

ALLEGATO A

PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2005-07

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DELL'OBESITA' REGIONE DEL VENETO

1 Le dimensioni del problema nel Veneto

1.1 **Obesità e sovrappeso**

La frequenza delle condizioni di sovrappeso ed obesità è andata aumentando negli ultimi decenni, al punto che, secondo l'**Organizzazione Mondiale della Sanità**, l'obesità è diventata un problema di salute pubblica di proporzioni epidemiche in tutti i Paesi occidentali, e la sua prevenzione rappresenta un obiettivo prioritario. Nella **Unione Europea**, nutrizione attività fisica e obesità rientrano come "priorità chiave" nella politica di sanità pubblica e sono incluse nel programma di azioni 2003-2008 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/nutrition_en.htm)

L'OMS stima che gli stili di vita non salutari spieghino, nei Paesi europei più sviluppati, quasi il 50% delle malattie negli uomini e il 25% nelle donne. Il "Rapporto 2002 sulla salute nel mondo" dell'OMS indica l'inattività fisica, la scorretta alimentazione, il sovrappeso e/o l'obesità, l'ipercolesterolemia ed il tabagismo come i principali fattori di rischio per lo sviluppo di malattie non trasmissibili, quali la malattia coronarica, gli accidenti cerebrovascolari, il diabete di tipo 2, alcune forme di cancro, l'osteoporosi e molte altre patologie.

In particolare il rapporto WHO "Preventing and managing the global epidemic; Report of the WHO consultation of obesity. WHO Geneva, 1997" rileva che il diabete tipo 2, l'ipertensione, le malattie cardiovascolari correlano fortemente con l'indice di massa corporea e con la circonferenza addominale, indicatori di obesità viscerale. L'associazione della ridotta tolleranza glucidica o diabete tipo 2 con l'obesità viscerale o con altre entità metaboliche quali la dislipidemia o l'ipertensione viene definita nel 1998 dalla commissione consultiva del WHO come sindrome metabolica la cui prevalenza nella popolazione generale viene stimata intorno al 23,7% (Ford ES, et al. JAMA 2002)

Anche in **Italia**, il sovrappeso e l'obesità (anche se scarsi sono i dati a disposizione quanto a prevalenza dell'obesità viscerale) rappresentano un problema di sanità pubblica (Piano Sanitario Nazionale 2003-2005); 4-5 abitanti su 10 soffrono di sovrappeso o sono obesi senza alcuna significativa differenza fra uomini e donne; i tassi più elevati sono nelle regioni meridionali e nelle fasce della popolazione adulta con un basso titolo di studio.

L'indagine Multiscopo condotta dall'ISTAT sugli stili di vita e condizione di salute anno 2003 evidenzia che sovrappeso e obesità risultano più diffusi nei piccoli comuni fino a 2 mila abitanti (rispettivamente 35,6% e 9,1%) e da 2 a 10 mila abitanti (35,1% e 10,5%), mentre l'incidenza del fenomeno è minore nelle grandi città (31,9% e 7,5%).

Come sottolineato nel Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, l'obesità e, in particolare quella infantile, è tra i problemi di salute prioritari; il rapporto IOTF "Obesity in Europe Childhood" riporta per l'Italia una prevalenza media del 36% di bambini di circa 9 anni in sovrappeso e obesi (**Caroli, 2001**).

Secondo i dati pubblicati dall'ISS e dall'ISTAT, sono circa il 4 % dei bambini a essere obesi e il 20 % in sovrappeso. Il problema interessa soprattutto la fascia di età 6-13 anni e i maschi rispetto alle femmine. Nel **Veneto** lo stesso studio riporta una prevalenza di sovrappeso ed obesità del 21,4%. Nel **Veneto**, inoltre, i dati epidemiologici indicano per la popolazione adulta che il 16% degli uomini e il 17% delle donne è obeso e ha in media un IMC (indice di massa corporea) di 27 per gli uomini e 26 per le donne (Progetto cuore, <http://www.cuore.iss.it/pubbl/pubbl.asp>), e nell'indagine Multiscopo condotta dall'Istat sugli stili di vita e condizione di salute anno 2003 risulta che la popolazione adulta indagata è per il 9% obesa e per il 33,2% in sovrappeso.

Per quanto attiene l'età evolutiva nell'ambito delle azioni di sorveglianza nutrizionale di cui al Piano triennale sicurezza alimentare 2004-05, è stato svolto dalla rete regionale dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione lo "Studio multicentrico per la rilevazione della crescita staturale e dello stato nutrizionale della popolazione infantile del Veneto" che ha evidenziato su un campione di popolazione indagato di 12.853 bambini delle classi terze e quinte elementari (nati nel 1995 e nel 1993) residenti nel territorio regionale, una notevole tendenza al sovrappeso e all'obesità:

- maschi nati nel 1995, il 19,07% in sovrappeso e 6,05% obesi;
- femmine nate nel 1995, 21,80% in sovrappeso e 5,59% obese;
- maschi nati nel 1993, il 23,14% in sovrappeso e 5,79% obesi;
- femmine nate nel 1993, 20,79% in sovrappeso e 4,70% obese.

Anche se le fonti di dati sono diverse, frammentate e spesso con esclusiva rilevanza locale, è evidente una tendenza all'aumento negli ultimi anni, segno preoccupante che il fenomeno è in fase di rapida evoluzione se non efficacemente contrastato.

1.2 I determinanti ambientali dell'obesità

I fattori ambientali in grado di condizionare lo stato di salute della popolazione influenzando l'evoluzione del sovrappeso e quindi l'obesità, sono correlati all'**attività fisica** e all'**alimentazione**. Tali fattori interagiscono tra loro e rafforzano dannose sinergie. La disaffezione all'attività fisica è in parte correlabile all'uso eccessivo del **mezzo televisivo**, i cui messaggi pubblicitari, come rilevato dall'indagine presentata recentemente a Pisa dalla Società Italiana di Pediatria (2005), possono indurre ad errori dal punto di vista nutrizionale. Nel dettaglio:

1.2.1 Per quanto riguarda le **abitudini alimentari** e l'assunzione di alimenti, essi dipendono dalle scelte individuali (influenze culturali, preferenze alimentari), nonché da fattori socioeconomici e ambientali (economicità e disponibilità di alimenti, qualità e sicurezza dei prodotti ecc.).

I fattori socioeconomici e ambientali sono a loro volta influenzati da politiche che rientrano nelle responsabilità degli Stati membri e della Comunità. (Relazione sullo stato dei lavori della Commissione europea nel campo della nutrizione in Europa, Ottobre 2002).

Diseguaglianze e scelte alimentari: nonostante la generale abbondanza degli alimenti disponibili, alcuni segmenti della popolazione non hanno una dieta sufficientemente sana.

Le persone dei gruppi a basso reddito spendono per gli alimenti una proporzione maggiore del loro reddito, ma hanno una dieta dalla qualità nutrizionale più scarsa rispetto alle persone dei gruppi a reddito più alto (**Determinants of consumer food choice, C. Geissler e B. Traill, in Nutrition in Europe, European Parliament Scientific and Technological Options Assessment, Directorate General for Research, PE No 166.481, 39-51, 1997.**)

Per certe persone in condizioni disagiate anche le politiche di assistenza alimentare ai gruppi svantaggiati possono ripercuotersi sulla loro dieta. Il prezzo e la disponibilità della frutta, della verdura e del pesce (alimenti spesso carenti nella attuale alimentazione e importanti per la prevenzione dell'obesità e delle malattie cardiovascolari) possono rappresentare fattori determinanti specie nelle fasce di popolazione a più basso reddito e livello socio-culturale.

Anche se fattori culturali, educativi, sociali e individuali in relazione alle scelte alimentari possono spiegare in parte la differenza nelle diete e negli apporti nutrizionali anche altri fattori entrano in gioco.

La conoscenza degli alimenti, delle tecniche di cottura e la disponibilità di tempo sufficiente per preparare gli alimenti, assieme ai modelli lavorativi e a quelli delle relazioni domestiche, influiscono sui modelli dietetici. Anche le informazioni — da fonti ufficiali, dai media e dal settore alimentare — oltre che gli stereotipi di genere e altri condizionamenti pubblici influiscono sui tipi di alimenti consumati.

Le scelte alimentari sono anche determinate dall'accesso a punti di vendita al dettaglio, dal reddito e dai prezzi relativi degli alimenti.

I settori della produzione primaria, industriale, artigianale e del commercio possono influenzare la tipologia e la qualità degli alimenti nonché la loro disponibilità, inoltre di fondamentale importanza risulta la pubblicità televisiva.

La distribuzione commerciale e il prezzo del cibo a basso valore nutrizionale ed alto apporto calorico (junk food), costituiscono ulteriori determinanti nelle scelte alimentari della popolazione, così come la diffusione di tali alimenti nei distributori automatici.

Il rapporto sullo Stato di Salute e gli stili di vita dei giovani veneti in età scolare (HBSC-2000) ha rilevato che gli stili alimentari sono influenzati dal livello socioeconomico, con differenze nella frequenza e nell'assunzione di certi alimenti; i ragazzi i cui genitori hanno lavori più remunerativi consumano mediamente più frutta, più verdura e più latte dei colleghi appartenenti a fasce occupazionali più basse.

Analizzando il consumo medio di junk food ("cibo spazzatura") si è osservato che questi cibi vengono consumati in maniera più assidua dai ragazzi appartenenti a famiglie con livelli socioeconomici più bassi.

Anche la ristorazione collettiva e la qualità del cibo distribuito con particolare riguardo alle mense scolastiche è un importante determinante e il luogo in cui si consuma il pranzo riflette le diverse fasi del ciclo di vita delle persone.

Per i bambini tra 3 e 10 anni è molto frequente mangiare nelle mense scolastiche: lo fanno ben il 55 % dei bambini tra 3 e 5 anni d'età e il 26,2 % di quelli con età compresa tra 6 e 10 anni.

Allo stesso modo le donne, ma soprattutto gli uomini in età lavorativa sono tra i maggiori fruitori dei servizi di ristorazione e mensa durante il pranzo (Stili di vita e condizioni di salute *Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2003 pubblicata 11/2005*).

1.2.2. Per quanto riguarda l'**attività fisica**, i dati relativi all'**Italia** sono scarsi e si riferiscono sostanzialmente all'attività sportiva, che rappresenta solo una parte dell'attività fisica.

Secondo i più recenti dati ISTAT, basati sulle dichiarazioni del capofamiglia, su un campione rappresentativo di famiglie italiane, nel 2002 solo il 20% della popolazione di 3 anni e più praticava con continuità uno o più sport, mentre il 10% lo praticava saltuariamente. Nel complesso la pratica sportiva ha interessato il 30% della popolazione di 3 anni e più, per un totale di oltre 16 milioni e 600 mila persone.

Gli individui che, pur non praticando un'attività sportiva, hanno dichiarato di svolgere qualche attività fisica (come fare passeggiate per almeno 2km, nuotare, andare in bicicletta) sono circa 16 milioni, pari al 29% della popolazione di 3 anni e più. La quota di sedentari, cioè di coloro che non svolgono né uno sport né un'attività fisica è risultata pari al 41%, per un totale di oltre 22 milioni e 900 mila persone.

Le donne risultano più sedentarie degli uomini (47% contro 35%), gli anziani più dei giovani. In particolare, tra le donne di 65 anni e più, il 72% non praticava né sport né attività fisica, mentre fra gli uomini tale quota si attestava al 55%.

Nel nostro Paese solo una piccola parte della popolazione adulta pratica attività fisica secondo i livelli minimi raccomandati (30 minuti di attività moderata almeno 5 giorni/settimana oppure 20 minuti di attività intensa 3 o più volte per settimana).

Secondo i dati del Progetto Cuore dell'ISS nel Veneto il 28 % delle femmine ed il 23% dei maschi non svolge alcuna attività fisica nel tempo libero, con punte rispettivamente del 41% delle femmine nella provincia di Rovigo.

La sedentarietà, come è stato dimostrato, raddoppia il rischio di morte per malattie cardiovascolari, stroke, diabete di tipo II ed obesità ed aumenta significativamente il rischio per tumore del colon (40-50%), tumore della mammella, ipertensione, dislipidemia, osteoporosi, stress, ansietà e depressione. La spesa sanitaria dei soggetti affetti da queste patologie (ospedalizzazioni, cure mediche, assenze lavorative) è tripla rispetto ai non affetti. L'esperienza Canadese ha evidenziato come le industrie che hanno investito in strategie/iniziative per combattere la sedentarietà e promuovere uno stile di vita attivo hanno portato ad un risparmio di 513 dollari lavoratore/anno riportabile a cambi in produttività, assenteismo, turnover, traumi.

Particolare urgenza riveste quindi il coinvolgimento nelle campagne di lotta alla sedentarietà di tutta la popolazione e di alcuni sottogruppi particolari, cioè anziani e diabetici (cui finora si è prevalentemente rivolta la campagna di promozione dell'AF nel Veneto) ma anche alcune altre fasce finora insufficientemente coinvolte negli interventi preventivi: i bambini, gli adolescenti, le donne, le persone in sovrappeso od obese e gli adulti in età critica.

Per quanto riguarda il **bambino** il movimento riveste un ruolo ancor più vitale, se possibile, rispetto all'adulto in quanto costituisce uno dei nuclei fondamentali su cui si struttura l'intero processo di sviluppo, contribuendo in maniera determinante alla conquista dell'identità,

dell'autonomia e delle competenze. Da un lato infatti l'attività fisica contribuisce al benessere psicologico (migliora l'autostima e il senso di benessere, favorisce la socializzazione, il rispetto delle regole e l'apprendimento, permette di acquisire autonomia e identificazione con l'ambiente in cui vive), dall'altro contribuisce allo sviluppo della massa magra a scapito di quella grassa ed aumenta l'agilità e la forza.

L'acquisizione dell'abitudine ad una attività fisica regolare in età infantile consente di prevenire efficacemente molte malattie dell'età adulta: obesità, diabete, ipertensione, ipercolesterolemia, malattie cardiache, depressione, alcuni tumori. Intervenire sui bambini riveste quindi un ruolo insostituibile per la prevenzione di molte malattie croniche dell'adulto, cardiovascolari e metaboliche.

Per quanto riguarda i livelli di AF praticata dai **ragazzi**, uno studio effettuato nel 2002 per conto della Regione del Veneto (che indagava essenzialmente sulla pratica sportiva, agonistica e non) ha evidenziato una percentuale di sedentari fra i giovani pari al 38 %, con un progressivo decremento con l'aumentare dell'età (si passava dal 65% di giovani tra i 15 e i 19 anni che praticavano sport al 63% tra i 20 e i 24 anni al 60% tra i 25 e i 29 anni; in tutte queste fasce di età l'inattività era più marcata nelle femmine – v. avanti).

Un altro importante settore di intervento per la promozione dell'attività fisica, finora relativamente trascurato in Italia, è quello degli **adulti in età critica**, i quali probabilmente sono raggiungibili principalmente mediante campagne di promozione dell'AF realizzate nel contesto dell'ambiente lavorativo. Gli adulti trascorrono al lavoro mediamente il 60% delle ore di veglia e ciò condiziona pesantemente la quantità di tempo dedicato ad attività sedentarie.

Nel gruppo degli adulti in età critica, infine, un sottogruppo di particolare interesse è rappresentato dalle **donne sopra i 50 anni**, che rappresentano una fascia di popolazione in cui, in seguito alle alterazioni ormonali correlate con la menopausa, il rischio di obesità e di malattie cardiovascolari aumenta sensibilmente. Inoltre, come sottolineato in precedenza, le donne di tutte le fasce d'età sono più suscettibili di sviluppare comportamenti sedentari dei coetanei maschi. Infine alcuni soggetti di sesso femminile possono essere più difficili da raggiungere da parte di campagne educative di tipo tradizionale, quindi è importante progettare campagne ad hoc per questo specifico target.

2. Le strategie per la salute pubblica

A fronte di tali dati ed in particolare dei criteri proposti dal National Cholesterol Education programme (NCEP ATP –III) che indica l'obesità come fattore di rischio maggiore della sindrome metabolica, numerose evidenze scientifiche³⁴⁻⁴⁷ dimostrano gli effetti benefici prodotti sulla salute da una corretta alimentazione e da un'attività fisica moderata, ma regolare.

La promozione di comportamenti alimentari e stili di vita protettivi finalizzati al mantenimento del buono stato di salute ed alla prevenzione delle principali patologie correlate al life-style e la promozione della sicurezza alimentare e nutrizionale, si realizzano mediante strategie multisettoriali, con particolare attenzione anche alla ristorazione delle scuole e degli asili nido, all'informazione ed educazione alimentare nel contesto scolastico e familiare e alla sorveglianza nutrizionale.

Per quanto riguarda invece l'attività fisica, il semplice camminare ad andatura spedita per 30-60 minuti al giorno per più giorni alla settimana è associato ad una significativa riduzione dell'incidenza di mortalità per malattie cardiovascolari. L'attività fisica, inoltre, aiuta a controllare il peso e riduce lo stress, l'ansia e il senso di depressione. In età anziana i benefici dell'attività motoria non sono solo di natura sanitaria, ma anche sociali (mantenimento da parte degli anziani di un ruolo più attivo nella società) e della comunità (ridotti costi di assistenza sanitaria e sociale e promozione di una immagine dell'anziano positiva ed attiva).

La responsabilità per la scelta di stili di vita salutari non può essere lasciata esclusivamente agli individui, ma deve diventare una responsabilità condivisa da tutta la Comunità.

Le condizioni ambientali devono essere pianificate ed eventualmente modificate in modo tale da facilitare l'integrazione dell'attività fisica nella vita di tutti i giorni. Di conseguenza l'intervento preventivo non può limitarsi agli aspetti comportamentali dei singoli individui appartenenti ai gruppi target, ma è viceversa indispensabile approntare un modello più articolato mediante una **campagna**

di comunità che, oltre all'intervento di advocacy (v. Allegato – scheda 6), intervenga sia sulle componenti sociali che sull'ambiente fisico in cui le persone si ritrovano a vivere.

E' noto ad esempio che i livelli di AF nella popolazione sono direttamente correlati con una serie di determinanti ambientali come presenza o carenza di aree verdi e di spazi accessibili o attrezzati per l'attività fisica (palestre e centri sportivi ma anche luoghi in cui sia possibile camminare, correre o andare in bicicletta in sicurezza), costo e distanza di tali spazi dall'abitazione delle persone, rete stradale e problemi legati al traffico, trasporti pubblici, livelli di inquinamento, sicurezza delle strade - in termini di traffico ma anche di rischio di aggressioni, livelli di utilizzo di macchine o dispositivi che riducono la spesa energetica (es. ascensore, telecomando TV), cartelli che invitino a usare le scale anziché l'ascensore, oltre a fattori di ordine sociale come il senso di appartenenza alla comunità locale, il capitale sociale, l'equità (costo per l'accesso alle strutture e loro presenza in quartieri di diverso tenore sociale).^{16,17,18} Molti di questi fattori possono risultare determinanti specie nelle fasce di popolazione a più basso reddito e livello socio-culturale. Questo presuppone che l'intervento preventivo non si limiti ai gruppi target ma si estenda a coinvolgere anche amministratori, politici e istituzioni e associazioni locali.

Da quanto sopra esposto appare evidente che è necessario lo sviluppo di una strategia che porti all'adozione di corrette abitudini alimentari e ad un aumento del livello di attività fisica all'interno della popolazione, mediante l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia.

La creazione di una rete di Istituzioni ed Enti che condividano obiettivi comuni e definiscano ruoli, regole e modalità di azione e valutazione, rappresenta, quindi un momento fondamentale per poter sviluppare interventi che abbiano carattere di sostenibilità e continuità.

Pertanto, la progettazione, la pianificazione e la valutazione della presente strategia prevede il coinvolgimento di vari partner fra Istituzione regionali, amministratori locali, scuola, servizi sanitari e sociali, Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta, strutture aziendali, produttori e reti di distribuzione di prodotti alimentari, strutture di ristorazione, palestre, associazioni di volontariato, come delineato dalla pianificazione regionale specifica in corso.

3. Aree progettuali:

Prevenzione primaria e secondaria, di Comunità e dell'individuo.

3.1 Obiettivi generali:

- 1) Disporre di informazioni su obesità, sovrappeso , pattern nutrizionali ed attività fisica della popolazione veneta in età infantile ed adulta, per quest'ultima con particolare riferimento all'obesità viscerale quale fattore di rischio maggiore della sindrome metabolica
- 2) Pianificare, a livello regionale e locale, interventi integrati di prevenzione nutrizionale, multicomponenti, promuovendo contestualmente la sicurezza alimentare e nutrizionale nella produzione alimentare e nella ristorazione collettiva, e di promozione dell'attività fisica regolare
- 3) Definire ed attuare piani di intervento per il controllo dell'obesità e del sovrappeso quale fattore di rischio maggiore della Sindrome metabolica in sottopopolazioni di soggetti a rischio e con malattie cardiovascolari

3.2 Obiettivi specifici:

1. Consolidare il sistema di sorveglianza coordinato a livello regionale (già avviato nel 2004) su sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica su gruppi target della popolazione in età evolutiva, finalizzato a monitorare gli andamenti temporali e le differenze territoriali anche rispetto alle altre realtà extraregionali (nazionali ed europee);
2. Favorire, nelle scuole, la disponibilità di scelte alimentari nutrizionalmente corrette, con speciale riguardo all'eccessivo introito energetico da spuntini calorici e bevande dolcificate, attraverso interventi che prevedano una maggiore attenzione:
 - ai capitolati d'appalto dei servizi di ristorazione scolastica,
 - alla composizione dei menù delle mense scolastiche,
 - all'eliminazione di spuntini e bevande caloriche dai distributori automatici,

- alla distribuzione di spuntini a base di frutta o verdura fresche;
3. Sviluppare, per i bambini, attività educative multicomponenti su nutrizione, educazione al gusto ed attività fisica, come parti integranti di programmi di educazione alla salute, tendenti anche a migliorare la capacità dei giovani a individuare le pressioni sociali, incluse quelle pubblicitarie (collaborazione SISP-SIAN);
 4. Favorire la creazione presso le Az. ULSS di staff operativi che garantiscano una specifica consulenza dietetico-nutrizionale di tipo preventivo (dietetico-nutrizionale e sull'attività fisica) a fasce di popolazione in particolari situazioni fisiologiche e/o a rischio;
 5. Ridurre il sovrappeso e l'obesità in sottopopolazioni con sindrome metabolica e con pregressi episodi di malattia cardiovascolari (intervento di prevenzione secondaria)
 6. Promuovere l'attività fisica nei seguenti gruppi di popolazione: soggetti in sovrappeso/obesi; bambini/adolescenti + insegnanti e genitori; diabetici e anziani con malattie cronico degenerative; donne dai 50 anni in su; operatori delle ulss;
 7. Aumentare/riqualificare il tempo dedicato all'attività motoria all'interno del curriculum scolastico
 8. Realizzare un intervento di comunità per la promozione dell'attività fisica (sviluppo di ambienti urbani idonei – percorsi pedonali e piste ciclabili; promozione di un clima che supporti l'attività fisica; promozione dell'uso delle scale; organizzazione di eventi sportivi)

4. Estremi e riferimenti dei referenti regionali del progetto:

Dott. Piero Vio U.P. Sanità animale e igiene alimentare, Direttore Scientifico Piano Triennale Sicurezza Alimentare (PTSA), Responsabile Comitato Guida PTSA 2005-07

Dott. Antonio Ferro Servizio Sanità Pubblica e Screening – Direzione Regionale per la Prevenzione, Dorsoduro, 3493 Venezia

5. Piano operativo:

5.1 Consolidare un sistema di sorveglianza finalizzato a definire prevalenza di sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica su gruppi target della popolazione in età evolutiva.

DESTINATARI INTERVENTO: popolazione in età evolutiva

AMBITO TERRITORIALE: regione Veneto

COLLABORAZIONI:

- Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione Aziende ULSS del Veneto
- **Servizi Igiene e Sanità Pubblica Aziende ULSS del Veneto**
- Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare Regione del Veneto
- Direzione per la Prevenzione Regione del Veneto
- Università degli Studi di Padova - Facoltà di medicina (Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica) - Scuola di specialità in scienza dell'alimentazione
- Università degli Studi di Verona (Facoltà di medicina - Pediatria
- Servizio di Epidemiologia Regionale del Veneto (SER)
- Pediatri di Libera Scelta,
- Centro Servizi Amministrativi (Scuola),
- Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute.
- I servizi di medicina sportiva e i servizi di educazione alla salute delle Az.ULSS
- Osservatorio regionale dell'area pediatrica della Clinica pediatrica di Padova
- ufficio europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

METODOLOGIA D'INTERVENTO

Realizzazione di un sistema di sorveglianza regionale su sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica della popolazione in età infantile, finalizzato a monitorare gli andamenti temporali e le differenze territoriali e a stabilire obiettivi realistici degli interventi preventivi e verificarne gli impatti.

A tale scopo si prevede la creazione di un Team di lavoro che dovrà progettare la fattibilità del consolidamento organizzativo della rete di sorveglianza nutrizionale avviata a livello regionale, con lo studio di rilevazione dello Stato nutrizionale della popolazione infantile svolto dai SIAN nel 2004 (documento disponibile), innovandola secondo la strategia del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-07.

Al fine di condividere azioni e progettualità risulta indispensabile che nel Team di lavoro vi siano i referenti per:

- Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione Aziende ULSS del Veneto,
- Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare - Regione del Veneto.
- Università degli Studi di Padova - Facoltà di medicina (Dipartimento di Sanità Pubblica) - Facoltà di psicologia.
- Università degli Studi di Verona (Facoltà di medicina) Pediatria ,
- Servizio di Epidemiologia Regionale del Veneto (SER)
- Pediatri di Libera Scelta,
- Centro Servizi Amministrativi (Scuola),
- Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute.
- I servizi di medicina sportiva e i servizi di educazione alla salute delle Az.ULSS
- Osservatorio regionale dell'area pediatrica della Clinica pediatrica di Padova
- Ufficio europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
- Direzione per la Prevenzione - Regione del Veneto

La progettazione partirà dall'analisi dell'esperienza dello studio di rilevazione dello Stato nutrizionale della popolazione infantile condotto dai SIAN nel 2004 e di altre esperienze svolte su scala regionale prevedendo:

- l'integrazione sperimentale del sistema di sorveglianza nutrizionale di cui allo studio multicentrico del Veneto, con la ricerca transnazionale "Health Behaviour in School-aged Children" HBSC, realizzata dalla Regione Veneto in collaborazione con l'ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'integrazione degli studi consentirà di collegare i dati oggettivi sulla prevalenza di sovrappeso ed obesità con i comportamenti legati alla salute dei giovani in età scolare ed indagare i fattori che li possono influenzare, individuando inoltre una serie di indicazioni scientificamente fondate che potranno costituire uno dei criteri su cui strutturare le politiche sociali e sanitarie a favore dei giovani adolescenti. Detta sperimentazione è stata svolta anche nella Regione Piemonte col progetto PNP (Progetto Nutrizione Piemonte), con l'obiettivo di valutare stili alimentari e diffusione di sovrappeso e obesità;
- la valutazione della fattibilità e la realizzazione sperimentale della rete regionale di sorveglianza nutrizionale finalizzata alla raccolta di dati primari e all'elaborazione di un protocollo operativo che stabilisce:
 - a. lo sviluppo dell'integrazione del sistema informativo regionale con quello nazionale;
 - b. i flussi informativi
 - c. la metodologia della ricerca
 - d. il programma regionale di rilevazioni riferite a fasce d'età per un periodo almeno di sei anni
 - e. Avvio della rete di Sorveglianza sul territorio (anno 2007)

Descrizione attività	Indicatori di attività	Risultati attesi
Realizzazione Team di studio multidisciplinare	Individuazione soggetti referenti e avvio del team	Stesura di un documento d'intesa

Realizzazione studio di fattibilità	Stesura project work e protocollo operativo	Condivisione a livello territoriale (SIAN) e regionale (Comitato Guida)
Avvio della rete di Sorveglianza sul territorio	N° SIAN che aderiscono alla sorveglianza/N° SIAN totali	100%

5.2 Favorire nelle scuole la disponibilità di scelte alimentari nutrizionalmente corrette con interventi nella produzione alimentare e nella ristorazione collettiva.

DESTINATARI DELL'INTERVENTO: età evolutiva, alunni delle scuole dell'infanzia, primarie, secondarie di I grado e utenti asili nido, fruitori del servizio di ristorazione scolastica, loro famiglie e insegnanti, Amministrazioni Comunali e/o Enti Locali (Cittadini Competenti), Ditte di Ristorazione Scolastica.

AMBITO TERRITORIALE: regione Veneto

COLLABORAZIONI:

- Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione Aziende ULSS del Veneto
- Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare Regione del Veneto.
- Direzione per la Prevenzione Regione del Veneto
- Direzione Servizi Sociali Regione del Veneto
- ITZS
- Direzione e promozione agroalimentare Regione del Veneto
- Centro Servizi Amministrativi (Scuola),
- Asili nido, Scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di I grado,
- IPSSAR Istituti Professionali di Stato per i servizi alberghieri e della ristorazione
- Amministrazioni Comunali e/o Enti Locali (Cittadini Competenti),
- Ditte di Ristorazione Scolastica
- Ditte distribuzione automatica di alimenti
- Pediatri di Libera scelta,
- Enti Regionali di Formazione
- Associazioni di consumatori
- Altre Associazioni Scientifiche e di categoria

METODOLOGIA:

Favorire la disponibilità di scelte alimentari corrette ed assicurare livelli di eccellenza della qualità nutrizionale della ristorazione scolastica e degli asili nido, proseguendo le azioni svolte dai SIAN delle Aziende ULSS del Veneto col precedente PTSA (2002-04) attraverso interventi multilivello e sostenendo localmente reti di alleanze con la scuola e le comunità:

- Diffusione e verifica dell'applicazione delle linee guida regionali in materia di miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica (allegato 5), per quanto attiene i capitolati d'appalto e le scelte dei menù;
- redazione di specifiche procedure per la vidimazione dei menù e per la gestione delle diete speciali nelle scuole;
- formazione dei cittadini competenti e personale addetto alla ristorazione scolastica;
- eliminazione di spuntini e bevande caloriche dai distributori automatici, e distribuzione di spuntini a base di frutta e verdura fresche;
- attivazione di un progetto sperimentale di marketing sociale sulla distribuzione automatica di alimenti e promozione della salute.

5.3 Sviluppare, per i bambini, attività educative su nutrizione, educazione al gusto ed attività fisica, come parti integranti di programmi di educazione alla salute, tendenti anche a migliorare la capacità dei giovani a individuare le pressioni sociali, incluse quelle pubblicitarie

DESTINATARI DELL'INTERVENTO: età evolutiva, alunni delle scuole dell'infanzia, primarie, secondarie di I grado e utenti asili nido, fruitori del servizio di ristorazione scolastica, loro famiglie e insegnanti, Amministrazioni Comunali e/o Enti Locali (Cittadini Competenti), Ditte di Ristorazione Scolastica.

AMBITO TERRITORIALE: regione Veneto

COLLABORAZIONI:

- Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione Aziende ULSS del Veneto
- Servizi Igiene e Sanità pubblica Aziende ULSS del Veneto
- Servizi Educazione alla Salute Aziende ULSS del Veneto
- Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare Regione del Veneto.
- Direzione per la Prevenzione Regione del Veneto
- Direzione Servizi Sociali Regione del Veneto
- Direzione e promozione agroalimentare Regione del Veneto
- Centro Servizi Amministrativi (Scuola),
- Asili nido, Scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di I grado,
- IPSSAR Istituti Professionali di Stato per i servizi alberghieri e della ristorazione
- Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute,
- Pediatri di Libera scelta,
- Enti Regionali di Formazione
- Associazioni di consumatori
- Altre Associazioni Scientifiche e di categoria
- Amministrazioni Comunali e/o Enti Locali (Cittadini Competenti),
- Ditte di Ristorazione Scolastica.

METODOLOGIA D'INTERVENTO:

Sviluppare per i bambini e utenti del servizio di ristorazione scolastica e le famiglie attività educative riguardanti nutrizione, educazione al gusto ed attività fisica, finalizzate alla prevenzione di sovrappeso ed obesità attraverso interventi mirati e multilivello, sostenendo la promozione di corrette abitudini alimentari e dell'attività motoria, privilegiando:

- gli approcci multisettoriali nella realizzazione di iniziative di educazione al gusto, di educazione nutrizionale, con approccio esperienziale, con laboratori sensoriali e percorsi di conoscenza delle filiere dei prodotti alimentari, in continuità col precedente PTSA (2002-04) sostenendo localmente reti di alleanze con la scuola e le comunità,
- la prosecuzione e l'innovazione degli interventi educativi attuati nelle scuole, in continuità col precedente PTSA (2002-04), con valutazione di ricaduta delle attività svolte dalle scuole che hanno partecipato ai "Progetti integrati di educazione alimentare".
- l'integrazione con le azioni regionali sulla ristorazione scolastica e sulla promozione dell'attività motoria,
- le azioni che contrastano i fattori di rischio correlati a disuguaglianze sociali, favorendo a livello anche di singole ULSS iniziative quali il "last minute market", o iniziative di promozione commerciale di prodotti ortofrutticoli di stagione a basso costo (Mercati ortofrutticoli).

5.4 Favorire la creazione presso le Az. ULSS di staff operativi che garantiscano una specifica consulenza di tipo preventivo (dietetico-nutrizionale e sull'attività fisica) a fasce di popolazione in particolari situazioni fisiologiche e/o a rischio.

DESTINATARI DELL'INTERVENTO: popolazione in particolari situazioni fisiologiche e/o a rischio, che accede agli ambulatori-consultori nutrizionali dei SIAN.

AMBITO TERRITORIALE: Alcuni SIAN pilota di Aziende ULSS del Veneto

COLLABORAZIONI:

- Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione Aziende ULSS del Veneto
- Servizi Igiene e Sanità Pubblica Aziende ULSS del Veneto
- Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare - Regione del Veneto.
- Direzione per la Prevenzione - Regione del Veneto
- Medici di Medicina Generale
- Pediatri di Libera scelta,
- Altre Associazioni Scientifiche e di categoria
- Servizi di dietetica
- Servizi centri antidiabetici

METODOLOGIA:

Sviluppo della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia degli interventi di consulenza dietetico-nutrizionale e sull'attività fisica nei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione, rivolti a persone, e/o a gruppi di persone, a rischio promuovendo la formazione alla motivazione al cambiamento verso stili di vita sani e la valutazione degli interventi motivazionali per le persone e per la comunità (promozione dell'autoefficacia e l'empowerment).

L'obiettivo si ispira alle strategie del Piano Nazionale della prevenzione 2005/2007 – Sorveglianza e prevenzione dell'obesità- cioè:

- sviluppare a livello regionale e locale interventi per migliorare la nutrizione e promuovere l'attività fisica nella popolazione;
- sostenere presso i soggetti in sovrappeso ed in età critica, in particolare le donne dai 50 anni in su, lo svolgimento ed il mantenimento di un'adeguata attività motoria;
- sviluppare per la comunità campagne di informazione nutrizionale.
- formazione SIAN delle Aziende ULSS alla metodologia del "Colloquio motivazionale"
- elaborazione di strumenti volti a valutare le motivazioni al cambiamento verso stili di vita sani nelle persone e nella comunità:
elaborazione di due strumenti, uno volto a valutare le motivazioni al cambiamento verso un'alimentazione più sana in persone in sovrappeso; l'altro volto a valutare le motivazioni al cambiamento verso uno stile di vita più attivo. Gli strumenti, *pre e post intervento*, si svilupperanno da quelli in corso di sperimentazione presso il SIAN della ULSS n° 6 "Vicenza"

5.5 Riduzione del sovrappeso e obesità come fattore di rischio postinfarto e/o pregresso ictus in soggetti diabetici e non diabetici (intervento di prevenzione secondaria)

DESTINATARI DELL'INTERVENTO: Soggetti con pregresso infarto od ictus (diabetici.e non diabetici)

AMBITO TERRITORIALE: regione Veneto, in particolare, le Aziende ULSS (UO di Dietetica e Nutrizione Clinica, oppure Sezioni di Dietetica e Nutrizione Clinica, oppure Team Nutrizionali).

COLLABORAZIONI:

Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione clinica (ADI)
Operatori professionali Ruolo: Dietisti
SIAN
Servizi Igiene e Sanità Pubblica Aziende ULSS del Veneto

- Società di Cardiologia
- Società di Neurologia
- Società di diabetologia
- Università
- Istituzioni nazionali
- Enti e Amministratori locali
- Servizi sanitari e sociali
- Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta
- Specialisti ambulatoriali: cardiologi
- CONI ed altri club sportivi
- Associazione di pazienti (Amici del cuore)
- Soggetti privati
- Servizi di dietetica
- Servizi centri antidiabetici

METODOLOGIA:

Riduzione del sovrappeso e obesità come fattore di rischio postinfarto (Intervento di prevenzione secondaria) attraverso un piano terapeutico dietologico adeguato alle esigenze cliniche del paziente ed educazione alimentare e motoria rivolta a pazienti che hanno già avuto incidenti cardio- o cerebrovascolari adeguata alla loro situazione clinica, mediante:

- presa in carico dei soggetti presso cardiologie e U.T.I.C. e Centri Ictus
- analisi dello stile di vita e di alimentazione
- valutazione dello stato nutrizionale e dei livelli di AF praticata nella vita quotidiana
- Valutazione del Rischio CV
- preparazione di un protocollo che consenta di formulare un piano terapeutico (farmacologico, dietologico e motorio) adeguato alle esigenze cliniche del singolo paziente
- programmi di rieducazione su alimentazione, attività fisica e fumo (6 visite di controllo) con monitoraggio alimentare e motorio e rinforzo motivazionale.
- valutazione degli indicatori di rischio prima e dopo l'intervento
- fornitura manualistica.

Educazione del coniuge e dei conviventi ad attuare per il paziente e per sé un sano ed adeguato regime alimentare nell'ambito più generale di un sano stile di vita (alimentazione, attività fisica, fumo).

5.6 Promozione dell'Attività Fisica

DESTINATARI DELL'INTERVENTO

L'intervento è destinato a tutta la collettività, privilegiando interventi specifici rivolti a:

- Soggetti in sovrappeso/obesi
- Bambini/adolescenti + insegnanti e genitori
- Donne afferenti alla rete per lo screening dei tumori dell'utero e della mammella
- Donne in gravidanza/puerperio
- Diabetici, anziani con malattie cronico-degenerative
- Operatori delle Az.ULSS

AMBITO TERRITORIALE:

Tutte le Az.ULSS del Veneto, tenendo conto del fatto che per quanto riguarda la promozione dell'AF nel piano triennale 2002/4 sono già state coinvolte 21 ULSS su 21, anche se con diverso grado di impegno (in 12 sono stati finanziati nuovi progetti, 15 hanno partecipato alla campagna di promozione dell'uso delle scale, tutte sono state coinvolte nella formazione degli operatori).

Eventuali progetti guida saranno sperimentati in tre Az.ULSS pilota.

COLLABORAZIONI:

- Dipartimenti di Prevenzione: SIAN, SISP
- Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta
- Specialisti territoriali
- Distretti
- Strutture residenziali
- Servizi sociali ULSS
- Settore personale e settore formazione ulss
- Centri anti diabetici
- Consultori
- Comuni (settore sociale e politiche giovanili, ecologia, urbanistica, traffico, uffici tecnici...)
- Associazioni anziani
- Associazioni di pazienti (diabetici, cardiopatici ecc.)
- Associazioni ecologiste
- Scuole
- Genitori (attraverso le scuole)
- Mass media
- Servizi di medicina sportiva
- Servizi di educazione alla salute delle Az.ULSS

METODOLOGIA:

Sul territorio regionale sono state sviluppate attività, sia all'interno dei Piani triennali che dell'attività dipartimentale, volte alla lotta alla sedentarietà: ad esempio nell'Az.ULSS n.20, le attività principali del progetto hanno riguardato la promozione dell'attività motoria negli anziani e nei diabetici, la costituzione di gruppi di cammino di quartiere, la formazione degli operatori sanitari dei SISP e degli insegnanti di educazione fisica, la collaborazione con le istituzioni sanitarie e con i principali stakeholders (associazioni di pazienti, volontariato, gruppi ambientalisti ecc.), la collaborazione con i comuni (strumenti urbanistici, modifica delle barriere ambientali all'attività fisica).

Finora l'intervento ha coinvolto principalmente la fascia di popolazione di età avanzata e i diabetici, ma l'intervento educativo e promozionale dovrà, a questo punto, essere esteso ad altre fasce "critiche" di popolazione, in particolare ai gruppi target sopra elencati.

Il seguente elenco delinea schematicamente le attività di promozione dell'AF da realizzare nel triennio 2005/7, espandendo e completando quelle già in corso nell'ambito del piano triennale SISP (v. Allegato 6), e andrà integrato con quello degli interventi sull'alimentazione (v. Allegati 1-5).

1. realizzazione di un sistema di monitoraggio della sedentarietà
 - in collaborazione con i SIAN
 - bilanci di salute – pediatri
 - flussi informativi regionali ADI e RSA
 - definizione dei sistemi di tutela nell'ambito dell'AF (certificazione/sorveglianza)

2. scuole elementari/medie
 - promozione dell'attività fisica (insegnanti, ragazzi, genitori) – integrata con il progetto di educazione alimentare
 - integrazione con progetto regionale "Piùsport@scuola"
 - pedibus: percorso casa-scuola a piedi*
 - percorso casa-scuola in bicicletta*

- * integrazione con Amministrazioni Comunali per la sistemazione dei percorsi pedonali e ciclabili

3. famiglia (in collegamento con la scuola)

promozione di stili di vita sani a scuola e in famiglia (genitori-figli) relativamente a:

 - attività fisica
 - televisione

- videogiochi
4. gravidanza-puerperio (in collaborazione con i SIAN), promozione di stili di vita sani da parte di ostetriche nei corsi di preparazione al parto:
 - allattamento
 - alimentazione
 - attività fisica
 5. adulti in sovrappeso e in età critica
 - messa a punto di un sistema di raccolta dati
 - formazione di medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali (coinvolgimento della rete di formatori interni al gruppo)
 - formazione ASV
 - campagna di promozione nei dipendenti Az.ULSS
 - realizzazione di materiali informativi
 - formazione insegnanti educazione fisica
 6. donne in età critica

promozione dell'attività fisica nelle donne che afferiscono allo screening per tumore mammario e uterino

promozione dell'attività fisica nelle donne che frequentano i corsi di preparazione al parto (v. sopra gravidanza e puerperio)
 7. intervento di comunità
 - advocacy
 - interventi urbanistici (percorsi pedonali e piste ciclabili, aree verdi, percorsi casa-scuola e casa-campo giochi sicuri)
 - altri progetti di promozione del cammino:
 - gruppi di cammino di quartiere
 - adozione di cani
 - collaborazione con settore Pubblica Istruzione dei comuni
 - partecipazione a progetti per lo sviluppo sostenibile: Città Sane e Agenda 21

5.7 Aumentare/riqualificare il tempo dedicato all'attività motoria all'interno del curriculum scolastico

L'intervento dovrà essere sviluppato mediante la modifica delle normative regionali.

5.8 Intervento di comunità per la promozione dell'attività fisica

DESTINATARI DELL'INTERVENTO

L'intervento è destinato a tutta la collettività, privilegiando interventi specifici rivolti ai gruppi target specificati al punto 5.6

AMBITO TERRITORIALE

Tutte le Az.ULSS del Veneto, tenendo conto del fatto che per quanto riguarda la promozione dell'AF nel piano triennale 2002/4 sono già state coinvolte 21 ULSS su 21.

COLLABORAZIONI

- Dipartimenti di Prevenzione: SIAN, SISP
- Mass media
- Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta
- Distretti
- Strutture residenziali

- Servizi sociali ULSS
- Centri anti diabetici
- Comuni (settore sociale e politiche giovanili, ecologia, urbanistica, traffico, uffici tecnici...)
- Associazioni anziani
- Associazioni di pazienti (diabetici, cardiopatici ecc.)
- Associazioni ecologiste
- Scuole
- Genitori (attraverso le scuole)
- Servizi di educazione alla salute delle Az.ULSS

METODOLOGIA

- advocacy e promozione di un “clima culturale” che supporti l’attività fisica
- interventi urbanistici (sviluppo di ambienti urbani idonei: percorsi pedonali e piste ciclabili, aree verdi, percorsi casa-scuola e casa-campo giochi sicuri)
- promozione del cammino: gruppi di cammino di quartiere, gruppi di cammino nei centri anziani, adozione di cani
- collaborazione con settore Pubblica Istruzione dei comuni
- partecipazione a progetti per lo sviluppo sostenibile: Città Sane e Agenda 21
- promozione dell’uso delle scale

6. Monitoraggio

Sia gli indicatori di processo che quelli di efficacia saranno definiti nel corso della progettualità, essendo essi stessi compresi negli obiettivi specifici del progetto (Obiettivo n. 1: Consolidare il sistema di sorveglianza regionale su sovrappeso e obesità, patterni nutrizionali e attività fisica). Verranno pesate le diverse informazioni in modo da trarre evidenze che non rispondono solo a bisogni strettamente tecnici o biomedici, ma anche a tutte le istanze sociali collegate agli interventi di comunità, al fine di valutarne l’ *effectiveness*, ossia la capacità del programma, di essere efficace nel contesto in cui è stato calato.

Modalità acquisizione dei dati per la costruzione degli indicatori e valutazione del progetto

Invio e raccolta semestrale o annuale dati dalla rete SIAN delle singole ULSS tramite apposite griglie ai Soggetti responsabili delle schede tematiche dell’area Nutrizione 2 del Piano triennale sicurezza alimentare 2005-07; loro inoltro al Responsabile Area Tematica 2 e successiva trasmissione al Comitato Guida PTSA Regione Veneto:
Valutazione progetto Comitato Guida PTSA Regione Veneto, CCM

7 Definizione modalità coordinamento del progetto presso la Regione

Il progetto regionale prevede due aree di attività (alimentazione e attività fisica) con uno sviluppo indipendente ma strettamente coordinato mediante un tavolo comune tra rappresentanti del Comitato Guida del Piano triennale Sicurezza Alimentare e Comitato Guida del Piano Triennale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica. I Dirigenti Regionali di riferimento sono rispettivamente il dott. Piero Vio e il dott. Antonio Ferro.

Il **coordinamento tecnico-scientifico**, viene realizzato dai Comitati Guida dei rispettivi Piani Triennali e si avvale di **team operativi locali** per l’attuazione locale delle attività individuate. Sono, inoltre, previsti **gruppi di lavoro specifici** per ogni obiettivo del presente programma.

Altri contributi necessari allo sviluppo del programma saranno possibili con incarico specifico (Università, Associazioni di Volontariato, clinici, nutrizionisti, ecc.) Il **team locale** potrà avere un adattamento nella composizione sulla base delle peculiarità di ogni singola Az. ULSS e relativo Dipartimento di Prevenzione.

8. Cronogramma

Tempi per la realizzazione

Il cronogramma di lavoro può essere riassunto nei seguenti punti:

1. Decreto regionale di formalizzazione del coordinamento tecnico scientifico (mese 0-1);
2. scelta delle Az. ULSS pilota (mesi 1-4);
3. istituzione dei gruppi di lavoro specifici (mesi 1-4)
4. riunioni con i rappresentanti di tutti gli stakeholder per la condivisione del programma di dettaglio (mesi 1-12);
5. contemporanea contrattazione di categoria per inserimento nei gruppi di lavoro e accordo attività previste (mesi 3-12);
6. analisi epidemiologica, progettazione interventi di mkt sociale, strategie di prevenzione primaria e definizione linee guida e protocolli operativi (mesi 3-36);
7. formazione operatori ULSS (mesi 3-36);
8. avvio del programma con riunioni per stabilire calendari di attività (ULSS capofila) (mesi 6-12);
9. avvio delle azioni (mesi 3-36);
10. verifica attività al 6° mese e poi ad intervalli regolari di 12 mesi;
11. miglioramenti organizzativi e di performance sulla base della verifica e monitoraggio dell'attività a 6 mesi dall'avvio del programma (tempi da stabilire).

9. Bibliografia

1. Mokdad AH, Serdula MK, Dietz WH et al. The spread of the obesity epidemic in the United States, 1991-1998. *JAMA* 1999;282:1519-1522.
2. Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *New Engl J Med* 1999;341:1097-1105.
3. Aronne LJ 2001. Epidemiology, morbidity and treatment of overweight and obesity. *J Clin Psychiatry* 62 (suppl 23), 13-22.
4. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2003. Istat n.25, 2005.
5. Lo sport che cambia. Istat, Argomenti n.29, 2005
6. I.O.T.F. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity reviews* 2004;5, Suppl.1:1-104.
7. Yusuf S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, Published online September 3, 2004
8. G. Schlierf, L. Arab, B. Schellenberg, et al. Salt and hypertension: data from the "Heidelberg 2 - *Am. J. Clin. Nutr.* 33: 872-875, 1980.
9. Gould K, Ornish D, Scherwitz L, Brown S, Edens RP, Hess MJ, Mullani N, Bolomey L, Dobbs F, Armstrong WT, Merritt T, Ports T, Sparler S, Billings J: Changes in myocardial perfusion abnormalities by positron emission tomography after long-term, intense risk factor modification. *JAMA* 1995;274:894-901.
10. [Gould KL](#), [Ornish D](#), [Kirkeeide R](#), et al., - Improved stenosis geometry by quantitative coronary arteriography after vigorous risk factor modification.- [Am J Cardiol.](#) 1992 Apr. 1;69(9):845-53
11. Istituzione della rete interospedaliera per il trattamento dei pazienti affetti da infarto miocardico acuto nell'ambito di una strategia terapeutica integrata (fibrinolisi ed angioplastica) a cura della commissione tecnica per la gestione in urgenza dell'infarto miocardico acuto (IMA). Coordinatore: Dr. Daniele Frezza, CREU – Direzione dei Servizi Sanitari della Regione Veneto. Allegato alla dgr n. 4299 del 29 DIC. 2004
12. Gnesotto R e Forni S - La mortalità e le sue cause nel Veneto –*Bollettino Epidemiologico Regionale* n. 0 - Novembre 2000
13. Fondazione Corazzin. I giovani e lo sport nel Veneto. 2002
14. DGR Veneto n. 345 – 11.2.05. Linee di indirizzo regionali in materia di medicina dello sport

15. Zoppini G et al. Afferenza ai servizi di diabetologia e mortalità per tutte le cause in diabetici di tipo 2 trattati con ipoglicemizzanti orali. IV Congresso interassociativo della Società Italiana di Diabetologia dell'Alto Adige, Trentino e Veneto, Mestre, 26.11.2004
16. Gombacci. Trieste donna: un progetto per la donna con la donna. Convegno nazionale "La promozione dell'attività fisica nelle diverse età della vita", Bologna, ottobre 2004
17. Comunicato OMS 11 novembre 2004
18. Health promotion in the workplace. In J Naidoo, J. Wills. Health promotion. Foundations for practice.
19. Regione Veneto. Statistiche 2004. <http://www.regione.veneto.it/Temi+Istituzionali/ Statistica/ Pubblicazioni/Sfogliare+il+Veneto+2004.htm>
20. Dati Ministero Sanità. <http://www.ministerosalute.it/servizio/sezSis.jsp?label=usl>
21. Regione Veneto. VIII censimento dell'industria e dei servizi. 2004. <http://www.regione.veneto.it/Temi+Istituzionali/Statistica/Pubblicazioni/Statistiche+Flash.htm>
22. Groundbreaking study links physical activity with lower costs. Disease Management Advisor, April 2004
23. De Feo P. Comunicazione presentata al XXXI Congresso Nazionale della Società Italiana di Endocrinologia, giugno 2005.
24. 12. Ministero della Salute. Relazione sullo stato sanitario del paese. 2001/2002
25. Burton WN et al. The role of health risk factors and disease on worker productivity. J Occupational Environmental Medicine 1999 ;41 :863
26. Edington DW et al. The financial impact of changes in personal health practices. J Occupational Environmental Medicine 1997 ;39:1037
27. Gold DB et al. Impact of a telephone-based intervention on the reduction of health risks. Am J Health Promotion 2000 nov-dec: 97
28. Takano T. Urban residential environment and senior citizens' longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces. Journal of Epidemiology and Community Health, December 2002
29. Giles-Corti B et al. The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity. Social Science and Medicine, 2002;54:1793
30. Wing RR et al. Behavioral science research in diabetes. Diabetes Care, 2001;24:117
31. Atti convegno "Verona città in forma", Verona 15.5.05 (in press)
32. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. Lancet. 2002 Aug 10;360(9331):473-82
33. Ministero della salute. Relazione sullo stato sanitario del paese 2001-2002
34. S.Z. Yanovzski et al. Obesity. The New England Journal of Medicine, February 21, 2002.
35. Sandvik Leiv et al. Physical fitness as a predictor of mortality among healthy, middle-aged Norwegian men. N Engl J Med, 1993;328:533
36. Hu FB et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. N Engl J Med 2001;345:790
37. Clinical Evidence, edizione italiana n.1, 2001: Prevenzione primaria, pag 48-74.
38. Eurodiet - Nutrition & Diet for Healthy Lifestyles in Europe Science & Policy Implications (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf)
39. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, (WHO Technical Report Series 916 Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation
40. The management of obesity and overweight An analysis of reviews of diet, physical activity and behavioural approaches Evidence briefing 1st Edition, October 2003 Caroline Mulvihill and Robert Quigley NHS Health Development Agency
41. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization, 2002.
42. Conclusioni del Consiglio sull'obesità, l'alimentazione e l'attività fisica (adottate il 3.6.2005). http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
43. LiGIO'99 Linee guida italiane obesità.

44. Dieta, attività fisica e salute - una piattaforma d'azione europea. International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper prepared in collaboration with the European Association for the Study of Obesity March 15 2005 Brussels http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/eu_platform_en.pdf
45. Relazione sullo stato dei lavori della Commissione europea nel campo della nutrizione in Europa Ottobre 2002 Commissione europea Direzione generale per la Salute e la tutela dei consumatori
46. Third Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III).
47. COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES Brussels, 08.12.2005 COM(2005) 637 final GREEN PAPER "Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases"

10. Allegati

1. Piano triennale sicurezza alimentare 2005-07 Regione del Veneto*
2. Progettualità Area Tematica 2 Piano triennale sicurezza alimentare 2005-07*
3. Report "Studio multicentrico per la rilevazione della crescita staturo-ponderale e dello stato nutrizionale della popolazione infantile del Veneto"**
4. "Linee Guida in materia di miglioramento della sicurezza e della qualità nutrizionale della ristorazione scolastica" (Delibera della Giunta Regionale del Veneto n. 3883 del 31.12.2001 e successivo aggiornamento Decreto Regionale n. 517 del 30.12.2003 della Direzione per la Prevenzione)*
5. "Riduzione del sovrappeso ed obesità come fattori di rischio postinfarto e/o dopo pregresso ictus in soggetti diabetici e non diabetici" Progetto ADI *
6. Progettazione in area AF**

*Documenti prodotti ed attualmente disponibili c/o Comitato Guida

**Documentazione disponibile presso la Direzione della prevenzione

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE RECIDIVE NEI SOGGETTI CHE HANNO GIA' AVUTO ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI

Responsabile scientifico:

Dott. Massimo Valsecchi

Direttore, Dipartimento di Prevenzione ULSS 20, Verona

Referente progetto "Promozione dell'attività fisica", Piano triennale SISP 2005-7

Tel 045.8075924 - email massimo.valsecchi@ulss20.verona.it

Dimensioni del problema

Le malattie cardiovascolari sono al I posto tra le cause di morte in Italia, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi oltre che di una rilevante quota di invalidità permanente; in particolare la cardiopatia ischemica è responsabile del 28% di tutte le morti. Il 23.5% della spesa farmaceutica italiana (pari all'1.34% del prodotto interno lordo) è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare.¹