

**PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007**

**SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELL'OBESITÀ**

# PROGETTO ALIMENTAZIONE E SALUTE

## Referenti regionali del progetto:

Emanuela Balocchini [emanuela.balocchini@regione.toscana.it](mailto:emanuela.balocchini@regione.toscana.it)

Alberto Zanobini [alberto.zanobini@regione.toscana.it](mailto:alberto.zanobini@regione.toscana.it)

Direzione Generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà – Regione Toscana

## Introduzione

Già da tempo è noto che vi è una stretta correlazione fra salute e corretti stili di vita, e come, fra questi ultimi, un ruolo preminente lo assuma l'alimentazione. Basandosi quindi sugli indirizzi emanati dall'O.M.S. e dalla Comunità Europea la Giunta regionale toscana ha approvato con deliberazione n.1271 del 19.11.2001 gli "Indirizzi operativi di igiene della nutrizione per gli anni 2001 – 2003", in cui venivano individuate una serie di iniziative di sorveglianza nutrizionale ed educazione alimentare coordinate rivolte ad alcuni target sensibili.

Partendo dai risultati di questa esperienza nel vigente Piano Sanitario Regionale 2005 – 2007 approvato con deliberazione del Consiglio regionale n.22 del 16.2.2005 è stato inserito fra le azioni prioritarie del Piano il Progetto "Alimentazione e salute", di cui si riportano di seguito obiettivi e attività.

## Le dimensioni del problema

I Paesi Industrializzati, negli ultimi decenni, sono stati caratterizzati dal diffondersi di patologie cronic-degenerative, che rappresentano il risultato dell'interazione tra ambiente, genetica e stili di vita. E' noto che nella patogenesi di queste malattie intervengono diversi fattori e risulta difficile stabilire un chiaro collegamento con un solo determinante responsabile.

Tra gli stili di vita l'attività fisica riveste un ruolo sicuramente importante per la salute, tanto è vero che l'O.M.S. ha dedicato una giornata mondiale della salute alla promozione dell'attività fisica, richiamando l'attenzione sulla sedentarietà quale problema di sanità emergente. La mancanza di attività fisica risulta essere una delle dieci maggiori cause di mortalità e disabilità. A questo proposito si stanno consolidando a livello mondiale consistenti prove scientifiche che dimostrano come l'attività fisica fornisca, a tutti gli individui, sostanziali benefici fisici, psicologici e sociali quali aumento della vitalità e della forma fisica, potenziamento dell'apparato muscolo-scheletrico e del sistema immunitario, prevenzione delle patologie cronic-degenerative, miglioramento nella performance motoria, controllo del peso corporeo, riduzione di stress, ansia e depressione, aumento delle opportunità di incontro ed interazione con gli altri, miglioramento delle capacità di vita autonoma per gli anziani.

L'alimentazione ha un ruolo altrettanto importante sia come fattore di rischio che come fattore protettivo. Si stima che nell'anno 2000 le malattie a componente nutrizionale siano state responsabili per il 60% della mortalità generale e che contribuiscano per il 43% al carico globale di malattie croniche del mondo. L'evidenza scientifica su cui si basa l'ipotesi della relazione dieta-patologia è diversa per le varie malattie; poiché si tratta di malattie ad eziologia multifattoriale il fattore dietetico può pesare in maniera diversa in relazione al grado di esposizione agli altri fattori, inoltre si può avere un lungo periodo di latenza tra esposizione al fattore nutrizionale e manifestazione della malattia.

I disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.) sono patologie psichiatriche caratterizzate da una serie di convinzioni e comportamenti distorti incentrati su cibo, peso e corpo, che si presentano parallelamente alla diffusione di abitudini alimentari e stili di vita sempre più improntati

alla ricerca della perdita di peso, che, nelle situazioni più estreme, portano a mettere a rischio la stessa sopravvivenza della persona. Queste problematiche sono in costante aumento nei paesi industrializzati. In particolare, per l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e le loro varianti subcliniche, i dati epidemiologici a livello internazionale indicano, nei paesi industrializzati, una prevalenza tra le adolescenti e le donne adulte del 1-3% per la bulimia nervosa e dello 0,5%-1 per l'anoressia nervosa, mentre le forme subcliniche, caratterizzate da un minore numero di sintomi rispetto ai due quadri clinici principali, colpiscono il 6-10% dei soggetti di sesso femminile. L'O.M.S. afferma che le patologie di tipo anoressico e bulimico rappresentano la seconda causa di morte tra gli adolescenti di sesso femminile, dopo gli incidenti stradali.

L'aumento della diffusione dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.), da soli o in codiagnosi con altri disturbi, in particolare nella popolazione femminile giovanissima ed adolescenziale, ma anche nella prima età adulta, ha assunto negli ultimi anni, anche nella nostra Regione, un rilievo significativo, tale da determinare l'esigenza di un'azione mirata, per affrontare il problema sia in termini preventivi sia mediante qualificati interventi di cura.

### **Scenari di riferimento e obiettivi generali**

Per l'obesità sono disponibili molti dati che evidenziano come la sua prevalenza sia in aumento in gran parte dei paesi sviluppati e in particolare la sua diffusione in età evolutiva stia diventando sempre più allarmante. Il World-watch Institute quantizza in un miliardo e duecento milioni gli individui con problemi di peso nel mondo tanto che ormai il numero di persone in sovrappeso è sovrapponibile a quello di chi muore di fame. Nel suo rapporto sulla salute in Europa del 2002, l'ufficio regionale europeo dell'O.M.S. definisce l'obesità come una "epidemia estesa a tutta la Regione europea". Circa la metà della popolazione adulta è sovrappeso e il 20-30% degli individui, in molti paesi, è definibile come clinicamente obeso.

In Toscana la percentuale di popolazione sedentaria, che non svolge cioè neppure un'attività fisica leggera come salire le scale o passeggiare per pochi minuti al giorno, è minore di quella italiana, rispettivamente il 25,9% contro il 31,1%. All'interno della Regione la popolazione femminile sembra più sedentaria di quella maschile, difatti la percentuale di donne che ha dichiarato di non svolgere attività fisica leggera è di circa il 30% contro il 22% dei maschi. Questo fenomeno è ancora più evidente nella popolazione oltre i 65 anni: mentre gli uomini sedentari sono circa il 27%. Misurando l'obesità tramite l'Indice di Massa Corporea ( $\text{Peso} / \text{statura}^2$ ) si osserva che in Toscana più del 50% della popolazione maschile e più del 30% di quella femminile sopra i 18 anni si trova in una condizione di sovrappeso, mentre rispettivamente il 7,5% ed il 6,5% è obeso. Queste percentuali sono in linea con quelle rilevate nella popolazione italiana dove troviamo una quota di soggetti sovrappeso del tutto simile a quella Toscana, ma una percentuale più alta di obesi e rispettivamente il 9,1% nei maschi e l'8,6% nelle femmine (Il profilo della salute e dei servizi sanitari della Toscana – relazione sanitaria regionale 2000-2002- ARS) .

Un problema particolarmente grave è quello dell'insorgenza dell'obesità tra i bambini e gli adolescenti. Nell'ultima decade, infatti, il numero di bambini obesi è aumentato e l'eccesso di peso è diventato uno dei principali problemi di salute per i bambini e gli adolescenti. Per quanto riguarda la prevalenza di obesità nell'età evolutiva in Italia, benché non sia ancora stato attivato un sistema di sorveglianza nazionale in grado di fornire informazioni attendibili, si stima che il 30-35% dei bambini risulti essere sovrappeso e il 10-12% obeso, con valori percentuali inferiori a 10 al di sotto degli 8 anni, che salgono a 14-16 tra i 9 e i 13 anni (Istituto auxologico italiano, 2000; Istituto auxologico italiano, 2001); altre indagini statistiche indicano una prevalenza totale notevolmente elevata del 15-20% su base nazionale con punte fino al 30% in alcune regioni come la Campania e l'Abruzzo.

E' dunque necessario ed impellente affrontare con un impegno continuativo il problema dell'obesità in età evolutiva e dell'acquisizione di abitudini e stili di vita salutari, attraverso un'azione coordinata a livello internazionale, nazionale e locale. Proprio in quest'ottica, la Regione Toscana ha deciso di dar vita a due progetti:

- 1) “Sorveglianza nutrizionale”, iniziato nel 2001/2002 ed indirizzato ai giovani studenti della classi terza elementare;
- 2) “HBSC”, indagine condotta in collaborazione con l’Ufficio Regionale per l’Europa dell’OMS sui comportamenti degli adolescenti (11-13-15 anni) correlati alla salute.

In entrambi i progetti, basati sulla raccolta sistematica di dati, è posta particolare attenzione agli stili di vita alimentari, all’attività fisica e allo stato nutrizionale dei giovani toscani, al fine di individuare obiettivi di promozione della salute che contrastino il fenomeno obesità e promuovano fra i giovani la cultura del movimento e di una sana alimentazione.

### **1) Il progetto di sorveglianza nutrizionale**

In coerenza con quanto stabilito dal Piano Sanitario Regionale 1999/2001, la Regione Toscana, ha avviato uno studio di sorveglianza nutrizionale nel territorio regionale, su un campione di 3076 alunni di terza elementare (8-9 anni di età) rappresentativo del territorio regionale.

I valori antropometrici sono stati rilevati con misurazioni dirette e standardizzate: è stato calcolato l’Indice di Massa Corporea (IMC), l’indicatore epidemiologico più utilizzato a livello internazionale per valutare lo stato nutrizionale. I gruppi di normopeso, preobesi e obesi sono stati individuati utilizzando i valori soglia dell’IMC, per l’età evolutiva, secondo il metodo di T. J. Cole.

Dai risultati emerge che:

- la prevalenza di sovrappeso complessiva nei ragazzi di terza elementare è di 31.4%, di cui 8.8% obesi, senza sostanziale differenza fra maschi e femmine (tab 1, grafico 1)
- l’abitudine di non saltare la prima colazione sembra ormai radicata, con il 92.3% che dichiara di farla quasi tutti i giorni (tab 2)
- una frequenza di consumo di verdure e frutta, obiettivo principale degli interventi educativi, raggiunge valori di 31% e 70% rispettivamente (tab 3).

E’ stato evidenziato un significativo aumento della prevalenza di bambini obesi e in sovrappeso aumenta con il diminuire del livello di istruzione dei genitori e con l’aumentare del loro IMC .

### **2) Il progetto HBSC: Stili di vita e salute dei giovani toscani di 11-13-15 anni di età**

In accordo con gli indirizzi del Piano Sanitario Regionale (PSR 2002/2004) ha preso l’avvio anche il progetto sugli stili di vita dei giovani toscani 11–13–15 anni (HBSC, Health Behaviour in School-aged Children).

La ricerca, condotta a livello internazionale a cadenza quadriennale, da una rete multidisciplinare di ricercatori provenienti dai paesi dell’Europa e del Nord America, si colloca in un’ottica strettamente legata ai principi ispiratori e alle metodologie che caratterizzano la rete europea delle scuole che promuovono salute (HPS). L’intento è quello di fornire un solido supporto, in termini di dati e di analisi, per comprendere meglio l’influenza che la scuola, la famiglia e gli altri contesti sociali hanno sugli stili di vita degli adolescenti e per orientare politiche, programmi e pratiche in grado di incidere positivamente sui comportamenti e sulla salute dei giovani.

Un campione casuale di circa 4500 giovani toscani di 11, 13, e 15 anni, è stato coinvolto nella compilazione del questionario HBSC.

Dai risultati emerge che:

- i ragazzi sovrappeso a 11 anni sono il 19.5%, a 13 anni il 18% e a 15 anni il 15.5%; e le ragazze sovrappeso a 11 anni il 14.7%, a 13 anni l’ 8.9% e a 15 anni l’ 8.5%. Per quanto riguarda l’obesità, per i maschi a 11 anni è del 5.2%, a 13 anni del 4% e a 15 anni del 2.1%, mentre nelle femmine a 11 anni è dell’1.4%, a 13 anni del 2.6% e a 15 anni dello 0.5% (tab 1, grafico 1).
- la percentuale di ragazzi toscani di 11, 13 e 15 anni che fanno la prima colazione “Quasi tutti i giorni” (rispettivamente il 77,8%; il 71.7% e il 64.6%)(tab 2).
- per quanto riguarda il consumo di frutta, le frequenze sono piuttosto positive anche se peggiorano con l’età dei ragazzi: mentre per gli undicenni la percentuale che consuma “Quasi

tutti i giorni” frutta è del 53%; per i tredicenni questa percentuale decresce al 51%; per i quindicenni decresce ulteriormente al 47.4% (tab 3).

- per quanto riguarda il consumo di verdura la percentuale dei ragazzi che la consumano “Quasi tutti i giorni” è del 36.2% a 11 anni, del 40.6% a 13 anni e del 44% a 15 anni (tab 3),
- per quanto riguarda l’attività fisica, i nostri ragazzi si comportano come il resto dei ragazzi italiani con una media di 3,5 giorni a settimana nei quali svolgono almeno un’ora di attività fisica (Grafico 2).

Per quanto riguarda gli adulti, i dati disponibili (2001) ci dicono che in Toscana il 27.2% delle donne e il 44.5% degli uomini sono in sovrappeso mentre il 6.5% e 7.5% rispettivamente sono obesi (tab 4).

Concludendo, la produzione di questi dati relativi ai comportamenti e agli stili di vita rilevanti per la salute dei giovani toscani di fasce d’età differenti che coprono il passaggio dall’infanzia all’adolescenza, dimostra ampiamente la rilevanza e l’utilità dell’investimento in attività di ricerca scientifica da mettere a disposizione dei decisori politici per indirizzare programmi e azioni di prevenzione dell’obesità.

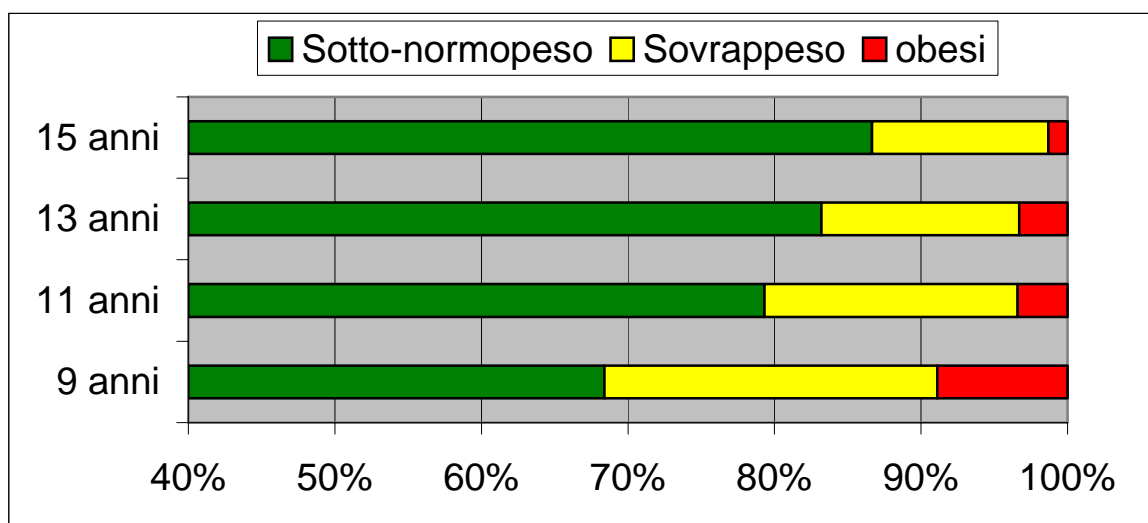
### Tabella 1

**Classi IMC ragazzi (per i bambini di 9 anni i dati sono misurati, per gli altri sono riferiti)**

	9 anni*	11 anni	13 anni	15 anni
Sotto-normopeso	67,7%	79,40%	83,20%	86,40%
Sovrappeso	22,5%	17,30%	13,50%	12%
obesi	8,8%	3,40%	3,30%	1,30%

\* dati misurati

**Grafico 1 Classe IMC ragazzi totale**



**Tabella 2 Frequenza di consumo prima colazione**

Consumo prima colazione	<u>Tutti i giorni o quasi</u>	Mai
15 anni	64.6%	26.5%
13 anni	71.7%	21.0%
11 anni	77.8%	15.6%
9 anni	92.3%	3.0%

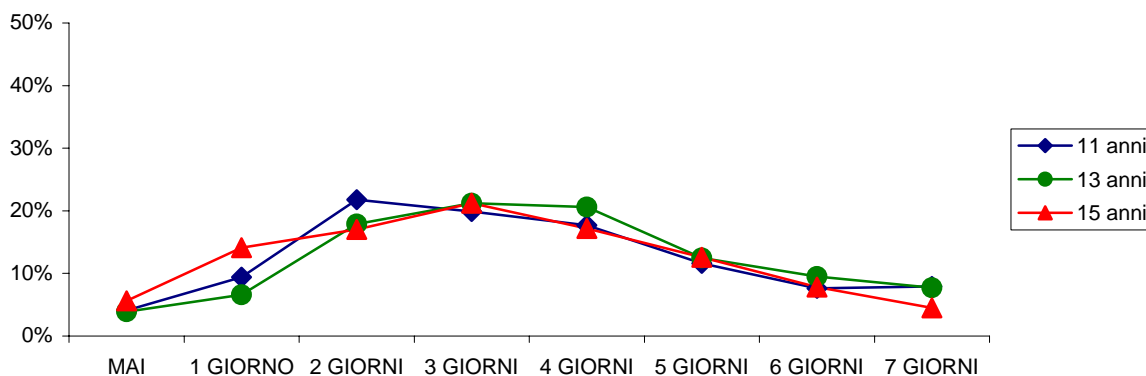
**Tabella 3 Frequenza di consumo di frutta e verdura**

	Tutti i gg o quasi	
	frutta	verdura
15 anni	47.4%	44.0%
13 anni	51.1%	40.6%
11 anni	53.0%	36.2%
9 anni	70.0%	39.0%

**Tabella 4 Classi IMC adulti**

<u>CLASSI IMC ADULTI</u>				
	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesi
FEMMINE	6.3%	60.10%	27.20%	6.5%
MASCHI	1.5%	46.6%	44.5%	7.5%

**Grafico 2 “In una settimana tipica, quanti giorni fai attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?”; ragazzi e ragazze per classi d’età**



## Obiettivi generali

Nel complesso quadro delle problematiche emergenti nei paesi industrializzati sul tema dell'alimentazione e degli stili di vita quali determinanti di salute, la Regione Toscana intende sviluppare nel triennio una strategia complessiva che affronti, da un lato, le azioni necessarie per monitorare il comportamento alimentare in Toscana e promuovere stili di vita sani nella popolazione, dall'altra definisca obiettivi e strumenti specifici per alcuni particolari campi di criticità quali l'obesità ed i disturbi del comportamento alimentare (anoressia e bulimia nervosa), per affrontare in modo efficace le specificità di questi problemi che richiedono particolari azioni di approccio e lo sviluppo di "reti" tra i servizi, con l'apporto integrato delle varie competenze utili per garantire un qualificato intervento assistenziale.

## Obiettivi specifici, azioni e strumenti di attuazione

Gli obiettivi del piano sanitario nazionale per l'anno 2003-2005 assegnano un ruolo di primaria importanza alla lotta all'obesità e ai disturbi del comportamento alimentare, sia in termini di prevenzione che di terapia.

Parimenti anche nel piano sanitario regionale 2002-2004 venivano, in più punti, precisate azioni per una corretta gestione del problema. Per il presente piano si ritiene di individuare un progetto unitario che affronti in modo organico e completo il problema secondo le linee direttive di seguito elencate:

- sorveglianza epidemiologica sul comportamento alimentare e sui disturbi connessi;
- prevenzione e promozione di corretti stili di vita ed in particolare educazione alimentare ed all'attività motoria;
- definizione di percorsi diagnostico terapeutici fruibili a livello regionale per gli obesi;
- sviluppo della ricerca.

A supporto delle azioni di seguito descritte saranno sviluppati percorsi formativi specifici, con particolare riferimento ai medici e ai pediatri di libera scelta, per il ruolo centrale da questi svolto nei confronti delle famiglie.

### 1) Sorveglianza epidemiologica sul comportamento alimentare e disturbi connessi

Come indicato dall'O.M.S., lo sviluppo di un sistema di sorveglianza nutrizionale prevede la raccolta sistematica di dati sui consumi alimentari, sullo stato nutrizionale della popolazione, sull'andamento delle patologie alimentazione-correlate. Dall'analisi dei dati raccolti, attraverso l'individuazione di idonei indicatori, deriva l'individuazione di priorità di intervento. Risulta quindi basilare attivare una rete di sorveglianza epidemiologica regionale in ambito nutrizionale. Essa deve costituire un osservatorio del rischio associato alle abitudini e/o modificazioni alimentari della popolazione e presuppone che:

- siano state assunte e standardizzate le metodiche per la valutazione dell'impatto dello stato nutrizionale sulla salute della popolazione;
- sia stata effettuata una raccolta sistematica di informazioni di eventi morbosi e di fattori di rischio nella popolazione;
- sia condotta un'iniziativa globale di coordinamento delle organizzazioni istituzionalmente preposte a gestire attività sanitaria preventiva, nonché di controllo e di monitoraggio, ed in primo luogo le aziende unità sanitarie locali, che istituzionalmente compete alla Regione.

Come descritto nel manuale INRAN di sorveglianza nutrizionale 2003, che riporta tra l'altro i risultati della recente esperienza di sorveglianza nutrizionale cui tutte le UU.FF. di igiene degli alimenti e nutrizione della Toscana hanno partecipato, devono essere utilizzati dati primari, raccolti attraverso indagini mirate effettuate direttamente sul territorio, e secondari, già disponibili in quanto di interesse di altri soggetti (operatori economici, istituti di ricerca etc.). I dati secondari, oltre ad un valore intrinseco possono anche essere strumento per stabilire utili connessioni con il mondo esterno al S.S.R.

Per quanto riguarda i primi verrà istituito un osservatorio epidemiologico che assicuri un sistema permanente di raccolta periodica di dati, attraverso rilevazioni antropometriche e questionari, relative a classi di età pediatrica, anche nel quadro del progetto di ricerca O.M.S. denominato H.B.S.C. (Health Behaviour School Aged); questo progetto, già attivato in Toscana, è orientato alla comprensione dei fattori comportamentali e stili di vita legati al contesto socio economico che influenzano la salute e il benessere dell'adolescente.

Si propone inoltre di monitorare un'altra fascia di popolazione a rischio rappresentata dagli anziani, in particolare istituzionalizzati.

## 2) Prevenzione e promozione di corretti stili di vita ed in particolare educazione alimentare ed all'attività motoria

La prevenzione primaria dell'obesità è fondata sull'adozione di corretti stili di vita: abitudini alimentari equilibrate e attività motoria costante devono essere apprese nell'infanzia e poi messe in pratica per tutta la vita. Le indagini di sorveglianza nutrizionale effettuate dalle aziende unità sanitarie locali e coordinate dalla Regione Toscana, hanno rilevato che il problema sovrappeso - obesità nella popolazione infantile regionale è associato ad abitudini alimentari e di vita non corrette. Gli alimenti meno graditi, anche nelle mense scolastiche, risultano pesce, verdure e legumi. Spesso non viene rispettato un giusto equilibrio nella giornata alimentare, si tende a concentrare l'alimentazione allo spuntino di metà mattino ed alla sera. Si evidenzia inoltre l'insufficiente attività fisica.

Principi guida devono quindi essere:

- Promozione del consumo di frutta, verdura, pesce.
- Promozione dell'attività fisica.

Non bisogna inoltre dimenticare la sempre più consistente numerosità di fasce a basso reddito e di immigrati, per i quali la difficoltà di integrazione è collegata anche alle diverse abitudini alimentari rispetto a quelle del paese di origine. Diviene quindi necessario conoscere gli stili di vita e le abitudini alimentari delle varie etnie maggiormente rappresentative sul nostro territorio, valutare i principali gruppi di materie prime utilizzate e le loro caratteristiche nutrizionali per poi poter affrontare un discorso mirato di educazione alla salute ed anche uno scambio culturale che può contribuire all'integrazione degli immigrati.

L'attuazione di programmi per questo specifico obiettivo richiede l'interazione complessa di una serie enti che, se anche vedono al centro le strutture sanitarie pubbliche (UU.FF. igiene degli alimenti e della nutrizione, educazione e promozione della salute, medici di famiglia e pediatri di libera scelta etc.), devono operare in assoluto accordo con tutta un'altra serie di istituzioni, in primo luogo quelle scolastiche, e poi ancora i Comuni, le Province, le associazioni dei consumatori e quelle sportive, nonché con le famiglie. Il fine è di offrire all'utente non solo consigli e supporto scientifico ma anche una serie di interventi specifici che in concreto facilitino il seguire corretti stili di vita.

Tutti questi interventi trovano la loro naturale realizzazione nell'ambito dei piani integrati di salute, con interventi rivolti alla scuola e alla ristorazione collettiva ed interventi rivolti alla popolazione in generale, con priorità per lo sviluppo di piani di prevenzione che abbiano come



oggetto la popolazione in età pediatrica, poiché un bambino obeso ha molte probabilità di essere un adulto obeso ed è inoltre su questa fascia di età che abbiamo maggiori possibilità di prevenzione primaria.

In ambito scolastico si prevede la collaborazione con il personale docente al fine di individuare efficaci percorsi formativi ed indicatori di risultato.

A questo fine ci si propone di definire procedure omogenee a livello regionale per la gestione delle attività di prevenzione nell'ambito della ristorazione collettiva almeno per i seguenti punti:

- valutazione menù;
- monitoraggio del gradimento e degli scarti;
- valutazione dei capitolati d'appalto.

Altre iniziative di formazione su problematiche nutrizionali, quali celiachia ed allergie alimentari, verranno rivolte a personale impegnato professionalmente nel settore alimentare ed assistenziale (personale R.S.A., cuochi di ristorazione collettiva).

Nei confronti della popolazione in generale dovranno essere elaborati piani di comunicazione mirati, ben definiti negli obiettivi e nel target, in base ai quali verranno scelti gli strumenti di comunicazione più appropriati, un canale informativo da implementare è comunque rappresentato dal WEB, anche sfruttando il portale dello sportello unico della prevenzione.

In base alle indicazioni provenienti dal mondo scientifico si ritiene utile affiancare alle attività di educazione alimentare e nutrizionale, interventi rivolti a piccoli gruppi tramite:

- partecipazioni ad attività consultoriali rivolte a gruppi omogenei di popolazione e riferiti a stati fisiologici della vita (gravidanza, menopausa, adolescenza, anziani);
- apertura ambulatori di counseling rivolti alla popolazione sana o con problemi di sovrappeso, compresi i genitori dei bambini con problemi di sovrappeso.

### 3) Definizione di percorsi diagnostico-terapeutici fruibili a livello regionale per gli obesi

L'obesità costituisce un problema di salute a livello di popolazione, indipendentemente dall'età, dal sesso e dal gruppo etnico di appartenenza, essendo alla base di una serie di patologie cardiovascolari, metaboliche, osteoarticolari, tumorali e respiratorie che comportano una ridotta aspettativa di vita ed un notevole aggravio per il sistema sanitario. Per l'Italia i costi diretti sono stimati in circa 23 miliardi di euro l'anno, la maggior parte di tali costi è dovuta ai ricoveri ospedalieri. La riduzione dell'obesità costituisce quindi un efficace mezzo di risparmio in quanto l'aumento di incidenza dell'obesità è associato ad un aumento delle richieste di cura per svariate patologie collegate, con un numero di pazienti tendenzialmente crescente in relazione al carattere cronico delle patologie.

Nella maggior parte dei casi i pazienti obesi vengono oggi curati in maniera settoriale per la gestione di specifici sintomi, con spesso un trasferimento inappropriato dei pazienti da uno specialista ad un altro; il tutto genera sfiducia e rassegnazione e alla fine cronicizzazione e aggravamento del problema.

D'altra parte risulta anche provato come un tempestivo e razionale approccio terapeutico all'obesità costituisce di fatto un efficace mezzo per realizzare un miglioramento delle condizioni di salute. La letteratura scientifica internazionale è infatti concorde nell'affermare che anche un modesto calo ponderale, dell'ordine del 5-10% del peso iniziale, è già sufficiente a risolvere molte delle patologie concomitanti e comunque a ridurre il rischio di morbilità e mortalità. L'obiettivo non è comunque solo quello del calo ponderale, ma anche impedire il recupero del peso nei soggetti che lo hanno perso e l'aggravamento di qualunque condizione patologica esistente.

E' quindi indispensabile istituire una rete di collaborazioni con tutte quelle figure professionali che in ambiti diversi entrano in contatto con il problema nutrizione, in particolare pediatri, medici di famiglia, medici ospedalieri, servizi consultoriali.

Per instaurare un trattamento globale dell'obesità è necessario considerare il problema della sua interdisciplinarietà. Indispensabile quindi l'integrazione delle professionalità vista non come sovrapposizione di ambiti professionali o affiancamento di discipline diverse, su una tematica comune, non come somma di competenze, ma come esplicitazione di un ben più impegnativo e più serio tentativo di impostare l'intero iter diagnostico-terapeutico.

Nel triennio di vigenza del piano sanitario la Giunta regionale è impegnata a fornire indirizzi alle aziende unità sanitarie locali al fine di definire un percorso assistenziale per il soggetto obeso che consideri la globalità del problema e risponda alla necessità di effettuare una corretta valutazione clinica ed instaurare un'appropriate terapia in tempi rapidi, fornendo altresì riferimenti anche per lo svolgimento di quelle attività di supporto, quali l'esercizio fisico e l'educazione alimentare, indispensabili per ottenere risultati stabili. Si dovrà implementare una rete mirata all'eccellenza delle prestazioni, cioè tale da garantire in modo omogeneo le migliori prestazioni possibili in un quadro di sostenibilità.

L'obiettivo sarà perseguito mediante la valorizzazione delle esperienze mediche e chirurgiche presenti nella rete ospedaliera toscana e nei servizi del territorio, anche al fine di ridurre le liste di attesa.

Gli uffici competenti della Giunta regionale sono inoltre impegnati a elaborare linee guida, ivi compreso le indicazioni clinico diagnostiche, a garanzia dell'appropriatezza dell'assistenza assicurata.

#### 4) Sviluppo della ricerca

Negli ultimi anni sono andate crescendo le evidenze scientifiche che dimostrano l'importanza dell'alimentazione come fattore determinante o protettivo in varie malattie. In particolare la dieta mediterranea è indicata come favorevole per la prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari e di tumori. Tenuto conto dell'impegno regionale nel campo della ricerca, con particolare riferimento alla ricerca finalizzata in ambito biomedico e precisato che non sono ad oggi chiari i meccanismi biologici con i quali si esplica l'azione protettiva o patogenetica di singoli alimenti o bevande, risulta necessario approfondire il tema attraverso azioni mirate da condursi con i soggetti e le modalità previste nella citata sezione del piano sanitario dedicata alla ricerca. Tenuto conto delle indicazioni ivi contenute rispetto alle macrolinee di sviluppo del sistema della ricerca toscana, si ritiene di dover indirizzare le indagini nel settore prioritariamente:

- studio sul consumo di alimenti di produzione locale e/o ottenuti con metodi rispettosi dell'ambiente come determinante di salute;
- indagini genetiche, biomediche e cliniche sui determinanti predisponenti ai disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.), sui sistemi di protezione da D.C.A. e sul dispiegamento patologico di D.C.A.;
- sui sistemi di erogazione di servizi a livello preventivo e assistenziale

##### *Monitoraggio del progetto*

Sono stati individuati nel Piano Sanitario Regionale i seguenti indicatori generali per la valutazione del progetto:

- numero di progetti integrati presentati dalle zone;
- numero centri ambulatoriali specifici per la diagnosi e terapia dei D.C.A. attivati.

Gli indicatori relativi ai singoli interventi programmati e finanziati sono specificati all'interno degli stessi.

##### *Modalità di coordinamento regionali*

E' stata costituita a livello regionale una Commissione denominata "Alimentazione e salute" con la funzione di coordinare e promuovere in maniera organica le strategie e le azioni del presente Progetto attraverso l'integrazione fra tutti i soggetti coinvolti. Al suo interno vi sono i rappresentanti nominati

dell'Ufficio Scolastico regionale, dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, delle dietiste, delle Università (Facoltà di Medicina e Agraria), degli Istituti regionali di riferimento per epidemiologia e tumori e naturalmente di tutte le figure interessate delle Aziende USL e Ospedaliere della toscana, in particolare delle UU.FF. di Igiene degli alimenti e della nutrizione, dell'Educazione alla salute e delle direzioni sanitarie.

La Commissione è già stata formalizzata ed i componenti individuati con Decreto dirigenziale n.7359 del 23.12.2005.

### **TEMPIFICAZIONE DELLE AZIONI**

Azioni	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
A-1 Sorveglianza epidemiologica	Adolescenti Anziani		Adolescenti
A-2 Prevenzione ed educazione alla salute	Progettazione PIS  Linee guida ASL su ristorazione comunitaria  Realizzazione pagine web	Realizzazione PIS	Monitoraggio e risultati conclusivi PIS
A -3 Percorsi diagnostico terapeutici	Monitoraggio situazione attuale  Costituzione gruppo lavoro	Predisposizione linee guida e loro attuazione	Monitoraggio risultati
B - D.C.A.	Predisposizione linee guida	Realizzazione centri D.C.A.	Monitoraggio risultati
C- Ricerca	Predisposizione e presentazione progetti alla CE  Costituzione gruppo interdisciplinare	Esecuzione e monitoraggio progetti  Inserimento dei progetti nel modulo di comunicazione	Monitoraggio risultati e pubblicazione report
A /B/ C - Formazione	Progettazione e realizzazione corsi per target individuati	Progettazione e realizzazione corsi per target individuati	Progettazione e realizzazione corsi per target individuati

## **INTERVENTI GIA' PROGRAMMATI E FINANZIATI PER GLI ANNI 2006 E 2007**

### **1. La Ricerca HBSC**

La Regione Toscana in virtù dell'accordo-quadro (2003 – 2007) di collaborazione stipulato con l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha aderito allo studio internazionale HBSC (Health Behaviour School-aged Children), relativo ai comportamenti e stili di vita degli adolescenti della fascia di età 11 – 13 – 15 anni.

Lo studio HBSC rappresenta una ricerca trasversale che vede coinvolti più stati ed è rivolta a identificare e comprendere i fattori che influenzano la salute degli adolescenti ( Alimentazione Fumo, Alcool, Attività fisica) inoltre l'adozione del protocollo metodologico internazionale ci permette di confrontare la realtà regionale con quella nazionale e internazionale.

Per l'anno scolastico 2005/2006 è prevista la realizzazione della ricerca con il coinvolgimento di circa 150 scuole

Il progetto prevede uno stanziamento attribuito all'Università di Siena:

- Anno 2006 – 50.000 euro

### **2. Il counseling nutrizionale – da sperimentazione a realtà operativa**

L'ambulatorio di counseling nutrizionale si è sviluppato in Toscana come progetto sperimentale, nell'ambito del precedente Piano Sanitario, nelle Aziende USL 7 di Siena, 11 di Empoli e 12 di Viareggio ed ha ottenuto notevole successo sia per l'elevata partecipazione degli utenti che per il consenso ottenuto presso i medici di medicina generale.

La sperimentazione ha portato alla creazione di ambulatori ove si insegna a piccoli gruppi di persone, attraverso incontri con personale specificamente formato, una corretta alimentazione e adeguata abitudine al movimento.

Gli interventi vengono estesi a tutte le Aziende USL con il supporto delle tre Aziende che hanno già sperimentato il percorso.

Il finanziamento è finalizzato alla formazione degli operatori, alla realizzazione di strumenti informativi, al miglioramento dell'accoglienza dei gruppi e all'informatizzazione degli ambulatori al fine di raccogliere dati epidemiologici uniformi.

Il progetto è stato approvato e finanziato con decreto dirigenziale n.6111 dell'8.11.2005 e prevede uno stanziamento distribuito a 10 Aziende USL:

- Anno 2006 – 45.000 euro
- Anno 2007 – 21.000 euro

Per poter accedere al finanziamento del secondo anno le Aziende USL debbono presentare un rendiconto di quanto effettuato, sulla base di indicatori individuati.

### **3. Realizzazione di un percorso di accoglienza per il paziente sovrappeso**

Tra le criticità della lotta all'obesità vi è la mancanza di una strategia complessiva per l'approccio integrato al problema. Uno degli obiettivi prioritari del progetto regionale è infatti la definizione di un percorso assistenziale che consideri la globalità del problema e risponda alle necessità di effettuare una corretta valutazione clinica ed instaurare rapidamente un'appropriata terapia, fornendo riferimenti per lo svolgimento delle attività di supporto quali l'esercizio fisico e l'educazione alimentare.

Obiettivi specifici sono:

- Raccolta dei bisogni dei cittadini
- Costituzione di una rete di servizi e definizione di percorsi diagnostici, terapeutici e di prevenzione
- Consolidamento e sviluppo delle iniziative di prevenzione

- Informazione al cittadino

Il progetto viene sviluppato in forma sperimentale nell'Azienda USL 12 di Viareggio, una delle più piccole della regione, per le quali vi sono le condizioni organizzative ottimali per implementare e validare un prototipo di percorso assistenziale al paziente obeso.

Il progetto è stato approvato e finanziato con decreto dirigenziale n.6331 del 18.11.2005 e prevede uno stanziamento di:

- Anno 2006 – 40.000 euro

L'Azienda USL deve presentare relazioni sintetiche trimestrali sulla base di indicatori individuati e una relazione con rendicontazione dettagliata alla fine del progetto.

#### **4. A tavola con la celiachia**

Da diversi anni la Regione Toscana ha sviluppato uno stretto rapporto di collaborazione con l'Associazione Italiana Celiachia che ha portato a sviluppare numerose iniziative. In particolare le UU.FF di Igiene degli alimenti e della nutrizione si sono interessate della sicurezza dei pasti cucinati nell'ambito della ristorazione comunitaria e collettiva portando avanti iniziative di formazione nei confronti degli operatori economici, al fine di allargare l'offerta e soprattutto garantire sicurezza ai soggetti celiaci.

Gli obiettivi dell'iniziativa sono i seguenti:

- Formazione degli operatori delle attività di ristorazione e preparazione artigianale di alimenti
- Definizione degli standard di contaminazione ambientale da glutine attraverso la determinazione della dispersione in ambiente, tramite mappatura dei laboratori e campionamenti del prodotto finito
- Informazione nutrizionale rivolta a gruppi omogenei di soggetti celiaci anche tramite tecniche di counseling.

Il progetto è stato approvato e finanziato con decreto dirigenziale n.6161 dell'11.11.2005 e prevede uno stanziamento distribuito a 11 Aziende USL:

- Anno 2006 – 49.000 euro

Tutte le Aziende USL devono presentare relazioni sintetiche trimestrali sulla base di indicatori individuati e una relazione con rendicontazione dettagliata alla fine del progetto.

#### **5. I passi della salute**

Il progetto si propone di realizzare un modello di ricerca - intervento.

In particolare il progetto mira:

- a stabilire, sotto il profilo metodologico, un ipotesi di ricerca sul collegamento tra alimentazione, movimento e medicina sportiva per la prevenzione e la terapia in alcuni tipi di patologie su un campione di popolazione (>50 fino a 75 anni) delle Aziende USL n.12 e n.5 e dal bacino di utenza afferente all'Azienda Ospedaliera di Pisa reclutata anche attraverso una cooperazione con le strutture UISP dei corrispondenti territori
- a definire, sotto il profilo scientifico - operativo, gli strumenti per mettere a fuoco e "fotografare" in senso trasversale la condizione cardiorespiratoria, neurologica e nutrizionale di un ampio numero di soggetti apparentemente sani nel range di età sopra descritto
- di monitorare gli effetti di esercizio fisico mirato nei gruppi sopra descritti secondo un modello valutativo (sistema di scoring) a tempi prefissati.

Operativamente, ai soggetti reclutati sarà consigliato esercizio fisico caratterizzato dalla esecuzione di 5000-10000 passi/die calcolati con strumento misuratore pedometro.

Il progetto è stato approvato e finanziato con decreto dirigenziale n.7580 del 30.12.2005 e prevede uno stanziamento:

- Anno 2006 – 30.000 euro

- Anno 2007 – 15.000 euro
- Anno 2008 – 15.000 euro

## **6. Interventi di prevenzione su obesità infantile: valutazione di buone pratiche**

L'OMS ha recentemente sviluppato una Strategia Globale su Dieta, Attività Fisica e Salute. Lo sviluppo di questa strategia ha coinvolto tutti gli stati membri ed ha portato alla sua unanime approvazione nel corso della 57<sup>a</sup> Assemblea Mondiale della Salute (Ginevra, maggio 2004). Questa strategia contiene una serie di raccomandazioni per i governi e per tutte le altre parti in causa. Vi si raccomanda, per esempio, di usare un approccio multisettoriale per far sì che aumenti il consumo di frutta e vegetali, diminuisca l'apporto di grassi animali saturi in favore di quelli vegetali insaturi, si riduca la quantità e la proporzione di grassi, sale e zucchero nella dieta, si faccia attività fisica giornaliera, si mantenga l'Indice di Massa Corporea (BMI) entro limiti accettabili. Gli interventi raccomandati sono di tipo comportamentale (modificazioni dello stile di vita individuale) e sociale (creare le condizioni, soprattutto per gli individui e le famiglie più esposte, perché possano cambiare i comportamenti individuali). Gli interventi devono essere applicati fin dall'infanzia perché la protezione dall'esposizione a fattori di rischio ha effetti tanto più benefici sul BMI e sul rischio cardiovascolare quanto più è precoce. L'OMS chiede ai governi di tradurre queste raccomandazioni in piani d'azione nazionali e locali.

In tal senso IRCCS Burlo Garofolo, Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Salute Internazionale si è fatto promotore di un progetto pilota che valuti quali interventi sociali e sanitari, conformi alle raccomandazioni della Strategia Globale dell'OMS, possono essere messi in pratica in età prescolare e scolare. L'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana e il CREPS dell'Università degli Studi di Siena sono chiamate a coordinare l'intervento per conto della Regione Toscana. L'Unità Funzionale Igiene degli Alimenti e della Nutrizione della ASL4 Prato effettuerà nel territorio di propria competenza interventi multisettoriali di prevenzione e la raccolta dei dati di base mentre l'ASL di Siena fungerà da controllo. All'interno dell'ASL 4 saranno identificati un campione di 500 bambini dell'età 9-10 anni; a tutti i 500 bambini verrà somministrato un questionario di base

Sul comportamento alimentare e sull'attività fisica. Al termine della rilevazione di base che sarà condotta in modo analogo anche nell'ASL di Siena verranno somministrati degli interventi codificati e tra un anno il campione verrà nuovamente intervistato analizzando se i comportamenti alimentari, l'attività fisica e lo stato di nutrizione nella popolazione studiata sono variati.

L'intervento è coordinato e finanziato dall'Agenzia Regionale di Sanità:

<i>ATTIVITA'</i>	<i>COSTO (€)</i>	<i>NOTE</i>
<i>Rilevazione sul campo</i>	<i>5.000</i>	<i>Costi per personale</i>
<i>Materiale di diffusione per interventi codificati</i>	<i>5.000</i>	<i>Costi per materiale</i>
<i>Analisi dati</i>	<i>5.000</i>	<i>Costi per personale</i>
<i>TOTALE</i>	<i>15.000</i>	