



RAPPORTI ISTISAN 26 | 10

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Promozione della salute per il personale sanitario del Servizio Sanitario Nazionale: l'esperienza del Master universitario di I livello nella Regione Puglia

A cura di A. Di Nolfi, V. Di Stefano, V. Palermo, G. Santolini, A. Giusti,
C. Cattaneo, A. Perra, F. Zambri, P. Scardetta



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Promozione della salute per il personale sanitario
del Servizio Sanitario Nazionale: l'esperienza
del Master universitario di I livello
nella Regione Puglia**

a cura di

Annachiara Di Nolfi (a), Vincenza Di Stefano (a), Vittorio Palermo (a),
Giulia Santolini (b), Alberto Perra (b), Angela Giusti (a), Chiara Cattaneo (a),
Francesca Zambri (a), Paola Scardetta (a)

*(a) Centro Nazionale Prevenzione Malattie e Promozione Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

*(b) già Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Locale Roma 5,
Guidonia Montecelio*

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Rapporti ISTISAN
26/10

Istituto Superiore di Sanità

Promozione della salute per il personale sanitario del Servizio Sanitario Nazionale: l'esperienza del Master universitario di I livello nella Regione Puglia.

A cura di Annachiara Di Nolfi, Vincenza Di Stefano, Vittorio Palermo, Giulia Santolini, Angela Giusti, Chiara Cattaneo, Alberto Perra, Francesca Zambri, Paola Scardetta
2026, iii, 104 p. Rapporti ISTISAN 26/10

Le attività riportate nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione necessitano di rafforzare le azioni di prevenzione e promozione della salute mediante approcci basati su evidenze scientifiche e metodologie consolidate. Per sostenere lo sviluppo e la valutazione delle azioni del Piano Regionale di Prevenzione della Regione Puglia, è stata prevista la formazione di un *pool* di professionisti e professioniste di sanità pubblica, attraverso un Master di I livello in "Sviluppo e Gestione dei Piani di Promozione della Salute per il personale sanitario del Servizio Sanitario Nazionale", organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con la Regione Puglia e l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro. Tra le attività del Master, la realizzazione di cinque *Project Work*, presentati in questo rapporto, ha permesso di affrontare diverse tematiche relative alla promozione della salute, con l'obiettivo di raccogliere dati e proporre interventi mirati al miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento.

Parole chiave: Promozione della salute; Piano nazionale della prevenzione; Piano regionale della prevenzione; *Project Work*

Istituto Superiore di Sanità

Health promotion for healthcare professionals in the National Health Service: the experience of the first-level university Master's program in the Apulia Region.

Edited by Annachiara Di Nolfi, Vincenza Di Stefano, Vittorio Palermo, Giulia Santolini, Angela Giusti, Chiara Cattaneo, Alberto Perra, Francesca Zambri, Paola Scardetta
2026, iii, 104 p. Rapporti ISTISAN 26/10 (in Italian)

The activities conducted within the framework of the National Prevention Plan require the strengthening of prevention and health promotion actions through evidence-based approaches and established methodologies. To support the development and evaluation of the actions of the Regional Prevention Plan of the Puglia Region, a training program was implemented for a group of public health professionals through a first-level Master's degree in development and management of health promotion plans for national health service professionals, organized by the Istituto Superiore di Sanità (the National Institute of Health in Italy) in collaboration with the Apulia Region and the University of Bari Aldo Moro. Among the activities of the Master, the completion of five *Project works*, presented in this report, addressed various topics related to health promotion, with the aim of collecting data and proposing targeted interventions to improve the health status of the population concerned.

Key words: Health promotion; National prevention plan; Regional prevention plan; Project work

Per informazioni su questo documento scrivere a: paola.scardetta@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it

Citare questo documento come segue:

Di Nolfi A, Di Stefano V, Palermo V, Santolini G, Giusti A, Cattaneo C, Perra A, Zambri F, Scardetta P (Ed.). *Promozione della salute per il personale sanitario del Servizio Sanitario Nazionale: l'esperienza del Master universitario di I livello nella Regione Puglia*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2026. (Rapporti ISTISAN 26/10).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Rocco Bellantone*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Antonio Mistretta*
Redazione: *Sandra Salinetti, Annalisa D'Angelo*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

INDICE

Premessa

Giovanni Capelli, Barbara De Meiiii

Introduzione

*Paola Scardetta, Annachiara Di Nolfi, Vittorio Palermo, Vincenza Di Stefano,
Francesca Zambri, Chiara Cattaneo, Angela Giusti* 1

PARTE PRIMA

Collaborazione tra istituzioni per la formazione sulla promozione della salute

Regione Puglia: investimento nelle azioni a supporto del Piano Regionale di Prevenzione

Domenica Cinquepalmi, Onofrio Mongelli, Pietro Pasquale, Vita Maria Lagreca 5

Formazione universitaria a supporto della salute pubblica

Giuseppina Caggiano, Maria Teresa Montagna..... 7

Contributo dell'Istituto Superiore di Sanità al Master universitario di I livello della Regione Puglia

Angela Giusti, Chiara Cattaneo 9

PARTE SECONDA

Le esperienze applicative: i *Project Work* del Master

Caratteristiche e metodologia dei *Project Work*

*Annachiara Di Nolfi, Alberto Perra, Angela Giusti, Chiara Cattaneo, Vittorio Palermo,
Giulia Santolini, Vincenza Di Stefano, Francesca Zambri, Paola Scardetta* 15

***Project Work* 1. In-formazione sull'alimentazione di bambini, bambine e famiglie nei primi 1000 giorni: un progetto di promozione della salute nella Regione Puglia**

*Pasqua Bellomo, Stella Cavalcante, Maria Cipriano, Maria Grazia Congedo,
Nicoletta Favuzzi, Lidia Lamparelli, Fiorella Manca, Annamaria Mele, Tiziana Nugnez,
Lucia Perez, Francesca Zambri, Angela Giusti, Annachiara Di Nolfi, Vincenza Di Stefano* 18

***Project Work* 2. Salute e nutrizione nelle emergenze migratorie: promuovere benessere e sicurezza alimentare nel territorio della Regione Puglia**

*Beatrice Anelli, Anna De Mango, Rachele Maria Russo, Vincenzo Tiscia, Andrea Zizzi,
Francesca Zambri, Vincenza Di Stefano, Angela Giusti, Annachiara Di Nolfi* 31

***Project Work* 3. Metodi e strumenti per la definizione del profilo di salute delle scuole nella Regione Puglia**

*Vincenzo Auriemma, Maria Nella Borsci, Marta D'Ambrosio, Cristina Licomati,
Claudia Loconte, Giada Minerba, Maria Domenica Sarcinelli, Nicole Michela Sponcichetti,
Amedeo Teto, Chiara Cattaneo, Vittorio Palermo* 49

Project Work 4. Promozione della salute e dell'invecchiamento sano e attivo <i>Carmela Russo, Sabrina Liuzzi, Augusto Giorgino, Paola Pedemonte, Pasqualina Caramuscio, Valentina Gasparre, Alberto Perra, Giulia Santolini</i>	67
---	----

Project Work 5. Empowerment per la salutogenesi sul territorio: studio di caso “Cantine Due Palme” di Cellino San Marco (BR) <i>Nicola Mariano Manghisi, Filippa Cannito, Enza Sabrina Silavan Cannone, Pasquale Fina, Vitina Girolamo, Francesca Mansi, Carmela Nanula, Maria Anna Tomaselli, Alberto Perra, Giulia Santolini</i>	86
--	----

Conclusioni e sviluppi futuri <i>Annachiara Di Nolfi, Angela Giusti, Chiara Cattaneo, Alberto Perra, Vittorio Palermo, Vincenza Di Stefano, Giulia Santolini, Francesca Zambri, Paola Scardetta</i>	99
---	----

APPENDICE A Componenti del gruppo di lavoro Master Puglia 2024	101
--	-----

PREMESSA

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 riconosce la formazione come un fattore chiave, un'azione di sistema che contribuisce "trasversalmente" al raggiungimento degli obiettivi di salute e di equità nell'attuazione dei diversi programmi di promozione della salute e di prevenzione a livello nazionale e regionale.

Il PNP 2020-2025 sostiene lo sviluppo di piani di formazione integrati e coordinati, che possano favorire la condivisione di linguaggi comuni e di obiettivi tra professionisti e professioniste di settori diversi, sanitari e non sanitari, affinché possano lavorare insieme in maniera sistematica e coerente. La formazione rappresenta, pertanto, un'occasione di incontro tra contesti diversi per favorire la creazione di sinergie multidisciplinari, il lavoro in team e in rete in coerenza con l'approccio intersettoriale, ma anche un'opportunità per acquisire/migliorare conoscenze e competenze dei professionisti e professioniste impegnati in ambiti di intervento (*health setting*) e modalità di azione (comunicazione, partecipazione, *engagement*, *empowerment*, *advocacy*) essenziali per le strategie di prevenzione e promozione della salute.

Per realizzare percorsi formativi dedicati al potenziamento di competenze professionali a supporto dei Piani regionali di prevenzione, è fondamentale la collaborazione tra istituzioni che possano disporre di specifiche competenze scientifiche e formative e che abbiano un ruolo per sostenere azioni sul territorio per la promozione della salute e la prevenzione. A tal proposito il presente rapporto descrive il percorso formativo svolto nell'ambito del Master universitario di I livello "Sviluppo e gestione dei Piani di promozione della salute per il personale sanitario del Servizio Sanitario Nazionale", progettato e realizzato grazie alla collaborazione tra istituzioni impegnate nello sviluppo di programmi di salute pubblica: Istituto Superiore di Sanità (ISS), Regione Puglia e Università degli Studi di Bari Aldo Moro.

Viene presentato l'impianto metodologico, i moduli formativi e le attività svolte nel Master che si configura non solo come un percorso formativo accademico, ma anche come un'esperienza condotta secondo modelli di apprendimento esperienziali e metodologie didattiche interattive, strettamente collegata ai contesti professionali e organizzativi reali, attraverso il ricorso alla formazione sul campo e ai *Project Work*. Questa impostazione metodologica è particolarmente rilevante in quanto i percorsi formativi per essere efficaci non si devono limitare a fornire conoscenze e indicazioni pertinenti alle attività e ai compiti dei singoli professionisti e professioniste, ma devono produrre elaborazioni concettuali e collegamenti con la pratica professionale, atti a consentire risposte pronte e corrette alle richieste abituali, ma anche interventi in situazioni operative insolite o complesse, proposte dalla realtà professionale. La finalità è valorizzare l'identità dei diversi professionisti e professioniste, sviluppando preparazione e autonomia dei singoli, ma anche promuovere una partecipazione competente e "integrata" alle azioni intersettoriali in equipe multidisciplinari.

I 5 *Project Work* presentati nel rapporto hanno fornito un significativo contributo a questo percorso formativo basato su una stretta integrazione tra teoria e pratica e finalizzato allo sviluppo di competenze specifiche e trasversali, essenziali per il rafforzamento della Rete regionale.

Giovanni Capelli, Barbara De Mei

Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma

INTRODUZIONE

Paola Scardetta, Annachiara Di Nolfi, Vittorio Palermo, Vincenza Di Stefano, Francesca Zambri, Chiara Cattaneo, Angela Giusti

Centro Nazionale Prevenzione Malattie e Promozione Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

La promozione della salute rappresenta oggi un ambito strategico per i sistemi sanitari, in quanto integra politiche, interventi e competenze multidisciplinari orientati al miglioramento del benessere delle popolazioni e alla riduzione delle disuguaglianze di salute. In questo quadro, la formazione avanzata del personale del Servizio Sanitario Nazionale e il rafforzamento delle sinergie tra istituzioni sanitarie e universitarie costituiscono elementi fondamentali per lo sviluppo di approcci efficaci e sostenibili.

Il presente rapporto documenta l'attività del gruppo di lavoro che ha contribuito alla definizione di un percorso formativo e progettuale sviluppato nell'ambito della collaborazione tra la Regione Puglia, l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS). In particolare, l'iniziativa si colloca nel quadro delle attività di supporto ai Piani Regionali di Prevenzione e delle azioni finalizzate allo sviluppo un'integrazione sinergica tra evidenze scientifiche, pratiche operative e progettualità territoriali, valorizzando il ruolo della formazione universitaria quale strumento strategico per l'innovazione e il rafforzamento dei sistemi di prevenzione. Il percorso formativo era articolato in otto moduli didattici. Al termine di ciascun modulo didattico, le persone iscritte al Master hanno acquisito strumenti e metodologie utili alla stesura del *Project work* finale, presentato e discusso in sede di esame conclusivo ai fini del conseguimento del titolo.

Il percorso si concludeva con la valutazione finale partecipata, comprendente autovalutazione, valutazione tra pari e confronto con persone esperte e stakeholder esterni, e con una valutazione certificativa basata sulla presentazione e discussione pubblica del *Project work* finale.

Il documento è articolato in due parti principali. La prima parte raccoglie contributi istituzionali e scientifici che descrivono il contesto di riferimento, le esperienze di collaborazione tra Regione Puglia e Università, e il contributo dell'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del Master universitario di I livello "Sviluppo e Gestione dei Piani di Promozione della Salute per il personale sanitario del Servizio Sanitario Nazionale". Questa sezione evidenzia il quadro strategico e organizzativo entro cui si inseriscono le attività formative.

La seconda parte è dedicata ai cinque *Project Work* sviluppati nell'ambito del Master, che rappresentano dunque l'esito applicativo del percorso formativo. I *Project Work* affrontano diverse aree tematiche della promozione della salute, tra cui la nutrizione nei primi 1000 giorni di vita, la salute nelle emergenze migratorie, la definizione del profilo di salute nelle scuole, l'invecchiamento sano e attivo e l'empowerment territoriale in contesti produttivi.

I titoli dei *Project Work* sono nell'ordine di presentazione:

- *Project work 1*
In-formazione sull'alimentazione di bambini, bambine e famiglie nei primi 1000 giorni: un progetto di promozione della salute nella Regione Puglia.
- *Project work 2*
Salute e nutrizione nelle emergenze migratorie: promuovere benessere e sicurezza alimentare nel territorio della Regione Puglia.
- *Project work 3*

Metodi e strumenti per la definizione del profilo di salute delle scuole nella Regione Puglia.

- *Project work 4*
Promozione della salute e dell'invecchiamento sano e attivo.
- *Project work 5*
Empowerment per la salutogenesi sul territorio: case study presso “Cantine Due Palme” di Cellino San Marco.

Ciascun progetto evidenzia l'approccio interdisciplinare adottato e la capacità di tradurre le conoscenze acquisite in interventi concreti nei diversi contesti regionali.

Nel loro insieme, i contributi raccolti in questo volume restituiscono la complessità e la ricchezza di un percorso integrato tra formazione, ricerca e intervento, sottolineando il valore della collaborazione tra istituzioni sanitarie e accademiche per il rafforzamento delle politiche di promozione della salute.

La composizione del Gruppo di lavoro *Project Work* Master Puglia 2024 è riportata in Appendice A.

PARTE PRIMA
Collaborazione tra istituzioni per la formazione
sulla promozione della salute

REGIONE PUGLIA: INVESTIMENTO NELLE AZIONI A SUPPORTO DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE

Domenica Cinquepalmi (a), Onofrio Mongelli (b), Pietro Pasquale (a), Vita Maria Lagreca (b)

(a) già Servizio Sicurezza alimentare e Sanità Veterinaria, Sezione Promozione della Salute e del Benessere, Regione Puglia, Bari

(b) Dipartimento per la Promozione della Salute e del Benessere Animale, Sezione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare, Regione Puglia, Bari

La Regione Puglia riconosce da tempo nella prevenzione e nella promozione della salute un asse strategico imprescindibile per lo sviluppo sostenibile del sistema sanitario regionale e per il miglioramento del benessere della popolazione. In questa cornice, la formazione del personale sanitario non è considerata un'attività accessoria, bensì una leva strutturale capace di incidere direttamente sulla qualità, sull'equità e sull'efficacia delle politiche pubbliche.

Il percorso di rafforzamento della *governance* della prevenzione, avviato con il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ha permesso di costruire linguaggi comuni e modelli organizzativi sistemici all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione e dei servizi territoriali. Su questo solido terreno si è innestato il PRP 2021-2025, che ha segnato un ulteriore salto di qualità verso una visione integrata, intersettoriale e orientata all'equità. Il Piano affronta in modo trasversale i principali determinanti di salute lungo tutto il ciclo di vita e nei diversi *setting* – dalla scuola ai luoghi di lavoro, dalle famiglie alle comunità – configurando la promozione della salute come un processo continuo e partecipato.

In tale prospettiva si colloca l'investimento regionale nel Master universitario di I livello in "Sviluppo e Gestione dei Piani di Promozione della Salute per il personale sanitario del Servizio Sanitario Nazionale", realizzato in sinergia con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro. Questo "progetto mirato" ha inteso consolidare la Rete Regionale del personale sanitario, garantendo l'acquisizione di competenze metodologiche avanzate per rispondere ai bisogni emergenti del territorio.

L'impalcatura amministrativa del progetto si è fondata su un Accordo di Collaborazione siglato il 7 aprile 2023 tra i tre enti partner, supportato da uno stanziamento di 100.000,00 euro sul bilancio autonomo regionale. Le risorse disponibili hanno consentito la selezione di 35 unità di personale delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) pugliesi. La fase di reclutamento, coordinata dalla Sezione Promozione della Salute della Regione, è stata strutturata per garantire un'equa distribuzione sia territoriale che professionale delle persone partecipanti.

La selezione, demandata alle singole ASL sulla base di appositi indirizzi operativi regionali, è avvenuta tramite la valutazione di curriculum e titoli, in stretto allineamento con il bando universitario. Per assicurare un'adeguata rappresentatività demografica e multidisciplinare, i posti sono stati ripartiti sulle macroaree territoriali dei Dipartimenti di Prevenzione. Ogni ASL ha garantito la partecipazione di un contingente base comprendente almeno una figura professionale della dietistica, dell'assistenza sanitaria, dell'ostetricia e della dirigenza medica, incrementato in proporzione alla popolazione della macroarea. La ripartizione provinciale (Bari 8, Brindisi 5, BAT 5, Foggia 5, Lecce 6 e Taranto 6) riflette l'impegno nel tradurre gli obiettivi di Sanità Pubblica in un'offerta formativa capillare.

Il valore distintivo di questa iniziativa risiede nella sua natura operativa: la formazione è stata intesa come dispositivo di cambiamento connesso alla pratica professionale reale. I *Project Work* presentati in questo rapporto ne sono la testimonianza tangibile: essi non rappresentano semplici

esercizi accademici, ma prototipi di intervento costruiti attraverso l'analisi dei dati epidemiologici, la lettura dei determinanti sociali e il coinvolgimento attivo delle comunità.

In questo contesto, emerge con forza l'importanza cruciale del lavoro sinergico tra le istituzioni. Solo attraverso una collaborazione strutturata e costante tra Regione, organismi scientifici e mondo accademico è possibile perseguire efficacemente il benessere dei cittadini. La costruzione di una "salute comune" richiede infatti un'azione corale che superi i singoli confini burocratici, ponendo la prevenzione al centro di un patto istituzionale per la promozione e la tutela della salute pubblica.

Rafforzando questa rete professionale, la Regione Puglia promuove l'integrazione tra settori e l'adozione di approcci *evidence-based* necessari per affrontare sfide complesse quali l'invecchiamento della popolazione, le disuguaglianze sociali e i determinanti commerciali di salute.

In conclusione, questo *Rapporto ISTISAN* documenta un investimento strategico nel capitale umano. Esso testimonia come la collaborazione istituzionale possa generare modelli replicabili di sviluppo delle competenze, capaci di produrre ricadute concrete sui servizi e sulle cittadine e i cittadini, consolidando una cultura della prevenzione fondata su innovazione, equità e miglioramento continuo.

FORMAZIONE UNIVERSITARIA A SUPPORTO DELLA SALUTE PUBBLICA

Giuseppina Caggiano, Maria Teresa Montagna

Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari

Il progressivo avanzamento scientifico e tecnologico ha inevitabilmente interessato anche la sanità pubblica, aumentando la necessità di una formazione continua come strumento fondamentale per garantire il diritto alla salute.

Il personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) deve aggiornare costantemente le proprie competenze per rispondere a una realtà scientifica e sociale in rapido cambiamento. Anche l'Agenda 2030 (1) richiama la necessità di investire nella formazione sanitaria e, attraverso l'Obiettivo 3 (Salute e benessere) (disponibile la traduzione italiana sul sito web ufficiale del Centro Regionale di Informazione delle Nazioni Unite all'indirizzo: <https://unric.org/it/obiettivo-3-assicurare-la-salute-e-il-benessere-per-tutti-e-per-tutte-le-eta/>), si sottolinea l'importanza di rafforzare le competenze del personale sanitario per affrontare le sfide emergenti nel campo della sanità pubblica.

Se la formazione universitaria di base fornisce le conoscenze scientifiche e metodologiche iniziali, è la formazione post-laurea a svolgere oggi il ruolo centrale nel rafforzamento delle competenze professionali. Master di I e II livello, corsi di Alta Formazione e percorsi di aggiornamento avanzato consentono a operatori e operatrici di acquisire strumenti pratici, scientifici e strategici necessari per rispondere alle sfide complesse della salute pubblica. Questi percorsi, progettati per integrare conoscenze teoriche e applicazioni operative, rappresentano il motore dell'innovazione, della motivazione e della resilienza del personale sanitario, garantendo il *lifelong learning* e migliorando la qualità dell'assistenza.

La formazione post-laurea deve essere modulata in funzione dei cambiamenti demografici, dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento della speranza di vita e dei nuovi stili di vita che influenzano la salute. Ciò richiede competenze multidisciplinari avanzate e standard elevati, capaci di garantire la tutela della salute pubblica in tutte le fasce d'età.

Come evidenziato dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, la formazione rappresenta il motore dell'efficacia degli interventi: al personale è richiesto di migliorare le proprie prestazioni con il supporto delle istituzioni competenti, per affrontare nuovi scenari e raggiungere gli obiettivi strategici dei sistemi sanitari.

Le Università giocano un ruolo chiave nel fornire percorsi post-laurea professionalizzanti, progettati per integrare conoscenze scientifiche con competenze operative avanzate. Master di I e II livello e corsi di Alta Formazione diventano strumenti essenziali per sviluppare professionalità in grado di guidare l'innovazione, ottimizzare i risultati in termini di salute e rispondere efficacemente alle esigenze della società.

In tale contesto si inserisce il Master universitario di I livello "Sviluppo e gestione dei piani di promozione della salute per gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale", che nasce dalla stretta collaborazione tra l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro, l'Istituto Superiore di Sanità e la Regione Puglia e rappresenta un'esperienza di formazione post-laurea nell'ambito della sanità pubblica.

L'iniziativa si colloca nel più ampio quadro delle azioni volte al rafforzamento delle competenze del personale sanitario, in coerenza con gli indirizzi nazionali e internazionali in materia di salute pubblica. Investire nella formazione post-laurea significa dunque rafforzare la

capacità del sistema sanitario di adattarsi ai cambiamenti e migliorare la salute della popolazione, consolidando al contempo la professionalità di chi opera nei servizi.

Come sottolineato nel documento *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030* (2), gli operatori e operatrici di sanità pubblica sono il motore del benessere collettivo, e la formazione avanzata rappresenta lo strumento principale per affrontare le sfide sanitarie contemporanee.

Bibliografia

1. United Nations General Assembly. *Resolution 70/1: Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://digitallibrary.un.org/record/3923923?v=pdf>; ultima consultazione 29 novembre 2024.
2. World Health Organization. *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Geneva: World Health Organization; 2016.

CONTRIBUTO DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ AL MASTER UNIVERSITARIO DI I LIVELLO DELLA REGIONE PUGLIA

Angela Giusti, Chiara Cattaneo

Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il Master universitario di I livello “Sviluppo e gestione dei Piani di promozione della salute per il personale sanitario del Servizio Sanitario Nazionale”, anno accademico 2022/2023, si inserisce nel quadro delle politiche nazionali e regionali di rafforzamento delle competenze professionali a supporto del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025, in coerenza con il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025. Il Master si è concluso l'11 dicembre 2024 con la discussione finale dei 5 *Project work*.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in qualità di organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale, ha svolto un ruolo attivo insieme alla Regione Puglia e all'Università degli Studi di Bari Aldo Moro nella progettazione, realizzazione e valutazione del percorso formativo, mettendo a disposizione competenze scientifiche, metodologiche e formative maturate in precedenti esperienze di Master e programmi avanzati di sanità pubblica e promozione della salute (1-5).

Tali esperienze, sviluppate in collaborazione con Regioni e Università, hanno promosso un'evoluzione dei modelli formativi tradizionali, orientandoli verso:

- un approccio basato sulle competenze, intese come capacità di agire in contesti reali e complessi;
- una forte integrazione tra teoria e pratica, con particolare riferimento alla formazione sul campo e ai *Project Work*;
- lo sviluppo di reti multi-professionali e intersettoriali stabili, funzionali al rafforzamento dei sistemi regionali di prevenzione e promozione della salute;
- l'adozione di modelli di apprendimento coerenti con i principi dell'andragogia e dell'apprendimento esperienziale, fondati sull'approccio della Comunità di Pratica;
- un approccio alla valutazione di tipo formativo e partecipato, inteso non solo come momento di verifica, ma come opportunità di valorizzazione e revisione critica delle competenze acquisite e delle esperienze applicative.

In questa prospettiva, l'ISS ha contribuito a orientare il Master non solo come percorso formativo accademico, ma come dispositivo strategico di *capacity building* per il Servizio Sanitario Regionale, in grado di contribuire all'evoluzione dei processi organizzativi e delle pratiche professionali nella direzione della prevenzione e promozione della salute.

L'impianto metodologico e di contenuto del Master è stato co-costruito attraverso una serie di incontri preliminari con stakeholder chiave e una revisione delle competenze previste per la realizzazione del PRP. Questo processo ha guidato la progettazione di moduli formativi coerenti con gli obiettivi di apprendimento, le competenze attese e le priorità strategiche del PRP.

Elemento qualificante del percorso accademico è stata l'integrazione continua con la formazione sul campo, attraverso attività applicative strettamente connesse ai contesti

organizzativi delle Aziende Sanitarie di appartenenza. I casi reali, derivanti dai bisogni emergenti dei territori e dei servizi, hanno infatti rappresentato uno strumento privilegiato di apprendimento. Parallelamente, è stata promossa in modo sistematico la dimensione del lavoro di gruppo multi-professionale e trans-settoriale e del *team working*, riconosciuta come competenza chiave per la promozione della salute e per la *governance* dei programmi di prevenzione.

Particolare attenzione è stata dedicata allo sviluppo delle competenze trasversali, quali la capacità di comunicazione, la gestione dei processi partecipati, il lavoro intersettoriale e la lettura dei determinanti sociali della salute, elementi centrali per l'efficacia delle azioni di promozione della salute.

Il percorso formativo si è articolato nei seguenti moduli:

- MODULO 1
Politiche e strategie di promozione della salute nella Regione Puglia
(Responsabile Dott. Pietro Pasquale)
- MODULO 2
La promozione della salute nei diversi setting e fasi della vita
(Responsabile Dott.ssa Barbara De Mei)
- MODULO 3
La protezione, promozione e sostegno dell'allattamento nell'ambito degli interventi di promozione della salute
(Responsabile Prof.ssa Angela Giusti)
- MODULO 4
Processi partecipati per la promozione della salute nel contesto scolastico
(Responsabile Dott.ssa Chiara Cattaneo)
- MODULO 5
Le sorveglianze a supporto delle attività del Piano Regionale di Prevenzione e della promozione della salute
(Responsabili Dott.ssa Maria Masocco e Dott.ssa Paola Nardone)
- MODULO 6
Le sorveglianze di popolazione adulta: PASSI e PASSI d'Argento. Comunità attive
(Responsabile Prof. Silvio Tafuri)
- MODULO 7
Metodo epidemiologico e uso della evidence a supporto delle azioni di promozione della salute
(Responsabile Prof. Trerotoli Paolo)
- MODULO 8
La complessità dei processi comunicativi nei diversi ambiti della prevenzione e della promozione della salute
(Responsabile Prof.ssa Giuseppina Caggiano).

Ogni modulo è stato strutturato in tre fasi integrate: condivisione dei contenuti, applicazione pratica in contesti simulati o reali, valutazione partecipata dei risultati.

Oltre ai contenuti formativi, l'esperienza maturata dall'ISS nell'ambito delle Comunità di Pratica ha favorito la creazione di ambienti di apprendimento collaborativi, anche attraverso adeguati *setting* d'aula, orientati allo scambio di saperi, alla riflessione critica e alla capitalizzazione delle esperienze professionali. Sono stati inoltre attivati processi virtuosi di comunicazione trasversale tra servizi e professioni, superando logiche mono-settoriali e

valorizzando l'integrazione dei diversi ruoli a supporto degli obiettivi di salute della popolazione. Il percorso si è delineato come un investimento strutturale sul capitale umano, ponendosi quale modello replicabile di collaborazione istituzionale orientata alla qualità, all'equità e all'efficacia delle politiche di promozione della salute.

Nel suo complesso, il Master si configura come uno strumento di sistema, capace di produrre ricadute operative che vanno oltre la dimensione formativa individuale, sostenendo il rafforzamento della Rete regionale per la promozione della salute, favorendo l'allineamento tra competenze professionali e obiettivi strategici del PRP e promuovendo una cultura condivisa della prevenzione e della promozione della salute basata su evidenze, valutazione e miglioramento continuo.

L'esperienza, anche grazie al contributo metodologico dell'ISS, attiva processi virtuosi di comunicazione trasversale tra servizi e professioni, superando logiche mono-settoriali e valorizzando i diversi ruoli a servizio degli obiettivi di salute della popolazione, configurandosi come investimento strutturale sul capitale umano e come modello replicabile di collaborazione istituzionale orientata alla qualità, all'equità e all'efficacia delle politiche di promozione della salute.

Bibliografia

1. Giusti A. La Comunità di Pratica per la formazione dei professionisti dell'epidemiologia applicata a livello locale: dalla teoria alla pratica (prima parte). *Not Ist Super Sanità*. 2012;25(6):iii-iv.
2. Giusti A, Scardetta P, Perra A. La Comunità di Pratica per la formazione dei professionisti dell'epidemiologia applicata a livello locale: dalla teoria alla pratica (seconda parte). *Not Ist Super Sanità*. 2012;25(9):i-iii.
3. Scardetta P, Giusti A, Perra A (Ed.). *Formazione in rete per epidemiologia applicata, prevenzione delle malattie e promozione della salute in Calabria*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017. (Rapporti ISTISAN 17/41).
4. Regione Siciliana, Università degli Studi di Palermo, Istituto Superiore di Sanità. Promozione della Salute della Popolazione ed Epidemiologia Applicata alla Prevenzione. Rassegna delle evidenze a supporto della prevenzione prodotte all'interno del Master PROSPECT. *Notiziario OE* 2018; Supplemento monografico.
5. Giusti A, Perra A, Lombardo FL. The experience of a nationwide community of practice to set up regional prevention plans in Italy. *Health Res Policy Syst*. 2017;15:63. doi:10.1186/s12961-017-0226-4.

PARTE SECONDA
Le esperienze applicative: i *Project Work* del Master

CARATTERISTICHE E METODOLOGIA DEI *PROJECT WORK*

Annachiara Di Nolfi (a), Alberto Perra (b), Angela Giusti (a), Chiara Cattaneo (a), Vittorio Palermo (a), Giulia Santolini (b), Vincenza Di Stefano (a), Francesca Zambri (a), Paola Scardetta (a)

(a) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *già Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Locale Roma 5, Guidonia Montecelio*

Nell'ambito delle strategie di rafforzamento delle competenze professionali in sanità pubblica e promozione della salute, il Master di I livello in "Sviluppo e gestione dei piani di promozione della salute per il personale sanitario del Servizio Sanitario Nazionale" è stato progettato come percorso formativo finalizzato a integrare conoscenze teoriche e strumenti operativi per la pianificazione, l'attuazione e la valutazione di interventi di promozione della salute coerenti con le politiche nazionali e regionali di prevenzione. In questo contesto, il Master ha coinvolto 39 professionisti e professioniste dell'area della prevenzione e della sanità pubblica delle Aziende Sanitarie della Regione Puglia, operanti in diversi contesti clinici e organizzativi.

Le attività formative hanno incluso lezioni in presenza, esercitazioni pratiche ed esperienze sul campo, finalizzate alla redazione di 5 *Project Work*, che hanno avuto la valenza di prova finale del Master.

I temi dei *Project Work* sono stati concordati con docenti e tutor, e le attività progettuali hanno tenuto conto dei bisogni rilevati nella popolazione di riferimento, garantendo coerenza con le azioni previste dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025. La struttura dei progetti è stata concepita partendo dall'analisi di contesto fino alla co-progettazione con la comunità, con particolare attenzione ai principi di equità e sostenibilità.

In questo rapporto viene presentato il modello operativo generale adottato per la creazione e redazione dei *Project Work* e, in seguito, le attività specifiche effettuate.

Obiettivi e struttura dei *Project Work*

I *Project Work* hanno avuto l'obiettivo di tradurre le competenze apprese durante il Master in azioni sul campo, co-costruite con il coinvolgimento della comunità di riferimento, sviluppando una proposta progettuale in tema di promozione della salute. Il metodo ha previsto uno schema di pianificazione con delle tappe sequenziali, dalla raccolta dati alla restituzione in comunità, considerando anche punti di forza e i limiti del progetto, oltre che raccomandazioni per la futura implementazione.

La struttura dei *Project Work* è stata definita in coerenza con il ciclo di programmazione dei progetti elaborato dalla Commissione europea e adattato alle specificità del progetto (Figura 1) che ha previsto:

- a) la produzione di un'analisi di contesto mirata, con la raccolta di dati epidemiologici, informazioni sui determinanti di salute, risorse a disposizione nella comunità e dinamiche socio-culturali presenti nel contesto di riferimento;
- b) il coinvolgimento diretto degli attori e attrici chiave;
- c) la definizione del profilo di equità per l'attuazione degli interventi;

- d) l'identificazione dei gruppi beneficiari;
- e) la co-costruzione della visione del progetto di promozione della salute;
- f) la definizione degli obiettivi, indicatori, attività e benefici attesi;
- g) la costruzione di un quadro logico;
- h) l'identificazione di responsabilità, risorse, rischi e sostenibilità;
- i) la definizione di un cronoprogramma delle attività.



Figura 1. Ciclo di programmazione dei progetti della Commissione Europea (1), adattato al contesto dei Project Work del Master Puglia, 2024

L'analisi di contesto ha costituito la base dell'intervento di promozione della salute. In questa fase preliminare, è stata prevista la raccolta di dati *ex-novo* e la loro integrazione con dati delle sorveglianze di popolazione disponibili – Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni, OKkio alla SALUTE, PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) e PASSI d'Argento – per delineare il profilo della comunità e segmentare i bisogni su cui indirizzare le azioni.

L'intero processo è stato sostenuto da un disegno partecipativo con l'utilizzo di metodologie quali *Focus group*, interviste e *World café*, essenziale per il coinvolgimento di stakeholder chiave delle comunità locali. In questo modo sono state valorizzate norme, pratiche e reti professionali che caratterizzano le dinamiche socioculturali del contesto di riferimento. Parallelamente è stato delineato il profilo di equità, valutando eventuali disuguaglianze e condizioni di vulnerabilità, e sono state identificate le persone beneficiarie, ossia i gruppi di popolazione ai quali le azioni vengono rivolte.

Una volta completata l'analisi, si è passati alla fase di co-progettazione e programmazione. In questa fase, è stata costruita la visione del progetto, definendo in modo condiviso i risultati attesi e gli obiettivi da raggiungere. È stata effettuata la programmazione dettagliata, con l'individuazione di obiettivi generali e specifici, indicatori di monitoraggio e le attività da realizzare. Il progetto è stato così strutturato in un quadro logico, che ha permesso di collegare risorse, attività, risultati e impatti attesi, e sono state definite responsabilità, risorse necessarie e

rischi potenziali. Infine, è stato elaborato il cronogramma delle attività, per garantire che ogni fase del progetto si svolgesse secondo tempi definiti e in modo coordinato.

L'intero percorso è stato concepito come un processo iterativo: l'analisi del contesto e la programmazione si influenzano reciprocamente, creando un modello dinamico e flessibile, in grado di rispondere ai bisogni emergenti e di promuovere salute, equità e sostenibilità nel lungo periodo.

Come precedentemente descritto, i *Project Work* si sono focalizzati su ambiti specifici di intervento, concordati tra i partner di progetto e chi ha partecipato al Master.

Punti di forza e limiti

I *Project Work* elaborati nell'ambito del Master hanno rappresentato uno strumento formativo di grande valore, in quanto hanno permesso alle persone partecipanti di applicare concretamente le conoscenze teoriche acquisite e di sviluppare competenze metodologiche nella progettazione di interventi di promozione della salute.

Tra i principali punti di forza dei *Project Work*, si sono evidenziati l'adozione di un modello strutturato di progettazione, coerente con il ciclo di programmazione dei progetti e con gli obiettivi del PRP, che ha favorito la comprensione dei processi logici e operativi della pianificazione di interventi di sanità pubblica. L'analisi di contesto, fondata sull'integrazione di dati epidemiologici, demografici e socioculturali, ha consentito a chi ha partecipato di esercitare capacità di lettura critica dei bisogni di salute e dei determinanti territoriali, favorendo l'individuazione di ambiti di intervento pertinenti e prioritari. Un ulteriore elemento qualificante è stato l'approccio partecipativo e multi-professionale e trans-settoriale, che ha facilitato lo sviluppo di competenze collaborative e trasversali, rafforzando i principi di sostenibilità e integrazione trans-settoriale. La possibilità di tradurre la teoria in pratica, anche se in contesti in parte controllati, ha offerto un'esperienza concreta di progettazione operativa, stimolando l'autonomia decisionale e la capacità di gestione dei processi progettuali.

Accanto a questi aspetti positivi, sono emersi alcuni limiti. I vincoli temporali e organizzativi propri del percorso di Master hanno ridotto la possibilità di approfondire in modo completo le analisi e di sperimentare sul campo gli interventi progettati. Inoltre, la distanza tra la fase di progettazione e quella dell'eventuale attuazione operativa potrebbe limitare la valutazione dell'efficacia reale delle azioni e della loro sostenibilità, in particolare in relazione alla disponibilità di risorse, alla capacità di coordinamento tra i diversi livelli istituzionali e all'inserimento delle azioni proposte nella programmazione ordinaria dei servizi. Infine, la variabilità dei contesti territoriali rappresenta una sfida alla replicabilità dei modelli progettuali sviluppati.

Nel complesso, i *Project Work* hanno costituito un'esperienza di valore formativo e metodologico, capace di rafforzare le competenze professionali in sanità pubblica e nella progettazione di interventi di promozione della salute, ponendo le basi per futuri sviluppi applicativi, pur richiedendo ulteriori fasi di consolidamento, monitoraggio e adattamento per una piena trasferibilità e applicazione nei contesti reali di intervento.

Nelle prossime pagine verranno presentate le attività effettuate per ogni *Project Work*.

Bibliografia

1. European Commission. Project cycle management handbook. Brussels: EuropeAid Cooperation Office; 2002. https://nsagm.weebly.com/uploads/1/2/0/3/12030125/pcm_handbook_ec_2002.pdf; ultima consultazione 29 novembre 2024.

PROJECT WORK 1

IN-FORMAZIONE SULL'ALIMENTAZIONE DI BAMBINI, BAMBINE E FAMIGLIE NEI PRIMI 1000 GIORNI: UN PROGETTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA REGIONE PUGLIA

Pasqua Bellomo (a), Stella Cavalcante (b), Maria Cipriano (c), Maria Grazia Congedo (d), Nicoletta Favuzzi (e), Lidia Lamparelli (a), Fiorella Manca (d), Annamaria Mele (d), Tiziana Nugnez (f), Lucia Perez (g), Francesca Zambri (h), Angela Giusti (h), Annachiara Di Nolfi (h), Vincenza Di Stefano (h)

(a) *Consultorio familiare, Azienda Sanitaria Locale Bari, Bari*

(b) *Consultorio familiare, Azienda Sanitaria Locale Lecce, Lecce*

(c) *Consultorio familiare, Azienda Sanitaria Locale Foggia, Foggia*

(d) *Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Azienda Sanitaria Locale Lecce, Lecce*

(e) *Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Azienda Sanitaria Locale Bari, Bari*

(f) *Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Azienda Sanitaria Locale Barletta-Andria-Trani, Trani*

(g) *Consultorio familiare, Azienda Sanitaria Locale Taranto, Taranto*

(h) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Analisi di contesto

Razionale e quadro epidemiologico

Negli ultimi decenni, i Paesi occidentali stanno attraversando profondi cambiamenti demografici, epidemiologici e sociali che rendono necessarie trasformazioni significative nelle modalità di erogazione delle cure, negli assetti organizzativi e nella sostenibilità dei servizi socio-sanitari.

Tali cambiamenti si collocano nel quadro della transizione epidemiologica e delle più recenti acquisizioni scientifiche riconducibili alla teoria delle *Developmental Origins of Health and Disease* (DOHaD), che ha evidenziato il ruolo centrale dei fattori ambientali, nutrizionali e relazionali precoci nei processi di programmazione dello sviluppo e della salute lungo l'intero arco della vita (1, 2).

Secondo il paradigma DOHaD, gli stimoli che agiscono durante la fase embrio-fetale e nei primi anni di vita influenzano in modo significativo i meccanismi di programmazione epigenetica, incidendo sul corretto sviluppo di organi e sistemi e modulando il rischio di insorgenza di patologie croniche non trasmissibili, metaboliche e psico-neuro-immuno-endocrine.

Da queste evidenze deriva il riconoscimento dell'importanza dei primi 1000 giorni di vita, durante il quale la plasticità biologica e neurocognitiva è massima. Gli stimoli che giungono al feto attraverso la madre e, successivamente, a lattanti e a bambini e bambine, incidono sullo sviluppo di organi e tessuti e influenzano, nel medio e lungo termine, lo stato di salute dell'individuo, con potenziali effetti transgenerazionali.

Allo stesso tempo, la letteratura evidenzia come l'esposizione precoce a condizioni di svantaggio socioeconomico e psicosociale sia associata a maggiori difficoltà comportamentali,

cognitive e relazionali e contribuisca alla produzione e al mantenimento delle disuguaglianze di salute (2, 3).

In questo quadro, assicurare a ogni bambino e bambina il miglior inizio possibile rappresenta una delle azioni di sanità pubblica più efficaci. Il *Nurturing Care Framework* individua cinque dimensioni fondamentali per lo sviluppo ottimale nella prima infanzia: buono stato di salute, alimentazione adeguata, genitorialità responsiva, sicurezza e protezione e opportunità di apprendimento precoce (4). Già nella *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, la *World Health Organization* (WHO) e la *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) hanno sottolineato come la nutrizione nei primi anni di vita rappresenti un determinante cruciale per la sopravvivenza, la crescita e lo sviluppo delle bambine e dei bambini, raccomandando interventi integrati lungo l'intero percorso nascita (5).

L'allattamento e una corretta alimentazione complementare costituiscono interventi chiave di promozione della salute nei primi 1000 giorni. Il latte umano rappresenta l'alimento naturale e biologicamente appropriato nei primi anni di vita, in grado di rispondere ai bisogni nutrizionali, immunologici e affettivi nei primi mesi di vita, mentre l'introduzione di un'alimentazione complementare adeguata e responsiva contribuisce allo sviluppo di competenze alimentari sane e alla prevenzione di esiti avversi di salute (5-7). Le evidenze scientifiche indicano che tali pratiche sono associate a una riduzione del rischio di infezioni, allergie, sovrappeso e obesità e a migliori esiti di crescita e sviluppo (8-10).

I dati italiani indicano, tuttavia, che l'adozione di tali pratiche resta ancora insufficiente e disomogenea. In particolare, nel contesto pugliese, la Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni, pur evidenziando un trend di miglioramento rispetto agli anni precedenti, mostra come l'allattamento esclusivo interessi tuttora una quota limitata di bambini e bambine: il 42,2% risulta allattato esclusivamente a 2-3 mesi di vita, percentuale che scende al 23,5% a 4-5 mesi di vita (11) (i dati di tutte le Regioni sono consultabili da Epicentro, il portale dell'epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità: <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/indagine-2022-regionali>). Parallelamente, i dati della sorveglianza OKkio alla SALUTE mostrano una prevalenza rilevante di sovrappeso e obesità in età pediatrica, con la Regione Puglia che presenta il 21,1% di bambine e bambini in condizione di sovrappeso e il 14,8% in condizione di obesità (12).

Inoltre, relativamente al contesto socioeconomico regionale, gli indicatori del rapporto "Benessere Equo e Sostenibile" evidenziano come la Regione Puglia presenti condizioni meno favorevoli rispetto alla media nazionale, ad esempio, per l'indicatore della speranza di vita in buona salute alla nascita, la Puglia registra un valore pari a 55 anni, inferiore alla media italiana (13). A ciò si aggiungono le evidenze relative alla qualità percepita dell'assistenza nel percorso nascita, che indicano, nelle Regioni del Sud e in Puglia in particolare, una minore soddisfazione delle donne soprattutto nelle fasi del *post-partum* e del supporto territoriale (14).

Nel complesso, il quadro epidemiologico e sociale evidenzia come la promozione dell'allattamento e dell'alimentazione complementare responsiva nei primi 1000 giorni rappresenti una priorità di sanità pubblica.

Analisi dei gruppi di interesse e strategie di coinvolgimento

Nell'ambito dell'analisi di contesto è stata condotta una ricognizione dei principali gruppi di interesse rilevanti per la promozione dell'allattamento e dell'alimentazione nei primi 1000 giorni, considerando il loro livello di interesse e la rilevanza strategica per il progetto. I gruppi di interesse includono i servizi sanitari territoriali e ospedalieri coinvolti nel percorso nascita, il personale dei servizi (sanitari, educativi e sociali), le amministrazioni locali, le famiglie, le reti informali e i gruppi *peer*, nonché gli enti del terzo settore e i mediatori e le mediatrici culturali. L'analisi ha

inoltre considerato, in una prospettiva di tutela della salute pubblica, i soggetti produttori di sostituti del latte materno e di alimenti per la prima infanzia, caratterizzati da una bassa rilevanza progettuale e da potenziali conflitti di interesse.

La mappatura dei gruppi di interesse, supportata da una matrice di coinvolgimento (Tabella 1), ha consentito di individuare gli attori chiave e di orientare in modo preliminare le successive fasi di approfondimento, con particolare riferimento all'analisi del profilo di equità e alla rilevazione partecipata dei bisogni.

Tabella 1. Matrice di coinvolgimento dei gruppi di interesse. Project work 1 - Master Puglia, 2024

Interesse per il progetto	Importanza per il progetto	
	ALTA	BASSA
ALTO	+ ASL - Consultori familiari ASL - SIAN Ospedali - Punti Nascita Ospedali - TIN Gruppi <i>peer</i> Famiglie	- Ostetriche/ostetrici con libera professione Enti del terzo settore (Associazioni di Volontariato, ecc.)
BASSO	+ Comuni Asili nido MMG Ginecologia privata PLS Pediatri/pediatre con libera professione Mediatori/mediatrici culturali	- Aziende produttrici di sostituti del latte materno e alimenti per la prima infanzia

ASL: Azienda Sanitaria Locale; SIAN: Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione; MMG: Personale Medico di Medicina Generale; PLS: Pediatra di Libera Scelta; TIN: Terapia Intensiva Neonatale.

Profilo di equità

Le disuguaglianze sociali e territoriali rappresentano un elemento trasversale che influenza in modo significativo le pratiche di allattamento e di alimentazione complementare nei primi 1000 giorni.

Nel contesto pugliese, le condizioni socioeconomiche, il livello di istruzione, la cittadinanza e l'accessibilità ai servizi sanitari e sociosanitari incidono sulla possibilità delle famiglie di ricevere informazioni corrette, tempestive e coerenti, nonché di usufruire di un supporto continuativo lungo il percorso nascita.

La variabilità nella distribuzione e nell'organizzazione dei servizi territoriali, in particolare dei consultori familiari, contribuisce a determinare differenze nella qualità e nella continuità dell'assistenza, amplificando le disuguaglianze esistenti e penalizzando in modo particolare le famiglie in condizioni di maggiore vulnerabilità sociale, economica o culturale. La Tabella 2 rappresenta la descrizione del profilo di equità di questa ipotesi progettuale.

Tabella 2. Profilo di equità. *Project work 1 - Master Puglia, 2024*

Indicatore	Genere (femminile)	Geografia (Regioni del Sud)	Gruppi di età (bassa età)	Cittadinanza (non comunitaria)	Titolo di studio (licenza media- inferiore)	Condizione socio- economica (difficoltà economiche)
Accesso ai consultori familiari	●	●	●	●	●	●
Accesso a strutture di supporto per la promozione di un'adeguata alimentazione complementare responsiva	●	●	●	●	●	●
Informazioni adeguate di supporto ad allattamento	●	●	●	●	●	●
Indicazioni appropriate a sostegno dell'alimentazione complementare responsiva	●	●	●	●	●	●

● Aumenta ● Incerto ● Non applicabile

Identificazione dei gruppi e persone beneficiarie

I principali beneficiari degli interventi di promozione dell'allattamento e dell'alimentazione complementare sono rappresentati dalle donne in gravidanza, dalle famiglie e dai bambini e bambine piccole. Particolare attenzione è rivolta alle famiglie che vivono condizioni di vulnerabilità sociale, economica o culturale, maggiormente esposte al rischio di esiti di salute sfavorevoli.

I gruppi beneficiari indiretti risultano essere il personale sanitario e sociosanitario coinvolto nel percorso nascita e nella prima infanzia, il cui ruolo è determinante per garantire la coerenza dei messaggi, la continuità dell'assistenza e l'efficacia complessiva delle azioni di promozione della salute. Il coinvolgimento attivo dei gruppi di interesse, attraverso modalità partecipative e di co-costruzione, rappresenta pertanto un elemento centrale per favorire l'appropriatezza, l'accettabilità e la sostenibilità degli interventi proposti.

Bisogni di madri, padri, bambine e bambini e offerta di supporto nella comunità per protezione, promozione e sostegno dell'allattamento: analisi di contesto partecipata tramite *Focus group* e *World café*

La comprensione del contesto è stata arricchita da un processo di rilevazione partecipata attraverso la realizzazione di *Focus group* e *World café*. L'obiettivo è stato quello di raccogliere i punti di vista di diversi gruppi di interesse della comunità riguardo la promozione dell'allattamento nel territorio di appartenenza.

Gli obiettivi specifici sono stati:

- descrivere i bisogni e le aspettative delle madri, dei padri, bambine e bambini per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento;
- descrivere l'offerta di servizi presenti nella comunità (salute, sociale, educazione, terzo settore);
- descrivere i punti di debolezza e di forza dell'attuale offerta;
- formulare proposte per interventi.

Le persone partecipanti sono state reclutate attraverso un campionamento propositivo, sfruttando le proprie reti e includendo personale afferente a diversi settori e servizi. Tutte le persone che hanno manifestato interesse a partecipare all'indagine sono state successivamente contattate tramite mail o cellulare. Prima dell'inizio del *Focus group* è stato compilato un modulo per il consenso informato alla partecipazione allo studio e al trattamento dati e un questionario anonimo per la raccolta di dati socio-demografici. I *Focus group* sono stati facilitati da due ricercatrici esperte, seguendo una griglia semi-strutturata di domande (Tabella 3). Ogni *Focus group* ha avuto durata di circa 90 minuti ed è stato audio-registrato, trascritto e reso anonimo a seguito del consenso informato delle persone partecipanti. L'analisi è stata di tipo categoriale, con metodo della *Long table analysis*, con approccio deduttivo basato su temi e categorie predefinite, e induttivo basato su temi e categorie emergenti.

Tabella 3. Obiettivi e domande dei *Focus group* e del *World café*. *Project work 1 - Master Puglia, 2024*

Obiettivo	Domande
<i>Focus group</i>	
1. Descrivere i bisogni e le aspettative delle madri, dei padri, bambine e bambini per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento	Quali sono, secondo voi, i bisogni e le aspettative di mamme, papà, bimbe e bimbi rispetto all'allattamento?
2. Descrivere l'offerta di servizi presenti nella comunità (salute, sociale, educazione, terzo settore) per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento	Rispetto a questi bisogni e aspettative che avete descritto, quali servizi sono presenti nella vostra realtà?
3. Descrivere i punti di debolezza e di forza dell'attuale offerta	Quali sono i punti di forza e di debolezza dell'attuale offerta di servizi? E in tema di protezione (il marketing), promozione (le politiche) e sostegno (i servizi, i gruppi) dell'allattamento?
4. Formulare proposte per interventi	Quali suggerimenti daresti per migliorare l'accesso e l'offerta di servizi nella vostra realtà? Quali sono le caratteristiche di un "buon" servizio, che risponda ai vostri bisogni?
<i>World café</i>	
1. Descrivere i bisogni e le aspettative delle madri, dei padri, bambine e bambini per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento	Quali sono i bisogni e le aspettative di mamme, papà, bimbe e bimbi rispetto all'allattamento nella nostra realtà?
2. Descrivere l'offerta di servizi presenti nella comunità (salute, sociale, educazione, terzo settore) per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento	Rispetto a questi bisogni e aspettative che avete descritto, quali servizi sono presenti nelle vostre comunità?
3. Descrivere i punti di debolezza e di forza dell'attuale offerta	Quali sono i punti di forza e di debolezza dell'attuale offerta di servizi?
4. Formulare proposte per interventi	Quali sono le proposte d'azione concrete nelle nostre comunità?

Durante il mese di marzo e settembre 2024 sono stati effettuati quattro *Focus group*, due online e due in presenza, e un *World café* in presenza, con il coinvolgimento di un totale di 102 partecipanti: rispettivamente 62 partecipanti nei *Focus group* (13 genitori e 49 professioniste e

professionisti del settore sanitario ed educativo) e 40 partecipanti nel *World café* (26 professioniste e professionisti del settore sanitario ed educativo, 7 rappresentanti di associazioni del terzo settore e 7 genitori). Dall'analisi emerge un quadro articolato dei bisogni, delle criticità e delle risorse percepite da madri, padri, famiglie e personale dei servizi.

Le madri mostrano una forte motivazione ad allattare, riconoscendone il valore per la salute materna e infantile, ma riferiscono di aver ricevuto informazioni spesso incomplete, disomogenee o contraddittorie, soprattutto nei momenti immediatamente successivi al parto e in particolare dopo il parto cesareo. È emersa una carenza di un'offerta attiva di supporto pratico all'avvio dell'allattamento durante la degenza, così come un insufficiente accompagnamento al rientro a casa, fase in cui aumentano dubbi, insicurezze e senso di solitudine. Il rientro al lavoro rappresenta un ulteriore momento critico, associato a forte ansia e incertezza sulla possibilità di proseguire l'allattamento. Le madri esprimono inoltre il bisogno di un sostegno continuativo, fisico e psicologico, garantito da un *team* multidisciplinare e orientato al rispetto dei tempi della donna e della triade madre-padre-bambino e bambina.

Per i padri/partner emerge con chiarezza la necessità di essere maggiormente coinvolti e informati lungo tutto il percorso, dalla gravidanza alla *post-partum*. Essi percepiscono ancora una forte esclusione dai servizi e dalle pratiche di cura, sia nei consultori sia in ambito ospedaliero, rafforzata da politiche di conciliazione lavoro-famiglia ritenute insufficienti. Il personale dei servizi e famiglie concordano nel riconoscere che un maggiore coinvolgimento dei padri favorirebbe percorsi più sereni e un migliore sostegno alle madri.

Rispetto ai bisogni di bambine e bambini, sia i genitori che il personale dei servizi sottolineano l'importanza di garantire il soddisfacimento dei bisogni fondamentali nei primi mesi di vita, come alimentazione, contatto e cura, contrastando letture culturali che li interpretano come "vizi". In questo contesto, la possibilità di usufruire di congedi di maternità e paternità adeguati è considerata una risorsa importante per sostenere la relazione genitore-bambino e bambina.

A livello familiare emerge il bisogno di informazioni chiare, coerenti e continuative, nonché della presenza di figure di riferimento facilmente accessibili. Le difficoltà nell'allattamento, se non adeguatamente sostenute, possono generare frustrazione e senso di colpa nelle madri, talvolta conducendo precocemente all'introduzione della formula. È inoltre fortemente sentita la necessità di una maggiore presenza del partner durante la degenza ospedaliera, soprattutto nei casi di parto cesareo.

Per quanto riguarda l'offerta dei servizi, i consultori familiari rappresentano un punto di riferimento importante, in particolare attraverso gli incontri di accompagnamento alla nascita, apprezzati per la qualità delle informazioni e per il supporto emotivo fornito. In alcune realtà sono presenti servizi di sostegno *post-partum*, consulenze domiciliari e reti informali tra mamme, che contribuiscono a rafforzare il supporto tra pari. Tuttavia, l'offerta risulta disomogenea, spesso insufficiente rispetto alla domanda e poco conosciuta dalle famiglie. Anche il ruolo delle mamme *peer* è riconosciuto come una risorsa significativa, seppur non sempre strutturata o integrata in modo omogeneo in tutti i territori e nei servizi.

In ambito ospedaliero, accanto a esperienze positive legate alla professionalità e alla motivazione del personale, emergono numerose criticità: carenza di informazioni sull'allattamento, messaggi contrastanti tra professionisti e professioniste, uso precoce e talvolta non necessario della formula, scarsa continuità assistenziale al momento della dimissione e limitato coinvolgimento dei partner. Tali criticità risultano accentuate dall'assenza di procedure standardizzate e da una formazione non sempre adeguata del personale. È inoltre segnalata la persistenza di pratiche di marketing in contrasto con il Codice Internazionale dei Sostituti del Latte Materno (15) e di atteggiamenti giudicanti o poco empatici, vissuti dalle madri come fonte di ulteriori difficoltà.

Nel complesso, emerge una frammentazione dei servizi e una debole integrazione tra ospedale, territorio e altri attori istituzionali, con una scarsa conoscenza reciproca delle risorse disponibili. Questa organizzazione “a silos” spinge molte famiglie a ricorrere al privato, con conseguenti disuguaglianze dovute al peso economico non sempre sostenibile per tutte le famiglie.

Tra le proposte di miglioramento, viene sottolineata la necessità di rafforzare la presa in carico precoce e integrata delle famiglie, di potenziare i servizi territoriali e ospedalieri dedicati all’allattamento, di favorire il coinvolgimento attivo dei padri, di migliorare la formazione del personale e di sviluppare reti strutturate tra servizi. Viene inoltre evidenziata l’importanza della comunicazione e della sensibilizzazione a livello comunitario e lavorativo, anche attraverso strumenti digitali, campagne informative e la creazione di ambienti e spazi favorevoli all’allattamento.

Proposta di progetto di promozione della salute

L’analisi di contesto, integrata dai dati epidemiologici e dal processo partecipativo basato su *Focus group* e *World café*, ha consentito di individuare i bisogni e le aree di intervento prioritarie alla base del presente progetto di promozione della salute.

Beneficio atteso, obiettivi e azioni previste

Il beneficio atteso riguarda il miglioramento complessivo della salute e del benessere di donne, bambine e bambini grazie alla creazione di un modello integrato di sostegno all’alimentazione nei primi 1000 giorni, capace di ridurre le disuguaglianze, rafforzare la capacità informativa e relazionale dei servizi e favorire scelte consapevoli nelle famiglie. Il progetto mira a generare cambiamenti strutturali e duraturi, non soltanto incrementando i tassi di allattamento e migliorando l’aderenza alle pratiche di alimentazione responsiva, ma anche rafforzando la rete territoriale e la collaborazione interistituzionale.

Obiettivo generale

Il progetto si propone di promuovere interventi integrati e coordinati a sostegno della salute nei primi 1000 giorni, valorizzando la collaborazione tra servizi, professionisti e comunità locali. In tale prospettiva, l’obiettivo generale è:

- aumentare la prevalenza dell’allattamento e la diffusione di un’alimentazione complementare responsiva nella popolazione regionale, attraverso un approccio partecipativo e la messa in rete dei servizi sanitari, educativi e comunitari.

Obiettivi specifici

Il progetto intende perseguire i seguenti obiettivi specifici, orientati al rafforzamento delle pratiche di promozione della salute materno-infantile e al consolidamento della rete dei servizi territoriali:

- *Obiettivo specifico 1*
incrementare la percentuale di allattamento esclusivo fino ai sei mesi, in coerenza con le raccomandazioni internazionali e i dati di riferimento per la Regione Puglia;

- *Obiettivo specifico 2*
promuovere un'alimentazione complementare responsiva tra i sei e i ventiquattro mesi, sostenendo famiglie e professionisti e professioniste nella diffusione di pratiche adeguate.

Azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi

Il progetto prevede un insieme integrato di azioni organizzative, formative e comunitarie finalizzate al rafforzamento della promozione dell'allattamento e dell'alimentazione responsiva nei primi anni di vita, nonché al miglioramento della continuità assistenziale tra servizi e territorio:

- potenziamento dei consultori familiari, attraverso la verifica dei fabbisogni di personale, la valorizzazione delle professioni sanitarie coinvolte e l'estensione delle attività di accompagnamento alla nascita e di supporto nel *post-partum*;
- sviluppo di una procedura di presa in carico integrata tra ospedale e territorio, per garantire continuità e coerenza delle informazioni e del supporto alle famiglie dal parto ai primi mesi dopo la dimissione;
- introduzione strutturata di momenti formativi su alimentazione in gravidanza, allattamento e alimentazione complementare nei percorsi prenatali e postnatali, con il coinvolgimento di personale formato;
- promozione di *Baby Pit-Stop* e creazione di ambienti accoglienti per l'allattamento in spazi pubblici e privati, al fine di normalizzare l'allattamento e rafforzare il sostegno alle famiglie;
- definizione di linee guida per la sicurezza alimentare nei servizi educativi per la prima infanzia, con particolare attenzione alla conservazione e somministrazione del latte materno negli asili nido;
- realizzazione di iniziative formative e di sensibilizzazione rivolte a gruppi *peer*, associazioni e personale dei servizi territoriali, per consolidare una rete comunitaria stabile e competente;
- implementazione di attività di informazione alle famiglie nei servizi territoriali su stili di vita salutari.

Elementi di sostenibilità del progetto

La sostenibilità del progetto si articola su più dimensioni. Sul piano ambientale, l'allattamento è riconosciuto come pratica a basso impatto, coerente con le strategie globali di riduzione degli sprechi e dell'impronta ecologica (16). Sul piano economico, la promozione dell'allattamento esclusivo e dell'alimentazione responsiva è associata a una riduzione dei costi sanitari e familiari, grazie alla diminuzione di patologie correlate e all'eliminazione della spesa per formule e attrezzature.

La sostenibilità sociale e formativa si fonda sul rafforzamento delle competenze del personale sanitario e sulla valorizzazione della comunità, attraverso gruppi *peer* e iniziative partecipative. L'integrazione tra servizi e la creazione di politiche favorevoli all'allattamento contribuiscono inoltre alla sostenibilità istituzionale, rendendo il progetto replicabile e scalabile nel tempo.

La sostenibilità operativa si basa sulla possibilità di implementare molte delle azioni proposte utilizzando le risorse già presenti nei servizi sanitari e nel Piano Regionale della Prevenzione, riducendo la necessità di investimenti straordinari.

Coerentemente con gli obiettivi descritti, il quadro logico del progetto identifica risultati attesi, indicatori misurabili e attività correlate (Tabella 4).

Tabella 4. Quadro logico delle attività per obiettivo specifico e indicatori verificabili obiettivamente. Project work 1- Master Puglia, 2024

Obiettivo specifico	Indicatori verificabili	Fonti di verifica	Azioni previste per obiettivo	Responsabile	Risorse
OS 1	<ul style="list-style-type: none"> • Allattamento • Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni 	<p>Report regionali Sorveglianza bambine e bambini 0-2 anni</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziamiento dei consultori familiari e del supporto alla nascita e al post-partum; • Sviluppo di una presa in carico integrata ospedale-territorio per garantire continuità assistenziale alle famiglie; • Introduzione di percorsi formativi su alimentazione in gravidanza, allattamento e alimentazione complementare; • Promozione di Baby Pit-Stop e spazi accoglienti per l'allattamento; • Definizione di linee guida per la sicurezza alimentare nei servizi educativi per la prima infanzia; • Realizzazione di iniziative formative e di sensibilizzazione per rafforzare la rete comunitaria di supporto alle famiglie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Distretti • Aziende ospedaliere • Dipartimento Prevenzione • Direzioni Strategiche 	<ul style="list-style-type: none"> • Unità di personale nei Consultori familiari, SIAN e Asili nido per la realizzazione delle attività specifiche nelle strutture • Unità di personale dell'AO e dei Distretti, MMG e ginecologi/ginecologhe per la presa in carico integrata delle donne tra ospedale e territorio • Coinvolgimento Direzioni dei servizi in cui si esplicano le attività • Coinvolgimento dei Comuni, Enti Locali, Associazioni, Terzo settore • Sedi per realizzazione incontri e attività formative • Fondi per materiali informativi • Coinvolgimento dell'URP e Ufficio Stampa aziendali • Coinvolgimento Ufficio Informatico • Sedi e attrezzature per <i>Baby Pit-Stop</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Sovrappeso obesità • Abitudini alimentari salutari 	<p>Report Sorveglianza OKKio alla SALUTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione di attività di informazione alle famiglie nei servizi territoriali (Consultorio familiare e SIAN) su stili di vita salutari (tramite IAN, incontri <i>post-partum</i>, attività ambulatorio SIAN) • Coinvolgimento della comunità con l'implementazione di iniziative di informazione, eventi/giornate formative 	<ul style="list-style-type: none"> • Distretti • Aziende ospedaliere • Dipartimento Prevenzione • Direzioni Strategiche 	<ul style="list-style-type: none"> • Unità di personale nei Consultori, SIAN e Asili nido per la realizzazione delle attività specifiche nelle strutture • Unità di personale dell'AO e dei Distretti, MMG e ginecologi/ginecologhe per la presa in carico integrata delle donne tra ospedale e territorio • Coinvolgimento Direzioni dei servizi in cui si esplicano le attività • Coinvolgimento dei Comuni, Enti Locali, Associazioni, Terzo settore • Sedi per realizzazione incontri e attività formative • Fondi per materiali informativi • Coinvolgimento dell'URP e Ufficio Stampa aziendali • Coinvolgimento Ufficio Informatico • Sedi e attrezzature per <i>Baby Pit-Stop</i>

AO: Azienda Ospedaliera; IAN: Incontri di Accompagnamento alla Nascita; SIAN: Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione; MMG: Personale Medico di Medicina Generale; URP: Ufficio Relazioni Pubbliche.

Identificazione delle responsabilità, risorse e rischi

L'attuazione del progetto richiede una collaborazione sinergica tra diverse istituzioni e servizi: direzioni distrettuali, consultori familiari, reparti ospedalieri, SIAN, pediatria di libera scelta, amministrazioni comunali e servizi educativi. Le risorse umane rappresentano un elemento cruciale; è necessario valorizzare le competenze esistenti e, quando necessario, prevedere interventi di formazione e rinforzo dei *team*.

Le risorse materiali comprendono spazi adeguati, attrezzature minime per i *Baby Pit-Stop*, strumenti informativi e materiali multilingue. Il progetto prevede inoltre un uso mirato delle risorse disponibili nel Piano Regionale della Prevenzione.

I principali rischi riguardano la disomogeneità territoriale dei servizi, la carenza di personale formato, la possibile resistenza culturale all'allattamento in alcuni contesti familiari o sociali e l'eventualità di eventi esterni (come crisi sanitarie) che possano ridurre l'accessibilità ai servizi. La strategia di mitigazione si basa sul coinvolgimento attivo della comunità, sulla comunicazione efficace e sulla flessibilità organizzativa dei servizi.

La Tabella 5 mostra il cronoprogramma delle attività.

Discussione e conclusioni

La progettazione presentata si colloca all'interno di un quadro articolato, in cui la promozione dell'allattamento e dell'alimentazione complementare responsiva non può essere considerata come un insieme di interventi isolati, ma come l'esito di un processo intersettoriale che coinvolge servizi sanitari, istituzioni, comunità e famiglie. Le azioni proposte mirano a costruire un modello capace di integrare competenze, responsabilità e risorse, rispondendo ai bisogni emersi e valorizzando al contempo il potenziale già presente nel territorio pugliese.

La frammentazione dei percorsi, la disomogeneità dell'offerta e la mancanza di una comunicazione sistemica tra ospedale e territorio rappresentano fattori che ostacolano la capacità delle famiglie di accedere a informazioni coerenti e tempestive. Il progetto affronta questa criticità proponendo una procedura di presa in carico integrata, che riconosce la centralità del primo contatto dopo il parto e valorizza il ruolo dei consultori familiari come snodo privilegiato per l'accompagnamento dei genitori nei primi mesi di vita di bambini e bambine. Un altro punto rilevante riguarda il ruolo del padre o partner, ancora troppo spesso marginalizzato nei percorsi nascita. L'inclusione del padre rappresenta un cambio di prospettiva orientato alla triade, inserendo la proposta progettuale in una cornice relazionale più ampia, che riconosce la genitorialità come processo condiviso. Relativamente alla dimensione culturale e sociale dell'allattamento, in alcune comunità, la diffusione di modelli alimentari non ottimali, l'esposizione al marketing dei sostituti del latte materno e la mancanza di reti informali di sostegno costituiscono barriere difficili da superare. La creazione di gruppi *peer*, l'attivazione di *Baby Pit-Stop* e l'elaborazione di materiali informativi accessibili e multilingue rappresentano risposte che vanno oltre la dimensione sanitaria, in un approccio proattivo e rivolto alla comunità. Il rafforzamento della comunità locale, intesa come partecipante attivo della promozione della salute, è uno degli elementi principali dell'ipotesi progettuale e una delle condizioni che ne favoriscono la sostenibilità nel tempo.

La presenza dei SIAN nei percorsi prenatali, insieme al coinvolgimento della pediatria di libera scelta, può favorire una maggiore coerenza tra i diversi messaggi rivolti alle famiglie. Inoltre, è fondamentale che le direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), i Comuni e le altre istituzioni coinvolte mostrino sostegno all'implementazione di questo progetto, contribuendo alla diffusione di ambienti favorevoli all'allattamento e alla creazione di reti territoriali solide.

Tabella 5. Cronoprogramma delle attività per mese (M). Project work 1 - Master Puglia, 2024

Attività	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18
Pianificazione attività progettuali																		
Aumento del numero di IAN																		
Aumento del numero di incontri <i>post-partum</i> fino ai 2 anni																		
Inserimento personale SIAN negli IAN																		
Presenza in carico negli ambulatori SIAN																		
Pubblicazione materiali informativi																		
Creazione procedura per la presa in carico integrata Ospedale-Territorio																		
Realizzazione <i>Baby Pit-Stop</i>																		
Creazione linee guida per la conservazione e somministrazione del latte materno negli Asili nido																		
Corsi di formazione per personale <i>peer</i>																		
Monitoraggio e valutazione																		

IAN: Incontri di Accompagnamento alla Nascita; SIAN: Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

Punti di forza, limiti e raccomandazioni per l'implementazione

I punti di forza dell'ipotesi progettuale riguardano la capacità di integrare approcci diversi: dalla dimensione clinica e nutrizionale, a quella relazionale, comunitaria e ambientale. Inoltre, la presenza di indicatori definiti nel quadro logico rende possibile un monitoraggio efficace degli esiti, permettendo di valutare l'impatto del progetto nel breve e nel medio termine. Infine, la scelta di adottare un approccio partecipativo ha permesso di costruire un intervento radicato nei bisogni reali del territorio, aumentando le probabilità di accettabilità e di successo.

Tra i limiti da considerare, va segnalata la variabilità territoriale e la carenza di personale nei consultori e nei servizi ospedalieri come possibili ostacoli all'implementazione uniforme delle azioni previste. Inoltre, le resistenze culturali alla pratica dell'allattamento potrebbero ridurre l'efficacia delle iniziative di promozione, rendendo necessarie attività di sensibilizzazione più estese e continuative nel tempo. Il progetto, pur ben strutturato, richiederà un costante accompagnamento istituzionale e una *governance* attenta per evitare inefficienze o disparità nell'applicazione. In questo senso, si raccomanda di accompagnare l'implementazione del progetto con un rafforzamento della formazione del personale, una chiara definizione di ruoli e responsabilità e il coinvolgimento attivo delle direzioni strategiche e degli enti locali. Sarà inoltre fondamentale prevedere momenti periodici di coordinamento e valutazione, al fine di correggere tempestivamente eventuali criticità e garantire equità e coerenza nell'applicazione del progetto sul territorio.

In conclusione, l'ipotesi progettuale di questo *Project Work* mette in luce l'importanza della costruzione di un sistema capace di sostenere in modo integrato e continuativo le famiglie nei primi 1000 giorni.

Bibliografia

1. Berg A. The importance of the first 1 000 days of life. *J Child Adolesc Ment Health*. 2016;28(2):iii–vi. doi:10.2989/17280583.2016.1223803.
2. Burgio E. Environment and fetal programming: the origins of some current “pandemics”. *J Pediatr Neonat Individual Med*. 2015;4(2):e040237.
3. CSDH. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization; 2008.
4. World Health Organization, United Nations Children’s Fund, World Bank Group. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: World Health Organization; 2018.
5. World Health Organization, United Nations Children’s Fund. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: World Health Organization; 2003.
6. Pérez-Escamilla R, Martínez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2016;12(3):402–417. doi:10.1111/mcn.12294.
7. World Health Organization. *WHO guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age*. Geneva: World Health Organization; 2023.
8. Obbagy JE, English LK, Wong YP, Butte NF, Dewey KG, Fleischer DM, Fox MK, Greer FR, Krebs NF, Scanlon KS, Stookey EE. Complementary feeding and food allergy, atopic dermatitis/eczema,

- asthma, and allergic rhinitis: a systematic review. *Am J Clin Nutr.* 2019; 109(7):890S-934S. doi: 10.1093/ajcn/nqy220.
9. Hurley KM, Cross MB, Hughes SO. A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries. *J Nutr.* 2011;141(3):495-501. doi:10.3945/jn.110.130047.
 10. Redsell SA, Edmonds B, Swift JA, Siriwardena AN, Weng S, Nathan D, Glazebrook C. Systematic review of randomised controlled trials of interventions that aim to reduce the risk, either directly or indirectly, of overweight and obesity in infancy and early childhood. *Matern Child Nutr.* 2016;12(1):24-38. doi: 10.1111/mcn.12184.
 11. Istituto Superiore di Sanità, Regione Puglia. *Sistema di sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino. Risultati 2022. Regione Puglia.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023
 12. Nardone P, Ciardullo S, Spinelli A, Mandolini D, Salvatore MA, Andreozzi S (Ed.). Stato ponderale e stili di vita di bambine e bambini: i risultati di OKkio alla SALUTE 2023. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2025. (Rapporti ISTISAN 25/3).
 13. Ufficio Statistico. *Benessere equo e sostenibile.* Bari: Regione Puglia; 2025. Disponibile all'indirizzo: https://www.regione.puglia.it/documents/359604/8815876/202512_BES_Report_regioni.pdf/95d751d7-59cd-6824-063f-c8f6a60febe3?t=1766404729434; ultima consultazione 29 novembre 2024
 14. Donati S, Andreozzi S, Bucciarelli M, Ferraro C, Lauria L, Lega I, Mastroeni S, Pizzi E. Indagine sulla qualità percepita nell'assistenza al percorso nascita. In: *Convegno "Come investire sulla promozione dei primi 1000 giorni di vita"; Istituto Superiore di Sanità; Roma, 20 aprile 2023.* [presentazione]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/convegno-2023/Donati.pdf>; ultima consultazione 29 novembre 2024.
 15. World Health Organization. *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes.* Geneva: SHO; 1981. Traduzione italiana disponibile all'indirizzo <https://www.epicentro.iss.it/allattamento/pdf/codice.pdf>; ultima consultazione maggio 2026.
 16. IBFAN (International Baby Food Action Network), GIFA (Geneva Infant Feeding Association), WBTi (World Breastfeeding Trends Initiative). *Greenfeeding – Ecofeeding climate action from birth.* Geneva: GIFA; 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://www.gifa.org/wp-content/uploads/2024/03/2023-Green-Feeding-Europe-and-Worldwide-2023-FINAL-R.pdf>; ultima consultazione 29 novembre 2024.

PROJECT WORK 2

SALUTE E NUTRIZIONE NELLE EMERGENZE MIGRATORIE: PROMUOVERE BENESSERE E SICUREZZA ALIMENTARE NEL TERRITORIO DELLA REGIONE PUGLIA

Beatrice Anelli (a), Anna De Mango (b), Rachele Maria Russo (c), Vincenzo Tiscia (d), Andrea Zizzi (e),
Francesca Zambri (f), Vincenza Di Stefano (f), Angela Giusti (f), Annachiara Di Nolfi (f)

(a) Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Azienda Sanitaria Locale di Bari, Bari

(b) Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Azienda Sanitaria Locale di Lecce, Lecce

(c) Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Azienda Sanitaria Locale di Foggia, Foggia

*(d) Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Azienda Sanitaria Locale di Foggia,
Foggia*

(e) Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Azienda Sanitaria Locale di Brindisi, Brindisi

*(f) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di
Sanità, Roma*

Analisi di contesto

Razionale e quadro epidemiologico

Le emergenze migratorie costituiscono un contesto complesso e dinamico, caratterizzato dalla presenza di molteplici fattori di stress che possono incidere in modo significativo sulla salute e sulla sicurezza delle persone coinvolte. La limitata disponibilità di alimenti sicuri, nutrizionalmente adeguati e culturalmente appropriati, associata a condizioni igienico-sanitarie spesso precarie e a livelli elevati di stress psicologico, espone le persone migranti a un aumentato rischio di malnutrizione, malattie infettive e ulteriori problematiche di salute.

I Protocolli Operativi e i Piani Provinciali attualmente in vigore per il soccorso e l'assistenza nelle emergenze legate agli sbarchi forniscono indicazioni di carattere generale in merito all'alimentazione nella fase di prima accoglienza da parte dei Comuni, senza tuttavia prevedere un adeguato livello di specificità, né per la popolazione adulta né per la fascia di età particolarmente vulnerabile 0-2 anni.

In un contesto globale caratterizzato da una crescente mobilità della popolazione, i Paesi ospitanti hanno progressivamente iniziato a considerare le esigenze differenziate delle popolazioni migranti (1). Tuttavia, tali bisogni sanitari risultano ancora spesso poco compresi e insufficientemente integrati nei sistemi di accoglienza, mentre la persistente difficoltà di comunicazione tra il personale dei servizi e persone migranti continua a rappresentare una barriera rilevante all'accesso appropriato ed equo ai servizi sanitari (2).

Revisione della documentazione e delle procedure sul territorio della Regione Puglia

Il quadro normativo e programmatico regionale e nazionale rappresenta il riferimento per l'analisi e l'implementazione delle azioni di prevenzione e promozione della salute, con

particolare attenzione ai bisogni delle popolazioni vulnerabili. In tale prospettiva, sono stati esaminati i principali documenti e strumenti di programmazione vigenti:

- *Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)*
Il PNP (3) sottolinea l'importanza della prevenzione e della promozione della salute per tutta la popolazione. L'implementazione a livello regionale richiede un'attenzione specifica alle esigenze della popolazione migrante, considerando le relative vulnerabilità e determinanti sociali di salute.
- *Piano Regionale della Prevenzione (PRP)*
Il PRP della Regione Puglia (4) si allinea al PNP e include azioni per la tutela della salute delle persone migranti, come screening sanitari, vaccinazioni e interventi di educazione alla salute. L'efficacia dipende dall'adattamento alle specificità territoriali e alle esigenze dei diversi gruppi di migranti, garantendo un'adeguata formazione del personale e un'efficace comunicazione interculturale.
- *Linee guida e delibere regionali*
La Regione Puglia ha emanato diverse linee guida e delibere riguardanti l'accoglienza e la salute della popolazione migrante, come quelle relative all'assistenza sanitaria di base, alla salute mentale e alla mediazione culturale. Queste normative forniscono un quadro di riferimento importante, ma la loro attuazione pratica può presentare sfide legate alla disponibilità di risorse, alla complessità dei bisogni e alla necessità di un coordinamento efficace tra le persone coinvolte (5).

Revisione della letteratura scientifica e delle indicazioni sanitarie

La letteratura scientifica evidenzia l'impatto negativo delle emergenze migratorie sulla salute e sulla sicurezza alimentare della popolazione migrante, sottolineando la necessità di interventi mirati per prevenire malnutrizione, malattie infettive e altri problemi di salute. Studi recenti hanno dimostrato l'importanza di un approccio olistico che consideri non solo gli aspetti fisici, ma anche quelli psicologici e sociali della salute delle persone migranti (6). La *World Health Organization* (WHO) fornisce raccomandazioni specifiche per la promozione della salute e della sicurezza alimentare nelle emergenze, sottolineando l'importanza di un approccio multisettoriale e partecipativo che coinvolga le stesse persone migranti nella progettazione e implementazione degli interventi (6). Per la fascia 0-2 anni, la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento è considerata una priorità di salute pubblica, tale da essere sancita dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, con la quale la WHO e l'UNICEF (*United Nations International Children's Emergency Fund*) raccomandano di allattare esclusivamente dalla nascita per i primi sei mesi e proseguire per i successivi due anni e oltre, secondo il desiderio del bambino e della bambina e della madre, con l'introduzione graduale di cibi complementari appropriati (7).

La WHO sottolinea inoltre la necessità di garantire l'accesso equo ai servizi sanitari, indipendentemente dallo status giuridico delle persone migranti (6).

Analisi dei gruppi di interesse e strategie di coinvolgimento

Descrivere e analizzare le politiche di accoglienza della popolazione migrante sul territorio possono offrire un'occasione per aprire lo sguardo su aspetti finora trascurati o sottovalutati delle politiche in materia d'immigrazione, proprio come quello della salute e sicurezza alimentare.

Nel corso degli anni, il sistema di accoglienza in Italia ha subito profondi mutamenti organizzativi e strutturali. Attualmente, il modello del Sistema di Accoglienza e Integrazione

(SAI) si fonda su un approccio di accoglienza diffusa che prevede il coinvolgimento diretto degli enti locali in qualità di titolari dei progetti, in stretta collaborazione con il privato sociale e le associazioni del territorio. Tale rete di attori concorre a garantire elevati livelli di sicurezza nelle fasi di sbarco e un'assistenza qualificata durante la prima accoglienza, mentre le Prefetture territoriali svolgono un ruolo centrale di coordinamento, monitoraggio e supporto delle attività nell'ambito dei rispettivi territori di competenza.

Per questo motivo, nell'analisi del contesto di questo *Project Work*, sono stati individuati i seguenti gruppi di interesse:

- Comuni;
- Enti locali;
- Servizi Sanitari territoriali;
- Croce Rossa Italiana (Comitato Regionale Puglia);
- Caritas (Lecce, Brindisi);
- Centrali operative 118 del territorio;
- Associazioni di volontariato (Archi Solidarietà Lecce/Brindisi);
- Cooperative di Gestione dei CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria) e dei CARA (Centri di Accoglienza per Richiedenti Asilo (Lecce, Brindisi, Bari);
- Prefetture Territoriali (Regione Puglia).

Nella Tabella 1 vengono distribuiti i gruppi di interesse da coinvolgere, a seconda dell'importanza e dell'interesse per il progetto.

Tabella 1. Matrice di coinvolgimento dei gruppi di interesse. *Project work 2 - Master Puglia, 2024*

Interesse per il progetto	Importanza per il progetto	
	ALTA	BASSA
ALTO	+ Croce Rossa Italiana Cooperative Gestione CARA/CAS Associazioni di volontariato Caritas	-
BASSO	+ Comuni Enti locali Servizi sanitari territoriali Prefetture territoriali	- Centrale operativa 118

I diversi gruppi di interesse sono stati coinvolti attraverso modelli partecipativi allo scopo di implementare processi di cambiamento con finalità di promozione della salute e della sicurezza alimentare nella popolazione migrante adulta e della fascia 0-2 anni. Per iniziare, il gruppo di progetto ha provveduto a coinvolgere i gruppi di interesse con alto interesse nella rilevazione partecipata con *Focus group*, attraverso cui raccogliere dati preliminari, utili alla creazione di un progetto pilota sui temi della salute e nutrizione nelle emergenze migratorie.

Profilo di equità

Il fenomeno migratorio rappresenta un determinante di salute, con barriere linguistiche, culturali, amministrative ed economiche che possono ostacolare l'accesso ai servizi sanitari. Alla

fase di arrivo corrisponde spesso un vantaggio di salute rispetto alla popolazione locale, il cosiddetto “effetto migrante sano”, che però tende a ridursi nel tempo a causa dell’assimilazione di comportamenti meno salutari e della precarietà delle condizioni di vita, dando origine all’“effetto migrante esausto” (8). La WHO sottolinea come per raggiungere l’equità in salute siano necessarie azioni sui determinanti sociali lungo tutta la traiettoria di vita e investimenti economici e sociali oltre le responsabilità sanitarie (9). Le disuguaglianze seguono anche le cosiddette *inverse care law* (10, 11), richiedendo un presidio attivo da parte di istituzioni e personale (12). Per i bambini e le bambine migranti 0-2 anni, il profilo d’equità riguarda principalmente l’accesso a servizi sanitari essenziali, educazione precoce e supporto familiare, elementi cruciali per uno sviluppo sano e inclusivo. Sono inoltre elementi caratteristici di disuguaglianze in questa fascia d’età l’esposizione a determinanti commerciali e sociali tra cui, a titolo di esempio, l’esposizione a schermi, a fumo passivo e a cibi ultraprocesati nella prima infanzia. Permangono inoltre ostacoli sia verticali (tra gruppi di popolazione) sia orizzontali (tra territori), rendendo necessaria una mappatura continua dello stato di salute e dell’uso dei servizi per identificare e affrontare le iniquità.

Nella Tabella 2, viene riportato il profilo di equità applicato al presente *Project Work*.

Tabella 2. Profilo di equità. Project work 2 - Master Puglia, 2024

Indicatore	Genere (femminile)	Gruppi di età (bassa età)	Cittadinanza (non comunitaria)	Titolo di studio (basso/assente)	Condizione socio-economica (difficoltà economiche)	Condizione abitativa (assenza di un'adeguata condizione abitativa)	Condizione lavorativa (nessun lavoro/lavoro precario)
Accesso a strutture territoriali di supporto psicologico	●	●	●	●	●	●	●
Accesso a strutture territoriali di supporto alimentare e corretti stili di vita	●	●	●	●	●	●	●
Accesso a informazioni adeguate di supporto psicologico	●	●	●	●	●	●	●
Accesso a informazioni adeguate di supporto alimentare e corretti stili di vita	●	●	●	●	●	●	●

● Ridotto ● Incerto ● Aumentato

Identificazione dei gruppi e persone beneficiarie

Secondo i dati dell’Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) al 1° gennaio 2023 (consultabili all’indirizzo <https://demo.istat.it/app/?i=STR&l=it.world>), la Puglia ospita circa 142.145 residenti stranieri (3,6% della popolazione regionale), concentrati principalmente nelle province di Bari (30%), Foggia (23,6%) e Lecce (18%).

La maggior parte delle persone migranti proviene dall’Europa dell’Est (soprattutto dall’area balcanica), seguita dall’Africa (in particolare dal Maghreb). La quota di minori stranieri in Puglia risulta essere elevata, richiedendo un’attenzione specifica, soprattutto per i gruppi maggiormente vulnerabili come minorenni, donne, persone anziane, persone con disabilità, vittime di tratta e

torture, e persone con bisogni specifici di salute mentale (4). Considerazioni specifiche per le diverse province del territorio regionale:

- *Brindisi*
punto di sbarco significativo, richiede una risposta rapida ed efficace per garantire assistenza sanitaria e accoglienza adeguate.
- *Lecce*
presenza di strutture di accoglienza di diverse tipologie, con una popolazione migrante eterogenea, necessitando di interventi adattati ai bisogni specifici.
- *Bari*
città metropolitana con una presenza significativa di migranti, anche di seconda generazione. L'integrazione socio-sanitaria rappresenta una sfida importante.
- *Foggia*
presenza di strutture di accoglienza di diverse tipologie, con una popolazione migrante eterogenea, necessitando di interventi adattati ai bisogni specifici.
- *Barletta-Andria-Trani*
presenza di poche strutture di accoglienza, con una popolazione migrante eterogenea.
- *Taranto*
punto di sbarco poco significativo con la presenza di alcune strutture di accoglienza, popolazione migrante eterogenea molto numerosa.

Nel territorio regionale sono presenti diverse tipologie di strutture di accoglienza, ognuna con specifiche caratteristiche e servizi offerti:

- *Centri di Accoglienza per Richiedenti Asilo (CARA)*
 - *Servizi offerti:* vitto, alloggio, assistenza sanitaria di base (visite mediche, screening sanitari, vaccinazioni), supporto legale e sociale, mediazione culturale, attività ricreative e corsi di lingua italiana.
- *Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS)*
 - *Servizi offerti:* simili ai CARA, ma con una maggiore flessibilità e possibilità di personalizzazione degli interventi in base alle esigenze delle persone migranti. Possono includere anche attività di orientamento e formazione professionale.
- *Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI)*
 - *Servizi offerti:* percorsi di integrazione personalizzati, inclusi corsi di lingua italiana, orientamento al lavoro, supporto psicologico, assistenza legale, mediazione culturale e accesso ai servizi del territorio (scuola, sanità, servizi sociali).
- *Altre strutture e servizi offerti*
Variano a seconda della tipologia di struttura e delle esigenze specifiche delle persone migranti accolte. Possono includere:
 - Centri di accoglienza per minori non accompagnati: assistenza legale, tutela, supporto psicologico, educazione e formazione;
 - Centri anti violenza per donne: accoglienza protetta, supporto psicologico e legale, orientamento ai servizi;
 - Progetti di accoglienza diffusa: ospitalità in famiglie o appartamenti, supporto all'integrazione sociale e lavorativa.

Promozione della salute su stili di vita e alimentazione nella popolazione adulta e 0-2 anni: analisi di contesto preliminare nell'ambito del sistema di accoglienza

L'obiettivo di questa rilevazione di tipo preliminare, utile all'analisi di contesto locale, è stato quello di esplorare i punti di vista del personale e dei gruppi di interesse presenti nel sistema di accoglienza per richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale (CARA, CAS, SAI, altro) relativamente alla promozione della salute e degli stili di vita salutari, all'alimentazione, ai bisogni specifici delle persone adulte e della fascia di età 0-2 anni e all'offerta nell'ambito del sistema di accoglienza.

Gli obiettivi specifici sono stati:

- descrivere i principali bisogni di salute di adulti e bambini e bambine di 0-2 anni richiedenti asilo e titolari di protezione, i bisogni di salute legati alla sfera alimentare negli adulti e bambini e bambine di 0-2 anni e del personale del sistema di accoglienza;
- identificare i principali fattori che influenzano la promozione della salute e della sicurezza alimentare in tali contesti;
- esplorare le barriere che ostacolano la promozione della salute alimentare;
- individuare le risorse e i servizi esistenti a supporto delle persone migranti in termini di promozione della salute e sicurezza alimentare tra le popolazioni migranti in emergenza;
- delineare possibili interventi per migliorare la salute e la sicurezza alimentare dei/delle migranti nel sistema di prima accoglienza, tenendo conto del contesto specifico e delle esigenze dei soggetti coinvolti.

Per raggiungere gli obiettivi prefissati, sono stati effettuati due *Focus group*, coinvolgendo il personale e i gruppi di interesse afferente a diversi settori presenti nei Centri di prima accoglienza per richiedenti asilo (CARA, CAS, SAI, altro) del territorio regionale, quindi il target principale è stato composto da personale operante nel sistema di prima accoglienza: personale della Croce Rossa Italiana (CRI), psicologi e psicologhe, mediatori e mediatrici linguistici, personale del servizio di emergenza-urgenza 118, coordinatori e coordinatrici dei Centri, ecc. Le persone partecipanti sono state reclutate attraverso un campionamento propositivo, sfruttando le proprie reti e includendo personale afferente a diversi settori e servizi.

Tutte le persone che hanno manifestato interesse a partecipare all'indagine sono state successivamente contattate tramite mail o cellulare. Prima dell'inizio del *Focus group* è stato compilato un modulo per il consenso informato alla partecipazione allo studio e al trattamento dati e un questionario anonimo per la raccolta di dati socio-demografici.

I *Focus group* sono stati facilitati da due ricercatrici esperte, seguendo una griglia semi-strutturata di domande (Tabella 3). Ogni *Focus group* ha avuto durata di circa 90 minuti ed è stato audio-registrato, trascritto e reso anonimo a seguito del consenso informato delle persone partecipanti. L'analisi è stata di tipo categoriale, con approccio deduttivo basato su temi e categorie predefinite, e induttivo basato su temi e categorie emergenti.

Durante il mese di settembre e ottobre 2024 sono stati effettuati due *Focus group*, con il coinvolgimento di un totale di 5 partecipanti. La Tabella 4 ne sintetizza le caratteristiche.

Dall'analisi qualitativa sono state individuate le diverse categorie e sottocategorie emergenti che si concentrano sui bisogni di salute e sull'organizzazione dei servizi per i migranti e i richiedenti asilo.

Tabella 3. Obiettivi e domande dei Focus group. Project work 2 - Master Puglia, 2024

Obiettivo	Domanda
Focus group	
1. Descrivere i principali bisogni di salute	Quali sono a vostro avviso i bisogni di salute di adulti e bambini e bambine di 0-2 anni richiedenti asilo? Intendiamo la salute in senso ampio, come benessere psico-fisico, morale e sociale, non solo come assenza di malattia.
2. Descrivere i bisogni di salute legati alla sfera alimentar	E i bisogni di salute legati alla sfera alimentare? 1. Negli adulti 2. Nei bambini e bambine di 0-2 anni (in allattamento e durante la fase di alimentazione complementare, o "svezzamento")
3. Descrivere, dal punto di vista del sistema di prima accoglienza, l'attuale risposta ai bisogni di salute, punti di forza e aree di miglioramento	Quali sono i punti di forza? Cosa sta funzionando?
4. Descrivere, dal punto di vista del sistema di prima accoglienza, l'attuale risposta ai bisogni di salute, punti di debolezza e aree di miglioramento	Quali sono i punti di debolezza? Cosa si potrebbe migliorare?
5. Descrivere i bisogni del personale del sistema di prima accoglienza	Quali sono a vostro avviso i bisogni del personale che, a diverso titolo, opera nei Centri?
6. Altri suggerimenti	Avete altre idee o suggerimenti da dare su questi temi?

Tabella 4. Caratteristiche delle persone partecipanti (n. 5). Project work 2 - Master Puglia, 2024

Dati partecipanti	Totale n.
Età	
Media	42,6
(min-max in anni)	(37-55)
Sesso	
F	3
M	2
Struttura lavorativa	
CARA	1
CAS	1
SAI	3
Luogo della struttura (Provincia)	
Foggia	1
Lecce	4
Ruolo	
Operatore/operatrice coinvolto/a nella presa in carico territoriale	3
Responsabile formazione	1
Sociologo/sociologa	1

La categoria dei bisogni di salute restituisce un quadro articolato delle principali criticità fisiche, psicologiche e socio-sanitarie riscontrate nella popolazione migrante, in particolare tra le persone richiedenti asilo adulte e i bambini e le bambine accolte nei centri di accoglienza.

Dal punto di vista dei bisogni fisici, emergono difficoltà significative legate alla gestione dell'igiene personale, soprattutto per i nuclei familiari con minori, che si trovano spesso ad affrontare contesti nuovi e non sempre adeguatamente attrezzati. Un ulteriore ambito critico riguarda l'alimentazione, in quanto molte persone migranti manifestano difficoltà di adattamento ai modelli alimentari del contesto italiano, spesso percepiti come distanti dalle proprie abitudini culturali. In particolare, la predominanza di alimenti a base di pasta e carboidrati può risultare poco accettabile rispetto a regimi alimentari tradizionali fondati sul consumo di riso, pietanze speziate o preparazioni specifiche.

Anche i bambini e le bambine possono incontrare difficoltà nell'adattamento alimentare, legate a consuetudini consolidate nei Paesi di origine, come il consumo prevalente di riso bianco e pollo, con un'alimentazione spesso scarsamente equilibrata. In questo contesto, assumono un ruolo centrale la protezione e il sostegno dell'allattamento, l'eventuale accesso alla formula in condizioni di sicurezza, il supporto psicologico e sanitario alle madri, nonché la prevenzione dei fenomeni di malnutrizione. A ciò si aggiungono criticità legate alle vaccinazioni, poiché molti bambini e bambine arrivano senza una copertura vaccinale conforme agli standard italiani, con conseguenti rischi per la salute individuale e collettiva e difficoltà nell'inserimento scolastico, rendendo necessari screening specifici e interventi tempestivi all'arrivo.

Accanto ai bisogni fisici, emergono in modo rilevante i bisogni psicologici. Le persone richiedenti asilo presentano frequentemente traumi profondi legati alle esperienze vissute nei Paesi di origine, alle condizioni del viaggio e alle violenze subite. La carenza di servizi strutturati di supporto psicologico, soprattutto a favore di donne e minori, limita la possibilità di intercettare e trattare adeguatamente disturbi quali insonnia, ansia e depressione, aggravati spesso dall'incertezza legata ai percorsi burocratici. Nei bambini e nelle bambine si riscontrano inoltre problematiche legate allo sviluppo, che possono manifestarsi sotto forma di difficoltà di apprendimento, disturbi dello spettro autistico o disagio psicologico associato all'isolamento culturale e linguistico.

I bisogni socio-sanitari rappresentano un ulteriore elemento di criticità. L'accesso ai servizi sanitari di base, come la pediatria o le visite specialistiche, risulta spesso ostacolato dalla complessità burocratica e dalla scarsa familiarità con il sistema sanitario italiano. In questo contesto, il ruolo dei mediatori e delle mediatrici culturali e sanitarie si rivela fondamentale per facilitare l'orientamento e l'utilizzo appropriato dei servizi. Particolari difficoltà emergono anche nella presa in carico delle malattie croniche e gravi, quali diabete o tubercolosi, spesso non adeguatamente trattate nei Paesi di origine. La mancanza di documentazione sanitaria e l'utilizzo di farmaci non riconosciuti in Italia complicano ulteriormente la gestione clinica di tali condizioni.

L'analisi dell'organizzazione dei servizi di accoglienza e supporto mette in luce, inoltre, una serie di limiti strutturali e organizzativi. In particolare, la carenza di mediatori e mediatrici culturali nei servizi sanitari ostacola la comunicazione tra il personale e le persone migranti, rendendo difficoltosa la comprensione dei bisogni e l'accesso alle cure. A ciò si aggiunge la limitata presenza di figure professionali con competenze transculturali, elemento che incide negativamente sulla capacità dei servizi di rispondere in modo adeguato alle specificità culturali, linguistiche e religiose della popolazione migrante. Dal punto di vista della gestione delle risorse, si rileva una persistente carenza di personale nei centri di accoglienza, con un numero di operatori e operatrici spesso insufficiente rispetto al carico assistenziale. Inoltre, l'organizzazione dei servizi risente fortemente delle scelte politiche e delle risorse economiche allocate dai governi, determinando instabilità, disomogeneità territoriali e una scarsa strutturalità degli interventi.

I fattori culturali costituiscono un ulteriore ambito di complessità nel processo di accoglienza e integrazione. Le differenze nelle abitudini alimentari e nelle pratiche igienico-sanitarie possono generare incomprensioni e difficoltà di adattamento, poiché tali pratiche sono profondamente radicate nell'identità culturale delle persone migranti. In particolare, bambini e bambine possono incontrare maggiori ostacoli nell'adattamento alle nuove abitudini, sia in ambito scolastico sia nei contesti di accoglienza, rendendo necessari interventi mirati di mediazione e integrazione culturale.

Infine, emergono in modo chiaro i bisogni e le aspettative del personale impegnato nel sistema di prima accoglienza. Gli operatori e le operatrici segnalano una carenza di formazione specifica in ambito transculturale e una insufficiente disponibilità di mediatori e mediatrici culturali, fattori che rendono complessa la gestione quotidiana dei bisogni della popolazione migrante. A ciò si aggiunge la necessità di un maggiore sostegno psicologico al personale stesso, spesso esposto a elevati livelli di stress legati all'incertezza.

Nonostante le criticità evidenziate, emergono anche alcuni elementi positivi che rappresentano risorse rilevanti per il sistema di accoglienza e costituiscono una base su cui costruire interventi di miglioramento. In primo luogo, il sistema di accoglienza mostra una capacità di intercettare precocemente i bisogni di salute, in particolare quelli più urgenti, attraverso procedure di screening sanitario all'arrivo e l'attivazione dei servizi di base. Sebbene non sempre strutturati in modo uniforme sul territorio, tali interventi consentono di individuare situazioni di vulnerabilità, come condizioni di malnutrizione, bisogni vaccinali o patologie croniche, permettendo una prima presa in carico sanitaria. Un ulteriore elemento positivo riguarda la presenza di una rete articolata di personale afferente alle istituzioni e al terzo settore, che operano in modo complementare nei centri di accoglienza. La collaborazione tra enti locali, servizi sanitari, associazioni e organizzazioni non governative consente, in molti contesti, di attivare risposte flessibili e adattabili ai bisogni emergenti, soprattutto in situazioni di urgenza. Tale rete rappresenta una risorsa fondamentale per la sperimentazione di buone pratiche e per l'implementazione di interventi innovativi. Dal punto di vista dei bisogni culturali e comunicativi, si rileva una crescente attenzione alla mediazione culturale, anche se ancora non sufficiente in termini quantitativi. La presenza, seppur disomogenea, di mediatori e mediatrici culturali favorisce il dialogo tra il personale e le persone migranti, migliora la comprensione reciproca e contribuisce a ridurre le barriere all'accesso ai servizi sanitari e sociali. L'attenzione crescente verso temi quali l'alimentazione, l'igiene, la salute mentale e il benessere dei bambini e delle bambine indica una evoluzione del paradigma dell'accoglienza, sempre più orientato a una presa in carico integrata della persona e non limitata alla sola risposta emergenziale. Questo orientamento apre spazi significativi per il rafforzamento di interventi di promozione della salute e prevenzione, in linea con un approccio di salute pubblica ed equità.

Proposta di progetto di promozione della salute

L'analisi di contesto realizzata ha posto le basi per ideare una proposta di progetto di promozione della salute sui temi migratori, nell'ambito delle azioni del PRP.

Beneficio atteso, obiettivi e azioni previste

I benefici attesi dal progetto riguardano i seguenti punti:

1. Miglioramento dell'offerta alimentare nel sistema di accoglienza per richiedenti asilo, secondo le indicazioni nazionali e internazionali, garantendo una nutrizione appropriata per la popolazione migrante.

2. Supporto all'allattamento e all'alimentazione complementare secondo le linee guida nazionali e internazionali nei centri di accoglienza a tutte le donne e popolazione minore 0-2 anni che vivono nei centri d'accoglienza.
3. Incremento del benessere psicologico all'interno della comunità migrante e tra il personale che opera nei centri di accoglienza.
4. Incremento dell'accesso ai test di screening offerti.
5. Incremento del tasso di vaccinazione in linea con le raccomandazioni sanitarie nazionali e internazionali, per la popolazione migrante adulta e minore.

Obiettivo generale

Il progetto si propone di promuovere interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti alle popolazioni migranti, con particolare attenzione ai primi anni di vita e al contesto familiare. In questa prospettiva, l'obiettivo generale è:

- favorire i corretti stili di vita e abitudini alimentari nella popolazione migrante adulta e nei bambini e nelle bambine della fascia 0-2 anni.

Obiettivi specifici

Il progetto si articola nei seguenti obiettivi specifici, orientati al miglioramento dell'offerta di servizi e interventi di promozione della salute nel sistema di accoglienza per richiedenti asilo e nuclei familiari:

- *Obiettivo specifico 1*
migliorare l'adeguatezza e l'offerta alimentare nel sistema di accoglienza per richiedenti asilo secondo le indicazioni nazionali e internazionali (popolazione adulta);
- *Obiettivo specifico 2*
migliorare l'adeguatezza e l'offerta relativa all'allattamento e all'alimentazione complementare nel sistema di accoglienza per richiedenti asilo secondo le indicazioni nazionali e internazionali (donne in gravidanza e allattamento, popolazione 0-2);
- *Obiettivo specifico 3*
migliorare l'informazione e l'offerta di iniziative di prevenzione delle principali malattie croniche non trasmissibili (es. screening) secondo le indicazioni nazionali e internazionali;
- *Obiettivo specifico 4*
migliorare l'informazione e l'offerta di sostegno psicologico nel sistema di accoglienza per richiedenti asilo;
- *Obiettivo specifico 5*
migliorare l'informazione e l'offerta di iniziative di prevenzione delle principali malattie infettive (es. vaccinazioni) secondo le indicazioni nazionali e internazionali.

Azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi

Il progetto prevede un insieme integrato di azioni formative, informative e organizzative finalizzate al miglioramento della qualità dell'assistenza e della promozione della salute nei centri di accoglienza, con particolare attenzione ai bisogni delle popolazioni migranti e dei nuclei familiari:

- creazione di incontri per gruppi di ascolto e focus group periodici con migranti e personale, per la rilevazione dei bisogni
- svolgimento di attività di informazione, formazione e counseling specifico, al fine di proteggere, sostenere e promuovere l'allattamento e un'alimentazione complementare adeguata;
- implementazione di programmi formativi e di *peer education*, al fine di migliorare la sicurezza alimentare dal punto di vista qualitativo e quantitativo;
- organizzazione di workshop formativi rivolti al personale dei centri di accoglienza sul tema dell'alimentazione infantile nelle emergenze;
- coinvolgimento della popolazione migrante e del personale che opera nei centri di accoglienza nella definizione di momenti di partecipazione e condivisione di percorsi di assistenza e di integrazione socio-etnico-alimentare
- attivazione di una partnership con figure professionali esterne che collaborino in una rete integrata
- promozione di una formazione specifica rivolta a tutto il personale dei centri di accoglienza che faciliti l'integrazione della popolazione migrante nei processi di cura
- implementazione di iniziative partecipate, che prevedono il coinvolgimento della popolazione migrante e del personale operante nei centri di accoglienza, al fine di mantenere costante i livelli standard qualitativi dell'adesione agli screening sanitari e alle vaccinazioni previste;
- svolgimento di iniziative di comunità che coinvolgano i diversi gruppi di interesse, in modo da favorire l'integrazione socio-culturale;
- coinvolgimento di personale specializzato nel momento in cui si identifica la presenza di traumi psicologici al momento dell'arrivo o della permanenza della persona migrante nel centro di riferimento.

Elementi di sostenibilità del progetto

La sostenibilità del presente progetto di promozione della salute può essere rafforzata attraverso l'implementazione di azioni concrete e strutturate, orientate al consolidamento delle competenze e alla costruzione di reti stabili sul territorio. In particolare, un ruolo centrale è svolto dalla formazione continua di *peer educator* all'interno della popolazione migrante, nonché del personale operante nei centri di accoglienza e nei servizi esterni che collaborano con essi. Tale approccio risulta ulteriormente potenziato dalla collaborazione con le associazioni del settore, le organizzazioni non lucrative di utilità sociale e il personale e i responsabili delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), favorendo una presa in carico integrata e multidisciplinare.

In riferimento al PNP, il Governo destina annualmente risorse economiche finalizzate a colmare le criticità individuate, anche se il progressivo aumento dei bisogni evidenzia la necessità di interventi progettuali capaci di garantire continuità, efficacia e adattabilità nel tempo. Dal punto di vista della sostenibilità sanitaria, l'adozione di strategie preventive riveste un ruolo prioritario. Garantire l'accesso alle cure primarie, alle vaccinazioni e a un'alimentazione adeguata contribuisce infatti a ridurre il rischio di insorgenza e quindi di conseguente gestione di problematiche legate allo stato di salute.

In questo quadro, la promozione dell'allattamento esclusivo nei neonati e nelle neonate rappresenta una pratica di particolare rilevanza, in quanto costituisce una modalità sicura, naturale e sostenibile per garantire un'alimentazione adeguata nelle situazioni di emergenza e, al contempo, una maggiore protezione nei confronti delle malattie infettive. Tale approccio consente inoltre di ridurre il ricorso non necessario alle formule artificiali, che comportano costi elevati e una gestione organizzativa complessa per la distribuzione e la preparazione, risultando spesso non facilmente disponibili o non pienamente sicure nei contesti emergenziali. Parallelamente, il supporto alla gestione delle patologie croniche preesistenti negli adulti, quali diabete o ipertensione, consente di prevenire complicanze che comporterebbero un ulteriore carico per i sistemi sanitari. La sostenibilità sociale si configura come un elemento altrettanto centrale del progetto.

Il coinvolgimento attivo delle persone migranti nella preparazione e nella distribuzione dei pasti favorisce processi di inclusione, *empowerment* e sviluppo del senso di autoefficacia, contribuendo alla costruzione di un clima partecipativo e responsabile. Allo stesso tempo, l'attenzione all'adattamento culturale dell'offerta alimentare, attraverso il rispetto delle tradizioni e delle abitudini delle popolazioni migranti, promuove l'inclusione sociale e riduce il rischio di rifiuto degli alimenti. La creazione di reti di supporto tra migranti e comunità ospitanti, attraverso attività condivise come corsi di cucina o iniziative di educazione alimentare, contribuisce inoltre a rafforzare la coesione sociale e il dialogo interculturale.

Sul piano della sostenibilità economica, il progetto mira a un'ottimizzazione delle risorse disponibili, evitando sprechi e sovrapposizioni e promuovendo un approccio integrato con altri programmi di assistenza. L'investimento in infrastrutture e percorsi formativi a lungo termine, come la realizzazione di cucine comunitarie o la formazione di personale specializzato in ambito nutrizionale e sanitario, consente di generare benefici duraturi. Inoltre, la prevenzione delle patologie legate a una cattiva alimentazione contribuisce a ridurre la necessità di interventi sanitari complessi e costosi, alleggerendo nel tempo il carico finanziario sui sistemi sanitari locali. La sostenibilità istituzionale si fonda sulla capacità di attivare un coordinamento efficace tra i diversi livelli e attori coinvolti, comprese le organizzazioni non governative, gli enti locali, le autorità sanitarie e le istituzioni nazionali e internazionali. La creazione di sinergie interistituzionali consente di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e di garantire interventi coerenti, continuativi e di qualità.

In tale prospettiva, l'investimento nella formazione continua del personale sanitario e volontario rappresenta una condizione essenziale per assicurare risposte qualificate alle emergenze, mentre l'integrazione del progetto con le politiche regionali e nazionali in materia di sicurezza alimentare e sanitaria favorisce la continuità delle azioni anche oltre la fase emergenziale. Infine, la sostenibilità culturale e psicologica rappresenta una dimensione trasversale dell'intervento. L'integrazione delle tradizioni alimentari delle persone migranti nelle soluzioni proposte contribuisce a evitare l'imposizione di modelli non condivisi, favorendo l'accettabilità e l'efficacia delle azioni. Parallelamente, il cibo può assumere un valore simbolico e relazionale, diventando uno strumento di supporto psicologico e di connessione culturale in un contesto spesso segnato da stress e traumi. L'integrazione di queste strategie per la sostenibilità consente di garantire un impatto positivo sia nel breve periodo, durante la gestione dell'emergenza, sia nel lungo termine, rafforzando la resilienza individuale e collettiva e promuovendo una maggiore coesione sociale.

Nella Tabella 5 viene mostrato il quadro logico relativo all'attuazione degli obiettivi precedentemente illustrati.

Tabella 5. Quadro logico delle attività per obiettivo specifico e indicatori verificabili obiettivamente. *Project work 2 - Master Puglia, 2024*

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonti di verifica	Azioni previste per obiettivo	Risorse
OS1	<ul style="list-style-type: none"> N. di incontri effettuati % di migranti coinvolti Presenza di una procedura di presa in carico integrata N. di strutture che hanno aderito alla partnership N. di incontri di formazione effettuati % di personale coinvolto 	<p>Registro partecipanti e verbali degli incontri</p> <p>Atti aziendali</p> <p>Registro partecipanti e verbali degli incontri di formazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> Creazione di incontri per gruppi di ascolto e focus group periodici con migranti e personale, per la rilevazione dei bisogni Coinvolgimento della popolazione migrante e del personale che opera nei centri di accoglienza nella definizione di momenti di partecipazione e condivisione di percorsi di assistenza e di integrazione socio-etnico-alimentare Attivazione di una partnership con figure professionali esterne che collaborino in una rete integrata Promozione di una formazione specifica rivolta a tutto il personale dei centri di accoglienza che faciliti l'integrazione della popolazione migrante nei processi di cura 	<ul style="list-style-type: none"> Personale dedicato alla realizzazione dei focus group Personale dedicato all'organizzazione e alla facilitazione degli incontri formativi Spazi per incontri Mediatori/mediatrici culturali Materiali utili
	<ul style="list-style-type: none"> % di donne che riportano nei questionari di follow-up l'allattamento esclusivo nei primi 6 mesi Presenza di una procedura di presa in carico integrata N. di strutture che hanno aderito alla partnership N. di incontri effettuati % di personale coinvolto % di migranti coinvolti 	<p>Report questionari di follow-up</p> <p>Atti aziendali</p> <p>Registro partecipanti e verbali degli incontri di formazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> Svolgimento di attività di informazione, formazione e counseling specifico, al fine di favorire l'allattamento e un'alimentazione complementare adeguata Coinvolgimento della popolazione migrante e del personale che opera nei centri di accoglienza nella definizione di momenti di partecipazione e condivisione di percorsi di assistenza e di integrazione socio-etnico-alimentare Attivazione di una partnership con figure professionali esterne che collaborino in una rete integrata Promozione di una formazione specifica rivolta a tutto il personale dei centri di accoglienza che faciliti l'integrazione della popolazione migrante nei processi di cura 	<ul style="list-style-type: none"> Personale dedicato alla raccolta e analisi dati Personale qualificato per realizzazione degli incontri e degli interventi di counselling Aule per incontri formativi e materiali didattici Mediatori/mediatrici culturali Spazi per incontri Materiali utili

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonti di verifica	Azioni previste per obiettivo	Risorse
OS3	<ul style="list-style-type: none"> • % di migranti che hanno completato almeno uno screening sanitario • Presenza di una procedura di presa in carico integrata • N. di strutture che hanno aderito alla partnership • N. di incontri di formazione effettuati • % di personale coinvolto 	<p>Registro sanitario</p> <p>Atti aziendali</p> <p>Registro partecipanti e verbali degli incontri di formazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione di iniziative partecipate per l'adesione a screening, con comunicazione mirata • Attivazione di una partnership con figure professionali esterne che collaborino in una rete integrata • Promozione di una formazione specifica rivolta a tutto il personale dei centri di accoglienza che faciliti l'integrazione della popolazione migrante nei processi di cura 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale sanitario per la promozione ed esecuzione degli screening • Personale dedicato all'organizzazione e alla facilitazione degli incontri formativi • Spazio per visite, colloqui e incontri • Materiali sanitari • Materiali informativi
	OS4	<ul style="list-style-type: none"> • % di migranti a rischio o che presentano traumi psicologici che completano almeno un percorso di supporto psicologico • Presenza di una procedura di presa in carico integrata • N. di strutture che hanno aderito alla partnership • N. di incontri di formazione effettuati • % di personale coinvolto 	<p>Registro delle sedute effettuate e partecipanti coinvolti</p> <p>Atti aziendali</p> <p>Registro partecipanti e verbali degli incontri di formazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento di psicologi e psicologhe specializzate per la programmazione di sessioni di supporto psicologico individuale e di gruppo • Attivazione di una partnership con figure professionali esterne che collaborino in una rete integrata • Promozione di una formazione specifica rivolta a tutto il personale dei centri di accoglienza che faciliti l'integrazione della popolazione migrante nei processi di cura
OS5	<ul style="list-style-type: none"> • % di migranti che hanno completato almeno un ciclo di vaccinazione • Presenza di una procedura di presa in carico integrata • N. di strutture che hanno aderito alla partnership • N. di incontri di formazione effettuati • % di personale coinvolto 	<p>Registro sanitario</p> <p>Atti aziendali</p> <p>Registro partecipanti e verbali degli incontri di formazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione di iniziative partecipate per l'adesione a vaccinazioni, con comunicazione mirata • Attivazione una partnership con figure professionali esterne che collaborino in una rete integrata • Promozione di una formazione specifica rivolta a tutto il personale dei centri di accoglienza che faciliti l'integrazione della popolazione migrante nei processi di cura 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale sanitario per la promozione ed esecuzione delle vaccinazioni • Personale dedicato all'organizzazione e alla facilitazione degli incontri formativi • Spazio per visite, colloqui e incontri • Materiali sanitari • Materiali informativi

Identificazione delle responsabilità, risorse e rischi

Le responsabilità operative sono ripartite tra le ASL locali, responsabili dell'implementazione sanitaria, le Prefetture, che supervisionano l'aspetto logistico e di sicurezza, e le associazioni partner (Organizzazione non governativa-ONG, enti di volontariato e cooperative di gestione dei centri), che forniscono supporto diretto nelle attività di assistenza e integrazione.

La collaborazione tra questi enti è essenziale per assicurare un servizio coordinato e puntuale. Per quanto riguarda le risorse finanziarie il presente progetto rientra in quelle che sono le attività finanziabili da fondi europei, nazionali e regionali come, ad esempio, il FAMI (Fondo Asilo Migranti e Integrazione).

Il FAMI è uno strumento finanziario istituito con Regolamento (UE) 516/2014 con l'obiettivo di promuovere una gestione integrata dei flussi migratori sostenendo tutti gli aspetti del fenomeno: asilo, integrazione e rimpatrio.

Un'ulteriore fonte di finanziamento è rappresentata dal Fondo Nazionale per le Politiche e i Servizi dell'Asilo (FNPSA), che nasce nel 2002 (Legge 189/2002, art. 32 c. 1 lett. b) e finanzia il SAI, ex SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati), così ridefinito dal Decreto Legge del 21 ottobre 2020 (13) e ad altri fondi elargiti per il welfare socio-assistenziale.

Le Prefetture forniscono supporto logistico e infrastrutture locali; le ASL mettono a disposizione personale sanitario qualificato e strutture mediche. ONG e cooperative contribuiscono con risorse materiali, come aule per formazione, materiale didattico multilingue e dispositivi per la raccolta dati.

I principali rischi di questo progetto riguardano la mancanza di continuità dei finanziamenti e la carenza di risorse umane specializzate, come mediatori e mediatrici culturali e personale sanitario formato. Perciò è fondamentale che il progetto preveda misure di monitoraggio per garantire l'efficacia a lungo termine e che le responsabilità siano chiaramente assegnate per evitare sovrapposizioni operative. La Tabella 6 mostra il cronoprogramma delle attività.

Discussione e conclusioni

L'analisi di contesto preliminare effettuata evidenzia la complessità della salute e sicurezza alimentare nelle emergenze migratorie in Puglia, sottolineando la necessità di un approccio integrato e multidisciplinare. Il progetto futuro coinvolgerà il personale sanitario, migranti, terzo settore e istituzioni, puntando al potenziamento dei servizi territoriali, all'introduzione di mediatrici e mediatori linguistici, incontri su alimentazione e allattamento, materiale multilingue e sportelli di telemedicina.

Verrà implementata una procedura condivisa di presa in carico delle persone migranti e attività di formazione per associazioni e personale dei servizi. La futura valutazione degli interventi potrebbe includere un sistema di monitoraggio e un coinvolgimento diretto delle comunità, con possibilità di trasferire il modello ad altre Regioni e sviluppare una piattaforma digitale per migliorare comunicazione e coordinamento.

Punti di forza, limiti e raccomandazioni per l'implementazione

Il progetto si basa su punti di forza significativi: la presenza di una rete consolidata di organizzazioni e figure professionali esperte nell'accoglienza e nella tutela della salute della popolazione migrante, la loro conoscenza del territorio e la crescente attenzione istituzionale verso queste tematiche.

Tabella 6. Cronoprogramma delle attività per mese (M). Project work 2- Master Puglia, 2024

Attività	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	M 21	M 22	M 23	M 24	
Pianificazione attività progettuali																									
Progettazione delle attività formative																									
Realizzazione attività formative																									
Valutazione di impatto delle attività formative																									
Realizzazione degli incontri informativi e di counselling con la popolazione migrante																									
Progettazione focus group periodici																									
Realizzazione focus group periodici																									
Realizzazione gruppi di ascolto																									
Programmazione delle giornate di screening e vaccinazioni																									
Realizzazione giornate di screening e vaccinazioni																									
Programmazione di sessioni di supporto psicologico																									
Realizzazione degli incontri di supporto psicologico																									
Implementazione di una procedura di presa in carico integrata																									
Creazione di incontri tematici periodici con il personale e migranti																									
Valutazione attività progettuali																									

Tuttavia, l'implementazione delle attività presenta alcuni limiti legati a possibili discrepanze tra le indicazioni teoriche e la loro applicazione pratica. La mancanza di risorse adeguate, la formazione del personale dei servizi e le barriere linguistiche e culturali potrebbero ostacolare l'effettiva promozione della salute e della sicurezza alimentare delle persone migranti.

Per favorire una realizzazione efficace e sostenibile, si raccomanda di investire nella formazione continua, rafforzare il supporto logistico e culturale, promuovere la collaborazione tra servizi e comunità locali, e monitorare costantemente l'attuazione degli interventi per adattarli rapidamente alle esigenze emergenti.

Bibliografia

1. Saladin P, Bühlmann R, Dahinden D, Gall Azmat R, Ebner G, Wohnhas J. *Diversity and equality of opportunity. Fundamentals for effective action in the microcosm of the health care institution*. Bern: FOPH - Federal Office of Public Health, in collaboration with H+ Swiss Hospital Association; 2007.
2. Di Nolfi A, Giusti A, Canevelli M, Vanacore N, Pomati S, Cova I, Ancidoni A, Marchetti F, Zambri F. Dementia among migrants in Italy: a qualitative study of the ImmiDem project. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*. 2024;60(4), 264–273. https://doi.org/10.4415/ann_24_04_05.
3. Ministero della Salute. *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*. Roma: Ministero della Salute; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?id=5772&area=prevenzione&menu=vuoto>, ultima consultazione 28 novembre 2024.
4. Regione Puglia. Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025. *Bollettino Ufficiale della Regione Puglia* - n. 10 del 25 gennaio 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.sanita.puglia.it/piano-regionale-della-prevenzione-prp-2021-2025>; ultima consultazione 28 novembre 2024.
5. Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale Regione Puglia. *Linee Guida/Vademecum per la presa in carico sanitaria e socio-sanitaria dei migranti*. Bari: Regione Puglia; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.regione.puglia.it/documents/9296460/9425316/Linee+Guida+AReSS+su+presa+in+carico+socio-sanitaria.pdf/6b0e7b03-c703-072d-326b-5b55efb83fe6?t=1744291277635>; ultima consultazione 28 novembre 2024.
6. World Health Organization. *World report on the health of refugees and migrants*. Geneva: WHO; 2022.
7. World Health Organization, UNICEF. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: WHO; 2003.
8. Barbiano di Belgiojoso E, Cela E, Trappolini E. The effect of migration and time spent abroad on migrants' health: A home/host country perspective. *Demographic Research*. 2024;50(37):1113–1150. doi: 10.4054/demres.2024.50.37.
9. World Health Organization - Regional Office for Europe. *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
10. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-412. doi: 10.1016.
11. Cookson R, Doran T, Asaria M, Gupta I, Mujica FP. The inverse care law re-examined: a global perspective. *Lancet*. 2021;397(10276):828-838. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00243-9.
12. Lebano A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salmerón A, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, et al. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1039. doi: 10.1186/s12889-020-08749-8.

13. Italia. Decreto Legge 21 ottobre 2020, n. 130. Disposizioni urgenti in materia di immigrazione, protezione internazionale e complementare, modifiche agli articoli 131-bis, 391-bis, 391-ter e 588 del codice penale, nonché misure in materia di divieto di accesso agli esercizi pubblici ed ai locali di pubblico trattenimento, di contrasto all'utilizzo distorto del web e di disciplina del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 261, 21 ottobre 2020.

PROJECT WORK 3

METODI E STRUMENTI PER LA DEFINIZIONE DEL PROFILO DI SALUTE DELLE SCUOLE NELLA REGIONE PUGLIA

Vincenzo Auriemma (a), Maria Nella Borsci (b), Marta D'Ambrosio (c), Cristina Licomati (d), Claudia Loconte (e), Giada Minerba (e), Maria Domenica Sarcinelli (f), Nicole Michela Sponcichetti (g), Amedeo Teto (g), Chiara Cattaneo (h), Vittorio Palermo (h)

(a) Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Azienda Sanitaria Locale di Brindisi, Brindisi

(b) Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Azienda Sanitaria Locale di Taranto, Taranto

(c) Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Azienda Sanitaria Locale di Bari, Bari

(d) Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Azienda Sanitaria Locale di Taranto, Taranto

(e) Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Azienda Sanitaria Locale di Lecce, Lecce

(f) Consultorio Familiare, Azienda Sanitaria Locale di Barletta, Barletta

(g) Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Azienda Sanitaria Locale di Foggia, Foggia

(h) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Analisi di contesto

Razionale e quadro regionale

La promozione della salute in ambito scolastico rappresenta, a livello nazionale ed europeo, un'area strategica di intervento consolidata da oltre trent'anni. La sua base teorico-concettuale si fonda sui principi della Carta di Ottawa per la Promozione della Salute del 1986, in particolare sul creare ambienti favorevoli, sviluppare le abilità personali e rafforzare l'azione di comunità, con l'obiettivo di favorire l'*empowerment* delle persone e delle collettività nelle scelte che riguardano la propria salute (1).

In tale cornice si colloca la "Global School Health Initiative" della *World Health Organization* (WHO), avviata a metà degli anni Novanta, che ha promosso un approccio integrato alla salute nel contesto educativo, riconoscendo la scuola come ambiente privilegiato per interventi di promozione della salute rivolti non solo alla popolazione studentesca, ma anche al personale scolastico, alle famiglie e alla comunità di riferimento. Secondo questa visione, una "Scuola che Promuove Salute" è un'istituzione che rafforza in modo continuativo la propria capacità di essere un ambiente sano, sicuro e inclusivo in cui vivere, apprendere e lavorare (2).

Nel 2021, la WHO e la *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) hanno rilanciato questo approccio attraverso l'iniziativa "Making every school a health promoting school", definendo standard globali e indicatori operativi per supportare governi e istituzioni scolastiche nell'implementazione e nella sostenibilità di modelli integrati di salute nell'istruzione. Tali standard si articolano in otto aree chiave che comprendono, tra le altre, le politiche e le risorse a livello governativo e scolastico, la *governance* e la *leadership*, le *partnership* con la comunità, il curriculum, l'ambiente socio-emotivo e fisico e l'accesso ai servizi sanitari scolastici. L'approccio delle *Health Promoting Schools* (HPS) si configura pertanto come olistico, flessibile e dinamico, richiedendo una *governance* multilivello e azioni coordinate in tutti gli ambiti della vita scolastica, e rappresenta una delle strategie più utilizzate di collaborazione intersettoriale tra ambito educativo e sanitario (3).

A partire dal 1992, questi principi sono stati tradotti in pratica a livello europeo attraverso la *Schools for Health in Europe Network* (Rete SHE), una rete internazionale che coinvolge 43 Paesi della Regione Europea, promossa e sostenuta dall'Ufficio Regionale per l'Europa della WHO, dal Consiglio d'Europa e dalla Commissione Europea, e che offre linee guida e modelli attuativi. L'obiettivo della Rete SHE è integrare in modo strutturale la promozione della salute nelle politiche educative e sanitarie, valorizzando la relazione bidirezionale tra salute ed educazione: bambine e bambini in buona salute apprendono con maggiore efficacia, e, allo stesso tempo, l'istruzione contribuisce al benessere e agli *outcome* di salute a lungo termine. In questa prospettiva, anche il benessere del personale scolastico assume un ruolo centrale, incidendo positivamente sulla qualità del contesto educativo e sulla riduzione dell'assenteismo (4).

In Italia, questo approccio è sostenuto dall'iniziativa della Rete delle Scuole che Promuovono Salute, che ne rappresenta l'attuazione territoriale calata nelle singole Regioni. Inoltre, la promozione della salute a scuola è stata ulteriormente rafforzata dal documento "Indirizzi di 'policy' integrate per la Scuola che Promuove Salute" (5) e dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP 2020-2025), che dedica il Programma Predefinito 1 (PP1) alle "Scuole che Promuovono Salute" (6). La Regione Puglia ha recepito tali indirizzi attraverso il Piano Regionale della Prevenzione (PRP 2021-2025) e tramite un robusto sistema di *governance* interistituzionale volto a sostenere interventi di prevenzione primaria rivolti alla popolazione scolastica (7). La sinergia tra settore sanitario e settore educativo, già consolidata nel contesto regionale attraverso la stipula di protocolli d'intesa negli anni precedenti, ha trovato nel recente rinnovo del Protocollo Regione Puglia-Ufficio Scolastico Regionale (DGR n. 952/2024) uno strumento chiave per consolidare e sistematizzare le azioni di promozione della salute attraverso un approccio integrato e multilivello (8, 9).

Un elemento distintivo della strategia pugliese è rappresentato dal sistema di coordinamento delle parti coinvolte. A livello regionale opera il Gruppo Tecnico Interistituzionale (GTI), che riunisce referenti dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali, dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, dell'Agenzia Strategica Regionale per la Salute e il Sociale (AReSS) e dell'Ufficio Scolastico Regionale. A livello aziendale è attivo il Gruppo Interdisciplinare Aziendale (GIA), composto da referenti dei diversi servizi sanitari territoriali e delle strutture scolastiche provinciali. Questa architettura di *governance* assicura coerenza tra indirizzi regionali, bisogni locali e attività implementate sul territorio.

Lo strumento operativo centrale per l'adesione e la programmazione degli interventi è il "Piano Strategico di Promozione della Salute nella Scuola. Catalogo 2024-2025", giunto alla tredicesima edizione (10). Il Catalogo, strutturato per aree tematiche e gradi scolastici, include proposte orientate ai principali determinanti di salute: corretta alimentazione, attività motoria, prevenzione delle dipendenze, comportamenti a rischio, sicurezza, benessere mentale, ambiente, vaccinazioni, affettività e sessualità. La sua ampia articolazione consente di rispondere agli obiettivi del PP1 ed è trasversale ai programmi predefiniti del PRP 2021-2025.

Nell'ambito della strategia di promozione della salute nel contesto scolastico, assume un ruolo fondamentale la definizione del "Profilo di Salute della Scuola", quale strumento conoscitivo, progettuale e di *governance*. Il Profilo di Salute rappresenta, infatti, una fase iniziale e strutturante del percorso di adesione al modello HPS, finalizzata a sostenere una lettura condivisa della realtà scolastica, delle sue risorse e delle sue criticità. Si tratta di uno strumento di analisi interdisciplinare che, con un approccio integrato sociale e sanitario, permette alla comunità scolastica nel suo insieme – personale docente e non docente, studentesse e studenti, famiglie – di osservare e analizzare i molteplici fattori che influenzano il benessere all'interno e intorno alla scuola, utilizzando strumenti quantitativi e qualitativi (11). L'analisi riguarda sia i contesti interni (ambiente fisico, relazionale, organizzativo e formativo) sia i contesti esterni (dimensione socio-culturale, economica, territoriale e sanitaria), favorendo una visione complessiva dei determinanti di salute che incidono sullo "star bene" a scuola. La costruzione del Profilo di Salute si configura

come un processo di ricerca-azione partecipata, che accompagna la scuola in un percorso iterativo e dinamico di raccolta e interpretazione dei dati, valutazione della situazione, individuazione delle priorità, pianificazione delle azioni, monitoraggio degli indicatori e valutazione degli esiti, in un'ottica di miglioramento continuo.

Tale processo consente di allineare documenti strategici già previsti nel sistema scolastico, quali il Rapporto di Autovalutazione (RAV), il Piano di Miglioramento e il Piano Triennale dell'Offerta Formativa (PTOF), secondo i principi di equità, inclusione, partecipazione e sostenibilità (12). L'utilizzo del Profilo di Salute sostiene un approccio partecipato e orientato ai determinanti sociali, riconoscendo che lo sviluppo di salute è influenzato solo in misura limitata dalle prestazioni sanitarie e in maniera sostanziale da variabili quali livello d'istruzione, condizioni socio-economiche, ambiente fisico e sociale, stili di vita e accessibilità ai servizi. In questa visione, la scuola non è solo luogo di apprendimento, ma diventa una comunità attiva di ricerca, riflessione e proposta, capace di generare cambiamenti individuali, organizzativi e ambientali favorevoli alla salute. La scuola è considerata pertanto un setting privilegiato per la promozione della salute, capace di generare effetti positivi anche nei contesti comunitari grazie alla collaborazione strutturata con enti locali, servizi sanitari e realtà associative del territorio, contribuendo così allo sviluppo di comunità più sane, inclusive e resilienti (13).

Stato dell'arte in Puglia e profilo di equità

Nell'anno scolastico 2023-2024, nella Regione Puglia sono stati censiti 627 Istituti scolastici (10). A marzo 2023, anno di costituzione della "Rete regionale pugliese delle Scuole che Promuovono Salute" (Rete pugliese SPS), 198 scuole (31,6%) vi hanno aderito, con una distribuzione eterogenea tra le province: dall'adesione più alta registrata nella provincia di Lecce (44,3%) a quella più bassa nella provincia di Barletta-Andria-Trani (17,9%). Tale variabilità territoriale evidenzia una dimensione di equità rilevante, indicando la necessità di sostenere maggiormente le aree con minore partecipazione.

Tra le scuole aderenti, il 55,5% ha presentato manifestazioni di interesse a partecipare ai progetti del Catalogo; un'analisi mediante regressione logistica ha mostrato che l'appartenenza alla Rete pugliese SPS è associata a una maggiore propensione a scegliere interventi orientati all'equità, confermandone il valore come leva strategica per l'adozione di pratiche inclusive e universalistiche (10).

La *governance* della Rete pugliese SPS oltre a includere i livelli già citati quali la cabina di regia regionale e il gruppo di coordinamento regionale, prevede la creazione di gruppi di Istituto e scuole referenti provinciali. In ciascun Istituto aderente è prevista la presenza di una persona referente per la Promozione della Salute e di un gruppo di lavoro interno, con compiti legati alla diffusione della cultura della salute, all'analisi dei bisogni scolastici, alla progettazione e monitoraggio delle attività e al raccordo con la comunità territoriale.

Identificazione dei gruppi e persone beneficiarie

I beneficiari diretti del *Project Work* sono rappresentati dalle comunità scolastiche degli istituti coinvolti nella fase pilota, con particolare riferimento alle studentesse e agli studenti, destinatari finali delle azioni di promozione della salute. L'attenzione è rivolta in modo prioritario ai profili di equità, considerando le differenze legate a condizioni socioeconomiche, ambientali e culturali che possono influenzare il benessere e le opportunità di salute in ambito scolastico.

Ulteriori beneficiari diretti includono il personale scolastico, docente e non docente, coinvolto come parte attiva nei processi di analisi e riflessione organizzativa, progettazione e

implementazione, e le famiglie, la cui partecipazione è riconosciuta come elemento strategico per rafforzare la coerenza educativa e la sostenibilità e la trasferibilità delle azioni. Il progetto mira infatti a promuovere una visione condivisa della salute come responsabilità collettiva, favorendo il dialogo tra scuola, famiglia e territorio, inclusi servizi sanitari territoriali, enti locali e associazioni.

Tra i beneficiari indiretti rientrano infine il personale sanitario e sociosanitario impegnato nelle attività di supporto alla Rete pugliese SPS e nel PP1, per il quale il percorso di sperimentazione del Profilo di Salute rappresenta un'opportunità di rafforzamento delle competenze e di integrazione operativa con il sistema educativo. Nel suo complesso, il beneficio atteso consiste nell'avvio e nella valutazione di un processo strutturato di applicazione del Profilo di Salute in un numero limitato di istituti, finalizzato a produrre evidenze utili per una futura estensione del modello a livello regionale.

Gruppi di lavoro e strategie di coinvolgimento

Nell'ambito del *Project Work* è stata condotta una prima ricognizione dei Gruppi di Lavoro rilevanti per l'implementazione del modello HPS, con particolare riferimento alla sperimentazione del Profilo di Salute della Scuola nel contesto regionale.

I principali Gruppi di Lavoro individuati includono le istituzioni regionali di coordinamento della Rete pugliese SPS, il Gruppo per l'Inclusione Territoriale (GTI), la scuola capofila della rete, i Gruppi di Interesse per l'Autonomia (GIA) territoriali e le istituzioni scolastiche aderenti. A livello operativo, particolare rilievo è stato attribuito alle dirigenze scolastiche e alle persone referenti per la promozione della salute, chiamati a svolgere un ruolo chiave nei processi di analisi, organizzazione e raccordo con i servizi sanitari e il territorio.

La strategia di coinvolgimento si basa su un approccio partecipativo e graduale, che ha previsto una fase iniziale di condivisione del progetto con i livelli regionali e territoriali, finalizzata a garantire coerenza con le politiche e a favorire l'adesione informata delle scuole. Sono state inoltre pianificate azioni di supporto metodologico, tra cui attività formative rivolte a referenti scolastici, e la predisposizione di materiali informativi comuni, utili a facilitare una comprensione condivisa di obiettivi, tempi e modalità operative. Tale impostazione ha l'obiettivo di creare le condizioni per una successiva implementazione strutturata e sostenibile del Profilo di Salute all'interno delle scuole partecipanti.

Proposta di progetto di promozione della salute

Il *Project Work* mira a rafforzare le capacità delle scuole primarie nel costruire in modo partecipato il proprio Profilo di Salute, inteso come strumento auto-valutativo a supporto della programmazione educativa, della promozione del benessere e della prevenzione degli esiti sfavorevoli associati ai determinanti sociali della salute (11, 12).

Beneficio atteso, obiettivi e azioni previste

Il beneficio atteso consiste nella sperimentazione e implementazione del Profilo di Salute in un gruppo pilota di istituti, accompagnata da un processo strutturato di valutazione formativa utile alla successiva estensione dello strumento a livello regionale.

Obiettivo generale

Il progetto intende promuovere un approccio partecipativo alla promozione della salute in ambito scolastico, sostenendo lo sviluppo di strumenti e competenze utili all'analisi dei bisogni e al miglioramento del contesto educativo. In tale prospettiva, l'obiettivo generale è così definito:

- sviluppare conoscenze e competenze teoriche e metodologiche utili alla costruzione collegiale del Profilo di Salute della Scuola, quale base auto-valutativa per orientare comportamenti individuali e cambiamenti organizzativi favorevoli alla promozione della salute nelle scuole primarie partecipanti.

Si prevede l'identificazione di tre scuole partecipanti e l'implementazione del Profilo di Salute e valutazione del processo in almeno una di esse.

Obiettivi specifici

Il progetto si articola in quattro obiettivi specifici (OS), finalizzati alla definizione, sperimentazione e valutazione del Profilo di Salute della Scuola attraverso un approccio partecipativo e orientato alla promozione della salute in ambito scolastico. Gli obiettivi specifici corrispondono a quattro fasi consequenziali di implementazione del progetto, e sono:

- *Obiettivo specifico 1*
realizzare una revisione non sistematica della letteratura per individuare aree tematiche e indicatori utili alla definizione del Profilo di Salute (fase 1);
- *Obiettivo specifico 2*
definire, attraverso un approccio partecipato, un set di indicatori per la costruzione del Profilo di Salute nelle scuole coinvolte (fase 2);
- *Obiettivo specifico 3*
supportare e monitorare la redazione del Profilo di Salute da parte delle scuole partecipanti (fase 3);
- *Obiettivo specifico 4*
individuare punti di forza e criticità nel processo di definizione degli indicatori e nella compilazione del Profilo di Salute (fase 4).

Azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi

Nella Tabella 1 viene mostrata la matrice del quadro logico delle attività del *Project work*, relative all'attuazione dell'obiettivo generale e di quelli specifici. Il progetto prevede un insieme integrato di azioni di ricerca, organizzative, formative e di monitoraggio finalizzate alla sperimentazione e implementazione del Profilo di Salute nelle scuole individuate, in particolare:

- revisione della letteratura scientifica e griglia attraverso banche dati nazionali e internazionali;
- costituzione dei gruppi di lavoro referenti delle attività del progetto;
- incontri partecipati di supporto metodologico alle scuole partecipanti;
- definizione condivisa degli indicatori;
- incontri formativi per la redazione del Profilo di Salute;
- monitoraggio continuo da parte dei gruppi di lavoro e raccolta feedback;
- *focus group*, interviste semi-strutturate, analisi qualitativa.

Tabella 1 Matrice del quadro logico delle attività per obiettivo del *Project work 3 - Master Puglia, 2024*

Obiettivo specifici	Indicatore di risultato	Risultati attesi	Azioni previsto per obiettivo	Fonti di verifica	Assunzioni e condizioni esterne
OS1	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di studi scientifici e documenti nazionali/regionali inclusi • Identificazione di aree tematiche e indicatori rilevanti 	<ul style="list-style-type: none"> • Produzione di un elenco strutturato di aree tematiche e indicatori individuati 	Revisione della letteratura scientifica e griglia attraverso banche dati nazionali e internazionali	Documenti di progetto; report di sintesi	Disponibilità delle fonti documentali; continuità del gruppo di lavoro
OS2	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di incontri con il gruppo di lavoro per ciascuna scuola • Definizione del set di indicatori 	<ul style="list-style-type: none"> • Almeno due incontri con il gruppo di lavoro per scuola • Definizione di un set di indicatori in almeno una scuola 	<ul style="list-style-type: none"> • Costituzione dei gruppi di lavoro referenti delle attività del progetto • Incontri partecipati di supporto metodologico alle scuole partecipanti • Definizione condivisa degli indicatori 	Registrazioni, trascrizioni; report di sintesi	Collaborazione delle istituzioni; continuità dei gruppi di lavoro
OS3	<ul style="list-style-type: none"> • Costruzione del Profilo di Salute nelle scuole coinvolte 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento di sintesi del Profilo di Salute prodotto in almeno una scuola 	<ul style="list-style-type: none"> • Incontri formativi per la redazione del Profilo di Salute • Monitoraggio continuo da parte dei gruppi di lavoro e raccolta feedback 	Documenti prodotti; report di monitoraggio	Disponibilità dei referenti scolastici; stabilità del contesto organizzativo
OS4	<ul style="list-style-type: none"> • Identificazione di fattori favorevoli e ostacolanti la costruzione del Profilo di Salute 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento di sintesi del processo, contenente facilitatori/facilitatrici e criticità 	Focus group, interviste semi-strutturate, analisi qualitativa	Trascrizioni; report qualitativi	Partecipazione attiva dei gruppi di lavoro; disponibilità dei/delle partecipanti alla rilevazione qualitativa

Elementi di sostenibilità del progetto

La sostenibilità del progetto si basa su:

- integrazione con il sistema regionale PP1 e con la *governance* interistituzionale esistente (GTI, GIA, scuole capofila);
- allineamento con documenti strategici scolastici (RAV, PTOF, Piano di Miglioramento);
- rafforzamento delle competenze interne alla scuola, riducendo la dipendenza da interventi esterni;
- utilizzo di strumenti già validati (Rete SHE, indicatori nazionali e regionali);
- possibilità di estendere la metodologia ad altri istituti attraverso il Catalogo regionale (10).

Fase 1 - Revisione non sistematica della letteratura

È stata condotta un'analisi critica e sintetica della ricerca esistente sull'argomento attraverso PubMed, utilizzando parole chiave attinenti al tema (*health, profile, indicator, school*), con filtri per lingua inglese e limite temporale riferito agli ultimi cinque anni. La ricerca ha restituito 363 risultati, successivamente valutati per rispondere alla domanda di ricerca “quali aree tematiche e quali indicatori vengono maggiormente utilizzati nella costruzione dei profili di salute scolastici?” Sono stati selezionati 15 abstract e 3 articoli in full-text, analizzati integralmente per identificare indicatori utili alla costruzione del Profilo di Salute (Figura 1).

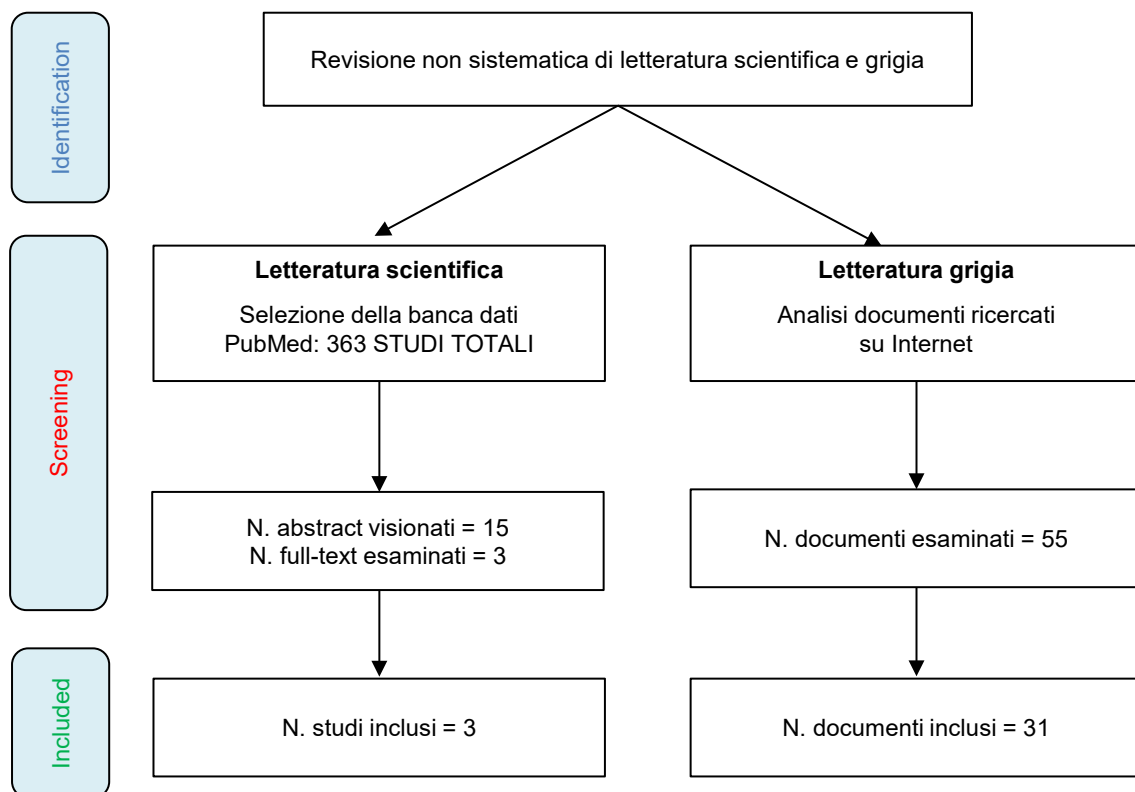


Figura 1. Diagramma di sintesi della ricerca in letteratura. *Project work 3 - Master Puglia, 2024*

Questo processo ha consentito di individuare un primo nucleo di indicatori, successivamente riorganizzato in aree tematiche preliminari (14-16).

La revisione della letteratura grigia ha incluso:

- documenti fondativi della promozione della salute: Carta di Ottawa (1) e Dichiarazione di Odense (17);
- linee guida internazionali della Rete SHE;
- normative e documenti nazionali e regionali prodotti:
 - dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca;
 - dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS);
 - dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS);
 - dai portali regionali;
- Rapporto BES 2023 (Benessere Equo e Sostenibile) rilasciato dall'Istituto Nazionale di Statistica (18);
- studio TALIS 2018 (*Teaching and Learning International Survey*) (19, 20);
- protocolli d'intesa regionali e documenti del Piano Strategico di Promozione della Salute nella Scuola della Regione Puglia;
- repertori di esperienze regionali, evidenziando il contributo di Emilia-Romagna, Piemonte, Lazio e Lombardia nella definizione di profili di salute scolastici già sperimentati.

La scelta del set preliminare di indicatori ha integrato fonti nazionali quali il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE (21), documenti regionali (22), indicatori socio-demografici ISTAT (23, 24), strumenti della Rete SHE (25), pratiche raccomandate Emilia-Romagna (26), dati TALIS Italia (19, 20), oltre all'analisi dei RAV e PTOF degli istituti selezionati, con l'obiettivo di verificare la coerenza tra il set di indicatori individuati e la progettazione educativa già in essere.

Il processo di selezione degli indicatori ha previsto più passaggi successivi: una prima ricognizione ha portato all'individuazione di 225 indicatori, successivamente ridotti a 180 attraverso l'esclusione di quelli meno pertinenti al contesto scolastico. Una seconda scrematura, basata sull'accorpamento degli indicatori sovrapponibili e sulla valutazione della loro frequenza di riscontro nei documenti esaminati, ha consentito di ottenere un set di 83 indicatori. Tale procedura ha garantito una selezione ragionata e sostenuta da evidenze, includendo anche un numero limitato di indicatori con frequenza pari a uno, giudicati comunque rilevanti per la definizione del Profilo di Salute.

L'analisi ha inoltre permesso di riorganizzare le aree tematiche, passando da un iniziale set di nove macro-aree a otto. Tra queste, si evidenzia la scelta di includere una macro-area dedicata al benessere del personale scolastico, pur non esplicitamente presente nei documenti esaminati. Tale decisione deriva sia dalla presenza diffusa di indicatori correlati (ritrovati in 12 documenti), sia dalla necessità di riconoscere il ruolo del personale quale componente essenziale della comunità scolastica e target prioritario delle azioni di promozione della salute. Le 8 macroaree individuate sono:

1. composizione popolazione studentesca;
2. condizioni socio-economico-culturali e di salute delle famiglie;
3. condizioni sociali e di salute degli studenti e studentesse;
4. ambiente fisico e organizzativo della scuola;
5. contesto territoriale;
6. attività promotrici della salute;
7. inclusione;
8. benessere del lavoratore e lavoro-correlato per tutto il personale scolastico.

I risultati del processo di selezione e dell'analisi degli indicatori sono sinteticamente riportati nell'Allegato al presente capitolo.

Fase 2 - Definizione partecipata del set di indicatori

Nell'ambito di questo obiettivo specifico, alla data di redazione del presente Rapporto, le attività risultano parzialmente realizzate. In particolare, è stata avviata la fase di raccordo istituzionale preliminare, mentre le successive azioni operative sono solo state programmate. È stata realizzata la condivisione del progetto con il coordinamento regionale, il GTI, la scuola capofila della rete e il GIA territoriale, quale supporto istituzionale per l'attivazione delle scuole coinvolte.

Sono state invece previste le seguenti azioni:

- la predisposizione di materiali informativi per garantire una comprensione comune e la condivisione di obiettivi, metodologia e tempi;
- la selezione di una scuola per provincia (Barletta-Andria-Trani, Brindisi e Taranto) tra gli istituti aderenti alla Rete pugliese SPS.

Per ciascuna scuola è stata inoltre prevista la costituzione di un Gruppo di Lavoro misto, comprendente dirigenza scolastica, referente per la promozione della salute, docenti, personale Amministrativo, Tecnico e Ausiliario (ATA), rappresentanza delle famiglie e, per la componente sanitaria, referenti del progetto e un rappresentante del GIA. Tale struttura risponde ai principi della partecipazione e della co-progettazione, cardini del modello HPS, e costituirà la base operativa per le eventuali future fasi di implementazione del progetto.

Fase 3 - Supporto e monitoraggio del processo di costruzione del Profilo

Il Gruppo di Lavoro ha previsto:

- attività formative (online o in presenza) rivolte a referenti della scuola;
- la predisposizione di strumenti operativi e guide pratiche;
- un monitoraggio continuativo dell'avanzamento, mediante raccolta di feedback periodici; con l'obiettivo di individuare e correggere tempestivamente eventuali criticità;
- accompagnamento metodologico lungo tutte le fasi di elaborazione del Profilo.

Fase 4 - Analisi qualitativa dei punti di forza e delle criticità

L'indagine qualitativa ha previsto la realizzazione di:

- *Focus group* con i gruppi di lavoro delle scuole e con il referente regionale del PP1;
- eventuali interviste semi-strutturate individuali;
- utilizzo di una griglia semi-strutturata per la raccolta dei dati;
- conduzione degli incontri online su piattaforme ISS (Teams), previa acquisizione del consenso informato;
- trascrizione e codifica integrale degli audio;
- analisi del contenuto attraverso un approccio deduttivo e induttivo, secondo il metodo della *long table analysis* (27).

Identificazione delle responsabilità, risorse e rischi

Di seguito sono riportati gli elementi organizzativi e operativi di supporto all'attuazione del percorso progettuale, con particolare riferimento alle responsabilità attribuite ai diversi attori coinvolti, alle risorse professionali, materiali e organizzative messe a disposizione e ai principali fattori di rischio potenzialmente in grado di incidere sullo sviluppo delle attività e sul rispetto del cronogramma previsto.

- *Responsabilità*
 - Coordinamento: gruppo di lavoro del Master, in raccordo con Referente regionale PP1.
 - Attuazione: gruppi di lavoro delle scuole e GIA provinciali.
 - Supporto metodologico: ISS, professioniste e professionisti partecipanti al *Project Work*.
- *Risorse*
 - Professionali: competenze del gruppo *Project Work*, referenti della scuola e personale sanitario.
 - Materiali: piattaforme digitali ISS, documentazione regionale/nazionale, guide operative.
 - Organizzative: riunioni periodiche, supporto delle *governance* regionali e scolastiche.
- *Rischi*
 - Turnover di personale scolastico.
 - Carichi di lavoro elevati nelle scuole e nei servizi sanitari.
 - Difficoltà di coordinamento tra istituzioni.
 - Disomogeneità delle competenze iniziali.
 - Possibili ritardi nel cronogramma.

La Tabella 2 mostra il cronoprogramma delle attività pianificate che si inseriscono nel percorso formativo del Master e trovano la loro conclusione nella discussione finale della tesi.

Discussione e conclusioni

La presente ricerca ha costituito un primo passo fondamentale verso la definizione di un modello condiviso per la costruzione del Profilo di Salute delle scuole primarie della Regione Puglia. L'attività svolta ha permesso di sviluppare un'ampia cornice metodologica e concettuale, basata su evidenze internazionali, nazionali e regionali, e di individuare un set preliminare di aree tematiche e indicatori utili alla lettura dei determinanti di salute nel contesto scolastico.

L'analisi della letteratura scientifica e grigia ha evidenziato la rilevanza della promozione della salute come approccio globale, in linea con i principi definiti dalla Carta di Ottawa (1) e dalla Dichiarazione di Odense (17), e con il modello europeo HPS. Tale modello attribuisce un ruolo centrale all'integrazione tra contesto educativo e sanitario, alla partecipazione attiva della comunità scolastica e alla costruzione di ambienti che favoriscano equità, benessere e apprendimento.

La revisione della documentazione regionale ha inoltre confermato come la Puglia disponga di un solido sistema di *governance* per la promozione della salute a scuola – consolidato attraverso protocolli d'intesa, l'adozione del Piano Strategico di Promozione della Salute nella Scuola e la costituzione della Rete regionale – offrendo pertanto un contesto favorevole all'implementazione di modelli innovativi come il Profilo di Salute.

Il *Project Work* ha permesso di costruire un quadro di riferimento per l'implementazione del Profilo di Salute della scuola nell'ambito della rete delle scuole che promuovono salute, delineando metodologia, set preliminare di indicatori e indicazioni per una modalità di lavoro partecipata. Sebbene le fasi di implementazione del progetto con le scuole siano ancora in corso, la base costruita costituisce un contributo rilevante per la promozione della salute nel contesto scolastico regionale, fornendo strumenti utili alla *governance* e aprendo la strada alla sperimentazione e alla futura estensione del modello a tutte le scuole della Rete regionale.

Tabella 2. Cronogramma delle attività articolato per mese e settimana (S) del Project work 3 - Master Puglia, 2024

Attività	Mese 1			Mese 2			Mese 3			Mese 4			Mese 5			Mese 6									
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	
Presentazione PW e richiesta di collaborazione al RR Puglia al PP1																									
Stesura del PW																									
Preparazione brochure informativa per le scuole sull'iniziativa PW																									
Invio draft del PW e prima versione brochure al referente PP1 Puglia																									
Revisione e integrazione di PW e brochure informativa secondo le indicazioni di RR Puglia al PP1																									
Revisione bibliografica non sistematica su "scuole che promuovono salute" e costruzione del profilo di salute																									
Revisione bibliografica letteratura grigia su "scuole che promuovono salute" e costruzione del PS																									
Ricerca documenti locali su scuole che promuovono salute (RAV-PTOF)																									
Ricerca documenti nazionali e indicatori regionali inerenti al PS delle scuole attraverso contatti RR al PP1																									
Analisi e sintesi dei risultati della revisione bibliografica effettuata																									

PW: Project Work; PP1: Programma Predefinito 1 "Scuole che Promuovono Salute" del Piano Nazionale della Prevenzione; RAV: Rapporto di Autovalutazione delle scuole
 PS: Profilo di Salute; PTOF: Piano Triennale dell'Offerta Formativa; RR: Referente Regionale

In questa prospettiva, il Profilo di Salute si configura come passo fondamentale a sostegno del miglioramento della rete di scuole promotrici di salute: comunità educative capaci di cogliere e mettere a sistema gli stimoli derivanti dai processi di valutazione e autovalutazione, nonché dal dibattito sul Bilancio Sociale delle scuole. Scuole in cui tutti i membri della comunità scolastica lavorano insieme per offrire agli alunni e alunne esperienze positive e contesti organizzativi che promuovono e proteggono la salute. Raccordare il Profilo di Salute e la filosofia che lo sostiene con le esigenze di valutazione del sistema scolastico costituirà uno dei compiti centrali della Rete delle Scuole che Promuovono Salute.

Questo percorso potrebbe inserirsi in un quadro più ampio di impegno regionale nella promozione della salute: la Regione, infatti, da sempre attiva in questo ambito, ha visto nell'ultimo decennio rafforzarsi un processo di integrazione tra Scuola e Sanità che, riconoscendo le scuole come luoghi privilegiati per la promozione della salute e come snodi fondamentali dello sviluppo comunitario, ha determinato un'evoluzione significativa nei rapporti, negli obiettivi, nei metodi, nei processi decisionali e nei programmi condivisi.

Punti di forza, limiti e raccomandazioni per l'implementazione

Tra i principali punti di forza emersi nel progetto si evidenziano:

1 Completezza e solidità del quadro metodologico

La revisione integrata di letteratura scientifica e grigia ha permesso di individuare 225 indicatori iniziali, successivamente riorganizzati in un set più gestibile e pertinente di 83 indicatori, articolati in otto macro-aree. Questa operazione ha consentito di costruire una base informativa ampia, sistematizzata e coerente con i modelli più avanzati a livello nazionale e internazionale.

2 Approccio partecipativo

Il coinvolgimento delle *governance* regionali (GTI, GIA, scuola capofila della Rete) ha garantito un raccordo interistituzionale efficace e necessario per sostenere le fasi operative successive. La previsione di gruppi di lavoro scolastici, comprendenti diverse componenti della comunità educante, rappresenta un elemento chiave per la sostenibilità del processo.

3 Allineamento con le politiche regionali e nazionali

Il progetto si colloca pienamente nel quadro del PP1 e del PRP 2021-2025, rispondendo agli indirizzi per la promozione della salute a scuola e contribuendo alla costruzione di strumenti operativi replicabili e scalabili.

4 Valorizzazione del personale scolastico

L'identificazione di una macro-area dedicata al benessere del personale – pur poco rappresentata nella letteratura – rappresenta un'innovazione rilevante, coerente con la visione di scuola come comunità professionale e con la necessità di supportare chi quotidianamente contribuisce al benessere della popolazione studentesca.

Come previsto in progetti complessi e multidimensionali, sono emersi alcuni limiti:

1 Mancata disponibilità dei risultati delle fasi di implementazione 2, 3 e 4

Alla data di dicembre 2024, le attività con le scuole sono ancora in corso, rendendo impossibile riportare risultati empirici relativi alla definizione partecipata degli indicatori, alla costruzione dei Profili di Salute e all'analisi qualitativa di facilitatori e facilitatrici e criticità. Questo limite è intrinseco alla tempistica del Master, pur non compromettendo la qualità della parte metodologica.

2 *Eterogeneità degli indicatori disponibili*

Nonostante la riduzione da 225 a 83 indicatori, persiste un'ampia variabilità tematica che richiederà un ulteriore lavoro di selezione partecipata, per garantire pertinenza, fattibilità di raccolta dati e sostenibilità del monitoraggio.

3 *Possibili criticità organizzative nelle scuole*

Temi quali turnover del personale, carichi di lavoro elevati, competenze digitali eterogenee e differenze territoriali potrebbero ostacolare l'uniformità dell'implementazione. È quindi necessario prevedere supporti e accompagnamenti adeguati.

4 *Mancanza di disponibilità di competenze metodologiche specifiche*

In particolare, nell'ambito del sistema sanitario, vincoli organizzativi e carichi di lavoro possono ostacolare la partecipazione a percorsi formativi e di accompagnamento tecnico, con possibili ricadute sulla qualità e sostenibilità del processo di costruzione del Profilo di Salute.

L'implementazione del Profilo di Salute nelle scuole campionate rappresenta una fase cruciale per validare la metodologia proposta. La sperimentazione consentirà di:

- verificare la fattibilità tecnica della raccolta e dell'analisi degli indicatori;
- valutare il livello di partecipazione delle comunità scolastiche;
- identificare gli indicatori più pertinenti e utili alla *governance* scolastica e regionale;
- comprendere le differenze territoriali nelle priorità di salute e nei determinanti sociali;
- generare conoscenze trasferibili ad altre scuole della Rete regionale.

Il completamento della sperimentazione, insieme all'analisi qualitativa tramite *Focus group* e interviste, consentirà di produrre linee guida operative e raccomandazioni basate sui risultati.

Alla luce del lavoro svolto, sono state elaborate le seguenti raccomandazioni:

1 *Rafforzare e formalizzare il supporto alla governance regionale*

È opportuno integrare il Profilo di Salute come strumento stabile del PP1, fornendo alle scuole linee guida, template e supporto metodologico e garantendo continuità attraverso GTI e GIA.

2 *Assicurare la partecipazione attiva della comunità scolastica*

La costruzione del Profilo richiede un coinvolgimento strutturato di docenti, personale ATA, famiglie e studentesse e studenti. La partecipazione favorisce l'*ownership* del processo e la sostenibilità delle azioni.

3 *Semplificare gli indicatori e favorire la raccolta dati*

Per garantire fattibilità e utilizzo, si raccomanda di ridurre ulteriormente gli indicatori attraverso la validazione partecipata, privilegiando quelli con maggiore frequenza di riscontro e più strettamente correlati al setting scolastico.

4 *Investire in formazione e accompagnamento tecnico*

La costruzione del Profilo richiede competenze metodologiche specifiche. È quindi opportuno prevedere percorsi formativi dedicati per referenti scolastici e sanitari.

5 *Promuovere equità e inclusione*

Nelle fasi di selezione degli indicatori, di analisi e di interpretazione, deve essere prestata attenzione alle disuguaglianze socioeconomiche, territoriali, culturali e di accesso ai servizi, per garantire che le azioni identificate siano realmente orientate all'equità.

6 *Prevedere un monitoraggio continuo e condiviso*

Il Profilo di Salute non deve essere un documento statico, ma un processo dinamico. È quindi consigliabile definire meccanismi di monitoraggio annuale, integrati con RAV, PTOF e Piano di Miglioramento.

Bibliografia

1. World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO; 1986.
2. World Health Organization. *Global school health initiatives: Achieving health and education outcomes, report of a meeting, Bangkok, Thailand*. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d91886c5-5f09-42be-bbff-43aee5ef40c0/content>; ultima consultazione 08 giugno 2026.
3. World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. *Making every school a health-promoting school: global standards and indicators for health-promoting schools and systems*. Geneva: WHO and UNESCO; 2021.
4. SHE Network. *Factsheet 1. Stato dell'arte: scuole che promuovono salute in Europa*. Utrecht: CBO; 2013. (Traduzione italiana 2015). Disponibile all'indirizzo: <https://www.scuolapromuovesalute.it/wp-content/uploads/2020/09/SHE-Factsheet-1-IT.pdf>; ultima consultazione maggio 2026.
5. Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. *Indirizzi di "policy" integrate per la Scuola che Promuove Salute*. Roma: Ministero della Salute; 2019.
6. Ministero della Salute. *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*. Roma: Ministero della Salute; 2020.
7. Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 22 dicembre 2021, n. 2198 Intesa Stato Regione n. 131 del 06.08.2020. rep. Atti 127/CSR concernente il Piano nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025. Approvazione del documento programmatico "Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025". *Bollettino Ufficiale della Regione Puglia* n. 10 del 25 gennaio 2022.
8. Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 26 luglio 2011, n. 1702 Intesa Stato Regione n. 131 del 06.08.2020. rep. Atti 127/CSR concernente il Piano nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025. Approvazione Protocollo d'Intesa tra Regione Puglia e Ufficio Scolastico Regionale per favorire iniziative e progetti di qualità atti a rendere sistematica l'attività di promozione dell'educazione alla salute nelle scuole attraverso un modello di governance interistituzionale. *Bollettino Ufficiale della Regione Puglia* n. 127 del 16 agosto 2011.
9. Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 8 luglio 2024, n. 952 P.R.P. 2021-2025 - Protocollo d'intesa tra Regione Puglia e Ufficio Scolastico Regionale per favorire iniziative e progetti di qualità atti a rendere sistematica l'attività di promozione dell'educazione alla salute nelle scuole attraverso un modello di governance interistituzionale – RINNOVO. *Bollettino Ufficiale della Regione Puglia* n. 65 del 12 agosto 2024.
10. Regione Puglia, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e Ufficio Scolastico Regionale. *Piano Strategico di Promozione della Salute nella Scuola. Catalogo anno scolastico 2024-2025*. Regione Puglia; 2024.
11. Lingua S (Ed.). *Esperienze e strumenti per la costruzione dei profili di salute nella scuola*. Collegno (TO): DoRS - Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute; 2014.
12. Rete delle Scuole che Promuovono Salute - Lombardia, Gruppo SPS Profilo di Salute. *Il Profilo della tua Scuola: Strumento di valutazione al servizio della scuola attraverso il quale è possibile, a partire da un approccio sociale e sanitario, leggere la realtà con strumenti quantitativi e qualitativi*. Rete delle Scuole che Promuovono Salute – Lombardia; 2022.
13. Fondazione The Bridge. *La medicina scolastica tra passato e futuro*. Milano: Fondazione The Bridge; 2022.
14. Lee A, Lo ASC, Keung MW, Kwong CMA, Wong KK. Effective health promoting school for better health of children and adolescents: indicators for success. *BMC Public Health*. 2019;19:1088.
15. Thakur JS, Sharma M, Singh S, Bharti B, Kaur R, Sharma M. Effectiveness of health promoting schools: A comparative health profile assessment of higher as compared to low accredited schools in Chandigarh, Union Territory of North India. *PLoS One*. 2022;17(9):e0270811.

16. Abdalmaleki E, Abdi Z, Isfahani SR, Safarpour S, Haghdoost B, Sazgarnejad S, Ahmadnezhad E. Global school-based student health survey: country profiles and survey results in the eastern Mediterranean region countries. *BMC Public Health*. 2022;22(1):130.
17. Buijs G, Dadaczynski K, Schulz A, Vilaça T. The Odense Statement: Our ABC for Equity, Education and Health. In: Buijs G, Dadaczynski K, Schulz A, Vilaça T (Ed.). *Equity, Education and Health: Learning from Practice. Case Studies of Practice Presented During the 4th European Conference on Health Promoting Schools*. Utrecht (NL): CBO; 2014. p. 15-22.
18. Istituto nazionale di statistica (ISTAT). *Rapporto BES 2023: il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma: ISTAT; 2024.
19. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *TALIS 2018. Results (Volume I): Teachers and School Leaders as Lifelong learners*. Paris: OECD Publishing; 2019. https://www.oecd.org/en/publications/talis-2018-results-volume-i_1d0bc92a-en.html; ultima consultazione 16 dicembre 2026.
20. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *TALIS 2018 Results (Volume II): Teachers and School Leaders as valued professionals*. Paris: OECD Publishing; 2019.. https://www.oecd.org/en/publications/talis-2018-results-volume-ii_19cf08df-en.html; ultima consultazione 16 dicembre 2026.
21. Nardone P, Spinelli A, Ciardullo S, Salvatore MA, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). *Obesità e stili di vita dei bambini: OKkio alla SALUTE 2019*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/27).
22. Gruppo tecnico regionale “Scuole che promuovono Salute”. *Documento regionale di indirizzo per la Scuola che Promuove Salute*. Rete SPS Lazio; 2023.
23. Istituto Nazionale di Statistica. *Popolazione residente al 1° gennaio 2024*. Roma: ISTAT; 2024.
24. Istituto Nazionale di Statistica. *Domini e indicatori del BES: descrizione della Commissione scientifica*. Roma: ISTAT; 2012.
25. Safarjan E, Buijs G, de Ruiter S. *Strumento di valutazione rapida SHE: un documento complementare al Manuale online per la scuola*. Schools for Health in Europe (SHE); 2013.
26. Regione Emilia-Romagna. *Documento Pratiche raccomandate per la Rete di Scuole che promuovono salute in Emilia-Romagna*. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2026.
27. Krueger RA, Casey MA. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2000.

Allegato al capitolo del PROJECT WORK 3

Matrice di sintesi dell'analisi e selezione degli indicatori per la definizione del Profilo di Salute della Scuola, organizzati per macroaree tematiche con indicazione della tipologia e della fonte del dato

Indicatori suddivisi per macroaree tematiche	Tipologia di dato	Fonte del dato
Composizione popolazione studentesca		
Studenti e studentesse frequentanti	Numero sul totale	
Studenti con disabilità certificata	Numero sul totale	
Ripetenza degli alunni	Tasso	
Condizioni socio-economico-culturali e di salute delle famiglie		
Persone con almeno il diploma (25-64 anni)	Percentuale	ISTAT
Disoccupazione	Tasso	ISTAT
Grande difficoltà ad arrivare a fine mese	Percentuale	ISTAT
Immigrazione	Tasso	ISTAT
Consumo di alcol	Prevalenza	ISTAT
Obesità	Prevalenza	ISTAT
Sovrappeso	Prevalenza	ISTAT
Consumo di tabacco	Prevalenza	ISTAT
Attività fisica (presente in diversi indicatori)	Prevalenza	ISTAT
Condizioni sociali e di salute degli studenti e studentesse		
Sovrappeso 8-9 anni e 11-17 anni	Prevalenza	OKkio e HBSC
Obesità 8-9 anni e 11-17 anni	Tasso/prevalenza	OKkio e HBSC
Consumo prima colazione 8-9 anni	Prevalenza	OKkio
Attività fisica 8-9 anni e 11-17 anni	Prevalenza	OKkio e HBSC
Tempo trascorso davanti gli schermi 8-9 e 11-17 anni	Prevalenza	OKkio e HBSC
Percezione genitoriale della condizione nutrizionale 8-9 anni	Tasso	OKkio
Corrette abitudini alimentari 8-9 anni	Tasso	OKkio
Consumo frutta e verdura 8-9 anni	Tasso	OKkio
Fumo 11/13/15 anni	Tasso	HBSC
Consumo alcol 11/13/15 anni	Tasso	HBSC
Consumo cannabis 11/13/15 anni	Tasso	HBSC
<i>Binge drinking</i> 11/13/15 anni	Tasso	HBSC
Gioco d'azzardo 11/13/15 anni	Tasso	HBSC
Gradimento della scuola (molto/abbastanza) 11/13/15 anni	Tasso	HBSC
Rapporto con gli insegnanti (d'accordo/molto d'accordo su interazione) 11/13/15 anni	Tasso	HBSC
Bullismo e Cyberbullismo	Tasso	HBSC
Uso problematico social media 11/13/15 anni	Tasso	HBSC
Fallimento nel limitare il tempo passato su social 11/13/15 anni	Tasso	HBSC
Contatti giornalieri con amici e amiche conosciuti su Internet 11/13/15 anni	Tasso	HBSC
Ambiente fisico e organizzativo della scuola		
Le infrastrutture scolastiche (cortile, classi, servizi igienici, mensa) sono sicuri, puliti e promuovono salute per studenti e tutto il personale?	Si/No	Questionario
Le infrastrutture scolastiche (cortile, classi, servizi igienici, mensa) sono adeguati agli studenti con bisogni speciali?	Si/No	RAV
La mensa scolastica è basata su principi nutrizionali sani ed è orientata all'inserimento di prodotti di qualità?	Si/No	PTOF
Presenza biblioteca?	Si/No	RAV
Presenza laboratori informatici?	Si/No	RAV
Presenza palestra?	Si/No	RAV
Palestra spazi esterni attrezzati?	Si/No	RAV
Sicurezza della scuola (scale di sicurezza esterne, porte antipanico)	Percentuale edifici	RAV

Indicatori suddivisi per macroaree tematiche	Tipologia di dato	Fonte del dato
Presenza spazi idonei per la ricreazione/socializzazione di alunni e personale?	Si/No	Questionario
Presenza accordi o convenzioni con strutture sportive del territorio per incentivare lo sport?	Si/No	Questionario
Esistono/sono richiesti agli Enti competenti percorsi pedonali/servizio di pedibus e percorsi ciclabili agevoli per l'accesso alla scuola?	Si/No	Questionario
Sono organizzate esperienze di coinvolgimento collettive (teatro, sport, concorsi)?	Si/No	Questionario
Si adottano metodologie d'insegnamento di tipo interattivo e cooperativo?	Si/No	Questionario
I genitori conoscono motivazioni e scelte di salute promosse dalla Scuola e nel Patto di corresponsabilità sottoscrivono e partecipano alla stesura di programmi/interventi per la promozione della salute?	Si/No	Questionario
L'ASL fornisce materiale informativo su tematiche di salute e su prove di efficacia e/o "buone pratiche" relative a metodologie per sostenere la promozione della salute a scuola?	Si/No	Questionario
Contesto territoriale		
Spesa corrente dei Comuni per la cultura	Euro	ISTAT
Densità e rilevanza del patrimonio museale	per 100 km ²	ISTAT
Insoddisfazione per il paesaggio del luogo di vita (14 anni e più)	Percentuale	ISTAT
Disponibilità di verde urbano	m ² /abitante	ISTAT
Soddisfazione per i servizi di trasporto pubblico (14 anni e più)	Percentuale	ISTAT
Servizio di raccolta differenziata dei rifiuti urbani	Percentuale	ISTAT
Attività promotrici della salute		
Formazione curricolare su promozione della salute (educazione alimentare, rinforzo attività motoria, educazione alla legalità e all'ambiente)	Si/No	Questionario
Gestione dei conflitti tra pari?	Si/No	RAV
Sono ricercate opportunità per merende a base di frutta in accordo con Enti e/o Soggetti del territorio?	Si/No	Questionario Scuole
La vendita di alimenti all'interno della scuola (bar, distributori) è orientata a scelte salutari?	Si/No	Questionario Scuole
Incontro esperti mensa su educazione nutrizionale?	Si/No	OKkio
All'interno delle lezioni e degli intervalli sono previste pause attive?	Si/No	Questionario
La Scuola utilizza una metodologia partecipata e centrata sull' <i>empowerment</i> individuale attraverso lo sviluppo delle competenze per la vita (skill for life - WHO)?	Si/No	Questionario scuole
Sportello di ascolto rivolto agli studenti?	Si/No	Questionario scuole
Presenza di un gruppo di pari coinvolto nelle attività di promozione della salute?	Si/No	Questionario scuole
La nostra scuola ha una policy scritta per la salute e il benessere degli studenti e di tutto il personale, che comprende la promozione della salute e del benessere, la prevenzione e l'occuparsi di problemi legati alla salute?	Si/No	Questionario scuole
La nostra scuola supporta gli studenti e tutto il personale scolastico nel raggiungere e mantenere uno stile di vita sano, per esempio favorendo l'accesso alle attrezzature della scuola per l'A.F. fuori dall'orario scolastico?	Si/No	Questionario scuole
Progetti formativi	n.	RAV
Inclusione		
Esiste un protocollo di sostegno alla disabilità e ne è diffusa la conoscenza (piano di inclusione)?	Si/No	RAV
Utilizzo mezzi specifici (software) per disabilità?	Si/No	RAV
Corsi di potenziamento/recupero per studenti disabili	n.	RAV
Percorsi formativi specifici per studenti disabili?	Si/No	RAV
Attività di sensibilizzazione su temi diversità e inclusione?	Si/No	RAV
Coinvolgimento di stakeholder per piano di inclusione?	Si/No	RAV

Indicatori suddivisi per macroaree tematiche	Tipologia di dato	Fonte del dato
Benessere del lavoratore e lavoro-correlato per tutto il personale scolastico		
Salute		
Eccesso di peso (18 anni e più)	tasso per 100	ISTAT
Fumo (14 anni e più)	tasso per 100	ISTAT
Alcool (14 anni e più)	tasso per 100	ISTAT
Sedentarietà (14 anni e più)	tasso per 100	ISTAT
La nostra scuola ha effettuato un'analisi dei bisogni e dei desideri degli studenti e del personale docente e non docente rispetto alla salute e al benessere?	Si/No	Questionario scuole
L'intera comunità scolastica sa chi è il riferimento nella scuola per le tematiche che riguardano la salute, compresa la promozione della salute mentale?	Si/No	Questionario scuole
Istruzione e formazione		
La scuola cura la formazione continua del personale sviluppando conoscenze aggiornate e competenze anche sulla promozione della salute	punteggio medio	Questionario scuole
Attività formative su inclusione per personale docente e non docente?	Si/No	RAV
Lavoro e conciliazione tempi di vita		
Occupati in lavori a termine da almeno 5 anni	Percentuale	ISTAT
Occupati (15-64 anni) che svolgono più di 60 ore settimanali di lavoro retribuito e/o familiare	Percentuale	ISTAT
Soddisfazione per il lavoro svolto	Percentuale	ISTAT
La nostra scuola promuove un equilibrio tra lavoro e vita privata, un carico di lavoro ragionevole e fornisce un ambiente aperto in cui è possibile discutere di problemi legati al lavoro e allo stress?	Si/No	Questionario scuole
Relazioni sociali		
Le infrastrutture della nostra scuola, come la mensa, il cortile, e i corridoi sono progettati in modo da essere piacevoli e da favorire la socialità?	Si/No	Questionario scuole

LEGENDA

Densità territoriale (per 100 km²): rapporto tra quantità e superficie territoriale

Numero assoluto (n.): valore espresso in termini numerici assoluti (es. numero di studenti, numero di eventi)

Numero su totale: rapporto tra un numero assoluto e il totale di riferimento (es. n. studenti sul totale)

Percentuale: quota proporzionale espressa in percentuale sul totale

Prevalenza: proporzione di soggetti che presentano una determinata caratteristica in una popolazione in un dato momento

PTOF: Piano di Miglioramento e il Piano Triennale dell'Offerta Formativa

Punteggio medio: valore medio derivato da scale o indicatori composti

RAV: Rapporto di Autovalutazione

Superficie pro capite (m²/abitante): rapporto tra superficie disponibile e popolazione

Tasso per 100: tasso standardizzato su 100 unità di popolazione

Tasso: rapporto tra eventi e popolazione di riferimento in un determinato periodo

Valore economico (euro): dato espresso in unità monetarie

Variabile dicotomica (si/no): indicatore espresso in forma binaria (presenza/assenza)

PROJECT WORK 4**PROMOZIONE DELLA SALUTE
E DELL'INVECCHIAMENTO SANO E ATTIVO**

Carmela Russo (a), Sabrina Liuzzi (b), Augusto Giorgino (b), Paola Pedemonte (c), Pasqualina Caramuscio (d), Valentina Gasparre (e), Alberto Perra (f), Giulia Santolini (f)
 (a) *Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Locale Taranto, Taranto*
 (b) *Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione, Azienda Sanitaria Locale Taranto, Taranto*
 (c) *Struttura Complessa Medicina Legale, Azienda Sanitaria Locale 3 Genovese, Genova*
 (d) *Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, Bari*
 (e) *Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari*
 (f) *già Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Locale Roma 5, Guidonia Montecelio*

Analisi di contesto**Razionale e quadro epidemiologico**

La provincia di Taranto, che conta 29 comuni, è la quarta provincia pugliese per superficie con 24.673 km² (1). La provincia di Taranto, costituita da 29 comuni e con una superficie di circa 2.467,7 km², conta circa 553.501 residenti al 1° gennaio 2024, di cui il 51,3% donne e il 48,7% uomini. La popolazione anziana (65 anni e oltre) rappresenta il 25,1% del totale, evidenziando un profilo demografico caratterizzato da invecchiamento (2).

Si registra un calo della popolazione rispetto agli anni precedenti, sia nella provincia che nel comune di Taranto; al 1° gennaio 2022, la popolazione nella provincia contava 558.130 abitanti e nel comune di Taranto 189.171, con una variazione percentuale negativa dello 0,9% e 1,3% rispetto al 2024 (3). Questo dato conferma quanto già registrato negli anni precedenti: come possiamo leggere nell'analisi ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) sul censimento permanente della popolazione in Puglia (2021), dal 2002 al 2022 si delinea un andamento demografico in diminuzione, registrando un decremento del 3,75% nel 2022 rispetto al 2002 (4). Il tasso di natalità nella provincia di Taranto nel 2023 è stato di circa 6,1 per 1.000 abitanti, con un tasso di mortalità di circa 11,4 per 1.000 e un saldo naturale negativo tra nati e deceduti; questi dati confermano un trend demografico di invecchiamento e contrazione della popolazione locale (1).

Il saldo negativo tra decessi e nascite non è stato compensato neppure dall'apporto migratorio. Al 1° gennaio 2024, nella provincia di Taranto risultano residenti circa 16.900 cittadine e cittadini stranieri (3,0% della popolazione), in lieve aumento rispetto al 2022, quando erano circa 15.000 (2,7%). Nonostante la crescita, tale presenza non risulta sufficiente a controbilanciare la dinamica naturale negativa della popolazione provinciale (5).

Nella provincia di Taranto si osserva un costante incremento della popolazione di 65 anni e più, che dal 15,5% nel 2002 è salita al 24,6% nel 2023 e al 25,1% nel 2024, riflettendo un marcato invecchiamento demografico. Parallelamente, l'indice di dipendenza strutturale – ossia il rapporto tra popolazione non attiva (0-14 anni e 65+ anni) e popolazione attiva (15-64 anni) moltiplicato per 100 – è aumentato dal 46,4% nel 2002 al 58,2% nel 2023 e al 58,6% nel 2024. Questo trend è già evidenziato nel rapporto della Struttura Complessa Statistica ed Epidemiologia della Azienda Sanitaria Locale (ASL) Taranto (2021) "Indicatori socio-demografici della popolazione ASL Taranto" e proseguito negli anni successivi (6, 7).

La composizione familiare risente di questo cambiamento demografico: i dati ISTAT relativi al 2022 mostrano che, nella provincia di Taranto, su 239.047 famiglie totali, 78.022 (32,6%) sono composte da un singolo componente, 67.098 (28,1%) da due componenti, 46.693 (19,5%) da tre, 36.650 (15,3%) da quattro e 10.584 (4,4%) da cinque o più. Nel comune di Taranto, su 84.307 famiglie, 30.385 (36,0%) sono composte da una sola persona, 23.947 (28,4%) da due componenti, 15.556 (18,4%) da tre, 10.913 (12,9%) da quattro e 3.506 (4,2%) da cinque o più. Si osserva quindi un numero di nuclei di un singolo componente leggermente superiore rispetto alla media provinciale (8).

Nella Tabella 1 viene riportato per ogni comune l'indice di vulnerabilità sociale e materiale, disponibile sul sito 8milaCensus di ISTAT (<https://ottomilacensus.istat.it/>), anche se basato su dati del 2011. Questo indicatore, proposto da ISTAT per stimare la vulnerabilità di un territorio a partire dalle caratteristiche dei residenti, descrive la condizione di incertezza economica e sociale che può evolvere in vero e proprio disagio, come dettagliatamente spiegato nel rapporto ISTAT (2020), *Le misure della vulnerabilità: un'applicazione a diversi ambiti territoriali* (9, 10). Più è alto, maggiore è il rischio di disagio e vulnerabilità in quella zona. Se inferiore a 97 il territorio ha un basso indice di vulnerabilità, tra 97 e 98 il rischio è medio-basso, tra 98 e 99 rischio medio, tra 99 e 103 rischio medio-alto, sopra 103 rischio alto. Questo indice è utile perché condensa in un'unica misura diversi indizi che segnalano possibili situazioni di sofferenza, ad esempio la presenza di genitori single con figli, di giovani che non studiano e non lavorano, di famiglie numerose e in abitazioni sovraffollate, di anziani soli, di persone senza titolo di studio. Come evidenziato nella tabella, solo 7 comuni su 29 presentano un valore di questo indice inferiore a quello nazionale, 5 di questi nello stesso distretto sanitario di Grottaglie; il valore più alto si registra nel comune di Taranto con un valore di 101; nei distretti di Ginosa e Manduria tutti i comuni presentano valori superiori alla media. I comuni di Taranto e Manduria presentano anche gli indici di vecchiaia più elevati, rispettivamente di 226,5 e 237,6. Secondo questo indice, 13 comuni, con peso demografico pari al 63,2% della popolazione totale, sono classificati tra i più critici, come riportato nel profilo del territorio della provincia di Taranto su 8milaCensus (9).

Considerando la popolazione di 15 anni e più nella provincia di Taranto, su un totale di 489.074 residenti, risultano 215.665 forze lavoro (44,1%), di cui 188.326 occupati (38,5%) e 27.339 in cerca di occupazione (5,6%), mentre su 273.409 non forze lavoro (55,9%) vi sono 109.900 pensionati (22,5%), 41.485 studenti (8,4%), 80.506 casalinghe (16,5%) e 41.519 in altra condizione (8,5%). Nel solo comune di Taranto, su 165.936 residenti di 15 anni e più, le forze lavoro ammontano a 71.373 (43%), con 61.220 persone occupate (36,9%) e 10.153 in cerca di occupazione (6,1%), mentre le non forze lavoro (57%) comprendono 36.407 pensionati/e (21,9%), 13.523 studenti e studentesse (8,1%), 30.866 casalinghe (18,6%) e 13.746 in altra condizione (8,3%). Per la popolazione di 65 anni e più, nella provincia risultano 8.009 forze lavoro, di cui 7.807 occupati, e 129.124 non forze lavoro, di cui 97.189 persone pensionate (11).

Per quanto riguarda il livello di istruzione (popolazione di 9 anni e più), nella provincia di Taranto su 520.366 persone, 26.705 (5,1%) risultano privi di titolo di studio (di questi 3.691 analfabeti), 84.938 (16,3%) hanno la licenza elementare, 171.555 (33,0%) licenza media inferiore, 173.387 (33,3%) diploma di istruzione secondaria di II grado o qualifica professionale, 63.781 (12,3%) diploma di tecnico superiore o titolo di studio terziario. Nel comune di Taranto su 176.435 residenti di 9 anni e più, 7.749 (4,4%) sono senza titolo di studio (di questi 952 analfabeti), 26.570 (15,1%) licenza elementare, 55.281 (31,3%) licenza media inferiore, 62.134 (35,2%) diploma di istruzione secondaria di II grado o qualifica professionale, 24.701 (14,0%) diploma di tecnico superiore o titolo di studio terziario. Complessivamente, il livello di istruzione risulta leggermente superiore nel comune rispetto alla media provinciale (11).

Tabella 1. Popolazione della provincia di Taranto per comune, sesso, fasce d'età e distretti sociosanitari. Project work 4 - Master Puglia, 2024

Comune	Pop. Tot	Maschi	Femmine	Fascia di età in anni				% pop. in anni 65 e più	IVMS (2011)	anziani soli %	Indice vecchiaia	
				0-14	15-64	65-74	75 e più					
Distretto Unico												
Taranto	186798	89657	97141	21637	116150	23909	25102	49011	26,2	101,0	27,4	226,5
Distretto TA01 Ginosa												
Ginosa	21783	10939	10844	2624	14137	2522	2500	5022	23,0	99,6	27,6	191,4
Castellaneta	16100	7883	8217	1702	10172	2116	2110	4226	26,3	99,6	27,2	248,3
Laterza	14753	7253	7500	1981	9334	1722	1716	3438	23,3	100,1	27,1	173,5
Palagianello	7542	3667	3875	950	4835	937	820	1757	23,3	99,7	24,2	184,9
Tot TA01	60178	29742	30436	7257	38478	7297	7146	14443	24,0			199,1
Distretto TA02 Massafra												
Massafra	31949	15878	16071	4050	20879	3693	3327	7020	22,0	99,9	22,4	173,3
Mottola	15225	7416	7809	1718	9582	1940	1985	3925	25,8	99,0	25,7	228,5
Palagiano	15726	7885	7841	2041	10154	1840	1691	3531	22,4	99,4	21,7	173,0
Statte	12800	6204	6596	1616	7959	1549	1676	3225	25,2	100,8	17,4	199,6
Tot TA02	75700	37383	38317	9425	48574	9022	8679	17701	23,4			187,8
Distretto TA05 Martina Franca												
Martina Franca	46858	22645	24213	5373	29674	5679	6132	11811	25,2	99,7	27,2	219,8
Crispiano	13033	6434	6599	1703	8121	1622	1587	3209	24,6	99,3	24,7	188,4
Tot TA05	59891	29079	30812	7076	37795	7301	7719	15020	25,1			212,3

Comune	Pop. Tot	Maschi	Femmine	Fascia di età in anni			% pop. in anni 65 e più	IVMS (2011)	anziani soli %	Indice vecchiaia		
				0-14	15-64	65-74					75 e più	65 e più
Distretto TA06 Grottaglie												
Grottaglie	30454	14723	15731	3655	19507	3762	3530	7292	23,9	99,4	23,4	199,5
Carosino	6532	3202	3330	877	4238	668	749	1417	21,7	98,5	25,4	161,6
Faggiano	3389	1674	1715	411	2168	419	391	810	23,9	100,0	20,7	197,1
Leporano	8234	4152	4082	1077	5375	961	821	1782	21,6	98,2	27,4	165,5
Monteiasi	5277	2548	2729	635	3377	662	603	1265	24,0	98,2	24,5	199,2
Montemesola	3513	1711	1802	397	2116	518	482	1000	28,5	100,5	25,8	251,9
Monteparano	2295	1115	1180	278	1404	320	293	613	26,7	99,1	23,0	220,5
Pulsano	11182	5536	5646	1376	7091	1330	1385	2715	24,3	100,1	26,8	197,3
Roccaforzata	1764	861	903	213	1122	228	201	429	24,3	98,9	25,9	201,4
S. Giorgio Ionico	14071	6791	7280	1700	8889	1706	1776	3482	24,7	99,0	22,3	204,8
San Marzano di San Giuseppe	8868	4437	4431	1160	5877	973	858	1831	20,6	100,4	23,7	157,8
Tot TA06	95579	46750	48829	11779	61164	11547	11089	22636	23,7			192,2
Distretto TA07 Manduria												
Manduria	29773	14499	15274	3290	18665	3829	3989	7818	26,2	100,1	26,3	237,6
Avetrana	6199	2984	3215	619	3770	906	904	1810	29,2	100,1	25,1	292,4
Fragagnano	4948	2381	2567	570	3018	612	748	1360	27,5	99,6	23,9	238,6
Lizzano	9527	4658	4869	1108	6090	1256	1073	2329	24,4	100,9	24,2	210,2
Maruggio	5234	2619	2615	515	3189	751	779	1530	29,2	100,5	26,9	297,1
Sava	15223	7398	7825	1871	9376	1966	2010	3976	26,1	100,7	26,5	212,5
Torriceila	4120	2058	2062	417	2591	524	588	1112	27,0	100,5	22,3	266,7
Tot TA07	75024	36597	38427	8390	46699	9844	10091	19935	26,6			237,6
Totale	553170	269208	283962	65564	348860	68920	69826	138746	25,1			211,6

(Fonte: portale 8milaCensus di ISTAT)

Osservando la popolazione di 65 anni e più, nella provincia di Taranto su 137.133 soggetti, 14.226 (10,4%) non ha nessun titolo di studio, 51.151 (37,3%) licenza elementare, 35.662 (26,0%) media inferiore, 26.779 (19,5%) diploma di istruzione secondaria di II grado o qualifica professionale, 9.315 (6,8%) diploma di tecnico superiore o titolo di studio terziario di primo o secondo livello e/o dottorato di ricerca. Si osserva quindi nella popolazione anziana un livello medio di istruzione inferiore a quello della popolazione generale (11).

Per la valutazione dello stato di salute della popolazione 65-74enne di nostro interesse sono stati presi in considerazione i dati della sorveglianza PASSI d'Argento della Regione Puglia (biennio 2022-2023 sul sito web Epicentro, il portale dell'epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità, all'indirizzo <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento>), relativi a condizioni rilevanti per la salute pubblica e a fattori di rischio, disponibili su Epicentro, il portale dell'epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità, di seguito sintetizzati:

– *Isolamento sociale*

Per stimare il rischio di isolamento sociale fra le persone ultrasessantacinquenni, la sorveglianza PASSI d'Argento fa riferimento sia alla frequentazione di punti di incontro e aggregazione (come il centro anziani, la parrocchia, i circoli o le associazioni culturali o politiche) che il solo fare quattro chiacchiere con altre persone e si considera rischio di isolamento sociale la persona che in una settimana normale non ha svolto nessuna di queste attività. Il dato pugliese risulta essere nettamente peggiore, 23,8%, rispetto alla media nazionale del 15,3%.

– *Cadute*

Il problema delle cadute nell'anziano è particolarmente rilevante non solo per la frequenza e la gravità degli esiti nel caso di fratture, ma anche per le conseguenze sul benessere psico-fisico della persona, perché anche la sola insicurezza legata alla paura di cadere può limitare notevolmente lo svolgimento delle attività della vita quotidiana, come ampiamente riportato in molti lavori di letteratura scientifica (12). La popolazione pugliese over 65 dichiara di essere caduta nei 30 giorni precedenti l'intervista in una percentuale del 6,1%. Di queste cadute, il 71% è avvenuto in casa.

– *Patologie croniche*

Le patologie cronico-degenerative rappresentano oggi le principali cause di morte, morbilità e di perdita di anni di vita in buona salute e sono spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo, imponendo anche un cambiamento profondo dello scenario di cura e della presa in carico della persona (13, 14). L'analisi temporale della prevalenza di patologie croniche fino al 2019 mostra una tendenza all'aumento imputabile, con molta probabilità, al progressivo invecchiamento della popolazione; tuttavia, nel 2020 c'è stata un'inversione di tendenza e si è ridotta la quota di persone fra le persone intervistate che riferiscono diagnosi di patologie croniche, passando dal 62% del 2019 a meno del 59% del 2023.

La Puglia, dai dati di PASSI d'Argento per il biennio 2022-23, mostra una condizione migliore rispetto all'Italia: il 46,7% dichiara infatti di non essere affetto da alcuna patologia cronica rispetto al 41,1% in Italia; il 53,3% ha almeno una patologia cronica e il 17,7% due o più patologie, contro rispettivamente il 58,9 e il 23,5 della media nazionale.

– *Consumo di alcol e abitudine al fumo*

Il consumo a rischio di alcol nella popolazione pugliese è del 13,4% contro il 17,4% della popolazione italiana. Anche per quel che concerne l'abitudine al fumo, il dato pugliese mostra valori positivi rispetto all'Italia: 7,7% contro il 10,4%.

– *Consumo di frutta e verdura*

In Italia, nel biennio 2022-2023, il consumo medio giornaliero di frutta e verdura fra le persone over 65 non ha raggiunto la quantità indicata dalle linee guida per una corretta alimentazione. Infatti, tra gli intervistati, il 47% ha dichiarato di consumare 1-2 porzioni quotidiane di frutta o verdura, il 42,3% di consumare 3-4 e solo il 9,2% di raggiungere le 5 porzioni al giorno (*five a day*) raccomandate. Disaggregando i dati per ripartizione geografica, è evidente il gradiente Nord-Sud. Si passa dal 59% di persone di 65 anni e più residenti al Nord Italia che consumano almeno tre porzioni di frutta e verdura al giorno, al 57% nelle Regioni del Centro e al 44% del Sud. In particolare, in Puglia il 56,3% riferisce di consumare 1-2 porzioni di frutta e verdura al giorno, il 37,1% 3-4 porzioni e solo il 5,5% 5 o più porzioni.

– *Sovrappeso e obesità*

Sono valutati tramite l'indice di massa corporea (*Body Mass Index*, BMI) che definisce il sovrappeso un BMI compreso fra 25 e 29,9 e l'obesità un BMI ≥ 30 . I dati pugliesi risultano superiori alla media nazionale sia per il sovrappeso (45,2%) che per l'obesità (16,4%).

– *Attività fisica*

PASSI d'Argento consente di valutare l'attività fisica negli ultra 64enni attraverso uno strumento specifico, il PASE "Physical Activity Scale for Elderly". Il PASE (15) è uno strumento validato a livello internazionale e specifico per la popolazione anziana, che consente di "quantificare" i livelli di attività fisica raggiunti dalle persone di 65 anni e più considerando le attività comunemente svolte (come passeggiare, fare giardinaggio, curare l'orto, fare attività domestiche o piccole riparazioni e/o prendersi cura di altre persone) senza enfatizzare le sole attività sportive o ricreative, che pure vengono prese in considerazione. Per ogni intervistato il PASE restituisce un punteggio numerico che tiene conto del tipo di attività svolta nei 7 giorni precedenti l'intervista, della sua intensità e del tempo dedicatovi. A valori elevati di PASE corrispondono elevati livelli di attività fisica. Nella popolazione pugliese il punteggio PASE risulta globalmente inferiore a quello nazionale nei dati relativi al periodo 2022-2023, con un valore di 81,2 rispetto a 94,3; in particolare è inferiore per quanto riguarda le attività di svago e domestiche, mentre risulta superiore a quello nazionale per le attività lavorative, come evidenziato nella Tabella 2.

Tabella 2. Punteggio PASE della popolazione over 64 anni. Dati di confronto tra Regione Puglia e Italia. Anni 2022-2023. Project work 4 - Master Puglia, 2024

Punteggio medio	Regione (n. 853)		Italia (n. 22157)	
	punteggio	IC95%	punteggio	IC95%
PASE	81,2	77,4-85,0	94,3	93,3-95,3
PASE attività di svago	19,1	17,4-20,8	21,9	21,3-22,4
PASE attività domestiche	70,7	68,1-73,3	79,8	79,1-80,5
PASE attività lavorative	86,2	63,8-108,5	72,9	67,8-78,0

(Fonte: Epicentro, il portale dell'epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità. *La Sorveglianza PASSI d'Argento 2022-2023. Dati Regione Puglia. 2024*)

In PASSI d'Argento viene individuato convenzionalmente il 40° percentile dei punteggi PASE, pari al valore 76, quale "valore soglia" sotto cui considerare i livelli di attività fisica insufficienti o comunque migliorabili. Questo valore soglia è stato finora considerato per distinguere le persone sedentarie dal resto della popolazione, considerando sedentarie le persone che non raggiungono tale punteggio. Nella Regione Puglia la percentuale di persone sedentarie è

del 50,5%, decisamente superiore rispetto al valore nazionale di 39,3%, così come risulta invece inferiore a quella nazionale la percentuale di soggetti parzialmente o completamente attivi, con un dato del 49,5% rispetto al 60,7%. Anche questi dati sono evidenziati nella Tabella 3.

Tabella 3. Attività fisica della popolazione over 64 anni. Dati di confronto tra Regione Puglia e Italia. Anni 2022-2023. Project work 4 - Master Puglia, 2024

Attività fisica	Regione (n. 853)		Italia (n. 22157)	
	punteggio	IC95%	punteggio	IC95%
Sedentario	50,5	46,9-54,2	39,3	38,4-40,3
Parzialmente o completamente attivo	49,5	45,8-53,1	60,7	59,7-61,6

(Fonte: Epicentro, il portale dell'epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità. *La Sorveglianza PASSI d'Argento 2022-2023. Dati Regione Puglia. 2024*)

Le evidenze scientifiche dimostrano che fare attività fisica regolarmente aiuta a invecchiare bene: aumenta la resistenza dell'organismo, rallenta l'involuzione dell'apparato muscolo-scheletrico e di quello cardiovascolare e anche le capacità psico-intellettuali ne traggono giovamento (16, 17, 18).

Considerando quindi il significativo invecchiamento della popolazione della provincia di Taranto nell'ultimo decennio, come emerge dagli indicatori demografici soprariportati e la percentuale di soggetti sedentari e/o che sono solo parzialmente o non sono attivi decisamente superiore a quella nazionale, emerge la necessità di un intervento che agisca per modificare lo stile di vita di questa fascia d'età della popolazione, anche in considerazione della percentuale di soggetti sovrappeso e obesi e al rischio di incremento di malattie croniche legate a questi fattori di rischio.

Analisi dei gruppi di interesse e strategie di coinvolgimento

L'analisi dei gruppi di interesse mette in evidenza la necessità di un approccio integrato e intersettoriale, in grado di coinvolgere in modo strutturato i diversi attori che operano sul territorio. I principali gruppi di interesse includono i servizi sanitari territoriali e di prevenzione, il personale dei Comuni e degli Enti locali, personale Medico di Medicina Generale, il terzo settore e le associazioni di promozione sociale, nonché le persone anziane stesse e le loro reti familiari e comunitarie. La Tabella 4 descrive i principali soggetti stakeholder del progetto, classificati secondo due dimensioni: livello di interesse verso il progetto e grado di importanza/influenza sul suo successo.

Il coinvolgimento attivo di tali soggetti risulta essenziale per garantire interventi coerenti con i bisogni reali della popolazione over 65, in particolare in relazione alla promozione dell'attività fisica, alla prevenzione dell'isolamento sociale e al mantenimento dell'autonomia funzionale. Le strategie di coinvolgimento si basano su metodologie partecipative, quali tavoli di confronto e momenti di consultazione, finalizzate a favorire la co-progettazione delle azioni, il rafforzamento delle reti locali e l'integrazione tra ambito sanitario, sociale e comunitario. Tale impostazione consente di migliorare l'equità di accesso agli interventi e di rafforzare la sostenibilità delle azioni di promozione dell'invecchiamento attivo nel medio-lungo periodo.

Tabella 4. Matrice di coinvolgimento dei gruppi di interesse. *Project work 4 - Master Puglia, 2024*

Interesse per il progetto	Importanza per il progetto	
	ALTA	BASSA
ALTO	<p style="text-align: center;">+</p> Servizi Sanitari territoriali (Dipartimento di Prevenzione, Distretti, Case della Comunità) Associazioni di promozione sociale e volontariato Famiglie e caregiver Persone over 65	-
BASSO	<p style="text-align: center;">+</p> Medicina generale Comuni Enti locali Strutture sportive e ricreative Regione / ASL	- Cooperative sociali

Profilo di equità

Per comprendere la condizione delle persone over 65 bisogna tenere in considerazione i diversi fattori che possono influenzare i vari indicatori, come il genere, l'età, il luogo in cui vivono, la cittadinanza, il livello di istruzione, le condizioni economiche, abitative e lavorative, le situazioni di fragilità sociale o materiale.

Dai dati ricavati dalla Sorveglianza PASSI d'Argento, l'attività fisica, misurata con il punteggio PASE, si riduce significativamente con l'aumentare dell'età, è inferiore fra le donne, tra coloro che hanno molte difficoltà economiche, tra chi ha un livello di istruzione basso, fra chi vive solo e chi risiede nelle Regioni meridionali. Analogamente il numero di sedentari cresce al crescere dell'età, è maggiore fra le donne, tra coloro che hanno molte difficoltà economiche, un basso livello di istruzione chi vive solo. Le cadute sono più frequenti con l'avanzare dell'età, fra le donne e fra le persone con molte difficoltà economiche. La presenza di due o più patologie croniche è più frequente al crescere dell'età e tra le persone con status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche o bassa istruzione.

Come emerso dagli interventi del *Focus group*, non possiamo considerare l'attività fisica con le sue ripercussioni positive sullo stato di salute senza considerare anche gli aspetti psicologici e sociali, ai quali è strettamente legata. L'isolamento sociale può incidere notevolmente sulla qualità della vita; ancora dalla Sorveglianza PASSI d'Argento nel biennio 2021-2022, il 16% delle persone intervistate dichiara che, nel corso di una settimana normale, non ha avuto contatti, neppure telefonici, con altre persone e ben il 76% riferisce di non aver frequentato alcun punto di aggregazione; complessivamente il 15% delle persone intervistate riferisce di non aver fatto né l'una né l'altra e di fatto ha vissuto in una condizione di isolamento sociale. Questa condizione, non mostra significative differenze di genere, ma è più frequente fra gli ultra 85enni, tra chi ha un basso livello di istruzione e maggiori difficoltà economiche e fra i residenti nel Regioni meridionali. Inoltre, 10 ultra 65enni su 100 soffrono di sintomi depressivi; fra queste persone, oltre alla salute psicologica, anche quella fisica risulta decisamente compromessa. I sintomi depressivi sono più frequenti all'avanzare dell'età, nella popolazione femminile, tra le classi

socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche o per bassa istruzione, tra chi vive solo e fra le persone con diagnosi di patologia cronica.

La fragilità, sebbene non esista una definizione univoca, è una condizione della persona anziana che si associa a una maggiore vulnerabilità, sia in termini di salute complessiva, sia in termini di perdita funzionale nella sfera fisica, psichica e sociale. In PASSI d'Argento si definisce persona anziana fragile la persona non disabile, ossia autonoma in tutte le ADL (*Activities of Daily Living*), ma non autonoma nello svolgimento di due o più funzioni complesse (IADL - *Instrumental Activities of Daily Living*, come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono). Dai dati di PASSI d'Argento 2021-2022 risultano fragili circa 17 persone su 100. Ancora dai dati di PASSI d'Argento la fragilità è una condizione senza differenze significative tra uomini e donne, ma che cresce progressivamente con l'età (riguarda il 9% dei 65-74enni e raggiunge il 34% fra gli ultra 85enni); è associata allo svantaggio socio-economico (aumenta fino al 25% fra le persone con molte difficoltà economiche contro il 13% tra chi non ne riferisce) e al basso tasso d'istruzione (25% fra chi ha un basso tasso d'istruzione contro il 12% fra chi ha un livello di istruzione alto). Esiste un gradiente Nord-Sud della fragilità a sfavore delle Regioni meridionali (23% nel Sud contro 15% nel Centro e 11% nel Nord). In Puglia la percentuale di anziani fragili è simile, ma inferiore alla media nazionale. L'attività fisica potrebbe avere un effetto protettivo rispetto alla fragilità, come messo in luce da diverse ricerche.

Con questi dati, ricavati principalmente dall'analisi della Sorveglianza PASSI d'Argento, è possibile realizzare un profilo d'equità dal quale si evidenzia come l'avanzare dell'età e le difficoltà economiche esponano a un maggior rischio rispetto a tutti gli indicatori esaminati; inoltre, il genere femminile è maggiormente esposto a rischio di cadute, sedentarietà e depressione, come chi vive solo e chi ha un basso livello d'istruzione (eccetto il rischio di cadute). La discussione del *Focus group* ha fatto emergere anch'essa come il livello culturale sia un fattore che agisce sulla salute, così come la disgregazione delle famiglie e la condizione di vivere soli esponano a una condizione di minor benessere, ma ha anche sottolineato il ruolo protettivo che possono rappresentare i rapporti umani con i vicini di casa, la comunità di quartiere e le giovani generazioni, come per esempio i nipoti e le nipoti. Questo profilo può essere schematizzato nella Tabella 5. Dalla Tabella 1 possiamo anche evidenziare i comuni e i quartieri dei diversi distretti con un più alto indice di vecchiaia e un più alto indice di vulnerabilità sociale e materiale.

Tabella 5. Profilo di equità. Project work 4 - Master Puglia, 2024

Indicatore	Genere (femminile)	Geografia (Regioni del sud)	Età (età avanzata)	Istruzione (livello alto)	Condizione socio- economica (difficoltà economiche)	Condizione abitativa (vivere soli)
Attività fisica insufficiente	●	●	●	●	●	●
Sedentarietà	●	●	●	●	●	●
Cadute	●	●	●	●	●	●
Malattie croniche	●	●	●	●	●	●
Depressione	●	●	●	●	●	●
Isolamento sociale	●	●	●	●	●	●
Fragilità	●	●	●	●	●	●

● Peggiora / Aumenta l'indicatore ● Non ci sono elementi che facciano propendere per uno svantaggio
● Migliora / Riduce l'indicatore

Identificazione dei gruppi e persone beneficiarie

I beneficiari sono le persone residenti nella provincia di Taranto di età compresa tra i 65 e i 74 anni che non svolgono sufficiente attività fisica.

Nel costruire il progetto si rivolge particolare attenzione a coloro che hanno difficoltà economiche, basso titolo di studio, che vivono soli e alle donne; dai dati demografici raccolti nell'analisi di contesto, emerge che nella popolazione anziana vi è una percentuale maggiore di persone con queste caratteristiche.

Indagine qualitativa con *Focus group* per l'analisi condivisa del contesto

Di seguito vengono presentati i risultati del *Focus group*, condotto nell'ambito dell'analisi del contesto. Questo strumento è stato impiegato per definire, già nella fase preliminare dello studio, una metodologia partecipativa adatta alla popolazione target, fondamentale per esplorare in maniera accurata i bisogni della popolazione e per guidare con precisione le attività e gli interventi proposti nell'ambito di un progetto di promozione della salute.

Al tavolo di lavoro del *Focus group* sono stati invitati n. 8 partecipanti, di cui quattro uomini e quattro donne, di età compresa tra 40 e 65 anni, in particolare: un MMG dell'ASL TA, l'Assessore ai Servizi Sociali del Comune di Taranto, la direttrice dell'Università dell'Età Libera di Taranto, il parroco della Chiesa Santo Egidio di Tramontone-Taranto e, infine, i rappresentanti dell'ASD (Associazione Sportiva Dilettantistica) Giocos di Taranto, dell'SPI CGIL (Sindacato Pensionati Italiani, Confederazione Generale Italiana del Lavoro) Taranto, dell'Associazione Autogestione Servizi (Auser) di Taranto e della Società "Sport e Salute" di Taranto. Il *Focus group* è stato condotto dalla Dott.ssa Carmela Russo, dirigente medico del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Taranto, coadiuvata dalla Dott.ssa Sabrina Liuzzi, dietista del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) ASL TA, nel ruolo di facilitatrice. L'incontro è durato 1 ora e 30 minuti ed è stato videoregistrato, previa raccolta dei consensi informati di ciascun partecipante.

Le persone in qualità di stakeholder invitate al *Focus group* sono stati tutti presenti, ad eccezione del parroco. Dalla discussione emersa nel *Focus group*, la salute nella popolazione over 65 viene prevalentemente intesa come condizione di benessere globale, con particolare enfasi sulla dimensione mentale e relazionale in una fascia di età percepita come fragile e a rischio di isolamento sociale. La necessità di momenti di socialità emerge come elemento centrale per contrastare solitudine e disagio psicologico. L'attività fisica è unanimemente riconosciuta come determinante di salute, non solo per i benefici funzionali, ma anche per il suo ruolo sociale, aggregativo e di promozione del benessere psico-emotivo, mentre la malattia viene associata a una limitazione della libertà e della qualità della vita.

L'adesione agli interventi di promozione dell'attività fisica risulta fortemente influenzata dalla motivazione individuale ed è favorita da iniziative di gruppo orientate alla socializzazione, mentre appare meno efficace un approccio centrato esclusivamente sulla modifica degli stili di vita. Emergono differenze territoriali tra contesto urbano e aree periferiche o rurali, caratterizzate da maggiore isolamento sociale, frammentazione della rete comunitaria e diffidenza verso i servizi.

Tra i principali ostacoli alla pratica dell'attività fisica vengono segnalati la carenza di spazi accessibili, le barriere architettoniche, le difficoltà di trasporto e la mancanza di un'offerta strutturata e adattata all'età. Le persone partecipanti sottolineano la necessità di interventi continuativi, monitorati da personale qualificato, equi e inclusivi, nonché l'importanza di una comunicazione efficace e del coinvolgimento attivo dei Medici di Medicina Generale.

Infine, viene evidenziato il valore dell'integrazione tra servizi sanitari, sociali e comunitari e della partecipazione attiva della comunità nella progettazione degli interventi, individuando nelle Case della Comunità un possibile snodo per la promozione della salute globale degli over 65.

Proposta di progetto di promozione della salute

Beneficio atteso, obiettivi e azioni previste

La fragilità è una condizione che può essere efficacemente contrastata dall'attività fisica. È dimostrato che gli esercizi finalizzati al rinforzo muscolare, al miglioramento dell'equilibrio, al recupero della flessibilità, al miglioramento della deambulazione e al training aerobico possono contrastare i meccanismi fisiopatologici della sarcopenia e migliorare la funzione fisica del paziente pre-fragile e fragile, rendendo anche possibile la reversibilità di tale condizione. L'attività fisica ha un effetto benefico anche sulle funzioni cognitive. Il cammino associato a un compito cognitivo (*dual task*) può migliorare le performance globali cognitive della persona anziana fragile. Numerose sono le raccomandazioni secondo le quali l'attività fisica e l'esercizio fisico (una forma di attività fisica pianificata, strutturata e ripetitiva) rappresentino elementi utili per preservare la funzione cognitiva sia in persone anziane con performance cognitive normali che con deficit cognitivo lieve o demenza.

Obiettivo generale

L'obiettivo atteso è quello di aumentare la resilienza delle persone ultra64enni promuovendone l'attività fisica.

Obiettivo specifico

Considerando la popolazione residente a Taranto e provincia di età compresa tra i 65 e i 74, l'obiettivo specifico del progetto è portare ad almeno il 5% delle persone ultra64enni a praticare attività fisica regolare nell'arco temporale di due anni, entro il 2027.

Obiettivi intermedi

Il progetto prevede la realizzazione di una serie di azioni intermedie integrate, finalizzate alla promozione dell'attività fisica e al miglioramento del benessere nella popolazione target, attraverso interventi di comunicazione, organizzazione territoriale e collaborazione con le amministrazioni locali. In tale prospettiva, gli obiettivi intermedi sono:

- sviluppare e implementare campagne di comunicazione mirate a sensibilizzare e informare la popolazione target di età compresa tra 65 e 74 anni sui benefici dell'attività fisica, utilizzando vari canali e supporti mediatici per massimizzare la portata e l'impatto;
- istituire un gruppo di cammino pilota nel target di età specificato, progettando incontri regolari e supervisionati per promuovere l'attività fisica e monitorare l'adesione e i risultati in termini di salute e benessere sociale;
- mappatura di spazi comunali per attività fisica collaborare con le amministrazioni comunali per identificare e catalogare locali e spazi pubblici adeguati e accessibili, destinati allo svolgimento di attività fisiche o sportive per la popolazione di età compresa tra 65 e 74 anni;
- pianificare, in accordo con il comune, agevolazioni economiche che promuovano l'accesso agli spazi sportivi comunali per la popolazione anziana tra i 65 e i 74 anni, incentivando la partecipazione a programmi di attività fisica.

Azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi

Di seguito si riporta l'articolazione delle azioni previste per ciascun obiettivo intermedio, finalizzate all'implementazione degli interventi di promozione dell'attività fisica nella popolazione target e al rafforzamento delle opportunità di accesso a programmi e servizi dedicati.

– *Obiettivo intermedio 1*

Le persone ultra64enni sono informate dei benefici e delle opportunità della/per l'attività fisica

- 1.1. Produzione di contenuti informativi, come opuscoli e video, che illustrano i vantaggi dell'attività fisica per le persone anziane, da distribuire nei centri sanitari, farmacie, e luoghi di ritrovo comunali.
- 1.2. Campagne sui media digitali, attraverso canali digitali ufficiali della ASL, come il sito web e le pagine social, per pubblicare articoli, testimonianze e video motivazionali che incoraggino le persone anziane a mantenersi attive.
- 1.3. Organizzazione di eventi come workshop e giornate della salute, in cui le persone che nel settore sanitario parlano direttamente con le persone anziane e i loro familiari sui benefici dell'attività fisica regolare.

– *Obiettivo intermedio 2*

Sono istituiti gruppi di cammino pilota in ogni distretto sociosanitario della ASL di Taranto

- 2.1. Reclutamento e formazione di volontari e personale sanitario come leader di gruppo, che guideranno e motiveranno le persone anziane nel programma di cammino.
- 2.2. Ricognizione di gruppi di cammino già esistenti sul territorio ed eventuale loro supporto.
- 2.3. Programmazione di incontri regolari, con attenzione particolare al riscaldamento e al raffreddamento per prevenire infortuni.
- 2.4. Monitoraggio del progresso e feedback periodico per monitorare gli effetti del programma di cammino sulla salute fisica e mentale delle persone partecipanti, adattando il programma in base ai feedback ricevuti.

– *Obiettivo intermedio 3*

Viene effettuata la mappatura di spazi comunali per l'attività fisica

- 3.1. Incontro con il Comune per proporre l'iniziativa.
- 3.2. Identificare e catalogare locali e spazi pubblici adatti all'attività fisica, individuare spazi che possono essere adattati con interventi di riorganizzazione e adeguamento spazi pubblici nei diversi quartieri.
- 3.3. Creazione di un registro accessibile che elenca i luoghi approvati per l'attività fisica, facilitando l'accesso per la popolazione anziana.
- 3.4. Organizzazione di eventi all'interno degli spazi.

– *Obiettivo intermedio 4*

Sono studiate e messe in atto agevolazioni economiche per coloro che vogliono praticare attività fisica

- 4.1. Incontro con il Comune e altri soggetti interessati (Azienda trasporti pubblici, società sportive) per proporre iniziative (convenzioni con palestre e piscine per corsi gratuiti per soggetti anziani fragili, in particolare donne; proposta di accesso gratuito al trasporto pubblico per soggetti anziani per facilitare il raggiungimento di aree dove è possibile camminare e svolgere attività fisica all'aperto).
- 4.2. Individuazione tipologia dei destinatari, modalità di accesso e richiesta.
- 4.3. Monitoraggio del progetto.

Modello teorico del cambiamento

Il progetto si fonda su una teoria del cambiamento di tipo socio-ecologico, secondo la quale l'adozione e il mantenimento dell'attività fisica nella popolazione anziana non dipendono esclusivamente dalla motivazione individuale, ma dalla presenza di condizioni abilitanti a livello informativo, relazionale, ambientale ed economico. Il problema di partenza non è quindi soltanto la sedentarietà, ma l'assenza di un contesto territoriale favorevole che renda l'attività fisica accessibile, sicura, socialmente sostenuta e sostenibile nel tempo.

Le campagne di comunicazione previste dal progetto agiscono sul livello individuale, aumentando la conoscenza dei benefici dell'attività fisica, la percezione di autoefficacia e la motivazione, contrastando al contempo narrazioni scoraggianti o medicalizzanti. Tali azioni rappresentano una condizione necessaria per l'attivazione del cambiamento, ma risultano efficaci solo se integrate con opportunità concrete di pratica.

L'istituzione dei gruppi di cammino risponde a questa esigenza, intervenendo sul livello relazionale e comunitario. La presenza di gruppi strutturati, guidati da figure formate e supportati da un monitoraggio continuo, consente di trasformare l'attività fisica in una pratica sociale regolare, riducendo l'isolamento, aumentando la continuità dell'adesione e migliorando il benessere psicologico oltre a quello fisico.

La mappatura e la valorizzazione degli spazi comunali per l'attività fisica agiscono sul livello ambientale, riducendo le barriere legate alla prossimità, alla sicurezza e alla fruibilità degli spazi. Rendere visibili e accessibili luoghi dedicati all'attività fisica favorisce l'appropriazione comunitaria degli spazi pubblici e amplia le opportunità quotidiane di movimento, in particolare nei contesti urbani più fragili.

Infine, le agevolazioni economiche e di accesso ai servizi sportivi e ai trasporti affrontano le barriere strutturali che limitano la partecipazione delle persone anziane, soprattutto dei soggetti più fragili e delle donne. La rimozione dei vincoli economici e logistici è essenziale per garantire equità e inclusione, evitando che i benefici del progetto siano appannaggio esclusivo dei gruppi più avvantaggiati.

L'integrazione di questi quattro ambiti di intervento genera un ecosistema territoriale favorevole all'attività fisica, in cui informazione, supporto sociale, ambiente e politiche di accesso convergono nel sostenere cambiamenti comportamentali duraturi. Gli *outcome* attesi includono l'aumento dell'attività fisica regolare, la riduzione della sedentarietà, il miglioramento dell'autonomia funzionale e del benessere mentale, nonché il rafforzamento del ruolo attivo delle persone anziane nella vita comunitaria, in coerenza con i principi dell'invecchiamento attivo e della prevenzione di comunità.

Elementi di sostenibilità del progetto

La sostenibilità del progetto di promozione dell'invecchiamento attivo è garantita dall'adozione di un approccio integrato e orientato al rafforzamento delle risorse già presenti sul territorio, evitando la duplicazione degli interventi e favorendo la continuità nel tempo delle azioni attivate. Un elemento centrale è rappresentato dal coinvolgimento strutturato dei servizi sanitari territoriali, dei Comuni e del terzo settore, con particolare riferimento alle Case della Comunità e alle associazioni locali, che consentono di consolidare reti stabili e facilmente adattabili ai bisogni emergenti della popolazione anziana. La sostenibilità organizzativa è ulteriormente rafforzata attraverso la formazione del personale operativo e volontario e il coinvolgimento del personale medico di Medicina Generale, favorendo l'integrazione tra ambito sanitario, sociale e comunitario.

Dal punto di vista economico, il progetto prevede l'integrazione delle attività con misure e programmi già esistenti a livello locale e regionale, in coerenza con il Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione, e l'attivazione di accordi e collaborazioni interistituzionali. Infine, l'adozione di un sistema di monitoraggio con indicatori di processo ed esito, inclusivi di indicatori di equità, consente di valutare l'efficacia degli interventi, orientare eventuali azioni correttive e garantire la trasferibilità del modello in altri contesti territoriali. Nella Tabella 6 viene mostrato il quadro logico relativo all'attuazione degli obiettivi precedentemente illustrati.

Tabella 6. Quadro logico relativo allo sviluppo e implementazione dell'obiettivo specifico. Project work 4 - Master Puglia, 2024

Tipo di obiettivo	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica
Obiettivo specifico	Proporzione di ultra64enni non soggetti a limitazioni fisiche che praticano attività fisica secondo standard WHIO Standard: 2% nel 2026 5% nel 2027	Dati della Sorveglianza PASSI d'Argento per la ASL di Taranto
Obiettivo intermedio 1	Proporzione di ultra64enni che riferisce di essere stata informata Standard: 20% nel 2026 50% nel 2027	Indagine <i>ad hoc</i> Dati PASSI d'Argento sul "consigli ricevuti su attività fisica"
Obiettivo intermedio 2	Numero gruppi di cammino istituito in ogni distretto dell'ASL Standard: almeno 2 nel 2026 almeno 5 nel 2027	Dati del progetto
Obiettivo intermedio 3	Esistenza della mappa condivisa degli spazi comunali esistenti	Dati del progetto
Obiettivo intermedio 4	Convenzioni realizzate con enti/associazioni, palestre per distretto dell'ASL Standard: almeno 2 nel 2026 almeno 5 nel 2027	Dati del progetto

Identificazione responsabilità, risorse e rischi

Le responsabilità saranno condivise mediante una collaborazione efficace tra diverse entità interessate: l'ASL (Dipartimento di Prevenzione, Servizi dei Distretti Sociosanitari), le amministrazioni comunali e le organizzazioni di volontariato locali. Questo approccio multidisciplinare assicura una gestione coordinata ed efficiente delle attività progettuali. Sarà fondamentale rafforzare le risorse umane, sia sanitarie che amministrative, e valutare l'adeguatezza delle infrastrutture esistenti, come i centri sportivi e gli spazi pubblici adatti alle attività fisiche. Inoltre, sarà necessario programmare l'acquisizione di risorse aggiuntive, come attrezzature sportive adatte e formazioni specifiche per il personale coinvolto nel progetto. La Tabella 7 riassume i punti principali di queste tematiche.

La complessità del progetto, che prevede il coinvolgimento di molteplici attori istituzionali e comunitari, richiede un approccio strutturato alla gestione dei rischi, finalizzato a garantire efficacia, sostenibilità ed equità degli interventi. A tal fine, le misure di mitigazione sono state definite in modo coerente con i principi della sanità pubblica territoriale e con l'approccio di promozione della salute basata sulla comunità.

Tabella 7. Identificazione responsabilità, risorse e rischi. *Project work 4 - Master Puglia, 2024*

Obiettivo intermedio	Azioni previste per obiettivo	Responsabili	Risorse	Rischi
O11	1.1 1.2 1.3	MMG, ASL, Comune, associazioni sportive e di anziani, sindacati, parrocchie	Dipartimento di Prevenzione per la produzione del materiale informativo Sedi territoriali di ASL, MMG, farmacie, servizi comunali ed associazioni di volontariato per la distribuzione del materiale e sostenere eventi di sensibilizzazione Ufficio Stampa di ASL per inserimento materiale informativo sul sito ASL e informare su eventi	Disponibilità di fondi per la realizzazione del materiale Rischio di trasmettere messaggi poco efficaci Rischio di non raggiungere in particolare i soggetti più fragili che possono avere più difficoltà a ricevere informazioni e trovarsi in situazione di isolamento sociale o quelli meno motivati
O12	2.1 2.2 2.3 2.4	Oltre al dipartimento di prevenzione, altre figure di ASL o altra appartenenza impegnate nello svolgimento di attività fisica (fisioterapisti/e, istruttori/istruttrici ginnastica)	Necessità di <i>walking leader</i> formati per promuovere i gruppi pilota Coinvolgimento MMG, farmacisti/e, servizi ASL sul territorio per informare / reclutare i/le partecipanti Spazi / percorsi adeguati per attuare il gruppo di cammino nei diversi DSS Accessibilità ai luoghi dove svolgere l'attività dei gruppi di cammino	Carenza di spazi / percorsi adatti a un cammino sicuro e accessibile a tutti Mancanza di informazione sull'esistenza dei gruppi Eventuali costi di partecipazione Distanza dei luoghi di attività dei gruppi dalle abitazioni delle/degli anziani Rischio di non raggiungere in particolare i soggetti più fragili che possono avere più difficoltà a ricevere
O13	3.1 3.2 3.3 3.4	ASL, Comune, associazioni sportive e di anziani, Sindacati, parrocchie	Collaborazione con i servizi comunali per catalogare e adattare spazi pubblici per l'attività fisica Risorse economiche per realizzare progetti di adeguamenti urbanistici degli spazi pubblici	Mancanza di sensibilizzazione e collaborazione da parte dei comuni e altri enti
O14	4.1 4.2 4.3	Regione, Comune, ASL, Associazioni sportive e per anziani, sindacati	Disponibilità di fondi per finanziare i diversi progetti di sostegno all'attività fisica Collaborazione con altre istituzioni per valutare a chi destinare i benefit	Scarsa disponibilità di risorse finanziarie messe a disposizione dei diversi enti Rischio di non raggiungere davvero i soggetti più fragili (profilo di equità)

In via trasversale, il progetto prevede il rafforzamento della *governance* attraverso l'istituzione di un tavolo di coordinamento operativo tra Azienda Sanitaria Locale, amministrazioni comunali e organizzazioni del terzo settore, con il compito di garantire il coordinamento delle azioni, la condivisione delle responsabilità e l'integrazione delle risorse disponibili. Un'attenzione particolare è posta all'approccio di prossimità, al fine di ridurre il rischio di esclusione dei soggetti più fragili, privilegiando il coinvolgimento di attori già radicati nel territorio, quali medici di medicina generale, farmacie, servizi sociali e associazioni locali. Il progetto adotta inoltre una logica di gradualità, prevedendo fasi pilota e adattamenti progressivi basati sul monitoraggio e sul feedback continuo.

Per quanto riguarda le azioni di comunicazione e sensibilizzazione, il principale rischio identificato è la scarsa efficacia dei messaggi e la difficoltà nel raggiungere le persone anziane più isolate o meno motivate. A tal fine, i contenuti informativi saranno co-progettati e testati con rappresentanti della popolazione target e con operatori territoriali, per garantire un linguaggio chiaro, non colpevolizzante e culturalmente appropriato. La diffusione delle informazioni non sarà limitata ai canali digitali, ma integrerà modalità di comunicazione diretta e capillare attraverso servizi sanitari, farmacie, parrocchie, sindacati e associazioni di anziani. Il Dipartimento di Prevenzione garantirà la qualità scientifica dei contenuti, mentre i soggetti territoriali ne assicureranno la diffusione e l'accessibilità.

Nell'implementazione dei gruppi di cammino, i rischi principali riguardano la disponibilità di spazi adeguati, l'accessibilità dei luoghi e la possibile bassa adesione dei soggetti più fragili. Per mitigare tali criticità, è prevista una mappatura preventiva dei percorsi sicuri e facilmente fruibili, in collaborazione con i Comuni e le associazioni locali, con la possibilità di individuare soluzioni alternative in spazi coperti. I gruppi saranno organizzati in modo decentrato, privilegiando contesti di quartiere per ridurre le distanze dalle abitazioni. La partecipazione sarà gratuita e tale aspetto sarà chiaramente comunicato. Un ruolo centrale sarà svolto dai medici di medicina generale, sia nella segnalazione delle persone partecipanti potenzialmente beneficiari sia nel rinforzo motivazionale. I *walking leader* riceveranno una formazione specifica che includerà non solo aspetti tecnici, ma anche competenze relazionali e di inclusione delle fragilità.

Relativamente alla mappatura e alla valorizzazione degli spazi comunali per l'attività fisica, il rischio di una scarsa collaborazione istituzionale sarà affrontato attraverso la formalizzazione di accordi tra ASL e Comuni, che esplicitino i benefici reciproci in termini di salute pubblica, vivibilità urbana e coesione sociale. Il progetto privilegerà interventi a basso costo e ad alto impatto, valorizzando spazi già esistenti e prevedendo adeguamenti minimi, come segnaletica, orari dedicati o piccoli interventi organizzativi. La creazione di un registro accessibile degli spazi e l'organizzazione di eventi pubblici contribuiranno a rendere visibile e legittimare l'uso degli spazi da parte della popolazione anziana, favorendone l'appropriazione comunitaria.

Infine, per quanto riguarda le agevolazioni economiche, i principali rischi identificati sono la limitata disponibilità di risorse finanziarie e la difficoltà nel raggiungere effettivamente i soggetti più fragili. Le misure di mitigazione prevedono la definizione di criteri di accesso semplici e trasparenti, con una chiara priorità alle situazioni di fragilità economica, sociale e di genere. Le agevolazioni saranno integrate, ove possibile, con misure già esistenti a livello comunale o regionale, al fine di evitare duplicazioni e garantire sostenibilità. Saranno inoltre attivati accordi con aziende di trasporto pubblico e strutture sportive secondo una logica di responsabilità sociale condivisa. Il monitoraggio del progetto includerà specifici indicatori di equità, per verificare la reale inclusione dei gruppi target e consentire eventuali correzioni in corso d'opera.

Nel complesso, l'approccio adottato consente di trasformare i rischi identificati in elementi di gestione attiva del progetto, rafforzandone la capacità di produrre cambiamenti sostenibili e riducendo il rischio che i benefici delle azioni di promozione dell'attività fisica siano limitati ai gruppi socialmente più avvantaggiati. La Tabella 8 mostra il cronoprogramma delle attività.

Tabella 8. Cronoprogramma delle attività per mese e anno. *Project work 4 - Master Puglia, 2024*

Attività	2024			2025												2026									
	nov	dic	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago			
O.I.1																									
Attività 1.1																									
Attività 1.2																									
Attività 1.3																									
O.I.2																									
Attività 2.1																									
Attività 2.2																									
Attività 2.3																									
Attività 2.4																									
O.I.3																									
Attività 3.1																									
Attività 3.2																									
Attività 3.3																									
Attività 3.4																									
O.I.4																									
Attività 4.1																									
Attività 4.2																									
Attività 4.3																									

Discussione e conclusioni

Il metodo partecipativo ha rappresentato un elemento centrale nella realizzazione del progetto, consentendo il coinvolgimento attivo di diversi portatori di interesse e favorendo l'emersione di nuove prospettive sul problema, nonché di possibili soluzioni condivise.

Dal *Focus group* è emersa in particolare la necessità di rafforzare la rete sociale delle persone anziane, evidenziando la stretta relazione tra salute fisica e salute mentale e il ruolo fondamentale svolto dalla famiglia, dalla comunità di quartiere e dalle relazioni intergenerazionali. In questo contesto, la promozione dell'attività fisica assume un valore che va oltre la dimensione strettamente sanitaria, contribuendo in modo significativo al contrasto dell'isolamento sociale, fenomeno particolarmente accentuato nelle aree periferiche e tra le donne. In Puglia, secondo i dati della sorveglianza PASSI d'Argento, l'isolamento sociale nelle persone anziane presenta valori superiori alla media nazionale. Il progetto dovrebbe pertanto tenere in considerazione in modo prioritario gli aspetti sociali e culturali connessi all'attività fisica, valorizzando interventi come i gruppi di cammino e le passeggiate culturali.

Per quanto riguarda le modalità di proposta dell'attività fisica, dal confronto sono emerse due visioni principali: da un lato l'attività fisica intesa come tempo libero da svolgere all'aria aperta, dall'altro come attività più strutturata e organizzata. Un ulteriore tema rilevante riguarda la necessità di individuare e creare spazi adeguati, facilmente raggiungibili e idonei a ospitare attività fisica per le persone anziane, sia in ambienti esterni sia in spazi chiusi. Le persone partecipanti hanno inoltre sottolineato l'importanza di una maggiore integrazione tra servizi sociosanitari, associazioni locali e istituzioni, al fine di costruire un contesto territoriale favorevole all'invecchiamento attivo.

Punti di forza, limiti e raccomandazioni per l'implementazione

Dai *Focus group* sono emersi anche diversi punti di forza e limiti, che costituiscono la base di partenza per la progettazione operativa degli interventi di promozione della salute. Tra i punti di forza si evidenziano la forte motivazione dei gruppi di interesse e degli stessi beneficiari, spesso già coinvolti in associazioni che promuovono attività fisica e iniziative culturali rivolte alle persone anziane, nonché la presenza di buone pratiche già attivate in alcuni comuni della provincia. Tra i limiti, invece, si rileva la necessità di una maggiore collaborazione da parte degli enti pubblici (Comuni, Regione e Azienda Sanitaria), chiamati a garantire le risorse finanziarie e umane indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi progettuali. A ciò si aggiungono la carenza di strutture sportive e di spazi aperti adeguatamente attrezzati, la limitata disponibilità di operatori formati e una diffusa sfiducia da parte dei potenziali beneficiari, spesso legata a una scarsa informazione sia sulle iniziative esistenti sia sui benefici dell'attività fisica per la salute.

Un ulteriore elemento critico è rappresentato dalla disomogeneità territoriale, che rende necessario porre particolare attenzione ai temi dell'equità. Il progetto dovrà quindi considerare in modo specifico i gruppi maggiormente a rischio di esclusione, in particolare le donne, le persone anziane con livelli più bassi di istruzione e reddito e coloro che vivono in condizioni di solitudine.

Nel complesso, i risultati evidenziano la necessità di adottare un approccio integrato alla promozione dell'attività fisica e del benessere psicosociale nella popolazione anziana. Il coinvolgimento attivo di tutti i portatori di interesse risulta fondamentale non solo per garantire un'implementazione efficace degli interventi, ma anche per assicurare la sostenibilità nel tempo delle iniziative e la loro reale capacità di rispondere ai bisogni delle persone anziane.

Bibliografia

1. AdminStat. *Mappe, analisi e statistiche sulla popolazione residente Provincia di Taranto*. Modena: UrbiStat S.r.l.; 2023.
2. Istituto Nazionale Previdenza Sociale. *Taranto. Rendiconto sociale provinciale 2024*. Taranto: INPS; 2024.
3. Istituto Nazionale di Statistica. *Demo ISTAT. Demografia in cifre: popolazione residente e variazioni demografiche*. Roma: ISTAT; 2024.
4. Istituto Nazionale di Statistica. *Il censimento permanente della popolazione in Puglia. Anni 2021 e 2023*. Roma: ISTAT; 2021, 2023
5. Istituto Nazionale di Statistica. *Popolazione residente per cittadinanza, sesso e anno - dati provinciali e comunali*. Roma: ISTAT; 2024.
6. Istituto Nazionale di Statistica. *Demo ISTAT. Popolazione residente per età e sesso: serie storiche provinciali e comunali*. Roma: ISTAT; 2024.
7. Mincuzzi A, Bruni A. *Indicatori socio-demografici della popolazione ASL Taranto Anno 2021*. Taranto: ASL Taranto; 2022.
8. Istituto Nazionale di Statistica. *Famiglie e convivenze - popolazione residente per numero di componenti, provincia e comune*. Roma: ISTAT; 2022.
9. Istituto Nazionale di Statistica. *8milaCensus. Indice di vulnerabilità sociale e materiale per comune*. Roma: ISTAT; 2011.
10. Istituto Nazionale di Statistica. *Le misure della vulnerabilità: un'applicazione a diversi ambiti territoriali*. Roma: ISTAT; 2020.
11. Istituto Nazionale di Statistica. *Popolazione residente per età, sesso e condizione professionale. Provincia e comune di Taranto*. Roma: ISTAT; 2022.
12. Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(1):148-57. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x.
13. Horton R. The neglected epidemic of chronic disease. *Lancet*. 2005;366(9496):1514. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67454-5.
14. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;1(1):CD006560. doi: 10.1002/14651858.CD006560.pub4.
15. Washburn RA, Smith KW, Jette AM, Janney CA. The Physical Activity Scale for the Elderly (PASE): development and evaluation. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(2):153-62. doi: 10.1016/0895-4356(93)90053-4.
16. Kalu ME, Bello-Haas VD, Griffin M, Boamah S, Harris J, Zaide M, Rayner D, Khattab N, Abraham S, Richardson TK, Savatteri N, Wang Y, Tkachyk C. Cognitive, psychological and social factors associated with older adults' mobility: a scoping review of self-report and performance-based measures. *Psychogeriatrics*. 2022;22(4):553-573. doi: 10.1111/psyg.12848.
17. Cunningham C, O' Sullivan R, Caserotti P, Tully MA. Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scand J Med Sci Sports*. 2020;30(5):816-827. doi: 10.1111/sms.13616.
18. Izquierdo M, Merchant RA, Morley JE, Anker SD, Aprahamian I, Arai H, Aubertin-Leheudre M, et al. International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. *J Nutr Health Aging*. 2021;25(7):824-853. doi: 10.1007/s12603-021-1665-8.

PROJECT WORK 5

EMPOWERMENT PER LA SALUTOGENESI SUL TERRITORIO: STUDIO DI CASO “CANTINE DUE PALME” DI CELLINO SAN MARCO (BR)

Nicola Mariano Manghisi (a), Filippa Cannito (b), Enza Sabrina Silavan Cannone (c), Pasquale Fina (a), Vitina Girolamo (a), Francesca Mansi (c), Carmela Nanula (d), Maria Anna Tomaselli (a), Alberto Perra (e), Giulia Santolini (e)

(a) Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Locale Brindisi, Brindisi

(b) Presidio Ospedaliero F. Perinei, Azienda Sanitaria Locale Bari, Bari

(c) Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Locale Barletta-Andria-Trani, Andria

(d) Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Locale Bari, Bari

(e) già Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Locale Roma 5, Guidonia Montecelio

Analisi di contesto

Razionale e quadro epidemiologico

L'agricoltura è un ambito critico per la salute e la sicurezza dei lavoratori. Infatti, sebbene l'analisi dei dati relativi agli infortuni in agricoltura nel periodo 2018-2022, presentati nel Periodico statistico Dati INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro), abbia rilevato un trend decrescente, rimane evidente l'esposizione dei lavoratori e delle lavoratrici a molteplici fattori di rischio per la salute, associata prevalentemente a una tipologia di lavoro intenso e usurante, svolto spesso in condizioni ambientali sfavorevoli (1). Oltre ai rischi specifici, è necessario tenere in considerazione anche le peculiarità della popolazione lavorativa agricola che già intrinsecamente rendono questo gruppo di lavoratori e lavoratrici particolarmente vulnerabili (2). Più di un terzo della popolazione lavoratrice agricola, per esempio, si colloca nella fascia d'età over cinquanta e pertanto in questi casi, l'idoneità lavorativa può risultare quindi complicata da patologie croniche proprie dell'invecchiamento (3). Inoltre, la stagionalità delle attività lavorative (4) e il conseguente impiego di agricoltori “stagionali”, spesso stranieri, potrebbero non consentire l'individuazione di tutti i potenziali problemi di salute lavoro correlati nel corso delle visite di sorveglianza sanitaria né tantomeno l'eventuale programmazione di un adeguato follow-up (2).

La Regione Puglia rappresenta un territorio in cui l'agricoltura riveste una notevole importanza socio-economica, testimoniata dalla presenza di 47.823 imprese agricole (circa l'11,9% del totale nazionale) (5). Le evidenze mostrano che le persone che lavorano in ambito agricolo hanno una minore percezione dei rischi per la salute e la sicurezza, bassi tassi di pratiche di salute (come l'attività fisica) e tassi relativamente alti di suicidio (6), nonché un alto rischio per malattie cardiovascolari (7). Sarebbe opportuno quindi, che anche in tali contesti fossero adottate strategie di promozione della salute finalizzate allo sviluppo e al miglioramento dell'*empowerment* del singolo individuo e di gruppo, in un'ottica di consapevolezza e miglioramento dello stato di salute e del benessere individuale e aziendale (8, 9).

Analisi dei gruppi di interesse e strategie di coinvolgimento

Nel contesto del progetto, l'analisi dei gruppi di interesse evidenzia la necessità di un coinvolgimento coordinato dei diversi attori che operano lungo la filiera produttiva e nei sistemi di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici. I principali gruppi di interesse includono i servizi sanitari territoriali e di prevenzione, in particolare i Servizi e i Dipartimenti di Prevenzione, le istituzioni regionali e locali, le organizzazioni professionali agricole, le associazioni di categoria, le imprese agricole, i lavoratori del settore – inclusi quelli stagionali e stranieri – nonché il terzo settore e gli enti del sistema formativo. Le strategie di coinvolgimento sono orientate a favorire il dialogo intersettoriale e la collaborazione tra i diversi livelli istituzionali e produttivi, attraverso tavoli di confronto, attività di informazione e formazione mirate e il rafforzamento delle reti territoriali già esistenti. Particolare attenzione è rivolta al coinvolgimento diretto delle imprese e del personale lavoratore, al fine di promuovere la consapevolezza dei rischi, l'adozione di comportamenti salutari e l'accesso equo alle informazioni e ai servizi di prevenzione. Tale approccio partecipativo consente di migliorare l'efficacia degli interventi, ridurre le disuguaglianze e garantire una maggiore sostenibilità delle azioni di promozione della salute nel settore agricolo. La Tabella 1 riassume la matrice di coinvolgimento dei gruppi di interesse, elaborata sulla base del livello di interesse e della rilevanza strategica per il progetto.

Tabella 1. Matrice di coinvolgimento dei gruppi di interesse. Project work 5 - Master Puglia, 2024

Interesse per il progetto	Importanza per il progetto	
	ALTA	BASSA
ALTO	<p style="text-align: center;">+</p> Dipartimenti e servizi di Prevenzione Organizzazioni professionali agricole e associazioni di categoria Lavoratrici/Lavoratori agricoli Medici competenti e figure della prevenzione Caritas	<p style="text-align: center;">-</p> Terzo settore
BASSO	<p style="text-align: center;">+</p> Regione / Azienda Sanitaria Locale (ASL) Imprese agricole Prefetture territoriali	<p style="text-align: center;">-</p> Enti locali Comuni

Profilo di equità

Alla luce di quanto detto, è stata condotta un'analisi dei bisogni di salute, identificando come popolazione target di intervento il personale dipendente afferente all'azienda agricola "Cantine Due Palme" sita a Cellino San Marco (BR).

In totale il personale dipendente è pari a n. 175, di cui il 59% uomini e il 41% donne. Più della metà delle persone occupate (58%) ha un'età compresa tra i 46 e i 60 anni, il 7% ha più di 60 anni, la restante parte ha meno di 46 anni.

Per quel che concerne i profili professionali, la popolazione lavorativa è così suddivisa: 5% personale direttivo, 15% personale amministrativo e tecnico, 27% personale operaio qualificato,

53% personale operaio generico. Il personale operaio è principalmente impegnato nelle attività di campagna (circa 34%) e di cantina (circa 39%).

La quasi totalità delle persone dipendenti ha un diploma di scuola media superiore (93%), mentre il 7% è in possesso di un diploma di laurea. Il 72% del personale dipendente ha un contratto di tipo determinato/stagionale (12% annuale, 42% trimestrale, 18% determinato di altro tipo), mentre il restante 28% ha un contratto a tempo indeterminato. Il 95% del personale ha un contratto full-time.

Le aree aziendali sono n. 7 (ricerca e sviluppo, amministrazione, produzione, vendita, commerciale/marketing, logistica/magazzino, supporto tecnico e manutenzione) e circa il 73% del personale dipendente è impegnato nel settore manutenzione e supporto tecnico.

Per quanto attiene allo stato di salute del personale, dall'analisi dei dati a disposizione è emerso che le persone sottoposte a sorveglianza sanitaria sono n. 107 di cui n. 68 maschi (64%) e 39 femmine (36%). In particolare, si evidenzia che il personale non fumatore è pari a n. 59 (55,1%), il personale fumatore a n. 45 (42,1%), e il personale ex fumatore a n. 3 (2,8%). I dati relativi all'indice di massa corporea hanno evidenziato come la maggior parte del personale dipendente sia in sovrappeso (n. 44 pari al 41% dei sorvegliati) e che nell'ambito di essi sia maggiormente interessato il sesso maschile (n. 30 pari al 44%) (Tabella 2, Figura 1).

Si è quindi valutato come le caratteristiche individuali e ambientali, quali il genere, i gruppi di età, la geografia, la cittadinanza, il titolo di studio, la condizione socio-economica, abitativa, lavorativa e la vulnerabilità sociale e materiale possano influire sull'indicatore identificato: la vulnerabilità al lavoro usurante.

Il genere è stato identificato come influente sull'indicatore scelto nella popolazione in esame. Nello specifico, le lavoratrici donne nel settore della campagna possono riportare livelli più elevati di affaticamento e di percezione del dolore legato a danni muscoloscheletrici.

Fattore altrettanto rilevante si è dimostrato essere l'età. Il 58% del personale dipendente dell'azienda ha un'età compresa tra i 46 e i 60 anni, come emerso dai dati demografici dell'analisi di contesto. Gli stessi lavoratori in entrambi i *Focus group* hanno indicato l'età e il numero di anni di lavoro come elementi incidenti sulla loro capacità lavorativa e sullo stato di salute dell'apparato muscolo-scheletrico.

Tabella 2. Panoramica Indice di Massa Corporea delle persone partecipanti. Project work 5 - Master Puglia, 2024

IMC	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Sottopeso	0	0	1	3	1	1
Normopeso	17	25	18	46	35	33
Sovrappeso	30	44	14	36	44	41
Obesità I Grado (Lieve)	18	26	6	15	24	22
Obesità II Grado (Moderata)	1	1	0	0	1	1
Obesità III Grado (Grave o Severa)	2	3	0	0	2	2
Totale	68	100,0	39	100	107	100

Obesità di I Grado (Lieve): BMI compreso tra 30,0 e 34,9

Obesità di II Grado (Moderata): BMI compreso tra 35,0 e 39,9

Obesità di III Grado (Grave o Severa): BMI pari o superiore a 40,0

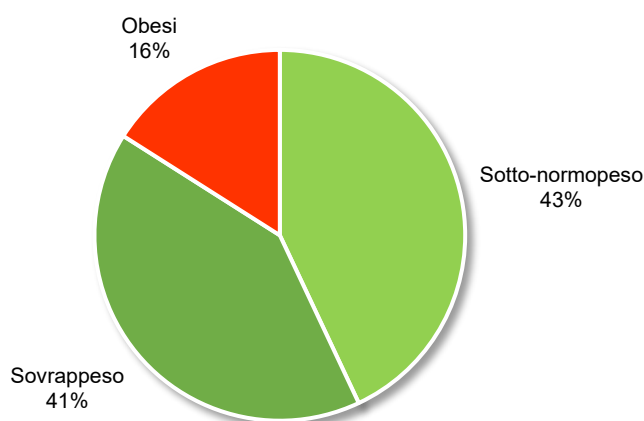


Figura 1. Stato ponderale. Project work 5 - Master Puglia, 2024

Infine, il fattore condizione lavorativa, intesa, per il personale agricolo del settore campagna come esposizione a condizioni climatiche sfavorevoli e per il personale amministrativo come tempi elevati di esposizione ai terminali, ha dimostrato di rappresentare un rischio per la salute psicofisica di maggiore vulnerabilità.

Nella Tabella 3, viene riportato il profilo di equità applicato al presente *Project Work*.

Tabella 3. Profilo di equità. Project work 5 - Master Puglia, 2024

Indicatore	Genere	Geografia	Gruppi età	Cittadina- nanza	Titolo di studio	Condizione socio-economica	Indice vulnerabilità sociale e materiale	Condizione abitativa	Condizione lavorativa
Vulnerabilità al lavoro usurante	●	●	●	●	●	●	●	●	●

● Fattore non determinante ● Fattore poco determinante ● Fattore determinante

Identificazione dei gruppi e persone beneficiarie

Si identificano come gruppi beneficiari dell'intervento da implementare gli operai specializzati di ogni settore (braccianti agricoli, magazzinieri, addetti all'imbottigliamento, amministrativi, ecc.), in particolare le donne del settore campagna e i lavoratori con un'età maggiore di 50 anni esposti a condizioni lavorative particolarmente sfavorevoli (clima, esposizione a terminali).

Proposta di progetto di promozione della salute

La presente proposta di progetto si colloca nell'ambito delle strategie di promozione della salute e prevenzione, con l'obiettivo di contribuire al miglioramento del benessere della popolazione attraverso interventi mirati, sostenibili e basati sull'evidenza. In coerenza con gli

indirizzi del Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione, il progetto adotta un approccio intersettoriale e partecipativo, volto a integrare il contributo dei servizi sanitari, delle istituzioni locali e delle risorse della comunità. L'iniziativa si fonda sull'analisi dei bisogni di salute e dei determinanti che influenzano i comportamenti e le condizioni di vita della popolazione target, con particolare attenzione alla riduzione delle disuguaglianze e al rafforzamento dei fattori protettivi. Le azioni proposte mirano a promuovere contesti favorevoli alla salute e a sostenere l'*empowerment* individuale e collettivo, garantendo al contempo coerenza con la programmazione territoriale e sostenibilità nel medio-lungo periodo.

Nel mese di giugno è stato realizzato un primo incontro con le figure apicali aziendali, finalizzato a una breve presentazione dell'iniziativa e delle fasi di realizzazione della stessa. Successivamente, al fine di comprendere meglio i bisogni di salute del personale afferente all'azienda, nel mese di luglio è stata condotta una analisi di tipo qualitativo. Nello specifico, sono stati individuati le figure stakeholder dell'azienda e con essi sono stati realizzati n. 2 *Focus group*: uno con n. 13 braccianti agricoli e l'altro con n. 11 dipendenti aventi mansioni amministrative.

Il *Focus group* è il metodo partecipativo per eccellenza secondo i criteri di *Evidence Based Medicine* (EBM). La tecnica consiste in una discussione all'interno di un gruppo di persone omogeneo per caratteristiche sociali e culturali. Il conduttore del focus, affiancato da un osservatore, presenta delle tracce con lo scopo di approfondire una tematica. L'elevata quantità e qualità di idee prodotte consente di esplorare e approfondire l'argomento in maniera esaustiva. Sono state condotte, altresì, delle interviste in profondità e strutturate con risposte aperte, rivolte rispettivamente al presidente uscente, alla presidente e al direttore agronomico.

Per ciò che concerne i *Focus group* e le interviste sono state affrontate le seguenti tematiche:

1. percezione del concetto "stare bene in salute";
1. identificazione dei problemi di salute, anche in relazione all'attività lavorativa;
2. fattori predisponenti e/o contrastanti i problemi di salute percepiti;
3. identificazione di iniziative aziendali attuate e favorevoli il benessere psico-fisico del personale dipendente;
4. proposte di iniziative aziendali future volte a migliorare lo stato di salute del personale dipendente.

Infine, si è proceduto alla trascrizione e successiva codifica di quanto emerso durante i *Focus group* e le interviste, indispensabile per l'analisi congiunta dei problemi, l'identificazione e la programmazione di azioni condivise di promozione della salute.

Risultati

L'analisi qualitativa dei dati emersi dai *Focus group* e dalle interviste evidenzia una rappresentazione condivisa del concetto di salute come condizione di benessere psico-fisico, intesa non solo come assenza di malattia, ma soprattutto come stato di equilibrio personale, serenità mentale e soddisfazione lavorativa. In tale prospettiva, la capacità lavorativa assume un ruolo centrale, sia in termini di benessere fisico sia come possibilità di operare in un contesto organizzativo percepito come sereno e privo di pressioni psicologiche. La stabilità lavorativa e il benessere economico emergono come elementi strettamente interconnessi al benessere psico-fisico e alla serenità familiare.

In relazione ai problemi di salute percepiti, entrambi i gruppi identificano come criticità principali le problematiche muscolo-scheletriche e articolari, associate all'età, al lavoro usurante, alla movimentazione dei carichi e alle posture lavorative. Il gruppo dei dirigenti e amministrativi evidenzia con maggiore intensità lo stress lavoro-correlato, includendo riferimenti a disagio

psicologico, affaticamento mentale e rischio di *burnout*. Tra i fattori favorevoli i problemi di salute vengono indicati l'età, le condizioni climatiche sfavorevoli, lo stile di vita sedentario e comportamenti non salutari, mentre tra i fattori protettivi emergono in modo trasversale la corretta alimentazione, l'attività fisica e la gestione dello stress, intese soprattutto come pratiche di cura di sé.

Le iniziative aziendali percepite come maggiormente rilevanti riguardano la formazione obbligatoria in materia di sicurezza e gli eventi di socialità intra ed extra-lavorativa. In prospettiva futura, il personale afferente al settore agricolo sottolinea prioritariamente la sicurezza del lavoro, mentre il personale dirigenziale propongono interventi orientati al benessere organizzativo, quali spazi per l'attività fisica, flessibilità oraria e il supporto psicologico strutturato.

Beneficio atteso, obiettivi e azioni previste

Il beneficio atteso è la partecipazione di almeno il 50% della forza lavoro alle iniziative implementate attraverso gli obiettivi sopra elencati.

Obiettivo generale

Aumentare la consapevolezza sui rischi per la salute associati al lavoro usurante presso la comunità agricola di "Cantine Due Palme" entro due anni, attraverso azioni coordinate con l'Azienda Sanitaria Locale, mediante i Servizi competenti di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) e i Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL), personale medico competente in medicina del lavoro, personale medico di medicina generale, psicologo e psicologa, associazioni sportive e sindacato.

Obiettivo specifico

Aumentare del 30-40% l'adesione dei lavoratori alle iniziative proposte per contrastare il danno psicofisico da lavoro usurante entro due anni presso la comunità oggetto di studio, considerando che circa il 20% dei lavoratori e delle lavoratrici partecipa a questo genere di iniziative proposte (gruppi di cammino, iniziative comunali, palestre all'aperto, palestre private).

Obiettivi intermedi

Al fine di conseguire gli obiettivi intermedi definiti e promuovere un miglioramento complessivo delle condizioni di salute, sicurezza e benessere organizzativo, vengono di seguito descritte le principali azioni programmate:

- implementare uno sportello d'ascolto psicologico (oltre al corso di *counselling* rivolto al personale medico competente);
- organizzare sessioni formative sui corretti stili di vita, coinvolgendo top manager e dipendenti;
- avviare un programma di valutazione del cardiorischio, gestito dallo SPESAL, con partecipazione attiva del personale;
- predisposizione di spazi dedicati all'attività fisica di tipo posturale (pilates, yoga), promuovendo l'uso regolare tra il personale;
- ristrutturare lo spazio mensa;

- lanciare un programma informativo sui benefici delle pause attive, con il coinvolgimento dei top manager e del personale lavoratore nella scelta delle attività;
- organizzare eventi conviviali extra lavorativi presso Villa Neviera.

Azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi

Le azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi progettuali si articolano su più livelli e comprendono interventi di informazione, formazione e attivazione delle risorse territoriali, in un'ottica integrata e intersettoriale. In particolare, sono previste attività di sensibilizzazione rivolte alla popolazione target, finalizzate ad aumentare la consapevolezza sui principali determinanti di salute e a promuovere l'adozione di comportamenti favorevoli al benessere. Parallelamente, il progetto prevede il coinvolgimento e la formazione degli operatori e operatrici sanitari, sociali e degli attori della comunità, al fine di rafforzare le competenze nella promozione della salute e migliorare la capacità di intercettare precocemente situazioni di vulnerabilità. Saranno inoltre attivate reti locali di collaborazione tra servizi, enti e associazioni, per favorire la realizzazione di interventi coordinati e sostenibili nei diversi contesti di vita. Le azioni includono anche momenti di monitoraggio e valutazione *in itinere*, utili a verificare l'aderenza delle attività agli obiettivi prefissati e a introdurre eventuali azioni correttive.

Di seguito si riporta l'articolazione delle azioni previste per ciascun obiettivo intermedio, finalizzate alla promozione del benessere nei luoghi di lavoro attraverso interventi di ascolto, formazione, promozione di stili di vita salutari e rafforzamento delle occasioni di socializzazione e partecipazione:

- *Obiettivo intermedio 1*
Implementare uno sportello d'ascolto psicologico (oltre al corso di counselling rivolto al personale medico competente)
 - 1.1. Organizzazione e attivazione di uno sportello d'ascolto rivolto ai lavoratori e alle lavoratrici, con il coinvolgimento di professionisti qualificati, quali il medico competente e/o uno psicologo.
 - 1.2. Definizione e strutturazione di una procedura operativa per la realizzazione di incontri di gruppo finalizzati all'ascolto, al supporto e alla condivisione di esperienze e bisogni dei dipendenti.
- *Obiettivo intermedio 2*
Organizzare sessioni formative sui corretti stili di vita, coinvolgendo top manager e dipendenti.
 - 2.1. Programmazione e realizzazione di incontri formativi dedicati alla promozione di corretti stili di vita, con il coinvolgimento congiunto del management aziendale e dei dipendenti.
 - 2.2. Promozione della partecipazione dei lavoratori e delle lavoratrici alle attività di valutazione del rischio cardiovascolare offerte dallo SPESAL, al fine di favorire la prevenzione e la consapevolezza dei principali fattori di rischio per la salute.
- *Obiettivo intermedio 3*
Lanciare un programma sui benefici dell'attività fisica coinvolgendo top manager e lavoratori/lavoratrici nella scelta delle attività.
 - 3.1. Predisposizione di spazi dedicati alla pratica dell'attività fisica all'interno o in prossimità del contesto lavorativo.
 - 3.2. Realizzazione di attività informative e di sensibilizzazione sui benefici dell'attività fisica e delle pause attive, coinvolgendo il management e i lavoratori nella

definizione e nella scelta delle attività maggiormente rispondenti alle esigenze organizzative e individuali.

– *Obiettivo intermedio 4*

Coinvolgimento dei top manager e dei dipendenti per la definizione di momenti di convivialità intra (mensa) ed extra lavorativi.

- 4.1 Ristrutturazione e valorizzazione dello spazio mensa e attivazione del relativo servizio, al fine di favorire occasioni di incontro e socializzazione tra i dipendenti.
- 4.2 Programmazione e realizzazione di eventi conviviali extra lavorativi presso Villa Neviera, finalizzati a rafforzare le relazioni interpersonali, il senso di appartenenza e il benessere organizzativo.

Elementi di sostenibilità del progetto

La sostenibilità del progetto è garantita dall'integrazione delle azioni proposte all'interno della programmazione ordinaria dei servizi sanitari e socio-assistenziali e dal rafforzamento delle reti territoriali già esistenti. Il coinvolgimento strutturato di istituzioni locali, servizi sanitari, terzo settore e altri attori comunitari consente di consolidare collaborazioni stabili e di valorizzare risorse professionali e organizzative disponibili, riducendo la necessità di interventi straordinari. La sostenibilità organizzativa è inoltre supportata da attività di formazione rivolte alle operatrici e agli operatori e dalla definizione di procedure condivise, che favoriscono la continuità delle azioni nel tempo. Dal punto di vista economico, il progetto prevede l'integrazione con programmi e finanziamenti già attivi a livello locale e regionale, in coerenza con gli strumenti di pianificazione della prevenzione. Infine, la previsione di un sistema di monitoraggio e valutazione, basato su indicatori di processo ed esito, consente di documentare i risultati raggiunti, orientare eventuali azioni correttive e facilitare la trasferibilità dell'esperienza in altri contesti territoriali.

Identificazione delle responsabilità, risorse e rischi

Le responsabilità sono distribuite mediante una cooperazione efficace tra varie parti interessate: l'ASL (SIAN, SPESAL, MMG), il datore di lavoro, il medico competente, le/i lavoratrici e gli organi amministrativi comunali. Questa sinergia assicura una gestione coordinata ed efficiente delle operazioni del progetto.

Le risorse umane, comprensive del personale sanitario e non sono vitali per il successo dell'iniziativa e necessitano di essere rafforzate ove necessario. È altresì fondamentale esaminare le risorse strutturali esistenti, come gli spazi per lo sportello psicologico, le aree mensa e gli spazi da riqualificare per le pause attive e l'attività fisica. Inoltre, è essenziale verificare le aree aziendali già in uso (es. mensa) e programmare l'acquisizione di ulteriori risorse indispensabili, incluse formazioni per il personale (es. corso di counselling per il medico competente) e per i gruppi di supporto reciproco (es. lavoratrici e lavoratrici *peer*).

La Tabella 4 mostra il quadro logico relativo all'attuazione degli obiettivi precedentemente illustrati.

La Tabella 5 mostra il cronoprogramma delle attività.

Tabella 4. Quadro Logico. Project work 5 - Master Puglia, 2024

Obiettivo intermedio	Indicatori verificabili obiettivamente	Azioni previste per obiettivo	Risorse necessarie e provenienza	Responsabili dell'obiettivo	Rischi
O11	<ul style="list-style-type: none"> - N. accessi allo sportello bimestrale - N. adesioni agli incontri di gruppo 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizzazione progetto: sportello d'ascolto - Strutturazione di una procedura per la realizzazione degli incontri di gruppo 	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione di uno spazio dedicato per lo sportello d'ascolto - Riqualficazione saletta già esistente in azienda 	<ul style="list-style-type: none"> - Azienda (top manager) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mancanza risorse economiche per lo psicologo - Non disponibilità del medico competente per il corso di <i>counseling</i>
O12	<ul style="list-style-type: none"> - N. partecipanti a eventi formativi su corretti stili di vita (es. alimentazione, attività fisica) - N. dipendenti che aderiscono alla valutazione del cardiorischio offerta dallo SPESAL 	<ul style="list-style-type: none"> - Programmazione incontri formativi sui corretti stili di vita con top manager e dipendenti - Implementazione alla partecipazione della valutazione del cardiorischio offerto dallo SPESAL 	<ul style="list-style-type: none"> - Operatori sanitari (dietista, assistente sanitario, medico di base/competente aziendale/ del lavoro/ igienista) 	<ul style="list-style-type: none"> - SPESAL - SIAN - MMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Carenza risorse - Sovraccarico lavoro per gli operatori sanitari - Scarso interesse e mancata adesione agli incontri programmati
O13	<ul style="list-style-type: none"> - N. dipendenti che aderiscono alle iniziative sportive promosse 	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione spazi dedicati all'attività fisica - Informatizzazione sui benefici delle pause attive con coinvolgimento del top manager e dei lavoratori nella scelta delle attività realizzabili 	<ul style="list-style-type: none"> - Spazi dedicati per l'attività fisica (aree aziendali, parchi, piazze, strade di campagna, ecc.) - Palestre - Comune 	<ul style="list-style-type: none"> - Azienda - ASL - Comune 	<ul style="list-style-type: none"> - Mancanza risorse economiche per i trainer - Mancanza palestre private o convenzionate - Assenza iniziative comunali
O14	<ul style="list-style-type: none"> - Strutturazione del numero di pause attive nell'orario di lavoro - N. dipendenti che utilizzano il servizio/spazio mensa - N. eventi organizzati dall'azienda per promuovere la convivialità e la gratificazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Ristrutturazione dello spazio mensa e attivazione del servizio - Programmazione di eventi conviviali extra lavorativi presso villa Neviera 	<ul style="list-style-type: none"> - Spazi aziendali dedicati - Villa Neviera ed eventuali risorse economiche aziendali 	<ul style="list-style-type: none"> - Azienda (top manager) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mancanza risorse economiche - Mancata adesione al servizio mensa in relazione all'orario lavorativo

Tabella 5. Cronoprogramma delle attività per mese e anno. *Project work 5 - Master Puglia, 2024*

Attività per obiettivo intermedio	2024		2025												2026	
	dic	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen	feb	
O11																
1.1.																
1.2.																
O12																
2.1.																
2.2.																
O13																
3.1.																
3.2.																
O14																
4.1.																
4.2.																

Discussione e conclusioni

Dall'analisi delle trascrizioni si può dedurre che, in maniera trasversale, il concetto di salute è determinato per tutte le persone partecipanti da uno stato di benessere psicofisico in ambito lavorativo e familiare, dalla sicurezza di poter lavorare e quindi sicurezza economica. Indicano come problemi di salute: a) dolori articolari, muscolo-scheletrici cronici in linea con fonti internazionali e stress psichico e identificano come fattori favorevoli ovvero contrastanti la condizione di buona salute l'età (il 58% ha un'età compresa tra i 46 e 60 anni e circa il 35,6% si colloca nella fascia d'età over 50), il lavoro usurante, l'esposizione a fattori climatici sfavorevoli, lo stile di vita e lo stato mentale. L'età, il lavoro usurante e l'esposizione a fattori climatici sfavorevoli come determinanti di salute sono perfettamente in linea con quanto rilevato dai dati ISTAT in quanto influenzano l'idoneità lavorativa considerata dalle persone partecipanti condizione prioritaria per raggiungere uno stato di serenità e benessere. Considerano e giudicano positive tutte quelle iniziative intraprese dall'azienda che migliorano il clima nell'ambiente di lavoro e favoriscono la socialità e la coesione tra dipendenti e con la dirigenza. Considerano i corsi formativi per la sicurezza sul lavoro non solo un adempimento, ma di grande utilità in ogni settore lavorativo e domestico; le forme di gratificazione, anche simboliche; la mensa per il personale dipendente come momento di ritrovo e scambio di idee ed esperienze; e le attività di *team building*. Pertanto, propongono di incentivare tali iniziative.

L'analisi delle differenze nelle risposte fornite dai due gruppi di lavoratori e dalle figure apicali evidenzia una diversa rappresentazione del concetto di salute. In particolare, il gruppo afferente al personale operaio associa maggiormente la buona salute alla dimensione fisica, individuando come principali criticità il dolore, la stanchezza e le problematiche muscolo-scheletriche correlate a mansioni usuranti. Al contrario, il gruppo dei dirigenti, del personale amministrativo e delle figure apicali pone l'accento sulla dimensione psicofisica della salute, intesa prevalentemente come stato di serenità in ambito lavorativo e familiare, nonché come gestione dello stress correlato all'orario e alla routine lavorativa. In riferimento ai determinanti di salute, le persone impiegate nei lavori agricoli di campagna identificano l'esposizione a fattori climatici sfavorevoli (rimarcato anche dal Presidente uscente) insieme all'alimentazione e all'attività fisica; il personale amministrativo, oltre allo stile di vita, rimarcano l'importanza di avere maggiore flessibilità nell'articolazione dell'orario di lavoro. In riferimento alle iniziative che l'azienda potrebbe implementare per favorire lo stato di benessere del personale dipendente, il gruppo degli operai ribadisce la certezza di un lavoro sicuro e la gratificazione, anche simbolica, per il lavoro e la dedizione di tutti a differenza del personale amministrativo che sottolinea l'importanza della figura della psicologa o dello psicologo, di orari di lavoro flessibili e di organizzazione di eventi per la condivisione di esperienze lavorative e personali tra dipendenti.

Dall'analisi dei dati di contesto aziendale, e in particolare dalla relazione annuale del Medico Competente, emerge che il 42,1% del personale sottoposto a sorveglianza sanitaria risulta fumatore e che il 41% presenta una condizione di sovrappeso o obesità. Tali fattori di rischio, unitamente al consumo di alcol, sono stati richiamati dalle persone partecipanti esclusivamente in termini generici, attraverso riferimenti ai corretti stili di vita, all'alimentazione e all'attività fisica. È pertanto ipotizzabile che tali comportamenti non siano pienamente percepiti come rischi per la salute, in coerenza con quanto riportato dalla letteratura scientifica e da studi accreditati (10-12).

Punti di forza, limiti e raccomandazioni per l'implementazione

Considerando i limiti dell'indagine va evidenziato che i due focus hanno coinvolto un numero limitato di partecipanti non perfettamente rappresentativo della comunità dei lavoratori e lavoratrici

agricoli ma solo di una piccola realtà di provincia. In relazione agli eventuali *bias* va sottolineato che in qualità di operatrici e operatori sanitari potremmo aver pilotato le loro risposte e la stessa dinamica di gruppo potrebbe aver influenzato alcune persone partecipanti a esprimere opinioni comuni e a non esprimersi liberamente. I punti di forza dell'indagine sono rappresentati dalle percezioni trasversali e comuni tra i differenti gruppi per le aree tematiche esplorate, tali da suggerire come percezione del concetto salute un tema dominante: l'impatto del lavoro usurante sulla condizione psico-fisica dei lavoratori in ambito agricolo indipendentemente dalla funzione svolta.

I risultati emersi suggeriscono che l'azienda potrebbe implementare e/o potenziare le iniziative riconosciute dalle persone partecipanti come maggiormente favorevoli al benessere organizzativo, quali la promozione di momenti di convivialità, il ripristino della mensa aziendale come strumento di educazione a una corretta alimentazione, l'introduzione della figura della psicologa o dello psicologo, la rimodulazione dell'orario di lavoro in relazione alle funzioni svolte e la predisposizione di una sala fitness per incentivare l'attività fisica.

In conclusione, il progetto ha dimostrato che un ambiente lavorativo attento alla salute e alla sicurezza dei suoi componenti è fondamentale non solo per il benessere di lavoratori e lavoratrici ma anche per la produttività e la sostenibilità dell'impresa agricola stessa. Le lezioni apprese e le prassi adottate offrono un modello replicabile e adattabile ad altre realtà simili, con la raccomandazione di personalizzare gli interventi in base alle specifiche esigenze e caratteristiche del contesto locale.

Bibliografia

1. Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro. *Andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali*. Roma: INAIL; 2024.
2. Ramos AK, Girdžiūtė L, Starič J, Rautianinen RH. Identifying “vulnerable agricultural populations” at risk for occupational injuries and illnesses: a European perspective. *J Agromedicine*. 2021;26(3):340-345. doi: 10.1080/1059924X.2020.1771498.
3. Istituto Nazionale Previdenza Sociale. *Osservatorio sul mondo agricolo: i dati del 2024*. Roma: INPS; 2025.
4. International Labour Organization. *Agriculture: a hazardous work*. Geneva; ILO: 2015.
5. Istituto Nazionale di Statistica. *Le imprese agricole in Italia nel Registro Asia*. Roma: ISTAT; 2022.
6. Hope A Kelleher C, Holmes L, Hennessy T. Health and safety practices among farmers and other workers: a needs assessment. *Occup Med*. 1999;49(4):231-5. doi: 10.1093/occmed/49.4.231.
7. van Doorn D, Richardson N, Osborne A. Farmers have hearts: the prevalence of risk factors for cardiovascular disease among a subgroup of Irish livestock farmers. *J Agromedicine*. 2017;22(3):264-274. doi: 10.1080/1059924X.2017.1318728.
8. Thurston WE, Blundell-Gosselin HJ. The farm as a setting for health promotion: results of a needs assessment in South Central Alberta. *Health Place*. 2005;11(1):31-43. doi: 10.1016/j.healthplace.2004.01.001.
9. Schenker MB. Preventive medicine and health promotion are overdue in the agricultural workplace. *J Public Health Policy*. 1996;17(3):275-305.
10. Sorensen G, Linnan L, Hunt MK. Worksite-based research and initiatives to increase fruit and vegetable consumption. *Prev Med*. 2004;39 Suppl 2:S94-100. doi: 10.1016/j.ypmed.2003.12.020.
11. Kvaavik E, Batty GD, Ursin G, Huxley R, Gale CR. Influence of individual and combined health behaviors on total and cause-specific mortality in men and women: the United Kingdom health and lifestyle survey. *Arch Intern Med*. 2010;170(8):711-718. doi: 10.1001/archinternmed.2010.76.
12. World Health Organization. *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Geneva: World Health Organization: 2018.

CONCLUSIONI E SVILUPPI FUTURI

Annachiara Di Nolfi (a), Angela Giusti (a), Chiara Cattaneo (a), Alberto Perra (b), Vittorio Palermo (a), Vincenza Di Stefano (a), Giulia Santolini (b), Francesca Zambri (a), Paola Scardetta (a)
(a) Centro Nazionale Prevenzione Malattie e Promozione Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(b) già Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Locale Roma 5, Guidonia Montecelio

Il Master universitario di I livello “Sviluppo e gestione dei Piani di promozione della salute per il personale sanitario del Servizio Sanitario Nazionale”, frutto della collaborazione tra Istituto Superiore di Sanità, Regione Puglia e Università degli Studi di Bari Aldo Moro, si è configurato come un investimento strategico di *capacity-building* a supporto del Piano Regionale di Prevenzione (PRP), in coerenza con il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP).

L'impostazione del percorso, basata su un approccio per competenze e sull'integrazione continua tra dimensione teorica e applicazione pratica, ha favorito l'acquisizione di strumenti metodologici utili alla programmazione, attuazione e valutazione di interventi nei contesti reali dei servizi, promuovendo al contempo la costruzione di relazioni multiprofessionali e trans-settoriali funzionali al rafforzamento del sistema regionale di prevenzione e promozione della salute.

In questo contesto, i *Project Work* hanno svolto un ruolo formativo determinante, trasformando l'esperienza didattica in un esercizio guidato di progettazione orientata all'azione. La strutturazione dei *Project Work* lungo l'intero ciclo di programmazione ha reso possibile un apprendimento esperienziale e trasferibile, consolidando la capacità delle persone partecipanti di analizzare contesti, definire obiettivi, individuare strategie e sviluppare proposte progettuali coerenti con i bisogni reali dei territori.

L'impiego di metodologie partecipative, come *Focus group*, interviste e *World café*, ha rafforzato la dimensione di co-progettazione, promuovendo un dialogo strutturato con comunità e stakeholder e orientando gli interventi verso le risorse e le priorità locali.

L'esperienza complessiva del Master e dei *Project Work* ha inoltre sostenuto lo sviluppo di competenze trasversali essenziali, quali lavoro in *team*, comunicazione con attori diversi e gestione dei processi complessi nei servizi sanitari.

Per il futuro, la creazione di reti di scambio e apprendimento continuo tra personale, istituzioni e organizzazioni sanitarie potrebbe favorire lo scambio di buone pratiche e l'aggiornamento costante dei contenuti formativi, assicurando una maggiore trasferibilità delle competenze acquisite nei contesti operativi.

In conclusione, il Master e i *Project Work* hanno rappresentato un contributo significativo allo sviluppo e rafforzamento di competenze del personale sanitario che opera nell'ambito della promozione della salute, consolidando competenze critiche e progettuali e supportando l'attuazione delle azioni dei PRP attuali e futuri, grazie al personale formato che mette a disposizione del sistema le conoscenze e le abilità acquisite.

APPENDICE A
Componenti del gruppo di lavoro Master Puglia 2024

Componenti del Gruppo di Lavoro Master Puglia 2024

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, ROMA

Centro Nazionale Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute

Chiara Cattaneo
Annachiara Di Nolfi
Vincenza Di Stefano
Angela Giusti
Vittorio Palermo
Paola Scardetta
Francesca Zambri

Con la collaborazione di:

Alberto Perra

già Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Locale Roma 5, Guidonia Montecelio

Giulia Santolini

già Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Locale Roma 5, Guidonia Montecelio

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO

Dipartimento Interdisciplinare di Medicina

Giuseppina Caggiano
Maria Teresa Montagna

REGIONE PUGLIA

Dipartimento Promozione della Salute e Benessere Animale

Domenica Cinquepalmi
Vita Maria Lagreca
Onofrio Mongelli
Pietro Pasquale

PARTECIPANTI

al Master in "Sviluppo e Gestione dei Piani di Promozione della Salute per gli Operatori Sanitari del Servizio Sanitario Nazionale"

Beatrice Anelli, *ASL Bari*
Vincenzo Auriemma, *ASL Brindisi*
Pasqua Bellomo, *ASL Bari*
Maria Nella Borsci, *ASL Taranto*
Filippa Cannito, *ASL Bari*
Enza Sabrina Silvana Cannone, *ASL Barletta - Andria - Trani*
Pasqualina Caramuscio, *ASL Bari*
Stella Cavalcante, *ASL Lecce*
Maria Cipriano, *ASL Foggia*
Maria Grazia Congedo, *ASL Lecce*
Marta D'Ambrosio, *ASL Bari*
Anna De Mango, *ASL Lecce*
Nicoletta Favuzzi, *ASL Bari*
Pasquale Fina, *ASL Brindisi*
Valentina Gasparre, *Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari*
Augusto Giorgino, *ASL Taranto*
Vitina Girolamo, *ASL Brindisi*
Lidia Lamparelli, *ASL Bari*
Cristina Licomati, *ASL Taranto*

Claudia Loconte, *ASL Bari*
Sabrina Liuzzi, *ASL Taranto*
Fiorella Manca, *ASL Lecce*
Nicola Mariano Manghisi, *ASL Brindisi*
Francesca Mansi, *ASL Barletta - Andria - Trani*
Annamaria Mele, *ASL Lecce*
Giada Minerba, *ASL Lecce*
Carmela Nanula, *ASL Bari*
Prudenza Tiziana Nugnes, *ASL Barletta - Andria - Trani*
Paola Pedemonte, *ASL Genova*
Lucia Perez, *ASL Taranto*
Carmela Russo, *ASL Taranto*
Rachele Maria Russo, *ASL Foggia*
Maria Domenica Sarcinelli, *ASL Barletta - Andria - Trani*
Nicole Sponcichetti, *ASL Foggia*
Amedeo Teto, *ASL Foggia*
Vincenzo Tiscia, *ASL Foggia*
Maria Anna Tomaselli, *ASL Brindisi*
Andrea Zizzi, *ASL Brindisi*

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di giugno 2026*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, giugno 2026