dell'età. Mediamente l'85% del campione sostiene di non aver mai subito atti di bullismo, che diminuiscono la crescere dell'età.

Per quanto riguarda abitudini alimentari e stato nutrizionale è stato evidenziato che la maggior parte dei giovani si colloca nel profilo "normopeso", anche se circa il 2% degli intervistati risulta sottopeso e una percentuale del 15% circa è in eccesso ponderale (sovrappeso e obesità), con un miglioramento medio del 3% rispetto alla rilevazione del 2010. La prevalenza dell'obesità è piuttosto bassa (3,5-1,2%), con trend in diminuzione al crescere dell'età.

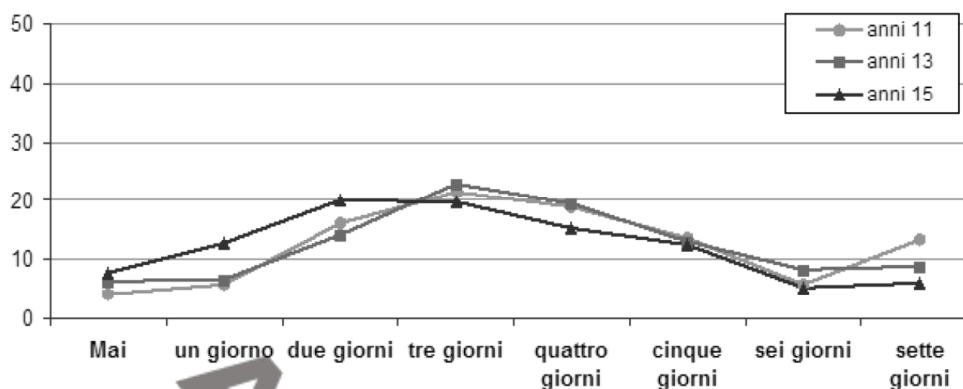
Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC, per età



Quasi 2 ragazzi su dieci non fanno mai la prima colazione e altrettanti non mangiano mai frutta o la mangiano meno di una volta a settimana o una volta a settimana. Inoltre, maggiore è la quota dei ragazzi che consumano poco o mai la verdura, anche se il consumo di frutta e di verdura più di una volta al giorno è leggermente migliorato rispetto alla rilevazione del 2010.

L'attività fisica adeguata risulta in progressiva costante diminuzione (secondo gli standard internazionali) con l'aumentare dell'età, sia in termini di quantità che di intensità. Si riscontra una lieve diminuzione dei sedentari e ipocinetici rispetto ad un lieve aumento, in controtendenza, di coloro che svolgono attività fisica per più di 4 giorni /settimana per almeno 60 min.

Frequenza percentuale di attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per età



Riguardo i comportamenti a rischio il 3,6% della totalità del campione dichiara di fumare quotidianamente, con un positivo calo nelle percentuali degli utilizzatori abituali a 15 anni sigarette rispetto alla precedente rilevazione HBSC 2010, mentre risulta generalmente aumentata per ogni fascia di età, la percentuale degli “sperimentatori”, cioè di coloro che fanno uso di fumo “almeno una volta a settimana” o meno.

Relativamente al consumo di alcool il 52,2% della totalità del campione ha bevuto alcolici, ma questa percentuale scende al 10,2% quando si considera l’uso mensile e si riduce ulteriormente quando si considera l’uso quotidiano al 2,8%, evidenziando un’alta percentuale di giovani che beve alcolici raramente (il 47,9% dei ragazzi intervistati dichiara di non aver “mai” bevuto sostanze alcoliche). Quasi due ragazze su dieci, a 15 anni, hanno dichiarato di essere state ubriache 2 volte o più, prevalendo sui maschi e in controtendenza rispetto alla media nazionale, dove la percentuale femminile è 16%.

Per ciò che concerne l’uso di cannabis i dati mostrano che oltre l’80% dei quindicenni non ha mai fatto uso di cannabis, percentuale che risulta però inferiore rispetto a quanto registrato nel rapporto HBSC del 2010. Per quanto riguarda coloro che dichiarano di aver fumato cannabinoidi, sebbene la frequenza più elevata risulti quella corrispondente a “1-2 giorni nella vita” (8,8%), il 3,9% dichiara di aver fumato “30 giorni o più”, corrispondente all’opzione più alta di consumo.

La prevalenza del gioco d’azzardo a rischio e problematico è stata indagata valutando il grado di ‘coinvolgimento’ dei ragazzi nel gioco d’azzardo, riuscendo così ad individuare la quota di ragazzi ‘a rischio’ di sviluppare problemi di gioco e quelli che già presentano tali problemi.

Nella nostra Regione, la quota di studenti a rischio di sviluppare una condotta problematica o che possono già essere definiti problematici è pari al 5% (quota nazionale 6%).

Per quanto riguarda l’attività sessuale, circa il 19% dei ragazzi e circa il 19% delle ragazze di 15 anni dichiara di avere avuto rapporti completi. Il profilattico è stato usato solo nel 75% dei casi; la percentuale maggiore di risposte affermative è riscontrabile nel campione maschile, con un 84,8%, contro il 69,2% delle femmine.

Oltre la metà del campione (57,3%) riporta di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi, senza grandi oscillazioni dovute alle differenze di età. Laddove si sono manifestati hanno interessato soprattutto il genere maschile.

La percezione della propria salute si mantiene su livelli elevati: oltre l’85% dei ragazzi dichiara di godere di una eccellente o buona salute. La percezione dei ragazzi rispetto al proprio stato di benessere sembra collocarsi nella regione medio-alta della scala: ben l’84.1% attribuisce punteggi decisamente positivi.

Il 48.8% di tutti gli intervistati, risponde di non aver assunto medicinali nell’ultimo mese, mentre il 27.7% dichiara di aver fatto ricorso ad un singolo farmaco ed il 24% a più tipologie di farmaci. Le ragazze sembrano assumere più facilmente farmaci al crescere dell’età. Ciò è vero anche per i maschi, ma in maniera molto meno evidente.

I COMPORTAMENTI CHE INFLUENZANO LA SALUTE IN ETÀ ADULTA

Lo studio PASSI - Stili di vita negli adulti di 18-69 anni

PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) é il sistema di sorveglianza italiano sui comportamenti correlati con la salute della popolazione adulta, coordinato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e dall'Istituto Superiore di Sanità.

Il sistema PASSI indaga aspetti relativi allo stato di salute (salute percepita, prevalenza di fattori di rischio cardiovascolari e di sintomi di depressione), abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol), offerta e utilizzo di programmi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazione contro rosolia e influenza), sicurezza stradale e domestica.

Ogni mese un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale dei Dipartimenti di Prevenzione, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (nelle nostre Aree Vaste circa 16 interviste al mese) con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima tramite Internet e registrati in un archivio unico nazionale.

Nell'Area Vasta n. 5 di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto il campione esaminato negli anni 2007-2011 è stato di 726 persone intervistate.

Consumo di tabacco

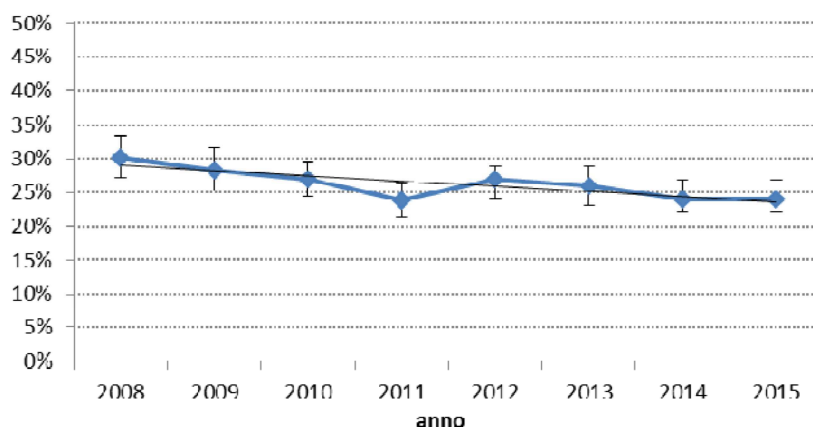
Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronic-degenerative e si stima che fra i 70 e gli 85 mila decessi all'anno in Italia siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi. Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi, ed è in aumento la percentuale di giovani che fumano.

La regione Marche si colloca fra le regioni con prevalenza di fumo significativamente più bassa del valore medio nazionale (25% vs 27%).

L'abitudine al fumo è più diffusa fra i più giovani in particolare fra i 18-34enni, e si riduce con l'età, è più frequente fra gli uomini (28%) rispetto alle donne (22%), fra le persone più svantaggiate economicamente (36%), ed è più bassa tra le persone più istruite (21% con laurea).

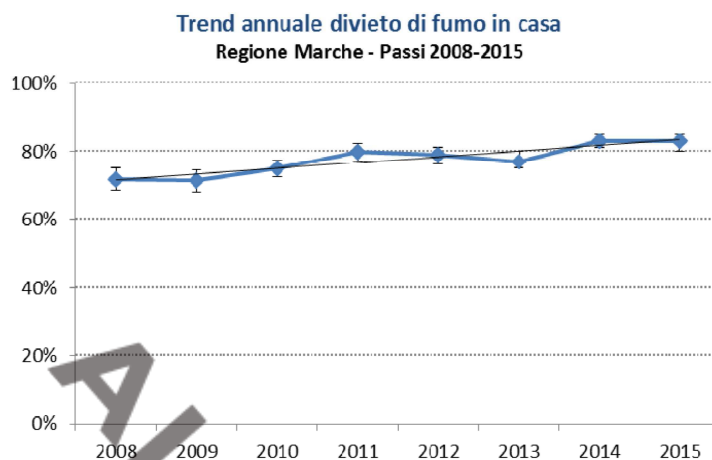
Il numero medio di sigarette fumate in un giorno è pari a 12. Il 21% dei fumatori consuma più un pacchetto al giorno (*forte fumatore*).

Trend annuale Fumatori
Regione Marche - Passi 2008-2015



^oFumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno, oppure soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi.

In Italia e nella regione Marche circa 90 adulti su 100 riferiscono che il divieto di fumo è sempre, o quasi sempre, rispettato nei luoghi pubblici da loro frequentati negli ultimi 30 giorni e sul luogo di lavoro.



Nella Regione Marche, l'80% delle abitazioni sono "libere da fumo" e la percentuale sale all'86% se in casa vivono bambini.

Tra gli intervistati della Regione Marche che negli ultimi 12 mesi hanno avuto un contatto con un operatore sanitario, al 35% è stato chiesto se fumano e tra i fumatori il 55% ha ricevuto il consiglio di smettere. Nella maggior parte dei casi il consiglio è stato dato a scopo preventivo (23%).

Abuso di alcol

Il problema alcol rimane attualmente sottostimato, nonostante l'enorme impatto sulla salute pubblica per i rischi connessi ad un suo uso eccessivo. Infatti, l'impatto negativo dell'alcol, oltre che da disturbi e patologie croniche alcol-correlate (circa 200) è caratterizzato anche da incidenti e decessi avvenuti a causa di cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti alcol-attribuibili per i quali non è necessaria una esposizione continua al fattore di rischio, ma è sufficiente anche un consumo eccessivo occasionale.

PASSI misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (UA). L'UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

Consumo di alcol a maggior rischio *

Consumo di alcol – PASSI 2011-14	Regione Marche - (n=4.758)	Pool di Asl – (n=150.767)
	% (IC95%)	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	62,9 (61,6-64,3)	55,1 (54,7-55,4)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	8,3 (7,6-9,1)	8,0 (7,8-8,1)
Consumo abituale elevato ¹	4,1 (3,6-4,8)	3,7 (3,6-3,8)
Consumo binge ²	9,7 (8,9-10,6)	8,8 (8,6-9,0)
Consumo a maggior rischio ³	18,2 (17,2-19,3)	16,9 (16,7-17,1)

* PASSI monitora diversi aspetti del consumo a maggior rischio mediante indicatori specifici:

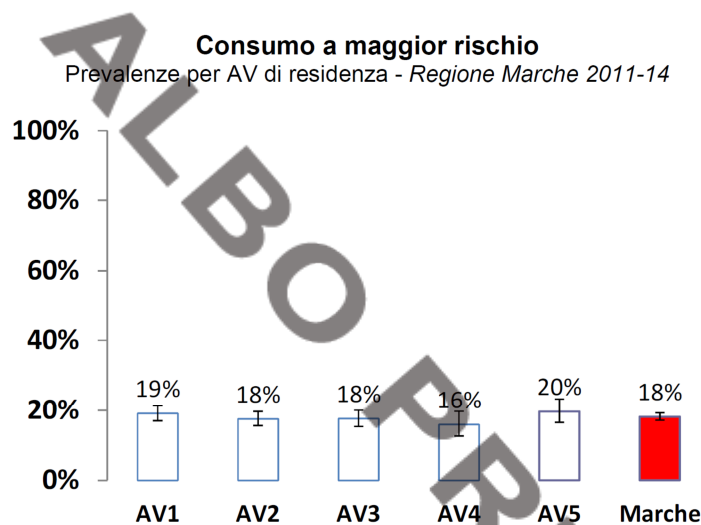
¹ **consumo abituale elevato**: per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni; ² **consumo binge**: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione; **consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto**.

Nel periodo 2011-14, la percentuale di consumatori di alcol nella regione Marche è risultata pari al 63% (55% nel pool nazionale di Asl), mentre il consumo fuori pasto era dell'8% e il consumo abituale elevato del 4% (all'incirca le stesse prevalenze del pool di Asl).

Nelle Marche il 18% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.

Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini e le persone con livello di istruzione medio-alto. Non risultano differenze rispetto la situazione economica.

Nelle AV regionali non sono emerse differenze statisticamente significative in termini di prevalenza di persone che consumano alcol con modalità ritenute a maggior rischio (range dal 16% dell'AV4 al 20% dell'AV5).



Nelle Marche nel quadriennio 2011-2014, il 10% dei conducenti riferisce di aver guidato un'auto, o una moto, sotto l'effetto dell'alcol negli ultimi 30 giorni; questa prevalenza è simile al dato nazionale del 9%. La quota di giovanissimi tra i 18-25 anni alla guida sotto l'effetto dell'alcol è più elevata (13%, a fronte di un dato nazionale pari all'8%) ed è più preoccupante poiché il rischio di incidenti stradali associato a questo comportamento è decisamente più alto quando legato alla giovane età.

Secondo i dati PASSI solo poche persone con consumi a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo. Nel periodo 2011-14, nelle Marche, solo il 4% degli intervistati, che riferiscono un consumo di alcol "a maggior rischio", indicano che un medico ha consigliato loro di bere di meno (sono il 6% a livello di pool di Asl nazionali). Questo valore è significativamente inferiore al dato nazionale ed è anche il più basso, dopo l'Umbria, tra le regioni partecipanti al sistema di sorveglianza Passi.

Sovrappeso e obesità

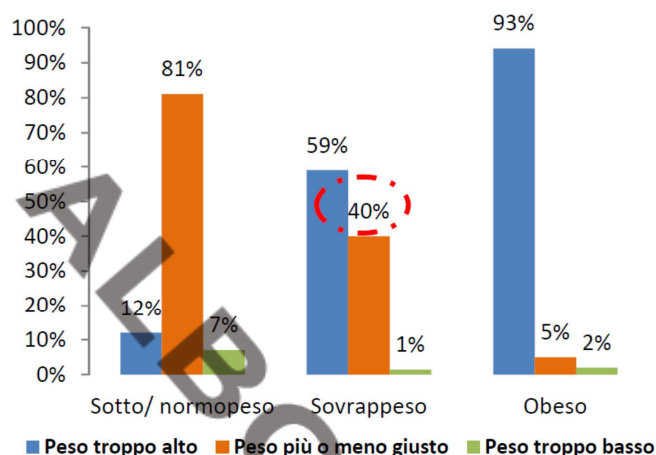
L'eccesso ponderale è uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza delle principali malattie croniche non trasmissibili (cardiopatie ischemiche, ictus, ipertensione, diabete mellito, alcuni tipi di tumore) e contribuisce all'aggravamento di patologie già esistenti.

L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica, anche perché la sua prevalenza è in costante aumento non solo nei Paesi occidentali ma anche in quelli a basso-medio reddito. L'eccesso ponderale rappresenta il quinto fattore di rischio per mortalità.

I risultati PASSI 2012-2015 indicano che nelle Marche una quota rilevante (42%, come per l'Italia) degli adulti 18-69 anni presenta un eccesso ponderale, in particolare il 33% è in sovrappeso (32% il valore nazionale) e il 9% è obeso* (10% il valore nazionale).

La percezione che si ha del proprio peso è un fattore importante da considerare in quanto può condurre ad un cambiamento in positivo nel proprio stile di vita.

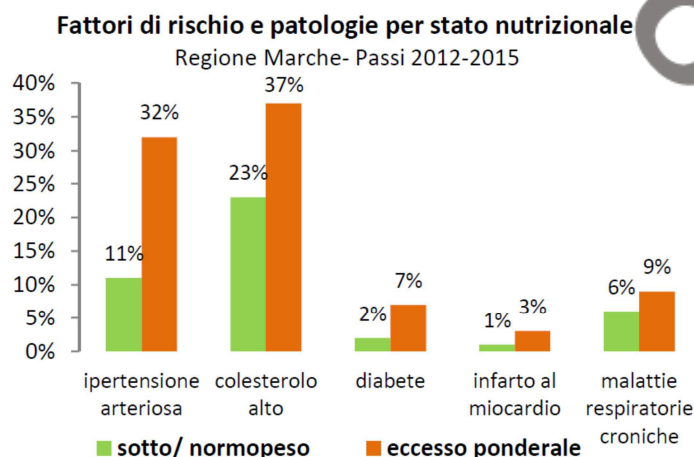
Dai dati Passi 2012-2015 si osserva che nelle Marche la percezione del proprio peso è corretta negli obesi (il 93% lo considera troppo alto) e nei normopeso (l'81% lo considera più o meno giusto). Tra le persone in sovrappeso invece emerge una criticità, infatti un'elevata percentuale di queste (40%) non ritiene il proprio peso troppo alto.



L'eccesso ponderale è una condizione che aumenta con l'età, è più frequente tra gli uomini e tra le persone socialmente svantaggiate, con basso titolo di studio e difficoltà economiche.

Tra le persone con il livello di istruzione più basso, il 59% è in eccesso ponderale, con una percentuale di obesi del 17%.

Le persone in eccesso ponderale mostrano profili di salute più critici rispetto a quelle che non lo sono. Infatti riferiscono con maggiore frequenza la presenza di fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione e ipercolesterolemia) e di condizioni patologiche importanti (diabete, infarto e malattie respiratorie croniche).



Meno della metà (48%) delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso e circa 1 su 3 (37%) ha ricevuto il consiglio di fare maggiore attività fisica. Le percentuali salgono tra gli obesi, infatti viene riferito dall'80% di questi il consiglio di perdere peso e dal 53% quello di praticare attività fisica. La percentuale di persone in eccesso ponderale che segue una dieta è significativamente più alta tra coloro che hanno ricevuto un consiglio da un operatore sanitario (37% vs 11% di coloro che non hanno ricevuto il consiglio)

Attività fisica

L'attività fisica è definita come qualsiasi attività muscolo-scheletrica che comporta un dispendio energetico. È quindi possibile essere fisicamente attivi grazie all'attività lavorativa, al trasporto attivo (camminare, andare in bicicletta), alle attività del tempo libero. L'attività fisica praticata regolarmente induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione della malattie cronico degenerative.

Infatti, ci sono infatti forti evidenze per la riduzione di: mortalità per tutte le cause, malattie cardiovascolari, ipertensione, ictus, sindrome metabolica, diabete di tipo II, cancro al seno, cancro al colon, depressione, cadute, peso corporeo, soprattutto se associato alla riduzione di calorie.

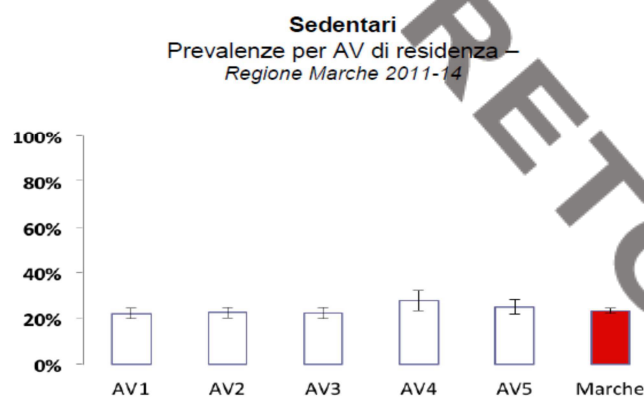
Lo svolgimento regolare dell'attività fisica inoltre produce rafforzamento osseo, miglioramento delle funzioni cognitive e miglioramento della fitness cardiovascolare e muscolare.

La sedentarietà invece, secondo stime recenti, è causa in Italia del: 9% di malattie cardio-vascolari, 11% di diabete di tipo II, 16% dei casi di cancro al seno, 16% dei casi di cancro al colon, 15% dei casi di morte prematura.

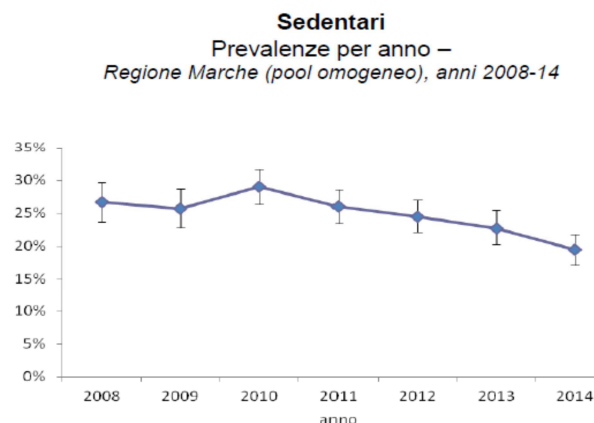
Nel periodo 2011-14: il 31% dei marchigiani intervistati ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata (33% nel pool di Asl); il 46% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato - parzialmente attivo - (36% nel pool di Asl); il 23% è completamente sedentario (31% nel pool di Asl). Complessivamente pertanto nel triennio 2011-2014 nelle Marche si stima che vi siano circa 238 mila adulti che non effettuano alcuna attività fisica.

Nelle Marche la sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa:

- nelle donne (25% vs 21% degli uomini);
- nelle persone con basso livello d'istruzione (32%);
- in quelle con molte difficoltà economiche (28%).



Considerando l'andamento regionale dal 2008 al 2014 (pool omogeneo regionale) si registra una progressiva diminuzione della prevalenza dei sedentari a partire dal 2010.



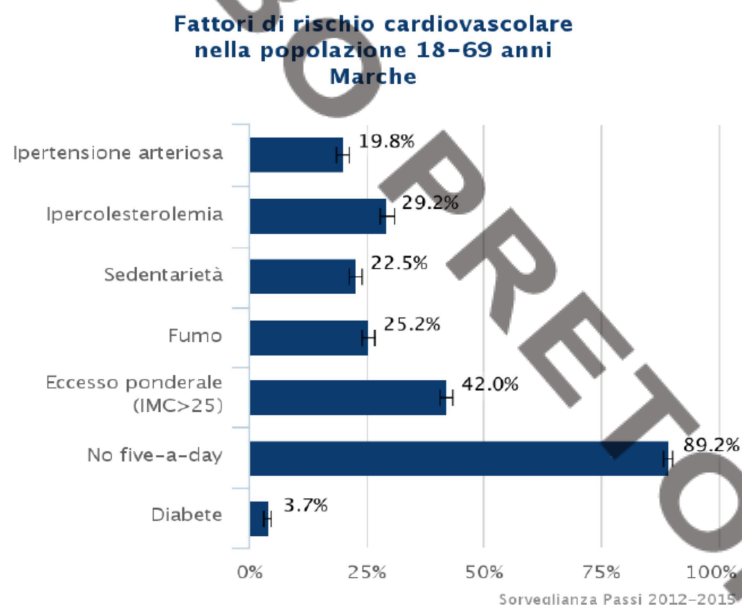
Nelle Aree Vaste regionali la percentuale di persone a cui è stato consigliato di fare più attività fisica da parte del medico, varia dal 21% dell'AV5 (valore significativamente più basso, dal punto di vista statistico, di quello regionale e di quello delle altre AV), al 37% dell'AV4.

Il Rischio Cardio-vascolare

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale e in Italia sono responsabili del 44% dei decessi. Comprendono varie patologie gravi quali, tra le più frequenti, la cardiopatia ischemica, l'infarto miocardico e l'ictus.

Le malattie cardiovascolari sono collegate alla presenza di fattori di rischio che aumentano la probabilità di insorgenza, alcuni dei quali modificabili (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, sedentarietà, abitudine al fumo di sigaretta, eccesso ponderale, scorretta alimentazione, diabete). Intervenedo su questi è possibile rendere la malattia cardiovascolare prevenibile.

Nelle Marche, complessivamente, considerati questi sette fattori indagati da Passi, circa 4 persone su 10 (23%, per l'Italia 24%) hanno almeno 3 fattori di rischio cardiovascolare tra quelli sopra menzionati, e solo una piccola percentuale (3%, in linea con il dato nazionale) risulta libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare.



Dai dati 2012-2015 del sistema di sorveglianza Passi, nelle Marche 2 intervistati su 10 riferiscono diagnosi di ipertensione, circa 1 su 3 di ipercolesterolemia, 1 su 5 è sedentario, 1 su 4 è fumatore, 4 su 10 sono in eccesso ponderale, 9 su 10 dichiarano di consumare meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, come raccomandato. Inoltre il 3% riferisce una diagnosi di diabete.

Nelle Marche, il 20% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione. Il 29% di coloro ai quali è stato misurato il colesterolo, nello stesso periodo di tempo, ha riferito diagnosi di ipercolesterolemia.

Solo il 3% degli intervistati tra i 35 e i 69 anni, senza patologie cardiovascolari, ha riferito la misurazione del rischio cardiovascolare, attraverso la carta o il punteggio individuale, uno strumento che il medico può facilmente utilizzare per stimare il rischio.

Nelle Marche il 74% degli ipertesi (79% per l'Italia), riferisce di essere in trattamento farmacologico. Indipendentemente dall'assunzione di farmaci la maggior parte ha ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di sale, di ridurre o mantenere il peso corporeo e di svolgere regolare attività fisica.

Nelle Marche il 29% degli ipercolesterolemici (33% per l'Italia), riferisce di essere in trattamento farmacologico e la maggior parte ha ricevuto anche il consiglio di consumare meno carne e formaggi e più frutta e verdura, di fare regolare attività fisica e di controllare il peso corporeo.

Nell'Area Vasta n. 5 i fattori di rischio cardiovascolare sono diffusi: si stima che il 22% della popolazione di 18-69 anni soffra di ipertensione arteriosa (corrispondente ad una stima di 31.105 persone) e il 26% abbia elevati livelli di colesterolo nel sangue (circa 36.780 persone). Ancora troppo poco diffuso è il calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare (2,4% dei soggetti intervistati).

Sopravvivenza e mortalità

Negli ultimi decenni si è assistito ad incrementi consistenti della sopravvivenza. I progressi nel campo della medicina, la prevenzione, l'aumento dell'istruzione e l'adozione di stili di vita salutari hanno permesso di conseguire successi determinanti per la riduzione dei rischi di morte anche nelle età avanzate di vita.

Per descrivere l'evoluzione della sopravvivenza è stata analizzata la speranza di vita alla nascita. L'indicatore ha evidenziato che le donne, nell'anno 2009, avevano la speranza di vita, mediamente, di 85,1 anni e gli uomini 80,3 anni. Si mantiene, quindi, il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza, ma il divario continua a ridursi pur se ancora consistente (+4,8 anni a favore delle donne). A livello nazionale, sempre nel 2009, la speranza di vita alla nascita era di 84,1 anni per le donne e 79 anni per gli uomini.

Relativamente all'evoluzione della mortalità oltre il primo anno di vita nell'Area Vasta n. 5 si è osservato, nel periodo 2008-2011, una lieve riduzione, infatti, il tasso generico di mortalità è variato da 10,6 a 10,1 (x 1.000 abitanti). A livello regionale la variazione è stata meno evidente: da 10,5 a 10,4 (x 1.000 abitanti).

Per quanto riguarda il tasso di mortalità infantile – decessi nel primo anno di vita sui nati vivi x 1.000 - l'orizzonte di riferimento è regionale: 2,4; a fronte del valore nazionale 2,8 (fonte Eurostat, 2013).

La mortalità evitabile

Una morte è considerata evitabile se, alla luce delle conoscenze mediche e della tecnologia o alla luce della comprensione delle determinanti della salute al momento della morte, tutte o la maggior parte delle morti per questa causa (applicando limiti di età se appropriato) potrebbero essere evitate attraverso cure sanitarie di buona qualità (*mortalità trattabile*) o interventi di sanità pubblica nel senso più ampio (*mortalità prevenibile*).

Se ci soffermiamo sulle classifiche regionali e provinciali, basate sull'indicatore di sintesi standardizzato *giorni perduti pro-capite*, tratte dal Rapporto MEV(i) ed. 2017. I dati provinciali sui decessi per causa 2014 appena rilasciati dall'Istat ed elaborati da Nebo Ricerche PA confermano la generale diminuzione della mortalità evitabile in Italia nel corso degli ultimi anni, ma ribadiscono anche un'evidente disparità geografica, a livello sia regionale che provinciale.

Per quanto riguarda la nostra Regione notiamo un lusinghiero primo posto per il genere maschile, mentre è terza per le femmine. È quindi evidente come ci si collochi in buona situazione sul piano della cura alle malattie e su quello della prevenzione, ovviamente sempre migliorabili.

Conforta anche la posizione della nostra Area Vasta (ricadente su ambito provinciale), come desumibile dalla classifica redatta per provincia. La lista che si riporta riguarda appena le prime 6 province su 110; chiude Napoli. La nostra Area risulta, in assoluto, quarta per i maschi e quinta per le femmine. Anche sotto questo aspetto abbiamo i giorni di vita persi pro-capite tra i più bassi d'Italia.

Infortunati stradali

Nel 2014 si sono verificati nelle Marche 5.422 incidenti stradali, che hanno causato la morte di 100 persone e il ferimento di altre 7.866. Rispetto all'anno precedente si registra una diminuzione degli incidenti (-2,3%) e dei

feriti (-1,2%), in linea con le variazioni rilevate nell'intero Paese (rispettivamente -2,5% e -2,7%). Il numero delle vittime della strada, invece, aumenta del 16,3% a fronte di un calo in Italia dello 0,6% (Prospetto 1).

Nell'Area Vasta 5 gli incidenti sono stati 856 che hanno causato 12 morti e 929 feriti. Anche qui si nota una diminuzione dei sinistri e della percentuale di feriti, ma con lo stesso numero di vittime. In ogni caso negli ultimi lustri la mortalità proporzionale è tendenzialmente in diminuzione: da 2,5% nel 2002 a 1,5% nel 2015.

Il Percorso nascita

Dall'ultima indagine eseguita nella Regione, sul percorso nascita a cura dell'Agenzia Sanitaria, si rileva che la nostra A.V. è nella media dei vari parametri riscontrati (indagine campionaria con numerosità stratificata su tutte le aziende sanitarie). Per quanto riguarda i principali indicatori di qualità dell'assistenza prenatale, i risultati sono soddisfacenti, perché più del 99% delle gravidanze sono state assistite da un operatore sanitario ed il 95% delle donne ha effettuato un controllo entro il primo trimestre. È stato riscontrato un forte ricorso all'assistenza privata (78,5%), con un ricorso al consultorio familiare molto basso (2%).

L'indagine ha consentito di valutare l'effettiva domanda di salute da parte delle donne durante il percorso nascita e le caratteristiche dei servizi offerti nella regione. Per quanto riguarda la gravidanza ed i principali indicatori di qualità dell'assistenza prenatale, i risultati sono soddisfacenti, perché più del 99% delle gravidanze sono state assistite da un operatore sanitario ed il 95% delle donne ha effettuato un controllo entro il primo trimestre. È stato riscontrato un forte ricorso all'assistenza privata (78,5%), con un ricorso al consultorio familiare molto basso (2%).

Per quanto concerne il parto, nell'87% degli spontanei è stato possibile l'accesso di una persona scelta dalla donna in sala parto. La prevalenza del taglio cesareo è molto alta: più del 34%. Quindi anche la nostra A.V. si colloca nella media nazionale che ha portato l'Italia al primo posto tra i paesi europei per quanto riguarda il ricorso al taglio cesareo superando di molto la soglia del 15% che secondo l'OMS garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre ed il bambino. Il taglio cesareo costituisce la manifestazione più esasperata, anche se non la sola, della medicalizzazione dell'evento nascita.

Nel Progetto Obiettivo Materno Infantile è enfatizzato l'obiettivo della promozione dell'allattamento al seno intesa sia come incremento della percentuale di allattamento precoce, sia come aumento della pratica dell'allattamento oltre il 3° mese, per i suoi effetti benefici sulla salute del bambino/a. E' ormai da tempo stabilito come l'inizio precoce dell'allattamento al seno sia un fattore di riuscita estremamente importante per l'allattamento al seno prolungato. Tuttavia, risulta che soltanto il 59,1% delle donne ha attaccato al seno il/la proprio/a bambino/a entro 2 ore dal parto. Da tempo, nei paesi industrializzati, è raccomandata la promozione dell'allattamento esclusivo e duraturo, nonostante persista una carente incentivazione non solo del suo inizio ma anche della sua continuazione.

Secondo i dati Istat (anno 2013) su "Gravidanza, parto e allattamento al seno", pubblicati a dicembre 2014, il numero medio di mesi di allattamento esclusivo è pari a 4,1: il valore più alto si registra nella Provincia autonoma di Trento (5,0) e quello più basso in Sicilia (3,5). Aumentano, rispetto al 2005, le donne comunque allattanti, anche per brevi periodi o in modo complementare con un allattamento "misto", secondo le vecchie definizioni (85,5% contro l'81,1%) e il periodo complessivo di allattamento al seno si allunga indipendentemente dall'età della madre e su tutto il territorio nazionale. Inoltre, sia la quota di donne che allatta sia la durata dell'allattamento è maggiore tra le cittadine straniere rispetto alle italiane con rispettivamente: l'89,4% contro l'84,6% e 9,2 mesi in media contro 8,1.

Dall'indagine specifica condotta dalla Regione nel 2012, comprensiva dell'AV n. 5, risulta che al 6° mese di vita solo il 40,6% delle matri continua ad allattare in modo completo. Questo dato, pur essendo migliore della media nazionale (9,2%), è ancora al di sotto della raccomandazione OMS che indica una proporzione maggiore del 50%.

DOTAZIONE ORGANICA E QUADRO DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI

In base al Decreto del Dirigente della Posizione di Funzione Prevenzione e Promozione della Salute nei luoghi di vita e di lavoro n. 10/SPV del 05/05/2016, è stato costituito un Gruppo Tecnico Regionale per il Coordinamento dei Programmi 1,2,3,4 come previsto dalla D.G.R. 540/2015 dal titolo "Interventi regionali di attuazione del Piano Prevenzione Nazionale 2014/2018".

Nell'Area Vasta n. 5 è stato costituito, con determina n. 1181/AV5 del 30/11/2015, di cui alla DGRM 540/2015, punto 1.4.1, un Gruppo Tecnico di Coordinamento del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018, coordinato dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione e composto dal Dott. Claudio Cacaci, Direttore del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, dalla Dott.ssa Maria Teresa Nespeca, Direttore di Distretto, dalla Dott.ssa Maria Grazia Mercatili, Responsabile UOSD PEAS, dal Dott. Massimo Baffoni, Responsabile UOSD Epidemiologia e dal Dott. Domenico Fanesi, Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale XXII.

Conseguenzialmente è stato istituzionalizzato con ID: 0021918/20/03/2017/ASURAV5/APDIPREV/P, un Gruppo di lavoro intersettoriale per la redazione di un Piano Integrato Locale di Promozione della Salute, in attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018 (DGRM 540/2016 e 202/2016) relativamente ai Programmi 1-2-3-4, vista la DGRM n. 1287 del 16/09/2013, paragrafo 4.2.3, lettera e, che attribuisce al Direttore di Dipartimento di prevenzione la competenza di istituire gruppi di lavoro permanenti o temporanei costituiti da operatori di diversi Servizi. Il Gruppo è stato successivamente integrato nei componenti con nota ID: 0047356/27/06/2017/ASURAV5/APDIPREV/P.

Le risorse umane dedicate alla progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi di Promozione della Salute sono caratterizzate da qualifiche professionali di diverse estrazioni sanitarie che garantiscono un ampio spettro di competenze in rappresentanza di UUOO dell'Area Vasta e di Enti e Associazioni diverse: medici con diverse specializzazioni, assistenti sanitarie, biologi nutrizionisti, psicologi, sociologi, assistenti sociali, ostetriche, t. neuropsicomotricità, insegnanti, con la collaborazione di tirocinanti, volontari, operatori ONLUS.

Gli operatori che appartengono ai Servizi del Dipartimento di Prevenzione dell'Area Vasta 5 hanno varie esperienze lavorative e formative, in grado di garantire un apporto competente ed interdisciplinare e di colloquiare con interlocutori e partner qualificati, interni ed esterni al sistema socio-sanitario.

Il Gruppo di lavoro è coordinato dalla Dr.ssa Maria Grazia Mercatili, Responsabile dell'UOSD "Educazione Sanitaria e Promozione della Salute" (PEAS) dell'Area Vasta 5, anche a motivo dello specifico mandato a facilitare e sostenere la pianificazione integrata di Promozione della salute e la collaborazione alla stesura del Piano Integrato Locale per la Promozione della Salute.

L'analisi del contesto epidemiologico, socio-demografico ed economico sociale e la stesura della parte del Piano Integrato Locale relativa al contesto e alla pianificazione degli aspetti valutativi è stata assegnata al Dr. Massimo Baffoni, Responsabile della UOSD di Epidemiologia dell'Area Vasta 5. Per tale obiettivo ha facoltà di attivare collaborazioni interne ed esterne al Gruppo che ritenga necessarie.

Il mandato del Gruppo di lavoro interistituzionale prevede la possibilità di ulteriore ampliamento, a seconda delle linee del PRP o progetti che si vanno a delineare e attuare, con il coinvolgimento del personale sanitario dell'Area Vasta n. 5 e degli attori provenienti da Enti e Associazioni del territorio.

L'intento è quello di arrivare a costruire sotto-gruppi che lavorano sulle varie linee o temi di salute, che sono rivolte a uno specifico target e che seguano le buone pratiche.

I PROCESSI LOCALI E NAZIONALI

Rete delle Scuole che Promuovono Salute - SPS

Nel 1996 con la Carta di Ottawa il concetto di educazione alla salute evolve in Promozione della salute intesa come “processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e di migliorarlo”. Questo modo di procedere deriva da un concetto che definisce la salute come “la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni, dall’altro, evolversi con l’ambiente o adattarsi a questo”. La salute è dunque percepita come una risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita; è un concetto positivo che dà valore alle risorse individuali e sociali e alle capacità psicofisiche. Verosimilmente, la salute non è legata soltanto al settore sanitario, ma supera gli stili di vita per mirare al benessere e approdare alla “promozione della salute”.

Il termine promozione della salute ha una valenza più ampia di quella attribuibile al concetto di educazione alla salute. Comprende tutto ciò che è direttamente educativo in termini di salute e include interventi che chiamano in causa le principali agenzie formative in primis la Scuola. In tal senso, la promozione della salute propone azioni appropriate per realizzare:

- politiche per una scuola sana
- ambienti scolastici come luoghi di benessere fisico e sociale
- curricula educativi per la salute
- collegamenti e attività comuni con i servizi sanitari e gli altri servizi rivolti alla cittadinanza.

Dall’analisi della letteratura, emergono due nodi concettuali fondanti la strategia di promozione della salute nella scuola e individuati anche dall’OMS:

1. la scuola come comunità educante allargata ad interventi e collaborazioni intersettoriali e inter istituzionali (partnership);
2. la scuola come ambiente di vita e di lavoro favorevole alla salute di studenti, insegnanti, genitori, comunità (schools healthy work place).

Le scuole che promuovono salute sono in grado di migliorare la salute e il benessere di tutta la comunità scolastica. Facendo parte di una comunità sociale più ampia, rappresentano uno dei contesti privilegiati per ridurre le disuguaglianze.

Il ruolo della Sanità pubblica per la formazione scolastica deve dunque essere essenzialmente visto come una “santa alleanza” tra scuola e salute, che ha cinque punti qualificanti:

- 1) Porre al centro dell’azione lo studente (come persona in tutti i suoi aspetti cognitivi, affettivi, relazionali, corporei, estetici, etici, spirituali, religiosi, e pensando i progetti educativi didattici non per individui astratti, ma per persone che vivono qui e ora in un ambiente definito storicamente, che si pongono precise domande esistenziali, che vanno alla ricerca di specifici orizzonti di significato.
- 2) Sviluppare un piano per la salute che tenga conto degli indirizzi normativi, del contesto-culturale in cui ci si muove, dei bisogni di salute presenti e futuri dei giovani, delle situazioni e fattori di rischio, delle risorse e vincoli che possono potenziare o indebolire le azioni educative e possibili soluzioni da mettere in opera (*diagnosi di comunità*).
- 3) Scegliere con attenzione e definire dettagliatamente le *azioni* da intraprendere a sostegno della normale attività didattica, i *soggetti coinvolti*, i *tempi*, i *materiali informativi e didattici*, le *procedure*, ponendo particolare attenzione alla valutazione finale dei livelli di salute ottenuti.

- 4) Prevedere la presenza di risorse idonee e sufficienti, nonché luoghi e momenti formali di progettazione integrata, per garantire interventi continuativi, ed attività eque ed omogenee nei diversi territori.
- 5) Estendere il campo di azione ad altri luoghi di vita dei giovani, stimolando ove possibile, la partecipazione di altre figure di riferimento della comunità che contribuisce a migliorare l'efficacia degli interventi rafforzando e amplificando l'impatto dei messaggi trasmessi ai giovani.

È su queste basi che si costruisce il modello di "Scuola buona e sana", che rappresenta l'ultima fase evolutiva della formazione scolastica alla salute.

Rete delle Scuole che aderiscono ai Progetti di Peer Education

Nella città di Ascoli Piceno la Peer Education nasce nell'a.s. 2004/2005 quando l'Istituto Scolastico Comprensivo "Luciani" chiede all'U.O. di Promozione ed Educazione alla Salute di affrontare il tema dell'alcol con gli studenti delle classi terze, in seguito al verificarsi di diversi episodi di abuso di alcolici durante la settimana bianca.

Negli anni il progetto è stato accolto anche in altri ISC e nelle Scuole Secondarie di Secondo Grado e da due anni la Peer Education viene svolta anche in diversi Istituti Superiori di San Benedetto del Tronto.

Si sono quindi costituite nel tempo due reti di scuole non formalizzate; una per la scuola secondaria di primo grado e una per le scuole secondarie di secondo grado, con le quali ogni inizio anno scolastico si programmano le attività di formazione e di azione dei peer educator e degli insegnanti referenti del progetto, che viene inserito nel POF e al quale vengono assegnati crediti formativi per gli studenti e per gli insegnanti stessi.

Nei percorsi formativi delle reti, tenuti dal personale sanitario (Promozione Educazione alla Salute, SISP,SIAN) si propongono il sostegno e la diffusione delle strategie e delle metodologie di lavoro della Peer Education applicata ai sani stili di vita (alcol, fumo, alimentazione, movimento e prevenzione delle IST).

Il punto di forza del progetto è rappresentato dal protagonismo giovanile e dal ruolo del docente come adulto referente oltre al sostegno del personale sanitario (psicologi, assistenti sanitari, nutrizionisti e medici).

Nel mese di maggio si organizzano eventi specifici per condividere, tra studenti e insegnanti, genitori e cittadinanza, le attività svolte nel corso dei progetti di Peer Education (materiali cartacei, video, ecc.).

Rete delle Scuole che aderiscono a Progetti di Guadagnare salute con le Life Skills

Il progetto "*Guadagnare Salute... con le Life Skills*" è nato come progetto-pilota nelle Scuole dell'Infanzia e Primaria nell'a.s. 2013-2014 dalla collaborazione tra il PEAS, l'Ambito Territoriale Sociale n.22 di Ascoli Piceno e la Lega Italiana Lotta contro i Tumori (LILT)- sezione di Ascoli Piceno che hanno realizzato congiuntamente, negli anni, numerosi progetti di promozione di sani stili di vita sul territorio. Negli anni successivi è stato ampliato e potenziato ed esteso anche alle Scuole Secondarie di I grado, per accompagnare e sostenere i ragazzi in un momento della vita in cui è ancora più importante disporre di abilità che supportino e favoriscano scelte consapevoli e salutari. Il progetto si inserisce nella più vasta iniziativa nazionale "*Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari*", approvato dal Governo nel 2007, che ha l'obiettivo di promuovere stili di vita sani per prevenire l'insorgenza e per ridurre l'incidenza delle principali malattie cronicodegenerative, per migliorare la qualità della vita ed il benessere dei singoli e della collettività in generale.

Il programma si basa su alcuni assunti fondamentali: a) i concetti di “salute” e di “promozione della salute” secondo la visione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (l’OMS intende la prima come “...uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale...”- e non solo come “...un’assenza di malattia o di infermità”- e la seconda come “il processo che permette alle persone di aumentare il controllo su di sé e migliorare la propria salute”; nello specifico, “...la promozione della salute è il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e migliorarlo. (omissis). Così, la promozione della salute non è legata soltanto al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere” (“La Carta di Ottawa”, documento finale della Conferenza dell’OMS, 1986); b) la convinzione che il benessere, individuale e relazionale, può essere ottenuto attraverso la cura delle *competenze psicosociali* (ovvero le *life skills*) intese come le “...competenze che portano a comportamenti positivi e di adattamento che rendono l’individuo capace di far fronte efficacemente alle richieste e alle sfide della vita di tutti i giorni...” (OMS, 1994), come ad esempio le capacità di comunicare e di relazionarsi efficacemente, il senso critico, l’autoconsapevolezza, le abilità di risolvere problemi, di riconoscere e gestire le emozioni, di riconoscere e gestire lo stress.

Un intervento precoce di “educazione alle *life skills*”, dunque, permette l’acquisizione di competenze indispensabili per il benessere personale e sociale e rende i minori più capaci di individuare ed evitare situazioni e comportamenti *a rischio*, non solo nel campo della salute.

L’U.O. PEAS ha messo a punto tre Manuali (“Guadagnare Salute...con le *life skills*”) rivolti ai docenti delle scuole dell’Infanzia, Primaria e Secondaria di I e II grado, contenenti attività differenziate che consentono di potenziare la dimensione sociale dell’apprendimento e di veicolare con maggiore efficacia le competenze necessarie al raggiungimento del successo formativo degli alunni, permettendo loro di sperimentare le proprie “*skills*” attraverso attività rilevanti anche dal punto di vista emozionale.

Ha, inoltre, messo a punto altri due Manuali (“Sani stili di vita... con le *life skills*”), collegati ai precedenti, per consentire ai docenti delle Scuole dell’Infanzia e Primaria di trattare gli argomenti “Salute”, “Alcol”, “Fumo”, “Alimentazione” e “Movimento” con i propri alunni.

Durante l’anno scolastico vengono organizzati eventi formativi rivolti ai docenti e delle giornate conclusive durante le quali gli insegnanti presentano ai colleghi il lavoro svolto in classe ed i materiali prodotti.

Rete delle Scuole che aderiscono al Progetto Youngle

Considerando il “nuovo” disagio mostrato dagli adolescenti contemporanei e la diffusione dei social network, il Ministero della Salute, il CCM e la Regione Toscana hanno ideato nel 2011 il progetto “Youngle. Social Net Skills”. Si tratta di un progetto di prevenzione grazie al quale i giovani possono dar voce ai loro dubbi e alle loro preoccupazioni, condividere le proprie esperienze ed avere informazioni sugli argomenti di salute chattando con ragazzi coetanei adeguatamente formati e costantemente supervisionati da operatori socio-sanitari. L’obiettivo principale di “Youngle” è quello di informare, educare e prevenire i comportamenti a rischio tipici dell’età adolescenziale (come ad esempio l’uso o l’abuso di sostanze legali o illegali, sessualità non protetta con rischio di infezioni sessualmente trasmissibili o gravidanze indesiderate, bullismo, ecc.) attraverso l’utilizzo dei social network. Nel corso degli anni a partire dalla Regione Toscana il progetto “Youngle” si è diffuso in diverse regioni italiane e risulta attualmente attivo in 7 regioni (Toscana, Umbria, Emilia Romagna, Liguria, Marche, Veneto, Lombardia).

Gli obiettivi principali di “Youngle Connection” Ascoli Piceno-San Benedetto del Tronto sono quelli di:

- Fornire informazioni corrette e spendibili riguardanti argomenti di salute al fine di cercare di arginare la disinformazione che dilaga nel web;
- Offrire spunti di riflessione affinché si possa superare lo stigma, il pregiudizio e le barriere sociali riguardo le cosiddette “diversità”;
- Stimolare la consapevolezza, rafforzare l’autostima e favorire lo sviluppo di competenze decisionali (o decision making);
- Creare uno spazio di ascolto, una “community” dove sentirsi accolti e ricevere aiuto, mettendo a proprio agio l’altro;
- Garantire l’anonimato per superare la barriera emotiva;
- Facilitare l’accesso ai servizi territoriali ponendosi trasversalmente tra questi e l’adolescente;

Rete delle scuole che aderiscono al progetto HBSC “Tutti insieme per cambiare” -Distribuzione automatica di alimenti e promozione della Salute.

- Il Coordinamento è composto dal Dirigente della Scuola capofila di Rete, ovvero dall’Isc SS. Filippo e Giacomo di Ascoli Piceno, dai Dirigenti Scolastici delle Scuole aderenti alla Rete, dal rappresentante dell’USR per Marche, Ufficio IV e dell’ ASUR, SIAN, AV5.

Tra i risultati di HBSC 2014 sulle abitudini alimentari è emerso che nella Regione Marche solo il16% dei ragazzi consuma la verdura “più di una volta al giorno” e il 21% la frutta “più di una volta al giorno”, mentre le evidenze scientifiche internazionali raccomandano un consumo di almeno 5porzioni di frutta e verdura ogni giorno. Inoltre, il 13% del campione consuma una volta o più volte al giorno bevande zuccherate. Utilizzare i distributori automatici presenti presso le scuole secondarie di primo grado per favorire l'adozione di sani stili di vita permette di:

- usare in modo integrato e sinergico diversi mezzi di promozione della salute, associando strumenti di informazione e comunicazione la possibilità di scegliere alimenti salutari;
- entrare in contatto con un numero molto elevato di persone;
- intervenire nel momento stesso in cui si sceglie quali alimenti consumare.

L’obiettivo era dunque quello di facilitare l’accesso a cibi salutari, introducendo alimenti nutrizionalmente equilibrati nei distributori automatici collocati presso la scuola secondaria di primo grado coinvolta inizialmente nel progetto, trasformando quindi il distributore automatico in un’opportunità per promuovere sane abitudini alimentari.

Attualmente gli Istituti che aderiscono alla Rete sono 6

TAVOLI DI CONFRONTO INTER-SETTORIALI SANITARI IN ESSERE

- Tavolo per l'attività integrata con il Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Medicina dello Sport, PEAS, Epidemiologia e Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione
- Tavolo di Programmazione con le Cure Tutelari per il Progetto Affettività, Sessualità e Prevenzione delle Infezioni Sessualmente Trasmissibili nelle scuole secondarie di primo grado
- Protocollo Operativo con le Cure Tutelari per lo Sportello di Ascolto Youngle Space. Spazio d'ascolto per giovani dai 14 ai 21 anni
- Protocollo interno con il Dipartimento Medico, U.O.S. Dipartimentale di Malattie Infettive, per lo Sportello HIV "Servizio di *Counseling* Psicologico per pazienti HIV e HCV Positivi"
- Tavolo di Programmazione con l'UOC di Medicina Fisica per il percorso di formazione sulla Prevenzione dei Disturbi Vocali per gli Insegnanti di ogni Ordine e Grado dell'Area Vasta n.5.
- Tavolo di progettazione opuscoli informativi e attività integrate di prevenzione e sani stili di vita con la Diabetologia
- Tavolo di progettazione/condivisione tra Cure tutelari, Medicina dello Sport SISP, SIAN, PEAS, per i corsi CAN.
- Protocollo operativo tra Dipartimento di Prevenzione (SIAN) e Consultorio Familiare per il Percorso Salute Donna.
- Tavolo di Progettazione per il G.A.P. con il Dipartimento Dipendenze Patologiche, Cooperativa AMA Aquilone, Cooperativa COSS Marche, Ambiti Territoriali Sociali, Dipartimento di Prevenzione
- Costituzione Tavolo di Progettazione per il programma "Ragazzi in gamba" con Ufficio Scolastico Regionale, Ambiti Territoriali Sociali, Dipartimento di Prevenzione, Istituti Scolastici di I e II grado, Coni, Enti Promozione Sportiva
- Costituzione Tavolo di Progettazione "Città sane" con i Comuni del Territorio della Asur Marche AV 5, Ambiti Territoriali Sociali, Dipartimento di Prevenzione, Istituti Scolastici di I e II grado, UISP, US ACLI, CONI
- Tavolo di Progettazione tra SIAN e la Nutrizione e Dietetica Ospedaliera AV5 per la realizzazione della giornata dell' Obesity Day 10 ottobre 2017.
- Tavolo di progettazione tra SIAN, SISP, UMEE, Associazioni Sportive per interventi di promozione della salute target Scuola e Salute.

ACCORDI DI COLLABORAZIONE CON SOGGETTI ESTERNI ALL'ASUR MARCHE A.V. 5

- Convenzione con l'Associazione Provinciale di Ascoli Piceno Lega Italiana Lotta Tumori (LILT) riguardanti le attività di informazione e prevenzione sui sani stili di vita.
- Tavoli di Progettazione/condivisione con UISP, US ACLI, CONI
- Tavoli di Progettazione con gli Ambiti Sociali Territoriali XXI, XXII, XXIII, XXIV.
- Accordo di Programma tra Dipartimento di Prevenzione, Ufficio IV Ambito Territoriale per le Province di Ascoli Piceno e Fermo e LILT sezione Provinciale di Ascoli Piceno, che prevede iniziative di sensibilizzazione e formazione degli studenti e del personale della scuola sulle tematiche inerenti gli "Stili di Vita Sani e la Prevenzione della Salute". Tale accordo prevede la co-partecipazione rispetto ad attività di prevenzione/promozione della salute nelle scuole della Provincia di Ascoli Piceno nelle aree della:
 - educazione e promozione di stili di vita legati alla prevenzione delle malattie croniche (malattie cardiovascolari, tumori, diabete, obesità, ...) ed in particolare: promozione di una sana alimentazione, promozione dell'attività fisica, prevenzione del tabagismo
 - prevenzione delle dipendenze da sostanze (alcol, droghe, farmaci) e delle "nuove dipendenze" (gioco d'azzardo, media, tecnologiche e digitali)
 - educazione all'affettività ed alla sessualità
 - educazione alla sicurezza e prevenzione degli incidenti
 - educazione alla relazione e prevenzione del disagio
 - educazione alla solidarietà per una scelta consapevole in tema di donazioni di organi e tessuti.
- Collaborazione con Associazione Italiana Celiachia nell'ambito della formazione rivolta agli operatori della ristorazione collettiva per aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti ivi inclusi i soggetti celiaci
- Rete con Aziende di Ristorazione Collettiva (ARC) al fine di ridurre il consumo del sale : "Poco Sale ma iodato: una scelta consapevole"

FORMAZIONE

La formazione rappresenta un mezzo per l'acquisizione di informazioni e la condivisione di metodologie da applicare nella promozione della salute al fine di strutturare, solidificare e rinforzare, in maniera continuativa, capacità di crescita sia individuali che professionali degli operatori.

Il valore della formazione, infatti, si colloca come prospettiva di impegno continuo per tutto l'arco della vita umana, perché correlato ai processi di cambiamento, di trasformazione, di sviluppo dei sistemi sia aziendali che personali.

La formazione sostiene lo sviluppo della persona, della professione, delle capacità, strutturando e consolidando un processo di crescita cognitiva, apportando competenze da impiegare sul piano personale e professionale.

Nel corso del biennio 2017-2019, si propongono percorsi formativi che affrontano i temi riguardanti i determinanti della salute come alcol, alimentazione, fumo, movimento e lo stile di vita sano, le metodologie comunicative, le metodologie riguardanti la peer-education e le life skills oltre al tema del riconoscimento del disagio adolescenziale, la gestione delle emozioni e dello stress.

- Corso di formazione rivolto al personale socio-sanitario dell'Area Vasta n.5 riguardante lo sviluppo di competenze trasversali degli operatori sanitari nel counseling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio.
- "Laboratorio di Prevenzione dei Disturbi Vocali" rivolto agli Insegnanti di ogni Ordine e Grado realizzato con la logopedista dell'U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione e da uno psicologo dell'U.O. Promozione Educazione Alla Salute (PEAS)
- Ciclo di incontri di Formazione "Parole Stupefacenti" rivolto a personale sanitario, insegnanti, studenti e cittadinanza con la finalità di sensibilizzare ed informare sull'adolescenza e sulle diverse problematiche adolescenziali (realizzato da PEAS e SISP)
- Corsi di formazione regionale rivolti al personale socio-sanitario delle 5 Aree Vaste su Life Skills e Peer Education (da attivare su richiesta).

COMUNICAZIONE

L'OMS definisce la Promozione della Salute come il «processo che conferisce alle persone la capacità di aumentare e migliorare il controllo sulla propria salute intesa come stato di benessere fisico, mentale e sociale».

Le evidenze scientifiche affermano che la Promozione della Salute e la prevenzione di numerose condizioni di malattia e morte prematura sono legate all'adozione di sani stili di vita.

La scelta di adottare un determinato stile di vita non dipende solo da fattori propri del singolo individuo (conoscenze, credenze, valori, ecc.) ma è influenzata da fattori sociali (famiglia, amici, colleghi di lavoro, ecc.), ambientali ed economici (reddito, disponibilità di risorse per la salute, ecc.).

E' importante quindi intervenire, migliorando le conoscenze e le capacità individuali di empowerment, influenzando sulle condizioni sociali, ambientali ed economiche, in modo da rendere più favorevole il loro impatto sulla salute.

I principali canali di diffusione di informazioni per la promozione di sani stili di vita utilizzati dal Dipartimento di Prevenzione possono essere così sintetizzati:

- Portale ASUR Marche Area Vasta n.5
- Pagina Facebook "Youngle Connection"
- Comunicare i risultati degli studi delle sorveglianze di OKkio alla Salute report AV5 e HBSC regionale permette di condividere i rischi di salute dell'individuo e della comunità, di focalizzare le azioni efficaci per la salute della scuola e le strategie da intraprendere per raggiungere risultati realistici.
- Manuali Informativi:
 - "Guadagnare Salute...con le life skills"- vol.1,vol.2, vol.3 (per i Docenti delle Scuole dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di I e II grado);
 - "Sani Stili di vita...con le life skills"- vol.1, vol.2 (per i Docenti delle scuole dell'Infanzia e Primaria)
 - "Peer Education" (per i Docenti e gli Operatori degli Istituti Secondari di I e II grado)
 - Manuale: "La mensa scolastica i protagonisti, le competenze e le responsabilità"; Guida per i percorsi per la promozione di una sana alimentazione e di uno stile di vita attivo; Linee di indirizzo SIAN per un ambiente alimentare salutogenico
- Opuscoli Informativi
 - Opuscoli informativi e materiale didattico regionale per la linea di intervento "La giusta alimentazione...la trovi a scuola; Per una crescita sana: informazioni utili per genitori e bambini
- Giornate di sensibilizzazione rivolte alla popolazione:
 - o Giornata Mondiale senza Tabacco 31 maggio – attività rivolte agli studenti ed alla popolazione
 - o Giornata del Diabete
 - o Obesity Day
 - o Giornata del movimento Diffusione delle date dei corsi di cammino e degli eventi organizzati da US ACLI, UISP, CONI

PROMOZIONE DEI SANI STILI DI VITA - BAMBINI DOP

Interventi precoci di promozione della salute nel periodo preconcezionale, in gravidanza e nei primi anni di vita favoriscono un sano sviluppo psicofisico del bambino e dell'adulto del futuro.

Gli interventi che si attuano nell'Area Vastan.5 in tale proposito riguardano:

- La promozione dell'allattamento al seno
- Mamme Libere dal Fumo e Alcol
- Casa sicura
- Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione
- Sviluppo e potenziamento delle Life Skills
- Counseling nutrizionale alle donne che accedono al Consultorio
- Una ristorazione scolastica che promuove salute
- Sorveglianza e valutazione della adeguatezza nutrizionale dei menù
- La Commissione mensa
- Comunicazione nuove tabelle dietetiche
- Allattamento al seno nelle comunità pediatriche.

Per promuovere la salute psicofisica perinatale e infantile è necessario avviare percorsi formativi che favoriscano l'integrazione delle competenze specifiche degli operatori coinvolti nel percorso nascita con quelle dei servizi (sanitari, sociali, scolastici) dedicati alla prima infanzia.

Tra le azioni di formazione destinate al personale sanitario, in particolare le Ostetriche del percorso nascita, sono d'importanza strategica lo sviluppo dei contenuti, approfonditi nei Corsi di Accompagnamento alla Nascita, rivolto alla popolazione target, relativi all'Allattamento esclusivo al Seno per i primi sei mesi di vita del neonato, di avere Mamme libere dal Fumo e dall'Alcol in gravidanza e nel post parto, Piccoli in Sicurezza sia negli ambienti domestici che in macchina e della Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione.

Il personale sanitario, in particolare le Assistenti Sanitarie dei Centri Vaccinali, viene sensibilizzato a diffondere, nell'ambito della propria attività lavorativa quotidiana, la percezione sull'importanza dei fattori di rischio e a sostenere e rafforzare, attraverso il counseling motivazionale, la scelta di stili di vita salutari.

È previsto il coinvolgimento dei MMG e PLS attraverso incontri nei loro percorsi formativi per sensibilizzare sui temi dei sani stili di vita che hanno come target la popolazione tutta.

La scuola è interessata da un percorso che ha un approccio longitudinale, che si avvia fin dall'infanzia e che riguarda lo sviluppo di competenze trasversali, le life skills (le abilità per la vita), utili al bambino per affrontare le competenze sociali, emotive e cognitive.

Per la realizzazione di tali competenze nell'età 0-3 anni, si prevede la realizzazione di un manuale rivolto alle figure che ruotano intorno ai minori.

Per la popolazione 3-5 anni sono previsti incontri periodici di formazione per i docenti, verranno coinvolti anche i genitori, ai quali verrà illustrato e fatto sperimentare l'utilizzo dei manuali realizzati dalla U.O. Promozione Educazione Alla Salute (PEAS), contenenti attività stimolo che l'insegnante attuerà nei gruppi classe.

Con il coinvolgimento dei genitori, degli Ambiti Sociali Territoriali e delle Associazioni/Enti di Volontariato viene perseguita l'intersettorialità necessaria alla diffusione dei processi di *empowerment* della comunità e la realizzazione di un lavoro di rete integrato.

Per quanto riguarda lo Screening neonatale e per la riduzione della carenza di iodio (monitoraggio TSH neonatale), i prelievi vengono effettuati nei Centri Nascita e poi inviati presso la sede centrale individuata dalla Regione Marche.

L'attività del counseling nutrizionale individuale ha come obiettivo quello di favorire la presa di coscienza di abitudini alimentari e stili di vita aiutando nella acquisizione di comportamenti alimentari corretti praticabili e sostenibili nella vita di tutti i giorni. Una donna informata e che adotta sani stili di vita, nonché una sana e corretta alimentazione, non solo si prende cura della propria salute ma influenza positivamente quella della famiglia e delle generazioni future. In particolar modo il momento della gravidanza è strategico per adottare una corretta alimentazione con un impatto immediato sul benessere del nascituro e sulle abitudini della famiglia.

Nella "Convenzione dei diritti dell'infanzia", adottata dall'ONU nel 1989, è sancito il diritto dei bambini ad avere un'alimentazione sana ed adeguata al raggiungimento del massimo della salute ottenibile e nella revisione della "European Social Charter" del 1996 si afferma che "ogni individuo ha il diritto di beneficiare di qualunque misura che possa renderlo in grado di raggiungere il miglior livello di salute ottenibile". L'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha approvato nel 2006 "Gaining health", uno specifico programma che prevede una strategia multisettoriale mirata alla prevenzione e al controllo delle malattie croniche.

A fine 2007, l'OMS insieme con la Commissione Europea ed i 27 Stati Membri della Unione, hanno approvato una dichiarazione su "La salute in tutte le politiche", per promuovere l'elaborazione e l'attuazione di politiche favorevoli alla salute in diversi ambiti, quali alimentazione, ambiente, commercio, educazione, industria, lavoro e trasporti. Il successo di molti interventi per la promozione della salute dipende, infatti, anche da elementi esterni al "sistema sanitario". Su questa linea nasce nel 2007 "*Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari*", strategia globale volta alla promozione di stili di vita salutari e alla riduzione delle malattie croniche non trasmissibili, elaborata dal Ministero della Salute, per contrastare i fattori di rischio modificabili quali l'errata alimentazione, la sedentarietà, l'abuso di alcool e il tabagismo. Tra gli ambiti di intervento la ristorazione collettiva, in particolare quella scolastica, è stata individuata come strumento prioritario per promuovere salute ed educare ad una corretta alimentazione.

Una Ristorazione scolastica che promuove salute

L'accesso e la pratica di una corretta alimentazione è uno dei diritti fondamentali per il raggiungimento del miglior stato di salute ottenibile in particolare nei primi anni di vita. La ristorazione scolastica è stata individuata come strumento prioritario per promuovere salute ed educare ad una corretta alimentazione bambini, docenti e genitori.

Secondo *Le linee d'indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica* un sistema evoluto di ristorazione persegue obiettivi trasversali che, se implementati, possono rappresentare delle potenzialità anche per la sostenibilità dell'impresa. Sinteticamente questi obiettivi possono essere così riassunti:

- sicurezza e conformità alle norme,
- soddisfazione dell'utenza,
- appropriatezza rispetto ai bisogni in termini non solo delle caratteristiche nutrizionali delle ricette e proposte alimentari, tecnologia di cottura, derrate utilizzate, ma anche in termini di gradimento sensoriale,
- promozione di abitudini alimentari corrette,
- differenziazione del menù rispetto alla tipologia e necessità degli utenti.

Gli attori protagonisti che entrano nell'ambito delle competenze correlate alla ristorazione scolastica sono: Ente committente (comune o scuola paritaria), gestore del servizio di ristorazione, azienda sanitaria locale, utenza e istituzioni scolastiche che insieme concorrono alla gestione di un sistema complesso.

Nella ristorazione scolastica è di fondamentale importanza elevare il livello qualitativo dei pasti, come qualità nutrizionale e sensoriale, mantenendo saldi i principi di sicurezza alimentare. La corretta gestione della ristorazione può favorire scelte alimentari nutrizionalmente corrette tramite interventi di valutazione dell'adeguatezza dei menù e promozione di alcuni piatti/ricette. Oltre che produrre e distribuire pasti nel rispetto delle indicazioni dei Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana, essa può svolgere un ruolo di rilievo nell'educazione alimentare coinvolgendo bambini, famiglie, docenti.

Docenti e addetti al servizio, adeguatamente formati (sui principi dell'alimentazione, sulla importanza dei sensi nella scelta alimentare, sulle metodologie di comunicazione idonee a condurre i bambini ad un consumo variato di alimenti, sull'importanza della corretta preparazione e porzionatura dei pasti), giocano un ruolo di rilievo nel favorire l'arricchimento del modello alimentare casalingo del bambino di nuovi sapori, gusti ed esperienze alimentari gestendo, con serenità, le eventuali difficoltà iniziali di -alcuni bambini ad assumere un cibo mai consumato prima o un gusto non gradito al primo assaggio.

INTERVENTO n. 1

Titolo: L'allattamento al seno, una scelta di salute per la vita

Servizi (rete interna) coinvolti: Cure tutelari, SISP

Tipologia: Interventi informativi

Breve descrizione: L'intervento consiste nel promuovere l'allattamento materno esclusivo nei primi 6 mesi di vita attraverso incontri di informazione/sensibilizzazione. I Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) sono rivolti alle donne gravide e ai futuri papà, nel post parto e nei punti nascita.

Target prevalente: donne in gravidanza che accedono/partecipano ai corsi CAN

Copertura territoriale: Il progetto riguarda tutta l'Area Vasta n. 5 (n. 12 corsi "CAN" - Corso Accompagnamento Nascita - all'anno)

INTERVENTO n. 2

Titolo: Guadagnare salute con le life skills - scuole dell'infanzia

Servizi (rete interna) coinvolti: PEAS, SISP, SIAN

Tipologia: Interventi formativi

Breve descrizione: Potenziare in età precoce lo sviluppo delle Life Skills, dell'empowerment e l'adozione di sani stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol), nella popolazione 3-5 anni, con interventi

specifici, effettuati dagli insegnanti opportunamente formati, nel gruppo classe nella scuola dell'infanzia. L'obiettivo è quello di promuovere il benessere personale, relazionale e cognitivo, oltre le scelte salutari, in età precoce, attraverso l'utilizzo di manuali realizzati dal PEAS, Area Vasta n. 5, che contengono attività stimolo per facilitare le azioni del personale docente.

Target prevalente: docenti della Scuola dell'Infanzia

Copertura territoriale: Il progetto interessa il territorio dell'Area Vasta n. 5 (n. 2 corsi per anno scolastico-Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto - che prevedono più incontri ciascuno)

Soggetti esterni coinvolti: Scuole, Dirigenti scolastici, Docenti, Associazione LILT, Ambiti Territoriali Sociali.

INTERVENTO n. 3

Titolo: Mamme Libere da Fumo e Alcol

Servizi (rete interna) coinvolti: Cure Tutelari, U.O. Ostetricia-Ginecologia, Punti Nascita, PEAS, PLS e MMG.

Tipologia: Interventi formativo/informativi

Breve descrizione: Nei neonati con madre fumatrice o esposti al fumo passivo, vi è una correlazione positiva con un aumento di asma bronchiale, di bronchiti croniche e di otiti. Anche una sola assunzione di alcol può determinare un effetto dannoso sullo sviluppo dell'embrione e del feto, la sindrome feto alcolica è la conseguenza più grave (FAS). Essa può manifestarsi in forma più o meno grave con riduzione dell'accrescimento pre e post nascita, deficit intellettivo, o con malformazioni come la cardiopatia. L'alcol assunto in gravidanza raggiunge immediatamente il feto che non ha gli enzimi per metabolizzarlo, ad oggi non sappiamo qual è la dose quantitativa minima innocua per il bambino. Pertanto è indispensabile un'azione educativa rivolta alle donne che desiderano una gravidanza, che favorisca una scelta consapevole nei confronti del fumo di tabacco e del consumo di alcol, attraverso l'intervento motivazionale e il counseling motivazionale.

Target prevalente: donne, donne in gravidanza, neomamme, famiglie

Copertura territoriale: Il progetto interessa il territorio dell'Area Vasta n. 5 (n. 1 corso di formazione)

Soggetti esterni coinvolti: Associazione LILT, Ambiti Territoriali Sociali

INTERVENTO n. 4

Titolo: La prevenzione degli incidenti domestici

Servizi (rete interna sanità) coinvolti: SISP, PEAS, Cure Tutelari

Tipologia: Intervento informativo

Breve descrizione: Nella prevenzione degli incidenti domestici è necessario dare competenze a coloro che si occupano della cura dei soggetti deboli come appunto i bimbi e gli anziani. Nello specifico la campagna informativa riguarda le mamme in attesa, le neomamme, i papà ma anche gli insegnanti e il personale di

assistenza dei nidi e degli asili. I corsi di preparazione al parto CAN, così come l'accoglienza nei punti vaccinali, sono momenti preziosi per sensibilizzare al problema della prevenzione, facendo in modo di dare empowerment ai genitori che saranno così più consapevoli e competenti.

Target: genitori e personale che si occupa dell'infanzia

Copertura territoriale: Il progetto è effettuato durante i CAN e presso i punti vaccinali del Distretto di Ascoli Piceno (n. 8 incontri l'anno)

INTERVENTO n. 5

Titolo: Counseling nutrizionale con le donne in gravidanza

Servizi coinvolti: Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) e Cure Tutelari

Tipologia: Intervento informativo/organizzativo

Breve descrizione: L'attività prevista dai LEA (suppl. ordinario alla GU n. 65 del 18/03/2017) consiste in incontri (counseling) individuali - counseling dietetico nutrizionali (DM 16-10-98) - con le donne che accedono al consultorio.

Target prevalente: Donne in gravidanza che accedono ai servizi del consultorio e che hanno un rischio di sovrappeso-obesità.

Copertura territoriale: Distretto AP - 1 tavolo di progettazione/condivisione del protocollo operativo con gli operatori sanitari (ostetriche, ginecologi) del Consultorio sede di San Benedetto del Tronto, per estendere l'intervento all'intera Area Vasta 5.

INTERVENTO n. 6

Titolo: Sorveglianza e valutazione della adeguatezza nutrizionale dei menù offerti anche in relazione ad esigenze dietetiche specifiche, nelle mense scolastiche pubbliche e private e di comunità pediatriche.

Servizi coinvolti: SIAN

Tipologia: Interventi di valutazione degli aspetti gestionali, nutrizionali, di sicurezza igienica e di gradimento da parte dei bambini; valutazione dell'aderenza alla dieta mediterranea dei menù scolastici.

Breve descrizione: L'attività prevede verifiche nelle mense (cucine e/o refettori) attraverso sopralluoghi e utilizzo di strumenti di rilevazione ad hoc (secondo procedura SIAN AV5) e valutazione del grado di aderenza alla dieta mediterranea dei menù scolastici sulla base di strumenti validati. L'obiettivo finale è quello di individuare azioni di miglioramento condivise/da condividere con i gestori dei servizi di ristorazione scolastica.

Target prevalente: Responsabili dei servizi di ristorazione scolastica dei comuni e presidenti di enti gestori scuole paritarie.

Copertura territoriale: Area Vasta 5 (n. 10 sopralluoghi/valutazioni per anno).

Soggetti esterni coinvolti: Amministrazioni Locali/Responsabili dei servizi mensa, ARC/Gestori, ISC/Scuole paritarie/Asili nido.

INTERVENTO n. 7

Titolo: La Commissione Mensa: un efficace strumento di comunicazione fra istituzioni e famiglie

Servizi coinvolti: SIAN

Tipologia dell'intervento: Organizzativo/formativo

Breve descrizione: La Commissione Mensa costituisce un anello di congiunzione tra le Amministrazioni Comunali che gestiscono la ristorazione scolastica, il SIAN che valuta e/o elabora i menù, la scuola e le Aziende di Ristorazione che gestiscono la mensa. Il SIAN promuove l'istituzione delle Commissioni mensa diffondendo le linee di indirizzo per il Regolamento della Commissione mensa e cura la formazione dei componenti, ovvero genitori, dirigenti scolastici e docenti, attraverso corsi specifici sulle conoscenze igienico-nutrizionali, i criteri di elaborazione menù scolastici e sulle abilità per poter effettuare valutazioni "sul campo" del pasto a mensa in maniera adeguata e standardizzata.

Target prevalente: Amministrazioni Comunali, Dirigenti scolastici, famiglie.

Copertura territoriale: Area Vasta 5 (1 corso per ciascun anno).

Soggetti esterni coinvolti: Amministrazioni comunali, ISC, Scuole paritarie.

INTERVENTO n. 8

Titolo: Comunicazione delle nuove tabelle dietetiche ai portatori d'interesse: un impegno congiunto per valorizzare il pasto a mensa

Servizi coinvolti: SIAN

Tipologia: Intervento informativo

Breve descrizione: I responsabili delle mense scolastiche, sia pubbliche sia private (vedi DPR 264 1961; DM 16-10-98; DGRM n. 1762/2010), di ogni ordine e grado, hanno l'obbligo di sottoporre le tabelle dietetiche adottate alla valutazione da parte del competente Servizio Igiene Alimenti e della Nutrizione (SIAN AV5).

La tabella dietetica è un documento costituito da un menù articolato su almeno 4 settimane, con due varianti (primavera-estate e autunno-inverno), con le indicazioni delle grammature al crudo e al netto degli scarti, delle porzioni, della composizione calorica e bromatologica per ciascun alimento/pietanza riferite a fasce di età definite e alle caratteristiche della popolazione di riferimento. L'obiettivo primario dell'intervento è quello di effettuare un'efficace comunicazione fra gli interlocutori istituzionali e le famiglie, fondamentale per aumentare l'accettabilità del menù revisionato e di condividere l'importanza di sostenerlo anche a casa, considerando che le proposte alimentari del modello base hanno una forte valenza educativa.

Target prevalente: Responsabili ristorazione scolastica, dirigenti scolastici, presidenti scuole paritarie, docenti, educatori, famiglie.

Copertura territoriale: Area Vasta 5 (numero 2 incontri per anno).

Soggetti esterni coinvolti: Amministrazioni comunali, ISC, Scuole paritarie.

INTERVENTO n. 9

Titolo: Allattamento al seno: un diritto della mamma e del bambino

Servizi coinvolti: SIAN

Tipologia: Intervento informativo / formativo e organizzativo

Breve descrizione: L'attività prevede la realizzazione di un documento che contiene indicazioni operative rivolte sia agli operatori che alle famiglie con lo scopo di favorire e facilitare la pratica per la somministrazione di latte materno nelle comunità pediatriche. Il documento va condiviso con incontri partecipativi strutturati.

Target prevalente: Operatori comunità pediatriche/Amministratori, Pediatri di libera scelta/comunità.

Copertura territoriale: Area Vasta 5 (1 procedura da diffondere al target).

Soggetti esterni coinvolti: Amministrazioni locali/Responsabili asili nido, Associazioni di genitori.

PROMOZIONE DI SANI STILI DI VITA E PREVENZIONE DEI COMPORTAMENTI A RISCHIO NEGLI ISTITUTI SCOLASTICI DI OGNI ORDINE E GRADO - SCUOLA E SALUTE

La scuola e la salute: fattore di protezione e/o fattore di rischio. La scuola rappresenta da sempre un luogo di elezione per promuovere interventi di prevenzione primaria e secondaria rivolti ai soggetti in età evolutiva, e per migliorarne lo stato di salute. A chi si occupa di prevenzione in età evolutiva la scuola offre effettivamente molti vantaggi:

- tutti i soggetti in età pediatrica, ed una porzione significativa di adolescenti, vi trascorrono un tempo consistente della loro giornata, risultando dunque facilmente raggiungibili e coinvolgibili da chi voglia promuovere attività di prevenzione;
- gli adulti presenti con un ruolo educativo nel mondo della scuola possono osservare e identificare eventuali situazioni a rischio per la salute, e segnalarle sia alla famiglia che a professionisti del settore, per rendere possibile un riconoscimento precoce degli indicatori di rischio e un più tempestivo e frequente ricorso alle strategie di prevenzione secondaria; o anche, laddove si riveli necessario, a un intervento clinico;
- la scuola è la sede privilegiata non solo di una formazione centrata sul *sapere* sulle discipline sulle quali si concentrano i programmi ministeriali e gli obiettivi di apprendimento, ma anche di un'educazione più informale e complessiva finalizzata all'evoluzione del *saper fare* e del *saper essere* dei suoi frequentatori; che dunque al termine del proprio percorso di educazione di formazione scolastica possono davvero affermare che essa sia stata per loro una vera maestra di vita. Se ben orientato, il percorso scolastico può dunque potenziare l'autostima del soggetto e le sue competenze di autoefficacia ed autotutela, ed indirizzare il suo stile di vita verso un modello costruito sul principio del benessere, polisticamente inteso.

Non va però nascosto che la scuola può rappresentare non solo una risorsa, ma anche un elemento critico in relazione ad alcuni aspetti e problemi associati alla salute dei minori. Essa costituisce cioè allo stesso tempo sia il luogo meglio deputato a promuovere la salute di chi sta crescendo, sia un ambiente in cui i fattori di rischio si possono sommare o reciprocamente potenziare, generando problemi di salute - considerata nella tridimensionalità della sua natura, come proposto dall'OMS - sia sul piano organico, sia su quello emotivo/psicologico, sia su quello sociale/relazionale.

Ad esempio, la convivenza di persone molto differenti, provenienti da ambiti e contesti sociali lontani fra loro, rende frequente il contagio non solo di agenti infettivi ma anche di abitudini molto pericolose, associate *ai comportamenti e agli stili di vita* (malattie infettive, alcol, tabacco, consumo di alimenti poco sani, bullismo, problemi associati alla socializzazione virtuale resa possibile dalla rete *web* (cyber bullismo, sexting, ...), emarginazione di soggetti spesso considerati più a rischio (soggetti con disturbi specifici dell'apprendimento, disabilità (che se non ben compensata può trasformarsi in un handicap a livello sociale e funzionale) soggetti con orientamento omosessuale, minori provenienti da famiglie di etnie diverse ...).

Le prime sperimentazioni tabagiche, ad esempio, sono state per molte generazioni facilitate dalla frequentazione del medesimo ambiente scolastico. Inoltre, un altro problema di grande importanza per la salute degli alunni è rappresentato dal consumo di alimenti non sani, nelle scuole ove viene reso disponibile.

Nonostante ciò il contesto scolastico resta comunque il principale spazio di socializzazione, apprendimento e di pratica di cittadinanza per i giovani: queste tre dimensioni sono parte integrante dell'educazione e promozione della salute. Su questi assunti "Scuola e Salute - è tutto un programma", assume un punto di vista globale, ponendosi come obiettivo generale di ridurre la mortalità e la morbosità di chi a scuola vive, apprende e lavora, attraverso lo sviluppo di capacità di empowerment e di coinvolgimento attivo del personale insegnante, ausiliario, studenti e famiglie.

Secondo l'approccio per setting "Scuola e Salute - è tutto un programma" si propone di affrontare e riconoscere quei fattori di rischio modificabili che spesso hanno un esordio in età scolastica e che nel contesto scolastico possono autoalimentarsi. Pertanto il Programma tratta i principali fattori di rischio per patologie croniche contenute nel Programma Guadagnare Salute (alcol, fumo, alimentazione, attività fisica), ma anche quelli che si caratterizzano per l'esordio in età adolescenziale: l'uso di sostanze, legali e non, le dipendenze comportamentali e i comportamenti a rischio in genere (incidenti stradali, domestici e del tempo libero). La scelta di un approccio per setting permette inoltre lo sviluppo di un'azione specifica avente come fine, attraverso azioni di sensibilizzazione rivolte alla componente scolastica e sociale, l'identificazione precoce dei bambini/ragazzi con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale.

Scuola, Ambiti Sociali Territoriali e componente sanitaria concorrono a sviluppare le linee d'intervento trasversali attraverso le quali il Programma si realizza, al fine di supportare lo sviluppo nella comunità delle Scuole che Promuovono Salute. Gli interventi che si attuano nell'Area Vasta n. 5 in tale proposito riguardano:

- Scuola e Salute - Rendere Operativo il Protocollo d'intesa con la scuola
- Tutti insieme per cambiare" - Distribuzione automatica di alimenti e promozione della Salute
- Guadagnare Salute con le Life Skills - Scuola Primaria e Secondaria di I grado
- Sorvegliamo Comunichiamo per cambiare (OKkio - HBSC)
- Peer Education: un programma di promozione della salute - Scuole Secondarie di I e II grado
- Youngle Connection
- Prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili e contraccezione
- Alcol-vista. Alcol e Guida Sicura
- La giusta Alimentazione la trovi a scuola
- Due Assi nella manica per ... Guadagnare Salute
- Mettiamoci in movimento
- Percorsi per la promozione di una sana alimentazione e di uno stile di vita attivo
- Counseling nutrizionale per le donne dall'adolescenza alla menopausa che accedono al Consultorio
- Crescere bene è un grande progetto.

Nel Programma si individua una prima Linea d'Intervento di particolare valenza strategica che mira a costruire e condividere, in quadro d'insieme, lo sviluppo nella regione di una prima Rete di Scuole che Promuovono Salute, secondo le indicazioni OMS/SHE. Tale finalità necessita di realizzare una "struttura portante", di tipo organizzativo - formale, sui cui "poggiare" i diversi livelli che interagiscono tra loro e le azioni conseguenti.

Scuole che promuovono Salute rappresenta quindi la cornice istituzionale e metodologica per garantire la continuità e sostenibilità del Programma nel suo complesso.

Il Programma prende quindi forma con *Guadagnare Salute con le Life Skills e Peer Education*, nella strutturazione complessiva di cui sopra, fungono da “pietra angolare”, avendo l’aspirazione di diffondere metodologie raccomandate OMS a partire dagli operatori scolastici, sanitari e sociali, affinché possano rafforzare anche le proprie risorse, tecniche, pratiche e personali.

Dal momento che non è possibile concepire lo sviluppo di tali competenze indipendente dalla loro messa in pratica, relativamente al target studenti, il Programma mira al loro coinvolgimento attivo attraverso la metodologia della peer education, ma, altrettanto, la formazione integrata degli adulti di riferimento è pensata come “formazione tra pari”.

Le azioni formative destinate ai diversi professionisti in campo, inoltre, prevedono contenuti riguardanti la resilienza (capacità di ricostruirsi nonostante un trauma) partendo dall’assunto che il confine tra promuovere benessere con le Life skills e il concetto di resilienza, non è rigidamente fissato, bensì rientra in un processo di crescita di autostima e autoefficacia che si innesta in un complesso di relazioni interpersonali, tra adulti e giovani, tra gli adulti stessi, all’interno dell’ambiente circostante.

INTERVENTO n. 1

Titolo: Scuole che Promuovono Salute/I Nodi della Rete

Servizi (rete interna) coinvolti: PEAS, SISP, SIAN

Tipologia: Intervento formativo/informativo

Breve descrizione: Costituzione del Tavolo Tecnico Regionale

- Formalizzazione gruppi tecnici locali di livello provinciale
- Realizzazione sito web dedicato e sua implementazione;
- Monitoraggio dello stato dell’arte dei progetti di promozione della salute nei contesti scolastici
- Approvazione Protocollo d’Intesa per gli aa.ss. 2016- 2020 e Linee Indirizzo
- Formalizzazione di 25 Istituti scolastici come Scuole che Promuovono Salute
-

Target prevalente: dirigenti ISC e Scuole secondarie di II grado, insegnanti di ogni ordine e grado, studenti, genitori e familiari.

Copertura territoriale: Il progetto viene promosso su tutto il territorio dell’ASUR Marche AV n.5.(nr. 3 incontri all’anno con gli Istituti Scolastici).

Soggetti esterni coinvolti: Ufficio Scolastico Regionale, Ufficio Scolastici Provinciali, Ambiti Territoriali Sociali, Enti e Istituzioni, Associazioni ONLUS interessate.

INTERVENTO n. 2

Titolo: “Tutti insieme per cambiare” - Distribuzione automatica di alimenti e promozione della Salute.

Servizi coinvolti: SIAN

Tipologia: Intervento formativo e organizzativo

Breve descrizione: In riferimento all’accordo di rete con USP il progetto prevede l’introduzione di alimenti nutrizionalmente equilibrati nei distributori automatici trasformando quindi il distributore automatico in

un'opportunità per promuovere sane abitudini alimentari. Il progetto prevede una fase di formazione dei docenti coinvolti, incontri con le classi target al fine di realizzare messaggi di promozione per uno spuntino sano da comunicare ai loro pari, ovvero alle altre classi dell'istituto coinvolto. Sono previste fasi di monitoraggio del consumo degli alimenti introdotti nel distributore automatico e momenti di verifica con questionari pre e post intervento.

Target prevalente: Dirigenti scolastici, docenti e alunni Scuola secondaria di primo grado.

Copertura territoriale: Area Vasta 5 (n. 1 incontro per anno e tavolo di progettazione).

Soggetti esterni coinvolti: Ufficio scolastico provinciale, Ditte del vending.

INTERVENTO n. 3

Titolo: Guadagnare Salute con le Life Skills - Scuola primaria e Secondaria di I grado

Servizi (rete interna) coinvolti: PEAS, SISP, SIAN

Tipologia: Interventi formativi

Breve descrizione: Potenziare in età precoce lo sviluppo delle Life Skills, dell'empowerment e l'adozione di sani stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol), nella popolazione 6-11 anni, con interventi specifici, effettuati dagli insegnanti opportunamente formati, nel gruppo classe nella scuola dell'infanzia. L'obiettivo è quello di promuovere il benessere personale, relazionale e cognitivo, oltre le scelte salutari, in età precoce, attraverso l'utilizzo di manuali realizzati dal PEAS, Area Vasta n. 5, che contengono attività stimolo per facilitare le azioni del personale docente.

Target prevalente: docenti e alunni della Scuola Primaria e Secondaria di I grado.

Copertura territoriale: Il progetto viene promosso su tutto il territorio dell'ASUR Marche AV n. 5 (n. 2 corsi per anno scolastico- Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto- che prevedono più incontri ciascuno).

Soggetti esterni coinvolti: LILT, Ambito Territoriale XXI, Ambito Territoriale XXII, Ambito Territoriale XXIII

INTERVENTO n. 4

Titolo: "Peer Education: un programma di promozione della salute" - Scuole Secondarie di I grado

Servizi (rete interna) coinvolti: PEAS, SISP

Tipologia: Interventi formativi

Breve descrizione: Il progetto prevede l'individuazione di una classe seconda da formare sulle tematiche del tabacco e dell'alcol, di uno o più docenti referenti e delle classi (prime, seconde e terze) nelle quali effettuare i reingressi dei peer educator. Successivamente la classe seconda partecipa agli incontri di formazione sulle tematiche di salute (alcol e tabacco) e i suoi allievi, divenuti peer educator, li trasmettono a cascata ai loro pari durante i reingressi nelle classi selezionate. L'ultima fase del progetto vede la preparazione da parte di tutti gli studenti coinvolti dei lavori (slogan, locandine, immagini, cartelloni, video,

ecc.) per una campagna di prevenzione e la partecipazione alla giornata finale con premiazione delle classi e dei peer educator, visione dei migliori elaborati, interventi teorici sulle tematiche di salute

Target prevalente: alunni delle classi prime, seconde e terze degli Istituti Secondari di I grado

Copertura territoriale: Il progetto viene promosso su tutto il territorio dell'ASUR Marche AV n. 5 (n. 4 corsi per anno scolastico- Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto- che prevedono più incontri ciascuno)

Soggetti esterni coinvolti: LILT, Ambito Territoriale XXI, Ambito Territoriale XXII, Ambito Territoriale XXIII

INTERVENTO n. 5

Titolo: "Peer Education: un programma di promozione della salute"- Scuole Secondarie di II grado

Servizi (rete interna) coinvolti: PEAS, SISP

Tipologia: Interventi formativi

Breve descrizione: Il progetto prevede l'individuazione dei peer educator all'interno delle classi terze da parte del docente referente alle attività di promozione della salute e dei docenti referenti delle classi selezionate. Tutti i peer educator selezionati partecipano alla formazione sui temi "Alcol e Guida Sicura", "Fumo di sigaretta" e "Infezioni Sessualmente Trasmissibili/Contraccezione" tenuto dagli operatori socio-sanitari. I peer educator formati trasmettono le conoscenze apprese nel corso dei reingressi ai loro coetanei delle classi prime e seconde. L'ultima fase del progetto vede la preparazione da parte di tutti gli studenti coinvolti dei lavori (slogan, locandine, immagini, cartelloni, video, ecc.) per una campagna di prevenzione e la partecipazione alla giornata finale con premiazione delle classi e dei peer educator, visione dei migliori elaborati, interventi teorici sulle tematiche di salute

Target prevalente: alunni delle classi prime, seconde e terze degli Istituti Secondari di II grado

Copertura territoriale: Il progetto viene promosso su tutto il territorio dell'ASUR Marche AV n. 5 (n. 2 corsi per anno scolastico - Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto- che prevedono più incontri ciascuno)

Soggetti esterni coinvolti: LILT, Ambiti Territoriali Sociali

INTERVENTO n. 6

Titolo: Youngle Connection

Servizi (rete interna) coinvolti: PEAS, SISP, Cure Tutelari

Tipologia: intervento formativo/informativo

Breve descrizione: Youngle rappresenta il primo servizio pubblico di ascolto online peer-to-peer che si rivolge ad adolescenti tra i 14 e i 20 anni attraverso l'utilizzo di social network come Facebook e WhatsApp. Il servizio fornisce informazioni sulla prevenzione dei comportamenti a rischio e sulla promozione della salute attraverso una pagina Facebook e un numero WhatsApp.

Target prevalente: Studenti delle Istituti Secondari di Secondo Grado

Copertura Territoriale: Il progetto viene promosso in tutto il territorio dell'AREA VASTA n. 5 (n. 10 chat su WhatsApp all'anno; n. 50 post su Facebook all'anno)

Soggetti esterni coinvolti: USP, Rete SPS, Rete Nazionale Youngle

INTERVENTO n. 7

Titolo: "Prevenzione delle Infezioni Sessualmente Trasmissibili e Contraccezione"

Servizi (rete interna) coinvolti: PEAS, SISP, Cure Tutelari

Tipologia: interventi formativo/informativo

Breve descrizione: Il progetto prevede un incontro di circa due ore per ogni classe terza selezionata tenuto da operatori del Dipartimento di Prevenzione e del Consultorio Familiare (ginecologi, psicologi, ostetriche, assistenti sanitari, ecc.). L'incontro con gli esperti verte sulle principali Infezioni Sessualmente Trasmissibili, sui metodi contraccettivi e sulle eventuali domande degli studenti.

Target prevalente: Il progetto è destinato ai ragazzi frequentanti le classi terze degli Istituti Secondari di I grado

Copertura territoriale: Il progetto viene promosso su tutto il territorio dell'ASUR Marche AV n. 5 (n. 5 incontri per anno scolastico)

INTERVENTO n. 8

Titolo: "Alcol-Vista. Alcol e Guida Sicura"

Servizi (rete interna) coinvolti: PEAS

Tipologia: intervento formativo/informativo

Breve descrizione: il progetto prevede l'esecuzione di percorsi ginnici – designati dai docenti di Educazione Fisica coinvolti nel progetto – prima in condizioni normali e successivamente indossando degli occhiali speciali(occhiali "alcol-vista") che riproducono lo stato di ebbrezza alcolica, in modo da creare una evidente differenza nell'equilibrio, nella coordinazione e nel controllo motorio. È auspicabile che i docenti riescano a trattare con i loro studenti la tematica degli effetti dell'alcol sulla guida prima delle attività con gli occhiali "alcol-vista".

Target prevalente: Il progetto è destinato ai ragazzi frequentanti le classi terze degli Istituti Secondari di I e II grado

Copertura territoriale: Il progetto viene promosso su tutto il territorio dell'ASUR Marche AV n.5.(2 incontri per ogni anno scolastico)

Soggetti esterni coinvolti: /

INTERVENTO n. 9

TITOLO: Mettiamoci in movimento

Servizi coinvolti: SISP/Medicina dello Sport, SIAN, UMEE

Tipologia: Informativo/organizzativo

Breve descrizione: L'ambiente scolastico deve contribuire ad incoraggiare e supportare l'attività fisica e l'aumento della sua pratica quotidiana, attraverso azioni che favoriscono il cambiamento dei comportamenti e l'adozione di uno stile di vita attivo. Tra le azioni suggerite dalle prove di efficacia indicate dalla letteratura e le buone pratiche si trovano:

- realizzare attività didattiche teorico/pratiche sui benefici dell'attività fisica (suscitare interesse sviluppare conoscenze e competenze) e incontri/dibattiti info/formativi (spazi per il dialogo e il confronto esperti e tra pari);
- creare nuove occasioni per fare movimento durante l'orario scolastico (ad es. utilizzare le pause ricreative e gli intervalli) e favorire e sviluppare occasioni di gioco attivo (giochi di squadra, riscoperta dei giochi tradizionali). Si utilizzerà il manuale **“Patapunfete 40 idee per guadagnare salute giocando”; esercizi specifici per sperimentare e comprendere come il corpo si muove e si trasforma.**
- Predisporre e utilizzare percorsi sicuri casa – scuola che favoriscano modalità di trasporto attivo (pedibus, utilizzo della bicicletta); si tratta di azioni sostenibili.
- Realizzare percorsi formativi e di accompagnamento rivolti agli insegnanti su dati, benefici metodi e strumenti per favorire la promozione dell'attività fisica e la realizzazione dei progetti.

Target prevalente: Studenti 6 - 10 anni

Copertura territoriale: Scuole della rete di SPS dell'AV 5: n. 1

Soggetti esterni coinvolti: UISP, USP, Enti Locali, ISC, genitori e nonni, associazioni, volontari, ambiti territoriali.

INTERVENTO n. 10

TITOLO: Due Assi nella manica per ... guadagnare salute

Servizi coinvolti: SIAN, SISP, Medicina dello Sport

Tipologia: Informativa e organizzativa

Breve descrizione: Il progetto ha lo scopo di realizzare un percorso multicomponente, articolato in attività di educazione alimentare e di promozione dell'attività motoria nella scuola, attraverso lo sviluppo di reti e alleanze con i vari portatori di interesse. Il progetto prevede momenti di apprendimento cooperativo per la realizzazione di prodotti condivisi in merito alla relazione tra messaggi pubblicitari e alimentazione, alla lettura critica delle etichette di vari prodotti consumati nei diversi ambienti.

Per promuovere l'attività fisica si condividerà l'importanza che le ore curricolari di attività fisica si svolgano regolarmente in palestra o all'aperto favorendo la partecipazione massima degli studenti.

Il progetto prevede la formazione dei Walking leaders, ragazzi che svilupperanno la capacità di conduzione di gruppi di cammino.

Target prevalente: Studenti della scuola secondaria di II grado che hanno aderito a SPS e studenti che accedono al SIAN e al SISP con il progetto Alternanza Scuola Lavoro.

Copertura territoriale: Nelle scuole della rete di SPS dell'AV5 o scuole convenzionate ASUR AV5 per il progetto Alternanza Scuola Lavoro (n. 1 per anno).

Soggetti esterni coinvolti: USP, Unione Sportiva ACLI Marche, Associazioni di volontariato.

INTERVENTO n. 11

Titolo: La giusta alimentazione la trovi a scuola

Servizi: SIAN

Tipologia: Formativa organizzativa.

Breve descrizione: La linea di intervento è caratterizzata da tre azioni di provata efficacia, denominate:

- Mercoledì della Frutta
- ... E vai con la frutta
- Poco sale ma iodato (come da PRP),

che hanno l'obiettivo di favorire e incrementare il consumo di frutta a scuola e la riduzione del consumo di sale, favorendo l'uso del sale iodato.

Le azioni favoriranno l'integrazione tra le strutture sanitarie, le istituzioni scolastiche, gli ambiti sociali territoriali, nonché i portatori di interesse (Associazioni, Organizzazioni che hanno obiettivi/progetti coerenti con le finalità del PRP nel suo complesso).

Queste azioni includono azioni di monitoraggio dei consumi/abitudini alimentari, misurate dall'indagine di sorveglianza OKkio alla Salute.

Target prevalente: Insegnanti, bambini e genitori degli ISC.

Copertura territoriale: Area Vasta 5 (n. 10 classi, secondo indicatore regionale PRP).

Soggetti esterni coinvolti: USP, Associazioni ONLUS, Comuni, Scuole paritarie, Associazione dei consumatori.

INTERVENTO n. 12

Titolo: Percorsi per la promozione di una sana alimentazione e di uno stile di vita attivo

Servizi: SIAN, SISP, Cure Tutelari/UMEE.

Tipologia: Informativo/organizzativo.

Breve descrizione: L'alimentazione e uno stile di vita attivo costituiscono, nei loro aspetti qualitativi e quantitativi due dei più importanti determinanti dello stato di salute. Poiché le abitudini alimentari si instaurano precocemente è necessario intervenire in modo mirato in età scolare promuovendo l'adesione al modello di **Dieta Mediterranea e uno stile di vita attivo**.

I progetti che si propongono prevedono azioni distinte, che hanno l'obiettivo di aumentare l'adesione alla prima colazione, incrementare il consumo di spuntini salutari, educare all'acquisto consapevole e ridurre il consumo di sale e zuccheri semplici, attivare sinergie per migliorare la ristorazione scolastica e promuovere uno stile di vita attivo sia in ambito scolastico (curriculare e extracurriculare) che nel tempo libero.

Azioni:

- **“Con una gustosa Colazione sei subito in ... Azione “** (un impegno per valorizzare la prima colazione a casa)
- **“Mangiare con Stile”** (attivare sinergie efficaci per una ristorazione scolastica sicura, consapevole e sostenibile)
- **“Spunti e spuntini per tutti i Gusti”** (promuovere merende gustose e salutari)
- **“OKkio all’etichetta”** (educare all’acquisto consapevole)

Target prevalente: Insegnanti e genitori.

Copertura territoriale: Area Vasta 5 (4 interventi complessivi).

Soggetti esterni coinvolti: USP, Comuni, Scuole paritarie, Commissioni mensa, Associazione dei genitori, Gestori del servizio mensa.

INTERVENTO n. 13

Titolo: Crescere bene è un grande progetto

Servizi: SIAN, Cure Tutelari/UMEE.

Tipologia: Informativa

Breve descrizione: Il progetto prevede incontri tra scuola - famiglia - sanità per sostenere comportamenti salutari anche in continuità con i progetti del SIAN. Il punto di forza che caratterizza il progetto è la progettazione partecipata dell'incontro. Inoltre, si affronta il tema dell'educazione psicomotoria e del benessere psicomotorio in età evolutiva, in quanto la psicomotricità permette di osservare e conoscere il comportamento del bambino con la possibilità di interventi educativi precoci rispetto alla genesi di alcuni disagi (difficoltà relazionali, difficoltà motorie, iperattività, disprassia, ...)

I temi di particolare interesse sono:

- la scuola come luogo strategico di promozione della salute,
- l'importanza del benessere psicomotorio in età evolutiva,
- il ruolo dei genitori per sostenere scelte consapevoli e di facile attuazione,

- le 5 Mosse della salute per mangiare e muoversi meglio.

Target prevalente: Genitori e nonni dei bambini della scuola dell'infanzia e della primaria.

Copertura territoriale: Area Vasta 5 (n. 1 intervento).

Soggetti esterni coinvolti: USP, Comuni, Scuole paritarie, Commissioni mensa, Associazione dei genitori, Gestori del servizio mensa, volontari, tirocinanti.

INTERVENTO n. 14

Titolo: "Interventi di prevenzione del gioco d'azzardo patologico (GAP)"

Servizi (rete interna) coinvolti: Dipartimento Dipendenze Patologiche, Dipartimento di Prevenzione PEAS.

Tipologia: intervento formativo/informativo.

Breve descrizione: Il progetto, prevede incontri di informazione e sensibilizzazione sul fenomeno del GAP, tenuti da operatori degli Ambiti Territoriali Sociali (psicologi, sociologi).

Incontri con studenti. Tematiche trattate: differenza tra gioco ludico e gioco d'azzardo; i meccanismi del gioco d'azzardo e le false credenze; i rischi del gioco patologico le nuove forme di gioco on - line; Promozione di una sana cultura ludica; definizione del concetto di dipendenza rispetto al gioco d'azzardo; riconoscimento dei segnali di rischio, di protezione e azione di prevenzione del disagio in adolescenza.

Incontri con insegnanti e genitori stesse tematiche degli studenti. In aggiunta: informazioni sulla diffusione del gioco d'azzardo patologico fra gli adulti ed i giovani, indicazioni sui servizi presenti sul territorio che effettuano interventi essenziali di assistenza (Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche AV5) e Sportello di Ascolto (Ambito Territoriale Sociale XXI).

Sugli stessi argomenti vengono effettuati incontri con la cittadinanza, dando indicazioni sui servizi presenti sul territorio che effettuano interventi essenziali di assistenza (Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche AV5 SBT) e Sportello di Ascolto (Ambito Territoriale Sociale XXI).

Target prevalente: Studenti degli Istituti Secondari di I e II grado, Insegnanti, Genitori e Cittadinanza dei Comuni appartenenti agli ambiti coinvolti dell'AV5.

Copertura territoriale: Il progetto viene promosso su tutto il territorio dell'ASUR Marche AV n. 5.

Nell'anno scolastico 2016/2017, i Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche di San Benedetto del Tronto e di Ascoli Piceno hanno svolto i Centri di Ascolto (CIC) presso gli Istituti superiori (incontri di 1 ora in 7 classi); per l'Ambito Territoriale XXI sono stati effettuati n. 2 incontri di 2 ore in 17 classi; per l'Ambito Territoriale XXII sono stati effettuati n. 2 incontri di 2 ore in 4 classi. Tali attività saranno riproposte nei prossimi anni scolastici in rapporto alla disponibilità di risorse umane.

Soggetti esterni coinvolti: Ambiti Territoriali Sociali, Istituti scolastici secondari di I e II grado, Privato sociale.

PROMOZIONE DI SANI STILI DI VITA E PREVENZIONE DEI COMPORTAMENTI A RISCHIO NEL CONTESTO COMUNITARIO - MI PRENDO CURA DI ME

Secondo la logica *life course* “Mi prendo cura di Me”, si indirizza specificatamente verso quella fascia di popolazione che, nell’ambito del proprio ciclo vitale, è già raggiunta “indirettamente” dagli interventi di *Bambini DOP* e *Scuola & Salute*, come il Programma *Salute d’Argento* beneficia di alcune delle sue linee d’intervento come ad esempio la Linea d’Intervento *Si Muove la Città*.

“Mi prendo cura di me” si avvale quindi di un approccio di Comunità al fine di raggiungere il più alto numero possibile di destinatari, proponendosi di attivare le comunità stesse tramite il coinvolgimento prioritario delle realtà amministrative locali e dell’associazionismo. Tale linea di intervento intende quindi contrastare i principali fattori di rischio individuati per le MCNT (fumo, alcol, sedentarietà, scorretta alimentazione). Gli stili di vita scorretti sono infatti modificabili, ovvero sono quelli sui quali l’operatore sanitario, e non sanitario, ha la possibilità di agire direttamente aumentando le proprie competenze per favorire, nelle persone, la percezione dei rischi per la salute di scorretti stili di vita.

È altresì noto che per adottare uno stili di vita attivo, smettere di fumare, ridurre il peso in eccesso e altro ancora, non sono sufficienti né la conoscenza delle regole della corretta alimentazione, né prescrizioni sull’interruzione del fumo, né programmi di attività fisica regolare. Le azioni devono andare al di là della semplice informazione/educazione/promozione e nuove abitudini di vita devono essere scelte consapevolmente (empowerment). Pertanto occorre motivare le persone sia nella scelta iniziale al cambiamento e sia nelle fase successive e di mantenimento.

In tale ottica stanno assumendo sempre più rilevanza, quegli strumenti motivazionali che si rifanno al Modello Transteorico del Cambiamento (MTC) di Prochaska e Di Clemente e che possono essere utilizzati in diversi contesti e setting: dal contesto sanitario al contesto educativo, dal contesto assistenziale a quello preventivo, sia in ottica individuale che di gruppo. Gli interventi in questione possono variare in intensità e complessità, dal breve consiglio di un operatore ad un ciclo strutturato di colloqui di durata molto maggiore, effettuato anche in contesti specialistici. Sulla base di quanto sperimentato nell’ambito del gruppo di lavoro interregionale, che ha collaborato con il Centro Luoghi di Prevenzione di Reggio Emilia ai quali la nostra Regione ha partecipato con propri referenti, gli interventi motivazionali, sulla base del loro livello di complessità e durata sono definiti come:

- Primo livello
- Avviso motivazionale breve (minimal advise)
- Intervento motivazionale breve
- Secondo livello
- Counseling strutturato e colloquio motivazionale

Le azioni formative della linea d’intervento Motivare al Cambiamento sono quindi destinate a diversi target di operatori, nei differenti contesti (cosiddetti opportunistici) per realizzare competenze diffuse sugli interventi motivazionali di primo livello, riservando il secondo livello a contesti specialistici, ai quali eventualmente indirizzare le persone interessate (ad es. Centro Antifumo, Ambulatorio Nutrizionale e altri).

Relativamente alle azioni di promozione della salute nei luoghi di lavoro, la Giunta Regionale delle Marche ha adottato, in applicazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 di cui alla D.G.R. 540/2014 e s.m.i., il Protocollo d’Intesa tra: la Regione Marche, l’Agenzia Regionale Sanitaria (ARS), l’Azienda Sanitaria

Unica Regionale (ASUR), l'INAIL - Direzione Regionale per le Marche, la CONFINDUSTRIA Marche, la Confartigianato Regionale, la CNA Marche - Federazione Regionale, la CGIL Marche, la CISL Marche, la UIL Marche, ai fini della realizzazione della prima rete regionale di "Aziende che Promuovono Salute" (DGR 270/2017).

La rete si occuperà della promozione della salute attraverso corretti stili di vita sul lavoro come previsto dal programma dell'OMS, nel quadro strategico delle politiche di prevenzione per il contrasto alle Malattie Croniche non Trasmissibili, secondo il quale il contesto lavorativo può essere occasione e stimolo per assumere comportamenti corretti riducendo i fattori di rischio non soltanto rispetto all'attività lavorativa.

Agire sul miglioramento dello stile di vita della popolazione adulta che lavora vuol dire, anche, moltiplicare l'azione preventiva in ambito familiare e amicale, nella comunità.

Il concetto di promozione della salute si fonda sul presupposto che un'azienda attui tutte le misure per prevenire infortuni e malattie professionali e si impegni ad offrire ai lavoratori opportunità per migliorare la propria salute, riducendo i fattori di rischio generali e quelli maggiormente implicati nella genesi delle malattie croniche.

I luoghi di lavoro che promuovono la salute, ad esempio, incoraggiano un'alimentazione sana, incentivano e promuovono l'attività fisica, offrono occasioni di stimolo per smettere di fumare, attuano misure per migliorare il benessere. A tal fine è stato redatto un manuale di *Indicazioni Operative* per le Aziende che, per ciascun determinante, propone una serie di buone pratiche da mettere in atto sul luogo di lavoro o a beneficio dei lavoratori. Ciascuna Azienda aderente deve scegliere almeno due buone pratiche da mettere in atto.

Per favorire tale percorso nelle Aziende, diviene strategica l'alleanza sancita dal protocollo tra le componenti sanitarie, gli enti e le parti sociali. Inoltre, la partecipazione a percorsi di promozione della salute nei luoghi di lavoro validati, come quello delle "Aziende che promuovono salute" consente alle aziende di fare istanza all'INAIL per ridurre i costi assicurativi (mediante modulo OT 24).

L'adesione delle Aziende è volontaria, pertanto, in rapporto ad eventuali adesioni di Aziende del territorio, il Dipartimento di Prevenzione, tramite i referenti della linea di intervento 3.3 del PRP "Lavorare in stile", contribuirà alla diffusione di iniziative sui temi inerenti la promozione dei corretti stili di vita negli ambienti di lavoro con propri strumenti comunicativi e organizzerà il sostegno nei passaggi operativi alle aziende aderenti al progetto WHP, con riferimento ai contenuti del suddetto manuale di *Indicazioni Operative* per l'attribuzione del riconoscimento annuale di "Luogo di Lavoro che Promuove Salute".

In tal caso e in rapporto alle buone pratiche da mettere in atto, scelte dalla/e Azienda/e, saranno redatte specifiche schede progetto in collaborazione con il Medico competente e con i soggetti firmatari del protocollo d'intesa (DGR 270/2017).

Nel frattempo, è stato realizzato il Corso "Le Competenze Professionali dei Professionisti della Salute nel supporto al Cambiamento degli stili di vita a rischio" per i Medici competenti sulla metodologia del Counseling motivazionale applicato ai quattro determinanti di salute (alcool, fumo, alimentazione, attività fisica).

INTERVENTO n. 1

Titolo: Motivare al cambiamento

Servizi (rete interna) coinvolti: Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimenti Dipendenze, Distretti ASUR, Aziende del SSR.

Tipologia: Interventi Informativo/Formativi rivolti agli operatori socio-sanitari.

Breve descrizione: Istituzione Tavolo di lavoro regionale integrato da componenti di altre linee intervento interessate; predisposizione del percorso formativo (modulo base e moduli orientati a “fumo-alcool” e “alimentazione-attività fisica”); programmazione dei percorsi formativi nell’ambito delle diverse linee interessate.

Target prevalente: Operatori del SSR, operatori sociali e socio sanitari, utenti dei diversi servizi Socio-Assistenziali e popolazione in generale.

Copertura territoriale: Territorio ASUR Marche AV n. 5 (n. 1 corso per ogni anno).

INTERVENTO n. 2

Titolo: Counseling nutrizionale per le donne dall’adolescenza alla menopausa che accedono al Consultorio.

Servizi coinvolti: SIAN e Cure Tutelari.

Tipologia: Intervento informativo/organizzativo.

Breve descrizione: L’intervento consiste in incontri individuali - counseling dietetico nutrizionale - con le donne che accedono al consultorio.

Target prevalente: Donne che accedono ai servizi del consultorio.

Copertura territoriale: Area Vasta 5 (n. 5 colloqui di counseling).

INTERVENTO n. 3

Titolo: Servizio Di Counseling Psicologico per pazienti HIV e HCV Positivi

Servizi (rete interna) coinvolti: PEAS, Medicina Interna, Malattie Infettive

Tipologia: consulenza psicologica

Breve descrizione: il Servizio di *counseling psicologico* ha l’obiettivo di migliorare la *compliance* dei pazienti alle procedure terapeutiche, favorire l’emergere e rafforzare la motivazione al cambiamento dei comportamenti a rischio che favoriscono l’ulteriore diffusione dell’infezione, favorire l’individuazione e l’attuazione di strategie funzionali legate all’evolvere della malattia, favorire l’elaborazione dei vissuti di sofferenza, dell’angoscia di morte, delle perdite, del lutto, favorire l’emergere delle risorse interiori e rafforzarle, rafforzare la resilienza, fornire un supporto psicologico ed emotivo nei momenti di difficoltà, favorire l’espressione e la discussione dei vissuti emotivi, migliorare e/o facilitare le dinamiche relazionali e familiari del paziente.

Target prevalente: pazienti HIV e HCV positivi afferenti all’U.O.C. Malattie Infettive

Copertura territoriale: territorio ASUR Marche AV n. 5 (n. 15 colloqui all'anno)

INTERVENTO N. 4

Titolo: Corso di ginnastica dolce

Servizi (rete interna) coinvolti: Distretto di Ascoli Piceno (RSA Luciani, RSA Offida, RSA Comunanza e Distretto di San Benedetto del Tronto (RSA Ripatransone, RSA Montefiore dell'Aso)

Tipologia: corso di attività motoria

Breve descrizione: servizio di attività motoria destinato alla terza età, ma anche ad una fascia ampiamente più giovane (circa 55) destinato ai residenti su del territorio dell'AV5 per due volte a settimana

Target prevalenti: popolazione dall'età di 55 anni in su

Copertura Territoriale: il progetto viene proposto su tutto il territorio dell'Area Vasta 5

Soggetti esterni coinvolti: insegnanti con diploma tipo ISEF, UISP

INTERVENTO n. 5

Titolo: Alimentazione, sport e salute

Servizi (rete interna) coinvolti: Dipartimento di Prevenzione

Tipologia: camminate mensili e attività di informazione finalizzate a promuovere corretti stili di vita nella popolazione di sesso femminile

Breve descrizione: l'Unione Sportiva Acli Marche, in collaborazione con i tanti partner progettuali, intende proseguire ed implementare un'efficace programma educativo finalizzato alla prevenzione dei tumori al seno, avviato nell'anno 2014. In particolare si intende operare in 4 regioni (Marche, Abruzzo, Campania e Calabria) e occuparsi di corretti stili di vita ai fini della prevenzione del tumore al seno. Il progetto si concluderà nel mese di ottobre 2017.

Target prevalente: popolazione di sesso femminile

Copertura territoriale: territorio ASUR Marche AV n. 5

Soggetti esterni coinvolti: ACLI, LILT, Comuni (Acquaviva Picena, Campofilone, Castelfidardo, Cossignano, Petritoli), Associazioni.