

# Inserto BEN

## Bollettino Epidemiologico Nazionale

### PROMUOVERE SCELTE SALUTARI IN ETÀ EVOLUTIVA: OBIETTIVO SPUNTINO. REGIONE PIEMONTE 2008-14

Teresa Denise Spagnoli<sup>1</sup>, Marcello Caputo<sup>2</sup> e Alessandra Suglia<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Struttura Semplice Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale, ASL TO3 Collegno e Pinerolo; <sup>2</sup>Direzione Integrata della Prevenzione, ASL CN1;

<sup>3</sup>Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, ASL TO3, Regione Piemonte

**SUMMARY** (*Target snack, a project to promote healthy eating in children. Region of Piedmont (Italy) 2008-14*) - In Piedmont, the first data collection of the survey OKkio alla SALUTE (2008) showed a high prevalence of overweight among children 8-9 years old and a high frequency of unhealthy dietary behaviour as an excessive consumption of mid-morning snacks. To identify a model for promoting healthy snacks among children and parents, in a pilot area, we involved paediatricians/teachers to use some validated tools. The effectiveness was evaluated through the survey OKkio alla SALUTE. Since 2008 to 2014 the percentage of subjects with excessive consumption of snacks and obesity fell in the intervention area *vs* the control one. Since the results are encouraging, the project will be continued.

**Key words:** snacking, obesity, prevention

tspagnoli@aslto3.piemonte.it

#### Introduzione

Gli spuntini possono contribuire a migliorare la qualità dell'alimentazione e a modulare favorevolmente il bilancio energetico giornaliero quando la scelta ricade su prodotti salutari (frutta, yogurt) e l'apporto calorico resta contenuto entro il limite delle 100-150 Kcal (1). Tuttavia, molti soggetti, soprattutto in età evolutiva, subiscono il fascino di cibi spesso ricchi di energia e predisponenti al sovrappeso se consumati in modo inappropriato.

Il tipo di spuntino consumato a metà mattina dai bambini è rilevato dall'indagine nazionale OKkio alla SALUTE (2, 3) che considera nutrizionalmente adeguati "spuntini contenenti circa 100 calorie, che corrispondono, ad esempio, a uno yogurt, a un frutto o a un succo di frutta senza zuccheri aggiunti. Nel caso le scuole prevedano la distribuzione della merenda agli alunni, la merenda è classificata direttamente come adeguata". Sono invece considerati abbondanti gli spuntini che non soddisfano le suddette caratteristiche. La prima indagine, condotta nel 2008, ha evidenziato un'alta prevalenza in Italia (35,9%) di eccesso ponderale (sovrappeso e obesità, *cut off* dell'International Obesity Task Force) (2, 3) nei bambini di 8-9 anni. Nella regione Piemonte, secondo questa indagine, i bambini in sovrappeso erano il 19%, mentre gli obesi l'8%. La tipologia dello spuntino si è subito rivelata come criticità emergente. Infatti, l'82% dei bambini in Italia e il 78% in Piemonte sceglievano spuntini di metà mattina abbondanti.

In merito agli interventi di promozione

di consumo di spuntini sani, l'analisi della letteratura disponibile presenta evidenze di efficacia in interventi mirati per lo più a piccoli target (singole scuole e/o direzioni scolastiche) o in interventi di breve durata. Un gruppo di lavoro costituito da operatori delle ASL, nell'ambito del Progetto regionale Incremento della cultura nutrizionale, ha ritenuto strategico identificare un modello di intervento per promuovere il consumo di spuntini sani che permettesse di operare su vasta scala e a lungo termine, testandone efficacia e riproducibilità su una ASL pilota della regione Piemonte. È stata selezionata, a questo fine, l'ASL TO3 (590.000 abitanti), con una prevalenza di eccesso ponderale nei bambini di 8-9 anni del 27% e un consumo di spuntini abbondanti del 79% (valore regionale 78%), sovrapponibile alla media regionale e senza differenze significative per altre variabili valutate dall'indagine OKkio alla SALUTE, quali colazione adeguata (64% vs 62%), consumo di bibite zuccherate almeno una volta/die (38% vs 41%).

#### Materiali e metodi

**Strumenti di intervento** - In un contesto di razionalizzazione delle risorse, al fine di intervenire su vasta scala e sul lungo termine, si è ritenuto strategico sviluppare una rete regionale tra gli esperti in nutrizione, come i pediatri di famiglia e gli insegnanti, figure significative non solo per il ruolo di riferimento per bambini e genitori, ma anche per la possibilità di diffondere i messaggi corretti in modo capillare nel territorio e con una continuità nel tempo. Per sviluppare strategie semplici e condivise,

il gruppo del Progetto Obiettivo spuntino, in linea con i principi del *social marketing*, ha sondato le esigenze del target (pediatri e insegnanti di scuola primaria) attraverso *focus group* a componente mista (insegnanti e operatori sanitari), grazie ai quali, nel 2008-09, sono stati strutturati e validati i seguenti strumenti di intervento:

- due tipologie di percorsi formativi sugli spuntini: uno rivolto ai pediatri di famiglia e uno agli educatori di tutte le scuole campionate da OKkio alla SALUTE, in parallelo con le diverse edizioni dell'indagine (2008, 2010, 2012, 2014), per garantire la diffusione sul territorio e nel tempo delle informazioni;
- un kit didattico sugli spuntini per gli insegnanti distribuito durante i corsi, contenente informazioni utili agli educatori per svolgere un'attività di formazione a cascata sui colleghi;
- quattro tipologie di schede informative contenenti suggerimenti alle famiglie sui consumi emersi come criticità - colazione, spuntini/bevande zuccherine, verdura/frutta - e sulla promozione dell'attività motoria. Le schede sono state condivise tra tutti i pediatri di famiglia (le schede sugli spuntini/bibite riportavano, in modo sintetico, gli stessi messaggi contenuti nel kit didattico per gli insegnanti).

Il coinvolgimento dei pediatri, in particolare, è stato favorito dalla loro partecipazione ad altre iniziative territoriali nella ASL pilota sulla prevenzione dell'obesità infantile (progetto Percorso diagnostico terapeutico nell'obesità in età pediatrica (4). Il Progetto ha dato loro la possibi-

lità di cimentarsi ulteriormente nel ruolo di educatori, trasmettendo a bambini e genitori, durante gli accessi in ambulatorio, informazioni corrette e mirate sull'importanza della prima colazione, sull'attività fisica, sul consumo di frutta e verdura e di spuntini adeguati.

**Soggetti coinvolti nell'intervento** - I percorsi formativi (5) hanno coinvolto i pediatri di famiglia di 4 degli 8 distretti che compongono la ASL TO3 e tutti gli insegnanti delle classi delle scuole primarie campionate da OKkio alla SALUTE, consentendo, nell'arco delle 4 edizioni della sorveglianza (2008, 2010, 2012, 2014), di raggiungere più della metà delle scuole primarie (77 su 150) afferenti alla ASL TO3. Ulteriori dettagli sono disponibili sul sito del Centro regionale di documentazione per la promozione della salute - DoRS Regione Piemonte (6).

**Analisi dell'efficacia** - Essendosi ampliato nel tempo, rispetto al 2008 (tempo 0), il numero delle scuole interessate dai suddetti interventi formativi (35 nel 2009, 50 nel 2010, 64 nel 2012, 77 nel 2014), in ciascuna sorveglianza OKkio alla SALUTE è cresciuta la proporzione, nel campione estratto, delle scuole che risultavano essere state formate precedentemente al campionamento vs quelle non formate (0 scuole formate sulle 35 campionate nel 2008, 11/21 = 52% nel 2010, 12/22 nel 2012 = 54%, 14/24 = 58% nel 2014), facendo sì che i dati raccolti potessero essere utilizzati per la verifica degli eventuali cambiamenti indotti dal Progetto. Il consumo

di spuntini sani, nonché gli indicatori (mediana curva body mass index - BMI, % eccesso ponderale) potenzialmente influenzati dall'intake calorico giornaliero attraverso gli spuntini, sono stati valutati nel tempo attraverso i dati delle indagini biennali di OKkio alla SALUTE, confrontando attraverso il test  $\chi^2$  l'esito nell'area di intervento (ASL TO3) con quello dell'area di controllo (Piemonte).

**Risultati**

**Consumi/stili di vita dei bambini** - Dal 2008 al 2014, i programmi di offerta a scuola di spuntini salutari a metà mattina (frutta/latte/yogurt) sono cresciuti più in Piemonte (dal 19% al 56%) che nella ASL TO3 (dal 17% al 35%). Tuttavia, la proporzione di bambini con consumi adeguati di spuntino mattutino è aumentata in misura significativamente superiore nella ASL TO3 rispetto al Piemonte (rispettivamente dal 17% al 63% e dal 16% al 52%;  $p < 0,01$ ) (Figura). Pertanto, il dato della ASL TO3 mostra che gli interventi nel contesto scolastico sono più efficaci ove gli insegnanti e i pediatri siano coinvolti nel promuovere scelte consapevoli nei bambini e nei loro genitori, basandosi sugli strumenti di intervento impiegati.

Per quanto concerne la qualità dello spuntino mattutino, si registra, dal 2008 al 2014, un miglioramento nella ASL TO3, con incremento della quantità di frutta consumata (9% vs 37%  $p < 0,01$  sul totale degli alimenti consumati nel *break*) e riduzione delle merendine (29% vs 15%,  $p < 0,01$ ) o di spuntini salati quali pizza o focaccia (7% vs 2%),  $p < 0,01$ ). Anche il consumo dello spuntino dopo cena si è

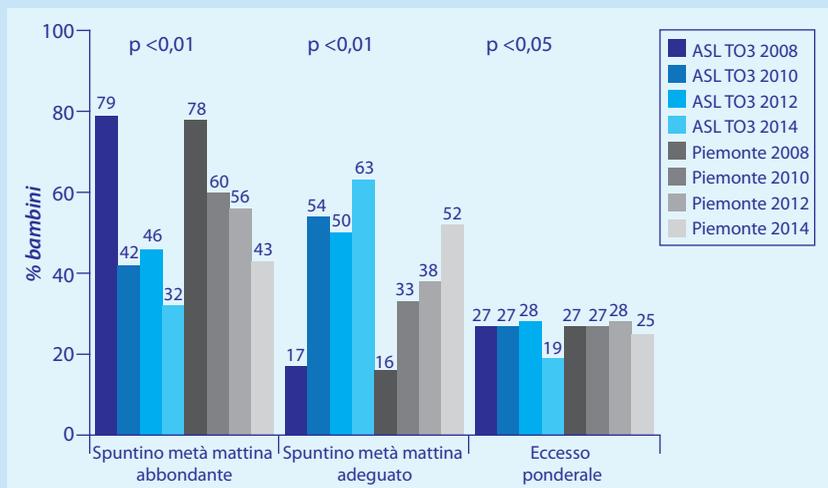
ridotto in misura significativa, dal 33% al 26% ( $p < 0,05$  elaborazione ASL TO3 su dati dell'Istituto Superiore di Sanità - ISS).

Un altro dato di rilievo è emerso dal confronto geografico e temporale del consumo quotidiano di bevande zuccherate e/o gassate, con valori simili nel 2008 (41% vs 38%  $p = 0,13$ ) e significativamente diversi nel 2014 tra Piemonte (38%) e ASL TO3 (33%;  $p < 0,05$ ), mentre non si sono osservate variazioni significative di altre abitudini alimentari (colazione adeguata 62% vs 63%) o stili di vita (bambini che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana - 17% vs 18% - o che trascorrono davanti alla TV o ai videogiochi più di 2 ore al giorno - 27% vs 24%,  $p = 0,15$ ).

**Lo status ponderale dei bambini** - In parallelo ai cambiamenti sui consumi alimentari si è verificato dal 2010 al 2014 un miglioramento (spostamento a sinistra) della curva del BMI della popolazione pediatrica di 8-9 anni campionata dall'indagine OKkio alla SALUTE, con riduzione significativa della percentuale di bambini in eccesso ponderale (20% sovrappeso e 7% obesi nel 2008 vs 15% sovrappeso e 4% obesi nel 2014;  $p < 0,05$  (elaborazione ISS, Figura).

**Conclusioni**

- Il Progetto Obiettivo spuntino è innovativo per aver realizzato interventi integrati di promozione di una sana alimentazione su un campione monitorato nel tempo.
- A medio/lungo termine (dal 2008 al 2014), le azioni formativo/educative intraprese mostrano di aver prodotto effetti favorevoli nel promuovere scelte alimentari sane nei bambini della scuola primaria.
- I risultati, che hanno visto migliorare soprattutto i comportamenti oggetto di iniziative di promozione della salute a scuola e negli ambulatori pediatrici (spuntini/bibite), indicano come punti di forza del Progetto la rete di alleanze e i messaggi semplici e condivisi tra i diversi attori.
- Tale metodologia di intervento ha mostrato un'efficacia apprezzabile, pur impiegando risorse relativamente ridotte; sarebbe pertanto auspicabile estenderla ad altre realtà, in virtù del fatto che strumenti e percorsi formativi sono stati codificati e quindi permettono di garantire la riproducibilità dell'esperienza. ■



**Figura** - Dati dell'indagine OKkio alla SALUTE sugli spuntini mattutini e sull'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) nei bambini di 8-9 anni nella ASL TO3 (area di intervento) e nella regione Piemonte (area di controllo) nel 2008, 2010, 2012 e 2014 (2, 3)

## Ringraziamenti

Un ringraziamento particolare agli operatori delle ASL piemontesi per la preziosa collaborazione, agli insegnanti, ai bambini e ai genitori della ASL TO3 che hanno partecipato al Progetto Obiettivo spuntino e ai pediatri di famiglia che hanno sviluppato il Progetto Percorso diagnostico terapeutico nell'obesità in età pediatrica, contribuendo in modo decisivo al raggiungimento dei risultati ottenuti.

## Dichiarazione sul conflitto di interessi

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

## Riferimenti bibliografici

1. Regione Piemonte. Carta di identità dello spuntino: revisione dei dati della letteratura scientifica per gli operatori sanitari ([www.aslto3.piemonte.it/info/prevenzione/dwd/educ\\_alimentare/allegato24\\_volume1.pdf](http://www.aslto3.piemonte.it/info/prevenzione/dwd/educ_alimentare/allegato24_volume1.pdf)).
2. OKkio alla SALUTE 2008-2010-2012-2014: sintesi dei dati nazionali. Regione Piemonte. OKkio alla SALUTE: risultati regionali delle indagini 2008, 2010, 2012, 2014 ([www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/958-okkio-alla-salute-fascia-deta-6-10-anni](http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/958-okkio-alla-salute-fascia-deta-6-10-anni)).
3. Regione Piemonte. OKkio alla SALUTE: risultati delle indagini 2008-2010-2012-2014 ASL TO3 ([www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/958-okkio-alla-salute-fascia-deta-6-10-anni](http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/958-okkio-alla-salute-fascia-deta-6-10-anni)).
4. Regione Piemonte. DoRS. Progetto Obiettivo spuntino. Approfondimenti sull'area di intervento del pediatra di famiglia ([www.dors.it/page.php?idarticolo=2513](http://www.dors.it/page.php?idarticolo=2513)).
5. Regione Piemonte. DoRS. Obiettivo spuntino: la formazione e i materiali ([www.dors.it/page.php?idarticolo=2512](http://www.dors.it/page.php?idarticolo=2512)).
6. [www.dors.it](http://www.dors.it)

# LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEL GOVERNO CLINICO DELLA ASL 3 GENOVESE

Claudio Culotta<sup>1</sup>, Raffaella Castiglia<sup>1</sup>, Rosamaria Cecconi<sup>1</sup>, Patrizia Crisci<sup>1</sup>, Gianna Elisa Ferrando<sup>1</sup>, Patricia Fortini<sup>1</sup> e Roberto Carloni<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Struttura di Epidemiologia, ASL 3 Genovese; <sup>2</sup>Agenzia Regionale Sanitaria Liguria, Genova

**SUMMARY** (*Noncommunicable diseases prevention and health promotion in clinical governance of health local unit ASL 3 Genovese, Italy*) - The challenge for health care systems is to limit the impact of chronic diseases according to the global objectives of WHO for 2025. Surveillance systems on lifestyles can give a contribute with the objective of making prevention and health promotion significant in health local units clinical governance. In ASL 3 Genovese a first step in this direction was the preparation of a plan of prevention to share with the stakeholders in the perspective of a process of social construction of health.

**Key words:** health promotion; chronic diseases prevention; clinical governance

[claudio.culotta@asl3.liguria.it](mailto:claudio.culotta@asl3.liguria.it)

## Introduzione

La sfida per i sistemi sanitari dei Paesi occidentali è quella di contenere l'impatto delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha formulato delle strategie globali, finalizzate alla riduzione entro il 2025 del 25% della mortalità prematura per malattie croniche, attraverso la copertura della popolazione con farmaci, tecnologie sanitarie e counseling, ma soprattutto attraverso la riduzione dei principali determinanti delle MCNT (Tabella).

Questi determinanti non sono legati soltanto a fattori genetici e biologici o a stili di vita individuali, ma anche a fattori socioeconomici, ambientali e culturali e alle disuguaglianze che si verificano nei contesti sociali.

Quindi una domanda fondamentale è: chi deve agire per ridurre l'impatto?

Il discorso non può rimanere circoscritto al settore sanitario, ma deve coinvolgere tutte le politiche in una prospettiva di costruzione sociale della salute, per rispondere ai bisogni della popolazione che non sono solo bisogni di assistenza, espressi da pazienti o gruppi a rischio,

ma anche di prevenzione e promozione della salute, riguardanti tutta la popolazione e spesso non espressi.

## Materiali e metodi

Passando dal pensiero globale dell'OMS all'agire locale incontriamo numerose difficoltà di ordine pratico. La prima è legata alla misurazione del bisogno non espresso e all'organizzazione di risposte efficaci. Se ci riferiamo, ad esempio, alla sedentarietà, i dati dei sistemi di sorveglianza sugli stili di vita ci dicono che nella ASL 3 Genovese ridurre del 10% la percentuale dei residenti insufficientemente attivi entro il 2025 vuol dire che in quell'anno, rispetto alla situazione attuale, il numero dei bambini attivi (nelle cinque classi della scuola primaria) dovrà essere aumentato di 2.300 unità, quello degli adulti di 28.000 e quello degli over 65 di 6.500.

Come possiamo raggiungere questi obiettivi?

Nella ASL 3 Genovese siamo partiti dalla programmazione e dalla creazione di reti a livello aziendale. La struttura di Epidemiologia, a seguito del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2010-13, ha coordinato un percorso per la redazione di un

Piano aziendale della prevenzione e della promozione della salute 2013-15, anche allo scopo di dare continuità alla programmazione aziendale nel campo della promozione della salute, in attesa del nuovo Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-18. Il Piano aziendale parte da un profilo di salute e da una ricognizione delle iniziative esistenti, prevede la creazione di gruppi di lavoro multidisciplinari tematici, l'inserimento degli obiettivi nel processo di budget aziendale e l'attivazione di strumenti di monitoraggio.

Per raggiungere efficacemente il target è stato necessario rafforzare le reti di collaborazione con i portatori di interesse esterni all'azienda (Comuni, municipi, terzo settore, scuole e università) e formare gli operatori sanitari nel campo della comunicazione per la salute, attraverso l'utilizzo di metodi e strumenti propri del marketing sociale.

## Risultati

Il Piano aziendale è stato approvato con delibera nel mese di aprile 2013. Nei gruppi di lavoro aziendali sono stati coinvolti oltre 100 operatori di tutti i servizi. I progetti censiti sono stati 93 e sono ►

**Tabella** - I 9 obiettivi globali per la riduzione entro il 2025 delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)

**Mortalità e morbilità**

Riduzione del 25% della mortalità prematura per malattie croniche

**Fattori di rischio per le MCNT**

Riduzione del 10% del consumo dannoso di alcol

Riduzione del 10% della sedenterietà

Riduzione del 30% del consumo di sale

Riduzione del 30% del fumo di tabacco

Riduzione del 25% dell'ipertensione

No aumento di diabete/obesità

**Risposta dei sistemi nazionali**

Copertura dell'80% con medicinali e tecnologie essenziali

Copertura del 50% di counselling e terapia farmacologica

stati organizzati secondo programmi e contesti. Il monitoraggio è stato eseguito semestralmente: nel giugno 2015, 73 progetti risultavano in linea con gli obiettivi e 20 avevano raggiunto parzialmente gli obiettivi o avevano richiesto una ridefinizione del cronoprogramma. Sono stati realizzati (in collaborazione con il Centro di documentazione per la promozione della salute - DoRS - del Piemonte corsi e laboratori di marketing sociale che hanno formato 75 operatori. Il Piano aziendale di prevenzione è stato presentato alla Conferenza dei sindaci della ASL 3 Genovese e sono stati avviati percorsi di integrazione fra la programmazione sanitaria e quella dei servizi sociali. Operatori della struttura di Epidemiologia fanno parte del tavolo "Città sane" del Comune di Genova e favoriscono la partecipazione della ASL alle relative iniziative. L'iniziale ricaduta sui cittadini ha visto, fra l'altro, la diffusione nel territorio delle proposte di attività fisica adattata (64 corsi attivi nel 2015, con 866 partecipanti) e lo sviluppo di gruppi di cammino in alcuni Comuni periferici, nonché la diffusione del progetto Pedibus in nuove scuole.

La recente approvazione del PNP 2014-18 e del PRP ligure (maggio 2015; successive integrazioni approvate nel gennaio 2016) rafforza l'attività di programmazione aziendale, grazie al buon livello di corrispondenza fra gli obiettivi centrali del PNP e gli obiettivi del precedente Piano aziendale.

In linea con gli indirizzi regionali, nella ASL 3 Genovese sono partite o sono state programmate nuove iniziative.

È stato avviato un programma di promozione della salute nel *setting* lavorativo rivolto ai dipendenti della ASL (che sono tutti potenzialmente promotori di salute) e in questo ambito è stata recentemente ultimata un'indagine conoscitiva (basata sul questionario PASSI,

integrato da una sezione del questionario FIASO sul benessere organizzativo aziendale), su un campione rappresentativo di 400 dipendenti della ASL.

In collaborazione con i servizi di medicina penitenziaria e la direzione del carcere genovese sono previste attività di formazione rivolte al personale sanitario e a quello addetto alla custodia.

Si stanno organizzando, in collaborazione con i clinici, gruppi di cammino per pazienti diabetici e psichiatrici, allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza e di ridurre le disuguaglianze nel campo della salute.

**Discussione e conclusioni**

Nella ASL 3 Genovese gli operatori della struttura di Epidemiologia partecipano al ciclo di programmazione e controllo a livello locale, cioè alla *clinical governance* aziendale. Questa partecipazione è importante se si vuole evitare il rischio che la prevenzione e la promozione della salute risultino poco rilevanti per l'azienda.

Rimangono, tuttavia, alcune criticità rispetto alle quali è necessario fare ulteriori progressi, anche attraverso il Piano attuativo aziendale del PRP 2014-18.

Bisogna che tutti i progetti che sono tra loro omogenei per finalità o contesti siano inseriti in un programma unitario che va condiviso sia nella ASL che con la comunità di riferimento (quartiere, unità urbanistica, piccolo Comune). Ad esempio, si avrà un unico programma di promozione dell'attività fisica e di una corretta alimentazione in tutte le età della vita e nei vari contesti, articolato in vari "pacchetti di lavoro" e coordinato, a livello aziendale, da un gruppo multidisciplinare di operatori. Questo collaborerà con i portatori di interesse esterni a livello metropolitano e nelle comunità locali. Analogamente, i progetti di promozione della salute nel *setting* scolastico, finalizzati

non solo all'acquisizione di conoscenze, ma soprattutto allo sviluppo di *life skill* nei giovani, non saranno programmati e realizzati da singoli servizi, ma da équipe multidisciplinari e intersettoriali, collegate alla comunità locale e comprendenti gli insegnanti, le famiglie, le istituzioni locali e le associazioni.

Occorre consolidare la collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, attraverso le nuove forme di associazione di tali medici (Unità territoriali di assistenza primaria) e in collaborazione con i distretti.

È necessario, inoltre, proseguire e rafforzare il lavoro di condivisione di obiettivi e strategie con tutti i portatori di interesse, sottolineando i collegamenti tra stili di vita per la salute e comportamenti sobri finalizzati al rispetto dell'ambiente e alla qualità di vita nelle comunità locali: mobilità attiva e sostenibile, contrasto alle varie forme di dipendenza (compresa la dipendenza dai media, dalla pubblicità, dai consumi), contrasto alle disuguaglianze socioeconomiche e culturali. ■

**Dichiarazione sul conflitto di interessi**

*Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.*

**Riferimenti bibliografici**

1. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases, 2014 ([www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/)).
2. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for future studies; 1991.
3. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, et al. The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hosp Q* 2003;7(1):73-82.
4. Fattori G, French J, Blair-Stevens C (Ed.). *Guida operativa al marketing sociale*. Modena: Artestampa; 2009.

**Comitato scientifico**

Chiara Donfrancesco, Lucia Galluzzo, Ilaria Lega, Marina Maggini, Luigi Palmieri, Alberto Perra, Francesco Rosmini, Paola Luzi  
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

**Comitato editoriale**

Paola De Castro, Carla Faralli, Alberto Perra, Stefania Salmaso  
 e-mail: [ben@iss.it](mailto:ben@iss.it)