

## "LASCIAMO IL SEGNO", UNA RETE PER PROMUOVERE L'ATTIVITÀ FISICA BASATA SULLA CARTA DI TORONTO. UN'AZIONE DI ADVOCACY DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLA ULSS 9 DI TREVISO

Manuela Mazzetto, Mauro Ramigni, Luigi Di Staso, Dante Dall'Osso, Gianna Piovesan, Vanda Di Rienzo, Ciro Tonetto e Giovanni Gallo  
Dipartimento di Prevenzione, ULSS 9, Treviso

**SUMMARY** ("Lasciamo il segno", a network for physical activity based on the Toronto Charter. An advocacy approach promoted by the Treviso local health unit - ULSS 9) - Seventy-five percent of Treviso population is physically inactive. To face this problem, the Public Health Department has promoted, through social marketing tools, a network of local stakeholders whose involvement may facilitate physical activity. After 2 years, 85 municipalities and public institutions have joined the network, adhering to the project translating into actions the Toronto Charter. The working group, through mapping of local opportunities for physical activity and setting up a communication campaign, is currently strongly promoting physical activity in the area.

**Key words:** physical activity; advocacy; health promotion

mmazzetto@ulss.tv.it

### Introduzione

Il programma Guadagnare Salute, promosso dal Ministero della Salute a partire dal 2007 per rendere più facili le scelte salutari e promuovere campagne informative volte a modificare comportamenti che favoriscono l'insorgere di malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica, richiama i principi fondamentali di promozione della salute, valorizzando un approccio trasversale e interistituzionale ai diversi fattori di rischio.

Questi stessi principi sono richiamati nel Piano Nazionale per la Prevenzione e nel Piano Regionale Veneto per la Prevenzione 2010-12, in cui i dipartimenti di prevenzione sono individuati come le strutture tecnico-funzionali preposte alla promozione della salute, entro un sistema integrato di interventi.

Con questo approccio si trova in sintonia il documento internazionale Carta di Toronto per l'attività fisica (1), redatta dal Global Council for Physical Activity and Health tra il 2009 e il 2010 per rafforzare la committenza politica e sociale internazionale a favore dell'attività fisica per tutta la popolazione, integrata successivamente da "I migliori investimenti per l'attività fisica" (2).

Questi documenti sostengono la promozione dell'attività fisica come parte di un approccio globale alla prevenzione delle malattie croniche e "chiamano all'azione" in quattro aree chiave: 1) politica nazionale; 2) piani d'azione e regolamenti; 3) programmi e ambiti di intervento; 4) partnership.

Questo articolo riassume il percorso per la messa a punto di un'ampia azio-

ne di *advocacy* sostenuta dal Dipartimento di Prevenzione (DP) della ULSS 9 di Treviso.

### Materiali e metodi

Per verificare la capacità del DP di promuovere efficacemente la salute attuando strategie di educazione, mobilitazione sociale e *advocacy* (3), è stata preliminarmente condotta un'analisi SWOT, strumento guida nella pianificazione strategica che consente di valutare punti di forza, debolezza, opportunità e minacce in situazioni in cui un'organizzazione deve decidere una strategia per raggiungere un obiettivo (4). Le raccomandazioni così hanno indicato prioritariamente i destinatari intermedi, collocati in una posizione cruciale di mediazione per la salute, affrontando in successione nel tempo specifici fattori di rischio, secondo le occasioni opportune offerte dal contesto.

La promozione dell'attività motoria è prioritaria per il nostro territorio poiché, a fronte di un'offerta sportiva molto ricca e di una diffusa percezione di importanza del movimento, la prevalenza di attività fisica raccomandata (5) rimane molto bassa in tutte le età: 16,8% nei bambini di 8-9 anni, dal 27,4 al 18,6% nei ragazzi di 11-15 anni (OKkio alla salute 2010, Health Behaviour in School-aged Children 2010), 24,5% negli adulti tra 18 e 34 anni, 24,2% tra 35 e 49 anni e 23,4% tra 50 e 69 anni (PASSI 2011).

### Definizione del progetto

Si è così delineato un programma di intervento in cui il DP, utilizzando la Carta di Toronto come documento guida, si è pro-

posto come attivatore di una rete di soggetti appartenenti a diversi ambiti della comunità: sanità, amministrazioni pubbliche, ambiente, trasporti, sport, scuola, urbanistica, settore privato. Soggetti in grado di adottare politiche, impiegare risorse e aumentare potenza e credibilità dei messaggi, facilitando l'accesso all'attività motoria per la popolazione, che rimane il destinatario finale degli interventi.

Sono stati dapprima coinvolti alcuni attori prioritari (provincia di Treviso, CONI provinciale, Ufficio scolastico territoriale, Coordinamento provinciale del volontariato, distretti sociosanitari, Comuni di Treviso e Motta di Livenza) che assieme al DP hanno costituito un tavolo promotore della rete.

Il progetto è stato costruito con il Goal Oriented Project Planning (GOPP), dove attori chiave e beneficiari di un progetto intervengono in maniera partecipativa, seguendo una procedura di lavoro strutturata (6).

Nel corso dei vari incontri si è proceduto alla fase di analisi del problema sedentarietà nella nostra comunità, con costruzione di alberi dei problemi differenziati per diversi target di popolazione (bambini, ragazzi e adulti), facendo anche riferimento alle indicazioni per la diagnosi educativa secondo il modello PRECEDE-PRECEED che propone un approccio multidimensionale in 9 fasi per la progettazione di interventi di promozione della salute (7).

### Mappatura degli attori

La realizzazione degli alberi dei problemi ha permesso di valutare per quali attori si dovesse considerare ►



Figura - La sottoscrizione della Carta di Toronto. Treviso, 20 settembre 2012

prioritario il coinvolgimento. Il tipo di relazione da perseguire con essi è stato individuato mediante il modello a matrice "potere/interesse" (8), che classifica gli *stakeholder* in relazione a potere e grado di interesse per il tema di lavoro. Per ogni *stakeholder* è stato redatto un profilo, considerando visione generale e approccio al tema, livello attuale di coinvolgimento, livello massimo di coinvolgimento prevedibile, risorse, relazioni/conflicti con altri *stakeholder*.

#### Rapporti e comunicazione con gli attori

Facendo riferimento, inoltre, a elementi di marketing sociale, disciplina che consente di predisporre strategie di intervento e comunicazione volte a contrastare le barriere all'adozione di comportamenti sani (9, 10), si sono considerati gli *stakeholder* quali target di un'azione finalizzata a ottenere la loro adesione a una politica territoriale integrata di promozione dell'attività fisica.

In particolare, il "comportamento richiesto" è stato definito come: adesione alla Carta di Toronto con l'impegno ad avviare o rafforzare almeno un'azione in una delle aree indicate dai 7 migliori investimenti per l'attività fisica (istruzione, trasporti, infrastrutture urbane, sistema sanitario, media, comunità e sport). L'impegno comprendeva anche la disponibilità ad accettare il "marchio della rete", a individuare un proprio rappresentante come referente e a mettere a disposizione nel proprio sito internet uno spazio informativo dedicato.

Come modalità di interazione si è scelto l'incontro individuale che, pur organizzativamente oneroso, fornisce "uno spazio

sicuro dove gli *stakeholder* possono discutere le questioni senza dover prendere o difendere una posizione pubblicamente" (11), consente di iniziare una relazione di conoscenza diretta e permette di personalizzare i contenuti informativi.

#### Risultati

Nel periodo di realizzazione del progetto, si sono svolti 37 incontri con ciascuno dei Comuni che compongono il territorio afferente alla ULSS 9 (985,83 km<sup>2</sup> e 420.000 residenti) e 53 incontri con enti e associazioni considerati significativi (enti locali, ordini professionali, associazioni di categoria, promozione sociale e sportiva).

Alla rete è stato dato il nome di "Lasciamo il segno, la rete trevigiana per l'attività fisica". Il momento fondante è stato sancito con un evento di adesione collettiva alla Carta di Toronto (20 settembre 2012).

Hanno aderito, oltre ai componenti del tavolo promotore, 36 su 37 Comuni del territorio della ULSS 9 e altri 43 enti e associazioni (82% di quelli considerati significativi).

Gli *stakeholder* firmatari, come prima azione di condivisione della rete, hanno comunicato le loro attività già in campo a favore dell'attività fisica. Sono stati censiti e resi pubblici 191 azioni e programmi di intervento allineati ai 7 migliori investimenti previsti dalla Carta di Toronto.

I primi obiettivi concordati dalla rete sono:

- rendere maggiormente visibili, mappandole, tutte le opportunità del territorio favorevoli all'attività fisica, creando un unico minisito web

di informazione (12, 13), coordinato dal DP e collegato con tutti i siti web dei partner;

- creare un tavolo di concertazione per condividere gli obiettivi della rete e definire una strategia comune;
- diffondere il logo "Lasciamo il segno", con l'utilizzo diretto da parte di ogni firmatario nel proprio territorio e ambito, associandolo alle iniziative che sostengono l'attività motoria come attestazione di valore aggiunto di promozione della salute.

Una campagna di comunicazione sosterrà la rete con l'obiettivo di rendere capillare e forte il messaggio sul grande impatto dell'attività motoria in termini di salute.

Il DP si impegna a coordinare i diversi attori focalizzando questi obiettivi mediante:

- assolvimento dei compiti di segretario rispetto al tavolo di rete;
- attivazione e mantenimento di flussi informativi utili a migliorare comunicazione interna ed esterna;
- stesura e sostegno al piano di comunicazione e collegamento di questo a iniziative promozionali in diversi setting (scuola, aziende, azienda sanitaria).

#### Discussione

Costituire una rete, oltre a rappresentare una possibilità per ottimizzare azioni e risorse, ha consentito di enfatizzare l'impegno comune, acquisendo maggior forza nel comunicare al cittadino l'importanza dell'attività motoria come mezzo per mantenere la salute.

La struttura aperta della rete ha inoltre permesso che alcuni partner si attivassero come promotori, coinvolgendo altri portatori di interesse non precedentemente individuati.

La capacità di stabilire rapporti duraturi con gli *stakeholder* può migliorare il modo in cui viene percepita l'identità dei dipartimenti di prevenzione come promotori di salute, accrescendone la legittimazione. Si è, inoltre, rilevata una maggior propensione dei partner ad aderire a una proposta di promozione della salute che punta a coinvolgere un'intera rete piuttosto che a ipotesi di partnership tra dipartimento di prevenzione e singoli enti.

L'*advocacy*, attivando risorse della comunità capaci di offrire, in campi diversi, risposte ai bisogni di salute della popolazione, è la via per attuare quelle strategie multicomponenti che l'evidenza scientifica indica come necessarie nella promozione di un comportamento complesso, quale l'essere fisicamente attivi (14,15).

Lavorare in rete consente ai dipartimenti di prevenzione di promuovere la salute in modo più efficace ed equo, superando i problemi determinati dalla carenza di risorse e dalla difficoltà di intervenire sull'organizzazione interna, piuttosto rigida e ancora conformata per rispondere alla situazione epidemiologica di qualche decennio fa, con gran parte delle risorse impegnate a fronteggiare le malattie infettive e una modalità d'azione basata sulla fornitura diretta e puntuale di servizi di prevenzione (vaccinazioni, vigilanza su acque e alimenti, controlli sui posti di lavoro, ecc.) alla popolazione.

All'interno dei dipartimenti di prevenzione sarà comunque necessario ampliare le competenze dei gruppi di lavoro con un'adeguata formazione, sperimentando nuovi compiti e valorizzando abilità non sempre coerenti con ruoli e gerarchie. ■

#### Riferimenti bibliografici

1. [www.globalpa.org.uk/charter](http://www.globalpa.org.uk/charter)
2. [www.globalpa.org.uk/investments](http://www.globalpa.org.uk/investments)
3. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15(3):259-67.
4. Gibis B, Artiles J, Corabian P, et al. Application of strengths, weaknesses, opportunities and treats analysis in the development of a health technology assessment program. *Health Policy* 2001;58(1):27-35.
5. WHO. *Global recommendations on physical activity for health*. WHO; 2010.
6. Bussi F. Progettazione e valutazione di progetti con il Quadro Logico (db.formez.it/fontinor.nsf/1315d8fe375b0774c1256b0400).
7. Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mayfield Publishing; Mountain View (CA); 1991.
8. Gardner JR, Rachlin R, Sweeny A. *Handbook of strategic planning*. Wiley; 1986.
9. [www.cdc.gov/healthcommunication](http://www.cdc.gov/healthcommunication)
10. Kotler P, Lee N. *Social marketing - Influencing behaviour for good*. Thousand Oaks (CA): Sage Pubblicazioni; 2008.
11. Stakeholder Research Associates. Il manuale dello stakeholder engagement. vol. 2 ([www.accountability.org/images/content/2/0/205.pdf](http://www.accountability.org/images/content/2/0/205.pdf)).
12. [www.ulss.tv.it/Minisiti/lasciamoilsegno](http://www.ulss.tv.it/Minisiti/lasciamoilsegno)
13. [www.facebook.com/lasciamoilsegno/info](http://www.facebook.com/lasciamoilsegno/info)
14. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med* 2002;22(4S):67-72.
15. [www.physicalactivityplan.org](http://www.physicalactivityplan.org)

