

## SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELL'OBESITA'

Premessa	pag. 65
Obiettivo 1.Sorvegliare il fenomeno	pag. 72
– Azione a) Monitoraggio del rischio obesità nell'età evolutiva	pag. 72
– Azione b) Lo strumento passi: monitoraggio del rischio obesità nell'età adulta. Monitoraggio delle abitudini alimentari, motorie e degli stili di vita della popolazione adulta.	pag. 75
Obiettivo 2. Il mondo della scuola	pag. 81
Obiettivo 3. Comunicare ed educare	pag. 85
Obiettivo 4. Cominciare subito	pag. 90
Obiettivo 5. Muoversi	pag.100
Obiettivo 6. Supportare i soggetti a rischio	pag. 106
Obiettivo 7. Vigilare	pag. 109

## Premessa

L'obesità è una condizione in rapido incremento in tutti i paesi occidentali compresa l'Italia e numerosi autori evidenziano come questa condizione rappresenti un importantissimo fattore di rischio per l'insorgenza di varie patologie. In particolare in età infantile ed adolescenziale risulta essere un fattore di rischio per l'insorgenza di aterosclerosi coronaria già negli stessi adolescenti od in giovani adulti, per la precoce comparsa di alterata tolleranza glucidica e per il mantenimento di obesità e sovrappeso nell'età adulta. Si sottolinea, inoltre, come l'alimentazione scorretta e l'obesità, possono favorire l'insorgenza di alcuni tipi di tumori.

Di eguale importanza sono, nell'immediato, le conseguenze psicologiche dell'obesità: non va sottovalutato il fatto che nei primi anni di vita un distorto rapporto con il cibo (nel bambino, nei suoi genitori, negli educatori, ecc.) o con la propria/altrui immagine corporea può rappresentare la spia di una situazione problematica.

Sulla base delle considerazioni sopra esposte risulta importante affrontare questo problema, in termini di prevenzione, con una strategia di approccio che preveda il coinvolgimento di soggetti anche molto distanti tra loro normalmente e con una **finalità** generale che può essere così riassunta: *aumentare nella popolazione la percentuale di soggetti che adottano un corretto atteggiamento alimentare e svolgono una regolare attività fisica.*

### **Dimensione del fenomeno.**

In Italia, nel periodo 1994-99 l'Istat ha registrato un aumento della popolazione sovrappeso (16 milioni di italiani) con un aumento drastico dell'obesità del 25 %. Gli ultimi dati sempre rilevati dall'Istat e riferiti al periodo 2000-03 riportano che in Italia la percentuale di popolazione con età superiore ai 18 anni in condizione di normopeso è maggioritaria e sostanzialmente stabile (53,5% nel 2000 e 54,1 % nel 2003), ma un terzo dei maggiorenni è in sovrappeso (33,9 % nel 2000 e 33,6% nel 2003) e quasi un decimo risulta obeso (9 % sia nel 2000 che nel 2003).

Per quanto riguarda la condizione di obesità in età infantile, i dati ISTAT stimano la condizione di sovrappeso e obesità distinta per classi di età sulla base della seguente tabella:

**Situazione a livello nazionale: Percentuale di soggetti italiani sovrappeso ed obesi nella fascia di età compresa fra i 6 ed i 17 anni:**

	% 6-9 anni	% 10-13 anni	% 14-17 anni	% 6-17 anni
Sovrappeso e Obesità	34,1	25,4	13,9	24,1

Fonte: ISTAT, Indagine su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000", Convegno ISTAT settembre 2002

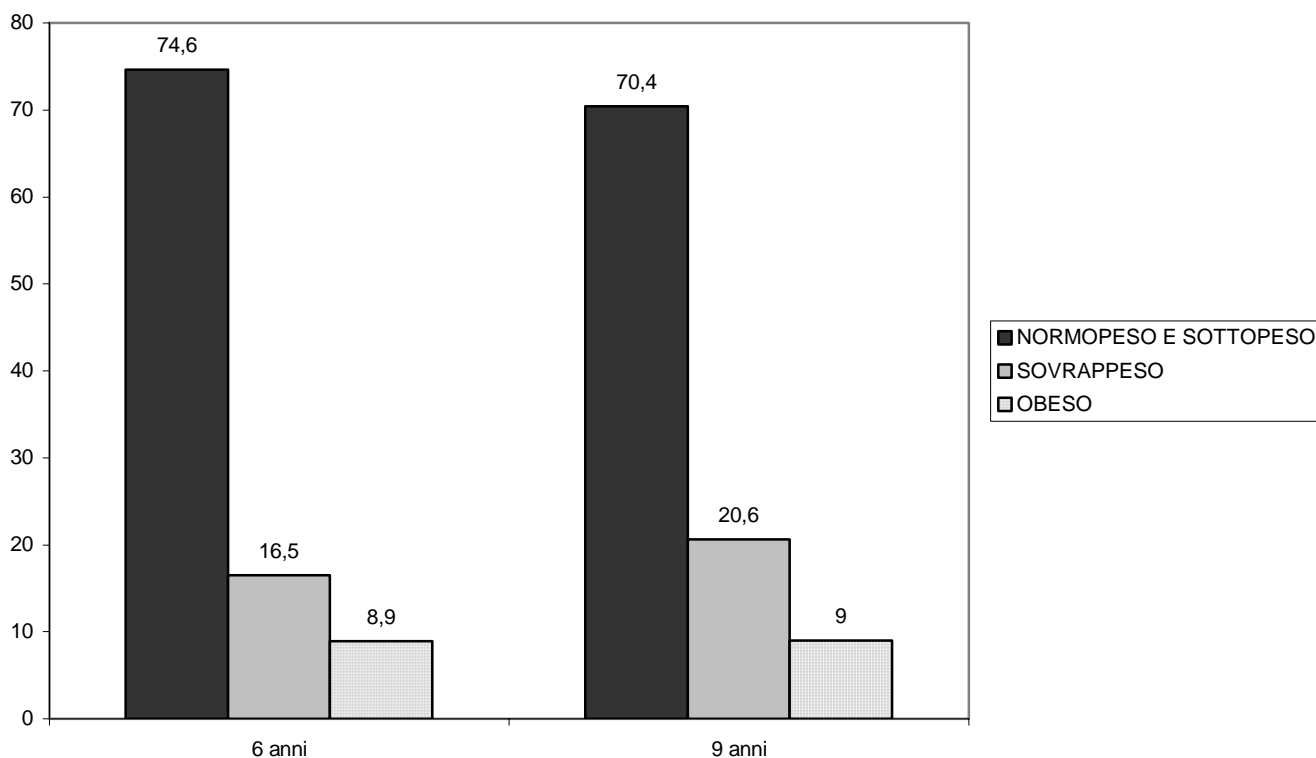
Tenendo distinte le due condizioni risulta che il 4% dei bambini italiani è obeso e il 20% in sovrappeso, con un particolare interessamento dei maschi rispetto alle femmine. Questi dati, relativi all'obesità in età infantile ed adolescenziale sono stati rilevati in una popolazione campione non

rappresentativa di più zone a livello delle singole regioni e non ci fornisce un dato reale circa lo stato nutrizionale della popolazione in quanto peso e altezza non vengono verificati con misurazioni dirette.

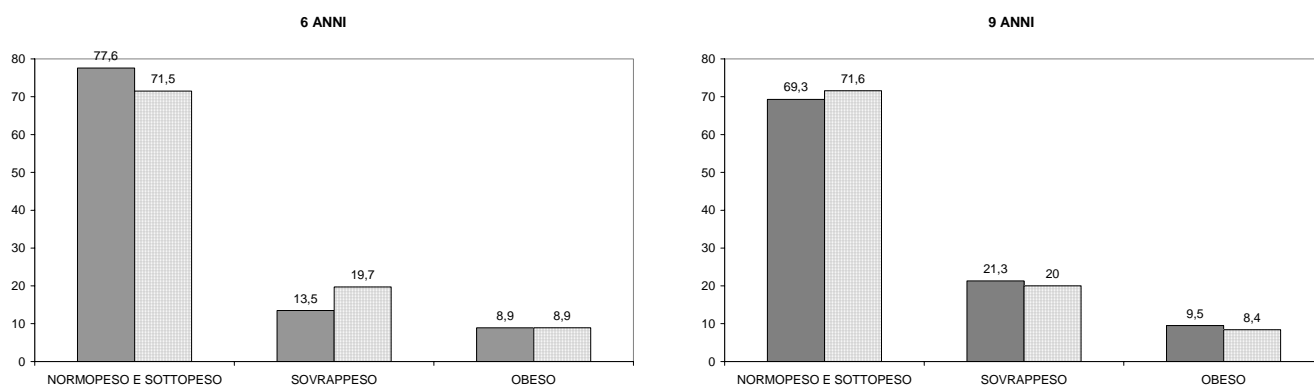
In Regione Emilia-Romagna si è proceduto negli anni passati ad attivare un progetto di sorveglianza nutrizionale per stimare il fenomeno obesità in età infantile. La rilevazione dei dati antropometrici e delle abitudini alimentari è stata eseguita nel 2003 su un campione, rappresentativo a livello regionale e per ogni singola Azienda USL, di 2681 bambini frequentanti l'ultimo anno di scuola materna e sui loro famigliari. Analogamente si è proceduto nel 2005, su un campione di 2955 bambini frequentanti la classe 3° elementare. Tali indagini hanno evidenziato sui bambini di 6 anni una prevalenza della condizione di sovrappeso pari al 25,4 di cui l'8,9 % era riferita a una vera e propria obesità. Nel gruppo dei bambini di 9 anni, indagati nel 2005, la percentuale degli obesi si conferma al 9% e quella dei sovrappeso raggiunge il 20,6%.

Si riportano anche le distribuzioni delle caratteristiche ponderali dei genitori (dati autoriferiti)

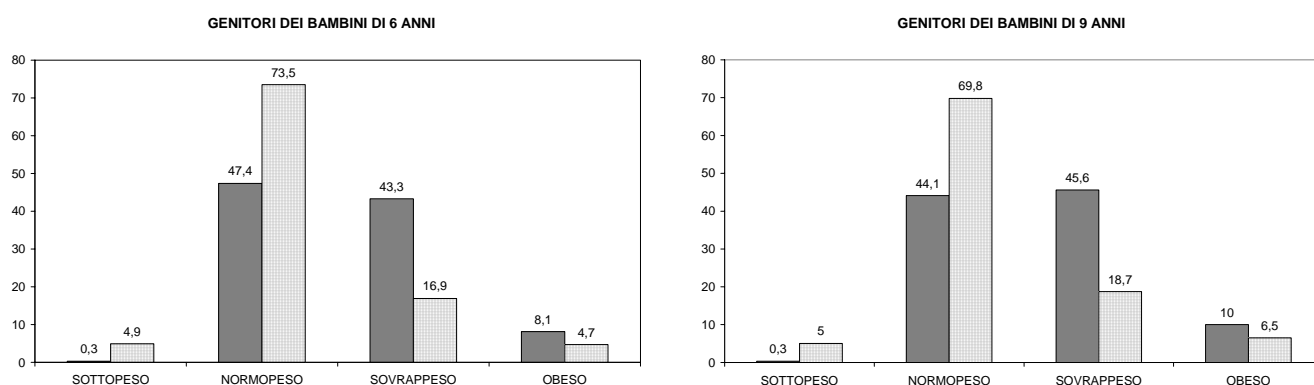
**Distribuzione percentuale delle caratteristiche ponderali dei bambini di 6 e 9 anni**



**Distribuzione percentuale delle caratteristiche ponderali per sesso e classe d'età  
(in grigio i maschi, in retinato le femmine)**

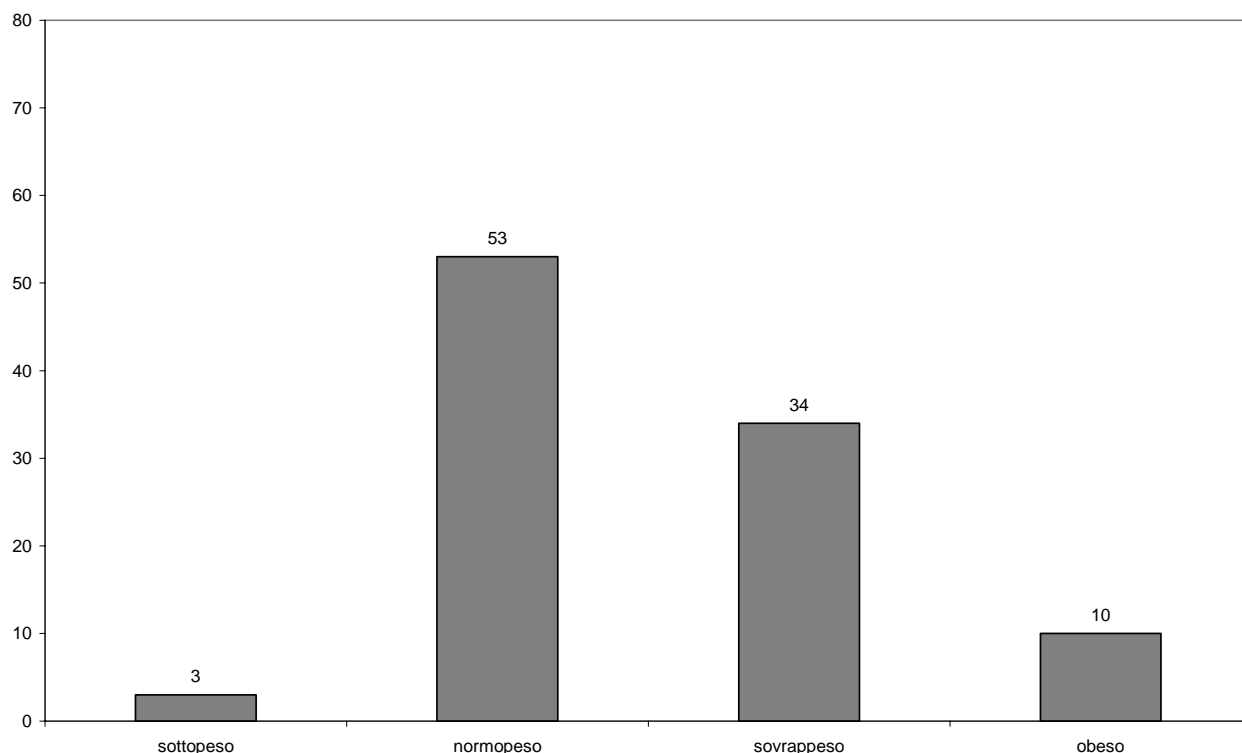


**Distribuzione percentuale delle caratteristiche ponderali dei genitori per sesso  
(in grigio i padri, in retinato le madri)**



In riferimento all'età adulta, in Regione Emilia-Romagna è stato attivato un sistema di sorveglianza sui determinanti di salute e i programmi di intervento realizzati per la promozione di comportamenti di vita più sani. Questo sistema è denominato PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) e consiste in un'indagine telefonica su un campione di cittadini di età 18-69 anni. Ulteriori e più precise informazioni su questo strumento sono rinvenibili più avanti nel presente documento alla voce Obiettivo 1 azione b). L'indagine PASSI ha consentito di reperire informazioni su parecchi determinanti di salute tra cui la situazione nutrizionale, le abitudini alimentari e l'attività fisica nella popolazione regionale. Alcuni di questi risultati si possono vedere nelle seguenti tabelle.

**Distribuzione percentuale delle caratteristiche ponderali della popolazione 18-69 anni**  
Emilia-Romagna Passi, 2005



**Popolazione con eccesso ponderale ^**

Emilia-Romagna Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	%
<b>Totale</b>	<b>43,9 (IC 95% 41,4-46,4)</b>
<b>Età, anni*</b>	
18 – 24	14,9
25 – 34	27,2
35 – 49	39,8
50 – 69	61,6
<b>Sesso**</b>	
Uomini	51,8
Donne	35,9
<b>Istruzione °</b>	
bassa	54,7
alta	33,2

^ popolazione in sovrappeso od obesa

\* le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0001)

\*\* le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)

° istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

**Sedentarietà**

Emilia-Romagna Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	Sedentari, %*
<b>Totale</b>	<b>13,3 (IC95%:11,7-15,2)</b>
<b>Età, anni</b>	
18 - 34	8,2
35 - 49	13,9
50 - 69	16,6
<b>Sesso</b>	
Uomini	12,9
Donne	13,8
<b>Istruzione**</b>	
bassa	15,1
alta	11,6

\* chi svolge meno di 10 minuti d'attività fisica alla settimana e non effettua un lavoro pesante

\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

### ***Linee generali di progettazione***

La strategia attuativa del piano è quella di strutturare una rete nel cui ambito varie istituzioni, a livello regionale e locale, cooperano per supportare e costruire un contesto che renda facile per i cittadini dell'Emilia-Romagna fare scelte nutrizionali sane e svolgere regolarmente attività fisica al fine di

- Prevenire l'insorgenza della condizione di obesità nella popolazione sia infantile che adulta
- Ridurre la prevalenza
- Ridurre il tasso di patologie croniche associate all'obesità

La strutturazione di una rete di collaborazioni fra soggetti diversi prevede un approccio su più livelli con l'ambizione di focalizzarsi sì sul comportamento e le scelte individuali, ma anche di agire su tutte le sfere di influenza che possono avere connessioni con lo stato di salute, come ad esempio l'ambito delle relazioni interpersonali (famiglia, amici, ecc.) e quello delle istituzioni/organizzazioni, fino ad incidere sulla comunità in cui si vive e sul Governo che ne regola la convivenza.

Oltre all'idea guida di lavorare su un approccio integrato ai vari livelli sopradescritti, l'altro elemento chiave della progettazione di questo piano è il concetto di "ambiente obesogenico" intendendo con questo termine definire quell'ambiente che ha reso sempre più difficile per gli individui svolgere una regolare attività fisica e accedere ad un'alimentazione sana. Un ambiente che è il risultato dell'interazione di tutti i fattori (contesto di vita, opportunità, condizioni) che promuovono l'obesità negli individui e nella popolazione e che agiscono sulle comunità, quali il marketing dei prodotti alimentari, le politiche agricole, la pianificazione urbanistica, le politiche scolastiche e dei trasporti.

Gli **obiettivi specifici** che sostengono le singole azioni promosse da questo progetto possono essere così riassunti:

1. *Sorvegliare il fenomeno* Strutturare un sistema di sorveglianza che descriva nella nostra popolazione l'incidenza e la prevalenza (e il relativo trend temporale) di obesità e sovrappeso nonché i pattern nutrizionali e di attività fisica
2. *Il mondo della scuola* Strutturare una rete di interventi, rivolti alle scuole finalizzati a migliorare la qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica e a veicolare messaggi informativi/formativi tesi ad incoraggiare, negli alunni e nelle loro famiglie, l'adozione di un corretto atteggiamento alimentare e l'abitudine all'attività fisica

3. *Comunicare ed educare* Strutturare a livello regionale un punto di condivisione degli interventi educativo/formativi, su questo tema già realizzati o in previsione
4. *Cominciare subito* Strutturare interventi rivolti alle donne in gravidanza o con bambini appena nati finalizzati a veicolare messaggi informativi/formativi tesi ad incoraggiare l'allattamento al seno e l'adozione di un corretto atteggiamento alimentare
5. *Muoversi* Incidere sui processi di organizzazione delle città per rendere facile e accessibile a tutti lo svolgimento di una regolare attività fisica
6. *Supportare i soggetti a rischio* Sperimentare percorsi ed interventi di supporto terapeutico per gruppi a rischio
7. *Vigilare* Verificare la qualità nutrizionale dei prodotti al consumo e promuovere una corretta informazione al consumatore

### ***Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione***

Si prevede di istituire entro la fine del 2006 un tavolo regionale in cui siano rappresentate ed integrate le varie competenze necessarie alla realizzazione degli obiettivi di progetto.

Nel tavolo saranno rappresentati strutturalmente gli Assessorati regionali: Politiche per la salute, Agricoltura, Scuola formazione professionale università, Politiche Sociali ed educative, nonché la struttura del Coordinatore Scolastico Regionale. Di volta in volta sulla base dei temi trattati si realizzeranno forme di raccordo con altri soggetti istituzionali e con portatori di interessi quali ad es. le imprese dedicate alla ristorazione collettiva e le associazioni di genitori e consumatori.

Il tavolo, coordinato dalla D.G. Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, avrà la funzione di

- Concordare le strategie per facilitare il raggiungimento degli obiettivi
- Condividere lo stato di attuazione delle iniziative comprese nel progetto
- Incentivare e promuovere a livello locale il funzionamento di analoghe strutture di coordinamento e integrazione
- Favorire lo scambio di informazioni sulle iniziative, nonché le direttive e linee-guida, elaborate da soggetti differenti in tema di alimentazione e nutrizione

## **OBIETTIVO 1**

### **SORVEGLIARE IL FENOMENO**

**Azione A): Monitoraggio del rischio obesità nell'età evolutiva. monitoraggio delle abitudini alimentari, motorie e degli stili di vita della popolazione infantile ed adolescenziale e relative famiglie**

#### *Introduzione ed obiettivi generali*

Per mantenere lo stretto legame tra alimentazione e salute, occorre conoscere i problemi di salute e i determinanti socio-ambientali che possono influenzare le tendenze alimentari della popolazione di riferimento e la sua abitudine a svolgere una regolare attività fisica. Per far questo è necessario costruire ed organizzare un Sistema di Sorveglianza capace di monitorare lo stato nutrizionale della popolazione, valutare l'andamento delle malattie correlate all'alimentazione, riconoscere come la popolazione si alimenta e si muove, prevederne le tendenze future. La Sorveglianza Nutrizionale è la base su cui poggiano tutte le attività preventive e/o terapeutiche rivolte alla promozione di un corretto stile di vita.

Il sistema di Sorveglianza deve consentire di individuare, per la popolazione regionale, i problemi nutrizionali da affrontare con priorità e fornire specifiche indicazioni per gestire al meglio le strategie di intervento preventivo per la correzione dei problemi evidenziati.

Per attivare il Sistema di Sorveglianza è necessaria la creazione di una specifica rete per la raccolta continua dei dati oltre a personale appositamente formato per questo genere di attività.

Il reperimento di dati primari sulla popolazione, attraverso apposite indagini, rappresenta in genere la parte più complessa e dispendiosa della sorveglianza nutrizionale e pertanto sarà riservata a specifici target. E' importante sottolineare, al fine di attuare una prevenzione mirata e con maggiori possibilità di successo, quanto non solo sia importante monitorare incidenza e prevalenza di sovrappeso ed obesità nella popolazione studiata, ma anche conoscere le abitudini alimentari e motorie, gli stili di vita, le preferenze alimentari, i comportamenti ed i fattori socio-economico-culturali in grado di influenzare questi fattori.

Un sistema di sorveglianza nutrizionale sulla popolazione infantile ed adolescenziale basato sulla raccolta di dati primari, è già in atto, su tutto l'ambito regionale, dall'anno 2002 (Vedi Dati epidemiologici in Premessa).



### ***Obiettivi specifici per gli anni 2006-2008***

- Completamento della rilevazione dati obesità nelle diverse fasce di età attraverso la raccolta diretta di dati antropometrici nelle classi di età 13 e 17 anni e raccolta di informazioni sulle abitudini ed sulle scelte alimentari dei bambini o dei ragazzi e dei loro famigliari, per mezzo di strumenti di rilevazione (questionari autocompilati) o tramite flussi già esistenti;
- Elaborazione dei dati e produzione di reports di sintesi che definiscano lo stato della popolazione in riferimento a sovrappeso e obesità;
- Valutazione della sorveglianza effettuata al fine della programmazione delle attività future e della messa a regime del sistema di sorveglianza.

### ***Piano Operativo***

Nell'arco degli anni in cui si articola il piano, sono in progetto interventi di raccolta di dati primari rivolti rispettivamente ad una popolazione pre-adolescenziale (13 anni) ed adolescenziale (17 anni), in modo tale da ottenere una fotografia rappresentativa di questa fascia di popolazione. Come le precedenti, tali indagini, coordinate da uno specifico gruppo tecnico regionale, coinvolgeranno tutte le AUSL regionali e riguarderanno un campione rappresentativo di ragazzi e delle corrispondenti famiglie. Compito del Gruppo Tecnico Regionale, sulla base delle esperienze già condotte, sarà quello di predisporre i materiali per la raccolta di dati (questionari di rilevazione), organizzare il campionamento con il supporto di esperti di statistica (attualmente Istituto di Statistica dell'Università degli Studi di Bologna), standardizzare tempi e procedure, gestire l'elaborazione dei dati. I dati raccolti nel 2007 (per i ragazzi di 13 anni) e nel 2008 (per i ragazzi di 17 anni), verranno codificati ed elaborati nel corso dell'estate successiva, per essere valutati e socializzati nel più breve tempo possibile.

Parallelamente alla raccolta di dati primari, si promuoverà un confronto con altri servizi, per valutare la possibilità di organizzare ed utilizzare dati desunti da altri flussi informativi correnti, per costruire una mappa di rischio "nutrizionale" (es. bilancio di salute redatto da PLS; Certificato di assistenza al parto).

SERVIZI COINVOLTI SIAN, Dipartimenti di cure Primarie, U.O. di Epidemiologia; Servizio veterinario e igiene degli alimenti della Regione Emilia-Romagna, PLS, MMG, Aziende Ospedaliere

ALTRI SOGGETTI COINVOLTI: Università, Dirigenti scolastici, insegnanti, genitori, uffici scuola dei comuni, Province.

### ***Monitoraggio del progetto***

Gli indicatori relativi alla realizzazione del progetto, saranno riferiti al processo ed al risultato.

Essi possono essere sintetizzati come meglio indicato di seguito:

1. Evidenza di esecuzione delle raccolte di dati primari secondo il cronoprogramma stabilito;
2. Evidenza di reports: presentazioni a congressi/convegni, documenti (opuscoli, relazioni, pubblicazioni), pagine web;
3. Evidenza di un progetto per la messa a regime di un sistema di sorveglianza sia attraverso la rilevazione di dati diretti sia tramite flussi correnti.

### ***Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione***

Il coordinamento della attività sarà realizzato dal Servizio regionale Veterinario e Igiene degli Alimenti.

### ***Tempi di realizzazione (cronoprogramma)***

Come già accennato in precedenza la tempistica di realizzazione, per i prossimi 3 anni sarà la seguente:

- **Anno 2006**

1. Completamento dell'elaborazione e socializzazione dei dati raccolti per le fasce di età 6 e 9 anni.
2. Predisposizione di strumenti operativi per l'indagine da realizzarsi nei ragazzi di 13 anni
3. Promozione attivazione gruppo di lavoro "interservizi" per valutare l'utilizzabilità di dati ricavabili da flussi correnti.
4. Realizzazione di momento formativo residenziale su metodologia statistica ed epidemiologica ed EBP indirizzato ai referenti del Gruppo Regionale Nutrizione.

- **Anno 2007**

1. Raccolta dati primari su ragazzi di 13 anni e relative famiglie.
2. Elaborazione dati ed eventuale integrazione con dati secondari
3. Prima socializzazione dei risultati.

- **Anno 2008**

1. Raccolta dati primari su ragazzi di 17 anni e relative famiglie
2. Completamento elaborazione, integrazione e socializzazione dati primari raccolti
3. Predisposizione del report per la valutazione delle attività future

**Azione B): Lo strumento passi: monitoraggio del rischio obesità nell'età adulta.  
Monitoraggio delle abitudini alimentari, motorie e degli stili di vita della popolazione adulta**

***Introduzione e obiettivi generali***

Lo strumento PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) ha origine dalla necessità, avvertita dal ministero della Salute /CCM e dalle Regioni, di attivare una sorveglianza sui determinanti di salute e i programmi di intervento realizzati per la promozione di comportamenti di vita più sani. PASSI consiste in un'indagine telefonica su un campione di cittadini di età 18-69 anni, estratti in modo casuale dall'anagrafe sanitaria delle ASL e a cui era somministrato un questionario standardizzato che raccoglieva informazioni su vari aspetti della salute in relazione ai principali fattori di rischio comportamentali. I limiti metodologici di questo strumento sono noti e legati principalmente al fatto che registra dei comportamenti autoriferiti e che utilizzando il telefono potrebbe essere soggetto a bias di selezione. Un altro possibile limite metodologico è rappresentato dalla dimensione del campione e dalla sua significatività statistica che però riguarda solo parzialmente la nostra regione dove tutte le 11 Aziende USL hanno partecipato all'indagine del 2005 e di queste 7 lo hanno fatto intervistando un campione di soggetti di numerosità tale da raggiungere la significatività statistica a livello aziendale, cioè con 200 interviste. Il questionario PASSI era impostato su 7 sezioni con domande relative rispettivamente a:

- salute e qualità di vita percepita
- attività fisica
- abitudine al fumo
- abitudini alimentari
- consumo di alcol
- fattori di rischio cardiovascolare
- sicurezza stradale

Relativamente alla situazione nutrizionale della popolazione adulta dell'Emilia-Romagna si rimanda alle tabelle riportate in premessa dove si può veder come in Emilia-Romagna il 3% delle persone intervistate risultino sottopeso, il 53% normopeso, il 34% sovrappeso ed il 10% obeso. Inoltre dall'analisi completa dei dati rilevati si può affermare che:

- Il 44% della popolazione è in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso), senza rilevanti differenze tra le 7 Aziende Sanitarie partecipanti in regione con un campione statisticamente significativo per il livello aziendale.
- L'eccesso di peso cresce con l'età, (poco meno di due persone su tre sopra ai 50 anni) ed è maggiore negli uomini e nelle persone con basso livello d'istruzione.
- Tra le persone in eccesso ponderale solo il 29% fa attività fisica ed il 28% segue una dieta per perdere peso.

Il questionario PASSI ha dedicato molte domande anche ad indagare l'abitudine a svolgere una regolare attività fisica anche perché la sedentarietà è causa di 1.9 milioni di decessi all'anno nel mondo e, insieme ad una cattiva alimentazione, è alla base dell'attuale epidemia di obesità.

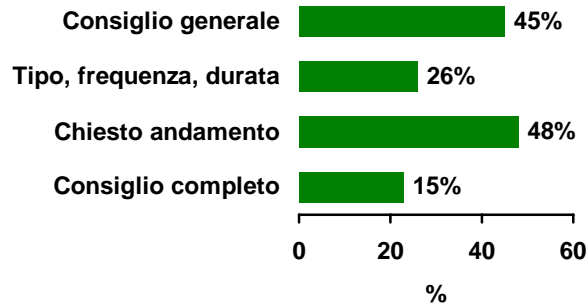
Esiste ormai un largo consenso circa il livello di attività fisica da raccomandare alla popolazione: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni. I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi anche sociali ed ambientali) si sono dimostrati utili nella promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio.

Anche su questo tema si rimanda alle tabelle riportate in premessa, da cui si evince che in Emilia-Romagna il 50% delle persone intervistate effettua un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica, il 37% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 13% è completamente sedentario. Le persone completamente sedentarie sono i meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione.

L'indagine PASSI si è occupata anche di valutare in che misura gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro pazienti e ne è risultato che:

- In Emilia-Romagna le persone intervistate riferiscono nel 45% dei casi che sono stati consigliati da medici di fare regolare attività fisica
- Solo il 26% ha ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere e al 48% di queste persone è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- Complessivamente solo il 15% dei pazienti dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni più dettagliate e domande successive sull'andamento dell'attività consigliata.

Attività fisica e consigli dei medici  
Emilia-Romagna Passi, 2005



Un ultimo aspetto che si ritiene di sottolineare è l'esito dell'indagine relativamente alle abitudini alimentari ed in particolare l'adesione alle raccomandazioni internazionali che prevedono il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno. Su questo tema i risultati di PASSI mettono in evidenza che in Emilia-Romagna il 91% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno, ma solo il 14% aderisce però alle raccomandazioni, consumando frutta e verdura 5 volte al giorno. Questa sana abitudine è più diffusa in due fasce d'età (18-24 e 50-69 anni) e tra le donne. Non si osservano invece differenze rilevanti legate al grado di istruzione.

**Abitudini alimentari**  
Emilia-Romagna Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day" <sup>**</sup> (%)
<b>Totale</b>	<b>13,7 (IC95%:12,1-15,6)</b>
<b>Età</b>	
18 - 24	17,9
25 - 34	8,7
35 - 49	9,5
50 - 69	18,7
<b>Sesso <sup>^</sup></b>	
uomini	9,1
donne	18,4
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>	
bassa	15,0
alta	12,5

\* coloro che hanno dichiarato di mangiare 5 volte al giorno frutta e verdura

\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0000)

### ***Obiettivi specifici per gli anni 2006-2008***

- Divulgare i risultati di PASSI per supportare le azioni indicate negli altri obiettivi del presente piano con dati e misurare le variazioni registrate
- Ripetere l'indagine anche per l'anno 2006 con il medesimo questionario su un campione almeno regionale
- A partire dal 2007, in sintonia con le decisioni nazionali, partecipare alla sorveglianza continua prevista dalla messa a regime del sistema, valutando – alla luce dei primi risultati 2006 – l'eventuale inserimento di approfondimenti informativi

### ***Piano operativo***

Il sistema di sorveglianza PASSI verrà attivato nella Regione Emilia-Romagna in stretto collegamento con quanto previsto a livello centrale dall'Istituto Superiore di Sanità (Centro Nazionale di Epidemiologia).

In particolare si procederà ad un'ampia diffusione dei risultati della prima fase di PASSI, cioè la sperimentazione eseguita nel 2005 e poi si ripeterà l'indagine su un campione di popolazione significativo a livello regionale.

Verrà poi messo a punto il format del questionario per quello che riguarda l'approfondimento informativo che andrà ad affiancare il "core" del questionario concordato a livello nazionale. Questo approfondimento informativo servirà a valutare l'impatto dell'attuazione degli interventi previsti dal presente piano di prevenzione dell'obesità, infatti va ancora sottolineato come PASSI voglia essere uno strumento per l'azione, da cui appunto trarre elementi per promuovere miglioramenti nell'attività.

Il passaggio dalla sperimentazione ad una applicazione routinaria di PASSI rende necessaria la costruzione di una solida base organizzativa e gestionale nell'ambito delle AUSL per permettere al sistema di sorveglianza di funzionare.

Infine i risultati dell'indagine ripetuta, per quanto riguarda la parte di sorveglianza dedicata ai fattori di rischio per la condizione di obesità, sarà la base di iniziative formative rivolte ai MMG in collegamento con le iniziative formative previste dal Piano della prevenzione dedicato alla diffusione della carta del rischio cardiovascolare.

### ***Servizi coinvolti***

Dipartimenti Sanità Pubblica in integrazione con i Distretti, i Dipartimenti Cure Primarie e i gruppi di coordinamento del presente piano a livello locale e regionale

### Altri soggetti coinvolti

SIMG e Società scientifiche di riferimento al tema (diabetologi, dietologi, ecc..)

### **Monitoraggio del progetto**

- % persone intervistate sulla numerosità totale del campione
- rispetto dei tempi previsti per la predisposizione del report informativo 2006

### **Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione**

Il coordinamento è in capo al Servizio regionale Sanità Pubblica

### **Tempi di realizzazione (cronoprogramma)**

#### • **Anno 2006**

- Ripetere l'indagine effettuata nel 2005 su un campione regionale
- Elaborare l'approfondimento informativo da aggiungere al "core" del questionario concordato a livello nazionale

#### • **Anno 2007**

- Attivare l'indagine col questionario aggiornato nell'ambito del sistema di sorveglianza continuo
- Organizzare un'iniziativa formativa sui risultati di PASSI rivolta ai MMG in collegamento con l'analoga iniziativa prevista dal piano "carta del rischio cardiovascolare"

#### • **Anno 2008**

- Mantenere in attività il sistema di sorveglianza continuo
- Organizzare un'iniziativa informativa sul set di dati complessivamente raccolti nei 4 anni di attività



## **OBIETTIVO 2**

### **IL MONDO DELLA SCUOLA**

**Azione: Realizzazione di interventi rivolti al mondo della scuola per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica e per la promozione di corretti stili di vita**

#### ***Introduzione ed obiettivi generali***

La ristorazione scolastica ricopre un importante ruolo sociale ed educativo nei confronti del bambino/ragazzo. Sulla ristorazione scolastica convergono interessi di numerosi attori, tutti in grado di influenzare le scelte alimentari dei bambini: genitori, insegnanti, amministrazioni locali, ditte di ristorazione. Pertanto essa rappresenta un contesto ottimale per promuovere scelte alimentari salutari e facilitare abitudini alimentari equilibrate. La scuola attraverso la mensa scolastica costituisce il luogo privilegiato di socializzazione alimentare, potendo proporre gusti, sapori e piatti anche differenti da quelli abituali.

Dalla refezione degli anni '50, nata a scopi sociali per offrire ai bambini delle famiglie più povere almeno un pasto completo al giorno, si è passati alla situazione attuale in cui la ristorazione è intesa come servizio da rendere ai bambini e ai loro famigliari spesso impegnati in attività lavorative continuative e la refezione scolastica è diventata un'importante occasione educativa. A scuola i bambini hanno l'opportunità di imparare a stare a tavola con gli altri e a vivere il cibo come momento di socializzazione e interazione; possono imparare a mangiare ciò che hanno nel piatto senza sprechi e a confrontarsi, a volte anche in maniera "conflittuale", con sapori nuovi. La variazione dei cibi, pur nel giusto rispetto delle tradizioni locali, può consentire di proporre alimenti che per diversità di gusti, abitudini e, a volte, mancanza di tempo non vengono consumati a casa e che, come è stato dimostrato, producono effetti positivi sulla salute dell'individuo, quali l'abitudine al maggiore consumo di verdura e frutta, di pesce e legumi.

Dato atto che gli interventi di promozione della salute, tendenti a modificare abitudini o stili di vita, sono più efficaci se condotti nell'età infantile, in cui esiste un minore radicamento degli usi, quindi una maggiore predisposizione al cambiamento, è indubbio inoltre che atteggiamenti virtuosi veicolati dallo stesso bambino possono avere ricadute positive sull'intera famiglia, contribuendo a creare un circuito virtuoso scuola-bambino-famiglia-comunità.

La valenza culturale e didattica del servizio deve essere tradotta in vincoli contrattuali precisi e concreti, rispondenti a principi di tutela della salute, supportando l'attività dei Comuni che appaltano il servizio a ditte di catering e inserendo apposite clausole nei capitolati di

acquisto. Va posta quindi attenzione alla qualità dei cibi, sia intesa come equilibrato apporto nutrizionale sia come garanzia che la produzione e trasformazione degli stessi non comporti la presenza di sostanze potenzialmente dannose per la salute.

#### ***Obiettivi specifici per gli anni 2006-2008***

- Elaborazione e stesura di linee guida regionali, condivise da tutti i servizi e i soggetti coinvolti, per orientare uniformemente le amministrazioni comunali e le istituzioni private nella programmazione del servizio di ristorazione scolastica (SRS).
- Miglioramento della tipologia di prodotti presenti nei distributori automatici all'interno delle istituzioni scolastiche.
- Raccolta analitica dei dati necessari per un'anagrafe dei servizi di ristorazione scolastica nei vari ordini di scuole sul territorio regionale.
- Realizzazione di una campagna di attività educativa-informativa nelle scuole.

#### ***Piano operativo***

Nel corso dei prossimi tre anni si prevede l'attivazione di gruppi di lavoro inter-area e inter-servizi, con competenze differenziate, per coagulare esperienze in corso al fine di elaborare linee guida regionali condivise per:

- Sensibilizzare ed orientare le varie amministrazioni nella programmazione e attuazione del servizio di ristorazione scolastica;
- Migliorare la qualità e la sicurezza degli approvvigionamenti, la manipolazione delle materie prime e la distribuzione dei pasti, anche in riferimento ai soggetti che necessitano di diete speciali;
- Garantire il rispetto delle indicazioni fornite dai LARN salvaguardando la gradibilità dei pasti e limitando conseguentemente gli scarti;
- Monitorare le richieste di diete speciali e le relative motivazioni con la finalità di valutare le modalità di gestione più opportune per il rispetto delle diverse esigenze alimentari;
- Favorire percorsi formativi che, se pur con modalità diverse, coinvolgono in modo organico tutto il personale addetto, direttamente e indirettamente, alla preparazione e alla distribuzione dei pasti, anche su aspetti di carattere nutrizionale;
- Favorire la diffusione all'interno delle istituzioni scolastiche di messaggi educativi univoci, condivisi e comuni per facilitare corrette abitudini alimentari e promuovere una regolare attività fisica e per contribuire quindi alla prevenzione di sovrappeso e obesità in età evolutiva.

Un altro aspetto importante comporta l'attivazione di interventi educativi e di controllo rivolti al miglioramento della tipologia dei prodotti presenti ed utilizzati attualmente nella distribuzione automatica all'interno delle istituzioni scolastiche, favorendo l'utilizzo di alimenti a basso contenuto di zuccheri semplici, di grassi saturi, di additivi, ecc., promuovendo il consumo di frutta e/o verdura e di altri prodotti più adeguati per gli spuntini a scuola.

Si ritiene necessario attivare un'anagrafe dei servizi di ristorazione scolastica e tale scopo si procederà alla predisposizione di apposite schede per la raccolta dei dati informativi da utilizzare a livello delle singole AUSL. Ciò consentirà di uniformare la raccolta dati e consentire la realizzazione di un registro regionale per il censimento dettagliato dei servizi per ogni ordine di scuola. Le informazioni dovrebbero comprendere il tipo di gestione, l'appalto, le materie prime utilizzate (prodotti della tradizione locale, prodotti biologici, ecc.), le tabelle dietetiche, le preparazioni, il numero dei pasti serviti, l'eventuale attivazione di corsi di formazione per il personale addetto alla preparazione e distribuzione dei pasti, per genitori, docenti e alunni.

Si procederà inoltre a progettare e svolgere una campagna educativa-informativa che raggiunga tutte le scuole della Regione nel triennio.

Servizi coinvolti: SIAN, Servizi Veterinari, Dipartimenti di Cure Primarie con PLS, MMG, Servizi Ospedalieri, Referenti Piani per la Salute.

Altri soggetti coinvolti: Province, Amministrazioni Comunali, Università, Dirigenti scolastici, Comitati Mense, Ditte di Ristorazione Collettiva, Aziende della Grande Distribuzione, Società scientifiche di riferimento al tema.

### ***Monitoraggio del progetto***

Indicatori relativi alla realizzazione del progetto saranno riferiti al processo ed al risultato. Essi possono essere sintetizzati come di seguito indicato:

1. produzione linee-guida regionali;
2. anagrafe dei SRS sul territorio regionale e relativo aggiornamento continuo;
3. evidenza di report, corsi di aggiornamento per addetti ai lavori, materiale informativo, pagine WEB, relazioni a Congressi e Convegni.

### ***Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione***

Il coordinamento è in capo al Servizio veterinario e igiene degli alimenti

### ***Tempi di realizzazione (cronoprogramma)***

#### **Anno 2006**

- Elaborazione e stesura delle linee-guida per la comunità scolastica

- Programmazione iniziative regionali e locali per la loro diffusione
- Realizzazione di scheda anagrafica dei dati informativi riguardanti i Servizi di Ristorazione Scolastica

#### **Anno 2007**

- Realizzazione iniziative regionali e locali per la diffusione delle linee guida per la comunità scolastica;
- Realizzazione di un momento formativo residenziale su “Alimentazione multi-etnica”, indirizzato soprattutto ai referenti del Gruppo Regionale Nutrizione;
- Realizzazione di un registro regionale dei SRS;
- Corsi di aggiornamento e predisposizione di materiale informativo per gli operatori addetti ai lavori.

#### **Anno 2008**

- Eventuale aggiornamento ed integrazione delle linee-guida regionali;
- Aggiornamento del registro regionale dei SRS;
- Socializzazione dei dati in ambito regionale e nazionale (Corsi e Convegni);
- Aggiornamento degli addetti ai lavori, sanitari e non.

### **OBIETTIVO 3**

#### **COMUNICARE ED EDUCARE**

**Azione: Interventi di comunicazione ed educazione nutrizionale e promozione di sani stili di vita**

##### *Introduzione ed obiettivi generali*

I cambiamenti possono essere avviati solo attraverso una comunicazione efficace. Il ruolo della comunicazione sanitaria è quello di costituire un ponte tra i tecnici esperti, i politici e la popolazione. La prova di una comunicazione efficace è la sua capacità di creare la consapevolezza, migliorare la conoscenza e introdurre cambiamenti a lungo termine nelle abitudini individuali e sociali (nel nostro caso sul consumo di alimenti salutari e sulla pratica di una valida attività fisica).

Su tutto il territorio regionale si sono realizzati, a livello locale, numerosi interventi di comunicazione, educazione sul tema della nutrizionale e della promozione di sani stili di vita. La realizzazione di tali interventi condotti da diversi attori del mondo sanitario in modo separato e attraverso una collaborazione interistituzionale, ha evidenziato alcune criticità (Tabella1) che necessitano di una risoluzione al fine di garantire efficacia ed efficienza agli interventi che verranno effettuati nel futuro. Parallelamente si è potuto osservare come vengono diffuse sempre più frequentemente informazioni, attraverso i media, sulla prevalenza di sovrappeso ed obesità nella popolazione molto spesso discordanti e non sempre supportate da indagini sufficientemente rappresentative o rigorose.

Quanto sopra può ingenerare disorientamento nella popolazione e tra coloro che si occupano istituzionalmente del problema (operatori sanitari, medici operanti nel territorio ma anche amministratori pubblici). Se una frequente diffusione di informazioni sul problema obesità può essere utile per sensibilizzare l'opinione pubblica e gli amministratori sulla rilevanza del problema, non si può escludere che, una informazione o una formazione non strutturata e non coordinata possa indurre fenomeni di rifiuto del messaggio.

##### *Tabella 1: Principali criticità evidenziate*

<ul style="list-style-type: none"><li>• Presenza sul territorio di interventi di educazione sanitaria rivolti alle medesime fasce di popolazione promossi da diversi Enti e Servizi senza coordinamento a livello locale (es. interventi condotti dalla Scuola, dai Comuni e Circoscrizioni, dall'Assessorato Provinciale all'Agricoltura,</li></ul>
--

dal SIAN, dalla grande distribuzione, etc.);

- Mancanza di scambio relativamente alle esperienze condotte e anche alla possibilità di utilizzo di materiale già predisposto e verificato, nell'ambito delle Aziende USL della Regione Emilia Romagna;
- Mancato utilizzo per la redazione di progetti di schemi non standardizzati;
- Presa in carico diretta, da parte di un solo soggetto, dell'intervento di educazione sanitaria senza coinvolgimento di attori strategici, (es. interventi nelle scuole condotti da Operatori Sanitari dei Servizi senza coinvolgimento diretto degli insegnanti);
- Presenza di risorse umane interne ai servizi insufficienti a garantire interventi educativi ad ampio raggio di azione.

Nel tempo si è peraltro consolidata la convinzione, come riportato in premessa, che le sedi elettive ove sviluppare tali iniziative ed investire il massimo delle risorse siano:

1. **la scuola.** I criteri per migliorare l'impatto di questi interventi sono: stimolare la partecipazione attiva dei bambini, proporre messaggi semplici e facilmente applicabili, coinvolgere tutte le figure che ruotano attorno al bambino (insegnanti, genitori, operatori della ristorazione);
2. **le società sportive e le polisportive.** Tali punti di aggregazione permettono di raggiungere gli adolescenti, e di lavorare anche sulla prevenzione dell'abuso di integratori alimentari e doping collaborando con gli istruttori a diffondere sani stili di vita;
3. **i "percorsi nascita" dei consultori famigliari.** Il percorso nascita permette di intervenire a vari livelli ed in particolare di attuare interventi per la prevenzione dell'obesità nelle donne in gravidanza, di promuovere l'allattamento al seno;
4. collaborazione con **i Pediatri di Libera Scelta** alla promozione di un'alimentazione sana ed equilibrata nel bambino fin dai primi anni di vita.
5. **le farmacie convenzionate** che possono svolgere un ruolo importante sul fronte dell'informazione e promozione di corretti stili di vita, sia attraverso la diffusione di materiale informativo ed educativo, sia attraverso messaggi corretti veicolati al momento dell'interazione con il cliente interessato all'acquisto di integratori o prodotti di supporto ai regimi dietetici ipocalorici.

Obiettivo generale del progetto è la costruzione di percorsi comuni e condivisi di comunicazione e formazione, secondo modalità e priorità appropriate ai diversi target. Il progetto dovrà tenere conto di un *livello regionale*, e di un *livello locale*, rappresentato dall'ambito provinciale che normalmente coincide, con le eccezioni della provincia di Bologna e Forlì-Cesena, con l'ambito territoriale delle Aziende sanitarie.

***Obiettivi specifici per gli anni 2006-2008.***

- Strutturazione di una rete comunicativa locale, cioè di livello aziendale, indirizzata sia a operatori che alla popolazione generale attraverso cui distribuire i Report regionali prodotti dal Sistema di Sorveglianza e veicolare altro materiale informativo;
- Creazione di una Banca Dati ove raccogliere ed archiviare tutti gli elaborati dei Servizi inerenti interventi di formazione, educazione nutrizionale e promozione di sani stili di vita condotti, a partire dall'anno 2000, dalle Aziende USL della Regione Emilia Romagna comprensivi di stesura del progetto, materiale utilizzato, schede di verifica e monitoraggio del progetto, valutazione del gradimento del progetto al fine di rendere interscambiabili le esperienze maturate a livello locale e di favorire la stesura di progetti che ripropongano le eccellenze e prevenano criticità già evidenziate.

***Piano operativo***

Per quanto riguarda l'attività informativa a valenza regionale, i destinatari saranno rappresentati dai diversi Assessorati ed uffici regionali interessati, dalle diverse articolazioni funzionali collegate alla gestione regionale dei servizi sanitari, dalle organizzazioni dei MMG e PLS, dalle Facoltà e Scuole Universitarie interessate, dalle Società Scientifiche, dagli esperti e studiosi di settore.

Gli strumenti utilizzati per la diffusione dei risultati saranno:

1. relazioni, reports, dossier indirizzati ad utenti istituzionali sopra riportati;
2. convegni, pubblicazioni scientifiche;
3. eventuale utilizzo di specifica sezione del sito web [www.saluter.it](http://www.saluter.it), o di altro sito a valenza regionale.

Tappe fondamentali per la creazione della Banca Dati sono:

1. progettare una scheda informatica che dovrà essere compilata da parte di tutti i SIAN regionali per permettere un primo censimento delle attività svolte;
2. raccogliere i progetti realizzati nel periodo 2000-2005, sia su formato cartaceo che, se disponibile, su supporto informatico;

### 3. ideare un sistema di aggiornamento in progress della Banca Dati;

Poiché la Banca Dati può essere uno strumento per favorire la stesura di progetti che, sulla base delle esperienze passate, ripropongano le eccellenze e prevenzano criticità già evidenziate, è necessario ideare e successivamente utilizzare una griglia per la verifica di efficacia dei progetti.

Servizi coinvolti: SIAN, Area Comunicazione dell' Agenzia Sanitaria regionale, Servizi Medicina dello Sport, Dipartimenti di Cure Primarie, Uffici comunicazione delle Aziende USL, Referenti Piani per la salute, Servizi di Epidemiologia.

Altri soggetti coinvolti: Organi di stampa, esperti di comunicazione, Organizzazioni dei PLS e MMG, URP, Dirigenti scolastici, Amministrazioni locali.

#### ***Monitoraggio del progetto***

Gli indicatori relativi alla realizzazione del progetto, saranno riferiti ai processi ed ai risultati.

Essi possono essere sintetizzati come meglio indicato di seguito:

1. creazione della scheda informatica da usare per il censimento;
2. Registrazione informatica degli interventi;
3. Registrazione dell'accesso alla consultazione di ogni progetto.
4. Evidenza di reports, presentazioni a congressi/convegni, documenti (opuscoli, relazioni, pubblicazioni), pagine web.

#### ***Definizione delle modalità di coordinamento presso la regione***

Il coordinamento è in capo al Servizio regionale Veterinario e igiene degli alimenti

#### ***Tempi per la realizzazione (cronoprogramma).***

##### **Anno 2006**

- Realizzazione dossier regionale sui dati relativi ai bambini di 6 e di 9 anni.
- Predisposizione articolo scientifico riferito ai bambini di 6 e di 9 anni
- Realizzazione di iniziative locali di socializzazione dei dati, compresa proposta di specifico aggiornamento dei MMG e PLS.
- Creazione della scheda informatica di censimento, compilazione della scheda informatica.

##### **Anno 2007**

- Realizzazione di convegno informativo sui dati raccolti nei ragazzi di 13 anni.
- Predisposizione di materiale scientifico e divulgativo
- Creazione della BANCA DATI (anche su web) e continuo aggiornamento;



## **Anno 2008**

- Realizzazione di report/dossier regionale sui dati raccolti nei ragazzi di 13 anni;
- Predisposizione di articolo scientifico riferito ai ragazzi di 13 anni;
- Realizzazione di iniziative locali di socializzazione dei dati, compresa l'esecuzione di specifico aggiornamento dei MMG e PLS,
- Aggiornamento della BANCA DATI.

## **OBIETTIVO 4**

### **COMINCIARE SUBITO**

**Azione: La donna in gravidanza: promozione dell'allattamento al seno e dell'adozione di un corretto stile alimentare.**

#### *Introduzione ed obiettivi generali*

L'allattamento al seno è riconosciuto da numerose evidenze scientifiche come un importante fattore di salute per la madre e per il bambino, a breve e lungo termine, e rappresenta perciò la scelta alimentare d'elezione per i primi mesi di vita, anche perché positivo per facilitare lo sviluppo della relazione madre/padre-bambino e rafforzare il legame psico-affettivo. In Italia, nonostante un miglioramento registrato negli ultimi anni, i tassi di allattamento esclusivo al seno (77% alla dimissione e 31% a 4 mesi) rimangono inferiori a quanto auspicabile sulla base delle prove di efficacia. L'obiettivo di salute, di promozione e sostegno all'allattamento al seno materno, è stato richiamato nella delibera di Giunta Regionale 309/2000, di attuazione del Piano Sanitario Regionale 1999-2001 per l'assistenza distrettuale ed è quindi posto nei piani obiettivi annuali per le Aziende sanitarie.

La situazione della prevalenza e della durata dell'allattamento al seno (AS) viene monitorata nel territorio regionale, dal 1996, con cadenza triennale, con l'obiettivo di acquisire informazioni epidemiologiche sulla realtà regionale e locale, e di consentire confronti e valutazioni favorevoli alla cultura ed il sostegno dell'allattamento al seno.

L'indagine triennale per lo studio di prevalenza è stata avviata in Emilia Romagna nel 1996 grazie al gruppo ACP-APeC (Associazione Pediatria di Comunità, sottogruppo della Associazione Culturale Pediatri) e alla Sezione Emilia-Romagna della SIP (Società Italiana di Pediatria), ed è realizzata tramite la compilazione di un questionario che raccoglie informazioni sulle abitudini alimentari di un campione di bambini nel primo anno di vita.

La ricerca è condotta ogni 3 anni, in collaborazione con l'ApeC, su un campione di bambini arruolati alla prima e alla seconda vaccinazione e i dati sono raccolti tramite un questionario utilizzando le definizioni standard di allattamento al seno e il recall period consigliati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per gli studi su prevalenza e durata dell'AS. Per la significatività del campione ogni Azienda USL assicura la compilazione di almeno 400 questionari, con le indicazioni di raccoglierne almeno 200 per coorte (bambini chiamati per la somministrazione delle prime e delle seconde dosi vaccinali). La compilazione del questionario è

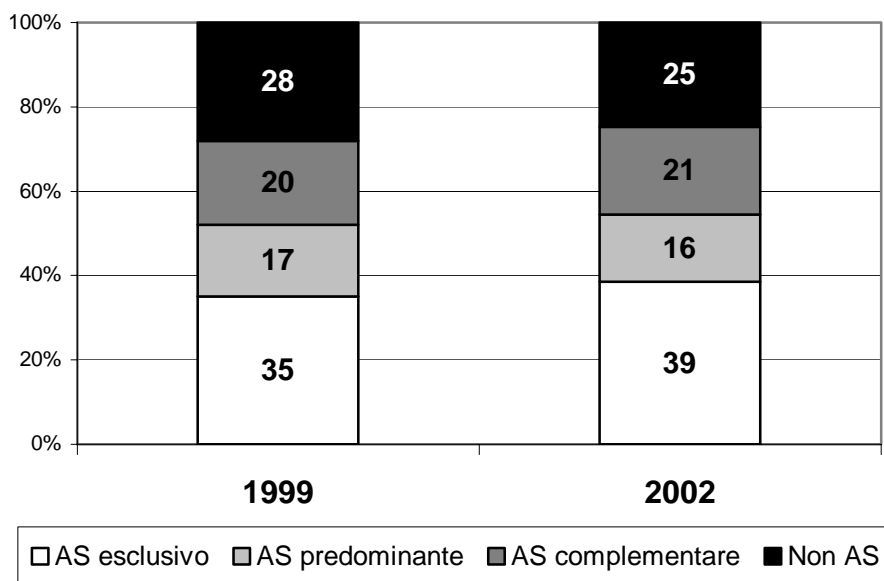
effettuata dagli operatori sanitari, presso gli ambulatori pediatrici dei distretti del territorio regionale, tramite un'intervista alle madri, o, in loro assenza, ai familiari dei bambini chiamati per la somministrazione delle dosi dei vaccini obbligatori del primo anno di vita. Le informazioni sugli alimenti assunti dal bambino sono riferite alle 24 ore precedenti all'intervista (recall period di 24 ore) e, in sede di analisi, vengono ricostruite le categorie standard di allattamento al seno, secondo quanto raccomandato dall'OMS per gli studi sull'alimentazione dei lattanti. In questo modo si ottengono dati confrontabili con quelli di altre regioni italiane che hanno utilizzato la stessa metodologia (Friuli Venezia Giulia, Piemonte).

Nel questionario sono state inoltre inserite altre variabili di interesse quali la cittadinanza delle madri, la frequenza di un corso di preparazione alla nascita e l'ospedale di nascita.

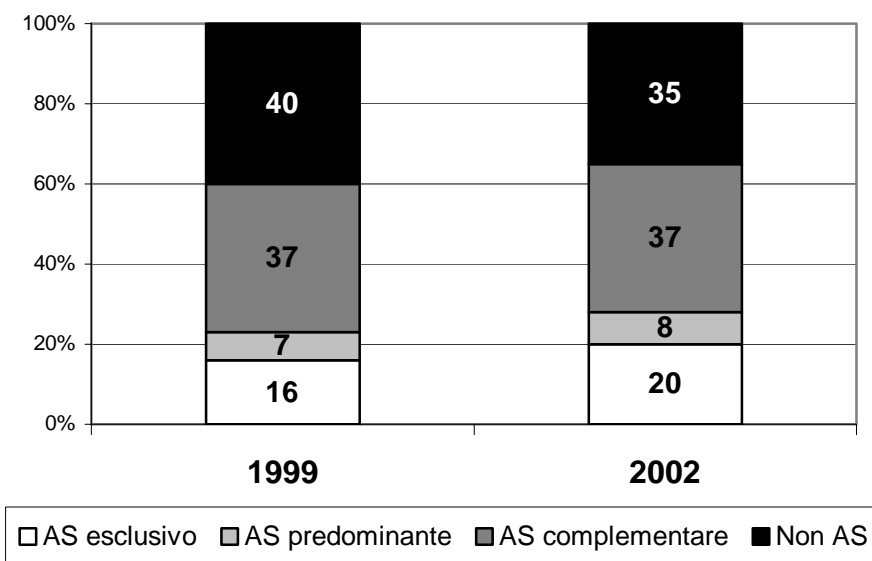
Il sistema di rilevazione utilizzato si è dimostrato accurato, pratico, economico, facilmente ripetibile, e, pertanto, capace di raccogliere informazioni sulle modalità di allattamento della popolazione infantile in un breve lasso di tempo. E' attualmente in corso l'elaborazione dei dati della quarta rilevazione, effettuata nei mesi di novembre/dicembre 2005.

Si riportano i dati di prevalenza dell'ultima analisi ora disponibile (anno 2002), riferita ad una popolazione di bambini con età compresa tra 61 e 150 giorni di vita (per un totale di 6290 questionari), con valutazioni della prevalenza dell'allattamento al seno per le due coorti del 3° (61-90 giorni) e del 5° (121-150 giorni) mese di vita, confrontati con i dati dell'anno 1999 (figura 1 e 2).

**Figura 1.** Prevalenza dell'AS in Emilia Romagna a 3 mesi, confronto 1999/2002.



**Figura 2.** Prevalenza dell'AS in Emilia Romagna a 5 mesi, confronto 1999/2002.

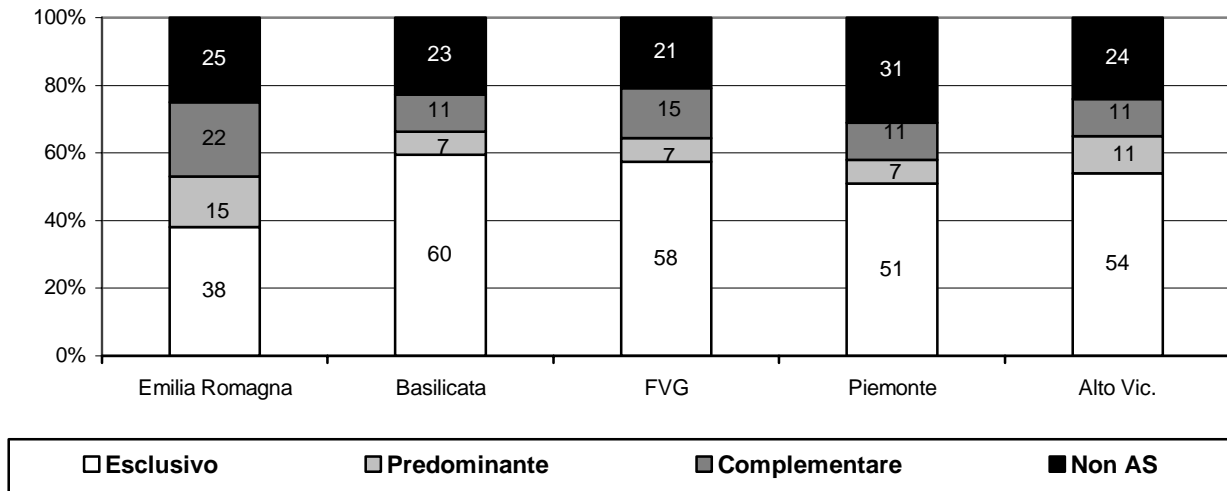


Sia a 3 che a 5 mesi c'è stato solo un piccolo miglioramento rispetto al 1999 che ha riguardato soprattutto la percentuale di bambini allattati al seno in maniera esclusiva a scapito dei bambini non allattati al seno (aumento dell'11% a 3 mesi e del 25% a 5 mesi di AS esclusivo). A 5 mesi la situazione è simile a quella descritta a 3 mesi.

I dati di prevalenza sono stati messi a confronto con quelli raccolti, al momento della prima vaccinazione, nel corso del progetto di ricerca finalizzato "Sviluppo e valutazione di interventi di

prevenzione primaria nel campo della salute infantile" (6+1) (**figura 3**), realizzato in Friuli Venezia Giulia (FVG), Piemonte, Basilicata e nell'Azienda 4 Alto Vicentino tramite questionario autocompilato da un campione di genitori (analisi di 2576 questionari di cui 582 in Basilicata, 780 in FVG, 575 in Piemonte, 639 nell'Alto Vicentino). Il dato dell'Emilia Romagna (quello riportato in figura si riferisce a tutta la popolazione intervistata al momento della prima vaccinazione e non solo al 3° mese e c'è quindi qualche piccola differenza rispetto alle precedenti) mostra che la regione si colloca, per l'allattamento esclusivo, ad un livello di prevalenza inferiore rispetto alle altre situazioni analizzate.

**Figura 3.** Prevalenza dell'allattamento al seno al momento della prima vaccinazione. Confronto tra il dato dell'Emilia Romagna e quello disponibile da altre regioni.

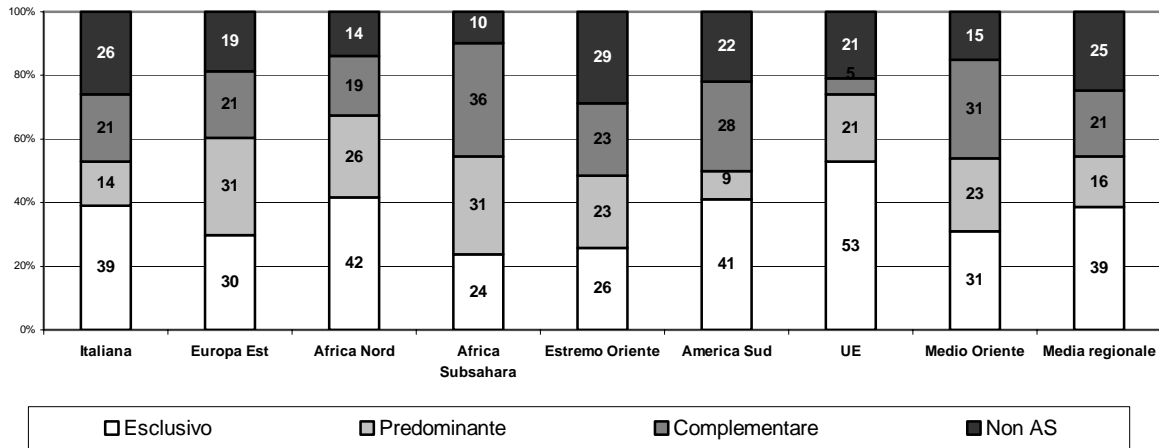


L'analisi ha riguardato anche il paese di provenienza delle donne intervistate: l'87,5% delle donne sono di nazionalità italiana, mentre 13% è di nazionalità non italiana. Di questa, i due gruppi più rappresentati sono quello delle donne provenienti dall'Europa dell'est (4%) e dall'Africa settentrionale e quindi soprattutto dai paesi del Magreb quali Marocco e Tunisia (3,6%).

Le donne di nazionalità non italiana rispetto a quelle di nazionalità italiana frequentano meno i corsi di preparazione alla nascita (14 vs 40%,  $p > 0,0001$ ).

In **figura 4** si riporta il confronto tra la prevalenza di AS nelle donne di nazionalità italiana rispetto a quelle delle altre nazionalità più rappresentate nella rilevazione, riportate in ordine decrescente, e con il dato medio regionale. Qualche considerazione può essere fatta solo sui *due gruppi più rappresentati* e cioè su quello dei *paesi dell'est Europa* (a 3 mesi  $n=145$ ) e *dell'Africa settentrionale* (a 3 mesi  $n=110$ ), mentre la bassa numerosità degli altri gruppi (sempre inferiore alle 40 donne intervistate per gruppo a 3 mesi) non consente di commentare i dati. Le donne provenienti dai paesi dell'est Europa presentano una minor percentuale di AS esclusivo ma per contro una maggiore di predominante e un minor non AS. Per il gruppo di donne dell'Africa settentrionale si può notare a 3 mesi una percentuale di AS esclusivo e predominante superiore rispetto alle italiane e alla media regionale e una ulteriore riduzione del non allattamento al seno. Il dato complessivo viene confermato a 5 mesi.

**Figura 4.** Prevalenza dell'AS a 3 mesi, 2002. Confronto tra donne di nazionalità italiana e quelle di nazionalità non italiana suddivise per i gruppi principalmente rappresentati in Emilia Romagna.



Il tasso di allattati completamente al seno nei primi mesi di vita nella regione risulta quindi ancora non soddisfacente, nonostante l'impegno messo in atto presso i Punti nascita con interventi rivolti alla promozione dell'allattamento materno.

Nell'ambito del **Programma regionale per la riorganizzazione dei Consulenti familiari** il **Gruppo di lavoro** multidisciplinare "puerperio" ha focalizzato l'attenzione sulla **promozione e la tutela dell'allattamento al seno**, tema che richiede interventi diversi, nel Punto nascita e nel Distretto, che possono incidere positivamente anche su altri bisogni di salute di madre e neonato (rafforzamento dell'autostima materna, promozione dell'attaccamento, sostegno delle competenze genitoriali). L'ipotesi di partenza è stata che i risultati insoddisfacenti dei tassi di allattamento discendano da insufficiente capacità di individuare le **raccomandazioni** necessarie a determinare il cambiamento nel proprio contesto ovvero da insufficiente attenzione ai **processi di implementazione**. Gli interventi infatti spesso si esauriscono nella formazione dei professionisti, che costituisce solo una delle azioni che si possono intraprendere per superare i fattori che ostacolano la promozione e tutela dell'allattamento al seno, mentre il successo dipende da una pluralità di fattori legati ai sistemi di valori dei soggetti coinvolti, al contesto sociale e alle sue regole, alle modalità di erogazione dei servizi. In letteratura vengono fornite soprattutto raccomandazioni relative al periodo perinatale (gravidanza e primi giorni di vita), mentre l'interruzione dell'allattamento può avvenire in tempi diversi. L'analisi della causalità deve essere perciò descritta in termini di più fattori causali, considerando che le componenti che

portano alla interruzione dell'allattamento ed il loro peso relativo si modificano, almeno in parte, a seconda del momento in cui avviene la sospensione. Occorre quindi individuare le diverse *reti causali* che sono alla base dell'abbandono dell'allattamento al seno nei diversi momenti.

Sulla base di tale ipotesi il gruppo di lavoro multidisciplinare, composto da professionisti di 8 AUSL e 3 AOSP, ha proceduto adottando un metodo di lavoro analitico, scegliendo le **raccomandazioni** utili alla promozione e tutela dell'allattamento materno (i 10 passi OMS-Unicef), rilevando per ciascuna realtà il tasso di allattamento al momento della dimissione e lo stato di attuazione delle raccomandazioni OMS-Unicef. Sono stati analizzati i singoli elementi di ostacolo e favorenti e le conseguenti **azioni e strumenti da adottare nel processo di implementazione**, per definire, in modo analitico, un testo teorico di riferimento che possa essere utilizzato per definire programmi di implementazione a livello locale. Il *manuale "Allattamento al seno – strumenti per facilitare il cambiamento delle pratiche assistenziali"* è il risultato del lavoro del gruppo, sottoposto alla revisione di esperti esterni e condiviso con le Società scientifiche del settore, ed è stato proposto agli operatori del settore come uno strumento per analizzare i singoli contesti (le informazioni sono strutturate in 3 **scenari** ipotetici: basso inizio, interruzione precoce, interruzione più tardiva) e selezionare, tra tutti gli interventi che l'esperienza dell'operatore e la letteratura mettono a disposizione, le raccomandazioni da implementare per favorire il cambiamento ed essere efficaci nel raggiungere l'obiettivo definito.

Anche il **divezzamento** riveste un'importanza fondamentale per promuovere l'adozione di un corretto atteggiamento alimentare nei bambini e nei loro genitori; costituisce una tappa fondamentale del percorso alimentare del bambino nella prima infanzia e ha il significato di assicurare una diversificazione ed un arricchimento della dieta allo scopo di potenziare la crescita e la salute di quel particolare individuo. Offrire un nuovo tipo di alimentazione rappresenta anche una nuova significativa tappa nella crescita del bambino, in grado di promuovere il suo cammino verso l'autonomia: alimentarsi con cibo solido, infatti, non rappresenta più un semplice esercizio di deglutizione, ma richiede la partecipazione del corpo (collo, capo, postura, coordinazione occhi-mani-bocca, ecc....) attraverso nuove competenze neuromuscolari.

La nuova capacità del bambino di esprimere fame, sazietà e piacere deve potersi esprimere in nuovi comportamenti che il genitore deve saper osservare e ascoltare per dare risposte adeguate. In tal modo si costruisce un "nuovo" rapporto tra i genitori e il bambino, favorendo in entrambi lo sviluppo di componenti psicologiche e relazionali. Limitare l'esperienza del **divezzamento** ad un atto esclusivamente nutrizionale spoglierebbe questo momento alimentare di importanti valenze e



la mancata comprensione di questa tappa nella vita del bambino (e della famiglia) può condizionare l'azione del pediatra col rischio di favorire nella famiglia comportamenti che non rispondono alle richieste dello sviluppo del bambino.

Le attuali indicazioni e linee guida indicano nel **6° mese compiuto (180 giorni)** il periodo migliore per l'introduzione di cibi diversi dal latte (OMS, UE, AAP). Compiuto il 6° mese il bambino generalmente è pronto per alimentarsi in modo attivo con cibi solidi o semisolidi, presentando un basso rischio di allergia/intolleranza verso la gran parte degli alimenti. Dopo il 6° mese il cibo solido può sostituire una poppata, ma se il bambino lo desidera (e la mamma è disponibile) dovrebbe continuare ad assumere latte dal seno anche dopo l'introduzione delle pappe. E' possibile procedere con un '*affiancamento graduale*' proponendo al bambino pochi cucchiaini di pappa in concomitanza con una poppata. E' utile spiegare ai genitori dell'opportunità di proseguire con l'allattamento al seno anche dopo l'introduzione delle pappe, informando che molti dei benefici del latte materno sono duratura-dipendenti.

Per l'*utenza immigrata* è necessario acquisire informazioni approfondite per valutare in sicurezza le possibili variazioni dello schema in uso nella popolazione locale in rapporto alla dieta familiare di origine.

### ***Obiettivi specifici***

- **Realizzare il piano di implementazione locale per il sostegno dell'allattamento al seno** in almeno 4 realtà della regione, curando la partecipazione almeno di una AUSL che non ha partecipato al gruppo di lavoro regionale per verificare anche l'efficacia degli strumenti elaborati;
- **Elaborare e condividere con i professionisti coinvolti indicazioni sul divezzamento** e sull'alimentazione nel primo anno di vita, basate sulle attuali conoscenze scientifiche e sottoposte a periodiche revisioni, con l'obiettivo di migliorare e rendere più uniformi le indicazioni sull'alimentazione, con un'ottica transculturale per l'utenza immigrata;
- **Elaborare strumenti informativi per i genitori** sull'allattamento al seno, sulla base degli scenari individuati e delle raccomandazioni di riferimento, e sull'alimentazione nel primo anno di vita, con un'ottica transculturale per l'utenza immigrata.

### ***Piano Operativo***

L'elaborazione del piano di ***implementazione sull'allattamento al seno*** prevede la conoscenza della realtà locale dalla quale ricavare le criticità specifiche del proprio contesto, attraverso un gruppo multidisciplinare composto da tutte le figure professionali e i servizi coinvolti e da

rappresentanze dei cittadini. L'analisi dell'andamento dell'allattamento al seno viene effettuata in una coorte di neonati nei primi sei mesi di vita, secondo modalità e tempi indicati, tramite indagine telefonica con questionario. A questo si affianca un'indagine relativa alle opinioni e alla prassi dei professionisti coinvolti nell'allattamento. L'analisi è finalizzata a individuare le criticità e le priorità di intervento e, anche attraverso la consultazione del testo teorico di riferimento, a definire le raccomandazioni specifiche allo scenario individuato e attuare lo specifico piano di implementazione per il sostegno dell'allattamento al seno e attuare.

Anche l'approfondimento della tematica dell'**alimentazione nel 1° anno di vita** presso le Aziende USL/Distretti prevede la conoscenza del contesto; in questo caso i soggetti maggiormente coinvolti sono i Pediatri di Libera Scelta (PLS) con i quali, tramite specifici incontri di aggiornamento (formazione sul campo), sarà svolta un'indagine conoscitiva per conoscere in dettaglio le abitudini di svezzamento praticate in quel territorio. Saranno inoltre valutati i dati disponibili in letteratura, per iniziare un confronto approfondito tra i partecipanti e condividere indicazioni più uniformi sull'alimentazione nel primo anno di vita, basate sulle attuali conoscenze scientifiche e sottoposte perciò a periodiche revisioni.

SERVIZI coinvolti : Dipartimenti di Cure Primarie (e in particolare Consultori Familiari e Pediatria di Comunità), PLS e MMG, Punti nascita e Servizi ospedalieri di Neonatologia e Pediatria, Uffici di formazione e di comunicazione delle Aziende USL, Referenti Piani per la salute.

Altri soggetti coinvolti : Commissione consultiva tecnico-scientifica sul Percorso Nascita, Società scientifiche di riferimento, Associazioni di volontariato, Enti locali.

### ***Monitoraggio del progetto***

Gli indicatori relativi alla realizzazione del progetto saranno riferiti al processo e al risultato: Essi possono essere sintetizzati come di seguito indicato:

1. Costituzione dei gruppi multidisciplinari in ambito locale
2. Stesura del piano di implementazione sull'allattamento al seno comprensivo degli indicatori da monitorare nel tempo
3. Realizzazione in sede locale della formazione sul campo per l'indagine conoscitiva su alimentazione nel primo anno di vita
4. Elaborazione delle indicazioni condivise da parte dei partecipanti, comprensive di indicatori da monitorare nel tempo
5. Elaborazione di strumenti informativi per i genitori

### ***Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione***

Il coordinamento delle fasi attuative del progetto è affidato al Servizio Assistenza distrettuale, Medicina generale, Pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari, in collegamento con la commissione consultiva tecnico-scientifica sul Percorso Nascita.

### ***Tempi di realizzazione (Cronoprogramma)***

#### **Anno 2006**

- Costituzione del gruppo multidisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno in almeno 2 realtà locali
- Avvio presso queste realtà dell'indagine sull'allattamento (studio andamento allattamento su coorte di neonati, inchiesta sulla opinione e la prassi dei professionisti) e definizione delle criticità e priorità
- Avvio della formazione sul campo dei PLS per l'indagine conoscitiva su alimentazione nel primo anno di vita, in almeno una realtà locale

#### **Anno 2007**

- Per allattamento al seno: stesura del piano di implementazione, comprensivo degli indicatori, nelle realtà di cui sopra e ampliamento dell'esperienza ad almeno altre due realtà locali
- Per alimentazione nel primo anno di vita: elaborazione delle indicazioni condivise da parte dei partecipanti, comprensive di indicatori da monitorare nel tempo e ampliamento dell'esperienza ad almeno altre due realtà locali
- Realizzazione di un archivio di documentazione in cui i professionisti potranno trovare una sintesi delle esperienze condotte (sia con esiti favorevoli che sfavorevoli) nonché degli eventuali strumenti adottati (sul sito web regionale [www.saperi.doc](http://www.saperi.doc), rivolto agli operatori del settore materno-infantile)
- Effettuazione di giornate seminariali per un confronto regionale sulle esperienze realizzate, con il coinvolgimento delle Società scientifiche e delle Associazioni di volontariato del settore

#### **Anno 2008**

- Monitoraggio degli interventi di carattere sanitario e di supporto di tipo psico-sociale messi in atto per il sostegno dell'allattamento al seno
- Individuazione degli interventi di carattere universale e di quelli relativi a sottogruppi di popolazione a rischio
- Elaborazione di strumenti informativi per i genitori

## **OBIETTIVO 5**

### **MUOVERSI**

**Azione: Incidere sui processi di organizzazione della città' per rendere facile ed accessibile a tutti lo svolgimento di una regolare attività' fisica.**

#### *Introduzione ed obiettivi generali*

Lo stretto rapporto esistente tra casa, città e la salute dei loro abitanti è noto all'uomo da sempre. Gli antichi hanno sviluppato le loro conoscenze sulla base di lunghe osservazioni empiriche oppure di ragionamenti scientifici astratti.

Tuttavia nei secoli, spesso, lo sviluppo economico e demografico delle città è avvenuto a discapito della salubrità dei luoghi di vita, per la frammentarietà o la infondatezza delle conoscenze applicate nella regolamentazione locale. Tali insufficienze sono state presenti fino al XIX secolo quando le grandi migrazioni di popolazioni rurali verso le città hanno prodotto, com'è noto, disastrose epidemie di malattie infettive. Più recentemente si è assistito ad un fenomeno diverso. Il re-insediamento abitativo seguito al secondo dopoguerra sta producendo conseguenze sulla salute di dimensioni che si iniziano a comprendere ora. Questa volta, però, non è stata la carenza di conoscenze scientifiche alla base della sottovalutazione del fenomeno, piuttosto è stata l'incapacità di applicarle correttamente e prevedere le ripercussioni sulla salute della popolazione prodotte dalla scelta di nuove forme per le città.

Il capitolo "Salute ed Ambiente", in epoca moderna, si apre nel XIX secolo. La necessità di risolvere i grandi problemi di salute pubblica esplosi con la prima Rivoluzione Industriale è stata d'impulso allo sviluppo della microbiologia, dell'igiene e dell'epidemiologia moderne. Sulla base di una disciplina scientifica biologica e medica così consolidatasi, nella seconda metà del XIX secolo, sono state regolamentate in molte nazioni europee sia l'espandersi della città che la costruzione delle abitazioni, con l'intento di contrastare per mezzo della forma dell'ambiente costruito i più grandi problemi di salute pubblica di quei tempi: la grande patologia infettiva e la grande patologia carenziale (si rammentino in tal proposito le precise disposizioni delle Istruzioni Ministeriali 20 giugno 1896 sia sulla forma delle città che sulla forma delle case). E' stato affrontato, in definitiva e con successo, il tema "Salute ed Ambiente" del tempo, utilizzando strumenti che sono passati alla storia della Sanità Pubblica.

Nella seconda parte del XX secolo si è assistito ad un progressivo abbandono d'attenzione, da parte della Sanità Pubblica, sul rapporto tra forma di Casa e Città e Salute, forse nell'illusione che la salubrità dell'ambiente di vita fosse una conquista definitivamente raggiunta. A quei tempi risalgono gli studi e le disposizioni, in un certo senso marginali per la forma degli edifici, relative alla sicurezza degli edifici al fuoco, all'accessibilità degli edifici per persone con disabilità, ecc. Risalgono, però, anche scelte di fondo nella pianificazione territoriale, che hanno profondamente modificato l'ambiente costruito, come l'ammodernamento del patrimonio abitativo attraverso l'espansione a macchia d'olio dei centri abitati e l'offerta di mobilità per mezzo dell'autoveicolo privato.

Oggi alla patologia infettiva e carenziale si è sostituita, con forza di numeri, la grande patologia cronico-degenerativa.

E si iniziano a comprendere i molteplici rapporti esistenti tra ambiente costruito (con particolare riguardo alle modalità di edificazione adottate negli ultimi 50 anni) e i comportamenti degli individui, dagli stili di vita alla rete dei rapporti sociali, in definitiva tra ambiente costruito e molti determinanti di salute. Questo emergente campo di ricerca ha già prodotto evidenze di come il disegno dell'ambiente costruito possa risultare straordinariamente efficace per contrastare molti dei più grandi problemi di salute pubblica odierni, compresa l'obesità, la malattia cardiovascolare, il diabete, l'asma, gli incidenti, la depressione, le violenze e le disuguaglianze sociali.

La sfida per il futuro è “capire meglio il peso dell'impatto del nostro ambiente costruito sulla salute e poi costruire insediamenti che promuovano la salute fisica e mentale” (Richard J. Jackson Am J Public Health 2003 93: 1382-1383)

Le influenze che l'ambiente esercita su quantità e qualità dell'esercizio fisico svolto tra gli abitanti sono molte, complesse e interdipendenti.

Una recente pubblicazione del WHO mostra come i residenti in quartieri con molto verde, rispetto ai residenti in quartieri degradati, hanno probabilità di eseguire una significativa attività fisica tre volte più alta e hanno probabilità di essere sovrappeso o obesi del 40 % in meno. Al contrario, i residenti in quartieri altamente degradati, rispetto ai residenti in quartieri con molto verde, hanno probabilità di avere una significativa attività fisica del 50 % in meno e probabilità di essere sovrappeso o obesi del 50 % in più.

L'accessibilità alla scuola, al lavoro, ai negozi di vicinato ed ai servizi pubblici essenziali in bicicletta o a piedi, in condizioni di sicurezza ed in un ambiente gradevole, promuove l'esercizio fisico.

Forme di città e di quartieri che inducono la popolazione ad eseguire gli spostamenti connessi alla vita quotidiana a piedi o in bicicletta perché rappresentano la scelta "anche più comoda" introducono modifiche nelle abitudini di vita della popolazione relativamente permanenti, e non legate ad atti quotidiani di volontà del singolo, perché è l'utilizzazione stessa della città (percorso casa scuola, casa lavoro, casa stazione, ecc.) che, senza atti volontari, fa eseguire alle persone l'esercizio fisico.

Lo sviluppo di forme ed usi delle città orientati all'esecuzione dell'esercizio fisico potrebbe portare intere comunità verso abitudini corrette di movimento mai raggiunte attraverso solo l'educazione sanitaria.

Tali riflessioni nascono da una moderna rilettura del tema di sanità pubblica "Salute e Ambiente". Si ritiene pertanto che il Servizio Sanitario Regionale debba sviluppare il sapere in materia e debba incaricarsi della divulgazione delle conoscenze presso le Amministrazioni locali che sono responsabili delle decisioni relative a forma e modalità di funzionamento delle città.

La consapevolezza dei temi toccati darà modo alle Conferenze di Pianificazione sugli strumenti urbanistici (o i piani del traffico o i piani di risanamento), a cui partecipano i rappresentanti dei Dipartimenti di Sanità Pubblica, di dare ascolto alle ragioni della Sanità ed operare scelte orientate alla salute.

Si ritiene necessario anche elaborare e sperimentare l'adozione di Linee Guida per la valutazione degli strumenti di pianificazione territoriale per quanto riguarda la promozione dell'esercizio fisico.

#### ***Obiettivi specifici***

- Valutare i progetti di Pianificazione Territoriale ed Infrastrutturale o altra Pianificazione Speciale interessata rispetto al loro impatto sulla promozione dell'attività fisica

#### ***Piano operativo***

La Regione Emilia-Romagna ha, dunque, come obiettivo la "promozione all'esercizio fisico" nell'ambito della valutazione, da parte degli uffici preposti del Dipartimento di Sanità Pubblica, di ogni progetto di Pianificazione Territoriale ed Infrastrutturale o altra Pianificazione Speciale interessata, presentata all'AUSL per i pareri di legge o per le Conferenze di Servizi previste. Si tratta di ampliare il campo di osservazione degli operatori dei DSP anche ai fattori

oggettivi capaci di moltiplicare, o diminuire, l'esercizio fisico da parte dei cittadini, contenuti nei citati strumenti di governo del territorio.

L'obiettivo sarà raggiunto attraverso la formazione del personale dei DSP e la formazione degli altri professionisti interessati proponendo agli ordini professionali ed agli enti locali corsi di aggiornamento sull'argomento. I corsi e altri momenti di incontro appositamente studiati saranno utili anche per promuovere le alleanze e le sinergie sul tema, che potranno coinvolgere anche le scuole (Università di Ingegneria e Architettura, Istituti per Geometri).

In particolare, si prevedono:

- La costituzione di un gruppo regionale di coordinamento delle fasi attuative del progetto;
- Costruzione di una rete di relazioni tecnico-scientifiche che consenta al personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica di accedere alle conoscenze più aggiornate in materia ed alla selezione delle buone pratiche;
- Stesura e sperimentazione di Linee Guida specifiche in materia di valutazione degli strumenti di pianificazione territoriale rispetto alla promozione dell'attività fisica;
- Effettuazione di corsi di aggiornamento al personale dei DSP che si occupano di pianificazione territoriale sui rapporti tra forma della città e sue dotazioni di Servizi ed esercizio fisico; - Proposta agli ordini professionali e ai tecnici degli enti locali che si occupano di pianificazione territoriale di corsi di aggiornamento sui rapporti tra forma della città e sue dotazioni di Servizi ed esercizio fisico;
- Proposta alle scuole indirizzate (Università di Ingegneria e Architettura, Istituti per Geometri) di giornate seminariali sui rapporti tra forma della città e sue dotazioni di Servizi ed esercizio fisico.

L'importazione di buone pratiche potrà essere messa a punto attraverso progetti pilota in luoghi della Regione più favorevoli.

SERVIZI COINVOLTI: DSP, Serv. Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna, Serv. Monitoraggio del sistema insediativo della Regione Emilia-Romagna

ALTRI SOGGETTI COINVOLTI: Comuni, Province, ARPA, Ordini professionali, Scuole tecniche e professionali, Facoltà di Ingegneria ed Architettura

### ***Monitoraggio del progetto***

Gli indicatori relativi alla realizzazione del progetto saranno riferiti al processo ed al risultato.

Essi possono essere sintetizzati come meglio indicato di seguito:

1. Affidamento del coordinamento tecnico
2. Costituzione della rete di esperti
3. Evidenza della stesura delle Linee Guida
4. Numero dei corsi di formazione per operatori DSP attivati

### ***Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione***

Il coordinamento del progetto è affidato al Servizio regionale di Sanità Pubblica

### ***Tempi di realizzazione (Cronoprogramma)***

#### **Anno 2006**

- Istituzione del tavolo di coordinamento;
- Costruzione di una rete di relazioni tecnico-scientifiche che consenta al personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica di accedere alle conoscenze più aggiornate in materia ed alla selezione di buone pratiche.

#### **Anno 2007**

- Stesura delle Linee Guida;
- Proposta agli ordini professionali e ai tecnici degli enti locali che si occupano di pianificazione territoriale di corsi di aggiornamento sui rapporti tra forma della città e sue dotazioni di Servizi ed esercizio fisico;
- Proposta alle scuole indirizzate (Università di Ingegneria e Architettura, Istituti per Geometri) di giornate seminariali sui rapporti tra forma della città e sue dotazioni di Servizi ed esercizio fisico;
- Effettuazione di corsi di aggiornamento al personale dei DSP che si occupano di pianificazione territoriale sui rapporti tra forma della città e sue dotazioni di Servizi ed esercizio fisico;
- Avvio della sperimentazione delle Linee Guida.

#### **Anno 2008**

- Introduzione nella pratica operativa della valutazione, da parte degli uffici preposti del DSP, della “promozione all’esercizio fisico” in ogni progetto di Pianificazione Territoriale ed Infrastrutturale o altra Pianificazione Speciale interessata, presentata all’AUSL per i pareri di legge o per le Conferenze di Servizi previste;



- Effettuazione dei corsi e delle giornate seminariali rivolte agli ordini professionali, ai tecnici degli enti locali e alle scuole indirizzate (Università di Ingegneria e Architettura, Istituti per Geometri).

## **OBIETTIVO 6**

### **SUPPORTARE I SOGGETTI A RISCHIO**

**Azione: Sperimentazione di percorsi od interventi di supporto nutrizionale indirizzati a gruppi di bambini/adolescenti obesi**

#### *Introduzione ed obiettivi generali*

La valutazione del rischio nutrizionale deve essere legata alla programmazione di interventi correttivi finalizzati a gruppi identificati di individui in condizione di obesità.

Questo pone alcuni problemi metodologici legati sia alla definizione dei livelli di soglia di intervento, ma anche alla consapevolezza che un intervento di questo tipo richiede delle strategie integrate ed una razionalizzazione delle risorse disponibili.

La caratteristica di questo intervento è quella di collocarsi in un ambito che sta tra il tipico intervento di Sanità pubblica, rivolto a tutta la collettività o ad ampi gruppi di popolazione, e l'intervento di cura vera e propria del soggetto con patologia diagnosticata. La filosofia è perciò quella di un intervento di prevenzione clinica a gruppi selezionati di soggetti che presentano determinate condizioni di rischio valutate di un livello più grave di quello della popolazione generale, e le parole chiave dell'intervento sono: ricerca attiva dei soggetti, diagnosi precoce, counselling.

Per quanto riguarda la soglia di intervento, data l'elevata prevalenza della condizione di sovrappeso e obesità in età pediatrica si impone la necessità di una tempestiva presa in carico del bambino in condizione di obesità.

L'obiettivo generale che si vuole perseguire è quello di definire un modello organizzativo che, a partire dalla rete dei percorsi già esistenti e strutturati, rafforzi le sinergie e le collaborazioni tra tutti gli attori che giocano un ruolo rispetto alla finalità generale di promuovere la salute complessiva dei bambini.

Si ritiene che in Emilia-Romagna esistano le condizioni favorevoli a sperimentare la validità di un modello organizzativo che, attraverso relazioni strutturate e stabili, offra supporto e cura ai bambini obesi. Il riferimento a condizioni favorevoli in questa regione si basa sulla esperienza consolidata nelle AUSL dell'attività dei Nuclei di Cure Primarie in cui il PLS è parte di un'organizzazione complessiva che lo supporta e che può attivare collaborazioni con altre strutture specialistiche come il Pediatra specialista (secondo livello ospedaliero), le U.O.

Dietetica e Nutrizione clinica, le U.O. di Neuropsichiatria infantile, i Servizi di Medicina dello sport.

### ***Obiettivi specifici***

- Definire la rete delle collaborazioni e le modalità operative di intervento per la strutturazione di un'offerta terapeutica a bambini in sovrappeso;
- Sperimentare la realizzazione dell'intervento in ambiti selezionati;
- Emanare una Linea guida per le AUSL per la strutturazione dei percorsi aziendali di intervento;
- Valutare la possibilità di definire altri gruppi selezionati di popolazione a cui offrire un intervento di supporto.

### ***Piano operativo***

Si prevede di partire dall'analisi delle situazioni esistenti nelle varie AUSL con l'individuazione delle diverse specificità e dei diversi punti di forza da valorizzare e usare come fulcro dell'intervento. A questo passaggio seguirà una valutazione del modello organizzativo ritenuto più efficiente rispetto all'obiettivo generale, ma anche una valutazione della possibile estensione dell'offerta a gruppi di soggetti in età non pediatrica.

Verranno poi definite le condizioni per avviare una sperimentazione dell'intervento in ambiti locali selezionati sulla base delle specifiche condizioni aziendali e territoriali.

Il processo si concluderà con la stesura di una Linea Guida rivolta alle AUSL per la strutturazione dei percorsi in ogni ambito locale

SERVIZI coinvolti: Servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali della Regione Emilia-Romagna

Altri soggetti coinvolti: Dipartimenti Cure Primarie con i PLS e i MMG, Servizi di nutrizione clinica e ambulatori specialistici di dietologia, U.O. id Neuropsichiatria infantile, Servizi di Medicina dello sport

### ***Monitoraggio del progetto***

Gli indicatori relativi alla realizzazione del progetto saranno riferiti al processo e si traducono essenzialmente nella documentazione attestante la produzione di indicazioni organizzative rivolte alle Aziende sanitarie.

### ***Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione***

Il coordinamento è in capo al Servizio regionale Assistenza distrettuale, Medicina generale, Pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari in raccordo con il Servizio Presidi Ospedalieri.

### ***Tempi di realizzazione (Cronoprogramma)***

#### **Anno 2006**

- Istituzione del tavolo di coordinamento;
- Analisi dell'esistente e valutazione delle modalità operative di intervento.

#### **Anno 2007**

- Elaborazione di prime indicazioni operative;
- Avvio della sperimentazione in ambiti locali selezionati.

#### **Anno 2008**

- Completamento della fase di sperimentazione;
- Valutazione della opportunità/possibilità di estendere l'intervento ad altri gruppi di soggetti;
- Emanazione di una Linea Guida rivolta alle AUSL recante le modalità organizzative per la strutturazione della rete di percorsi di presa in carico e cura dei bambini obesi.

## **OBIETTIVO 7**

### **VIGILARE**

**Azione: verifica della qualità nutrizionale dei prodotti al consumo e promozione di una corretta informazione al consumatore**

#### *Introduzione ed obiettivi generali*

Uno dei temi più abusati da tutti i media negli ultimi anni è l'informazione sulle caratteristiche nutrizionali dei prodotti alimentari. È sufficiente sfogliare un giornale di costume, seguire un programma televisivo soprattutto quando indirizzato al pubblico femminile per trovarvi informazioni sul potere calorico degli alimenti. Sempre più spesso l'industria pubblicizza i prodotti alimentari caratterizzandoli per le caratteristiche nutrizionali e salutistiche. Il consumatore è sollecitato all'acquisto con l'illusione di migliorare la propria salute. Ma quanto i messaggi sono corretti? quanto aderenti alle caratteristiche dei prodotti commercializzati? Il progressivo consumo di prodotti già cucinati e semilavorati spinge ad un maggior apporto di nutrienti ad alta densità calorica, a elevata concentrazione sodica o zuccherina e al maggior consumo di grassi saturi.

L'etichetta che illustra le caratteristiche nutrizionali dei prodotti alimentari è tutt'ora facoltativa e, quando indicata, può omettere alcune componenti fondamentali. Ad esempio nei prodotti complessi con molti ingredienti spesso non viene indicata la concentrazione di sodio esponendo ad un apporto inconsapevole di questo fattore favorente l'ipertensione arteriosa. Molte matrici semplici per la trasformazione delle tecniche di coltivazione o di allevamento presentano caratteristiche qualitative differenti rispetto a quelle tradizionali, ad esempio in molti prodotti carnei o ittici di allevamento sono variate le concentrazioni e le caratteristiche di grassi.

Per questi motivi si ritiene importante:

- stimolare il mondo produttivo affinché garantisca un'informazione nutrizionale completa, corretta e comprensibile in etichettatura;
- sollecitare il comparto ristorazione affinché offra le opzioni alimentari più salubri e ne assicuri la disponibilità e la riconoscibilità;
- verificare che le indicazioni in etichettatura e i messaggi pubblicitari siano veritieri e non traggano in inganno il consumatore;
- informare il consumatore sui risultati delle verifiche effettuate e sulle caratteristiche nutrizionali dei prodotti in commercio.

### ***Obiettivi specifici***

- Attivazione di tavoli di confronto con il settore produttivo, quello distributivo e le associazioni dei consumatori per concertare strategie che consentano il raggiungimento di quanto sopra elencato;
- Attuazione di un programma di controllo regionale sulla base di criteri e priorità di intervento condivisi con la verifica delle caratteristiche qualitative nutrizionali dei prodotti alimentari e l'elaborazione e pubblicizzazione dei risultati ottenuti.

### ***Piano operativo***

Nel corso del triennio si prevede di attivare i tavoli di confronto con i rappresentanti dei produttori e dei distributori di prodotti alimentari e di coinvolgere rappresentanti del comparto ristorazione operante sul territorio regionale per ricercare una strategia comune di sensibilizzazione e offerta al consumatore di opzioni alimentari salubri.

Inoltre si cercherà un confronto con le associazioni dei consumatori per analizzare i bisogni di informazione definendo interessi comuni.

In collaborazione con ARPA e IZS si predisporrà il programma di controllo analitico sui prodotti alimentari in commercio per la verifica della qualità nutrizionale e della congruità delle informazioni in etichetta.

I dati raccolti verranno elaborati e ne verrà data diffusione e pubblicizzazione.

*Servizi coinvolti:* SIAN, Servizi Veterinari delle AUSL

*Altri soggetti coinvolti:* ARPA, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, Università, Ass.to regionale Agricoltura, Industrie, Imprese della grande distribuzione, ditte di ristorazione collettiva, associazioni di consumatori e di rappresentanza di gruppi di interesse (Diabetici, Celiaci, ecc.), Società scientifiche di riferimento al tema.

### ***Monitoraggio del progetto***

Indicatori relativi alla realizzazione del progetto saranno riferiti al processo ed al risultato. Essi possono essere sintetizzati come di seguito indicato:

- evidenza di incontri del tavolo di confronto con associazioni e gruppi di interesse;
- evidenza del programma regionale di controllo;
- percentuale di verifiche eseguite rispetto al totale programmato;
- evidenza di reports, materiale informativo, pagine WEB, relazioni a Congressi e Convegni.

### ***Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione***

Il coordinamento dell'attività sarà realizzato dal Servizio regionale Veterinario e Igiene degli alimenti.

### ***Tempi di realizzazione (cronoprogramma)***

#### **Anno 2006**

- Attivazione dei tavoli di confronto e collaborazione con le associazioni dei consumatori, le associazioni dei produttori e dei distributori
- Definizione delle matrici da sottoporre a controllo e delle metodiche da adottare in collaborazione con ARPA; Istituto Zooprofilattico, Istituti Universitari, INRAN.
- Definizione del programma di controllo da attuare nel triennio

#### **Anno 2007**

- Realizzazione del programma di verifica
- Monitoraggio periodico della progressione dell'attività e delle criticità emerse

#### **Anno 2008**

- Elaborazione dei risultati ottenuti e pubblicizzazione