

270-271

aprile-settembre 2018



la Salute umana

Rivista trimestrale di promozione ed educazione alla salute

Dossier

CREARE CONTESTI PER UN'ALIMENTAZIONE SANA

Obesità, sovrappeso e disuguaglianze

Per un cibo e un'alimentazione migliore in Europa - Obiettivo I: creare contesti per un'alimentazione sana

La scuola un setting irrinunciabile per promuovere salute ed equità sociale

Verso una comunità per la salute dei giovani

Sostenere al meglio la partecipazione sociale degli anziani

A cura di
Filippo Antonio Bauleo e Alfredo Notargiacomo

Distretto e cure primarie

Strategie ed esperienze
per la nuova sanità pubblica



In collaborazione con



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Nel 1978, esattamente quattro decenni fa, 134 Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 67 agenzie internazionali e organizzazioni non governative, riuniti nella conferenza di Alma Ata, convennero su un elemento fondante: la primary health care costituiva l'unica strategia per raggiungere "la salute per tutti". La politica sanitaria di Alma Ata coniugava salute, diritti umani, giustizia sociale per rendere universalmente accessibili i servizi sanitari essenziali. La primary health care garantiva il contesto concettuale e organizzativo per strutturare i servizi sanitari, dalle famiglie agli ospedali, dalla prevenzione alla cura. Oggi, essa torna al centro dell'attenzione della sanità pubblica come sottolineato già nel 2008 nel World Health Report dell'OMS Primary health care, now more than ever. Centro delle cure primarie, il Distretto, il territorio, nella visione di chi scrisse la nostra Riforma sanitaria, anch'essa 40 anni fa, deve costituire il luogo dove il cittadino trova le risposte ai propri bisogni di salute.

Il volume presenta una selezione di articoli pubblicati sulla rivista "Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute" nel periodo 2011 - 2017: da professionisti e studiosi di Emilia Romagna, Friuli, Lazio, Marche, Piemonte, Toscana e Umbria esperienze e riflessioni per sostenere e migliorare il Servizio Sanitario Nazionale.

Esperienze significative: sanità d'iniziativa, gestione integrata della cronicità, mappatura della fragilità, azioni di comunità nel progetto Microaree, Information Communication Technology e servizi integrati domiciliari, infermiere delle cure primarie, educazione terapeutica del caregiver, ospedale di comunità. Per una nuova sanità pubblica centrata su: distretto, casa della salute, partecipazione della comunità, promozione della salute e continuità delle cure.

Una lettura raccomandata a tutti gli attori della sanità e, in particolare, ai professionisti dei servizi territoriali, sollecitati a elaborare e adottare buone pratiche per l'integrazione, la partecipazione e l'equità e a produrre report delle tante significative esperienze nelle nostre regioni.

Per informazioni: rivistecespes@gmail.com

In copertina: Io, Daniel Blake, Ken Loach, 2016

Sommario

n° 270-271, 2018

2 NOTIZIARIO

4 EDITORIALE

Educazione alla salute, un altro modo è possibile

Giancarlo Pocetta

6 ESPERIENZE A SCUOLA

Verso una comunità per la salute dei giovani

Giulia Campanelli, Michela Pin, Virginio Beacco, Silvia Masci, Roberta Sabbion

11 FUMO

L'abitudine al fumo in Italia

Dati 2014-2017 da Sistema di Sorveglianza PASSI

13 DOSSIER

Creare contesti per un'alimentazione sana

15 Questo grasso grasso mondo

Adriano Cattaneo

19 Obesità, sovrappeso e disuguaglianze

da "Obesità e disuguaglianze. Guida per affrontare le disuguaglianze nei casi di sovrappeso e di obesità", Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute DoRS

28 Per un cibo e un'alimentazione migliore in Europa

Obiettivo I: creare contesti per un'alimentazione sana

Da: Better food and nutrition in Europe: a progress report monitoring policy implementation in the WHO European Region 2018

45 Ambienti favorevoli ad un'alimentazione sana:

stato dell'arte e raccomandazioni

Corinne Delamaire

48 Social network e cambiamento dei comportamenti alimentari:

quale potenziale?

Manon Taravell

51 Angers: una politica locale per una alimentazione sana

Gérard Boussin

54 Marsiglia: orti condivisi nei quartieri del nord

Gérard Boussin

56 Loon-Plage: filiera corta, offerta alimentare e inserimento sociale

Alex Obry

58 Incoraggiare il consumo di frutta e verdura: l'esempio di Saint-Denis

Alex Obry

61 Gli interventi per una dieta salutare sono ugualmente efficaci per tutti?

Luisella Gilardi

63 La scuola un setting irrinunciabile per promuovere salute ed equità sociale

Emilia Guberti

66 Pane meno sale: più salute con meno sale

Emilia Guberti

69 ANZIANI

Sostenere al meglio la partecipazione sociale degli anziani: una rassegna di interventi valutati

Stéphane Tessier

72 SANITÀ PUBBLICA E CATASTROFI

L'Italia deve dotarsi di un sistema di sorveglianza della salute delle popolazioni colpite da catastrofi

Congresso di Primavera dell'Associazione italiana di epidemiologia (AIE) L'Aquila 14-15 aprile 2016 - Documento conclusivo

74 BLOCK NOTES

Edvige Mancinelli

LA SALUTE UMANA, Rivista trimestrale del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia, fondata da Alessandro Seppilli.

EDITORE: Cultura e Salute Editore Perugia

DIRETTORE RESPONSABILE: Maria Antonia Modolo. REDATTORE CAPO: Giancarlo Pocetta.

COMITATO DI REDAZIONE: Erminia Battista, Filippo Antonio Bauleo, Paola Beatini, Luciano Bondi, Francesca Cagnoni, Marco Cristofori, Osvaldo Fressoia, Fabrizio Germini, Edvige Mancinelli, Elisa Marceddu

SEGRETERIA DI REDAZIONE: Paola Beatini [e-mail paola.beatini@unipg.it]

GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA: Grafox srl

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n° 551 del 22.11.1978

Per gentile concessione del "Comité française d'éducation pour la santé" e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, alcuni articoli sono ripresi dalla rivista "La Santé en action" e da documenti O.M.S.

Abbonamento annuale Italia 2018 - ENTI: cartaceo €40.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 50.00 - PRIVATI: cartaceo €30.00 / on-line €15.00 / cartaceo + on-line € 40.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €10.00

Abbonamento annuale Estero 2018 - Cartaceo €60.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 70.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €10.00

TUTTE LE TARIFFE SONO IVA INCLUSA (IVA 4%)

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO - IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia - Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770

MASTER

Pianificazione, gestione e valutazione di azioni integrate di promozione della salute per la comunità Community Health Promotion (CHP) Anno Accademico 2018/2019



Dipartimento di Medicina
Sperimentale

Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (CeSPES)

Il Master è l'unico corso in Italia accreditato dall'International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) all'interno dell'European Health Promotion Accreditation System.

Applica gli standard di qualità e competenza nella formazione e nella pratica in promozione ed educazione alla salute a livello europeo.

Articolazione formativa:

- 280 ore di didattica frontale e attiva distribuite in sette moduli residenziali
- attività di tirocinio presso istituzioni varie stabilite in accordo con il

Consiglio del Master

- studio individuale
- elaborazione di una tesi finale

È strutturata in modo da facilitare l'apprendimento di specifiche competenze e sperimentare tecniche e strumenti da trasferire nella propria operatività.

L'articolazione didattica prevede: sintesi informative, lavoro di gruppo, studi di casi, simulazioni, metodi art based, lavori individuali, osservazione, portfolio

I moduli residenziali

I MODULO 18-22 marzo 2019

Le basi culturali – scientifiche e l'organizzazione della promozione della salute in Italia e in Europa

Modelli di salute: evoluzione concettuale, l'approccio salutogenico

Le capacità personali per la salute: il contributo delle neuroscienze e della ricerca psicologica

Le opportunità per la salute: i sistemi culturali della salute, le istituzioni sociali della salute

Evoluzione del concetto di welfare e dei sistemi di salute: *la salute in tutte le politiche*

Etiche per la salute. Evoluzione del concetto di educazione sanitaria e pro-

mozione della salute

Evoluzione e organizzazione del sistema socio sanitario in Italia, ruolo dei servizi di educazione sanitaria e promozione della salute

Le responsabilità e i ruoli per la promozione della salute nei settori non sanitari

Dimensione europea della promozione della salute. Prospettive culturali, economiche e politiche

II MODULO 8-13 aprile 2019

Teorie, metodi e strumenti per la ricerca in promozione ed educazione alla salute

La cornice della ricerca azione nel campo della salute: elementi teorici e metodologici

Contributi e integrazioni disciplinari per lo sviluppo di conoscenza: gli strumenti della conoscenza epidemiologica, psicologica, socioantropologica, pedagogica

Analisi dei bisogni di salute nella popolazione da un punto di vista promozionale

I determinanti di salute

La diagnosi di comunità

Metodologia della ricerca bibliografica e della documentazione in PdS: aspetti metodologici ed operativi

Enti e istituti per la documentazione in

III MODULO **20-25 maggio 2019**

Progettazione territoriale partecipata in promozione della salute ed educazione sanitaria

Modelli di progettazione in promozione ed educazione sanitaria

Le finalità e le fasi

Diagnosi educativa (rapporto con diagnosi di comunità e sue specificità)

L'identificazione delle priorità

La definizione degli obiettivi

I modelli di apprendimento/cambiamento degli stili di salute

La scelta dell'intervento: evidenze di efficacia

Trasferibilità e sostenibilità

Approccio all'analisi della fattibilità degli interventi

Setting educativi per la promozione della salute

La relazione individuale, il gruppo, la comunità

IV MODULO **17-20 giugno 2019**

Valutazione partecipata dell'Impatto sulla salute (VpIS) dei programmi integrati di promozione della salute

Valutazione di Impatto e Valutazione partecipata di impatto sulla salute

Valutazione e progettazione di un intervento: empowering evaluation

Il concetto di qualità: criteri ed approcci operativi alla valutazione della qualità in sanità

Il percorso operativo della Valutazione di Impatto

Strategie partecipative per la valutazione dei risultati di un intervento di educazione alla salute

La valutazione di processo di un intervento di promozione ed educazione alla salute

Trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica operativa

V MODULO **23-27 settembre 2019**

Gestione di programmi integrati di promozione della salute: relazioni intersettoriali, gruppi multiprofessionali

Scenari politico-legislativi per l'inter-settorialità nella salute

Gli strumenti della programmazione territoriale integrata per la promozione della salute della comunità

Profili di comunità e di salute, Patti territoriali, Piani di salute

Il gruppo di lavoro come strumento di gestione e di apprendimento

Ruoli e compiti nelle fasi della vita di un gruppo multiprofessionale:

Leadership e relazioni interne

VI MODULO **21-25 ottobre 2019**

Progettazione territoriale partecipata in promozione della salute ed educazione sanitaria

L'approccio Community-oriented alla promozione della salute

Intersectorialità e alleanze per la Salute
Disuguaglianze socio economiche e promozione della salute: esperienze italiane ed europee

Lavorare per la promozione della salute della comunità: la programmazione integrata e l'intervento di rete

La comunità come contesto educativo per la salute: partecipazione comunitaria

Riorientare i servizi: la qualità dei servizi di promozione ed educazione alla salute nella sanità e negli altri contesti operativi

VII MODULO **18-22 novembre 2019**

Comunicazione e salute: teorie e metodi per l'empowerment.

La Documentazione

La comunicazione per la salute e la sa-

nità

Il problema della Health Literacy

La comunicazione educativa

Il marketing sociale

La comunicazione istituzionale come trigger nell'azione di promozione della salute

Comunicazione di massa e informazione sulla salute

La Documentazione in promozione della salute: indirizzi e organizzazione

L'accesso al Master è riservato a coloro che sono in possesso di una Laurea di I livello, II livello o del vecchio ordinamento conseguita in Italia, a professionisti in possesso di un titolo equipollente.

Il Corso è a numero chiuso.

Direzione del Master

Giuseppe Masanotti
(Coordinatore CeSPES)

Coordinatore scientifico

Giancarlo Pocetta
(Coordinatore scientifico)

Coordinamento didattico

Paola Beatini
e-mail: paola.beatini@unipg.it
tel: +39 075/5857357

Segreteria organizzativa

Alberto Antognelli
e-mail: alberto.antognelli@unipg.it
tel: +39 075/5858036

Per informazioni:

paola.beatini@unipg.it

Tel 075.5857357

Università degli Studi di Perugia ONE AND GLOBAL HEALTH NUTRITION/ SALUTE NUTRIZIONALE UNICA E GLOBALE Master Universitario di II livello

**Dipartimento di Medicina
Sperimentale**

**Centro Sperimentale per la
Promozione della Salute e
l'Educazione Sanitaria (CeSPES)**

in collaborazione con

**Centro Salute Globale - Regione
Toscana; Azienda Ospedaliero
Universitaria Meyer di Firenze**

**Centro di Ricerca e formazione per
la Salute unica e l'Alimentazione –
CERSAL**

Il Corso si rivolge a laureati che intendano acquisire competenze specialistiche per lavorare nel campo della nutrizione in un contesto di sanità pubblica nello sviluppo di policy in campo alimentare e nutrizionale, nella pianificazione e valutazione di programmi di supporto alimentare e nutrizionale, nel lavoro operativo sul campo.

La nutrizione rappresenta un importante determinante di salute, tanto che la stessa Assemblea Generale dell'ONU ha istituito il "Decennio di azione sulla nutrizione 2016-2025" con l'obiettivo di dare vita ad azioni per ridurre la fame e la malnutrizione a livello mondiale, promuovendo anche abitudini alimentari sane e sostenibili per conte-

tere l'aumento dell'obesità.

L'approccio ONE AND GLOBAL HEALTH NUTRITION, Salute Unica e Globale, privilegia una visione sistematica e salutogena dell'alimentazione e della nutrizione intese come risorse, e strumenti complessi, a servizio dei viventi per migliorare la qualità della vita.

Saranno trattati con enfasi particolare: sistemi produttivi, sostenibilità e salute nutrizionale, pianificazione, monitoraggio e valutazione dei programmi; nutrizione materna e infantile; nutrizione nelle situazioni di emergenza; malattie croniche correlate alla malnutrizione da eccesso o carenza; legislazione, governance e politiche ai vari livelli

Questi temi sono inseriti in un percorso di alta formazione, integrato e interdisciplinare, che copre ambiti epidemiologici, di sanità pubblica, ambientali, economici, sociali e clinici intorno al tema centrale della nutrizione in un'ottica di One/Global Health.

Facilities

Gli iscritti al Master potranno usufruire per il vitto e l'alloggio delle convenzioni in essere tra la Fondazione per il Centro Studi "Città di Orvieto" e le strutture ricettive.

Direzione del Master

Professor Giancarlo Pocetta

Informazioni sulle iscrizioni
e sulla didattica:
dott.ssa Paola Beatini:
paola.beatini@unipg.it

Sede del Master:

Fondazione per il Centro Studi
"Città di Orvieto"
Palazzo Negroni, Piazza Corsica n. 2
05018, Orvieto (TR)
Tel. 0763 393496

Mail:

Dott.ssa Elisa Marceddu:
info@cersal.net
Dott.ssa Luana Mencarelli:
info@orvietostudi.it

Website:

www.cersal.net;
www.orvietostudi.it

In questo numero di La Salute Umana, si parla di alimentazione e salute. Ci risiamo? Rieccoci a parlare di come “educare” la gente, possibilmente quella più giovane e scolarizzata, a mangiare bene? La solita parata di progettini di alfabetizzazione alimentar/dietetica per la classe X dell’Istituto Y, conditi, è il caso di dire, da una bella spolverata mediale? Chiedo scusa per la ruvidezza dell’approccio ma mi chiedo: “un altro modo è possibile?”

Ovvero, ampliando il campo oltre i confini del comportamento alimentare, è possibile pensare un approccio nel quale il cambiamento negli stili di vita non pesi solo sulla responsabilità individuale o sia affidato solo ad un’ipotetica trasformazione sociale?

La questione è, piuttosto, di come rendere realistico quello shift che la strategia di promozione della salute – ormai dichiarata in pressoché tutti i documenti di indirizzo regionali, nazionali e internazionali – richiede. Ovvero, di integrare, nella visione della salute come equilibrio, la dimensione patogenica (rischio/danno) e la dimensione salutogenica (risorse/assets) dell’azione sulla e per la salute (figura).

Come è ovvio, qui non si tratta di mettere in discussione il ruolo che lo stile alimentare gioca nell’aumentare la probabilità di generare una malattia acuta o cronica che sia. O che fumare sia il killer per la salute nel XX e XXI secolo. Non è di questo che vogliamo parlare anche perché molte e più autorevoli voci ne parlano (Adriano Cattaneo offre di questo approccio una appropriata panoramica in questo numero, così come

sull’impatto del fumo la rassegna dei dati 2014-2017 del sistema PASSI).

Il senso della svolta non sta neanche nel prendere atto (scontato) che l’ambiente influisce sulla salute. Chi ne dubita?

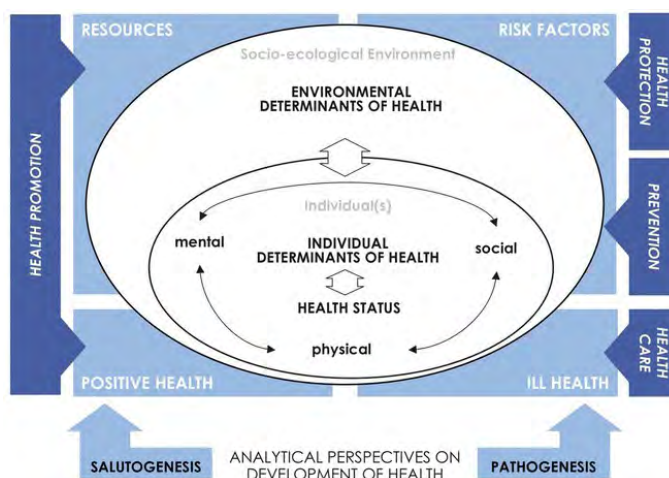
Il punto è piuttosto la relazione tra cittadino e contesto, assumendo un punto di vista “ecologico”. Ovvero, un “ambiente” che sia in grado di facilitare le scelte di salute dei cittadini. Ovvero, se l’ambiente è un contenitore di rischi ma anche (soprattutto?) di opportunità/risorse per la salute, come si fa a fare in modo che il cittadino non solo ne venga a conoscenza ma le usi nelle decisioni che prende quotidianamente? Che le risorse ci siano non basta. Occorre che i cittadini siano in grado di usarle, TUTTI, senza privilegi o iniquità.

Sappiamo che in una visione positiva della salute, le risorse sono di diverso tipo: non solo endogene (disponibilità materiale, conoscenze, esperienze, autostima, strategie di coping, fattori biologici, caratteristiche di personalità) ma anche esterne, ambientali, appunto (politiche, organizzazioni, relazioni, legami, supporto sociale, tradizioni, ideologie, arte, religione). I cittadini “sanno” riconoscere, hanno accesso, “sanno

usare” usare le risorse che il proprio ambiente/contexto mette loro a disposizione?

Avere a disposizione risorse o poterle facilmente reperire significa avere più possibilità di affrontare le situazioni della vita. Tuttavia, più importante della disponibilità di risorse è l’abilità di utilizzarle; per fare questo, i cittadini devono essere “cittadini competenti”: saper comprendere la situazione in cui si trovano, in quel momento e nel suo insieme, saper riconoscere le risorse e saperle utilizzare con successo per “aumentare il controllo sulla propria salute e migliorarla”.

Dunque, se ha un senso ancora oggi parlare di educazione alla salute, esso è questo: connettere la dimensione individuale e quella ambientale/ contestuale della salute. Questa mi sembra sia la sfida di fronte alla quale si trovano i professionisti e le organizzazioni che si occupano di salute pubblica. Richiamare questa sfida e porla a centro della discussione pubblica mi sembra anche il modo migliore per ricordare, in modo non retorico e autocompiacente, i quaranta anni di esistenza del nostro Servizio Sanitario Nazionale.



Educazione alla salute, un altro modo è possibile

Giancarlo Pocetta

Verso una comunità per la salute dei giovani

Un'esperienza di sinergia

Servizio Civile Nazionale - Dipartimento delle dipendenze

Giulia Campanelli, Michela Pin, Virginio Beacco, Silvia Masci, Roberta Sabbion



Clockers, Spike Lee, 1995

Introduzione

L'articolo nasce con l'intento di far conoscere un'esperienza di Servizio Civile Nazionale per un progetto promosso da Unicef Italia e accolto dal Comitato locale di Pordenone. Il progetto riguarda la prevenzione delle dipendenze nel mondo giovanile, rivolto alla fascia d'età compresa tra la scuola secondaria di primo grado e la scuola secondaria di secondo grado. Visto l'ambito di intervento, l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria Aas5 di Pordenone si è resa disponibile a diventare partner del progetto e quindi due volontarie, selezionate da Unicef Italia, sono state affiancate agli operatori del Dipartimento delle Dipendenze, referenti dell'area specifica di promozione e educazione alla salute.

Si è rivelata di primaria importanza la necessità di fornire un'adeguata formazione specifica alle volontarie, in modo che potessero acquisire gli strumenti base, indispensabili per comprendere gli interventi di promozione della salute e collaborare così, in maniera più consapevole, con gli operatori sanitari.

Da qui la rilevanza di sostenere un volontariato formato e aggiornato nel campo della prevenzione, per incentivare i fattori personali e ambientali che fanno star bene i giovani.

Background teorico

Grazie ai programmi messi in atto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e all'avanzamento della ricerca scientifica, oggi la salute non è più concepita come obiettivo a cui aspirare, ma soprattutto come risorsa e strumento da ricercare lungo tutto il corso della vita, affinché essa sia vissuta nel pieno delle sue potenzialità (1-2).

Apporti specifici di recenti studi mettono in evidenza il concetto di *empowerment* (4) e si viene a modificare l'attenzione posta sull'alfabetizzazione alla salute, intesa come apprendimento costante lungo tutto il corso della vita, al fine di prendere decisioni consapevoli per il proprio benessere (3-5).

Uno dei temi più attuali rimane la necessità di pianificare azioni condivise con enti, istituzioni, associazioni di volontariato e altri *stakeholder*, nell'ottica di considerare la salute una responsabilità collettiva, a cui tutti dovrebbero e potrebbero contribuire, come processo sociale e comunitario, legato agli interessi della collettività e non solo dell'individuo (1-5).

Per quanto riguarda gli interventi di promozione della salute, la scuola costituisce il luogo di formazione per eccellenza dei giovani, e quindi uno degli

ambienti nei quali tali interventi assumono una rilevanza fondamentale.

La *cooperative learning* e l'*educazione socio-affettiva* si sono qualificate come metodologie significative nel sostenere lo sviluppo di capacità relazionali, pro-sociali, le così dette *life skills*.

Uno dei principali obiettivi della *life skills education* è quello di agire e implementare tre macroaree: imparare a sapere, imparare ad essere e imparare a vivere insieme (6), promuovere le competenze psicosociali degli studenti. Infine, le azioni di educazione alla salute si sono orientate verso modelli di *peer education*, nei quali gli adolescenti stessi diventano protagonisti di progetti che promuovono salute (11-12), in modo particolare, nella scuola secondaria di secondo grado.

Nell'esperienza effettuata in un Istituto professionale della provincia di Pordenone non sono state affrontate specificamente le singole abilità di vita, ma è stato privilegiato un approccio dinamico ed interattivo, grazie al quale gli studenti, guidati dai loro insegnanti, attraverso *brainstorming* e lavori di gruppo, hanno potenziato competenze come il pensiero critico, la risoluzione dei problemi, la gestione di attività gruppali e, non per

ultimo, la gestione dell'ansia e delle proprie emozioni, durante la presentazione dei loro elaborati nelle discussioni in classe e in particolare nel contesto assembleare.

Contesto e dati

Per quanto concerne l'uso e l'abuso di alcol e il consumo di tabacco, si riportano alcuni dati tratti dal rapporto Istisan 17/1, il Sistema di Sorveglianza Passi Aas5 "Friuli Occidentale" e il Piano d'azione regionale sulle dipendenze 2013-2015 (8-10).

Tra il 2000 e il 2010 si è notata una modificazione nel consumo delle bevande alcoliche: dal modello mediterraneo si è passati a un modello tipicamente nord-europeo, che si traduce in un aumento del consumo di alcol lontano dai pasti e nel cosiddetto *binge drinking*, soprattutto tra i giovani. Tra il 2007 e il 2015, per quanto riguarda ragazzi e ragazze di età compresa tra gli 11 e i 25 anni, il 33,5% dei maschi e il 24,7% delle femmine consumano bevande alcoliche lontano dai pasti; mentre il 13,7% dei maschi e il 5,6% delle femmine (11-25 anni) hanno praticato il *binge drinking* nel corso dell'anno (8). "Nel 2015 il 51,7% dei ragazzi e il 40,0% delle ragazze di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; nonostante la diminuzione registrata rispetto al 2007, per entrambi i generi non emergono variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione" (8). Per i consumatori di alcol compresi nella fascia d'età 11-17 anni, nel 2015, la percentuale più elevata di chi consuma viene rilevata tra coloro che bevono birra (M: 15,9%; F: 9,8) e aperitivi alcolici (M: 11,9%; F: 9,8%). Sempre in riferimento al consumo di alcol, sia la regione Friuli Venezia Giulia che l'ambito di competenza dell'Azienda Assistenza Sanitaria n.5 si confermano ben oltre sopra la percentuale nazionale (9).

Nell'anno 2015, nella regione Friuli Venezia Giulia, si attestano dati superiori al livello nazionale per quanto riguarda sia le femmine e sia i maschi che consumano almeno una bevanda alcolica. Da notare, però, che tra le femmine si registra una diminuzione di 5,5 punti percentuali (8). Anche i consumatori fuori pasto e i consumatori a rischio hanno indicatori superiori alla media nazionale. Ciò si registra anche per le consumatrici abituali eccedentarie e i consumatori *binge drinking* tra i maschi (8).

Per quanto riguarda l'abitudine al fumo, la percentuale di fumatori è inferiore alla media nazionale (26,9%) nella provincia di Pordenone (22,6%), zona di competenza dell'Aas5 "Friuli Occidentale", mentre la media regionale (26,7%) risulta di poco differente dalla media nazionale (9). "Nell' Aas5 "Friuli Occidentale", nel periodo 2012-15, si stima che circa una persona su cinque sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-35 anni" (9).

L'esperienza in un istituto professionale

Le volontarie di Servizio Civile hanno collaborato con gli esperti del Dipartimento delle Dipendenze dell'Aas5, in un programma sul tema "*Incontri di confronto sulla salute. L'assunzione di responsabilità dei giovani al non uso di sostanze psicotrope. Verso scuole promotrici di Ben-essere*".

La conoscenza

Nella scuola secondaria di secondo grado in questione, tutti gli alunni delle sei classi prime, per un totale di 116 studenti, avevano risposto alle domande di un questionario predisposto dagli esperti, con il contributo della Consulta degli studenti di Pordenone. Le domande di tale questionario vertevano sulle se-

guenti aree: sostanze psicoattive (uso o meno di quali sostanze, effetti piacevoli e dannosi, cause possibili che possono indurre i giovani al consumo); concetto di salute e significato dell'essere sani; contesti e luoghi nei quali un giovane si sente bene; proposte su cosa potrebbe fare la scuola, ogni singolo intervistato e il Comune per la salute dei giovani e la prevenzione delle tossicodipendenze. Alla domanda *Hai mai fatto uso di sostanze psicoattive?* il 50% degli intervistati ha risposto "no", mentre il 44,8% ha risposto di sì. Il restante 5,2% ha scelto "almeno una volta".

La sostanza più utilizzata risulta essere il tabacco, consumato dall'83,3% degli studenti. Al secondo posto l'alcool, con il 68,3%, e al terzo la cannabis con il 35%. In generale, si è riscontrata una discreta conoscenza riguardo agli effetti dannosi del consumo di queste sostanze. Mentre tra gli effetti piacevoli sono stati indicati la funzione rilassante, l'utilità per dimenticare problemi e preoccupazioni e, in particolare per quanto riguarda l'alcool, la funzione di facilitare le relazioni all'interno di un gruppo.

Tra le *cause individuali che possono portare un giovane all'utilizzo di sostanze*, emergono: per sentirsi parte di un gruppo (64,3%), per curiosità (52,2%), per farsi notare (50,4%) e per problemi psicologici (40,9%). Invece, in merito alle cause ambientali, risulta che i problemi familiari sono al primo posto, con il 56,9%, seguiti dall'esempio dei coetanei (45,9%) e dalla mancanza di valori sociali (38,5%).

Altro dato rilevante riguarda l'*empatia verso chi fa uso di sostanze*, rispetto al quale il 40,7% degli intervistati ha risposto "è un problema suo, sono indifferente".

I *luoghi o le situazioni nei quali gli studenti si sentono bene* sono: gli amici (83,6%), la famiglia (60,3%), lo sport (39,7%) e infine la classe (31%).



Clockers, Spike Lee, 1995

La percentuale maggiore alla domanda *Che cosa potrebbe fare la scuola per la salute dei giovani e per la prevenzione delle tossicodipendenze?* è stata ottenuta dalla risposta “attivare uno sportello di ascolto che coinvolga studenti e personale scolastico”, con il 40,4% delle preferenze.

L'intervento

Dai dati emersi dal questionario, gli operatori del Dipartimento delle Dipendenze dell'Aas 5 di Pordenone hanno concordato, con il contributo degli insegnanti, le seguenti tematiche assegnate singolarmente ad ogni classe, sulle quali gli alunni avrebbero potuto riflettere:

- Conoscenze e riflessioni riguardo l'uso di sostanze psicoattive nel mondo giovanile;
- Cause personali e ambientali che possono indurre i giovani al consumo di sostanze;
- Valore della solidarietà e della cooperazione;
- Proposte ai comuni per creare e rafforzare i luoghi della salute;
- Individuazione dei luoghi della salute che fanno star bene;

- Proposte al proprio istituto per permettere che la scuola possa promuovere salute.

L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di permettere agli studenti di produrre elaborati che riassumessero le considerazioni emerse in classe, per poi presentarli a tutti i partecipanti del progetto durante un'assemblea. In tale contesto sarebbero stati presenti tutti gli alunni delle classi prime, gli operatori del Dipartimento delle Dipendenze, gli insegnanti referenti e le volontarie di Servizio Civile.

Durante il percorso, i professionisti dell'Azienda Sanitaria si sono avvalsi dell'aiuto e della collaborazione dei docenti di riferimento, che hanno guidato gli studenti nei momenti di riflessione e durante la produzione degli elaborati.

Questo tipo di approccio risulta coerente con quanto ricordato nel paragrafo precedente in merito all'importanza del coinvolgimento diretto dei docenti, dato il loro ruolo pedagogico e la loro continuità di relazione con gli studenti.

I momenti di verifica sull'andamento del programma sono stati effettuati solo

con le insegnanti, le quali hanno condiviso alcune riflessioni affiorate durante le attività svolte in classe.

In generale sono emerse discussioni positive tra gli alunni, i quali, a volte, hanno espresso alcune esperienze personali, che hanno assunto una forte valenza per gli altri compagni.

Le insegnanti hanno percepito quanto il credo normativo, anche in questo contesto, fosse rilevante.

I ragazzi, in un primo momento, pensavano infatti che molti più compagni fumassero e/o facessero uso di bevande alcoliche; in realtà dai risultati del questionario emerge che la percentuale degli alunni che faceva uso di tali sostanze era nettamente inferiore alle aspettative. Inoltre, i docenti, hanno avuto l'impressione di quanto sia complesso incidere sulla diminuzione del consumo di alcol, in quanto esso costituisce un elemento fortemente radicato come fattore culturale e ambientale nella regione.

I ragazzi hanno espresso la necessità di avere accanto qualcuno di fiducia che li sappia ascoltare e hanno riscontrato nel progetto *Top-Teen Opportunities Project*, un programma di educativa di strada dell'Ambito Urbano 6.5 - un servizio utile al quale potersi rivolgere. Tra i luoghi della salute, ovvero luoghi indicati dagli studenti in cui stanno bene, sono stati annoverati: la scuola, lo sport, l'oratorio - in quest'ultimo caso è stata sottolineata la possibilità di avere a disposizione uno spazio fisico dove divertirsi e ritrovarsi - e le Asl, intese come enti preposti al sostegno, in eventuali situazioni di difficoltà.

L'idea di avere un doposcuola gratuito dove i ragazzi possano passare il loro tempo insieme, svolgendo attività ricreative ed educative è parsa un'ottima alternativa.

Tuttavia, dopo queste riflessioni positive, la maggior parte delle docenti di riferimento era concorde sul fatto che si sta

diffondendo, tra gli adolescenti di oggi, una cultura incentrata sempre di più sull'individualismo e sulla mancanza di empatia, testimoniata anche dai dati raccolti dal questionario in merito alla domanda *Che cosa provi quando sai che un tuo amico usa delle sostanze?*.

Uno degli aspetti positivi riscontrati nello svolgimento di questo progetto è stato la possibilità per gli studenti di lavorare, discutere, riflettere e confrontarsi in gruppo, agendo così in un contesto tra pari che permettesse di mettere in campo quelle che erano le loro capacità relazionali, incentivando il loro pensiero critico. Durante l'assemblea, gli studenti hanno presentato i loro elaborati sotto forma di video, cartelloni, immagini e parole che riassumevano in sintesi il loro lavoro.

I risultati

- Per quanto riguarda il gruppo classe che ha lavorato sulle *Cause personali e ambientali che possono indurre i giovani al consumo di sostanze*, è stato realizzato un cartellone che indicava i fattori che secondo loro possono portare all'utilizzo di tali sostanze: "solitudine", "sembri un figo", "dimostri di appartenere ad un gruppo", "ti illudi di rilassarti", "stress", "contesti le autorità e la società con atti di ribellione", "curiosità", "fumare da giovane a causa dell'influenza di certi compagni di scuola o amici", "genitori che fumano", "luogo in cui si vive", "influenza dei social media", "gruppo di amici". Tra i fattori protettivi che possono indurre un giovane a non fare uso di sostanze viene citata la condizione che in alcune religioni sia esplicito il divieto di fumare e bere bevande alcoliche.

- Gli alunni che hanno approfondito l'argomento *Proposte ai Comuni per creare e rafforzare i luoghi della salute* hanno realizzato un cartellone nel quale è stata descritta l'idea di creare un campo da calcio in un quartiere nelle vicinan-

ze della città, fruibile a qualsiasi ora del giorno e completo di tutte le attrezzature necessarie. Un'ulteriore idea è quella che il Comune possa mettere a disposizione corsi sportivi gratuiti di calcio, basket e tennis. In un secondo cartellone è stata proposta la realizzazione di un'officina meccanica dove ognuno ha la possibilità di aggiustare il proprio motociclo e nella quale sia utilizzabile l'attrezzatura utile a tale scopo e sia presente un istruttore che insegna il mestiere.

- La classe che ha lavorato sul tema dei *Luoghi della salute* ha invece prodotto un cartellone, indicando i cinque luoghi dove i ragazzi sentono di stare bene: lo *sport*, in quanto "ti sfoghi, ti diverti, ti mantieni in salute, rispetti le regole, impari a lavorare in gruppo"; la *famiglia*, intesa come luogo di benessere in quanto dà sostegno, protezione, dove si può parlare, confrontare, confidare e garantire la sua presenza; *enti pubblici*, tra cui l'Aas5 e il Dipartimento delle Dipendenze, in quanto "ti aiutano a parlare dei problemi personali, ti aiutano moralmente, persone esperte che ti aiutano e danno consigli e suggerimenti, sai che quello che dici è riservato"; la *scuola* perché "è il luogo in cui si sta in compagnia ed eviti di prendere brutte abitudini, conosci persone che ti possono cambiare, impari molte cose che ti potrebbero creare stimoli e portare avanti le proprie passioni"; l'*oratorio* in quanto "è un luogo per ritrovarsi con gli amici, si ride, si gioca, si hanno spazi da gestire autonomamente con coetanei e il Don che dà regole da rispettare".

- La classe che ha riflettuto su *Che cosa la scuola possa fare per promuovere comportamenti salutari e relazioni funzionali allo star bene*, ha prodotto un video che descrive le attività dell'Istituto, tra cui: la biblioteca, nella quale è possibile fare nuove amicizie; lo "sportello help" con la presenza di una psicologa per ricevere un ascolto individuale pro-

fessionale di fronte alle difficoltà scolastiche e non; la collaborazione degli operatori del "Progetto Top" per affrontare in gruppo eventuali tematiche di disagio; il doposcuola gratuito chiamato "Il Futuro", per recuperare le lacune nelle materie; il gruppo amatoriale di teatro.

- Infine, un'altra classe ha riflettuto sul tema della *solidarietà e cooperazione* e attraverso momenti di brainstorming ha analizzato il significato delle parole "solidarietà e cooperazione", puntando l'attenzione sulla ricerca di enti e associazioni che offrono ascolto, aiuto e consiglio ad adolescenti e giovani nel territorio di appartenenza e valide opportunità ricreative. Gli studenti si sono così confrontati con alcuni operatori e volontari del territorio che hanno illustrato progetti e attività. Sono stati elencati il "Progetto Top", il SerD e il servizio di alcologia, le associazioni di volontariato, i consultori familiari, i gruppi Ama - Auto mutuo aiuto, la Casa del Volontariato e altri. Ad esempio, durante un incontro, un'educatrice del "Progetto Top" ha spiegato in cosa consiste il progetto di educativa di strada e come esso sia inserito all'interno del territorio in una rete, grazie alla quale diversi servizi sanitari e non sono collegati tra loro, con il fine di offrire agli adolescenti un ambiente meno connotato, dove essi possono sentirsi più liberi di parlare delle eventuali difficoltà che stanno affrontando.

In questo contesto si è inserito il contributo delle volontarie di Servizio Civile Nazionale nel promuovere e informare gli studenti di questa classe sulle opportunità del Servizio Nazionale, parlando della sua importanza nella storia dell'obiezione di coscienza e della critica non violenta. Tutto ciò, nell'ottica di presentare questo tipo di impegno, all'interno del mondo del volontariato, come una delle opportunità per mettersi

in gioco, sviluppare abilità pro-sociali e acquisire maggiore consapevolezza su cosa significa realmente essere cittadini attivi all'interno della comunità. Essere impegnati in qualcosa di concreto, avere luoghi di aggregazione, attività e opportunità nelle quali sperimentarsi e cercare di dare il meglio di sé stessi, potrebbero essere delle valide alternative da incentivare per creare ben-essere a tutto tondo. Inoltre, *conoscere ciò che offre il territorio e creare delle collaborazioni* con le realtà che in esso agiscono, potrebbero risultare modalità utili in grado di scongiurare la tendenza all'isolamento e all'individualismo dei giovani, sintomatico di una grande distanza tra ciò che accade attorno e vicino a loro (si ricorda la risposta alla domanda: cosa provi se un tuo amico fa uso di sostanze).

Per potenziare queste abilità di vita, di cui l'empatia fa parte, si ritiene che sia utile, o quantomeno auspicabile, concertare dei percorsi in sinergia con tutti gli altri enti presenti nella comunità, in modo da far nascere una rete che possa impiegarsi nell'ottica dello sviluppo delle potenzialità dei giovani.

Per tale motivo, gli studenti per rappresentare l'esperienza vissuta hanno, alla fine del percorso, proposto di organizzare una sfilata con la presentazione di modelli per ogni associazione sopra menzionata sul tema "Cooperazione e solidarietà". Un esempio concreto per dimostrare alla comunità come un'organizzazione di attori congiunti nel territorio potrebbe essere in grado di far fronte più facilmente alle richieste dei ragazzi, per esempio si pensi alla possibilità di incrementare gli spazi di aggregazione presenti nella città e nei comuni, in modo tale da fornire un'alternativa culturalmente, socialmente e educativamente valida attraverso lo "stare insieme".

Conclusioni

L'esperienza ha consentito di sperimentare

che la base, per auspicare esiti positivi in merito ad interventi di educazione e promozione della salute, viene dalla creazione di una vera e propria rete tra enti, istituzioni, progetti, associazioni, insegnanti, famiglie e singoli cittadini, i quali possono collaborare al fine di migliorare la salute e la qualità di vita della comunità. In altre parole, passare dallo stato di *stakeholder* a quello di *community holder* (13), considerando dunque la salute una risorsa per raggiungere ciò che si vorrebbe realizzare nel corso della vita, grazie alla continua ricerca di un proprio equilibrio.

Inoltre, si è riscontrato come i giovani studenti riconoscono tra i fattori protettivi la presenza di norme che vietino l'uso di alcol e di sostanze e la presenza di regole in un gruppo per poter vivere bene insieme, ma anche l'importanza di avere spazi e tempi per confrontarsi, dialogare, esprimere e conoscere idee e opinioni diverse, oltre a vissuti ed emozioni che da soli è più difficile gestire.

BIBLIOGRAFIA

1. Paccagnella, Bruno. 2005. L'evoluzione del concetto di salute, in Pace e diritti umani (3): 21-36.
2. Lindström, Bengt; Eriksson, Monika. 2011. From health education to healthy learning: implementing salutogenesis in educational science, in Scandinavian Journal of Public Health (39): 85-92.
3. The Ottawa Charter for Health Promotion. 1986.
4. Contu, Paolo. 2016. Educazione sanitaria, educazione alla salute: riflessioni e sviluppi nel nuovo millennio. Educazione Sanitaria?, in Sistema Salute (60/1): 10 – 15.
5. Ingrosso, Marco. 2016. L'educazione alla salute come lifelong learning. Riflessioni dentro e oltre la crisi contemporanea, in Sistema Salute (60/1): 27-40.
6. De Santi, Anna. 2008. La promozione della salute: una strategia globale, in Rapporti Istisan (08/01): 3-7. (<http://old.iss.it/binary/publ/cont/081.pdf>)
7. Marmocchi, Paola. 2004. Educare le life skills: come promuovere le abilità psicosociali e affettive secondo l'Organizzazione mondiale della sanità. Edizioni Erickson.
8. Scafato E., Gandin C., Galluzzo L., Sci-

pione R., Vichi M., Ghirini S. 2017. Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni, in Rapporti Istisan, (17/1). (http://old.iss.it/binary/publ/cont/17_1_web.pdf)

9. Sistema di Sorveglianza Passi Aas5 "Friuli Occidentale", Rapporto Aziendale 2012 – 2015. (http://www.ass6.sanita.fvg.it/open-cms/export/sites/default/it/azienda_informa/progetti/passi/rapporti_quadriennali/Rapporto_2012_2015.pdf).
10. Regione autonoma Friuli Venezia Giulia. Piano d'azione regionale sulle dipendenze 2013-2015. (<http://www.dipendenzefvg.it/wp-content/uploads/2017/07/DGR-16-gennaio-2013-n.44-Allegato-A.pdf>).
11. Turner, G, Shepherd, J. 1999. "A method in search of a theory: peer education and health promotion", in Health Education Research, (14/2): 235-247.
12. Pellai, Alberto. 2015. "La Peer Education. Un paradigma innovativo per gli interventi di prevenzione con gli adolescenti", in "Psicologia contemporanea", (247): 68-75.
13. Atti del Convegno "Territorialmente parlando", Pordenone, 25 maggio 2017, Ex convento di San Francesco, in particolare tra i relatori: G.P. Turchi, "Il contributo dell'associazione -I Ragazzi della Panchina- all'interno del sistema di servizi di contrasto al consumo di sostanze psicotrope stupefacenti".

Giulia Campanelli,

Volontaria Servizio Civile Nazionale Unicef Italia, progetto 2017-2018 "Gioventù bruciata. Droghe, alcol e altre dipendenze

Michela Pin,

Volontaria Servizio Civile Nazionale Unicef Italia, progetto 2017-2018 "Gioventù bruciata. Droghe, alcol e altre dipendenze

Virginio Beacco,

Educatore Dipartimento Dipendenze Aas5 Pordenone

Silvia Masci,

Psicologa Dipartimento Dipendenze Aas5 Pordenone

Roberta Sabbion,

Medico Direttore Dipartimento Dipendenze Aas5 Pordenone

L'abitudine al fumo in Italia

*Dati 2014-2017 dal Sistema di Sorveglianza PASSI
(Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)*

Gilda, Charles Vidor, 1946

In Italia la maggioranza degli adulti (18-69 anni) non fuma (56%) o ha smesso di fumare (18%). Una persona su quattro è fumatrice (26%). Si stima quindi che i fumatori siano quasi 11 milioni di persone; fumano in media 12 sigarette al giorno e uno su quattro più di un pacchetto al giorno. L'abitudine è più frequente tra le persone socialmente più svantaggiate per titolo di studio e/o difficoltà economiche. Continua la riduzione significativa della quota totale di fumatori in Italia.

Fumo e rischio cardiovascolare

L'abitudine al fumo di tabacco è un importante fattore di rischio per lo sviluppo di malattie coronariche, ictus e vasculopatie periferiche.

La quota di fumatori tra le persone che hanno già un fattore di rischio cardiovascolare è elevata. Infatti fuma più di una persona su cinque con almeno una condizione di rischio tra: ipercolesterolemia, ipertensione, obesità, diagnosi di diabete o di patologia cerebro-cardiovascolare.

L'esposizione al fumo passivo

Nei locali pubblici e sul luogo di lavoro il rispetto del divieto di fumo in Italia è una consuetudine ormai consolidata.

Accade raramente che il divieto non sia mai (o solo occasionalmente) rispettato sia nei locali pubblici (9%) che in ambiente lavorativo (7%). In casa la legge antifumo a tutela della salute dei

non fumatori ha innescato una sensibilizzazione nella popolazione anche nella sfera privata. Aumenta il numero delle case "libere da fumo", anche tra i fumatori. Resta un 18% di abitazioni in

		ITALIA n = 138102		
		%	IC95% inf	IC95% sup
Età	18-24	28.1	27.2	29.1
	25-34	31.3	30.5	32.1
	35-49	27.5	27.0	28.1
	50-69	21.9	21.4	22.3
Sesso	uomini	30.4	30.0	30.9
	donne	21.7	21.3	22.1
Istruzione	nessuna / elementare	23.9	22.7	25.2
	media inferiore	31.1	30.5	31.7
	media superiore	25.4	25.0	25.9
	laurea	19.8	19.1	20.5
Difficoltà economiche	molte	34.2	33.3	35.1
	qualche	27.4	26.9	27.9
	nessuna	22.1	21.7	22.5
Cittadinanza	italiana	26.0	25.7	26.4
	straniera	25.4	24.2	26.6

Tabella 1- Dati PASSI 2014-2017: fumatori per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione.

	Fumatori	Ex-Fumatori	Chiesto se fuma	Consiglio smettere
Abruzzo	28.8	15.0	31.4	47.3
Basilicata	20.7	6.5	19.6	49.1
Calabria	23.7	12.8	26.5	41.0
Campania	27.7	13.2	41.7	61.8
Emilia Romagna	28.0	22.1	42.3	49.0
Friuli Venezia Giulia	25.4	21.7	45.2	44.9
Lazio	28.6	15.7	41.6	49.7
Liguria	26.0	19.6	31.3	46.5
Lombardia	23.7	22.7	38.6	46.4
Marche	23.7	19.7	31.3	45.5
Molise	27.9	19.3	41.0	57.8
Piemonte	23.9	19.1	37.7	50.9
Provincia di Bolzano	23.0	23.4	39.2	35.4
Provincia di Trento	25.4	24.0	47.6	43.5
Puglia	24.5	13.2	24.7	48.1
Sardegna	26.7	27.0	44.5	59.5
Sicilia	28.6	13.5	37.5	55.1
Toscana	24.9	18.7	36.3	53.9
Umbria	30.0	20.3	42.1	47.9
Valle d'Aosta	25.7	17.1	43.7	55.4
Veneto	22.4	21.5	41.6	48.7
Italia	26.0	17.6	37.7	51.2

Tabella 2- Fumatore: persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi). Ex fumatore: persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

Chiesto se fuma: domande sull'abitudine al fumo per le persone che sono state negli ultimi 12 mesi da un medico (o operatore sanitario)

Consiglio smettere: fumatori ai quali è stato consigliato di smettere di fumare da un medico (o operatore sanitario).

cui è consentito fumare. Non trascurabile è l'esposizione di bambini al fumo passivo in casa (12%).

La sigaretta elettronica

Circa il 2% degli italiani fuma la sigaretta elettronica; nella maggior parte dei casi si tratta di sigarette elettroniche con nicotina, usate da fumatori in aggiunta alla sigaretta tradizionale.

L'attenzione degli operatori sanitari

Troppo bassa l'attenzione dei medici e degli operatori sanitari all'abitudine al fumo dei propri assistiti: solo un fumatore su due riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare in occasione di una visita medica nei dodici mesi precedenti l'intervista.

Smettere di fumare

Una parte dei fumatori ha il desiderio di smettere di fumare, sebbene a causa della dipendenza innescata dalla nicotina non è facile farlo. In Italia circa uno su tre (35%) ha fatto nell'ultimo anno almeno un tentativo, che però, nella maggior parte dei casi (81%) è fallito. Indipendentemente dal risultato, la maggioranza dei casi (84%) non ha utilizzato alcun ausilio. Solo pochissime persone sono ricorse a farmaci o corsi vari (tra cui quelli dell'Azienda sanitaria). Tuttavia le possibilità di riuscita aumentano con il sostegno di professionisti esperti.

Creare contesti per un'alimentazione sana



La grande abbuffata, Marco Ferreri, 1973

L'alimentazione è notoriamente un determinante maggiore delle malattie croniche non trasmissibili: malattie cardiovascolari, alcuni tumori, diabete e soprattutto obesità. E proprio quest'ultima patologia rappresenta il fenomeno più studiato, analizzato, sempre in aumento e purtroppo mal risolto.

La concettualizzazione dell'obesità come un problema diretto di bilancio energetico - calorie introdotte - calorie consumate è corretta, ma sappiamo tutti come la sua semplicità si traduca in assoluta complessità e difficoltà nell'azione. Fattori fisiologici, comportamentali e ambientali di questa relazione sono davvero asimmetrici.

E lo stesso *Lancet* riporta l'attenzione sul problema in una serie di importanti articoli dedicati al tema dell'obesità facendo il punto su quanto realizzato finora e soprattutto su alcune questioni centrali rimaste irrisolte focalizzando le strategie più efficaci per contrastare gli stili di vita e i determinanti.

Boyd Swinburn e colleghi scrivono che *l'aumento di grasso è il risultato di una risposta normale, da parte di persone*

normali, a una situazione anormale.

E continua nel suo commento *Sir David King: uno dei risultati chiave del Rapporto "Tackling obesities: future choices. UK Government Office for Science" è stato che gli individui avevano molta meno scelta in materia di peso di quanto avrebbero supposto, e che l'attuale epidemia di obesità non è in realtà dovuta a pigrizia o eccesso di cibo, ma che la nostra biologia è assolutamente fuori fase rispetto la società.*

Quali questi contesti *anormali* che rendono difficili scelte salutari?

L'innovazione tecnologica, alcune politiche fiscali, l'aumento della produzione alimentare su scala industriale che hanno abbassato drasticamente il costo dei prodotti, facilitando l'acquisto di cibi "non sani" dall'alto contenuto calorico, social media e inattività fisica ormai *effetto collaterale* dell'urbanizzazione massiva, della maggior durata dei turni di lavoro.

Ciò è vero soprattutto per i gruppi svantaggiati: gruppi a bassa istruzione e basso reddito.

Una questione, dunque, anche, di evidente inequità.

Ed è vero in tutto il mondo: sebbene l'obesità sia sempre considerata un problema del mondo sviluppato, è sempre più presente anche nelle nazioni in via di sviluppo.

E' evidente in letteratura ed esperienza di noi educatori/promotori che sostenere ed educare le persone a rispondere in modo più sano a questa situazione anormale è importante, ma il contesto di vita e la gamma di opzioni in cui le persone fanno le loro scelte è piuttosto a favore dell'aumento piuttosto che della perdita di peso.

Nessuna strategia basata sull'individuo funzionerà da sola, ma è la modifica degli ambienti in cui vengono prese le decisioni molto più efficace del semplice esortare le persone a fare scelte migliori.

Dedichiamo le pagine del Dossier a questo difficile tema: ai contesti alimentari che possono favorire una corretta nutrizione e prevenire dunque obesità e altre patologie e al loro rapporto con le

disuguaglianze.

Lavorare sui contesti significa produrre politiche e norme a livello nazionale e ri-orientare le azioni dei professionisti della promozione della salute come leve per sviluppare una forte assunzione di responsabilità da parte delle autorità pubbliche a livello nazionale, e a livello locale, come attori di programmi condivisi tra decisori e cittadini per creare azioni per ambienti nutrizionali favorevoli ad un sano stile di vita alimentare.

Un vero obiettivo e una vera azione di sanità pubblica.

Lavorare per l'equità vuol dire inoltre progettare interventi mirati, non generici, costruiti per i contesti di vita e di lavoro delle popolazioni in difficoltà e non azioni che vedano a vantaggio di coloro che "già sanno e possono", vecchio problema dell'educazione sanitaria.

Gli interessi in gioco sono violenti e talvolta in conflitto tra loro.

Il Dossier li analizzerà con attenzione e precisa documentazione.

Apriamo "provocatoriamente" con un contributo del professor Adriano Cattaneo che dimostra come una nuova regolamentazione per risolvere il problema "del grasso grasso mondo" dipenda solo dalla volontà politica di metterla in atto, il che esige che salute e nutrizione vengano considerate più importanti del mercato e dei profitti.

A seguire due importanti Documenti OMS su disuguaglianze e problemi di obesità e Raccomandazioni sulle strategie - basate sull'evidenza - il cui obiettivo prioritario è "Creare contesti per un'alimentazione sana"

Alcuni articoli provenienti dall'esperienza dei professionisti francesi, canadesi e italiani ampliano la documentazione del Dossier.

BIBLIOGRAFIA

1. Boyd A Swinburn, Gary Sacks, Kevin D Hall, Klim McPherson, Diane T Finegood, Marjory L Moodie, Steven L Gortmaker
2. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments
3. The Lancet, Volume 378, Issue 9793, 27 August-2 September 2011, Pages 804-814
4. David King, The future challenge of obesity, The Lancet, Volume 378, Issue 9793, 27 August-2 September 2011, Pages 743-744

La Redazione



La grande abbuffata, Marco Ferreri, 1973

Questo grasso grasso mondo

Adriano Cattaneo

Bella e perduta, Pietro Marcello, 2015

Il mondo sta ingrassando. Sapere che in Cina ci sono quasi 100 milioni di adulti obesi [1], più che negli USA, mette di per sé paura. E mette ancora più paura sapere che questi numeri sono destinati ad aumentare, perché aumentano i bambini e gli adolescenti con sovrappeso e obesità, destinati a portarsi dietro il loro indice di massa corporea (BMI) nel diventare adulti. E non aumentano solo in Cina, ma anche in India e negli altri popolosissimi paesi dell'Asia, dell'Africa, del Medio Oriente e dell'America Latina. Con le conseguenze che possiamo immaginare, anche se è difficile applicare la nostra immaginazione a numeri così grandi. *Il Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition* stima che nel 2030 potrebbero esserci 3,28 miliardi di individui in sovrappeso e obesi, circa il 30% della popolazione mondiale [2].

La prevalenza di sovrappeso e obesità in bambini, adolescenti e adulti, e il suo aumento globale tra il 1975 e il 2016, sono l'oggetto di uno studio pubblicato sul *Lancet* alla fine del

2017 [3].

Un gruppo di oltre 1000 ricercatori da tutto il mondo, riunito in una collaborazione che fornisce a governi e istituzioni sovranazionali dati sui principali fattori di rischio per le malattie non trasmissibili [4], ha messo insieme i dati di 2416 studi di popolazione, con peso e altezza misurati, per un totale di quasi 130 milioni di persone da 5 anni di età in su (31,5 milioni tra 5 e 19 anni) in 200 paesi, cioè da tutto il mondo. Con peso e altezza, i ricercatori hanno calcolato il BMI e quindi la prevalenza globale di sovrappeso e obesità, oltre che di sotto peso, usando, per bambini e adolescenti, gli standard di crescita dell'OMS [5]. Come si può facilmente intuire, i metodi statistici usati per mettere assieme ed analizzare tutti questi dati sono molto complessi, ma gli autori hanno fatto il possibile per evitare di fare comparazioni tra mele e arance. I risultati, sotto forma di BMI medio standardizzato per età e di percentuale di individui con BMI 1, 2 o 3 deviazioni standard sopra e sotto la media, sono presentati per sesso e per 21 differenti aree geografiche, con l'ec-

cezione dei paesi anglofoni ad alto reddito (Australia, Canada, Irlanda, Nuova Zelanda, Gran Bretagna e USA), infilati nello stesso gruppo anche se geograficamente non contigui.

Tra le bambine e le adolescenti, la prevalenza globale di obesità era di 0,7% nel 1975, aumentata a 5,6% nel 2016. Tra i maschi della stessa età, la prevalenza di obesità è passata da 0,9% a 7,8% nello stesso periodo.

Nello stesso periodo, la prevalenza di sottopeso moderato e grave è diminuita da 9,2% a 8,4% nelle femmine e da 14,8% a 12,4% nei maschi. Le più elevate prevalenze di obesità nel 2016, attorno al 30% nelle femmine e al 20% nei maschi, si trovano in alcuni stati della Polinesia e della Micronesia, seguiti da Medio Oriente e Nord Africa, e poi da alcuni paesi dei Caraibi e dell'America Latina.

Gli autori stimano che nel 2016 c'erano circa 124 milioni di bambini/e e adolescenti obesi/e nel mondo.

La tendenza sembra essersi stabilizzata

negli ultimi anni, sebbene ad alti livelli di prevalenza, in molti paesi ad alto reddito, mentre l'aumento di prevalenza ha subito un'accelerazione nello stesso periodo in molti paesi a medio e basso reddito, e soprattutto in Asia.

La tendenza all'aumento dell'obesità, soprattutto se espressa in numeri assoluti, fa paura. Cosa si può fare per controllarla?

La risposta a questa domanda non rientra tra gli obiettivi dello studio, ma nell'introduzione e nella discussione gli autori accennano ad alcune strategie. Scrivono per esempio che "bambini e adolescenti sono più suscettibili degli adulti al marketing degli alimenti, il che rende la riduzione della loro esposizione ai cibi obesogenici necessaria se si vuole proteggerli dai conseguenti danni". Aggiungono che la stabilizzazione della prevalenza in molti paesi ad alto reddito potrebbe essere dovuta, oltre a diversi tipi di interventi ed iniziative,

ad una presa di coscienza del problema, con conseguenti cambiamenti nell'alimentazione e attività fisica dei bambini e degli adolescenti, nonostante una certa riluttanza a regolare il mercato e il marketing di cibi e bevande obesogeniche, per esempio con appositi incentivi o tasse. Con il risultato di un possibile aumento della distribuzione diseguale dell'obesità, visto che all'interno di questi paesi sono soprattutto le classi sociali privilegiate quelle che cambiano le proprie abitudini alimentari in assenza di incentivi e/o disincentivi. Se così fosse, le cose potrebbero andare molto peggio in termini di disegualianza tra paesi ricchi e paesi a medio e basso reddito, e soprattutto all'interno di questi ultimi.

É assai improbabile che si riesca a invertire la rotta, con un occhio all'equità, senza intervenire su produzione, marketing, incentivi e **disincentivi degli alimenti industriali,**

soprattutto quelli noti negli ultimi anni come alimenti industriali ultra-processati.

Un recente numero della rivista *Public Health Nutrition* è quasi tutto dedicato a questi alimenti. Carlos Monteiro, nell'articolo introduttivo della serie, mette in guardia contro l'aumento esponenziale del consumo di alimenti industrializzati ultra-processati nei paesi a medio e basso reddito, a scapito delle diete tradizionali, e contro le conseguenze di questo aumentato consumo in termini di sovrappeso e obesità [6]. Gli alimenti ultra-processati sono definiti come "formule industriali prodotte da sostanze derivate da cibi o sintetizzate da altre fonti organiche. Generalmente contengono poco o nessun cibo integrale, sono pronti all'uso o ad essere riscaldati, e sono grassi, salati e privi o carenti di fibre, proteine, micronutrienti ed altre sostanze attive." Tipici esempi sono dolci, snack dolci e salati, gelati, bevande zuccherate, patatine fritte, ham-



Bella e perduta, Pietro Marcello, 2015

burger, hot dogs, bastoncini di pesce o pollo, piatti pronti surgelati, etc. Anche le formule infantili a base di derivati di latte o soia ricadono in questa categoria. Le altre tre categorie di alimenti, spaziate dai cibi industriali ultra-processati, sono:

1. i cibi non processati o minimamente processati, come l'acqua e i prodotti animali come appaiono in natura o con quel minimo di pulizia e processamento (seccaggio, salatura, fermentazione, refrigerazione, etc) che serve a conservarli quando non si consumano freschi.
2. Gli ingredienti processati per uso culinario, come olio, burro, grassi, zucchero, sale e cibi derivanti dalla prima categoria come farine, conserve e pasta. Di solito non si consumano come tali, ma per ricette che fanno uso di alimenti del primo gruppo.
3. Cibi processati come verdure e pesci in scatola, frutta sciroppata, formaggi e pane fresco, preparati di solito con pochi ingredienti delle prime due categorie. Possono essere consumati come tali o usati in combinazione con cibi delle altre due categorie.

**Il mercato degli alimenti ultraproces-
sati è dominato da una manciata di
multinazionali nota come Big Food** [7].

Dagli anni '80 del secolo scorso, avvantaggiate da regole sempre più favorevoli al libero mercato, queste multinazionali hanno aumentato vertiginosamente il volume dei loro investimenti globali, dai 61 milioni di dollari del 1985 ai 1730 miliardi del 2015 [8]. Ciò ha cambiato drasticamente i consumi alimentari dei paesi a medio e basso reddito, soprattutto tra i bambini e gli adolescenti. È il risultato di enormi investimenti in pub-

blicità (Coca Cola e Nestlè, per esempio, hanno speso nel 2014 6.21 miliardi di dollari a questo fine) e di una continua e sistematica azione di lobby con governi, organizzazioni internazionali, istituzioni nazionali e locali, associazioni professionali e di consumatori, e chi più ne ha più ne metta. Questa azione di lobby usa gli stessi metodi sperimentati con successo dapprima dall'industria del tabacco e poi da quella dei sostituti del latte materno [9]:

- manovre per dirottare le procedure politiche e legislative;
- esagerazione dell'importanza economica dell'industria;
- manipolazione dell'opinione pubblica per guadagnare in rispettabilità;
- creazione di sostegno ingannevole da parte di gruppi appositamente finanziati;
- intimidazione di governi e istituzioni, con minacce di denunce;
- screditamento di ricerca e ricercatori scientifici.

Quest'ultima azione non poteva mancare nei confronti del già citato Carlos Monteiro, professore di epidemiologia della nutrizione e della salute alla scuola di salute pubblica dell'università di San Paolo, Brasile, e padre di tutta la ricerca sugli alimenti industriali ultra-processati.

A un congresso internazionale di nutrizione tenutosi a Buenos Aires nell'ottobre del 2017, la presidentessa dello stesso, basandosi su un articolo di Michael Gibney, dell'università di Dublino, ha accusato Carlos Monteiro di irresponsabilità: "La comunità scientifica mondiale questiona il fondamento scientifico e i benefici di NOVA [la classificazione degli alimenti nelle quattro categorie riportata sopra; ndr], che implica inoltre

un'ingiustificata demonizzazione degli alimenti processati e il ruolo storico cruciale giocato dalla scienza e dalla tecnologia degli alimenti" [10]. Sorvolando sul fatto che Monteiro non ha mai "demonizzato" i cibi processati, caso mai quelli ultra-processati, e dimenticandosi di dire che Michael Gibney siede nei comitati scientifici di Nestlè e di Cereal Partners Worldwide [11]. E che l'*American Journal of Clinical Nutrition*, che pubblica l'articolo di Gibney, è l'organo ufficiale dell'American Society for Nutrition, che conta tra i suoi 28 partners Coca Cola, Kellogg, Pepsi, Nestlé, Monsanto, etc.

E invece c'è ormai una sufficiente letteratura per poter affermare che l'aumento del consumo di cibi industriali ultra-processati è associato a un aumento dell'obesità in adulti e bambini e ad un aumento del rischio di malattie non trasmissibili legate alla dieta [12,13]. Le istituzioni di salute pubblica dovrebbero quindi raccomandare di diminuire il consumo di questi cibi a favore del consumo di quelli delle altre tre categorie, e soprattutto delle prime due. Ma non credo che sia possibile mettere in pratica questa raccomandazione a livello globale, e con un occhio all'equità, senza una regolamentazione della produzione e del marketing degli alimenti ultra-processati e senza incentivi e disincentivi a favore dei cibi più sani e contro quelli malsani. Questa regolamentazione dipende chiaramente e solo dalla volontà politica di metterla in atto, quando salute e nutrizione saranno considerate più importanti del mercato e dei profitti.

BIBLIOGRAFIA

1. Brady Ng. Obesity: the big, fat problem with Chinese cities. The Guardian, 09.01.2017
2. Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition. Food systems and diets: facing the challenges of the 21st century [PDF: 5 Mb]. London, Global Panel, 2016.
3. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. Lancet 2017;390:2627-42
4. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC)
5. WHO: Growth reference data for 5-19 years
6. Monteiro CA, Cannon G, Moubarac JC et al. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. Public Health Nutr 2018;21:5-17
7. Stuckler D, Nestle M. Big food, food systems, and global health. PLoS Med 2012;9:6
8. Organisation for Economic Co-operation and Development. Foreign Direct Investment (FDI) Statistics: OECD Data, Analysis and Forecast. Paris, OECD, 2016
9. Granheim Ionata S, Engelhardt K, Rundall P, et al. Interference in public health policy: examples of how the baby food industry uses tobacco industry tactics. World Nutrition 2017;8(2)
10. Perez J. Big Food targets Brazilian researcher. Outraspalavras.net, 19.12.2017
11. Gibney MJ, Forde CG, Mullally D, Gibney ER. Ultra-processed foods in human health: a critical appraisal. Am J Clin Nutr 2017;106:1-8
12. Santos Costa C, Del-Ponte B, Formoso Assunção MC, Silva Santos I. Consumption of ultra-processed foods and body fat during childhood and adolescence: a systematic review. Public Health Nutr 2018;21:148-59
13. Monteiro CA, Moubarac JC, Bertazzi Levy R, et al. Household availability of ultra-processed foods and obesity in nineteen European countries. Public Health Nutr 2018;21:18-26

Adriano Cattaneo, epidemiologo, Trieste

*da Salute Internazionale SI,
22 gennaio 2018*



Bella e perduta, Pietro Marcello, 2015



Obesità, sovrappeso e disuguaglianze

Una vita difficile, Dino Risi, 1961

Il presente documento costituisce un estratto da "Obesità e disuguaglianze. Guida per affrontare le disuguaglianze nei casi di sovrappeso e di obesità, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute DoRS tradotto a cura di Elena Barbera, Alessandra Suglia, Luisa Dettoni e pubblicato in inglese dal WHO Regional Office for Europe con il titolo: Obesity and inequities: Guidance for addressing inequities in overweight and obesity ©World Health Organization 2014, a cura di Belinda Loring e Aileen Robertson.

Le disuguaglianze di salute sono definite come differenze sistematiche che possono essere evitate con un'adeguata azione politica e che pertanto sono da considerarsi ingiuste e ingiustificate. Per definire un'azione efficace di contrasto, è necessario capire, prima di tutto, le cause di queste disuguaglianze di salute. Tali disuguaglianze non dipendono unicamente dall'accesso ai servizi di assistenza sanitaria; incidono anche molti altri determinanti collegati alle condizioni di vita e di lavoro, e alle macro-politiche generali che governano un paese o una regione.

Le disuguaglianze di salute sono causate dall'inequiva distribuzione dei suddetti determinanti di salute, inclusi potere, reddito, beni e servizi, condizioni di vita povere e non eque; inoltre contribuiscono alle disuguaglianze le differenze che questi determinanti producono nei comportamenti non salutari.

In Europa, rispetto all'obesità, sono considerevoli le disuguaglianze di tipo socio-economico, di genere ed etniche. Nell'Unione Europea, la prevalenza di obesità negli uomini (26%) e nelle donne (50%) può essere attribuita alle disuguaglianze correlate con il livello di istruzione. I gruppi socio-economicamente più svantaggiati sono esposti a un doppio rischio di diventare obesi e questi gruppi sono anche più a rischio di diabete di tipo 2, di cardiopatie ischemiche e di ictus. Sempre per chi vive in condizioni socio-economiche più svantaggiate, la maggior parte delle morti premature e della perdita di anni in buona salute è causata da malattie associate all'obesità.

In un momento di notevole pressione sulla spesa pubblica, come quello attuale, il costo dell'obesità per l'economia è molto alto.

Rispetto alle donne normopeso, le donne obese hanno una probabilità di soffri-

re di disabilità motoria da tre a sei volte superiore. L'obesità può anche provocare impatti sociali negativi - come la discriminazione, l'esclusione sociale, la riduzione dei guadagni, la necessità di prendere un congedo per malattia dal lavoro e la disoccupazione - che a loro volta portano a un aumento delle disuguaglianze rispetto all'assistenza socio-sanitaria. Le malattie croniche legate all'obesità determinano una grossa spesa per l'assistenza socio-sanitaria e, nell'attuale situazione di austerità, la prevenzione di queste malattie deve essere considerata una priorità.

La pendenza del gradiente sociale nel sovrappeso e nell'obesità varia da paese a paese e le donne con bassi livelli di istruzione hanno una probabilità di diventare obese cinque volte superiore alle donne con un livello di istruzione più elevato.

Quindi, le persone obese nei gruppi socio-economicamente svantaggiati pren-

dono peso più velocemente rispetto alle persone con uno status socio-economico più elevato. [...] E' in aumento il gap tra i poveri, che stanno diventando sempre più obesi, e i ricchi, che si mantengono in normopeso. Questo divario rende la variazione del gradiente sempre più alta.

L'obesità nei bambini europei è strettamente correlata allo status socio-economico dei loro genitori.

Inoltre, nei paesi europei, più è elevato il livello di disuguaglianza di reddito e più i bambini sono in sovrappeso. Nei gruppi socio-economicamente svantaggiati, le madri hanno più probabilità di essere in sovrappeso e meno probabilità di allattare. I bambini che non sono allattati e che sono nati da madri obese, con un basso status socio-economico, hanno più probabilità di adottare abitudini alimentari non salutari e di diventare individui in sovrappeso. Inoltre, se in questi bambini si manifestasse un ritardo nello sviluppo cognitivo entro i 3 anni di vita, le probabilità di recupero sarebbero molto basse.

È evidente che l'obesità è sempre più correlata alla povertà e che questo problema, verosimilmente, sarà trasmesso alle generazioni successive. Le disuguaglianze nella prevalenza di obesità, sulla base dell'etnia, sono state osservate in molti Paesi europei. [...] Le attuali evidenze scientifiche sono concordi nel ritenere che la causa principale dell'obesità, nei gruppi socio-economicamente più svantaggiati, possa essere la maggiore quantità di calorie consumate durante la giornata e non la ridotta pratica di attività fisica. Il dibattito sulle cause dell'aumento di peso verte tra il maggiore bisogno di calorie - assunte oggi più del necessario dato il maggiore consumo di cibo - vs lo scarso dispendio

energetico - derivante dalla poca pratica di attività fisica -.

La maggior parte degli studi considera l'eccessivo consumo di alimenti ad alto apporto calorico la causa principale di questo problema. I dati sull'attività fisica indicano che, sebbene i livelli siano diminuiti, è inverosimile che il minor dispendio energetico giustifichi da solo il drammatico aumento dell'obesità nelle classi sociali meno abbienti.

In Danimarca, Francia, Italia, Paesi Bassi, Norvegia, Svizzera, Svezia e Regno Unito l'aumento di peso, compreso tra il 60% e il 100%, è attribuito all'eccessiva quantità di calorie piuttosto che alla mancanza di attività fisica. [...]

Questo salto verso una più elevata assunzione di calorie è dovuto alle innovazioni nella produzione e nella distribuzione degli alimenti, che hanno portato a una maggiore offerta di alimenti a basso costo, appetibili e ipercalorici, sono molto più accessibili, convenienti e commercializzati in modo diffuso. Europa: le disuguaglianze nei casi di obesità 12 Europa: le disuguaglianze nei casi di obesità. Il cibo salutare tende a essere meno con-

veniente, meno accessibile e più costoso. I cambiamenti socio-demografici - come l'urbanizzazione e l'aumento del numero di donne che lavora - hanno ridotto il tempo da dedicare alla preparazione dei pasti. Analisi condotte nel Regno Unito spiegano come - quando, nel 2007, si è assistito a un incremento massiccio del 12% dei prezzi dei prodotti alimentari nell'arco di 12 mesi - le famiglie a basso reddito siano state colpite in modo sproporzionato da un aumento dell'1,6% della spesa per l'acquisto di alimenti, a fronte di un aumento medio dello 0,3%.. [...] Tra il 2007 e il 2012 il costo del cibo è aumentato del 30% e le famiglie con bambini hanno ridotto il budget destinato alla spesa alimentare di oltre il 15%. Gli alimenti con valore energetico elevato, ma con valore nutritivo scarso, sono più economici dei cibi più nutrienti, come la frutta e la verdura; e le famiglie più povere, e con bambini, acquistano cibo essenzialmente per nutrirsi. Come per i modelli alimentari sopra citati, anche i livelli di attività fisica sono condizionati da notevoli differenze socio-economiche, etniche e di genere.



Dove vai in vacanza?, Mauro Bolognini, 1978

Pertanto, la probabilità di avere uno stile di vita più sedentario è maggiore per i gruppi socio-economicamente più svantaggiati [...]. Un aumento di peso anche moderato, in un breve periodo (0.5-2 kg/anno), porta a una riduzione considerevole dell'attività fisica. Quando l'aumento del peso riduce i livelli di attività fisica, si crea un circolo vizioso per il quale le persone obese fanno meno esercizio fisico e aumentano ulteriormente di peso. L'attività fisica è molto importante sia per il controllo del peso sia per la salute in generale, pertanto le politiche e gli interventi di promozione dell'attività fisica dovrebbero essere adattati nei diversi contesti e alle diverse esigenze e abilità.

Un approccio progressivo

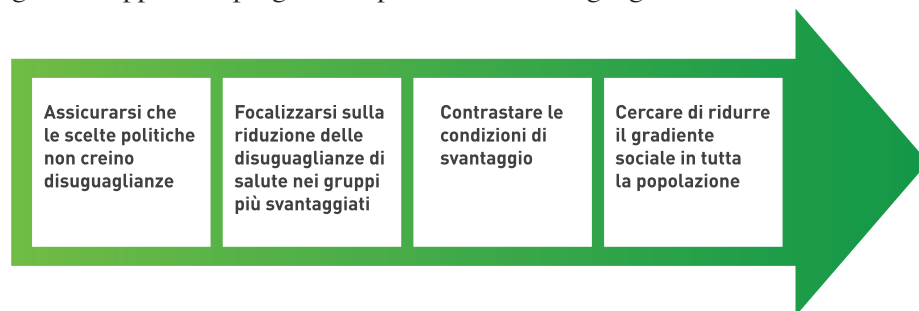
I Paesi europei hanno esperienze e competenze molto diverse nell'affrontare le disuguaglianze di salute. Tuttavia qualcosa può essere fatto: indipendentemente dalla condizione di partenza, per ridurre le disuguaglianze, può essere adottato un approccio progressivo (vedi Figura 1).

Non sono solo i più svantaggiati in assoluto a essere a rischio di obesità. Esiste un gradiente sociale, soprattutto nelle donne e nei bambini, per cui ogni gruppo socio-economico è relativamente più obeso rispetto al gruppo che si colloca nel gradino superiore della scala sociale. In molti paesi le disuguaglianze stanno aumentando e questo fenomeno crea una più ampia differenza del gradiente. Per venire incontro principalmente a coloro che hanno maggiori svantaggi e bisogni, occorrono delle strategie che associno misure universali a misure mirate.

“Primum, non nocere”

Alcuni interventi di salute pubblica ag-

Figura 1- Approccio progressivo per ridurre le disuguaglianze



Che cosa si può fare?

È sempre più evidente che numerose strategie possono essere efficaci per prevenire l'obesità lungo il 'ciclo di vita':

1. sostenere l'aumento 'auspicabile' - e il mantenimento - del peso corporeo prima, durante e dopo la gravidanza
2. promuovere l'allattamento materno esclusivo per i primi 6 mesi di vita, seguito dall'appropriata introduzione di un'ampia varietà di alimenti, comprese le verdure, per supportare lo sviluppo del gusto nel bambino
3. promuovere l'attività fisica e un'alimentazione salutare attraverso politiche globali indirizzate all'età prescolare e scolastica, rivolte preferibilmente ai bambini provenienti da famiglie socio-economicamente svantaggiate e che coinvolgano attivamente le bambine, incoraggiandole a fare esercizio fisico
4. limitare la vendita di bevande dolcificate e di prodotti alimentari per bambini con un elevato contenuto di grassi, zuccheri e sale
5. ridurre il contenuto complessivo di grassi, eliminando i grassi insaturi dai cibi confezionati
6. regolamentare l'etichettatura degli alimenti in modo da facilitarne la comprensione da parte del consumatore e incoraggiare la riformula della ricetta dei prodotti confezionati
7. utilizzare i sussidi per incentivare il consumo di alimenti salutari e le tasse per disincentivare l'acquisto di cibi meno salutari
8. all'interno dell'assistenza sanitaria di base, offrire momenti di counselling individuale per modificare il regime alimentare e aumentare i livelli di attività fisica
9. promuovere l'attività fisica nei luoghi di lavoro attraverso la pianificazione urbanistica e supportando modalità di trasporto attivo, incentivando in particolare l'andare a piedi o in bicicletta

Si conosce ancora poco sul modo in cui queste strategie siano efficaci nel prevenire l'obesità in gruppi con un basso status socio-economico. Si avverte, quindi, la necessità di porsi queste domande:

1. Quali gruppi presentano la più elevata prevalenza di obesità?
2. Quali gruppi potranno beneficiare maggiormente di questa strategia?
3. Come può essere costruito l'intervento per far sì che ne beneficino i gruppi che ne hanno maggiore necessità? Se la prevalenza di obesità è maggiore nei gruppi socialmente svantaggiati, ma gli interventi sono più efficaci in altri gruppi, ci saranno meno possibilità di ridurre la prevalenza complessiva e, di conseguenza, le disuguaglianze nei casi di obesità aumenteranno.

gravano, involontariamente, le disuguaglianze.

Fino a quando l'equità non sarà presa esplicitamente in considerazione, l'approccio 'abituale' porterà a varare politiche e programmi, e a fornire servizi, che non incideranno sul gradiente sociale. Sfortunatamente, sebbene questo non sia l'intento dei decisori politici, i gruppi più svantaggiati trarranno il minimo beneficio dalla politica e le disuguaglianze aumenteranno invece di ridursi. Per esempio, le campagne educative, se sono realizzate senza curare gli elementi che le compongono, potrebbero aumentare le disuguaglianze. Per i gruppi con reddito basso non è sufficiente aver acquisito nuove e corrette informazioni per acquistare alimenti salutari: la disponibilità di denaro è spesso il fattore decisivo. In effetti, alcuni studi dichiarano che gli europei con un reddito basso sanno da quali alimenti sia composta una dieta salutare, ma il grado di convenienza, accessibilità e disponibilità dei prodotti alimentari possono creare, insieme ad altre considerazioni pratiche, ostacoli all'acquisto.

Le strategie di contrasto dell'obesità, basate sulla sola diffusione di informazioni, saranno inefficaci se non verranno affiancate da misure in grado di accrescere la capacità dei gruppi più poveri ed emarginati di agire sulla base di queste informazioni. Laddove siano utilizzate delle strategie di informazione, è necessario uno sforzo specifico per garantire che i messaggi siano creati con e per i gruppi più svantaggiati. Per esempio, i consumatori con scarse capacità di lettura e di calcolo potrebbero comprendere meglio le informazioni nutrizionali date attraverso disegni, immagini o etichette a semaforo, piuttosto che attraverso i numeri



Un americano a Roma, Steno, 1954

dettagliati sulle classiche etichette. Per evitare effetti controproducenti rispetto alle disuguaglianze, è necessario valutare l'impatto sui diversi gruppi sociali anche in quegli interventi che si presuppongono siano efficaci. Per esempio, è noto che le industrie alimentari aumentano il prezzo dei prodotti quando ne riformulano la ricetta per renderli più salutari: gli hamburger di manzo con il 5% di grassi sono più cari di quelli con il 15% di grassi; i prodotti dolciari ricchi di fibre sono più cari degli altri. Pertanto, è probabile che queste nuove varianti di prodotti più salutari rimangano fuori dalla portata dei gruppi a basso reddito.

Interventi sulle politiche a diversi livelli

Le disuguaglianze nei casi di obesità possono emergere a livello di

- società - analisi della posizione sociale nel contesto socio-economico generale
- ambiente fisico e sociale - analisi dell'esposizione differente ai fattori di rischio
- gruppi di popolazione - analisi della differente vulnerabilità dei diversi gruppi
- individuo - analisi dell'esperienza del

singolo con il sistema sanitario e delle diverse conseguenze sociali ed economiche causate dall'obesità

Per i gruppi più svantaggiati, le disuguaglianze esistono a tutti questi livelli e portano a un insieme di condizioni sfavorevoli.

Considerare il modo in cui possono nascere le disuguaglianze nei casi di obesità, può aiutare a capire dove rafforzare gli interventi attraverso un approccio per 'ciclo di vita' (vedi Figura 2).

Un approccio globale per ridurre le disuguaglianze nei casi di obesità prevede una combinazione di: politiche di contrasto alle disuguaglianze, alla radice dei determinanti sociali; politiche che curano i 'sintomi' delle disuguaglianze nei determinanti sociali di salute (Social Determinant of Health) o che cercano di compensarne gli effetti. Questo approccio richiede un insieme di interventi - sia semplici che complessi - articolati in azioni da attuare nel breve periodo, ma focalizzate sul lungo periodo.

Contesto e posizione socio-economica

Diversi fattori, nei contesti socio-economici internazionali, europei o nazio-

nali, possono influenzare il modo in cui sono distribuiti i determinanti sociali di salute (DSS). Tra questi sono compresi i fattori del contesto socio-economico che incidono:

- sul modo in cui gli alimenti sono prodotti, distribuiti e consumati nelle società europee
- sui gruppi più a rischio di obesità.

Questi fattori possono essere modificati o se ne possono compensare gli effetti (Sintesi 1).

I gruppi socio-economicamente svantaggiati beneficiano di azioni quali: ridurre il prezzo di frutta e verdura e aumentare quello degli alimenti ricchi di grassi, zuccheri e sale. Per esempio, il modello economico danese dimostra che la riduzione del 25% dei prezzi di

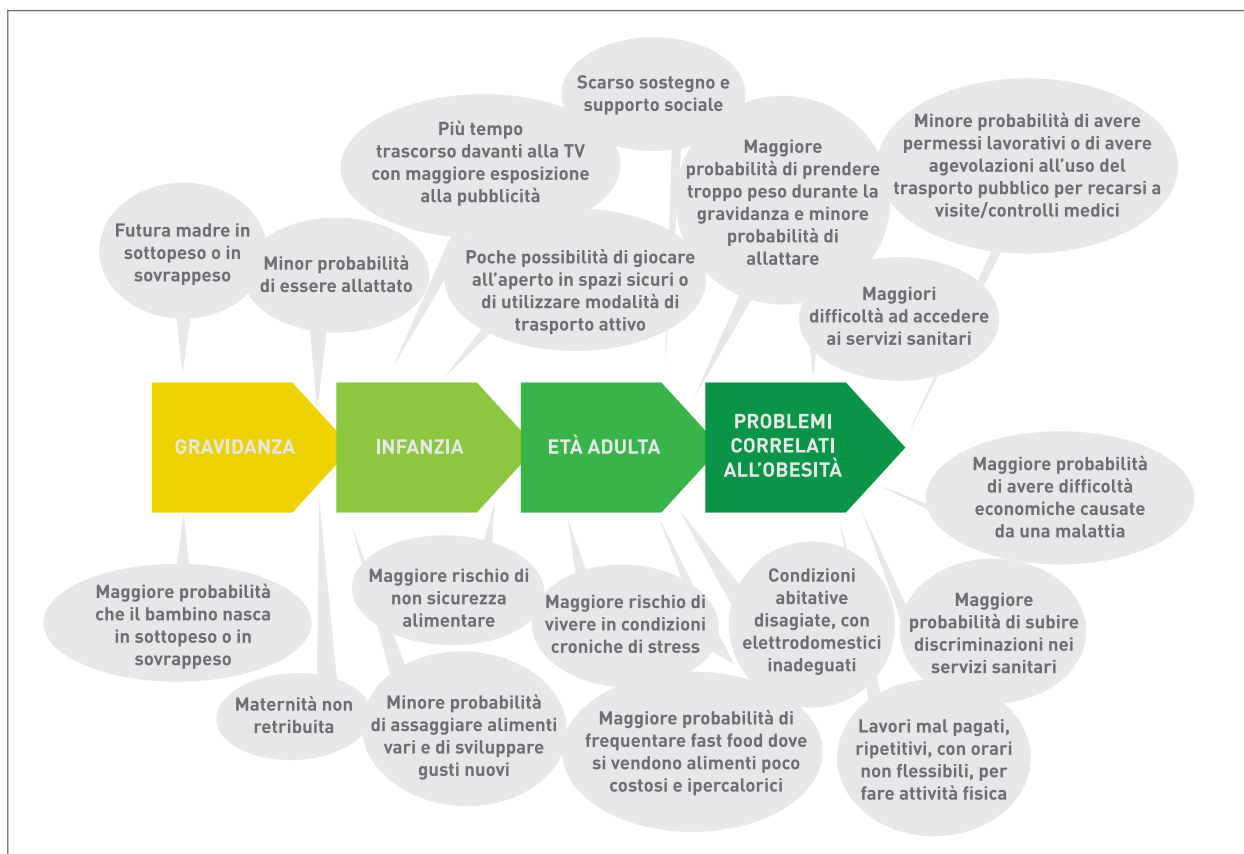
frutta e verdura, associata all'aumento di un terzo del prezzo di prodotti ricchi di grassi e zuccheri, è più vantaggiosa per le persone con redditi bassi.

Le politiche sui prezzi sembrano essere promettenti nel migliorare i regimi alimentari, in particolare per i gruppi a basso reddito, riducendo così le disuguaglianze di salute. [...] Le misure adottate dall'industria alimentare per migliorare la ricetta di prodotti confezionati - riducendone la quantità di grassi, zucchero e sale - possono sia ridurre che aumentare le disuguaglianze di salute. Ad esempio, se riformulare la ricetta di questi prodotti li rende più costosi (rispetto alla loro alternativa ricca di grassi, zuccheri e sale), questi verranno probabilmente acquistati soprattutto da gruppi con un reddito elevato,

rischiando così di aumentare il divario in termini di disuguaglianza.

Per ridurre le disuguaglianze socio-economiche nei casi di obesità, chi beneficia di un sostegno sociale deve potersi permettere un "paniere alimentare" salutare. In Europa vi è la preoccupazione che i livelli di welfare siano insufficienti per sostenere l'acquisto di alimenti salutari, soprattutto con l'aggravarsi della crisi economica, della stagnazione dei salari e dell'aumento dei prezzi degli alimenti. Per esempio, in Irlanda, l'80% degli assegni sociali è destinato all'acquisto di un "paniere alimentare" salutare per madri single con figli. Allo stesso modo, cresce il numero di paesi che aderisce al progetto europeo "Free food for the most deprived persons in the EU".

Figura 2- In che modo le disuguaglianze nei casi di obesità si accumulano lungo il 'ciclo di vita'



SINTESI 1

1 *Determinante delle disuguaglianze* **I livelli e la distribuzione della povertà alimentare**

Interventi da attuare

- migliorare la distribuzione del reddito aumentando il reddito dei gruppi più poveri, attraverso l'assistenza sociale, il salario minimo e la tassazione progressiva e redistributiva, al fine di favorire migliori condizioni di vita e di buona salute
- assicurare dei sussidi economici (voucher o simili) per favorire l'acquisto di alimenti salutari, come, per esempio, i buoni per acquistare frutta e verdura distribuiti in Francia
- calcolare, soprattutto per le famiglie con bambini, il costo di un paniere alimentare salutare e prevedere gli opportuni adeguamenti in base ai livelli di salario minimo e ai piani di assistenza sociale
- investire nella prima infanzia garantendo a ogni bambino la "migliore partenza": un'assistenza di alta qualità nei primi anni di vita, pasti bilanciati nelle scuole, supporto genitoriale e un'adeguata assistenza sociale.
- garantire la possibilità di richiedere congedi parentali retribuiti
- fornire pasti scolastici gratuiti (o sovvenzionati) per i bambini (come avviene in Finlandia)
- implementare politiche pubbliche di approvvigionamento alimentare per re-investire nelle economie nazionali e tutelare la sicurezza alimentare nazionale
- organizzare programmi di promozione dell'attività fisica per i lavoratori e promuovere opportunità di formazione continua e di sviluppo delle competenze.

2 *Determinante delle disuguaglianze* **L'esclusione sociale**

Interventi da attuare

- inserire il tema delle disuguaglianze nell'alimentazione e nei casi di obesità nei report dell'Unione Europea sulla condizione sociale dei Paesi attraverso la "Piattaforma Europea contro la Povertà e l'Esclusione Sociale"
- realizzare una maggiore collaborazione tra i settori che si occupano di disoccupazione, assistenza sociale e salute
- attuare programmi di comunità sul principio di empowerment e orientati allo sviluppo di competenze, soprattutto in quelle aree dove vi è un alto livello di obesità e sono abitate da immigrati e da madri a basso reddito
- sviluppare politiche che favoriscano il coinvolgimento e la partecipazione dei gruppi più svantaggiati (ad esempio le iniziative sull'alimentazione salutare e sostenibile nel contesto urbano e periurbano, come il network *EU Sustainable Food in Urban Communities network*.

3 *Determinante delle disuguaglianze* **La differenza di prezzo.**

Il prezzo di frutta, verdura e dei prodotti 'riformulati' è elevato rispetto a quello, decisamente più basso, dei prodotti alimentari ricchi di calorie e con uno scarso valore nutrizionale

Interventi da attuare

- incoraggiare la produzione di frutta e verdura e destinarne il surplus alle scuole o ai gruppi a basso reddito
- sviluppare politiche fiscali (come, per esempio, l'imposta sul valore aggiunto) per abbassare il prezzo della frutta

e della verdura e aumentare i prezzi dei prodotti ricchi di grassi, zuccheri e sale e delle bevande dolcificate.

4 *Determinante delle disuguaglianze* **La composizione e la vendita dei prodotti alimentari disponibili in Europa**

Interventi da attuare

- disciplinare l'uso degli acidi grassi trans negli alimenti
- regolamentare, attraverso criteri nutrizionali, la composizione di grassi, zuccheri e sale negli alimenti
- regolamentare le dimensioni delle confezioni di bevande dolcificate per bambini
- incoraggiare i produttori alimentari a vendere i prodotti 'riformulati' e più salutari allo stesso prezzo delle alternative ipercaloriche
- definire delle norme per la pubblicità dei prodotti ad alto contenuto di grassi, zucchero e sale e delle bevande dolcificate per i bambini.

5 *Determinante delle disuguaglianze* **Gli stereotipi di genere**

Interventi da attuare

- realizzare interventi di promozione dell'attività fisica nelle scuole che rispondano agli interessi e ai desideri delle studentesse (come, per esempio, il programma "Scotland's Girls on the Move")
- lavorare con i diversi gruppi etnici per superare gli ostacoli che le donne incontrano alla pratica dell'attività fisica.

Esposizione differente

All'interno della società, alcuni gruppi sono più esposti ai determinanti so-

cio-ambientali dell'obesità propri dei contesti in cui vivono e lavorano. Questo si traduce in un'esposizione differente ai determinanti protettivi od ostacolanti (Sintesi 2). Anche il maltrattamento infantile è associato a un rischio maggiore di obesità nel corso della vita.

I gruppi di popolazione a basso reddito vivono generalmente in quartieri dove ci sono molti fast food e c'è una scarsa disponibilità di frutta e verdura fresca e, soprattutto per le donne e i bambini, ci sono pochi spazi sicuri in cui svolgere attività fisica. Nei quartieri più svantaggiati, la verdura e la frutta costano il 30-40% in più. Inoltre, c'è un numero di fast food quattro volte superiore a quello delle altre aree e, molto spesso, sono situati nei pressi delle scuole. I gruppi a basso status socio-economico non sempre dispongono di spazi e di attrezzi adeguati per cucinare o per conservare in modo sicuro gli alimenti.

A tutto ciò si aggiungono problemi quotidiani di disponibilità economica che rendono più difficile la pianificazione, la previsione di spesa, la preparazione di pasti salutari [...].

SINTESI 2

1 *Determinanti delle disuguaglianze*
Consumo frequente di cibi non salutari Es.: i quartieri più disagiati hanno una concentrazione maggiore di take-away

Interventi da attuare

- limitare l'apertura di fast food nelle aree svantaggiate e intorno alle scuole
- incoraggiare nei centri urbani i mercati dei contadini, la presenza di furgoni ambulanti che vendono frutta e verdura, i gruppi di acquisto e gli orti collettivi

- stipulare accordi con i gestori di negozi di alimentari e gestori di punti di ristoro, nei quartieri a basso reddito, per favorire l'acquisto di alimenti più salutari attraverso, per esempio: una diversa esposizione dei prodotti, offerte e promozioni e riducendo le porzioni degli alimenti
- fornire gratuitamente (o con sussidi) pasti e merende salutari nelle scuole.

2 *Determinante delle disuguaglianze*
Esposizione frequente alla pubblicità di cibi non salutari Es.: i bambini delle famiglie a basso reddito passano più tempo davanti alla televisione

Interventi da attuare

- ridurre la pubblicità dei cibi ad alto contenuto di grassi, zuccheri e sale e delle bevande dolcificate per bambini
- fornire servizi educativi per l'infanzia di qualità elevata che siano accessibili, anche dal punto di vista economico, per le famiglie socio-economicamente svantaggiate
- introdurre congedi parentali retribuiti e programmi di sostegno alla genitorialità

3 *Determinante delle disuguaglianze*
Scarso accesso a spazi sicuri in cui svolgere attività fisica Es.: i gruppi socio-economicamente più svantaggiati hanno minori opportunità di spazi sicuri in cui svolgere attività fisica

Interventi da attuare

- implementare politiche di pianificazione urbanistica, inserendo tra i requisiti minimi la presenza di aree verdi nello sviluppo delle zone residenziali, che prevedano, oltre a un'adeguata illuminazione, percorsi pedonali e piste ciclabili

- adottare politiche che permettano l'accesso gratuito alle strutture ricreative nelle comunità svantaggiate (per esempio utilizzando luoghi aggregativi, scuole e chiese).

Vulnerabilità differenti

Le vulnerabilità che contribuiscono alle disuguaglianze nell'obesità possono essere psicosociali (come la scarsa autostima - che porta, per esempio, le donne svantaggiate a sottovalutare la loro capacità di allattare con successo il proprio bambino) o biologiche (per esempio, i bambini che nascono - in sottopeso o in sovrappeso - da una madre obesa hanno più probabilità di diventare a loro volta obesi durante la loro vita). Le madri più giovani e socialmente più svantaggiate, se sono meno propense ad allattare, aumentano il gradiente sociale. L'allattamento esclusivo, fino ai sei mesi di vita del bambino, può ridurre il rischio di obesità sia nella madre sia nel bambino. Tuttavia, è più difficile per le donne obese allattare con successo, tanto da aver bisogno del sostegno di personale qualificato.

Le preferenze, in termini di gusti, si sviluppano nella prima infanzia. I bambini, allattati da madri che si nutrono di alimenti salutari, sono probabilmente più propensi a sperimentare sapori differenti (come ad esempio le verdure). I bambini nutriti principalmente con gli omogeneizzati, o le cui madri hanno un'alimentazione non salutare, hanno meno probabilità di sperimentare una vasta gamma di sapori e pertanto di sviluppare gusti differenti. Questa abitudine può essere contrastata con diverse iniziative. In età scolare i bambini più svantaggiati consumano meno verdura e più bevande dolcificate. Pertanto, politiche, come la legge della Lettonia che

vieta alimenti e bevande non salutari nelle scuole o il divieto della Slovenia dei distributori nelle scuole, potranno apportare maggiori benefici soprattutto nei bambini più svantaggiati. La Sintesi 3 elenca alcune cause di disuguaglianza e alcuni degli interventi che si potrebbero attuare per contrastarle.

SINTESI 3

1 *Determinante delle disuguaglianze*
Le donne che vivono in condizioni socio-economiche svantaggiate sono più a rischio di obesità rispetto agli uomini

Interventi da attuare

- migliorare l'autostima e ridurre l'isolamento sociale delle giovani donne, soprattutto delle madri a basso reddito, e delle adolescenti in sovrappeso
- mettere a disposizione gratuitamente degli spazi sicuri, che siano accettati dalle giovani donne a basso reddito e nei quali vi siano anche dei giochi per i bambini

2 *Determinanti delle disuguaglianze*
La maggior parte di bambini che vive in condizioni disagiate potrebbe essere nata da madre obesa; sperimentare, durante l'infanzia, gusti e sapori limitati

Interventi da attuare

- implementare misure che migliorino l'accesso alle cure prenatali per le donne più svantaggiate
- introdurre programmi di sostegno alla genitorialità e visite domiciliari per genitori a basso reddito, come il programma "Sue Start" del Regno Unito

3 *Determinanti delle disuguaglianze*
Le donne obese, che vivono in contesti socio-economici svantaggiati, potrebbero rinunciare ad allattare

Interventi da attuare

- tenere conto che i programmi di sostegno all'allattamento, rivolti principalmente alle donne obese, possono essere efficaci nei gruppi a basso reddito e che sussidi in denaro possono aumentare la partecipazione (3)
- introdurre la maternità retribuita per sei mesi
- ampliare gli interventi educativi e le azioni a sostegno dell'allattamento, quali il supporto da parte di personale qualificato ed esperto, il primo contatto 'pelle a pelle', per aumentare il numero di madri obese a reddito ad allattare

Gruppi sociali e risultati di salute differenti

Alcuni gruppi sociali sono più a rischio di diventare obesi poiché sono più esposti ai determinanti dell'obesità e sono più vulnerabili. Essi, inoltre, hanno più difficoltà a migliorare il proprio stile di vita e la propria salute a causa di diversi fattori di tipo socio-economico e socio-culturale propri del sistema sanitario (Sintesi 4).

In tutta Europa, esistono disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, agli interventi di prevenzione e al trattamento dei problemi di peso, e questo potrebbe spiegare perché alcuni gruppi risultano più svantaggiati. In Spagna, per esempio, a livello di assistenza sanitaria, gli adulti con un basso status socio-economico hanno meno possibilità di ricevere counselling su come aumentare il proprio livello di attività fisica.

Per supportare i diversi gruppi etnici o

socio-economici nel modificare le proprie abitudini alimentari e ipropri livelli di attività fisica, occorre prevedere approcci partecipativi differenti, senza che si sentano esclusi dagli 'abituati' approcci utilizzati nel sistema sanitario. Le madri che hanno minori opportunità di socializzazione sono meno propense, nei primi anni di vita del bambino, a cercare un supporto genitoriale e un sostegno al loro ruolo educativo. È fondamentale che i servizi sanitari siano meno giudicanti ed 'esigenti', in modo che coloro che più ne necessitano possano rivolgersi più frequentemente ai servizi prenatali e della prima infanzia. Gruppi etnici differenti presentano rischi diversi rispetto alle condizioni di salute correlate all'obesità e i servizi sanitari devono conoscere la gamma dei profili di rischio, le abitudini e le percezioni dei diversi gruppi etnici e sociali, per rispondere equamente alle loro necessità.

SINTESI 4

1 *Determinanti delle disuguaglianze*
Barriere economiche all'accesso ai servizi sanitari

Interventi da attuare

- offrire servizi sanitari di base accessibili a tutti e rispondenti ai bisogni dei destinatari
- prevedere esenzioni per chi non può pagare (per esempio, sul costo dei ticket, dei trasporti,...)

2 *Determinanti delle disuguaglianze*
Barriere non-economiche all'accesso ai servizi sanitari

Interventi da attuare

- facilitare l'acquisizione delle informazioni e delle modalità necessarie per accedere ai servizi
- offrire modalità di sostegno (tra cui

il counselling nutrizionale e motivazione sull'attività fisica) nei luoghi di aggregazione

- assumere professionisti sanitari con diversi background socio-culturali
- assumere mediatori culturali che offrano servizi come "la salute nella tua lingua" e gruppi di supporto come "da madre a madre"

3 *Determinanti delle disuguaglianze* **Trattamenti differenti all'interno del sistema sanitario**

Interventi da attuare

prevedere e approfondire nella formazione del personale temi quali: equità, sensibilità di genere e culturale

- monitorare con regolarità l'erogazione delle prestazioni offerte dai servizi in base allo status socio-economico. Tale monitoraggio dovrà essere correlato agli indicatori e agli incentivi dei professionisti sanitari
- chi lavora nei servizi sanitari e sportivi dovrebbe adottare una modalità di comunicazione non giudicante

4 *Determinanti delle disuguaglianze* **Caratteristiche metaboliche o comorbidità**

Interventi da attuare

- individuare, negli screening e negli interventi, valori-soglia differenti, adeguati ai diversi gruppi etnici, per gli indici misurati (come, per esempio, l'indice di massa corporea)
- utilizzare metodi partecipativi e lavorare con i gruppi etnici per elaborare linee guida e interventi sull'alimentazione e l'attività fisica che tengano conto delle differenze culturali
- adottare, nell'assistenza sanitaria, un approccio globale e intersettoriale,

incentrato sulla persona, per rispondere ai suoi diversi bisogni, in modo non giudicante

Conseguenze differenti

L'obesità, oltre a ricadute sulla salute, può avere conseguenze sociali ed economiche sfavorevoli, che possono, a loro volta, aumentare in modo considerevole le disuguaglianze nei gruppi socio-economicamente più svantaggiati - in particolare nelle donne - e portare a un peggioramento dell'autostima e all'esclusione sociale.

Per le persone obese, si osserva un effetto combinato delle diverse forme di esclusione e discriminazione (come, per esempio, il razzismo, la discriminazione e la stigmatizzazione di genere). I bambini obesi sono più a rischio di essere vittime di bullismo a scuola. Le donne obese hanno meno probabilità di modificare la propria posizione sociale e più probabilità di essere disoccupate o di assentarsi dal lavoro per problemi di salute. La discriminazione legata ai problemi di peso è stata osservata sia sul luogo di lavoro sia nelle relazioni coniugali, ampliando ancora di più le disuguaglianze economiche per le donne a basso reddito. Ulteriori evidenze scientifiche mostrano come anche le persone appartenenti a minoranze etniche subiscano una stigmatizzazione correlata all'obesità. La sola condizione di obesità può contribuire a ridurre la partecipazione sociale e lavorativa e pertanto gli individui obesi hanno meno possibilità di contribuire a migliorare l'economia, soprattutto in tempi di austerità). La Sintesi 5 mostra come potrebbero verificarsi conseguenze differenti e quali interventi prendere in considerazione per contrastarle.

SINTESI 5

***1* Determinante**
Discriminazione e stigma. Lo stigma sociale che grava sull'obesità può aggiungersi all'emarginazione già esistente se si appartiene a gruppi vulnerabili, aumentando così ulteriormente l'esclusione sociale.

Interventi da attuare

- esaminare le diverse politiche per contrastare lo stigma e l'emarginazione delle persone obese
- per arginare la discriminazione, garantire, per le donne a basso reddito, auto-sufficienza economica e sviluppo delle competenze personali attraverso corsi di formazione
- garantire politiche di genere contro la discriminazione e pari opportunità nelle normative del lavoro
- implementare interventi ad ampio raggio per migliorare l'inclusione sociale di gruppi etnici più svantaggiati

Per la bibliografia vedi: <http://www.disuguaglianzedisalute.it/disuguaglianze-nei-casi-di-obesita-una-guida-per-contrastarle>

Per un cibo e un'alimentazione migliore in Europa Obiettivo I: creare contesti alimentari sani

Da: *Better food and nutrition in Europe: a progress report monitoring policy implementation in the WHO European Region, World Health Organization 2018*

Kung Fu Panda, Mark Osborne e John Stevenson, 2008

Il Report sui progressi fatti nella Regione Europea dell'OMS nell'implementare il Piano d'azione europeo per l'alimentazione e la nutrizione 2015-2020 presenta dati epidemiologici selezionati sullo stato nutrizionale delle popolazioni e sulla implementazione delle politiche suggerite nei framework regionali e globali per promuovere un'alimentazione sana e prevenire l'obesità.

I dati contenuti nel rapporto derivano dalle risposte degli Stati membri al questionario dell'OMS sulla nutrizione globale. L'attuazione di politiche chiave è migliorata significativamente negli ultimi anni. Sono stati compiuti progressi sostanziali in settori quali l'alimentazione nelle scuole, la riformulazione dei prodotti alimentari, gli approcci fiscali e la sorveglianza dell'obesità infantile. Le aree in cui è necessaria l'implementazione e che richiedono maggiore attenzione includono l'etichettatura front-of-package e le restrizioni di commercializzazione.

Altre aree in cui il lavoro può essere rafforzato o esteso includono il sostegno

all'allattamento al seno e buone pratiche di alimentazione complementare. Il rapporto identifica alcune differenze tra i paesi nell'ampiezza e profondità delle politiche. La riformulazione è un buon esempio: alcuni paesi hanno adottato un approccio minimo e altri più ambizioso. Possono essere necessari nei prossimi anni nella Regione Europea approcci più ambiziosi nella politica alimentare e nutrizionale, se vogliamo perseguire obiettivi e target collegati allo sviluppo sostenibile, definiti dai governi della Regione Europea.

Introduzione

Le sfide, tra loro legate, di alimentazione non sana e obesità non sono mai state così importanti come lo sono oggi. Per una buona ragione: i risultati del recente lavoro dell'OMS mostrano che la prevalenza dell'obesità è molto elevata nei paesi europei e il comportamento alimentare rimane lontano dall'ottimale.

L'apporto eccessivo di grassi saturi, grassi trans, sale e zuccheri contribuisce alle malattie non trasmissibili legate all'alimentazione (NCD), mentre l'as-

sunzione inadeguata di frutta, verdura e cereali integrali attenua i loro effetti benefici sulla salute.

I gruppi di basso status socioeconomico sono più severamente colpiti, con significativi costi economici e di benessere per gli individui e la società nel suo complesso.

Insieme, questi fattori descrivono un quadro desolante che richiede un'azione ambiziosa da parte dei governi.

L'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS ha sostenuto, a partire almeno dall'anno 2000, l'attuazione nella Regione Europea di politiche globali volte a promuovere diete sane e prevenire l'obesità. Il primo piano d'azione sulla politica alimentare e nutrizionale, adottato nel 2000, ha chiesto esplicitamente agli Stati membri di introdurre strategie e piani d'azione su cibo e nutrizione. Da allora, quasi tutti gli Stati membri hanno adottato una qualche politica approvata dal governo in materia di nutrizione e obesità. La conoscenza della sfida e le evidenze sulle politiche efficaci sono migliorate a tal punto che le linee guida devono essere aggiornate, perfezionate,

ampliate ed estese.

La politica più recente sostenuta dagli Stati membri - il Piano d'azione europeo per l'alimentazione e la nutrizione 2015-2020 - considera conoscenze all'avanguardia riguardo i fattori che influenzano il comportamento alimentare durante l'intero corso della vita e politiche e interventi per un'ampia gamma di contesti e domini.

I contesti alimentari

L'importanza dei contesti alimentari nell'influenzare i comportamenti alimentari delle persone e i risultati di salute è stata ben descritta in letteratura, ed ora una serie di politiche sono ritenute essenziali per creare un contesto alimentare sano. Inoltre, è sempre più chiara l'importanza dell'alimentazione nel corso della vita, sin dall'inizio, per il successivo sviluppo di obesità e NCD. Sono quindi necessarie politiche e interventi su misura, mirati a ciascuna fase del ciclo della vita.

Il sistema sanitario svolge un ruolo importante nel promuovere diete sane e controllo del peso, ma può essere necessario trasformare l'erogazione dei servizi e gli obiettivi di pratica e formazione degli operatori sanitari, investendo in risorse umane più diversificate a livello di cure primarie.

Per rispondere a queste sfide, gli Stati membri devono disporre di sistemi di monitoraggio, sorveglianza di routine e valutazione, che consentano di identificare le sfide e gli effetti delle attività nel tempo.

Allo stesso modo, sono necessari meccanismi politici e nuove politiche per facilitare l'azione intersettoriale nelle aree che influenzano cibo e dieta.

Il piano di azione europeo *Food and Nutrition 2015-2020* delinea una serie

completa di misure politiche per gli Stati membri che, se implementate collettivamente, contribuirebbero a invertire la tendenza su obesità e cattiva alimentazione. Il rapporto fornisce un'istantanea dei progressi nell'implementazione di queste azioni politiche nella regione a metà dell'attuazione del piano d'azione e si basa sui dati più recenti di epidemiologia e di politica segnalati dall'OMS.

L'epidemiologia

Le NCD sono le principali cause di morte, malattia e disabilità nella Regione Europea. Nel 2015, le malattie non trasmissibili, tra cui malattie cardiovascolari, cancro, diabete e malattie respiratorie croniche, hanno causato l'89% delle morti in Europa, con un incremento di tre punti percentuali rispetto all'anno 2000. Questo carico continua a mettere sempre più pressione nell'area della salute, dello sviluppo umano ed economico e della crescita della popolazione. Mentre la maggior parte dei Paesi della regione sono sulla strada per raggiungere l'obiettivo globale di riduzione della mortalità prematura da queste malattie del 25% entro il 2025, la morbosità da malattie non trasmissibili rimane molto elevata, soprattutto nei gruppi vulnerabili, con gli associati costi economici e assistenziali.

Alla base di questa tendenza vi sono continue sfide nell'affrontare i quattro comuni fattori di rischio comportamentali: fumo di tabacco, consumo di alcol, dieta non salutare e inattività fisica. Come risposta, sono necessarie misure a livello di popolazione. Allo stesso tempo, gli uomini sperimentano tassi di mortalità prematura più alti delle donne, specialmente nell'est della regione, ma le donne vivono gran parte dei loro anni di vita aggiuntivi in cattive condizioni

di salute. Vi è un crescente bisogno di approcci basati sull'equità e sul genere e che tengano conto degli impatti dello status socio-economico, del genere e dei determinanti ambientali e culturali sui comportamenti a rischio, in modo che le risposte possano essere adattate a ciascun gruppo.

Numerose analisi hanno dimostrato la crescente importanza dei fattori di rischio alimentari in questa equazione, in particolare quando gli elementi che di solito vengono esaminati separatamente (come ad esempio un elevato indice di massa corporea (BMI), un'eccessiva assunzione di sodio o sale o uno scarso consumo di frutta e verdura) vengono combinati in una sola valutazione.

Gli ultimi risultati dal *Global Burden of Disease Study* mostrano che un decesso su cinque a livello mondiale può essere attribuito a una dieta non sana; la percentuale aumenta quando vengono inclusi l'elevato indice di massa corporea e altre misure di malnutrizione materna e infantile. L'importanza di una dieta non sana e i rischi associati ad un elevato BMI sono aumentati in modo significativo rispetto le analisi precedenti.

Nella Regione Europea le diete non sane sono caratterizzate da squilibrio energetico e assunzione eccessiva di grassi saturi, grassi trans, zucchero e sale, in gran parte a causa del maggior consumo di alimenti fortemente trasformati e ad elevato contenuto calorico e di bevande zuccherate e di un consumo inadeguato di verdura, frutta e cereali integrali.

Col passare del tempo, cibi e bevande ad alto contenuto di grassi saturi, acidi grassi trans, sale e zuccheri (prodotti HFSS) sono diventati più disponibili e a buon mercato e vengono molto promossi, in particolare per i bambini.

Il monitoraggio continuo della compo-

sizione degli alimenti prodotti rivela livelli sorprendentemente elevati di nutrienti di interesse per la salute pubblica e ampie variazioni all'interno e tra le varie categorie di prodotti.

Una cattiva alimentazione materna (soprattutto un eccesso di peso corporeo prima, durante e dopo la gravidanza), un allattamento al seno inadeguato e un'alimentazione complementare inadeguata svolgono anch'essi un ruolo importante, anche se spesso trascurato, nello sviluppo del sovrappeso e dell'obesità.

Una recente review, svolta dal 2000 a cura dell'OMS, sulle diete nei paesi della Regione Europea ha rilevato che l'adesione ai livelli di assunzione di nutrienti raccomandati dall'OMS era scarsa in tutta la Regione. Ad esempio, tutti i Paesi hanno superato il limite massimo del 30% dell'apporto calorico totale di grassi raccomandato dall'Oms, e la maggior parte dei Paesi non ha rispettato nemmeno la raccomandazione che i grassi saturi rappresentino solo il 10% dell'apporto calorico totale. In tutti i Paesi che hanno riportato gli zuccheri aggiunti, l'assunzione è stata superiore a quella raccomandata, il 5% dell'introito totale di energia. I livelli di assunzione più elevata sono quelli di bambini e adolescenti, che superano spesso il limite massimo del 10%; le fonti principali sono bevande zuccherate, dolci, torte, pasticcini e cereali per la colazione.

Un numero crescente di Paesi ha svolto indagini sull'escrezione urinaria di sodio nelle 24 ore, che fornisce la misura più accurata dell'assunzione di sale.

I risultati mostrano che in tutti i paesi l'assunzione di sale supera la raccomandazione OMS di ≤ 5 g/giorno. Alcuni dei livelli di assunzione più elevati nella nostra regione si trovano in Asia centrale: in Kazakistan è stato rilevato

un consumo di 17,4 g / giorno e in Uzbekistan di 14,9 g / giorno.

La prevalenza di sovrappeso e obesità nella Regione Europea dell'OMS è costantemente aumentata, fino a livelli allarmanti. L'OMS ha stimato che, nel 2010, in Europa il 56,1% della popolazione adulta era in sovrappeso e che nel 2014 la prevalenza era aumentata al 58%. In generale, gli uomini erano più spesso in sovrappeso rispetto alle donne (62,5% contro 53,7%), e il tasso di aumento era più rapido tra i maschi, in particolare negli stati membri dell'Europa centrale e orientale.

Le tendenze per il 2025 (basate sulle tendenze dal 2000) suggeriscono che oltre la metà della popolazione adulta di tutti i paesi della Regione Europea, ad eccezione del Tagikistan, sarà sovrappeso o obesa; pertanto, la maggior parte della popolazione europea adulta sarà maggiormente a rischio di malattia e disabilità. Analogamente, è stato previsto che nel 2025 l'obesità aumenterà in 44 paesi. Si prevede che, se le tendenze attuali continueranno, 33 dei 53 paesi avranno una prevalenza dell'obesità $\geq 20\%$. È pertanto improbabile che la Regione Europea dell'OMS raggiungerà l'obiettivo globale di arrestare l'aumento del sovrappeso e dell'obesità in età adulta; sono necessarie azioni urgenti per modificare queste tendenze.

Bambini e adolescenti

Le tendenze dell'obesità infantile e adolescenziale sono particolarmente preoccupanti, in quanto hanno implicazioni per la salute e il benessere, non solo nell'immediato, ma anche nel futuro, quando questi gruppi passano nell'età adulta. In generale, si ritiene che i rischi per molte NCD siano determinati da fattori di rischio non solo nella vita adulta,

ma anche nell'infanzia o persino prima, durante lo sviluppo fetale, e che i rischi continuano per tutta la vita. È essenziale promuovere una buona alimentazione nella madre e nei primi anni di vita, prevenire l'obesità infantile e sostenere lo sviluppo di scelte dietetiche sane sin dalla tenera età.

I dati OMS dell'iniziativa europea di sorveglianza dell'obesità infantile (2014) hanno mostrato che un bambino su tre tra i 6-9 anni era sovrappeso o obeso e questi studi e altre ricerche hanno dimostrato che la prevalenza era più alta nei paesi dell'Europa meridionale e tra i gruppi di basso status socioeconomico. Inoltre, il 15-39% degli scolari di 11 anni e il 9-32% delle studentesse sono stati segnalati come sovrappeso o obesi nello studio 2013-2014 sul comportamento in salute nei bambini in età scolare (HBSC), che comprende 42 paesi nella Regione Europea dell'OMS. Un recente rapporto dell'OMS ha indicato che in alcuni Paesi il tasso di obesità adolescenziale si è stabilizzato, ma la prevalenza è aumentata in oltre la metà dei paesi in cui sono state effettuate, sin dal 2002, indagini HBSC. Gli aumenti più marcati sono stati osservati nei paesi dell'Europa orientale, dove i tassi di obesità erano relativamente bassi nel 2002.

Negli ultimi decenni la Regione Europea dell'OMS ha assistito a importanti miglioramenti nella salute dei neonati e dei bambini, e la Regione include i Paesi con i tassi di mortalità infantile più bassi. I tassi di rachitismo e denutrizione sono diminuiti drasticamente, e continuano a diminuire rapidamente. Sebbene la Regione Europea abbia il minor numero di bambini con rachitismo o denutriti di tutto il mondo, la Regione ha molte sfaccettature, e in alcuni paesi, queste forme di malnutrizione

BOX 1 - Il lavoro si è ispirato alla Carta europea sull'azione di contrasto all'obesità, adottata nel 2006; da quel momento, si sono avuti molti importanti sviluppi nella politica nutrizionale europea e globale.

Nel 2011, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato una dichiarazione politica sulla prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, che è stata la prima richiesta di azione delle Nazioni Unite sui driver delle malattie non trasmissibili, tra cui le diete non sane. I progressi compiuti dagli Stati membri sono stati esaminati nel 2014. Nel 2012, l'Assemblea Mondiale della Sanità ha approvato il piano di azione globale sulla nutrizione materna e infantile, con sei obiettivi nutrizionali globali da raggiungere entro il 2025, tra i quali riduzioni del rachitismo e della denutrizione di bambini piccoli, nessun aumento del numero di persone in sovrappeso, riduzione di anemia materna e di basso peso alla nascita e aumento delle donne che allattano al seno.

Nel 2013, l'Assemblea dell'OMS ha approvato il piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020, con nove obiettivi globali e 25 indicatori, tra cui obiettivi per ridurre il consumo di sale e arrestare la crescita dell'obesità degli adulti.

In Europa, la conferenza ministeriale dell'OMS sulla nutrizione e le malattie non trasmissibili nel contesto delle politiche di salute 2020, ospitata dal governo austriaco nel 2013, ha prodotto la Dichiarazione di Vienna, che chiede un nuovo piano d'azione europeo per l'alimentazione e la nutrizione, adottato all'unanimità dagli Stati membri Stati nel 2014.

restano fonte di preoccupazione, in particolare in Asia centrale e nel Caucaso. La disponibilità di dati differisce, ma la prevalenza dell'arresto della crescita varia dall'8% del Kazakistan al 26% del Tagikistan e quella della denutrizione da circa il 3% del Kirghizistan a circa il 10% del Tagikistan. La tendenza tra i paesi in dati più recenti, tuttavia, è verso una minore prevalenza. Allo stesso tempo, la prevalenza di sovrappeso e obesità è in aumento. Affrontare il doppio peso della malnutrizione - sottopeso, carenza di micronutrienti e sovrappeso - che coesiste all'interno delle stesse famiglie e comunità è quindi una priorità in alcuni paesi.

Mandati politici, rilevanza del rapporto e Piano d'azione europeo

Alla luce di questa situazione epidemiologica, l'OMS e i suoi Stati membri si

sono mobilitati per garantire che alimentazione e prevenzione dell'obesità ricevano attenzione al più alto livello politico e che siano definite in modo chiaro, con linee guida e raccomandazioni, politiche e interventi pertinenti e basati su evidenze (vedi box 1).

L'obiettivo del Piano di Azione è quello di ridurre in modo significativo i carichi di NCD, obesità e altre forme di malnutrizione prevenibili legate all'alimentazione, attraverso un'azione politica integrata e completa per migliorare la qualità nutrizionale delle diete.

Gli obiettivi specifici del Piano di Azione sono:

- creare contesti sani per cibo e bevande;
- promuovere i benefici di una dieta sana per tutta la vita, specialmente per i gruppi più vulnerabili;
- rafforzare i sistemi sanitari per pro-

muovere diete sane;

- sostenere la sorveglianza, il monitoraggio, la valutazione e la ricerca;
- potenziare la governance, le alleanze e le reti per garantire l'approccio *health-in-all-policies*.

Nell'ambito di questi obiettivi, sono state proposte opzioni politiche più specifiche per l'esame da parte degli Stati membri nell'ambito dell'attuazione del piano d'azione. Da allora l'Ufficio regionale ha preparato linee guida e strumenti politici per sostenere gli Stati membri in settori diversi come sorveglianza dell'obesità infantile, commercializzazione di alimenti per bambini, eliminazione dei grassi trans, utilizzo di politiche dei prezzi per promuovere diete sane, nutrizione e controllo del peso nelle cure primarie e corretta alimentazione materna. L'OMS ha pubblicato linee guida aggiornate sull'assunzione di sale e zuccheri liberi per aiutare gli Stati membri a definire obiettivi nutrizionali di popolazione e individuali.

Approccio e metodi

Un questionario on-line, costituito da nove parti, è stato messo a punto dall'OMS e diffuso in tutte le regioni dell'OMS. La collaborazione tra il quartier generale dell'OMS e l'Ufficio regionale per l'Europa ha fatto sì che il questionario fosse coerente con il piano d'azione europeo sull'alimentazione e la nutrizione e rispettasse gli obblighi di rendicontazione dell'OMS nei confronti degli Stati membri, anche in relazione al piano d'azione sull'obesità infantile dell'Unione Europea. [...]

Le risposte degli Stati membri sono pervenute nel settembre 2017. Hanno risposto al questionario 50 paesi, vale a dire il 94% degli Stati membri della

Regione Europea dell'OMS.

I dati comunicati dagli Stati membri sono stati validati nella misura massima possibile, utilizzando la documentazione presentata dagli stessi stati e altre risorse, quali pubblicazioni dell'OMS, riviste accademiche, banche dati di agenzie partner e iniziative regionali di monitoraggio. Dopo un'attenta revisione, gli intervistati sono stati contattati per ottenere eventuali informazioni mancanti o per chiedere loro chiarimenti, se necessario; in alcuni casi è stata richiesta ulteriore documentazione. Gli uffici nazionali dell'OMS hanno ulteriormente verificato alcune azioni nutrizionali attuate negli Stati membri.

Struttura del rapporto

Le quattro sezioni del rapporto riflettono i quattro obiettivi del Piano d'azione europeo per l'alimentazione e la nutrizione: Obiettivo 1- Creare contesti per un'alimentazione sana

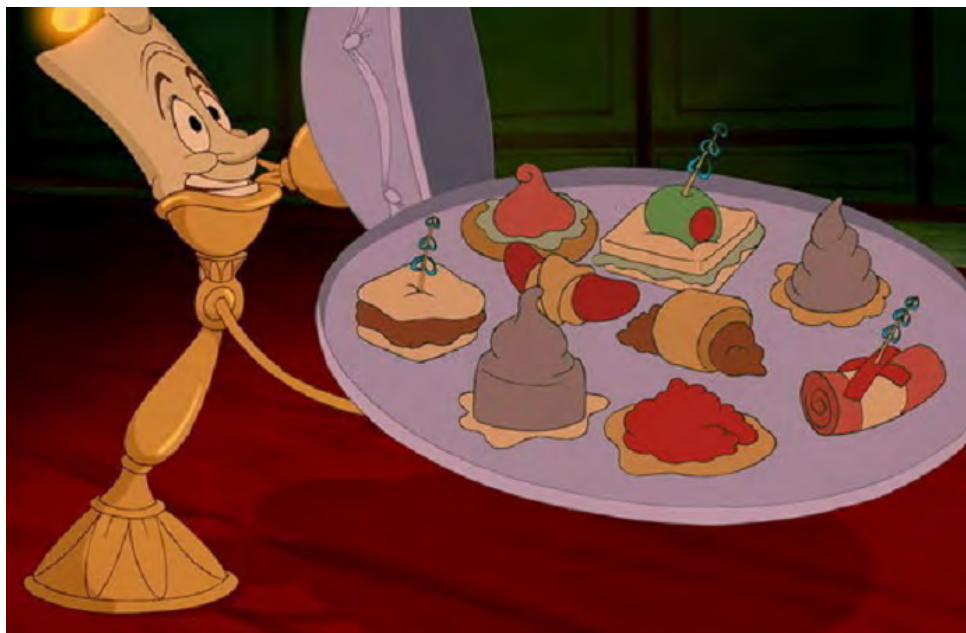
Obiettivo 2 – Promuove nutrizione sana lungo il corso della vita

Obiettivo 3 – Rafforzare i sistemi sanitari per promuovere nutrizione sana

Obiettivo 4 - Sorvegliare, monitorare e valutare

Il rationale e le evidenze per l'azione su ciascun obiettivo sono ricapitolati e confrontati con le raccomandazioni e le linee guida dell'OMS. Sintesi dei dati nazionali sono fornite per illustrare l'implementazione delle diverse azioni politiche, con studi di caso da paesi che hanno adottato approcci innovativi. [...]

Si riporta di seguito una ampia sintesi della prima sezione, nella quale è sviluppato il ruolo delle politiche degli stati membri in riferimento ai contesti quali determinanti di salute e il loro contributo al contrasto delle disegualianze



La bella e la bestia, Gary Trousdale e Kirk Wise, 1991

OBIETTIVO 1 - CREARE CONTESTI PER UN'ALIMENTAZIONE SANA

Gli ambienti in cui apprendiamo, lavoriamo e giochiamo hanno un impatto significativo sullo sviluppo delle nostre preferenze e scelte alimentari e sulla qualità nutrizionale complessiva delle diete. I contesti alimentari “contemporanei” sono caratterizzati dalla promozione di un'elevata assunzione di energia e di nutrienti in eccesso da prodotti HFSS ampiamente disponibili, poco costosi, altamente pubblicizzati ed appetibili. Il termine “ambiente obesogenico” è stato coniato per la prima volta nel 1997; da allora, un ampio gruppo di ricerche ha studiato i modi in cui i fattori ambientali (come disponibilità, prezzo e promozione degli alimenti) influenzano il comportamento alimentare e incentivano l'aumento di peso.

Le decisioni dei produttori e dei commercianti su dove ubicare i punti vendita, sugli alimenti che vendono, sui prezzi praticati, sulle strategie promo-

zionali che utilizzano (comprese quelle sul marketing e sul packaging) e sulla composizione dei prodotti, influenzano l'acquisto e il consumo. Inoltre, gli alimenti disponibili in ambienti come asili, scuole, ospedali e istituzioni pubbliche influenzano fortemente le nostre diete. Ad esempio, poiché i bambini nella maggior parte dei paesi europei trascorrono gran parte della vita quotidiana in un ambiente scolastico, le politiche alimentari scolastiche rappresentano un importante punto di accesso per promuovere un'alimentazione sana. Allo stesso tempo, le politiche che riguardano le filiere di approvvigionamento possono rendere più facile o meno costoso per i produttori includere alcuni ingredienti (ad esempio zuccheri, grassi idrogenati, grassi saturi) e incentivarne l'uso negli alimenti. Con la crescente globalizzazione delle filiere di approvvigionamento alimentare, che incoraggia l'adozione della dieta “occidentale” e dei prodotti HFSS, l'esposizione a diete non sane e l'obesità sono

fonte di preoccupazione in tutta la Regione Europea.

I governi hanno cercato modalità per migliorare i contesti alimentari dei loro paesi attraverso politiche e normative in diversi settori, come la limitazione della vendita di alimenti per bambini, utilizzando un'etichettatura esplicativa sulla confezione, attuando politiche alimentari sane per le scuole e per il settore pubblico, vietando l'uso di acidi grassi trans, riducendo il sodio e tassando prodotti HFSS, come ad esempio le bevande zuccherate.

Questi approcci sono stati supportati da revisioni sull'evidenze di efficacia dei costi e di efficacia delle diverse scelte politiche.

Da parte sua, l'OMS ha pubblicato diverse Linee Guida, incoraggiando i governi a far rispettare standard come il set di raccomandazioni OMS sulla commercializzazione di alimenti e bevande non alcoliche ai bambini, a esplorare l'opzione di introdurre misure fiscali per influenzare le diete ed estendere le iniziative di riduzione del sale. Nel "Piano D'azione Europeo per l'alimentazione e la nutrizione 2015-2020", i paesi hanno convenuto di considerare le seguenti priorità:

- Adottare misure per ridurre l'impatto complessivo sui bambini di tutte le forme di commercializzazione di cibi ricchi di energia, grassi saturi, grassi trans, zuccheri e sale.
- Prendere in considerazione strumenti economici, tra cui incentivi per filiere di approvvigionamento, sussidi mirati e tasse, per promuovere un'alimentazione sana, con la necessaria considerazione dell'impatto complessivo sui gruppi vulnerabili.
- Promuovere, attraverso la leadership del governo, la riformulazione

dei prodotti, il miglioramento della qualità nutrizionale dell'approvvigionamento alimentare, l'uso di etichette facili da capire e interpretare e di facile utilizzo per i consumatori nella parte anteriore delle confezioni e ambienti di commercio sani.

- Impegnarsi in una collaborazione intergovernativa per favorire scelte alimentari più salutari in contesti come scuole, asili nido, ospedali, istituzioni pubbliche e luoghi di lavoro, fissando anche standard.

Di seguito sono riassunti i dati riferiti dai paesi sull'implementazione di politiche per promuovere contesti per un'alimentazione sana.

Cibo e nutrizione a scuola

Le scuole possono essere contesti importanti e protetti per l'apprendimento di abitudini e preferenze alimentari sane. È necessario avviare azioni appropriate per garantire la disponibilità di alimenti più sani e limitare quella di prodotti HFSS. Azioni specifiche per promuovere diete sane a scuola includono frutta e verdura gratuite o sovvenzionate, standard di base per alimenti e nutrienti disponibili nelle scuole, modifiche nella presentazione delle scelte alimentari nei punti di offerta ed educazione e abilità nutrizionali per aumentare l'alfabetizzazione e la competenza nutrizionale.

Le politiche alimentari per la scuola possono migliorare conoscenze, preferenze, atteggiamenti e comportamenti nei confronti del cibo. Le evidenze suggeriscono che l'educazione nutrizionale è più efficace se comporta l'apprendimento di competenze come cucinare, piuttosto che limitarsi a fornire informazioni. Politiche ben progettate possono anche contribuire a migliorare

la qualità nutrizionale delle diete (cioè influenzare l'apporto calorico e nutriente e la varietà alimentare), limitando la disponibilità di prodotti HFSS e incentivando scelte alimentari sane. Tuttavia, una regolamentazione incompleta, come la presenza di distributori automatici, ha dimostrato di compromettere l'efficacia di queste politiche, perché i bambini possono ancora accedere/continuare ad accedere a prodotti HFSS. Le evidenze pertanto suggeriscono che un approccio globale e articolato avrà risultati più positivi.

I dati riportati dai paesi all'OMS mostrano che la maggior parte dei paesi ha adottato misure per promuovere una dieta sana nelle scuole (96%), anche stabilendo standard per gli alimenti disponibili (88%). Tuttavia, le risposte al questionario non hanno indicato se le politiche siano state implementate e applicate universalmente. In molti casi, le politiche dichiarate sono obbligatorie, ma lo scopo degli standard varia in modo significativo in termini di alimenti e di sostanze nutritive a cui applicare gli standard di disponibilità di prodotti HFSS nelle scuole (ad es. distributori per la vendita) e di promozione di frutta e verdura. Ad esempio, il 58% dei Paesi ha riferito di avere un programma "frutta e verdura" a scuola, ma solo il 23% ha segnalato il divieto di distributori automatici nei locali scolastici; il 25% dei paesi ha segnalato standard obbligatori per il sale nelle scuole e il 58% dei Paesi ha riportato standard per alimenti e bevande serviti a pranzo nelle mense e nei bar scolastici.

Etichettatura nutrizionale

Il piano d'azione europeo per l'alimentazione e la nutrizione incoraggia gli Stati membri ad aumentare l'uso di una

etichettatura favorevole ai consumatori producendo modelli *front-of-package* della confezione di facile comprensione e interpretazione. L'etichettatura nella parte anteriore della confezione può facilitare la comprensione da parte del consumatore del contenuto nutrizionale di molti alimenti, in particolare di alimenti processati complessi e può anche influenzare la dieta incoraggiando i produttori e i commercianti a riformulare i prodotti o a svilupparne di nuovi. Le dichiarazioni nutrizionali nella parte posteriore dei pacchetti, pur essendo essenziali, a volte sono difficili da comprendere, in particolare da consumatori con basso status socioeconomico. Le etichette poste sulla parte anteriore della confezione con informazioni esplicative sul contenuto di nutrienti - spiegate con parole, simboli e colori - sono state giudicate più facili da comprendere e interpretare correttamente dai consumatori. Gli schemi meno facili da interpretare non sono in genere graditi, con una preferenza per schemi semplici e facili da usare, ma che forniscono comunque informazioni complete. Vi sono evidenze che le persone che acquistano più alimenti con un logo di approvazione e sintesi. L'uso diffuso e l'adozione del sistema di etichettatura *front-of-package* può garantire che una massa critica di prodotti alimentari preconfezionati rechino l'etichetta; produttori e rivenditori possono essere partner importanti in questa fase. L'esperienza in tutta Europa dimostra che ciò è fattibile. Anche i messaggi pubblici sull'uso di modelli sono importanti. I consumatori ora richiedono sempre più informazioni nella parte anteriore della confezione, e la formazione continua rafforzerà questa tendenza.

Molti progressi sono stati fatti nella Regione riguardo le dichiarazioni nutrizionali obbligatorie e gli elenchi di ingredienti: il 90% dei Paesi ha riportato dichiarazioni negli alimenti preconfezionati (dei quali il 76% richiede dichiarazioni obbligatorie in tutti gli alimenti preconfezionati) e il 98% dei Paesi richiede elenchi degli ingredienti. Inoltre, molti Paesi hanno segnalato un'etichettatura volontaria nella parte anteriore della confezione (67%), sebbene solo il 27% avesse emanato linee guida, leggi o regolamenti specifici per indirizzare l'etichettatura. Ci sono stati meno passi avanti nell'uso dell'etichettatura esplicativa nella parte anteriore della confezione (27%), che sempre di più è vista come quella più importante per i consumatori. Alcuni Paesi si stanno mostrando leader in questo settore, con modelli nazionali per l'uso di testi, simboli, colori e avvertenze.

Nel box 2 sono sintetizzate le migliori pratiche sull'etichettatura *front-packaging* in Europa.

Misure per regolare o indirizzare dichiarazioni nutrizionali e sono state segnalate dall'87% dei Paesi; tuttavia, l'attuazione delle norme è meno chiara: il 68% dei Paesi ha riportato che le dichiarazioni devono essere sostenute da evidenze e una percentuale analoga (66%) ha riferito che sono stati applicati specifici criteri di ammissibilità, sebbene quest'ultimo dato può non riflettere precisamente la situazione. Ad esempio, in 28 paesi dell'Unione Europea la legislazione richiede per identificare gli alimenti un modello di profilo nutrizionale, per il quale non sarebbero permesse dichiarazioni. La Commissione Europea non ha ancora stabilito un modello di profilo nutrizionale.

BOX 2 - Progressi nell'attuazione dei programmi di etichettatura front-of-package in Europa

Danimarca, Islanda, Norvegia e Svezia: buco della serratura nordico

Dal 2009 Danimarca, Islanda, Norvegia e Svezia lavorano per realizzare un'etichetta nutrizionale nordica comune: il "buco della serratura", introdotto per la prima volta nel 1989. Certifica che un prodotto soddisfa determinati requisiti relativi a contenuto di sale, zuccheri, grassi e fibre in un modello di profilo nutrizionale basato su categorie. Il suo scopo è quello di rendere più facile per i consumatori trovare e scegliere cibi più sani. Nel contesto della direttiva dell'Unione europea sulle dichiarazioni nutrizionali, alla Commissione europea è stata notificata l'etichetta attraverso una disposizione ministeriale congiunta danese, norvegese e svedese. Ogni paese ha valutato la conoscenza e consapevolezza del logo e il suo impatto sul comportamento dei consumatori e sulle attività industriali. Ad esempio, in Svezia, è stato riscontrato che i criteri per l'etichettatura Keyhole sono utilizzati da molte aziende come linee guida e per la certificazione di qualità nello sviluppo del prodotto. Più recentemente, anche la Lituania ha adottato il logo Keyhole.

Finlandia: simbolo del cuore "Scelta migliore" ed etichette di avvertenze per il sale

L'etichettatura del sale e le etichette di avvertenze per il sale sono obbligatorie in Finlandia dagli anni '80. Il governo

finlandese ha reso obbligatorio etichettare gli alimenti compresi in specifici gruppi come “elevato contenuto di sale” se il contenuto di sale supera i criteri stabiliti. I criteri sono stati ridotti nel tempo e hanno stimolato l'industria a riformulare i prodotti per evitare l'applicazione dell'etichetta.

L'associazione finlandese per il cuore ha introdotto volontariamente il simbolo del cuore “Scelta migliore”, un logo di dichiarazione nutrizionale, nel 2000 per gli alimenti e nel 2007 per i servizi di ristorazione. Nel 2010, il Ministero degli affari sociali e della sanità ha introdotto criteri per l'approvvigionamento dei servizi di ristorazione. Il logo positivo è gestito dall'Associazione finlandese Heart Association e Diabetes Association, ma è riconosciuto dalle autorità, anche all'interno delle raccomandazioni nutrizionali nazionali (90) ed è l'unico simbolo considerato come dichiarazione nutrizionale nella legge finlandese. I criteri sui nutrienti riguardano le principali sfide nutrizionali in Finlandia, tra cui grassi totali, grassi saturi e trans, sale, zuccheri e fibre, e le principali fonti alimentari di questi nutrienti, come derivate dai dati sulle diete della popolazione. I criteri sono stabiliti per nove categorie di prodotti alimentari, i criteri sono diversi per categoria.

Francia: punteggio nutrizionale

Il sistema “Nutri-score” include un indicatore di sintesi presentato in colori ordinati (verde-rosso) e lettere (A-E) per definire la qualità nutrizionale di un prodotto lungo una scala graduata. Le lettere garantiscono una migliore visibilità dell'etichetta, in particolare per le persone che hanno difficoltà a distinguere i colori. Il punteggio si basa sul calcolo in un sistema di profilazione dei nutrienti, derivato da quello della Food Standards Agency del Regno Unito, che è stato sviluppato per regolamentare la pubblicità televisiva per bambini da parte dell'Ufficio delle comunicazioni del Regno Unito.

Il profilo assegna punti positivi (0-10) per contenuto energetico (kJ), zuccheri totale (g), acidi grassi saturi (g) e sodio (mg) e punti negativi (0-5) per il contenuto di frutta, verdura, noci, fibre e proteine. Il punteggio è quindi basato su una scala continua discreta, da -15 (più salutare) a +40 (meno salutare). Il numero di categorie è stato selezionato per garantire un elevato potere discriminatorio all'interno dei gruppi di alimenti.

Lo sviluppo del sistema di etichettatura nutrizionale “Nutri-score” a cinque colori del front-of-package è stato seguito dalla validazione dei vari aspetti dell'etichetta, attraverso il miglioramento nelle intenzioni di acquisto e la qualità nutrizionale complessiva del “carrello della spesa”. Nel 2017, il governo francese ha firmato un decreto a sostegno dell'adozione volontaria del regime.

Regno Unito: semafori

Un sistema armonizzato di etichettatura “a semaforo” è stato adottato dal governo nel giugno 2013 ed è basato sulle migliori evidenze disponibili e sugli aspetti positivi di modelli esistenti sul mercato. Il sistema è un sistema volontario, che prevede il riferimento in percentuali, con un codice a colori, come i semafori, con codifica verde, giallo e rosso. Produttori e rivenditori possono includere le parole “basso”, “medio” e “alto” se lo desiderano. Il sistema si basa su 12 anni di ricerca, tra cui quelle dell'Agenzia per gli standard alimentari del Regno Unito, a partire dal 2001, sui vari modelli utilizzati nei supermercati nel paese. Il risultato principale è che i consumatori preferivano, ed erano in grado di comprendere correttamente, il sistema a semaforo se confrontato direttamente con altri modelli di etichettatura.

I limiti di soglia per i colori sono stabiliti separatamente per alimenti e bevande, i criteri per “verde” sono allineati ai regolamenti dell'Unione Europea relativi alle dichiarazioni nutrizionali e per la salute (ad esempio basso contenuto di grassi = <3 g / 100 g), mentre i criteri per “rosso” per 100 g sono fissati al 25% dell'assunzione di riferimento per il nutriente. Per assicurarne l'appropriatezza, questi criteri sono stati verificati nella distribuzione alimentare del Regno Unito. Si stima che l'etichetta si trovi ora nel 60% degli alimenti confezionati nel paese.

Misure per promuovere la riformulazione di alimenti e bevande

La riformulazione degli alimenti, in base alla quale si modifica la composizione degli alimenti prodotti in modo da migliorare la qualità nutrizionale complessiva delle diete, è essenziale per raggiungere gli obiettivi di assunzione di nutrienti dalla popolazione negli attuali contesti alimentari.

Scelte alimentari più sane possono essere offerte riformulando gli alimenti prodotti per rimuovere alcuni ingredienti nocivi (ad esempio grassi parzialmente idrogenati, grassi trans industriali) o riducendo le quantità di nutrienti che sono fonte di preoccupazione per la salute pubblica (ad esempio zuccheri liberi, grassi saturi, sale). La sfida per i produttori è di mantenere, al meglio delle loro possibilità, caratteristiche come sapore, consistenza e durata di conservazione. L'OMS raccomanda la riduzione del sale come una delle modalità più convenienti e fattibili per prevenire le malattie non trasmissibili. Nei paesi industriali,

circa il 75-80% del sale alimentare proviene da alimenti industriali.

Il sale

I report dei Paesi hanno dimostrato che è possibile ridurre l'assunzione di sale di una popolazione attraverso la riformulazione di alimenti, mantenendoli accettabili da parte dei consumatori. La valutazione della strategia di riduzione del sale del Regno Unito ha dimostrato la sua fattibilità, con una riduzione del 15% dell'assunzione di sale tra il 2003 e il 2011. In Finlandia il consumo medio di sale è diminuito del 25-30% tra il 1979 e il 2007, a seguito di un'azione sistematica sul sale, che ha compreso norme sull'etichettatura che aiutano i consumatori a identificare i prodotti con contenuto di sale ridotto.

Gli acidi grassi trans

Importanti miglioramenti sono stati apportati anche per l'eliminazione degli acidi grassi trans in margarina, pasticcini, torte e biscotti in Europa attraverso

misure legislative e volontarie. I produttori hanno usato nuovi grassi liquidi in cucina e nella cottura al forno, per sostituire grassi saturi con acidi grassi polinsaturi.

Gli zuccheri liberi

Dato il successo della riformulazione per ridurre il sale, è stata proposta la riduzione degli zuccheri liberi con un "programma di riformulazione sistematico, non invadente e graduale per i produttori" per rispettare le raccomandazioni dell'OMS. Recentemente, il governo del Regno Unito ha chiesto a ogni settore dell'industria alimentare (rivenditori, produttori e ristoratori) di ridurre del 20% entro il 2020 il contenuto complessivo di zuccheri nei prodotti alimentari che contribuiscono maggiormente all'assunzione di zuccheri, con una riduzione iniziale del 5% nel primo anno del programma (cfr. BOX 3).

In un piano di riformulazione di successo, è prioritario avvalersi di obiettivi specifici per categoria. Stabilire obiettivi chiari e progressivi, a livello di singolo alimento, costituisce un obiettivo semplice da raggiungere per il settore alimentare in un determinato periodo. Gli obiettivi devono essere ragionevoli (sulla base delle evidenze di accettabilità e fattibilità), ma devono essere abbastanza significativi per ridurre l'assunzione a livello di popolazione. A prescindere dal nutriente, le iniziative per la riformulazione degli alimenti devono concentrarsi sugli alimenti di base comunemente consumati da tutti i gruppi socioeconomici della popolazione che apportano un contributo significativo all'assunzione del nutriente. Ad esempio, nella maggior parte dei paesi europei alcuni alimenti di base sono responsabili del consumo più elevato di



Biancaneve e i sette nani, David Hand, 1937

sale, ovvero pane, cereali e prodotti da forno, anche se altri gruppi di alimenti, come carni lavorate, latticini, salse e pasti pronti, contribuiscono ugualmente. La maggior parte dei paesi della regione (77%) ha segnalato attività per incoraggiare la riformulazione dei prodotti alimentari; tuttavia, un numero minore di paesi ha segnalato attività specifiche e molte azioni si sono concentrate sul sale (55%) piuttosto che su altri nutrienti rilevanti come grassi saturi (27%) e zuccheri (37%). La portata della riformulazione varia tra paesi, con un numero basso di paesi che segnala obiettivi specifici (l'11% dei paesi per gli acidi grassi saturi, il 17% per gli zuccheri, il 30% per il sale) o la riformulazione completa per varie categorie di prodotti. In alcuni paesi mancavano elementi centrali di una strategia di riduzione ef-

ficace, come i dati sulla composizione degli alimenti.

I risultati dell'indagine dell'OMS sono sostanzialmente simili a quelli della ricerca precedente, a dimostrazione del fatto che la maggior parte dei paesi europei ha introdotto alcune misure per la riduzione del sale e incoraggia la riformulazione per ridurre il contenuto di sale.

Il box 3 mostra le varie strategie utilizzate per migliorare i prodotti alimentari. La maggior parte dei paesi lo fa impegnando l'industria nella riduzione del contenuto salino dei prodotti; il pane è il cibo principalmente destinato alla riformulazione (36%), seguito da carni lavorate (28%) e alimenti pronti (23%). Pochi paesi hanno adottato misure per stabilire obiettivi specifici per categoria per una gamma più ampia

di prodotti alimentari e in questa fase molti meno hanno iniziato a lavorare su zuccheri o grassi saturi. Per lo zucchero gli alimenti più comuni destinati alla riformulazione sono yogurt, cereali e frutta e verdura lavorate. Per quanto riguarda i grassi saturi, la maggior parte degli sforzi nei paesi si concentra sul latte e sui prodotti lattiero-caseari, sugli alimenti pronti e carni lavorate. Nel complesso, la riformulazione è meno prevalente nei paesi dell'Europa orientale e dell'Asia centrale. Questa è potenzialmente una preoccupazione, perché i dati recenti dell'OMS per sei paesi in quelle aree della nostra regione indicano livelli estremamente elevati di sale e grassi trans negli alimenti comunemente disponibili.

BOX 3 - Percorsi per migliorare i prodotti alimentari

Notevoli differenze negli approcci alla riformulazione dei prodotti si riscontrano nei paesi della regione. Alcuni paesi usano approcci obbligatori, stabiliscono limiti legali su nutrienti specifici, mentre altri scelgono iniziative di riformulazione volontarie attraverso l'impegno del settore.

Gli approcci obbligatori prevedono che venga stabilito un limite massimo per il contenuto di sodio negli alimenti, la tassazione di determinati prodotti in modo differenziato, modelli obbligatori di etichettatura front-of-package ed etichette e standard di avvertenze per gli alimenti acquistati. Alcuni governi hanno fissato obiettivi per determinate categorie di prodotti alimentari (ad esempio riduzione dei contenuti nutrizionali di specifiche categorie di alimenti), mentre altri hanno fissato gli obiettivi generali di assunzione della popolazione, da raggiungere attraverso la riformulazione (ad esempio una riduzione dell'assunzione di un nutriente entro una determinata data).

Limiti di legge

Undici paesi hanno segnalato misure obbligatorie per ridurre il contenuto di almeno un nutriente in alimenti e bevande. Nel caso più comune, che riguarda il sale nel pane, i paesi stabiliscono limiti massimi. Questi limiti risalgono almeno agli anni '70 in alcuni paesi.

Un esempio recente è la legislazione nei **Paesi Bassi**, i cui criteri sono stati rafforzati nel 2013. Il contenuto massimo di sale consentito nel pane è diminuito gradualmente nell'ultimo decennio, dal 2,5% per 100 g di sostanza secca nel 2009 al 2,1% nel 2011 e all'1,9% nel 2012. Il livello massimo è stato, infine, modificato da gennaio 2013 all'1,8% per 100 g di sostanza secca. Per un contenuto medio di sostanza secca del 64%, il limite è di circa 1,15 g / 100 g di pane. Molti produttori di pane hanno sostenuto l'iniziativa al fine di eliminare la concorrenza sleale e assicurare che i gusti dei consumatori si adattassero a una riduzione generale del sale.

Coerentemente con i risultati del monitoraggio delle iniziative di riduzione del sale, altri paesi segnalano che il principale veicolo per la riformulazione è costituito da politiche obbligatorie sugli alimenti nelle scuole in cui si stabiliscono regole per la composizione nutrizionale degli alimenti.

Obiettivi di riformulazione complessiva

Gli obiettivi per 14 categorie di alimenti sono stati stabiliti nel **Regno Unito** per l'intera industria alimentare e delle bevande con l'obiettivo di

ottenere entro il 2020 una riduzione del 20% del contenuto di zuccheri nei prodotti che contribuiscono maggiormente all'assunzione di zuccheri nei bambini. Le linee guida riconoscono che diversi approcci sono più efficaci in diverse categorie di prodotti. Ad esempio, il contenuto medio degli zuccheri totali nei cereali da colazione era di 15,3 g / 100 g; l'obiettivo di riduzione del 20% per il 2020 è di 12,3 g / 100 g. Nel caso dei dolci, è stato riconosciuto che la riduzione delle dimensioni delle porzioni potrebbe essere più efficace; nel caso delle bevande zuccherate, è stata introdotta una tassa su due livelli per ridurre il contenuto di zuccheri.

Nei **Paesi Bassi** sono stati raggiunti accordi di settore per il periodo 2014-2020 per rendere più facile per i consumatori consumare meno sale, grassi saturi ed energia. Gli accordi sono stati raggiunti in un partenariato pubblico-privato tra l'Ufficio centrale per il commercio alimentare, la Federazione olandese per l'industria alimentare, la *Royal Dutch Hotel and Catering Association*, la *Dutch Catering Association* e le autorità governative. Per raggiungere gli obiettivi entro il 2020, i produttori sono incoraggiati a ridurre la densità energetica dei prodotti riducendo zuccheri e / o grassi saturi e / o porzioni. Per quanto riguarda gli zuccheri, sono stati raggiunti accordi specifici per alimenti per l'infanzia, prodotti lattiero-caseari e bevande analcoliche, definendo standard basati su categorie. Nel caso delle bevande analcoliche, viene adottato come obiettivo la riduzione dell'apporto energetico.

In **Norvegia**, il ministro della Sanità ha istituito un Gruppo dell'industria alimentare per rafforzare le responsabilità del settore per migliorare la salute pubblica. Alla fine del 2016, i membri del gruppo, per migliorare la dieta norvegese, hanno firmato una lettera d'intenti in cui l'industria stabiliva specifici obiettivi di assunzione per la popolazione da raggiungere entro il 2021:

- Ridurre l'assunzione di sale da 10 g / giorno a 8 g / giorno.
- Ridurre l'assunzione di zuccheri aggiunti del 12,5%, corrispondente a circa l'11% dell'energia derivata da zuccheri aggiunti.
- Ridurre l'assunzione di grassi saturi dal 14% al 13% di energia.
- Aumentare l'assunzione di alimenti sani come frutta, verdura, prodotti integrali e pesce del 20%.

I firmatari sono liberi di scegliere l'approccio che desiderano utilizzare per contribuire all'obiettivo comune. I possibili approcci includono:

- riformulare i prodotti esistenti, creare nuovi prodotti sani o spostare la pubblicità verso prodotti più sani;
- aiutare i consumatori a fare scelte più salutari, ad esempio attraverso esposizione, dimensioni delle porzioni, prezzi, confezione, etichettatura e pubblicità.

Un obiettivo specifico è stato fissato per le bevande zuccherate; in altre aree, le discussioni sono in corso. Le categorie di alimenti prioritarie per ridurre il consumo di zuccheri sono quelle che costituiscono la principale fonte di zuccheri aggiunti nella dieta, sulla base dei dati sul consumo alimentare:

- cereali da colazione,
- prodotti da forno (comprese torte e biscotti),
- prodotti a base di frutta (comprese marmellate e bevande),
- latticini (compresi latte, yogurt e gelato),
- zuccheri e dolci (compresi cioccolato, caramelle e dolci)
- bevande zuccherate.

Sono previste valutazioni annuali e i firmatari sono invitati a dimostrare pubblicamente il loro contributo con periodicità annuale.

Etichette di avvertenze per sale, grassi saturi e sodio

La **Finlandia** ha reso obbligatoria la presenza visibile di "etichette di avvertenze per il sale" sugli alimenti trasformati che sono stati identificati come importanti contributi all'assunzione di sale nella dieta finlandese. La strategia di etichettatura ha tre componenti: la percentuale di sale deve essere resa evidente sui pacchetti; gli alimenti con un contenuto di sale superiore al livello massimo devono riportare un'etichetta di avvertenze *con contenuto di sale elevato*; e gli alimenti con un contenuto di sale inferiore a un livello specificato possono visualizzare il simbolo del cuore "Scelta migliore".

Compatibilità della riduzione del sale con la iodizzazione

Il modo migliore per prevenire la carenza di vitamine e minerali è garantire il consumo di una dieta bilanciata e diversificata, adeguata in tutti i micronutrienti. Questo non è raggiunto in tutti i paesi. Le azioni per migliorare ulteriormente l'assunzione di vitamine e minerali oltre a una dieta equilibrata generalmente includono l'integrazione di micronutrienti e la fortificazione di alimenti con micronutrienti.

Lo iodio è il micronutriente più comunemente aggiunto agli alimenti in Europa, con il sale come veicolo principale, ma la iodizzazione non è sempre obbligatoria. È stato segnalato che il sale alimentare è stato fortificato nel 73% dei paesi; tuttavia, nel caso della fortificazione con iodio, è obbligatorio nel sale da cucina solo nel 28% dei paesi. L'OMS raccomanda la fortificazione del sale alimentare con iodio come strategia sicura ed efficace per la prevenzione e il controllo della carenza di iodio. Le linee guida dell'OMS sull'assunzione di sodio per adulti e bambini sottolineano che la riduzione del sale e la iodizzazione del sale sono compatibili. Un mezzo per garantire che la riduzione del sale non influenzi negativamente i livelli di iodio è aumentare la concentrazione di iodio aggiunto al sale, in modo che l'assunzione di iodio rimanga la stessa anche se diminuisce l'assunzione di sale.

Eliminazione degli acidi grassi trans

I grassi trans sono un tipo di acido grasso insaturo; possono essere presenti in natura o prodotti industrialmente. Durante l'idrogenazione parziale, la reazione primaria utilizzata nella produzione industriale di grassi trans, l'olio si indurisce, il che migliora il suo appeal



Rapunzel, Nathan Greno e Byron Howard, 2010

commerciale migliorandone il profilo sensoriale e la consistenza e aumentandone la durata di conservazione e la tolleranza al riscaldamento ripetuto. La maggior parte dei grassi trans nella dieta è di origine industriale.

Le linee guida per ridurre al minimo l'assunzione di grassi trans si basano principalmente sull'evidenza che il loro consumo aumenta significativamente il rischio di malattia coronarica, più di ogni altra fonte di energia presente nella dieta. Un aumento del 2% dell'energia totale derivata da grassi trans è associato ad un aumento del 23% del rischio di morte per malattia coronarica o infarto del miocardio. Inoltre, vi è evidenza che l'assunzione di grassi trans è associato allo sviluppo di altre malattie cardiovascolari, adiposità centrale, diabete, malattia di Alzheimer, cancro al seno, fertilità compromessa, endometriosi e colelitiasi.

Sulla base di queste evidenze, la Danimarca è stata il primo paese al mondo ad imporre un limite nazionale al con-

tenuto di grassi trans industriali in tutti gli oli e grassi destinati al consumo umano, nel 2003, stabilendo un limite massimo per i grassi trans industriali di 2 g / 100 g di grassi (2% di grassi totali). Dopo un periodo di transizione di 6 mesi, quando il limite di alcuni alimenti era leggermente meno severo, il limite del 2% di grassi trans è stato applicato a tutti gli alimenti. Studi sull'efficacia di questa normativa mostrano che i grassi trans industriali sono ora "virtualmente eliminati" dal cibo danese, e la diminuzione del tasso di mortalità per malattia coronarica nel periodo 1980-2009 (70%) è stata la più grande nell'Unione Europea. Poiché la diminuzione è stata particolarmente elevata tra il 2000 e il 2009, rispetto ad altri paesi dell'Unione Europea, si è concluso che questa politica aveva ridotto la mortalità.

Da allora, in tutta Europa sono stati compiuti eccellenti progressi nell'introduzione di misure per eliminare i grassi trans industriali dalla produzione alimentare. La legislazione danese ha fornito un modello per altri sette paesi

BOX 4 - Due aspetti della storia in Europa

Dal momento che la Danimarca ha introdotto una legislazione per rimuovere i grassi trans dagli alimenti, molti altri paesi europei hanno adottato una legislazione simile, stabilendo limiti obbligatori per l'uso di grassi trans industriali, tra cui Austria, Ungheria, Islanda, Lettonia, Norvegia e Svizzera. Altri paesi, come la Lituania e la Spagna, hanno avviato proposte legislative o applicano misure legislative leggermente diverse in contesti specifici. Allo stesso tempo, alcune aziende hanno rimosso volontariamente i grassi trans dalle gamme di prodotti.

Miglioramento progressivo

I Paesi Bassi e il Regno Unito hanno in gran parte perseguito la riduzione volontaria dei grassi trans industriali. Gli approcci volontari possono tuttavia presentare limitazioni significative, in quanto potrebbero non essere applicati all'intera filiera alimentare (ad esempio, le piccole e medie imprese potrebbero continuare a utilizzare i grassi trans) e la riformulazione potrebbe non essere omogenea per le categorie di prodotti. La preoccupazione principale è che alcuni sottogruppi di popolazione continuino a consumare elevate quantità di grassi trans anche se l'assunzione media della popolazione è pari o inferiore ai livelli raccomandati. Ciò potrebbe verificarsi a causa di una minore riformulazione dei prodotti che viene consumata prevalentemente da gruppi socioeconomici bassi o da una minore riformulazione di prodotti alimentari "entry-level" o "di base".

L'ultima indagine olandese sul consumo di alimenti e l'indagine nazionale sulla nutrizione del Regno Unito hanno entrambe riportato che, in media, per gli adulti nei due paesi venivano rispettate le indicazioni dell'OMS e i limiti nazionali di <1% di apporto energetico totale. Ciò può essere attribuito in gran parte a programmi di riduzione volontari di successo; tuttavia, queste medie non indicano se vi sia una maggiore assunzione nei gruppi con redditi bassi (134). Ulteriori analisi indicano che, nei Paesi Bassi, ci sono differenze per status socioeconomico e sesso.

Continua preoccupazione

Sebbene vi siano chiare tendenze al ribasso nella disponibilità e nell'assunzione di grassi trans nella dieta dell'Europa occidentale, la preoccupazione rimane nell'est della regione a causa di una generale mancanza di politiche. Poiché vi sono state poche indagini pubblicate sulla composizione degli alimenti in questi paesi, l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS sta conducendo uno studio (FEEDCities) sui cibi industriali e fatti in casa comunemente disponibili sui mercati alimentari dell'Europa centrale e orientale. Sono stati condotti studi in sei paesi per determinare la composizione nutrizionale degli alimenti, con particolare attenzione ai grassi trans e al sodio. I risultati dei primi due paesi in cui è stato attuato il progetto, il Kirghizistan e il Tagikistan, hanno dimostrato che il tenore medio di grassi trans per porzione negli alimenti più frequentemente disponibili era più elevato nei wafer industriali, gnocchi tradizionali (2,9 g) e torte e pasticcini (1,6 g), corrispondenti al 170%, al 129% e all'83% della dose giornaliera massima raccomandata (65). Chiaramente, sono necessarie politiche per limitare l'uso di grassi trans industriali nella produzione alimentare in questi paesi.

nella regione.

Gli accordi volontari delle aziende alimentari per rimuovere i grassi trans dalle loro gamme di prodotti hanno indubbiamente contribuito a una riduzione del loro utilizzo in molti paesi europei, ma potrebbero ancora essere necessari limiti legislativi per eliminarli completamente. Le principali aziende alimentari stesse hanno chiesto un divieto legislativo nell'Unione Europea. Nonostante i progressi in molti paesi, la recente ricerca presso l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS indica una situazione preoccupante nell'Europa orientale e in Asia centrale (box 4).

Marketing rivolto ai bambini

Esistono evidenze inequivocabili che la commercializzazione dei prodotti HFSS influisce sulle preferenze alimentari dei bambini, sul comportamento alimentare e sull'assunzione e influenza l'obesità infantile. La commercializzazione di questi alimenti è molto diffusa, con l'uso attivo di tecniche persuasive che possono attrarre i bambini su più mezzi di comunicazione, tra cui la televisione e i social media online. Gli alimenti più comunemente pubblicizzati per bambini segnalati negli studi internazionali sono alimenti "non-core", che non dovrebbero costituire la parte principale di una dieta sana, compresi pasti fast-food, cioccolato e dolci, bevande zuccherate e cereali per la colazione e inoltre creme spalmabili e salse con elevato contenuto di grassi, zuccheri o sale.

L'OMS raccomanda quindi di ridurre l'esposizione dei bambini a tutti questi tipi di marketing, introdurre restrizioni sulla commercializzazione dei prodotti HFSS per bambini in tutti i media, incluso il digitale, e bloccare qualsiasi appiglio normativo.

Finora gran parte della politica ha affrontato la questione della pubblicità televisiva, tuttavia, nell'era digitale, il marketing di alimenti e bevande ha subito un cambiamento. Il marketing digitale mirato e personalizzato, con la sua capacità di identificare i bambini più vulnerabili al marketing nei momenti più vulnerabili, rappresenta un'influenza molto più potente sulle preferenze e il comportamento alimentare dei bambini. L'evidenza su piattaforme digitali e operatori di marketing indica che il marketing digitale amplifica gli effetti degli altri media. Le limitazioni devono quindi riguardare tutti i supporti, incluso il digitale, per ridurre al minimo la possibilità che una restrizione in un mezzo sposti solo il marketing verso altri media meno regolamentati.

Precedenti monitoraggi delle politiche da parte dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS ha mostrato che alcuni paesi della regione hanno sperimentato politiche regolatorie sulla commercia-

lizzazione di prodotti HFSS per bambini, ma molti ne limitano l'ambito alla pubblicità radiotelevisiva. Si è riscontrato che altri paesi si affidano a regole generali su marketing e pubblicità, che non riguardano specificamente la promozione dei prodotti HFSS per bambini o a codici di autoregolamentazione, che sono spesso progettati e implementati dalle stesse industrie alimentari e pubblicitarie.

Le valutazioni dei modelli di autoregolamentazione indicano una buona conformità ai criteri concordati e si può sostenere che "è preferibile una qualsiasi azione rispetto a nulla". Ciononostante, le valutazioni indipendenti mostrano costantemente che i regimi di autoregolamentazione o volontari sono tipicamente di portata ristretta, con criteri deboli e supervisione limitata del governo. Ad esempio, è stato criticato l'uso di definizioni ristrette di "pubblicità rivolta ai bambini" negli approcci di autoregola-

mentazione, tipicamente basati su indici di audience.

Inoltre, concentrarsi sui presunti target di destinazione del materiale di marketing significa trascurare l'individuazione di altri target (ad esempio l'uso di personaggi stimati e famosi, messaggi e temi rivolti ai bambini), nonostante l'evidenza che i bambini interagiscono con queste componenti, anche quando compaiono in promozioni mirate agli adulti. I confronti tra approcci di profilazione dei nutrienti - che sono sempre più riconosciuti come componente essenziale delle restrizioni di marketing - mostrano un'ampia variazione. Un confronto tra il modello di profilo nutrizionale dell'ufficio regionale europeo dell'OMS e il modello *Pledge* dell'Unione Europea ha mostrato che, nel complesso, il modello dell'OMS è più rigoroso, in quanto consentirebbe di pubblicizzare meno i prodotti per minori.

I Paesi della Regione Europea dell'OMS si trovano dunque di fronte due sfide. In primo luogo, dovrebbero garantire che i criteri delle politiche siano sufficientemente rigorosi per raggiungere l'obiettivo di ridurre la quantità totale di prodotti HFSS e il potere del marketing a cui sono esposti i bambini. In secondo luogo, la protezione "offline" applicabile ai mezzi di trasmissione dovrebbe essere estesa per coprire i media digitali (compresi i social media).

Gli ultimi dati rivelano che molti paesi della Regione Europea dell'OMS hanno adottato misure per limitare la commercializzazione dei prodotti HFSS per i bambini (box 5), ma troppi paesi (46%) non segnalano alcuna azione. La preferenza prevalente è per le misure di autoregolamentazione, e vi è una continua attenzione alla televisione piuttosto che ad altri media, come le piattaforme di



Ratatouille, Brad Bird e Jan Pinkava., 2007

BOX 5 - Progressi nella limitazione della commercializzazione di prodotti alimentari per bambini in Europa

Le politiche per limitare la commercializzazione dei prodotti HFSS per bambini sono state segnalate dalla maggior parte dei paesi europei (54%). Come nei precedenti studi di monitoraggio, la maggior parte dei paesi ha riferito misure volontarie.

Gli obiettivi più comuni delle politiche sono ridurre l'esposizione dei bambini alla commercializzazione dei prodotti HFSS e prevenire messaggi di marketing fuorvianti. I paesi sono divisi in termini di definizioni adottate per quanto riguarda l'età, le tecniche di marketing e gli alimenti coperti. L'approccio più comune alla definizione del "marketing per i bambini" è stato quello di identificare programmi specifici, film o altri canali di comunicazione, incluso il digitale, diretti o di particolare interesse per i bambini. Solo sei paesi hanno riferito di utilizzare un modello di profilo nutrizionale per definire gli alimenti e le bevande a cui si applicano le restrizioni. Nonostante questo quadro contrastante all'interno della Regione, negli ultimi anni si sono verificati alcuni notevoli sviluppi.

Nel 2015, l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS ha pubblicato il suo modello di profilo dei nutrienti, che è stato sviluppato con i paesi che partecipano alla rete di azione europea dell'OMS sulla riduzione della pressione del marketing sui bambini. Da allora, il modello è stato utilizzato dai paesi per valutare le opzioni politiche e introdurre criteri più rigorosi nelle politiche nazionali e nei sistemi volontari. La Slovenia è stato il primo paese della Regione Europea dell'OMS ad integrare il modello in normative nazionali, come parte della revisionata Legge sui mass media, che obbliga il Ministero della Salute a fornire linee guida nutrizionali per supportare l'implementazione di un codice di condotta nazionale. Il Ministero ha quindi adattato il modello dell'OMS al contesto sloveno, con lievi modifiche alle soglie in alcune categorie.

In **Portogallo**, le modifiche al Codice della pubblicità adottate dal Parlamento vietano "la pubblicità di cibi e bevande ad alto contenuto di zuccheri, grassi o sodio in televisione e radio 30 minuti prima e dopo programmi per bambini e programmi televisivi che hanno almeno il 20% di pubblico al di sotto dei 12 anni, così come l'inserzione della pubblicità nelle loro interruzioni". Anche se le nuove regole sono state adottate, non sono ancora state applicate.

Altri paesi stanno monitorando la situazione e preparano framework di responsabilità per modelli di autoregolamentazione. Nel 2012, la Norvegia ha proposto un regolamento completo basato sulle raccomandazioni dell'OMS. Vi è stato un significativo dibattito pubblico con il sostegno delle organizzazioni non governative per la salute pubblica e dei consumatori, ma una forte opposizione da parte dell'industria alimentare e della pubblicità. Il regolamento è stato temporaneamente sospeso e un modello di autoregolamentazione di prova è stato introdotto per due anni. È stata istituita una Commissione per le pratiche professionali dell'industria norvegese alimentare e delle bevande per supervisionare il programma, che era in gran parte in linea con la proposta legislativa, sebbene la soglia di età fosse stata ridotta a 13 anni. Il marketing è stato definito come "tutte le attività di promozione commerciale rivolte specificamente ai bambini", ad eccezione delle usuali esposizioni nei negozi del prodotto stesso e della sua confezione e della sponsorizzazione con il solo nome e logo. La prima valutazione è stata condotta nel 2016, con un'indagine sistematica indipendente sulla pubblicità dei prodotti HFSS per bambini in televisione e su Internet basata sul modello di valutazione collaborativo del marketing nordico. Pochi annunci televisivi per i prodotti HFSS sono stati trovati associati alla tipica programmazione per bambini. Gli annunci identificati sono stati giudicati avere relativamente poco appeal per i bambini più piccoli, sia per quanto riguarda la forma che i contenuti. Sui social media, tuttavia, la forma e il contenuto della pubblicità erano chiaramente progettati per un pubblico più giovane rispetto ad esempio lingua, attività rappresentate, circostanze.

Altri paesi hanno cercato di introdurre regole sul marketing digitale. Il Comitato per le pratiche pubblicitarie del Regno Unito ha introdotto nuove norme che vietano la pubblicità dei prodotti HFSS nei media tradizionali per bambini, nelle riviste, al cinema, vicino a scuole, nei social media, app e advergame.

L'approccio del **Regno Unito** è integrato con le norme sui mezzi di trasmissione radiofonici per bambini; le nuove regole applicano lo stesso modello di profilazione dei nutrienti del Dipartimento della Salute per differenziare i prodotti HFSS e la stessa soglia di età (<16 anni).

Secondo le nuove regole:

1. La pubblicità che promuove direttamente o indirettamente un prodotto HFSS non può apparire nei media per bambini. Ciò include nuove e più severe regole in materia di marketing quando esiste una ragionevole possibilità che venga promosso un prodotto HFSS.
2. La pubblicità dei prodotti HFSS non può comparire su altri media per i quali i bambini costituiscono oltre il 25% del pubblico.
3. La pubblicità dei prodotti HFSS non può includere promozioni, personaggi stimati e celebrità popolari per i bambini, sebbene gli inserzionisti possano invece utilizzare queste tecniche per promuovere meglio le opzioni più sane.



Lilli e il vagabondo, Hamilton Luske, Clyde Geronimi e Wilfred Jackson, 1955

BOX 6 - Recenti progressi nell'applicazione di tasse per la salute in tutta Europa

Dieci paesi segnalano politiche fiscali per ridurre il consumo di prodotti HFSS. Il prodotto alimentare più comune soggetto a tassazione è costituito da bevande analcoliche zuccherate, seguite da bevande non zuccherate.

La “tassa sui prodotti per la salute pubblica” in **Ungheria** rimane la più completa in Europa in termini di numero di categorie di prodotti alimentari coperti. Le categorie di merci interessate dalla tassa sono bevande zuccherate, bevande energetiche, dolci, snack salati, condimenti e marmellate di frutta. L'impatto della tassa è stato valutato. Nella valutazione più recente, la maggior parte dei consumatori (59-73%) ha ridotto il consumo dei prodotti interessati e più di due terzi ha scelto alternative più sane, più frequentemente acqua minerale, frutta e verdura fresca, erbe e spezie. La valutazione ha mostrato che i gruppi a maggior rischio, ovvero gli adulti in sovrappeso o obesi, avevano circa il doppio delle probabilità di modificare il proprio consumo rispetto agli adulti di peso normale.

Una tendenza recente è una tassa a due livelli, i prodotti con un contenuto più elevato del nutriente sono tassati ad un tasso più elevato. Nel **Regno Unito**, una nuova tassa si applica ai produttori e agli importatori di bevande analcoliche contenenti zuccheri, con un'aliquota inferiore applicata alle bevande con un contenuto di zuccheri totali ≥ 5 g / 100 ml e un'aliquota più elevata per le bevande con un tenore di zuccheri $\geq 8/100$ ml (112).

Gli obiettivi della tassa a due livelli sono di incoraggiare i produttori di bevande analcoliche a riformulare i loro prodotti al fine di ridurre il tenore di zuccheri e incoraggiare i consumatori a passare a prodotti più sani. Approcci simili sono in fase di studio in altri paesi. Nell'ottobre 2017, la Francia ha modificato le soglie fiscali in modo che le bevande contenenti diverse quantità di zuccheri aggiunti (<1 g / 100 ml, 2-4 g / 100 ml, 5-7 g / 100 ml e > 8 g / 100 ml) siano tassate a tassi diversi (155). La legislazione modificata entrerà in vigore nel giugno 2018. L'Irlanda e il Portogallo utilizzano modelli simili.

L'**Estonia** ha annunciato piani per introdurre una tassa graduale. Si prevede che la legge, approvata dal Parlamento nel 2017, comporterà i seguenti prelievi: 0,10 € / L per i prodotti con un solo dolcificante artificiale o con un contenuto in zuccheri di 5-8 g / 100 ml 0,20 € / L sui prodotti con dolcificanti artificiali e un contenuto in zucchero di 5-8 g / 100 ml e 0,30 € / L nei prodotti con un contenuto di zuccheri > 8 g / 100 ml. Una analisi è stata condotta dall'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS con il Network di politiche basate sulle evidenze (EVIPNet), attraverso un esercizio di modellizzazione, per determinare gli impatti potenziali dei vari scenari di tassazione (157). Tuttavia, nel settembre 2017, il governo ha deciso che la legge non sarebbe entrata in vigore nel 2018 e non si sa esattamente quando entrerà in vigore.

social media digitali, *app o advergaming*.

Politiche fiscali

Il prezzo ha un ruolo ben consolidato nell'influenzare la scelta alimentare, pertanto è elevato l'interesse per tasse e sussidi per migliorare le diete. Vi è evidenza sempre più chiara e coerente che tasse e sussidi influenzano il comportamento d'acquisto. Evidenze mostrano che sia singoli consumatori che gruppi di popolazione rispondono alle variazioni dei prezzi e che le imposte e i sussidi mirati possono influenzare le loro decisioni e incentivare un'alimentazione sana.

La proposta più comune studiata è la tassazione delle bevande zuccherate, poiché questi prodotti sono facilmente definibili come poveri di energia e poveri di nutrienti e per essi esistono sostituti simili e più sani.

L'analisi di undici revisioni sistematiche sull'efficacia degli interventi di politica fiscale per il miglioramento delle diete mostra che le evidenze sono più forti e più coerenti per imposte comprese tra il 20 e il 50% nel ridurre il consumo di bevande zuccherate e per sussidi nell'intervallo 10 -30% nell'aumentare il consumo di frutta e verdura. L'evidenza di un effetto degli aiuti economici per frutta e verdura sull'apporto calorico e sui risultati di peso è contrastante: la qualità della dieta migliora complessivamente, portando così a miglioramenti nei risultati di salute.

Sulla base delle evidenze sopra descritte e dell'orientamento dell'OMS, un numero crescente di paesi della Regione ha introdotto tasse per la salute su specifici alimenti o sostanze nutritive con l'obiettivo di influenzare quello che le persone comprano e mangiano.

Una recente tendenza nella Regione Europea è istituire una tassa a due livelli, in base ad essa i prodotti della stessa categoria (ad esempio le bevande analcoliche) sono tassati in modo differenziato in relazione alla loro composizione nutrizionale. Estonia, Francia, Irlanda, Portogallo e Regno Unito hanno annunciato o introdotto queste tasse. L'erogazione di aiuti economici rimane una misura sottoutilizzata; solo due paesi (Danimarca e Ungheria) hanno esplicitamente segnalato azioni governative per fornire aiuti economici per alimenti. Detto questo, programmi di frutta e verdura a scuola (ad esempio il Programma Frutta e Verdura nelle scuole europee) sono diffusi nella regione e possono essere considerati una forma di sussidio "in natura".

Continuano a mancare dati affidabili di monitoraggio e valutazione nella Regione Europea, con l'eccezione dell'Ungheria. I paesi che hanno introdotto di recente tasse dovrebbero stabilire sistemi di valutazione per determinare il loro impatto sulla scelta del cibo e sui cambiamenti nei consumi e per caratterizzare pienamente le sostituzioni. Tuttavia, quando viene valutato l'impatto, le evidenze disponibili in termini di cambiamenti nei modelli di consumo sembrano essere coerenti con la teoria economica e con altre evidenze.

*Traduzione dall'inglese
di Giovanni Bauleo*

Ambienti favorevoli ad un'alimentazione sana: stato dell'arte e raccomandazioni

Corinne Delamair

Piovano polpette, Phil Lord e Christopher Miller, 2009

Le disuguaglianze sociali associate all'alimentazione sono in aumento e ciò dovrebbe guidare gli attori della salute pubblica nella ricerca di strategie più efficaci per ridurle. Azioni di informazione ed educazione nutrizionale da sole hanno mostrato i loro limiti in termini di efficacia; esse potrebbe persino aggravare le disuguaglianze sociali [1]. Secondo l'World Health Organization, la necessità è piuttosto quella di mantenere un buon equilibrio tra consapevolezza del pubblico tramite informazioni e facilitazione di scelte alimentari salutari [2], in particolare attraverso azioni sul contesto alimentare [3]. Le misure normative sono parte di tali azioni, per esempio, la regolamentazione della pubblicità, tasse su determinati alimenti - i meno favorevoli alla salute - e bevande zuccherate, etichettatura nutrizionale sulla confezione prodotti alimentari ... Tuttavia, queste misure sono difficili da mettere in atto a causa di una forte posta in gioco economica. Questi interventi ambientali e politici sono però le strategie più efficaci per migliorare la nutrizione per l'insieme

della popolazione [4].

Determinanti del comportamento alimentare

Molti fattori influenzano il comportamento alimentare degli individui. Il modello ecologico consente di illustrare molti di questi fattori suddividendoli in quattro livelli di influenza più o meno prossima all'individuo

- il livello individuale che include il fattori legati alle scelte alimentari e al comportamento alimentare come preferenze, attitudini, conoscenza, abilità, fattori psicologici, biologici;
- lo stretto ambiente sociale che include interazioni con la famiglia, amici, colleghi e altre persone della stessa comunità e coloro i quali possono influenzare le scelte alimentari attraverso meccanismi come il sostegno sociale e le regole;
- gli ambienti fisici in collegamento con l'accessibilità al cibo e la loro disponibilità; l'individuo compra e consuma essenzialmente gli alimenti presenti nel suo ambiente (casa, scuole, luoghi di lavoro, ristoranti,

supermercati);

- e "macro ambienti", fattori più ampi e strutturali distanti dall'individuo il cui ruolo è più indiretto ma hanno un'importanza assolutamente non trascurabile su come mangiare (norme sociali, culturali, reddito, struttura di marketing alimentare del mercato economico, organizzazione dei canali di produzione, regolamenti).

Il modello ecologico evidenzia che tutti questi livelli di influenza interagiscono direttamente e indirettamente tra di loro per determinare il livello di qualità della dieta dell'individuo.

Schwartz et al (2017) [3] illustrano come i singoli fattori, questioni ambientali e politiche, interagiscono attraverso un esempio relativo all'evoluzione, negli Stati Uniti, il consumo di latte (da 15 a 7 porzioni) e bibite (da 7 a 21 porzioni) da parte degli adolescenti tra gli anni '70 e il 1990. Questa evoluzione non è causata da fattori individuali (le preferenze, per esempio, per le bibite non erano cambiate). D'altro canto, negli anni '70, acqua e latte erano le uniche bevande distribuite nelle scuole, mentre

dal 1990, quasi tutte le scuole avevano distributori di bevande dolci, e venivano stipulati contratti commerciali esclusivi tra le scuole e aziende.

Inoltre, la pubblicità rivolta ai giovani è drammaticamente aumentata tra questi due decenni. È quindi probabile che questo cambiamento sia il risultato di una forte esposizione al marketing di questi prodotti in un contesto alimentare sfavorevole anche a scuola ad esempio, a causa di strategie di business industriale delle bevande, nonché per la mancanza di politiche nazionali o locali per vietare questo tipo vendite nelle scuole.

Un ribaltamento della situazione ha avuto luogo a partire dal 2006 attraverso le politiche di alcuni Stati alla fine di un decennio di sforzi per eliminare le bevande dolci dalle scuole.

In tal modo, nel 2014 questi prodotti sono stati completamente rimossi da tutte le scuole e il consumo di bevande gassate è diminuito dell'1% all'anno dal 2006 fino a raggiungere nel 2015 il livello di 30 anni prima.

La visione del Quebec di ambienti di supporto

Ispirato al modello ecologico e al concetto di promozione della salute, gli attori della salute pubblica del Quebec hanno sviluppato la propria definizione di "ambienti favorevoli" ad una sana alimentazione, ad uno stile di vita fisicamente attivo e alla prevenzione dei problemi relativi a peso. L'obiettivo era avere un visione comune - condividere tra attori e decisori coinvolti negli interventi nutrizionali - promuovere ampiamente ambienti favorevoli.

Hanno iniziato dall'osservazione che la parola "Ambiente" può essere definita e percepita in modi diversi a seconda delle persone, la loro cultura o la loro

professione.

Associata con spazi verdi o servizi locali per l'abitante di un comune, questa parola evoccherà piuttosto il contesto economico a un manager di un'azienda o l'inquinamento di aria, acqua, suolo a un industriale o agricoltore.

Questa visione condivisa definisce così quattro tipi di ambienti.

1. L'ambiente fisico

Riflette ciò che è disponibile (in termini di cibo, attrezzature sport) e la qualità di ciò che è disponibile. Include elementi e risorse naturali (acqua, aria, suolo, clima, risorse naturali), elementi costruiti e paesaggistici, ed elementi tecnologici. Corrispondono così in parte ai luoghi di vita del modello ecologico, ma anche alle industrie, ai sistemi di trattamento dei rifiuti e delle acque e agli alimenti.

L'ambiente fisico comprende quindi sia la disponibilità di cibo nei luoghi pubblici, a scuola o sul posto di lavoro, così come aspetti relativi alla "salute ambientale".

Ad esempio, i terreni inquinati in un quartiere impediranno il giardinaggio e quindi l'autoconsumo di frutta e verdura dagli abitanti.

2. L'ambiente socio-culturale

Tiene conto di norme e credenze delle persone comprendendo strutture e modalità di funzionamento di individui, ma anche la cultura risultante (e questo nel suo senso più ampio come definito dall'UNESCO). Comprenderà elementi di entrambi gli ambienti sociale e macro-ambiente del modello ecologico:

- relazioni sociali come la diversità etnoculturale, demografia, pregiudizi, razzismo, movimenti della società ...
- norme e convenzioni correlate ad at-

teggiamenti, valori, pratiche religiose.

- visione e rappresentazione della realtà (media, pubblicità, arte, cultura).

3. L'ambiente politico

Questo tipo di ambiente tiene conto non solo del sistema politico (istituzioni, modello di governance, partecipazione dei cittadini), ma anche politiche pubbliche, leggi e regolamenti, diversi sistemi giuridici, agroalimentari.

4. L'ambiente economico

Questo quarto tipo di ambiente include: prezzi di beni e servizi (cibo, alloggio), mercati commerciali, occupazione, globalizzazione dei mercati.

Riguarda quindi i costi del cibo sano e la sua accessibilità, i prezzi di una mensa, gli incentivi alle aziende che offrono attività sportive ai loro dipendenti.

Per i sostenitori di questo approccio agli ambienti, un ambiente favorevole ad una dieta sana "è riconducibile a tutti gli elementi di natura fisica, socioculturale, politica ed economica che esercitano un'influenza positiva sulla dieta".

Come creare un contesto favorevole al cibo?

Secondo il modello derivato del Quebec di ambienti favorevoli, per migliorare, ad esempio, la qualità del cibo a scuola, sarà necessario *giocare* su diversi elementi, quindi su diversi ambienti:

- buona qualità nutrizionale dei pasti;
- azioni educative su cibo e educazione nutrizionale;
- attenzione all'esistenza di contesti sfavorevoli ad una sana alimentazione accanto all'edificio scolastico con prodotti più attraenti in termini di gusto o di prezzo ma meno soddisfacenti dal punto di vista nutrizio-

nale (ambienti fisici ed economici); il fatto che mangiare in quei luoghi può essere considerato “elegante” dai giovani (una “loro” norma sociale; socio-culturale);

- mense troppo rumorose (ambiente fisico).

Per superare questi fattori sfavorevoli, può essere messo in atto dalle amministrazioni una politica locale di approvvigionamento di cibo più gustoso grazie ai alle filiere corte (ambiente fisico e politica) e una politica dei prezzi dei pasti secondo il reddito familiare (ambiente economico e politico); la mensa può anche essere riorganizzata in modo da essere meno rumorosa e più piacevole (ambiente fisico).

Conclusioni

Agire su diversi tipi di contesti per facilitare scelte alimentari salutari e rendere più difficile le scelte meno salutari comprende diverse strategie coerenti, a volte difficili da mettere in atto quando influenzano o entrano in conflitto con aree sensibili come la politica dei prezzi o il regolamento del marketing alimen-

tare, ma possono essere realizzabili.

Inoltre, l'azione su questi contesti può avere un effetto duraturo sui cambiamenti di comportamento così come alcune politiche e norme socio-culturali.

Riguardo alle politiche, anche situate nell'ambiente globale, quindi nel livello di influenze molto lontano dagli individui, queste hanno il vantaggio di raggiungere numerosissimi soggetti nel tempo. Tuttavia, le persone non reagiscono allo stesso modo alle modifiche che influiscono sul macroambiente.

La ricerca, dunque, deve continuare per capire come i fattori psicologici e di altro tipo interagiscano con questo livello di influenze. Questo permetterà di sviluppare metodologie più precise per creare ambienti che favoriscono la salute per tutti.

the Context of Health 2020. Ministerial Conference, Vienne.

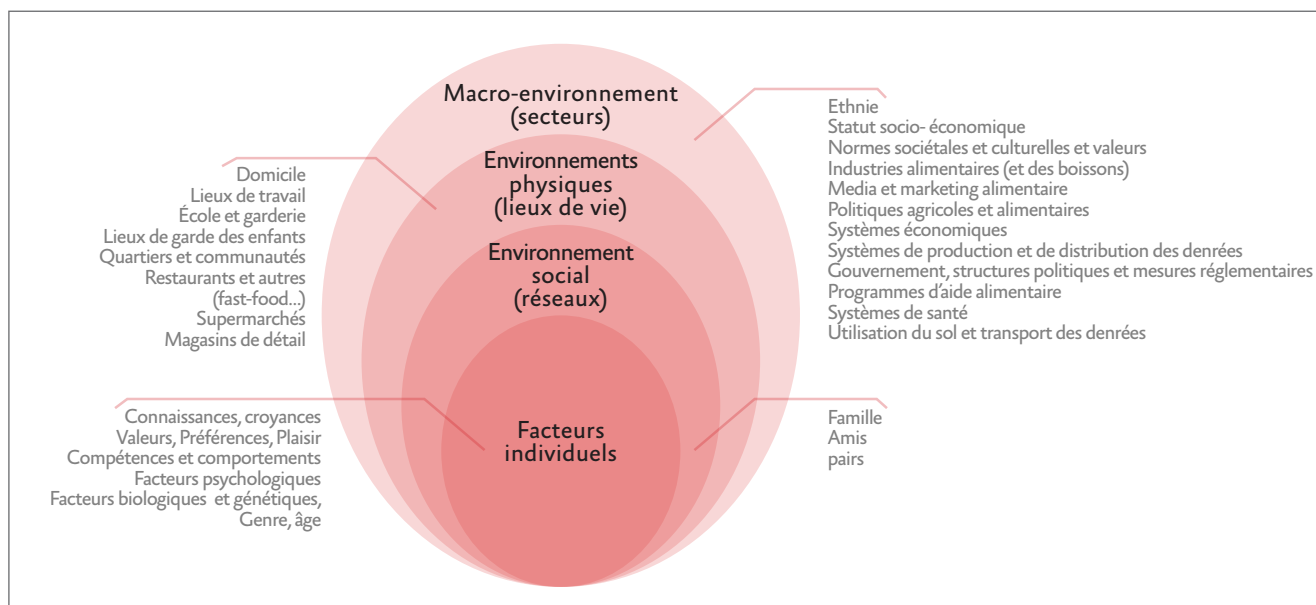
3. Schwartz MB, Just DR, Chiqui JF, Ammerman AS. Appetite self-regulation: Environmental and policy influences on eating behaviors. *Obesity* (Silver Spring). 2017 Mar;25 Suppl 1:S26-S38.
4. Story M, Kaphingst KM, Robinson-O'Brien R, Glanz K. Creating healthy food and eating environments: policy and environmental approaches. *Annu Rev Public Health*. 2008;29:253-72.
5. Simon C. Prévention de l'obésité. *La Revue du praticien*, 2005, vol.55, n°13 : p.1453-1460. Juil 2013.
6. Inserm (dir.). Agir sur les comportements nutritionnels : Réglementation, marketing et influence des communications de santé. *Collection Expertise collective*. EDP Sciences, 2017, XVI-413 p.
7. Ministère de la santé et des services sociaux (2012). Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec, 24 pages.

BIBLIOGRAFIA

1. Inserm (dir.). Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2014, XVI- 731 p.
2. WHO Europe. Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in

*Corinne Delamaire,
chargée de projet et d'expertise
en santé publique,
Santé publique France*

Da La Santé en action, n°444, 2018



Social network e cambiamento dei comportamenti alimentari: quale potenziale?

Manon Taravella

Il pranzo di Babette, Gabriel Axel, 1987

I social network (Facebook, Youtube, Google, Twitter, Snapchat o Instagram) fanno parte dei social-media così come le applicazioni mobili blog, forum sulla salute, giochi online. Si differenziano grazie alle loro caratteristiche consentendo agli utenti di Internet di creare una vera rete di individui (creazione di profili per utente e comunicazione con le altre persone connesse.

[...] Di fronte a questa *frenesia*, sempre di più le organizzazioni di salute pubblica utilizzano i social network per raggiungere il loro pubblico durante gli interventi di salute come le campagne di prevenzione e promozione.

Riguardo più specificamente all'argomento alimentazione, dieta e bevande, queste rappresentano, in Francia, nel 2017, il terzo tema ricercato dagli utenti più frequentemente sul motore di ricerca Google dopo sport e viaggi.

Sui social network, 208 milioni i post sono timbrati #food (hashtag "cibo"), facendo di questo hashtag - strumento che consente di contrassegnare un contenuto con una parola chiave più o meno condiviso - uno dei più popolari. Infatti,

il 29% delle persone condividono foto di piatti (50% per 18-24 anni) e 39% esprimendo la propria opinione sui marchi e prodotti alimentari [1].

1. Interessi dei social network in interventi di salute

Comprendere comportamenti e spettabili degli utenti di Internet

I social network consentono di analizzare in tempo reale i pensieri degli individui. Gli Enti pubblici possono quindi fare affidamento sull'analisi di conversazioni e commenti degli utenti di Internet per lo sviluppo di messaggi che soddisfino i bisogni e le aspettative in materia di alimentazione.

Diffondere e condividere informazioni

I social network permettono di trasmettere messaggi a un numero elevatissimo di persone, "dove le persone si trovano", cioè, in uno spazio già occupato dagli utenti di Internet. Questi messaggi possono quindi essere condivisi tra individui. La compartecipazione di informazioni su questo supporto consiste,

di fatto, in campagne gratuite di salute pubblica; possono inoltre facilmente diffondersi da un "amico" a un altro, e consentire un impatto maggiore dei tradizionali messaggi di salute pubblica. Oltre l'interesse di una condivisione massiccia, questa azione è particolarmente importante perché il passaparola è un modo potente per aumentare la fiducia degli utenti. E' stato dimostrato che le persone condividono informazioni su Facebook quando pensano che questo è salutare per gli altri [2].

Creare impegno

Le funzioni like, share e post dei social network consentono interazioni e conversazioni tra utenti di Internet ma anche tra queste reti e strutture sanitarie pubbliche. Il fatto di ricorrere più o meno a vari funzioni di social network costituisce un impegno più o meno forte per gli utenti della rete in questione. Ad esempio, una persona che utilizza solo la funzione *like* è considerato meno impegnata di una persona che condivide pubblicazioni. La sfida delle organizzazioni di salute pubblica è creare un alto

grado di impegno tra i suoi utenti di Internet; questo impegno influenza positivamente la motivazione degli individui, la loro volontà di seguire l'intervento sulla salute e la loro capacità di sentirsi in forma adottando comportamenti sani.

2. Punti da sorvegliare in occasione di interventi di salute sui social network

Sovraccarico di informazioni

L'ampia disponibilità di social network causa un aumento in esposizione a una varietà di messaggi che può comportare un sovraccarico di informazione [4] e un'esposizione più difficile ai messaggi di salute pubblica [5]. Questa abbondanza di informazioni può essere deleteria per l'utente che si trova di fronte argomenti a volte discordanti e informazioni errate, ma anche per i servizi di sanità pubblica che devono fare in modo che le informazioni siano offerte correttamente agli utenti e correttamente recuperate, vale a dire che i messaggi diffusi non siano deformati [6].

La mancanza di impegno e impatto

La maggior parte degli studi che valutano gli interventi di salute condotti attraverso i social network attestano un buon livello di impegno a breve termine (meno di 4 settimane) con una diminuzione graduale di partecipazione dopo questo periodo [7]. Questo rapido declino dell'impegno è probabilmente causato dalla difficoltà di motivare gli utenti in un ambiente in continua evoluzione e in cui le organizzazioni devono interagire sempre con utenti. A causa delle conseguenze negative di una mancato impegno sull'efficacia degli interventi, le organizzazioni sanitarie devono quindi rimanere vigili di fronte a questo problematico logorio che ne può derivare

(il fatto di perdere utenti nel procedere verso il termine dell'intervento) [3].

Agire sui comportamenti alimentari attraverso i social network

La ricerca bibliografica condotta nel 2017 studiando l'efficacia dei social network non ha identificato cambiamenti comportamentali alimentari. Questo può essere dovuto alla complessità della raccolta dei dati sulla dieta degli individui. Tuttavia, i risultati su altri temi, come l'attività fisica, sembrano incoraggiare ad aumentare il livello di conoscenze, sviluppare impegno, supporto sociale e indurre cambiamenti di comportamento. Al fine di sviluppare interventi e reti efficaci attraverso i social network, la letteratura suggerisce che questi siano basati su una teoria psicosociale della salute e su tecniche di cambiamento di comportamento. Le teorie psicosociali permettono di identificare i possibili fattori psicosociali che influenzano il comportamento e adattare a questi gli interventi.

La teoria dell'azione pianificata d'Ajzen (TAP) e la teoria cognitiva sociale di Bandura (TSC) sembrano essere le teorie più efficaci nel cambiamento del comportamento alimentare [8]. Il TAP afferma che l'intenzione di una persona di adottare o non adottare un comportamento è determinato dal suo atteggiamento nei confronti del comportamento, dall'importanza data al parere di persone vicine (norme soggettive) e dalla percezione del proprio controllo su un comportamento dato [9]. Anche il TSC assume l'importanza dell'ambiente sociale ma affronta due concetti aggiuntivi: l'apprendimento sociale (esperienze precedenti e osservazione dei contesti vicini) [8] ed l'efficienza personale (efficienza comportamentale per ottenere il

risultato desiderato e la sua efficienza nell'adottare un comportamento) [9]. In parallelo, altre tecniche di cambiamento di comportamento sono stati individuate particolarmente efficaci nell'alimentazione [10]; supporto sociale (fornito da parenti o colleghi), confronto sociale (valutazione del proprio comportamento in riferimento a quello di altri), feedback e autocontrollo [11].

In conclusione, i social network sono caratterizzati da interazione sociale e condivisione delle informazioni. Queste sono due leve principali per agire. In tal modo, durante gli interventi tramite i social network, la sensibilità di un individuo alle opinioni delle persone intorno a lui (norme soggettive) è la variabile psicosociale che molto probabilmente può influenzare il comportamento. Infine, il supporto sociale è la tecnica per cui il comportamento cambia più facilmente.

Prospettive

Nel campo di dieta o della salute in generale, sono necessari studi robusti, studi randomizzati controllati, condotti per un lungo periodo, tenendo sempre in considerazione caratteristiche del target e i diversi tipi di social network, per orientare meglio e capire il potenziale delle reti sociali, le chiavi della loro efficacia e rimediare ai problemi di mancanza di impegno.

Tuttavia, dato il numero crescente di informazione diffusa sui social network, in particolare nel campo del cibo, e l'aumento del tempo trascorso dalle persone su questi media è necessario che le organizzazioni sanitarie pubbliche li includano rapidamente nei loro programmi di salute per evitare che altre strutture colmino la mancanza di informazioni con dati inaffidabili.

BIBLIOGRAFIA

1. Collectif, Le Marché food and drink sur les médias sociaux, Étude Digimind 2017, en ligne : <https://blog.digimind.com/fr/tendances/nouvelle-etude-food-drink-moments-de-consommation-sujets-plus-partages-sur-reseaux-sociaux>
2. Kite J., Foley BC., Grunseit AC., Freeman B. Please Like Me : Facebook and Public Health Communication. PLOS ONE, septembre 2016, n°11.
3. Yang Q. Are Social Networking Sites Making Health Behavior Change Interventions More Effective? A Meta-Analytic Review. Journal of Health Communication, mars 2017, n°22, p.223233.
4. Korda H., Itani Z. Harnessing Social Media for Health Promotion and Behavior Change. Health Promotion Practice, janvier 2013, n°14, p. 1523.
5. Giroux C. Utilisation du réseau Facebook dans une campagne de prévention pour jeunes adolescents : analyse secondaire des données d'une étude postcampagne. Revue internationale de communication sociale et publique, 2013, p.127146.
6. Bull S., Ezeanochie N. From Foucault to Freire Through Facebook : Toward an Integrated Theory of mHealth. Health Education and Behaviour, août 2016, n°43, p. 399411.
7. Balatsoukas P., Kennedy CM., Buchan I., Powell J., Ainsworth J. The Role of Social Network Technologies in Online Health Promotion : A Narrative Review of Theoretical and Empirical Factors Influencing Intervention Effectiveness. Journal of Medical Internet Research, juin 2015, n°17, p.141.
8. Godin G. Les comportements dans le domaine de la santé. Les Presses de l'université de Montréal, 2012.
9. Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. Sciences Sociales et Santé, 1991, n°9, p.6794.
10. Meyer T., Verhliac JF. Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ? Savoirs, 2004, hors série n°5, p. 117134.
11. Escalon H., Serry AJ., Nguyen-Thanh V., Vuillemin A., Oppert JM., Sarrazin P. Construction d'un dispositif de communication scientifiquement fondé visant à promouvoir la marche des femmes peu actives et l'activité physique des adultes. Santé Publique, 2016, vol. 28.

*Manon Taravella
chargée de mission,
Direction de la Prévention
et de la Promotion de la santé,
Santé publique France*

Da La Santè en action, n°444, 2018



Il pranzo di Babette, Gabriel Axel, 1987

Angers: una politica locale per una alimentazione sana

Gérard Boussin

Io, Daniel Blake, Ken Loach, 2016

La città di Angers ha dato priorità ad una alimentazione di qualità accessibile a tutta la popolazione

Quale componente della Rete Città Sane dell'OMS dal 1990, Angers promuove la salute dei suoi abitanti impegnandosi, in favore di un'alimentazione di qualità accessibile a tutti. A tal fine, la città si è dotata di un progetto alimentare territoriale, azione prioritaria del progetto agricolo *Angers Loire Métropole*, finalizzato a strutturare un'offerta alimentare di prossimità a beneficio dell'economia agricola, dell'ambiente e della salute pubblica.

Una cornice di riferimento al cui interno si collocano svariate azioni per facilitare l'integrazione dello sviluppo sostenibile nella ristorazione collettiva: approvvigionamento di prodotti di qualità derivati da filiere corte e modalità produttive rispettose dell'ambiente; riduzione degli sprechi alimentari.

Creare un ambiente favorevole ...

Per garantire all'intera cittadinanza un'equa accessibilità a cibi come frutta

e verdura, Angers sostiene 16 mercati alimentari settimanali di prossimità, con un forte presenza di produttori di ortaggi locali.

Un'ulteriore iniziativa per incoraggiare l'accessibilità a frutta e verdura consiste nel mettere a disposizione degli abitanti gli orti¹ familiari. Sul complesso del territorio cittadino e periferico, sono disponibili 1000 particelle da 100 a 200 m² per un'area totale di 27,5 ettari. La città contribuisce altresì con un supporto tecnico e la garanzia di una manutenzione ottimale dei terreni.

Gli orti-giardini costituiscono efficaci vettori di diffusione di messaggi legati ad un'orticoltura rispettosa dell'ambiente mediante iniziative attuate in spazi collettivi: allestimento di sistemi di recupero dell'acqua piovana; incentivi al compostaggio di rifiuti vegetali; organizzazione di eventi di sensibiliz-

1. La distinzione tra orti e giardini urbani, in molti casi, non sempre è presente
Da: Bergamaschi M., *Coltivare in città. Orti e giardini condivisi*, Sociologia urbana e rurale, Fascicolo 98, Franco Angeli Editore 2012.

zazione verso l'ecologia e lo sviluppo sostenibile. Vengono messi a disposizione giardini accanto agli edifici al fine di incentivare coltivazioni di verdure e fiori tra vicini, facilitando in tal modo convivialità, legame sociale e ottimizzazione dell'ambiente di vita.

Uno studio di valutazione dell'impatto sulla salute - condotto nel 2017 in un quartiere in via di riqualificazione e particolarmente focalizzato su mobilità e spazi verdi - ha rilevato, tra l'altro, la volontà degli abitanti di "sviluppare e moltiplicare gli orti a livello degli edifici" [1].

... accessibile a tutti

Tenendo conto del problema delle disuguaglianze sociali in tema di accesso ad una alimentazione sana, la città di Angers ha attuato varie azioni di intervento solidale.

In particolare, finanziando l'Ente pubblico di ristorazione collettiva (EPARC) fondato dalla città, consente l'accesso alle mense scolastiche a 7000 bambini annualmente con un costo dei pasti in base al reddito familia-

re; il prezzo dei pasti oscilla da 1,91 a 4,49 € nella scuola materna e da 1,99 a 4,67 € nella primaria. Ulteriori aiuti economici vengono erogati dalla città per far fronte alle esigenze alimentari di una parte della popolazione in precarietà. Nel 2009, attraverso il Centro Comunale di Azione Sociale (CCAS), Angers ha lanciato il sistema “paniere solidale”. Confezionati e distribuiti dall’associazione i “Giardini della Cuccagna”(Jardins de Cocagne)², i panieri si compongono di frutta e verdura destinate alla distruzione perfettamente consumabili/comestibili. In

2. I Jardins de Cocagne sono veri e propri orti biologici con vocazione di integrazione sociale e professionale. Godono generalmente dello status di associazioni - legge del 1901- senza scopo di lucro ed esistono principalmente sotto forma di laboratori e progetti di integrazione (ACI).

Ospitano donne e uomini di ogni età, in situazioni precarie e/o in difficoltà professionali, sociali o personali. Attraverso la produzione di verdure biologiche, distribuite sotto forma di cestini settimanali ai membri-consumatori, i Jardins de Cocagne consentono loro di trovare un lavoro e di (ri) costruire un progetto professionale e personale. Sviluppando un ambiente sociale, economico, ambientale; promuovendo il consumo locale, organico e cittadino; creando un legame di prossimità, i Jardins de Cocagne sono saldamente al centro dell’economia solidale e dello sviluppo sostenibile.

Nascono come cooperativa orticola fondata nel 1978 a Ginevra, in Svizzera, da una trentina di persone e un giardiniere, inizialmente in forma sperimentale nella prima terra affittata e coltivata a Corsinge nella città di Meinier, comune svizzero nel cantone di Ginevra, rappresentando la prima implementazione europea di agricoltura a contratto locale (ACP, in Svizzera) o di ‘Associazione per il mantenimento di un’agricoltura contadina (AMAP, in Francia). Non esiste alcun collegamento tra “Les Jardins de Cocagne” a Ginevra e la “Rete Cocagne” francese creata nel 1991.

totale, vengono distribuite 460 panieri a settimana su dodici sedi, ad un prezzo variabile dai 2,60 ai 6,60 €.

Il tempo di distribuzione costituisce un’opportunità, per i volontari, di suggerimento di ricette semplici ed equilibrate e di attività ludiche ed educative in tema di alimentazione.

Il CCAS comprende 20 associazioni impegnate nell’aiuto alimentare (distribuzione, inserimento) e nella formazione dei volontari. Esso patrocina le attività di Restobus³ (supportato dai Restos du Coeur) che offre un pasto ai più indigenti; porta aiuti diretti agli abitanti nella forma di assegni di accompagnamento personalizzati rispondenti ai bisogni della persona e coordina il trasporto del pasto a domicilio, fino a sei giorni su sette, per circa 900 cittadini con 180.000 pasti annui. Ciò produce il mantenimento del legame sociale e la sicurezza alimentare per i beneficiari.

Infine, dal 2015, il CCAS anima la *Missione di concertazione e animazione per un’Alimentazione Solidale* (MAAS), spazio di riflessione, scambi, consultazione e sviluppo del progetto che consente di amplificare la dinamica delle reti di attori dell’aiuto alimentare e migliorare la coerenza dell’offerta alimentare ai gruppi di popolazione angioina più vulnerabili.

Azioni di sensibilizzazione ed educazione alimentare

In un ambito diverso, quello dell’educazione, il municipio di Angers offre ai bambini, dai 7 ai 10 anni, attività lu-

3. Il Restobus è uno dei servizi del Restos du Coeur (*Ristoranti del Cuore n.d.t.*), creato nell’agglomerato di Angers nel 2013 allo scopo di distribuire pasti caldi ai senzatetto o ai poveri, in un autobus.

diche chiamate “Dal forcone alla forchetta” come giardinaggio, laboratori culinari, degustativi, recitativi, di travestimento⁴.

Si tratta di azioni composite in grado di creare punti di riferimento per comprendere la catena alimentare, dalla produzione al consumo.

Comprendono agricoltura, orticoltura, giardinaggio, impatto ambientale, produzione, stagionalità, gusto, dieta equilibrata, interculturalità, elementi nutrizionali e loro apporti al benessere fisico così come il concetto di scarto.

I laboratori sono guidati da diversi attori sociali del territorio coinvolti per testimoniare e condividere la loro esperienza con i bambini: infermiera dalla direzione della sanità pubblica, animatore della Casa dell’ambiente (direzione Ambiente e Rifiuti), nutrizionista dell’Associazione frutta e verdura fresche (Interfel), responsabile del Raggruppamento dei contadini biologici e biodinamici di Anjou (GabbAnjou).

Azioni informative/formative sull’alimentazione come “il giardino biologico” condotto dalla Casa dell’Ambiente, consentono ogni anno a 7500 persone (adulti, bambini durante il tirocinio *nella natura*) di acquisire conoscenza in merito a suoli, tecniche di orticoltura/giardinaggio biologico e rotazione delle colture, rispetto della biodiversità e delle stagioni, tipologie di coltura legata all’assetto geografico, etc.

Altri eventi svolti durante le giornate

4. animate dalla Direzione di Sanità pubblica e dalla Casa dell’ambiente Fondata nel 1990, la Casa dell’ambiente, collegata alla direzione Ambiente e Rifiuti, è un luogo privilegiato di consapevolezza, formazione, informazione ed educazione ambientale e allo sviluppo sostenibile per tutti, attori sociali ed abitanti. Elabora la relazione annuale sullo sviluppo sostenibile.

tematiche - come ad esempio i *Percorsi del cuore* - rappresentano momenti privilegiati di incontro per sensibilizzare sulla rilevanza di una dieta equilibrata e i benefici dell'attività fisica.

Infine, in collaborazione con l'Ente pubblico di ristorazione collettiva (Eparc) che gestisce la ristorazione collettiva, la città partecipa alle iniziative di sensibilizzazione nei confronti dell'equilibrio nutrizionale, per esempio nelle mense scolastiche, durante la settimana del Gusto o della *Fraîch'attitude*, settimana nazionale di degustazioni e scoperta di frutta e verdura fresche.

Il progetto attraverso l'approccio inter-

settoriale della rete Città Sane, costituisce una tradizione di lavoro a sistema con un ricco tessuto associativo.

Gérard Boussin,
responsabile della direzione Sanità pubblica,
città di Angers

Da La Santé en action, n°444, 2018

Traduzione a cura di Edvige Mancinelli,
Centro Sperimentale per la Promozione della
Salute e l'Educazione Sanitaria,
Università degli Studi di Peurgia

BIBLIOGRAFIA

1. Ville d'Angers, Étude sur l'Évaluation d'Impact en Santé du Programme de Rénovation Urbaine du quartier de Monplaisir. En ligne, <http://www.angers.fr/l-action-municipale/sante-et-handicap/etude-sur-l-evaluation-d-impact-en-sante-du-programme-de-renovation-urbaine-du-quartier-de-monplaisir>



Io, Daniel Blake, Ken Loach, 2016

Marsiglia: orti condivisi nei quartieri del nord

Gérard Boussin

L'albero degli zoccoli, Ermanno Olmi, 1978

Orti-giardino condivisi in quartieri svantaggiati: un impulso per ripensare alle proprie pratiche alimentari?

Gli orti condivisi sono stati valutati da diverse angolature in America settentrionale ed Europa. Per quanto riguarda le funzioni alimentari dell'orto-giardino, numerosi studi effettuati negli Stati Uniti rilevano un pi  frequente consumo di prodotti vegetali freschi da parte di coloro che hanno accesso a un orto collettivo rispetto ai non orticoltori. Frutta e verdura sono scarsamente consumati dai soggetti svantaggiati, il che costituisce una forte disuguaglianza sociale in materia di alimentazione.

Da qui l'esigenza di una ricerca che si prefiggesse di verificare l'ipotesi secondo cui, nei quartieri indigenti, gli orticoltori impegnati negli orti condivisi godrebbero di approvvigionamenti alimentari pi  equilibrati e pi  ricchi di frutta e verdura rispetto ai residenti non dediti all'orticoltura.

Grazie a finanziamenti pubblici,   stato realizzata un'indagine multidisciplinare focalizzandosi sugli orti condivisi a parti-

celle individuali ricavati nei quartieri settentrionali di Marsiglia, quartieri molto poveri. I partecipanti oggetto della ricerca sono stati reclutati su base volontaria, senza compenso finanziario, con l'unico criterio, per l'inclusione, di essere il principale responsabile dell'approvvigionamento domestico; su 223 orticoltori attivi (25% uomini e 75% delle donne) hanno aderito 21 donne. Le dimensioni produttiva, economica, nutrizionale, culturale, sociale e simbolica dell'accesso a un orto condiviso sono state analizzate con metodi mutuati dalle scienze sociali e della nutrizione: questionari informativi, interviste semi-strutturate e analisi nutrizionale ed economica dei rifornimenti alimentari mensili per la famiglia. I consumi alimentari delle orticoltrici sono state comparate con quelle di 65 donne di profilo socio-economico simile, residenti negli stessi quartieri e non accedenti a un orto condiviso.

Incontrarsi, muoversi!

Tra le motivazioni dichiarate dagli orticoltori il piacere, rilassamento, vita all'aperto, possibilit  di veder crescere

le piante, uscire di casa, condividere uno spazio di incontri e muoversi. La produzione alimentare   molto raramente citata, confermando che l'orto condiviso soddisfa aspettative altre rispetto al cibo. "Cosa mi motiva? Il piacere di vedere spuntare e dar impulso alle cose ... In effetti,   il mio piccolo angolo di paradiso ... non amo indossare i guanti quando faccio giardinaggio, amo il contatto ..." (PP, 48 anni). Delle 21 orticoltrici aderenti alla ricerca, solo 11 hanno raccolto ortaggi durante il mese dell'indagine con quantit  prodotte di 53 g in media di prodotti degli orti per familiare al giorno (16% delle forniture in vegetali per famiglia).

Le orticoltrici valorizzano tutte le virt  qualitative dei prodotti rispetto alla quantit : diversit , gusto, salubrit  delle produzioni e pratiche produttive rispettose dell'ambiente rivestono notevole rilevanza ai loro occhi "Perch  uno sa cosa coltiva e sa che raccoglie ci  che ha coltivato [...] e che non avr  problemi dopo.   meglio, lo dico io! Per me, questo   bio perch  l , non c'  niente. Non diamo nulla, nessuno sparge alcun prodotto, no,

niente, niente ... “(JP, 54 anni)

L'orto coltiva l'autostima

I raccolti sono quantitativamente limitati e i benefici sono piuttosto di ordine sociale, culturale e simbolico. Le varietà coltivate sono principalmente verdure mediterranee d'estate, erbe aromatiche e bacche. La scelta delle varietà è legata principalmente alle abitudini alimentari familiari e ai gusti personali. La preponderanza di frutta e verdura mediterranee è un modo per affermare la propria cultura del cibo e la propria identità mediterranea per le donne nate principalmente in Francia o in Maghreb. Scambi di pratiche in orticoltura favoriscono l'acquisizione di nuove conoscenze e l'elaborazione di legami sociali. L'atto del donare qui è *universalizzato* e si connota per un forte valore simbolico in considerazione della natura personale della produzione. Coltivare da soli verdure e *imbarcarsi* in un lavoro fisico incarnano *attività creatici* di gusti e sapori. Il *gesto* culinario viene rivalutato e i prodotti ortivi occupano un posto centrale in tal senso.

Cucinare diviene un'opera straordinaria e si prolunga a tavola nella *commensalità* familiare (condivisione del pasto), nella sfera dell'intimità del *desinare* in famiglia. L'orgoglio di far degustare ai propri cari i prodotti dell'orto è notevole e denota un impatto positivo dell'orticoltura sull'autostima. “Un orgoglio! L'orgoglio di sapere che sono io che l'ho fatto, sono io che l'ho nutrito, curato, protetto ... e quando tu raccogli, ne sei orgoglioso! Quando vedevi [...] come man mano cresceva [...] e che sei tu a portarlo in tavola...” (PP, 48 anni). Per quanto concerne il rifornimento di cibo oltre l'orto, l'unica differenza significativa tra i familiari degli orticoltori e dei non orticoltori, riguarda frutta e verdura (rispettivamente

369 e 211 g per persona al giorno) e più in particolare le verdure (222 contro 109 g). Per gli altri gruppi di alimenti potenzialmente derivanti dall'orto, i consumi domestici degli orticoltori e dei non orticoltori erano rispettivamente: patate, 89 e 63 g; leguminose, 7 e 14 g; piante aromatiche, 5 e 1 g; frutta totale: 147 contro 101 g. Una differenza spiegabile innanzitutto da spese più elevate per l'alimentazione nelle famiglie degli orticoltori (4 invece di € 3/2000 kcal): un euro supplementare che garantisce l'acquisto sia di quantità maggiori di frutta e verdura che di cibi leggermente più costosi per tutte le categorie di alimenti.

Benefici indiretti

Sebbene sia trasversale e su campione limitato, lo studio ha confermato che la pratica dell'orticoltura in un orto condiviso rappresenta un vettore di legame sociale e un generatore di autostima. I nostri risultati suggeriscono che l'accesso a un orto condiviso potrebbe promuovere l'adozione di pratiche alimentari più favorevoli alla salute degli abitanti dei quartieri svantaggiati. Gli orticoltori dello studio hanno consumi in frutta e verdura ben più consistenti di quelli dei loro vicini non-orticoltori di profilo socio-economico simile (in media 150 g più al giorno e per persona). Così, nelle case degli orticoltori, le quantità di frutta e verdura sfiorano i 400 g al giorno per persona raccomandati dalle autorità sanitarie pubbliche. Sono principalmente il risultato di acquisti accresciuti in frutta e verdura, essendo insufficiente la produzione del proprio orto. I benefici nutrizionali dell'orticoltura così concepita sembrano dunque indiretti: l'orto appare come uno spazio-finestra di riflessione sulle pratiche ed i comportamenti alimentari. Gli orti collettivi urbani potreb-

bero quindi costituire strumenti d'azione al servizio dell'implementazione di politiche alimentari. La ricerca non consente di stabilire una relazione causale tra la pratica dell'orticoltura e gli alti consumi di frutta e verdura. L'ipotesi sarà testata come parte del progetto JArDin'S appena avviato a Montpellier e al cui interno verrà analizzata l'evoluzione di pratiche alimentari dei nuovi orticoltori da prima della disponibilità di in un orto condiviso fino ad un anno dopo.

Pauline Martin, ingegnere, Università Marsiglia-Aix, Inserm, Istituto Nazionale di ricerca agronomica (INRA), Unità nutrizione, obesità e rischio trombotico

Jean-Noël Consalès, ricercatore, Università Marsiglia-Aix, Centro Nazionale di Ricerca Scientifica, sezione Tempo, Spazio, Lingue, Europa Meridionale e Mediterranea
Pascale Scheromm, ricercatore INRA, Unità interdisciplinare: Innovazione e sviluppo in agricoltura e alimentazione, Montpellier
Paul Marchand, responsabile del Programma di Autoproduzione e Sviluppo sociale (PADES), Parigi,
Florence Ghestem, ricercatore presso l'INRA, Unità interdisciplinare Mercati, organizzazioni, istituzioni e strategie degli attori sociali, Inserm, Istituto Nazionale degli studi agronomici, Università di Montpellier,
Nicole Darmon, ricercatore INRA, medico nutrizionista e ingegnere al Conservatorio Nazionale Arti e Mestieri.

BIBLIOGRAFIA

1. Proposition de loi relative aux jardins familiaux et aux jardins d'insertion de 2003 (non votée). En ligne, https://www.senat.fr/rap/102-376/102-376_mono.html

Da La Santé en action, n°444, 2018

Traduzione a cura di Edvige Mancinelli

Loon-Plage: filiera corta, offerta alimentare e inserimento sociale

Alex Obry

L'albero degli zoccoli, Ermanno Olmi, 1978

Agricoltori, fornai, macellai locali riforniscono mense e famiglie

Loon-Plage è una città di 6.000 abitanti, inserita nella comunità urbana di Dunkerque e membro della Rete francese di Città Sane dell'OMS. All'inizio degli anni 2000, il tasso di frequenza della mensa scolastica nella scuola materna e nella scuola primaria era relativamente basso (inferiore del 30%) e non consentiva di raggiungere l'obiettivo dell'accessibilità per tutti. Alle famiglie la mensa sembrava costosa e di scarsa qualità. All'epoca la preparazione dei pasti era subappaltata e così il comune ha deciso di recuperare la gestione. La volontà municipale, coniugata all'arrivo di un nuovo responsabile della cucina centrale, un ristoratore anziano particolarmente attento alla qualità dei prodotti e alla prossimità del loro approvvigionamento, ha modificato le pratiche. Dal 2012, il Centro Comunale di Azione Sociale (CCAS) ha giocato un ruolo chiave in tal senso, nella dinamica di miglioramento dell'offerta alimentare, partecipando allo sviluppo di

una nuova filiera corta per l'approvvigionamento delle verdure e integrando i soggetti più svantaggiati nel processo.

Qualità e accessibilità della ristorazione collettiva

Nel 2010, la città ha avviato una politica di sviluppo delle filiere corte per rifornire la cucina centrale comunale e offrire un servizio di qualità agli allievi che frequentano la mensa scolastica, agli anziani che pranzano nella casa municipale nonché ai beneficiari della consegna del pasto a domicilio. L'obiettivo ambizioso si prefiggeva di offrire un servizio di qualità a un prezzo accessibile al più grande numero di persone. Quindi, la cucina centrale si è approvvigionata presso i produttori locali (macellai, fornai, agricoltori). Al fine di garantire l'accessibilità a pasti di qualità per tutti, il comune ha voluto che questo miglioramento dell'offerta alimentare si concretizzasse senza aumenti del costo dei pasti per le famiglie. Il comune ha quindi finanziato il leggero sovrapprezzo; il costo dei 500 pasti serviti quotidianamente è rimasto così

abbordabile e basato sul reddito familiare: da 1,25 € a 2 € a pasto per la mensa scolastica e da 3,20 € a 6 € per il trasporto a domicilio dei pasti per gli anziani.

Nel 2013, il nuovo direttore del CCAS ha proposto di includere, in questa politica municipale, una componente solidale con la creazione del "Giardino della Cuccagna". Obiettivo: approvvigionare la cucina centrale con verdure biologiche promuovendo, al contempo, l'inserimento professionale.

Giardini della Cuccagna: filiera corta e inserimento professionale

Il concetto di Giardino della Cuccagna è nato in Francia agli inizi degli anni '90 grazie alla volontà politica di sviluppare la distribuzione mediante filiere corte, favorire, attraverso il lavoro, l'inserimento delle persone in situazione di estrema precarietà, rispettare la specificità dell'agricoltura biologica. Oggi ne esistono circa un centinaio, animati dalla Rete Cuccagna (*Réseau Cocagne*). Si tratta di un concetto/sistema introdotto all'interno del distretto di Dunkerque

dall'Associazione delle Fiandre per l'Educazione, la Formazione giovanile e l'Inclusione sociale e professionale (AFEJI), una associazione dipartimentale di lotta all'emarginazione. A livello di dipartimento di Dunkerque, l'AFEJI gestisce tre sedi "Cuccagna" (Leffrinckoucke, Gravelines e Loon-Plage). L'organizzazione contribuisce all'inserimento professionale di persone in situazione di precarietà, attraverso un contratto di lavoro.

Panieri solidali: una forma di aiuto alimentare rinnovato

La Rete Cuccagna sostiene anche il programma nazionale "30.000 panieri solidali" che consente alle famiglie a basso reddito di accedere a panieri di verdure biologiche prodotte nei Giardini della Cuccagna ad un prezzo solidale. A Loon-Plage 10 famiglie beneficiano così di un paniere di verdure bio a 1 € ogni settimana. Il restante costo dei panieri (circa 9 €) è finanziato dal CCAS, dalla comunità urbana di Dunkerque e dalla Rete Cuccagna. In cambio, i beneficiari si impegnano a partecipare ad un laboratorio di cucina settimanale, animato dal centro socio-culturale, per apprendere nuove ricette basate sulle verdure del paniere. A monte del laboratorio, gli utenti seguono i corsi con l'animatrice del centro per acquistare gli ingredienti complementari utili per confezionare un pasto (pietanza o spuntino) con il quale ripartiranno al termine del laboratorio. È un'operazione capace di originare un vero lavoro di educazione alimentare, sviluppando nei partecipanti le abilità sia culinarie che di scelte alimentari consapevoli, il tutto nel rispetto dei loro vincoli di bilancio. I panieri solidali rappresentano una vera leva per l'inserimento e la mobilitazione socia-

le poiché i partecipanti sono ora famosi per le loro competenze culinarie e coinvolti nell'allestimento di colazioni e buffet serviti in occasione di inaugurazioni, mostre o spettacoli.

Inoltre, dal momento dell'attuazione del processo, le persone seguite durante il percorso non chiedono più aiuto alimentare sotto forma di buoni pasto perché si sentono valorizzate dall'azione dei "panieri di solidarietà". L'approccio globale intrapreso nel quadro del programma "panieri solidali" ha pertanto consentito una sperimentazione di solidarietà (aiuto alimentare, legame sociale) e la promozione dell'inserimento sociale e professionale, dello sviluppo economico e della salute.

Impatto dei sistemi

L'insieme delle diverse misure si è tradotto in un incremento della frequenza della mensa scolastica, con un 80% di bambini che attualmente mangiano a mensa (contro meno del 30% quando il confezionamento dei pasti era subappaltato). Nonostante la città affronti un costo maggiore per l'approvvigionamento con filiera corta e biologica della cucina centrale, il ritorno dell'investimento è reale. Lo scarto alimentare è stato ridotto: i rifiuti rappresentano solo 40 g per persona per pasto mentre il valore, in Francia tra bambini dell'istruzione primaria [1], raggiunge in media i 120 g. Inoltre, l'economia locale ha trovato nuovo impulso (6,7 tonnellate di carne all'anno ordinate ai produttori locali) e si è contribuito all'inserimento di persone svantaggiate (8 persone hanno ottenuto contratti in questi ultimi anni). Tuttavia, solo da 8 a 10 persone possono partecipare ai laboratori di educazione alimentare associati ai panieri di solidarietà.

Da rilevare che solo donne hanno partecipato al progetto. Per raggiungere più persone, occorrerebbero risorse umane per condurre un maggior numero di laboratori con un incremento della numerosità dei beneficiari. L'esperienza di Loon-Plage mostra come gli attori sociali abbiano saputo trarre profitto dalle risorse disponibili nel loro comune: artigiani e produttori locali ma anche un appezzamento di terreno di mezzo ettaro messo a disposizione gratuitamente, per la creazione di un Giardino della Cuccagna. In definitiva, la sfida consiste nell'incoraggiare la diffusione di azioni del tipo "panieri della solidarietà" e filiere corte per la ristorazione collettiva sul territorio di Dunkerque.

La filiera corta è stata identificata come un asse di sviluppo economico per il territorio attraverso gli "stati generali dell'impiego locale" avviati dalla comunità urbana di Dunkerque. Il potenziale esiste, ora occorre la volontà di innovare per passare ad un'ulteriore fase, sostenere gli attori coinvolti (AFEJI, centri sociali, produttori locali) e articolare una filiera economica.

Alex Obry,

Direttore del Centro Comunale di Azione sociale (CCAS) di Loon-Plage

BIBLIOGRAFIA

1. Collectif, Pertes et gaspillages dans les métiers de la remise directe (restauration et distribution) et en restauration collective, Rapport MAAPRAT, novembre 2011. Document en ligne, http://www.agriculture.gouv.fr/telecharger/750_33?token=d2d871bce4f2734504c1ccbee46d4

Da La Santé en action, n°444, 2018

Traduzione a cura di Edvige Mancinelli

Incoraggiare il consumo di frutta e verdura: l'esempio di Saint-Denis

Alex Obry

Veleno, Diego Olivares, 2017

Un programma che include buoni acquisto e laboratori sull'alimentazione può incrementare il consumo di frutta e verdura tra i bambini

Realizzato dall'aprile 2015 al giugno 2017 a Saint-Denis, il progetto "Frutta e verdura a Casa »(FLAM), sostenuto principalmente dal Casa della Salute di Saint-Denis [...], si era prefisso l'obiettivo di promuovere il consumo di frutta e verdura tra i bambini provenienti da famiglie in situazione di precarietà. Numerosi elementi hanno motivato l'attuazione del progetto, il primo consistente nella conoscenza che il consumo di frutta e verdura rappresenta un indicatore sociale [1]. Se il 43% degli adulti della popolazione generale raggiunge il quantitativo di 5 porzioni di frutta e verdura quotidiane raccomandato dal Programma Nazionale di Nutrizione Sana (PNNS), solo il 6% dei destinatari degli aiuti alimentari vi perviene [2; 3; 4]. Tra i principali ostacoli dichiarati all'adeguato consumo di frutta e verdura permane il loro prezzo alto, paragonato ad altri cibi [1; 5; 6]. L'elevata prevalenza di sovrappeso ed obesità infantili e, analogamente, di diabete e malattie cardiovascolari negli adulti a Saint-Denis, giustificano il dare priorità alle azioni di prevenzione in tema di nutrizione [7-9].

Un progetto multi-settoriale

La Casa della Salute di Saint-Denis rappresenta la struttura cardine del progetto poiché aspira a creare, a Saint-Denis, dinamiche di cooperazione incentrate su processi di promozione della salute e prevenzione. Attorno alla Casa della Salute, centri sanitari comunali, case del quartiere e associazioni hanno contribuito ad orientare le famiglie nella formazione e reso disponibili i loro locali per le interviste e i laboratori di educazione alimentare. Il progetto riguardava le famiglie dei quartieri settentrionali di Saint-Denis. L'obiettivo consisteva nel raggiungere le famiglie svantaggiate ma non beneficiarie (o non più) di aiuti alimentari. Erano incluse nel progetto famiglie volontarie con almeno un bambino tra 3 e 10 anni e beneficiarie di un contributo minimo sociale e con un livello di reddito più basso della soglia di povertà [10;

11] Nella fase di inclusione, le famiglie venivano estratte a sorte in modo tale che una parte di loro - il gruppo di intervento - ricevesse, durante un anno, buoni acquisto dedicati esclusivamente a frutta e verdura (in ogni forma, compresi i succhi di frutta di succo puro al 100%). Le famiglie non estratte, costituivano il gruppo di "controllo". Il valore dei buoni copriva una porzione di frutta e verdura al giorno a persona in famiglia. Parallelamente, i dietisti inseriti nel progetto proponevano laboratori dedicati a tutte le famiglie coinvolte nello studio e a seconda delle tematiche affrontate si indirizzavano a genitori o bambini. I laboratori potevano essere pedagogici (incentrati sulle conoscenze in fatto di nutrizione, ad esempio informazioni sulle principali raccomandazioni del PNNS) o culinari (ad esempio, la preparazione di un pasto equilibrato a costo limitato). Le famiglie venivano re-intervistate sui loro consumi 6 mesi e 12 mesi dopo al fine di conoscere l'evoluzione del consumo di frutta e verdura.

Le 64 famiglie

Nello studio è stato incluso un totale di

92 coppie genitore-figlio, 64 delle quali sono state seguite per un anno. La maggior parte delle famiglie era mono-parentale e due terzi degli adulti erano nati all'estero. Il 95% delle famiglie era in situazione di precarietà o grande precarietà. Tra settembre 2015 e giugno 2017 si sono svolti trenta laboratori di educazione alimentare. Poco più della metà delle famiglie ha partecipato ad un laboratorio. Al termine dello studio, i bambini del gruppo di intervento stavano consumando più frutta e verdura di quelli del gruppo di controllo con, rispettivamente, il 29% ed il 66% di "scarsi consumatori". Al momento dell'inclusione, le percentuali di scarsi consumatori erano, rispettivamente, del 62% e 66%. Tra gli adulti, al termine dello studio, la differenza tra i due gruppi non era significativa, nonostante la percentuale di "scarsi consumatori" di frutta e verdura fosse più bassa nel gruppo di intervento (62%) rispetto al gruppo di controllo (77%) e che fosse diminuita in relazione all'inclusione (80%). Nel gruppo di controllo, la percentuale di scarsi consumatori è rimasta invariata tra l'inizio e la conclusione dello studio.

Impatto positivo dei laboratori

Sono state condotte interviste nelle famiglie del gruppo intervento nel contesto di un'analisi qualitativa per meglio comprendere i risultati ottenuti al termine dello studio. Sono emersi numerosi elementi rilevanti. Innanzitutto, i laboratori hanno consentito alle famiglie con scarse o nulle conoscenze su frutta e verdura di modificarne il loro livello di consumo: "Mi sono resa conto che a mia figlia è piaciuto così tanto che continuo ad acquistarle"; "Adesso, per merenda, dò un frutto o una composta a mio figlio". Per le famiglie già con compe-

tenze nutrizionali e a dieta variata prima dell'inizio dello studio, i buoni per frutta e verdure hanno garantito un risparmio in denaro destinato all'acquisto di cibo solitamente non consumato per motivi economici: pesce, carne, prodotti bio. I laboratori hanno rappresentato per le famiglie un'opportunità di confronto con una dietista e di acquisizione di nuovi saperi e competenze culinarie: "Ho imparato molto. Ci hanno dato tante ricette"; "La cosa che ho più amato sono stati gli incontri con la dietista, ho appreso molto su nuove verdure e nuovi frutti". Si tratta di risultati coerenti con precedenti ricerche attestanti la rilevanza di coniugare sistematicamente un aiuto economico con l'educazione alimentare, affinché il processo sia efficace [12; 13]. Vanno comunque considerati alcuni limiti dello studio: un numero di famiglie reclutate per il progetto inferiore rispetto a quanto inizialmente previsto (circa 300 famiglie), nonostante l'estensione del periodo di inclusione. La portata dei risultati è quindi limitata. Le famiglie hanno a volte incontrato difficoltà nell'utilizzo dei buoni (per scarsa formazione dei cassieri in alcuni negozi) e alcune madri non hanno potuto partecipare ai laboratori per mancanza di tempo o orari adatti. L'assegnazione di buoni per frutta e verdura sembra aver assicurato, in linea con gli obiettivi del progetto, un incremento del consumo di frutta e verdura tra i bambini nel contesto extra-scolastico (tra gli adulti in percentuale inferiore). Si tratta di risultati coerenti con quelli osservati in un precedente studio condotto sempre tra gli adulti a Seine-Saint-Denis dove la distribuzione di buoni per frutta e verdura ne aveva incrementato il consumo fra gli scarsi consumatori [14]. Dunque un tipo di misura che può trovare applicazione

su larga scala per consentire alle famiglie meno abbienti di meglio bilanciare la propria dieta. Da sottolineare come la ricerca-azione descritta abbia consentito ad alcune famiglie non solo di accedere ad informazioni nutrizionali da una dietista ma anche di creare legami sociali tra famiglie dello stesso quartiere e del vicinato.

BIBLIOGRAFIA

1. INRA. Les fruits et légumes dans l'alimentation. Enjeux et déterminants de la consommation. Expertise scientifique collective. Synthèse du rapport d'expertise réalisé par l'INRA à la demande du ministère de l'Alimentation de l'Agriculture et de la pêche. Paris, 2007.
2. Ministère du Travail, de l'emploi et de la Santé. Programme national nutrition santé 2011- 2015. Rapport 2011, p. 66.
3. Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). Étude Nationale Nutrition Santé (ENNS, 2006) - Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Institut de Veille Sanitaire, Université Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, 2007, p. 74.
4. Grange D., Castetbon K., Guibert G., Vernay M., Escalon H., Delannoy A. Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire - Étude ABENA 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005. Rapport Inpes, 2013.
5. Drewnowski A., Darmon N. Food Choices and Diet Costs : an Economic Analysis. The Journal of Nutrition, janvier 2005, n°135.
6. Maillot M., Darmon N., Vieux F., Drewnowski A. Low energy density and high nutritional quality are each associated with higher diet costs in French adults. The American Journal of Clinical Nutrition, janvier 2007, n°86.
7. La Rosa E., Valensi P., Cohen R., Soufi K., Robache C., Le Clesiau H. Déterminisme socio-économique dans l'obésité en Seine-Saint-Denis. Presse Médicale, 2003, n°32, p. 5560.
8. Ginioux C., Grousset J., Mestari S., Ruiz FMM. Prévalence de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent scolarisés en Seine Saint-Denis. Santé Publique, 2006, n°18, p. 389.
9. ORS, Ile-de-France. Territoire de santé:

- Seine-Saint-Denis. Paris, juillet 2013. http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2013/profil_93.pdf
10. Auzet L., Février M., Lapinte A. Niveaux de vie et pauvreté en France. Insee Première, octobre 2007.
 11. Houdré C., Ponceau J., Zergat Bonnin M. Les niveaux de vie en 2012. Insee, 2014. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281348>
 12. Darmon N., Ferguson EL., Briand A. A cost constraint alone has adverse effects on food selection and nutrient density : an analysis of human diets by linear programming. The Journal of Nutrition, décembre 2002, n°132, p. 37643771.
 13. An R. Effectiveness of subsidies in promoting healthy food purchases and consumption : a review of field experiments. Public Health Nutrition, juillet 2013, n°16, p. 12151228.
 14. Bihan H., Castetbon K., Mejean C., Penneau S., Pelabon L., Jellouli F. Sociodemographic factors and attitudes toward food affordability and health are associated with fruit and vegetable consumption in a low-income French population. Journal of Nutrition, avril 2010, n°140, p. 823830.

Alex Obry,

Direttore del Centro Comunale di Azione sociale (CCAS) di Loon-Plage

Da La Santé en action, n°444, 2018

Traduzione a cura di Edvige Mancinelli

Agricoltura di prossimità

Definiremo l'agricoltura di prossimità in base a tre criteri fondamentali, lo spazio (*s*), il tempo (*t*) e l'itinerario (*i*). L'agricoltura di prossimità è quella nella quale il tempo massimo trascorso fra quando il prodotto arriva al consumatore (o lo spazio di consumo) si trova situato in un raggio non più lontano di 100 km dallo spazio di produzione, nella quale il tempo massimo trascorso fra quando il prodotto arriva al consumatore e la sua raccolta non è superiore a 48 ore e, infine, nella quale il percorso comprende al massimo un intermediario. In base a tali criteri l'agricoltura "più prossima" è quella in cui il tempo, la distanza e l'itinerario sono minori. Dal punto di vista della commercializzazione, il concetto che si utilizza per definire questa relazione tra produttore o spazio di produzione e consumatore o spazio di consumo in spazi agricoli periurbani è quello di "filiera corta" o prodotti Km 0.... Più in dettaglio

Filiere ultra corte ($s=0\text{Km}$; $t<24\text{ h}$; $i=0$); punti di vendita diretta, vendita a domicilio (paniere in casa);

Filiere corte ($s<100\text{Km}$; $t:24-48\text{ h}$; $i\leq 1$); mense scolastiche, ristorazione;

Filiere di prossimità complementare ($s<100\text{Km}$; $t<48\text{h}$; $i\leq 1$); vendita in grandi superfici con prodotti locali propri e prodotti locali di altre zone con produzione locale per integrare i prodotti stagionali non disponibili nella zona

Da: Fanfani D. (a cura di), *Pianificare tra città e campagna. Scenari, attori e progetti di nuova ruralità per il territorio di Prato*. Università degli studi di Firenze 2009 pag 84

Classificazione degli orti urbani

L'Orto urbano è definito "come appezzamento di terreno pubblico destinato alla coltivazione di ortaggi, piccoli frutti, fiori ed erbe aromatiche, dato in concessione da ente pubblico secondo quanto stabilito dal Regolamento". In funzione della dimensione dell'area si può distinguere:

- Orto urbano di piccole dimensioni: se l'area destinata ad orto urbano è inferiore o uguale a 1.000mq
- Orto urbano di grandi dimensioni: se l'area destinata ad orto urbano è superiore o uguale a 1.000mq

... A loro volta, gli orti urbani possono essere suddivisi in due categorie, non dipendenti dalle dimensioni dell'area:

- Orto tematico: orto con specifica fruizione da parte di una categoria di soggetti (es: orto circondariale, orto scolastico, orto conventuale, orto condominiale, orto didattico etc);
- Orto sociale: orto con specifica destinazione funzionale (es. orto per diversamente abili, orto per anziani, ecc) [...]

Sostenibilità sociale

Criteri obbligatori

I seguenti criteri sono validi solo per gli orti di grandi dimensioni: i soggetti che adottano un orto urbano

- promuovono processi di partecipazione e integrazione sociale
- devono prevedere forme di educazione e sensibilizzazione correlate alla sostenibilità e ad una sana alimentazione anche attraverso il coinvolgimento delle scuole promuovendo l'integrazione delle educazioni: esperienze di botanica, seminari informativi, laboratori, scambi delle conoscenze
- promuovono il recupero della vocazione agricola in quanto sostenibile.

Da: Regolamento per l'adozione di aree verdi pubbliche della città di Ferrara - Linee guida per la creazione di orti in ambito urbano e periurbano (http://www.cronacacomune.it/media/uploads/allegati/44/linee_guida_per_la_creazione_di_orti_in_ambito_urbano.pdf)

Gli interventi per una dieta salutare sono ugualmente efficaci per tutti?

Luisella Gilardi

Veleno, Diego Olivares, 2017

Si segnala una revisione sistematica di recente pubblicazione che prende in considerazione l'impatto che hanno le politiche e gli interventi per migliorare la dieta sulle persone con diversa posizione socioeconomica. Si propone la sintesi della revisione.

Contesto

Gli interventi per promuovere una dieta salutare sono importanti nella prevenzione primaria delle malattie non trasmissibili. Non si sa se gli interventi per migliorare la dieta siano ugualmente efficaci su tutte le fasce di popolazione, e neanche se diminuiscono o aumentino il gap di salute tra i ricchi e i poveri. E' stata fatta una revisione sistematica degli interventi per promuovere una dieta sana per descriverne l'impatto su fasce di popolazione che hanno posizioni socioeconomiche (SEP) differenti.

Metodi

Sono stati consultati cinque database bibliografici usando una strategia di ricerca pretestata. Gli articoli reperiti sono stati selezionati in modo indipendente

da due review.

La definizione di dieta sana è stata definita come un ridotto apporto di sale, zucchero, grassi saturi, grassi trans, grassi totali, o calorie totali e incremento di consumo di frutta, verdura e prodotti di farina integrale.

Sono stati inclusi solo gli studi in cui i risultati erano presentati in modo quantitativo e contenevano una misura di SEP (posizione socioeconomica).

Le sei categorie di intervento usate nell'analisi dei risultati sono state le seguenti:

- Prezzo: misure fiscali come tasse, sovvenzioni o incentivi economici
- Luogo: interventi di tipo strutturale in specifici setting come scuole, luoghi di lavoro (come per esempio i distributori di cibo e bevande) o collocazione di supermarket o fast food o interventi di promozione della salute realizzati a livello comunitario
- Prodotto: modifiche del prodotto per renderlo più sano /meno dannoso attraverso la riformulazione, gli additivi o l'eliminazione di nutrienti specifici

- Normativo: restrizioni sulla pubblicità/marketing attraverso controlli o divieti, raccomandazioni sull'etichettatura o linee guida
- Promozione: campagne di informazione attraverso i mass media
- Persona: informazioni rivolte al singolo individuo e formazione (come per esempio corsi di cucina, formazione nutrizionale individuale/counselling o educazione alla dieta sana inserita nel curriculum scolastico)

Risultati

La ricerca ha identificato 31.887 articoli. Al termine della fase di selezione ne sono rimasti 36.

Interventi sui prezzi

Ne sono stati identificati diciotto, la maggior parte realizzati in Europa, cinque in Nord America e uno in Australia. Di questi nove riguardavano l'imposizione di una tassa sui cibi ad alto contenuto calorico, tre aiuti economici per l'acquisto di frutta e verdura mentre i restanti sette consideravano entrambi gli aspetti.

In generale dieci studi hanno riscontrato una riduzione delle disuguaglianze migliorando le abitudini alimentari della fascia di popolazione più povera. Tutti e sei gli studi in cui vi erano entrambi gli interventi (tasse e aiuti economici) miglioravano le abitudini alimentari delle fasce di popolazione più povera.

Interventi sul luogo

Sono stati identificati sei studi, tre realizzati in Nord America, due in Europa e uno in Nuova Zelanda. Fra questi, due sono stati realizzati in scuole, due in luoghi di lavoro, uno in una chiesa e l'ultimo in un quartiere. Nessuno di questi studi ha prodotto un ampliamento delle disuguaglianze mentre quattro le hanno ridotte.

Interventi sul prodotto

Solo un intervento è stato selezionato, è stato realizzato in Gran Bretagna e riguarda la diminuzione del contenuto di sale in un prodotto. Non sono stati rilevati impatti differenti.

Interventi di promozione

Sono stati identificati quattro interventi, tre di questi realizzati in Europa e uno negli Stati Uniti. Tutti e quattro hanno esaminato l'efficacia della campagna "Five a day". I risultati sono contrastanti, due non hanno effetti sulle disuguaglianze, uno sembra diminuirle e uno aumentarle.

Interventi verso la persona

Sono stati identificati diciotto interventi. La maggior parte realizzati in Europa, otto negli Stati Uniti e uno in Australia. Di questi quattordici erano progetti di educazione alla salute e quattro di counselling nutrizionale. Questi interventi sembrano ampliare le disuguaglianze,

otto hanno avuto un importante impatto sui cambiamenti alimentari delle fasce di popolazione più ricche. Tutti e quattro gli interventi di counselling nutrizionale sembrano aumentare le disuguaglianze.

Conclusioni

Gli interventi categorizzati secondo lo schema "6 P" hanno un diverso impatto rispetto ai comportamenti alimentari a seconda delle condizioni socioeconomiche dei destinatari.

Gli interventi classificati come "Upstream" come quelle che rientrano nella categoria "Prezzo" sembrano diminuire le disuguaglianze, mentre quelli classificati come "downstream" ovvero quelli inseriti nella categoria "Persona" ed in particolare il counselling nutrizionale sembrano aumentare le disuguaglianze. Tuttavia la maggior parte degli studi identificati non hanno indagato gli esiti stratificando per classe sociale. Gli interventi che servono per migliorare la salute della popolazione dovrebbero sempre essere valutati anche considerando il diverso impatto sulle diverse fasce di popolazione.

Indicazioni per le politiche

I decisori dovrebbero essere consapevoli che alcuni interventi per migliorare la dieta rivolti a persone sane potrebbe avere benefici maggiori per chi è in una posizione sociale più alta (e di conseguenza aumentare le disuguaglianze) soprattutto gli interventi di counselling nutrizionale.

D'altra parte l'integrazione di politiche di tassazione e di incentivi economici ha un impatto maggiore sulle fasce di popolazione più svantaggiate (riducendo le disuguaglianze). Come già sottolineato la maggior parte degli studi non indaga l'impatto della politica o dell'inter-

vento per posizione sociale. E' dunque necessario che prima di implementare una politica si considerino gli effetti che essa può avere sulle disuguaglianze di salute.

RIFERIMENTO BIBLIOGRAFICO

McGill R, Anwar E, Orton L, Bromley H, Lloyd-Williams F, O'Flaherty M, Taylor-Robinson D, Guzman-Castillo M, Gillespie D, Moreira P, Allen K, Hyseni L, Calder N, Petticrew M, White M, Whitehead M, Capewell S. Are interventions to promote healthy eating equally effective for all? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact. *BMC Public Health*. 2015 May 2;15:457.

Da disuguaglianzedisalute.it

Luisella Gilardi,

DoRS - Centro di Documentazione per la Promozione della Salute, ASL TO3 - Regione Piemonte.

La scuola un setting irrinunciabile per promuovere salute ed equità sociale

Emilia Guberti

I bambini ci guardano, Vittorio De Sica, 1943

La sorveglianza *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)* della Regione Europea dell'OMS 2010 ha evidenziato livelli preoccupanti di eccesso ponderale nei bambini italiani secondi solo a quelli riscontrati in Grecia e in Spagna (1).

L'impatto dell'obesità e le conseguenti ripercussioni dirette sulla salute sottolineano come sia prioritario e necessario contrastare tempestivamente tale fenomeno, iniziando dalla più tenera età.

Lo sostengono le principali agenzie sanitarie nazionali ed internazionali (OMS in testa) e l'*Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020* dell'Unione Europea (UE) si inserisce proprio in quest'ottica di prevenzione e contrasto (2).

Lo sviluppo di sistemi di sorveglianza è alla base delle strategie italiane in materia di prevenzione e promozione della salute, quali il Programma "Guadagnare salute", il Piano Nazionale della Prevenzione 2015-18 ed i piani regionali declinati coerentemente alla pianificazione UE (3).

Fra questi l'Italia può contare su sistema di sorveglianza nazionale OKkio alla SALUTE, realizzato grazie alla collaborazione fra Ministero della Salute/CCM, Istituto Superiore di Sanità CNESPS (che lo coordina), Regioni e AZ USL (SIAN) e MIUR, che dal 2008 costituisce una solida fonte di dati epidemiologici sugli stili di vita dei bambini della scuola primaria e sul problema del sovrappeso e dell'obesità nella popolazione infantile (4).

Secondo la rilevazione Okkio alla salute 2016 in Italia bambini in sovrappeso sono il 21,3% e i bambini obesi sono il 9,3% di cui il 2,1% severamente obesi. Rispetto al passato, la prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini in Italia risulta in diminuzione (21,3 vs 23,2 del 2008 per sovrappeso, 9,3 vs 12 del 2008 obesità) ma restano elevate le prevalenze nelle Regioni meridionali con punte in Calabria (25 % di sovrappeso e 16,4% di obesità) e Campania (26,2 % di sovrappeso e 17,9 % di obesità) (5).

Relativamente alle abitudini alimentari

la rilevazione Okkio 2016 conferma una quota non trascurabile di bambini che salta la prima colazione (8%) o che la fa inadeguata (33%) mentre si riduce il consumo di bevande zuccherate (36% vs 41%), il numero di chi non consuma quotidianamente frutta e verdura (20% vs 25%) e si consolida il contenimento di chi fa merende abbondanti (53% vs 82% 2008) (5).

Anche riguardo alla diffusione di uno stile di vita attivo, i dati 2016 continuano a mostrare elevati valori di inattività fisica e di comportamenti sedentari.

Va considerata, inoltre, la percezione distorta che spesso le persone hanno sul proprio stato ponderale e abitudini di vita. Tale fenomeno si verifica anche tra i genitori dei bambini sovrappeso o obesi e non va trascurato poiché la consapevolezza rappresenta un fattore chiave per motivare le persone a modificare stili di vita non adeguati.

I genitori spesso tendono a sottostimare lo stato ponderale dei propri figli: per esempio, nel 2016, tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi il 37%

ritiene che il proprio figlio sia sottopeso e solo il 30% pensa che la quantità di cibo assunta sia eccessiva.

Già nella rilevazione Okkio 2014 relativamente alla percentuale di bambini in sovrappeso od obesi il cui stato ponderale è percepito correttamente dalla madre colpiva l'esistenza di una differenza statisticamente significativa fra le regioni italiane: nel Sud la percezione materna era meno accurata (28%) rispetto al Centro (42%) e al Nord (46%).

Anche il titolo di studio influiva sulla percezione materna dello stato ponderale dei bambini in sovrappeso od obesi: la percezione accurata era del 32% nelle donne senza titolo di studio o con titolo di studio basso, del 40% nelle donne con diploma di scuola media superiore e del 46% tra le laureate. Inoltre, le donne che dichiaravano di non avere un'occupazione sembravano avere una percezione meno accurata dello stato ponderale dei propri figli (67,7%) rispetto a quelle che lavorano part-time (60,8%) o a tempo pieno (56,4%).

I dati sopra esposti appaiono quanto mai importanti nella definizione delle strategie e modalità di intervento per promuovere in Italia ed in particolare nelle regioni del Sud dove il problema dell'eccesso ponderale appare più acuto, l'empowerment verso abitudini alimentari e di vita capaci di contrastare il ricorso a modelli alimentari ormai grandemente diffusi e pervasivi. Complici di tutto questo i cambiamenti nel sistema alimentare globale, con l'immissione sul mercato di quantità di alimenti e bevande ad elevata densità energetica ricchi di zuccheri, grassi e sale, promossi con strategie di marketing intensivo, con porzioni

maggiori a prezzi bassi che trovano un facile mercato fra i consumatori con minori disponibilità economiche e culturali e fra i più piccoli destinatari di pressanti campagne pubblicitarie che promuovono il cibo "spazzatura" (6).

Sarà indispensabile attivare azioni utili a favorire il recupero dell'adesione allo stile alimentare e di vita mediterraneo, universalmente riconosciuto come protettivo per le principali patologie non trasmissibili (malattie cardiovascolari, diabete, tumori frequentemente associati ad eccesso ponderale), da cui la popolazione italiana si è allontanata, paradossalmente in modo più evidente nella Regioni meridionali, che ne sono state la culla, come ben testimoniano gli insufficienti consumi di frutta e verdura registrati per adulti e bambini dalle sorveglianze Passi ed Okkio alla salute.

Il setting scolastico che può contare su interventi di educazione alimentare curricolare equamente distribuiti sull'intero territorio nazionale (75,8% nel 2016 Okkio alla salute), ha la necessità di sperimentare e consolidare i contenuti teorici con la pratica a tal fine la ristorazione scolastica può rappresentare un utile laboratorio.

A tal proposito le agenzie sanitarie ed educative nazionali ed internazionali concordano nel riconoscere che la ristorazione scolastica costituisce un contesto fondamentale per promuovere un'alimentazione salutare (favorire il consumo delle porzioni raccomandate di frutta/verdura, l'apporto equilibrato dei diversi componenti nutrizionali ridurre il consumo di grassi, zuccheri e sale) strategica per contrastare l'"epidemia di obesità" e le malattie croniche non trasmissibili (malattie cardiovascolari,

tumori, malattie metaboliche) principali cause di morte prematura e anni di vita vissuti in cattiva salute.

In tal senso è orientato il Piano nazionale della Prevenzione 2014-18 ed Piani attuativi regionali che dedicano ampio spazio alla scuola come *setting* strategico per promuovere salute e perseguire l'equità sociale (3) (7).

Del resto l'istituzione della mensa scolastica ha rappresentato un importante strumento per garantire a tutti i bambini, indipendentemente dalle risorse economiche e culturali della famiglia, un pasto di elevata qualità nutrizionale ed un'occasione insostituibile per dare concreta attuazione all'educazione alimentare senza la quale anche le proposte più salutari rischiano di naufragare.

Il rapporto 2016 di *Save the children* in Italia sulle mense scolastiche (oltre 2,5 milioni di utenti con una media di 2.000 pasti consumati durante il ciclo scolastico obbligatori), sottolinea il contributo della mensa per promuovere una corretta alimentazione, un momento educativo importante, occasione di convivialità e integrazione fra compagni, e, potenzialmente, uno strumento rilevante per contrastare la povertà minorile (8).

Lo stesso rapporto rileva come il servizio mensa non sia garantito in tutte le scuole e come le regioni del Sud ne siano più carenti con 1 scuola su 2 dotata di mensa a fronte delle 2 su 3 del Nord Italia.

Si tratta di dati che riprendono quanto già rilevato dalla sorveglianza "Okkio alla salute" che nel 2016 evidenziava

come la mensa scolastica fosse presente nel 72,2% delle scuole campionate (Nord: 90 %, Centro: 82 %, Sud: 44 %) con una grande variabilità regionale, dal 29% della Sicilia al 100% della Valle d'Aosta. Il 72,8% delle mense (Nord: 72,8%, Centro: 83,3%, Sud: 76,1%) è funzionante cinque giorni a settimana ed è utilizzata dal 67,6% dei bambini (Nord: 71,3%, Centro: 70,8%, Sud: 51,5%) (5).

Le regioni con meno mense scolastiche sono anche quelle in cui è minore il consumo di frutta/verdura e sovrappeso e obesità sono più presenti. Certo non è questo l'unico aspetto in gioco, ma sembra avere una sua rilevanza. E' proprio dalla mensa scolastica e più in generale dall'alimentazione a scuola (spuntini, distributori) che si potrebbe partire per promuovere interventi di empowerment verso un'alimentazione salutare che per avere successo devono saper coinvolgere sin dalla fase di progettazione i vari soggetti in causa : insegnanti, genitori, enti locali, aziende di ristorazione e/o vending , gli stessi ragazzi troppo spesso ed erroneamente relegati a soggetti passivi.

Sono presenti in Italia diverse esperienze in larga parte sperimentate dai Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione dei Dipartimenti di Prevenzione con scuole, ristorazioni scolastiche, enti locali che confermano che:

1. l'offerta alimentare in ambito scolastico è un importante determinante di salute che influenza le scelte alimentari e l'adozione di sane abitudini alimentari nei bambini e nei ragazzi, in particolare in termini di risultati durevoli.
2. il miglioramento all'accesso a sani alimenti nella scuola contribuisce

a ridurre le iniquità sociali, consentendo a bambini e adolescenti con poche risorse economiche di migliorare lo stile alimentare.

Infine, come ricorda il rapporto 2016 di Save the Children "la mensa potrebbe essere uno strumento rilevante per contrastare la povertà minorile, e al tempo stesso un espediente nella lotta alla dispersione scolastica, promuovendo un'offerta formativa ricca all'interno delle scuole" (8).

Resta la necessità di un impegno sempre maggiore da parte delle amministrazioni locali affinché la refezione scolastica (un servizio ancora non obbligatorio) quali-quantitativamente adeguata sia garantita su tutto il territorio nazionale a garanzia del " diritto fondamentale della collettività all'uguaglianza, alla salute e alla partecipazione a una comunità sociale, come quella scolastica" (Sentenza TAR di Napoli 2017). A tal fine sarà essenziale il coinvolgimento della Scuola, degli Enti Locali, delle Imprese di Ristorazione e dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione territorialmente competenti in coerenza col documento recentemente pubblicato dall' Organizzazione Mondiale della Sanità sulle migliori strategie di riduzione dell'obesità infantile (WHO Europe 2018) (9).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010 BMC Public Health 2014 14:806 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-806>
2. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020. [\[actionplan_2014_2020_en.pdf\]\(#\)](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_

</div>
<div data-bbox=)

3. Piano Nazionale Prevenzione 2015-18 http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?area=prevenzione
4. D'Argenio P., Cairella G., Guberti E. "Problemi e prospettive della sorveglianza per la prevenzione delle malattie associate agli alimenti in Italia. Una visione d'insieme" Politiche sanitarie Vol. 17, N. 3, Luglio-Settembre 2016
5. CNESPS Istituto Superiore di Sanità "Sorveglianza Okkio alla Salute Report 2008-2016" <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute>
6. Guberti E, Alonzo E, Cairella G, Pontieri V, Talarico F "From surveillance to development of nutritional guidelines". Epidemiol Prev. 2015 Jul-Aug;39(4 Suppl 1):66-70.
7. Costruire Salute Il Piano della Prevenzione 2015-18 della Regione Emilia Romagna <http://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/piano-regionale>
8. Save the Children Italia " (Non) tutti a mensa" 2016 <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/non-tutti-mensa-2016>
9. WHO Europe Reducing childhood obesity in Poland by effective policies http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/350030/Reducing-childhood-obesity-in-Poland_final_WEB.pdf?ua=1

*Emilia Guberti
Direttore Servizio Igiene Alimenti e
Nutrizione Dipartimento Sanità Pubblica
Az. USL Bologna*

Pane meno sale: più salute con meno sale

Emilia Guberti



Super Size Me, Morgan Spurlock, 2004

In Italia consumiamo troppo sale almeno il doppio di quello raccomandato (1). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per stare bene in salute, il consumo di sale deve essere inferiore ai 5 grammi al giorno, l'equivalente di 1 cucchiaino (2). Le quantità consigliate (< 5 g/die di sale, pari a 2 g/die di sodio) sono state inserite nelle Linee guida dell'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione del 2003 indirizzate alla popolazione italiana nell'ottica della prevenzione delle malattie cardiovascolari e di altre patologie croniche e dal World Cancer Research Fund (WCRF) nel 2007, come indicazione per la prevenzione delle patologie neoplastiche.

La strategia dell'OMS *Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases "Health 2020"* che si propone di ridurre del 25% mortalità prematura ed ipertensione arteriosa pone come obiettivo la riduzione del 30% del consumo di sale entro 2025 (2).

La riduzione dell'assunzione di sale con la dieta è, dunque, un importante **obiettivo di salute per tutte le età**. È dimostrato lo stretto legame tra **quantità di sale assunta** con la dieta e **pressione arteriosa, infarti, ictus, malattie renali, calcoli, osteoporosi**.

Una riduzione **modesta, ma quotidiana e prolungata** nell'arco dell'intera vita, può portare a benefici per la salute davvero importanti:

- riduce la **pressione arteriosa**;
- migliora la funzionalità di **cuore, vasi sanguigni e rene**;

ridurre il contenuto di sale aiuta a ridurre il rischio di infarto e ictus: 46.000 casi in meno in Italia

ed 1 milione di morti in meno per ictus e 3 milioni per malattie cardiovascolari nel mondo

- riduce rischio di **cancre allo stomaco**
- aumenta la **resistenza delle ossa**
- contribuisce a **contrastare l'eccesso di peso**

Il sodio (sale) contenuto naturalmente

negli alimenti (frutta, verdura, acqua, carne, ecc.) rappresenta appena il 10% dell'apporto totale il sodio, quello aggiunto durante la **cottura dei cibi o a tavola a rappresenta in media il 35%** dell'assunzione totale, mentre il sodio contenuto nei **prodotti trasformati** sia artigianali che industriali e nei **cibi consumati fuori casa** è pari quindi a circa il **55% del totale**.

Il **pane** è alla base della piramide fra i **prodotti consumati con maggior frequenza e quantità**, ne consegue che più apportare quantità di sale significative (3).

Nel 2009 sono stati siglati protocolli d'intesa per la riduzione del quantitativo di sale nel pane tra il **Ministero della Salute** e le principali **Associazioni di categoria** della **panificazione** artigianale e industriale in linea con il *Programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari"*.

Ne sono seguiti diversi accordi a livello regionale fra cui quello siglato nel 2013 fra Regione Emilia-Romagna (Sanità ed Agricoltura) e le Associazioni di

categoria della panificazione per la produzione di pane con un contenuto massimo di sale pari all'1,7% del peso della farina(4).

Rispetto al pane abitualmente in commercio la riduzione di sale è di circa il 15%, tale da non cambiarne il sapore, ma da produrre nel tempo effetti positivi sulla salute, visto che si tratta di un prodotto consumato quotidianamente. Oltre al "pane meno sale" è stato promosso il pane "Qualità Controllata", prodotto anch'esso con poco sale (l'1,5% del peso in farina), con farine emiliano-romagnole poco raffinate, olio extravergine d'oliva, totale assenza di additivi e di agenti chimici per la lievitazione. Il pane fresco "Qualità Controllata" aggiunge ai benefici per la salute anche i vantaggi per l'ambiente, perché proviene da coltivazioni che rispettano precisi disciplinari per un uso ridotto di prodotti chimici e di fitofarmaci e tecniche colturali più sostenibili, incluso un uso più razionale dell'acqua.

I servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) delle Az. USL raccordandosi con i Panificatori locali hanno dato concreta attuazione al protocollo d'intesa attraverso:

- **Interventi di informazione e formazione rivolti ai panificatori** per favorire adesione a protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le associazioni di categoria della panificazione con rilascio di attestato di formazione.
- Raccolta delle **sottoscrizione da parte dei panificatori** del modulo di adesione alla progetto di riduzione del sale nel pane.
- Rilascio ai **panificatori aderenti della vetrofania identificativa** della partecipazione al programma (il mantenimento è soggetto a periodi-

ci controlli da parte del SIAN) e di pieghevoli inerenti la campagna per i consumatori.

- Inserimento dei **panificatori nell'elenco regionale**, pubblicizzazione sulla pagina di Alimenti e salute (Saluter) e sui siti aziendali.

Si tratta di un progetto in cui le Associazioni di categoria e Produttori svolgono un ruolo

fondamentale nel favorire i comportamenti salutari promuovendo linee di prodotti alimentari adatte ad una alimentazione corretta.

Con questa iniziativa i cittadini/consumatori hanno un'opportunità di scelta in più e potranno fare

ogni giorno un gesto semplice ma importante per la loro salute.

Sono già 350 i panificatori che producono pane a ridotto contenuto di sale in Emilia Romagna (una quarantina nell'area metropolitana di Bologna) per identificarli basta cercare la vetrofania recante il cuore sorridente del marchio "Guadagnare in salute".



o consultare il sito <https://www.alimenti-salute.it/content/pane-meno-sale-pa->

nificatori-che-hanno-aderito.

La continuità del progetto è garantita dal suo inserimento nel Piano Regionale della Prevenzione 2015-19 che riprende i contenuti del Piano Nazionale 2015-18 (5).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- 1) Consumi medi di sale e potassio per Regione nell'alimentazione degli italiani adulti (35-79 anni) Minisal-Gircsi e Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey (2008-2012)* <http://www.epicentro.iss.it/focus/cardiovascolare/dati.asp>
- 2) Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases "Health 2020" <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19752en/s19752en.pdf>
- 3) Settimana Mondiale 2018 (12 - 18 marzo 2018) per la Riduzione del Consumo di Sale proposta dalla World Action on Salt and Health - WASH
 - <https://www.ausl.bologna.it/news/archivio-2018/auslnews.2018-03-12.5763344795>
 - http://www.sinu.it/html/pag/meno_sale_piu_salute_2018.asp
- 4) Regione Emilia Romagna - Campagna regionale "Pane meno sale"
 - <https://www.alimenti-salute.it/content/campagna-regionale-pane-meno-sale>
- 5) Piano Regionale della Prevenzione 2015-18 Emilia Romagna Costruire Salute
 - <https://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/piano-regionale>

*Emilia Guberti
Direttore Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione Dipartimento Sanità Pubblica
Az. USL Bologna*



Dalla collezione manifesti del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (CeSPES)

Sostenere al meglio la partecipazione sociale degli anziani: una rassegna di interventi valutati

Stéphane Tessier



Pranzo di ferragosto, Gianni Di Gregorio, 2008

I ricercatori hanno valutato, a livello internazionale, l'efficacia di programmi favorevoli alla partecipazione degli anziani

Il contributo proviene da un ampio studio condotto in Quebec dall'Istituto Nazionale di sanità pubblica e multidisciplinarietà [1]. Presenta una lista di interventi valutati, accomunati dallo stesso obiettivo: sostenere la partecipazione sociale degli anziani¹. Benché la partecipazione sociale costituisca il fulcro degli interventi sull'invecchiamento, gli interventi promotori delle pratiche partecipative degli anziani sono poco conosciuti. Interventi e metodologie innovative impiegate, rimangono, di frequente, raramente valutati o diffusi. Per trasmettere conoscenze e competenze in tal senso, è stata realizzata una revisione della letteratura *ad hoc*. Considerando la scarsità di programmi valutati, la revisione ha coperto un ampio arco temporale, dal 1970 ad oggi.

Si sono identificati 41 programmi di intervento valutati, un *corpus* che conferma la rilevante differenza sui *modi* di definire e *operativizzare* la partecipazio-

1. L'articolo è la sintesi di un rapporto pubblicato dall'Istituto nazionale di sanità pubblica del Quebec, gratuito e accessibile online: <https://www.inspq.qc.ca/publications/2017>

ne sociale, proprio come la ricchezza di programmi sviluppati in epoche diverse. Per organizzare i risultati della ricerca, è stata concepita una tipologia di indagine basata sull'analisi delle caratteristiche dei programmi, in primo luogo sui tipi di interazioni sociali che cercano di stimolare, quindi sulle attività concrete organizzate.

Le metodologie di intervento sulla partecipazione sociale degli anziani ci ha consentito di identificare cinque categorie:

- interazioni sociali nel contesto individuale
- interazioni sociali nel contesto di gruppo
- attività e pratiche collettive
- volontariato e sostegno informale
- impegno civile e militanza.

La classificazione è stata pensata come uno strumento empirico fruibile per la promozione della partecipazione degli anziani. Le categorie sono flessibili e le sovrapposizioni possibili, addirittura auspicabili, dal momento che i programmi, combinando diversi tipi di pratiche, sono suscettibili di adattarsi alle molteplici situazioni e scelte degli anziani.

A ciascuna modalità di intervento corrispondono programmi pertinenti. Presenteremo ogni categoria associandovi

alcuni esempi operativi².

Interazioni sociali nel contesto individuale

I programmi riguardano anziani che vivono esperienze, indesiderate, di isolamento sociale e/o solitudine. Mirano a facilitare il loro accesso all'interno di servizi idonei alla loro situazione ossia potenzialmente in grado di integrarli in una rete di supporto sociale. In altri termini, si tratta di programmi promotori di coesione sociale, connotati da un processo di intervento finalizzato a :

- identificare nella comunità gli anziani più fragili o vulnerabili;
- stabilire con essi un contatto significativo;
- invitarli a partecipare in una relazione terapeutica o sociale.

Possono essere classificati in funzione di due tipi di intervento: approccio di prossimità e approccio a domicilio. Nel caso dell'approccio di prossimità, l'obiettivo consiste nell'entrare in contatto con gli anziani nel loro ambiente di vita per offrire servizi socio-sanitari. I servizi proposti rappresentano opportunità di socializzazione e ampliamento della rete sociale. In uno dei programmi pre-

2. Il rapporto di ricerca presenta un resoconto sintetico per ogni intervento elencato.

sentati, gli operatori si spostano con un veicolo motorizzato che funge da *ufficio di colloquio*. Lo parcheggiano una volta a settimana presso i vari edifici abitati da anziani [2]. Nel caso di programmi a domicilio, gli anziani rivestono entrambi i ruoli di padroni di casa e protagonisti collaboranti durante idonei incontri interattivi. In altri progetti, gli anziani ricevono la visita di volontari che, accordando una presenza premurosa e aiuto nello svolgimento di alcuni compiti, li incoraggiano a sviluppare nuove relazioni sociali nonché a conoscere e utilizzare le diverse attività offerte dalla comunità [3].

Interazioni sociali nel contesto di gruppo

Si tratta di una categoria che comprende programmi che cercano di aiutare gli anziani ad adattarsi all'invecchiamento in un contesto partecipativo di gruppo. Le attività proposte riguardano l'acquisizione di conoscenze, lo sviluppo di competenze, il cambiamento delle abitudini di vita. Sebbene il focus dell'intervento sia inizialmente individuale e le persone non realizzino progetti comuni, la presenza del gruppo può generare interazioni sociali positive che migliorano la rete delle relazioni interpersonali e ottimizzano la vita sociale. Vengono identificati due sottogruppi: la formula dei corsi e quella dei centri diurni per anziani. I corsi si connotano per l'eterogeneità dei destinatari – dalle donne anziane ai soggetti residenti nello stesso quartiere agli individui in stato di isolamento sociale – e delle tematiche – per esempio, amicizia e attività fisica [4; 5]. Il coinvolgimento delle persone in un corso è considerato una modalità per meglio adattarsi alle trasformazioni e alle sfide connesse all'invecchiamento, grazie alla presenza dei pari. I centri diurni sono orientati alla preservazione delle abilità sociali e della qualità di

vita di quegli anziani considerati fragili o parzialmente autosufficienti grazie al consentire loro di trascorrere diverse ore settimanali in un contesto collettivo stimolante. Alcune attività sono finalizzate alla riabilitazione e all'adattamento degli anziani rispetto ai cambiamenti del loro stato di salute soprattutto in tema di competenze cognitive e fisiche; altre attività sono di natura ricreativa o socio-culturale [6; 7].

Attività e pratiche collettive

La terza modalità di intervento riunisce una vasta gamma di azioni il cui comune denominatore consiste nel permettere ai partecipanti di prendere parte alla gestione di un processo comune. Stiamo parlando di processi collettivi nei quali i partecipanti sono portati ad appropriarsi di un progetto e a impegnarsi attivamente in esso. Viene creato uno spazio condiviso nel quale le persone possono trovare risposta ai loro bisogni contribuendo alla dinamica di gruppo. Si distinguono due sottogruppi di programmi: quelli la cui componente principale è ricreativa, sportiva o socioculturale e quelle di natura intergenerazionale. Numerose attività del primo sottogruppo sono contraddistinte dal loro aspetto innovativo e multidimensionale. Citiamo un progetto di giardinaggio in un ambiente residenziale [8] e un gruppo di discussione sulle opere d'arte [9]. I programmi del secondo sottogruppo, intergenerazionali, portano gli anziani a contatto con persone di altri gruppi di età (giovani o adulti con disabilità intellettive) in un contesto di attività ludiche, al per creare l'opportunità di sviluppare legami e relazioni significativi [10].

Volontariato e sostegno informale

È la categoria di programmi destinati a sostenere gli anziani desiderosi di essere coinvolti come volontari in un ruolo

di assistenti o *mentori*³ (accompagnare persone con una qualche responsabilità legata a competenze, conoscenze). Si tratta di un genere di impegno percepito come un vettore di ruoli sociali significativi, una fonte di riconoscimento e procura una notevole sensazione di utilità sociale. È bene ricordare che spesso il concetto di partecipazione sociale è dominato da quella di volontariato; qui, comunque, incoraggiare il volontariato rappresenta una modalità di intervento tra le altre. Tutti i programmi elencati portano gli anziani a rapportarsi con bambini allievi della scuola primaria od ospedalizzati. Nel primo caso, gli anziani giocano diversi ruoli che ne incoraggiano iniziativa e creatività [11; 12]. Si tratta di attività di sostegno o arricchimento della scolarità formale. Per quanto riguarda i programmi di volontariato in ambiente ospedaliero, i ruoli degli anziani riguardano le cure quotidiane da dispensare a bambini malati [13].

Impegno civile e militanza

La quinta ed ultima categoria include programmi favorevoli al coinvolgimento in attività di partecipazione sociale militante. Programmi che esortano gli anziani a divenire agenti del cambiamento sociale, fulcro del processo di mobilitazione e azione collettiva. Di nuovo si distinguono in programmi *intergenerazionali* e *globali*. Nel primo sottogruppo, gli anziani sono coinvolti in progetti che consentono loro di prendere parte a sistemi democratici di riflessione, di presa di decisione e azione, diretti alla costruzione di una società più equa. Progetti che assumono molteplici forme, come i gruppi dei fruitori dei servizi

3. Il mentore è una persona esperta che, in qualità di guida, consigliere e modello, fornisce, volontariamente, aiuto ed assistenza ad un'altra persona meno esperta, con essa condividendo il proprio vissuto, la propria esperienza e la propria visione.

socio-sanitari [14] o il gruppo di donne che denunciano le ingiustizie attraverso le canzoni [15]. Nel secondo sottogruppo, il cambiamento sociale si costruisce attraverso relazioni e attività intergenerazionali. Ad esempio, un programma riunisce anziani e studenti coinvolti nello sviluppo del loro quartiere [16].

Come usare la tipologia e il repertorio degli interventi

Il materiale può essere utilizzato in vari modi. Innanzitutto, è possibile ricorrere alla descrizione e ai risultati di uno o più programmi sociali segnalati per esserne ispirati. I programmi possono inoltre *sostenere* azioni condotte localmente, *facilitare* richieste di supporto o finanziamento, *mostrare* come alcune lacune, nell'ambito della partecipazione sociale degli anziani, dovrebbero essere colmate. D'altra parte, il ventaglio di modalità di intervento in tema di partecipazione sociale, può essere usato quando si pianificano azioni - valutando se una modalità appare prioritaria o meno - o per mappare o eseguire il censimento dei contesti partecipativi presenti in un contesto o comunità - utilizzando la tipologia come struttura di sintesi per le informazioni raccolte.

BIBLIOGRAFIA

1. Raymond É., Sévigny A., Tourigny A., Bonin L., GuilbertCouture A., Diallo L. Interventions évaluées visant la participation sociale des aînés. Fiches synthèses et outil d'accompagnement. Québec : Institut national de santé publique du Québec, mars 2015 : 92 p. En ligne : http://www.ciuss capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/interventions_participation_ainesmars2015.pdf
2. Stein S.R., Linn M.W., Weiner A.S. Effectiveness of a Service Workers' Action Team (SWAT) for the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1981, vol. 29, no 9 : p. 411417.
3. Butler S.S. Evaluating the senior companion program: A mixedmethod approach. *Journal of Gerontological Social Work*, 2006, vol. 47, nos 12 : p. 4570.
4. Stevens N.L., Martina C.M.S., Westerhof G.J. Meeting the need to belong: Predicting effects of a friendship enrichment program for older women. *The Gerontologist*, août 2006, vol. 46, no 4 : p. 495502. En ligne : <https://academic.oup.com/gerontologist/article/46/4/495/623883>
5. Kocken O.L., Voorham A.J.J. Effects of a peerled senior health education program. *Patient Education and Counseling*, 1998, no 34 : p. 1523.
6. Polenick C.A., Flora S.R. Increasing social activity attendance in assisted living residents using personalized prompts and positive social attention. *Journal of Applied Gerontology*, 2013, vol. 32, no 5 : p. 515539.
7. Tse T., Howie L. Adult day group: Addressing older people's needs for activity and companionship. *Australasian Journal of Ageing*, 2005, vol. 24, no 3 : p. 134140.
8. Tse M.M. Therapeutic effects of an indoor gardening program for older people living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, avril 2010 vol. 19, nos 78 : p. 949958.
9. Wikström B.M. Social interaction associated with visual art discussions: A controlled study. *Ageing & Mental Health*, février 2002, vol. 6, no 1 : p. 8287.
10. Jones E.D., Herrick C., York R.F. An intergenerational group benefits both emotionally disturbed youth and older adults. *Issues in Mental Health Nursing*, décembre 2004, vol. 25, no 8 : p. 753767.
11. Fried L.P., Carlson M.C., Freedman M., Frick K.D., Glass T.A., Hill J., et al. A social model for health promotion for an aging population: Initial evidence on the Experience Corps Model. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 2004, vol. 81, no 1 : p. 6478. En ligne : <https://digitalcommons.unomaha.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context=sliceintergenerational>
12. Kinney S., MorrowHowell N. Perceived benefits of intergenerational tutoring. *Gerontology and Geriatrics Education*, 2000, vol. 20, no 2 : p. 317.
13. Rook K.S., Sorkin D.H. Fostering social ties through a volunteer role: Implications for olderadults' psychological health. *International Journal of Aging and Human Development*, 2003, vol. 57, no 4 : p. 313337.
14. Barnes M., Bennet G. Frail bodies, courageous voices: older people influencing community care. *Health and Social Care in the Community*, mars 1998, vol. 6, no 2 : p. 102111.
15. Hutchinson S.L., Wexler B. Is "raging" good for health? Older women's participation in the Raging Grannies. *Health Care for Women International*, janvier 2007, vol. 28, no 1 : p. 88118. [16] Kaplan M. Promoting community education and action through intergenerational programming. *Children's Environments*, 1994, vol. 11, no 1 : p. 6484.

Émilie Raymond

PhD, Professore presso la Scuola di lavoro sociale e criminologia, Università di Laval,

Quebec

Ricercatrice presso il Centro interdisciplinare di ricerca in riabilitazione e integrazione sociale (Cirris),

Andrée Sévigny

PhD, Professore associato presso la Scuola di lavoro sociale e criminologia, Università di Laval, Quebec

Ricercatrice presso il Centro di eccellenza sull'invecchiamento del Quebec (CEVQ)

André Tourigny

MD, MBA, consulente medico presso l'Istituto nazionale di sanità pubblica del Quebec (INSPQ),

co-direttore dell'Istituto sull'invecchiamento e sulla partecipazione sociale degli anziani, Università di Laval, (IVPSA), Quebec

Da *La Santé en action*, n° 443, 2018

Traduzione a cura di Edvige Mancinelli

L'Italia deve dotarsi di un sistema di sorveglianza della salute delle popolazioni colpite da catastrofi

Congresso di Primavera dell'Associazione italiana di epidemiologia (AIE)
L'Aquila 14-15 aprile 2016 - Documento conclusivo

L'Italia è un paese ad alto rischio di disastri ambientali, sia naturali (terremoti e inondazioni) sia innaturali. Negli anni ha sviluppato procedure e competenze per gestire le emergenze e rispondere in modo rapido e appropriato a tali eventi. Non è però ancora pronta a gestire le fasi di medio e lungo termine delle emergenze; in particolare non esistono procedure per mettere in essere con tempestività piani di sorveglianza e ricerca sulla salute, che siano definiti in precedenza nelle loro linee generali e successivamente adattati alle specifiche circostanze.

Il Convegno *Epidemiologia, sorveglianza e ricerca in occasione di eventi catastrofici. L'Aquila: la sorveglianza a lungo termine dopo il terremoto* che si è tenuto a L'Aquila il 14 e 15 Aprile 2016, ha rimarcato la necessità che le istituzioni sanitarie e della ricerca scientifica italiane si trovino in ogni momento preparate a intervenire con le proprie specifiche competenze, non solo per l'emergenza di un disastro, ma anche per la sorveglianza del post-emergenza. Gli eventi disastrosi su cui il convegno ha lavorato sono quelli di origine naturale o innaturale che coinvolgono la popolazione generale, con l'esclusione dei disastri chimici e nucleari, che hanno già

proprie procedure di gestione.

La rivista *Epidemiologia & Prevenzione* ha pubblicato un supplemento monografico (<http://www.epiprev.it/publicazione/epidemiol-prev-2016-40-2-suppl-1>) per documentare questa necessità, raggruppando la produzione scientifica sugli effetti a medio e lungo termine sulla salute del sisma del 2009 a L'Aquila.

Le evidenze scientifiche e le testimonianze raccolte provano che la Sanità pubblica e la Protezione Civile hanno dato risposte concrete e valide ai bisogni dei cittadini grazie al coraggio, all'inventiva e alla generosità degli operatori e delle istituzioni. Contemporaneamente evidenziano come la risposta ai danni e ai rischi per la salute prodotti dal disastro debba essere pianificata e organizzata molto prima dell'emergenza (*preparedness*).

In particolare:

- La preparazione si concretizza nell'allestimento, prima che i disastri si verifichino, di piani di intervento da rendere operativi nell'emergenza e nel post-emergenza. Fanno parte essenziale di questi piani sistemi di monitoraggio della salute in tutti i suoi aspetti, di educazione, di creazione della consapevolezza e di co-

The Impossible, Juan Antonio Bayona, 2012

municazione del rischio.

- La letteratura internazionale ha documentato effetti sulla salute dei disastri che si manifestano anche a distanza di anni dall'evento (mortalità, problemi di salute mentale, malattie cardiovascolari, disturbi del comportamento). Due fattori sembrano caratterizzare tali effetti: 1) i soggetti più vulnerabili (per età, per privazione sociale e per patologie concomitanti) sono quelli più esposti; 2) le soluzioni adottate per il governo del territorio e per il ricollocamento della popolazione che ha perduto la propria abitazione hanno un effetto rilevante sulla salute. La consapevolezza *a priori* del ruolo di entrambi i fattori può contribuire a programmare interventi volti a ridurre il carico degli effetti tardivi.
- Dopo il terremoto dell'Aquila la sorveglianza della salute della popolazione colpita è avvenuta senza una precisa programmazione e per lo più grazie all'esistenza di interessi locali di tipo disciplinare (ad esempio quello sulle malattie mentali). Ciò, nonostante l'epidemiologia italiana possa vantare un'attenzione precoce per questi temi (vedi la sorveglianza del terremoto dell'Irpinia nel 1980) e

una consolidata esperienza nella sorveglianza di popolazioni esposte a catastrofi ambientali (vedi ad esempio Seveso nel 1976).

- La comunicazione sullo stato di salute e sui rischi per la salute della popolazione esposta ad un evento disastroso è di importanza strategica per il buon esito dell'assistenza, oltre che della sorveglianza e della ricerca dopo il disastro.

Gli organizzatori e i partecipanti al Congresso AIE dell'Aquila (Associazione italiana di epidemiologia, Comune dell'Aquila, Agenzia di sanità della regione Abruzzo, Università dell'Aquila, Ordine dei medici, Azienda sanitaria dell'Aquila) indicano come priorità dotare l'Italia di un **sistema di strumenti e professionalità** per rispondere alla necessità di sorvegliare la salute delle popolazioni vittime di eventi catastrofici.

Il sistema dovrebbe essere dotato delle seguenti caratteristiche:

- essere aperto, per permettere la partecipazione dei cittadini e garantire un approccio partecipato alla sorveglianza della salute, in tutte le sue fasi, dalla pianificazione delle indagini alla interpretazione dei risultati, alla definizione degli interventi necessari;
- avere un approccio multidisciplinare alla sorveglianza della salute, a partire dall'individuazione degli indicatori prioritari (di salute, di accesso e offerta dei servizi) fino alla misura e analisi dei dati;
- assicurare sistemi informativi correnti locali efficienti e capaci di resistere nelle crisi;
- sviluppare la capacità di mettere a sistema il sapere accumulato dalla popolazione e dalle istituzioni, dai politici, dalla ricerca e dalla popolazione nelle esperienze passate;
- avere operatori formati in grado di

elaborare e gestire protocolli per la raccolta e analisi di dati individuali;

- possedere indicazioni standard nazionali per la sorveglianza delle popolazioni colpite da eventi disastrosi (con particolare attenzione ai gruppi di popolazione vulnerabili);
- mobilitare le istituzioni di ricerca e ricercatori locali come risorsa per la produzione delle conoscenze utili alla resilienza della comunità;
- possedere un piano di comunicazione come strumento di mitigazione dei danni, per ridurre l'incertezza, controllare lo stress e aumentare la resilienza della popolazione.

Gli organizzatori e i partecipanti al Convegno si appellano affinché venga elaborato e reso operativo rapidamente il sistema proposto. E' fuori dagli obiettivi del Convegno la ricerca di soluzioni organizzative per la costruzione e gestione di tale sistema, ma alcune indicazioni generali trovano tutti i partecipanti concordi:

- i) l'elaborazione di un **protocollo di sorveglianza dei danni precoci alla salute**, deve essere affidata alle istituzioni deputate a rispondere all'emergenza;
- ii) l'Abruzzo è il candidato ideale per ospitare un **osservatorio della salute delle popolazioni esposte a disastri**;
- iii) l'Istituto Superiore di Sanità è un logico candidato per coordinare e svolgere un **ruolo di regia autorevole e indipendente, del sistema di sorveglianza**;
- iv) in tutti i casi, deve essere adottato un **approccio multidisciplinare e partecipativo**, e valorizzata l'**esperienza delle società scientifiche e dei centri di riferimento**, e quella dei cittadini, organizzati in rete;
- v) la **formazione di referenti locali** ha un ruolo essenziale nella capacità di

reazione

(*preparedness*); vi) sono necessarie **risorse per assicurare la sostenibilità del sistema nel tempo.**

L'Associazione italiana di epidemiologia è pronta a dare il proprio contributo scientifico allo sviluppo del sistema proposto.

L'Aquila, 15 aprile 2016

*Associazione Italiana di Epidemiologia
www.epidemiologia.it*

Geddes da Filicaia M., *La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace. Il Pensiero Scientifico, 2018*

Il concetto di sostenibilità nelle scienze ambientali e socio-economiche, rimanda, come noto, ad una condizione di sviluppo in grado di assicurare il soddisfacimento dei bisogni della generazione presente senza compromettere la possibilità delle generazioni future di realizzare i propri e si connota, tra l'altro, per la capacità di mantenersi ad un certo livello indefinitamente. Ben si applica, la sostenibilità, alla dimensione della salute e ad un Sistema sanitario quale quello italiano, sin dagli intenti costitutivi equo ed efficace. Sta accadendo però (e da tempi non recenti) che ad un impianto così concepito, venga sferrata l'offensiva della insostenibilità.

“Un servizio sanitario nazionale (Ssn) su base universalistica, che assicuri a tutti i cittadini l'accesso a prestazioni definite come essenziali (i Lea - Livelli essenziali di assistenza), basato sulla fiscalità generale, non è più sostenibile”. Ecco il reiterato attacco dal *razionale* fondato su motivazioni apparentemente incontrovertibili e palesi. “La popolazione invecchia, la incidenza di malattie croniche aumenta e vi è un incremento di prestazioni e di consumo di farmaci; le tecnologie e i farmaci sono sempre più costosi, poiché necessitano di ingenti finanziamenti orientati alla ricerca; la spesa sanitaria è in continuo incremento e non compatibile con la stabilità finanziaria; l'impegno dello Stato in questo sistema di welfare non può continuare a crescere!”. Quali le possibili soluzioni?

Lungi dalla proposta di uno smantellamen-

to del Sistema Sanitario Nazionale, i fautori dell'insostenibilità del Servizio sanitario per tutti, propugnano, per il futuro della sanità, quale unica direzione perseguibile, l'idea di un sistema sanitario a tre pilastri. Un pilastro pubblico, che offre una assistenza di base, soprattutto per chi ne ha veramente bisogno; un pilastro collettivo, il secondo pilastro della sanità integrativa, svolto per la previdenza dai fondi pensione, nel campo dell'assistenza sanitaria svolto dai fondi sanitari e dalle società di mutuo soccorso che, sul principio della mutualità consentono di usufruire di prestazioni di un certo tipo; per chi vuole poi c'è anche un *terzo pilastro* un sistema privato, che consente di avere ancora prestazioni maggiori pagando.

Questo è l'indirizzo che già negli anni '90 è stato dato al modello sanitario.

Si afferma che bisogna trovare altre fonti di finanziamento, un altro pilastro, attraverso un sistema assicurativo e i fondi sanitari integrativi. Se, chi può, in base al reddito, ricorre ad un sistema parallelo, alleggerisce il carico di prestazioni che il Ssn deve erogare, che si potrà così orientare verso chi non può permettersi un'assicurazione. Questa soluzione consentirebbe di ridurre i costi a carico dello Stato e il Ssn potrà continuare a offrire le proprie prestazioni a una parte consistente della popolazione.

In una simile diatriba si inserisce Geddes con il suo volume: *La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace*. Uno sforzo teso a rimarcare “il divario esistente fra le “narrazioni” prevalenti (“di una logica stringente per come sono formulate...Una narrazione accompagnata da alcuni inganni linguistici, a cui si ricorre, in questo come in altri

campi, sia con l'uso di termini trasferiti dal mondo anglosassone, sia con ossimori”) e la documentata realtà”.

“C'è una straordinaria e inedita convergenza d'interesse sul Secondo pilastro di finanziamento dei servizi sanitari, basato su assicurazioni private e varie forme di welfare aziendale. Ma questo Secondo pilastro è veramente integrativo? È forse orientato sulla assistenza domiciliare, su cronicità e non autosufficienza, su attività di assistenza sociosanitaria con valenza territoriale? Non sembra.

Una semplice lettura delle proposte assicurative e dei piani previsti nei diversi Fondi sanitari ci indica tutt'altro: un insieme di prestazioni, talora offerte con modalità inappropriate, largamente duplicative di quelle presenti nel Servizio sanitario nazionale” asserisce Geddes in un suo articolo (*Tutti pazzi per il Secondo Pilastro*, Salute Internazionale, 6 dicembre 2017).

In definitiva, “dimostrando la sostenibilità di un sistema sanitario universalistico e indagando le ragioni del suo definanziamento, Geddes, con il suo volume, contesta la necessità di *ulteriori pilastri*”.

Circa la struttura del volume poi, il testo risulta costituito da undici capitoli suddivisi in due sezioni. La prima, volta ad attestare *La sostenibilità del Servizio sanitario* – e peraltro così intitolata- è *popolata* da otto capitoli (la Sirena del doppio binario ha iniziato il suo canto da oltre un ventennio!; una crescita insostenibile?; una digressione necessaria: la tassa sulla malattia; le proiezioni di spesa sanitaria pubblica italiana per i prossimi decenni; il definanziamento del Servizio sanitario nazionale; le ragioni del definanziamento; la soluzione: un secondo pilastro?; la spesa sanitaria nei tempi lunghi

e modalità di contenimento) orientati al ragionamento in tal senso. Dalla seconda sezione *Come mantenere la sostenibilità nel futuro*, con i suoi tre capitoli (strategie per contenere la crescita della spesa sanitaria; dalla riduzione degli sprechi alla riduzione dei bisogni; la linea di confine: la società che vogliamo), traiamo alcune riflessioni particolarmente significative.

In primis il fatto che la problematica sottesa alla sostenibilità del SSN è, sempre mutuando dall'autore, "non tanto la sostenibilità finanziaria, ma la sostenibilità culturale e politica del sistema sanitario e delle politiche di welfare nel loro complesso".

La questione rimanda pertanto a quale società, e a quale futuro, noi vogliamo". Il che, a sua volta, richiama tre tematiche prioritarie: "l'equilibrio che una società cerca di attuare fra la realizzazione di beni immateriali (tra tutti, musica, letteratura, tutela ambientale, salute) e la produzione di oggetti (dalle autovetture, alle armi, ai capi di abbigliamento etc) e le inevitabili sequele dell'orientamento scelto sulla sostenibilità ambientale del pianeta (iperproduzione, incremento di consumi energetici, difficoltà di smaltimento dei residui di produzione e dei rifiuti" tutti frutti della riduzione dei costi dei prodotti materiali e non certo dalla crescita dei costi per sanità, assistenza, istruzione, cultura); la questione dell'eguaglianza e la necessità di una distribuzione di risorse diversificata e finalizzata al raggiungimento di risultati il più possibile eguali, in particolare per la salute; la questione epidemiologica: l'incremento di salute delle classi più svantaggiate consente di ottenere una più consistente riduzione della mortalità ed un maggior incremento di anni di vita in buona

salute per l'insieme della popolazione".

Un volume prezioso perché destinato a "chiarire i termini di un dibattito di estrema attualità, rivolto a quanti si interrogano sulle politiche sanitarie e sul sistema di stato sociale di una nazione". Un volume che acquista maggiori meriti per aver individuato nella dimensione culturale la cifra interpretativa della sostenibilità del SSN. *La linea di confine: la società che vogliamo*. «Hanno trasformato il lavoro degli altri in titoli di borsa, i campi della terra in rendita, e tutti i valori reali della vita umana, l'arte, l'amore, l'amicizia (*la salute*), in merci da comprare e incassare». (Elsa Morante, *La Storia*) con "*la salute*" non presente nel testo originale ma introdotta da Geddes che pubblica il suo libro proprio nel quarantennale della *nascita* del Servizio sanitario nazionale in Italia.

D'Abramo F., *L'epigenetica*. Ediesse, 2018

Cos'è l'eredità biologica e in che modo il contesto sociologico, materiale e sociale influenza la nostra biologia? Quali sono le immagini e le idee che associamo alla natura dei nostri corpi e delle nostre esperienze? Quali idee e modelli scientifici abbiamo sviluppato per spiegare il modo in cui ci riproduciamo? Quali sono i modelli con cui spieghiamo il nostro sviluppo individuale? Queste sono solo alcune delle domande a cui l'epigenetica ha cercato e cui tuttora cerca di rispondere.

Infatti, il principale quesito a cui si rivolge questa innovativa disciplina si sviluppa attorno all'influenza che l'ambiente ha sulla

vita dei singoli organismi e su quella della discendenza e, viceversa, sul modo in cui i singoli organismi e le loro comunità di appartenenza, influenzano l'ambiente circostante. Così D'Abramo, Dottore di ricerca in filosofia, impegnato, anche a livello internazionale, nell'ambito della filosofia e sociologia della biologia e della medicina, introduce al suo volume, *L'epigenetica*, dedicato alla discussione attorno all'origine, al senso e agli sviluppi più recenti di una simile materia.

Articolato in quattro capitoli seguiti dalla sezione "*finestre di approfondimento*" (che ospita due interventi - uno a firma di Carlo Romagnoli, specialista in igiene, epidemiologia e sanità pubblica; l'altro di Alessandro Minelli, zoologo dell'università di Padova - sulle rispettive analisi politiche, epistemologiche, storiche, filosofiche e scientifiche di questioni inerenti l'epigenetica) e dalle conclusioni, il testo risulta corredato da un opportuno glossario e da un'estesa bibliografia. In merito ai contenuti, attingendo ampiamente dallo stesso autore, nel I capitolo, *Cenni storici: epigenesi, preformismo e genetica*, si rinvengono sia alcuni argomenti cui si è ricorsi per spiegare lo sviluppo biologico degli organismi, tra embriologia ed evolucionismo sia l'esplicazione di quei tratti ideologici del neodarwinismo che hanno di fatto bloccato la ricerca sulla complessità della relazione organismi viventi/ambienti ecologici.

Nel II capitolo "*La fase contemporanea*" si parla di rigenerazione ed epigenetica di Charles Manning Child, di nascita della genetica e dell'epigenetica, dell'epigenetica di Waddington e di una questione assai interessante quale quella dell'interconnessione

Promuovere salute al lavoro: politica, ricerca, esperienze



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Supplemento al numero 2, 2018 di Sistema Salute,
La Rivista Italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

Abbonamento (4 fascicoli)

Italia

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 80 / on-line € 50 / cartaceo+on-line € 120

Privati: cartaceo € 50 / on-line € 30 / cartaceo+on-line € 70

Un fascicolo: cartaceo € 16 / on-line € 8

Estero

cartaceo € 120 / on-line € 60 / cartaceo+on-line € 140

Un fascicolo: cartaceo € 40 / on-line € 20

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

codice SWIFT UNCRITM1770

UFFICIO ABBONAMENTI

rivistecespes@gmail.com

tel.: 075.585.7357

per informazioni: Dott.ssa Paola Beatini - 075. 585.7357

la salute umana

LA SALUTE UMANA pubblicata a cura del
CENTRO SPERIMENTALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E L'EDUCAZIONE SANITARIA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA
tel. 075 585.7357 / <http://cespes.unipg.it>



EDIZIONE E DIFFUSIONE
Cultura e Salute Editore Perugia
Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

ABBONAMENTO ANNUALE ITALIA 2018

Enti: cartaceo €40.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 50.00 - **Privati:** cartaceo €30.00 / on-line €15.00 /
cartaceo + on-line € 40.00 - **Un fascicolo:** cartaceo €20.00 / on-line €10.00

ABBONAMENTO ANNUALE ESTERO 2018

Cartaceo €60.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 70.00 - **Un fascicolo:** cartaceo €20.00 / on-line €10.00

TUTTE LE TARIFFE SONO IVA INCLUSA (IVA 4%)

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre
intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770