



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie d'intervento 2016 - 2019".

Rep. Atti n. 222/CS 2 del 24 novembre 2016

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 24 novembre 2016;

VISTO l'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA la proposta di accordo indicata in oggetto trasmessa dal Ministero della salute con lettera pervenuta in data 17 ottobre 2016 e diramata alle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano con nota del 18 ottobre 2016;

TENUTO CONTO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi in data 26 ottobre 2016, sono state presentate proposte di modifiche al testo del provvedimento in oggetto da parte dalle Regioni;

VISTA la nota del Ministero della salute pervenuta il 10 novembre 2016, diramata in pari data, con la quale è stata trasmessa la nuova versione del documento indicato in oggetto che recepisce le proposte emendative delle Regioni,

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta, il Presidente delle Regioni e delle Province Autonome, nell'esprimere avviso favorevole, ha consegnato un documento contenente osservazioni, che, allegato sub A), costituisce parte integrante del presente atto;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nei seguenti termini:

PREMESSO che presso il Ministero della salute, Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione, con D.D. 13/7/2015 è stato istituito un Tavolo tecnico composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Coordinamento delle Regioni e delle Province Autonome e delle Società Scientifiche;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

CONSIDERATO che, partendo dall'acclarato rapporto tra alimentazione e salute e dalla necessità di predisporre politiche nutrizionali idonee a contrastare l'incidenza crescente di malattie croniche non trasmissibili, il predetto Tavolo tecnico ha individuato le criticità in nutrizione clinica e preventiva ed ha fornito proposte per la pianificazione dell'intervento pubblico nel settore, soprattutto al fine di contrastare le patologie croniche e il loro impatto sulla popolazione italiana;

TENUTO CONTO che le azioni da intraprendere sono state predisposte dal citato Tavolo tecnico come interventi concreti ed effettivamente realizzabili in alcune specifiche aree, per perseguire la riduzione del carico globale di malattia, per promuovere le competenze e il "capacity building" di tutte le figure professionali, per intensificare la prevenzione strutturale e quella comportamentale, per potenziare il sostegno alla sana alimentazione in diversi contesti di vita;

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. E' approvato il documento denominato "Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie d'intervento 2016-19" che, in Allegato B), costituisce parte integrante del presente atto.
2. Dall'attuazione del presente accordo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le Amministrazioni interessate provvedono all'attuazione delle indicazioni contenute nel documento con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

IL SEGRETARIO
Antonio Nadeo



IL PRESIDENTE
On. Avv. Enrico Costa

AU A)

CONSEGNATO NELLA SEGRETERIA
DEL 24-11-2016



CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

16/135/SR04/C7

**ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE
AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO
RECANTE**

**“VALUTAZIONE DELLE CRITICITÀ NAZIONALI IN AMBITO
NUTRIZIONALE E STRATEGIE D’INTERVENTO 2016 – 2019”**



Punto 4) Odg Conferenza Stato – Regioni

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime avviso favorevole all’Accordo con le osservazioni, che si riportano di seguito:

Progetto pilota su "PPDTA per la prevenzione e cura dell'obesità".

Si ritiene opportuno differenziare quanto fare nella fascia infantile ed adolescenziale rispetto all'adulto. Nel documento, in realtà, si parla prioritariamente di adulto dove, nell'ambito della rete clinico-nutrizionale, si ipotizza un ruolo molto importante di centri specialistici clinici e/o ospedalieri. Si ritiene che nei minorenni, specie nell'infanzia, sia più appropriato un percorso che valorizzi il ruolo del territorio e dei PLS (anche per bambini già obesi, che nella proposta di accordo verrebbero totalmente indirizzati ai centri clinico-nutrizionali).

Osservatorio per l'Informazione dei benefici Alimentari e la Tutela del Consumatore(OsBAC)

I compiti non sono ben chiari, volendo mettere insieme competenze scientifiche, comunicative e di promozione di produzioni italiane in gran parte già sviluppate (e che continueranno a svilupparsi) da parte dei ministeri, società scientifiche e strutture varie. L'osservatorio sembra molto più proiettato verso aspetti di valorizzazione delle produzioni che di tutela del consumatore.

Roma, 24 novembre 2016

**VALUTAZIONE DELLE CRITICITA' NAZIONALI IN AMBITO NUTRIZIONALE E STRATEGIE
D'INTERVENTO 2016-2019**

PREMESSA

Con decreto dirigenziale del 13/7/2015 e s.m.i. è stato istituito, presso la DGISAN del Ministero della salute un Tavolo tecnico composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Coordinamento delle Regioni e delle Società Scientifiche

Partendo dalla considerazione dell'acclarato rapporto tra alimentazione e salute, e quindi della necessità di predisporre politiche nutrizionali idonee a contrastare l'incidenza crescente di malattie croniche non trasmissibili, il Tavolo ha individuato le criticità in nutrizione clinica e preventiva e fornito all'Amministrazione proposte per la pianificazione dell'intervento pubblico nel settore della nutrizione, soprattutto al fine di contrastare le patologie croniche e il loro impatto sulla popolazione italiana.

Le azioni da intraprendere sono presentate nei paragrafi del presente documento, dopo una riflessione introduttiva come interventi concreti ed effettivamente realizzabili in alcune specifiche aree. Il documento è completato da alcuni allegati tecnici e complementari al testo; ed infine da una bibliografia ristretta ai documenti ritenuti essenziali per eventuali approfondimenti.

Indice

- I. ASPETTI DI RILEVANZA STRATEGICA NELL'AMBITO DELLA POLITICA SANITARIA NAZIONALE
- II. STRUTTURAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELL'INTERVENTO PUBBLICO IN NUTRIZIONE CLINICA E PREVENTIVA;
- III. INTEGRAZIONE AMBIENTE- SALUTE- DETERMINANTI SOCIO-CULTURALI;
- IV. PIANIFICAZIONE E MONITORAGGIO DELLE AZIONI INTRAPRESE.
- V. ALLEGATI e BIBLIOGRAFIA (suddivisa per capitoli)
- VI. APPENDICI



I. ASPETTI DI RILEVANZA STRATEGICA NELL'AMBITO DELLA POLITICA SANITARIA NAZIONALE

CONCETTI GUIDA:

Si ritiene che gli interventi debbano essere orientati dai seguenti concetti guida:

- 1) le criticità nutrizionali costituiscono priorità d'intervento a livello nazionale;
- 2) la nutrizione clinica e preventiva deve essere parte delle prestazioni/interventi a carico del SSN;
- 3) è necessario adeguare, attraverso una rimodulazione delle risorse disponibili, le strutture del SSN a rispondere alle criticità, migliorando l'efficacia e l'efficienza degli interventi in ambito preventivo e assistenziale;
- 4) è imprescindibile promuovere programmi di *stili di vita salutari* (corretta alimentazione e attività motoria) in tutte le fasce d'età.

Dalla disamina della documentazione e dei dati acquisiti (Allegato paragrafo 1), si considera necessario procedere in maniera da:

- perseguire la **riduzione del carico globale di malattia** (come previsto dal Piano Sanitario di Prevenzione 2014-2018), attraverso interventi di prevenzione a livello individuale e di collettività (es. stili alimentari). Inoltre è noto che l'inattività fisica aggravi le conseguenze della scorretta alimentazione aumentando il rischio per l'insorgenza di patologie cronico-degenerative quali diabete mellito tipo 2, malattie aterosclerotiche, obesità, Alle iniziative di prevenzione mirate all'alimentazione vanno pertanto accompagnate iniziative di promozione dell'attività fisica;
- promuovere le **competenze e il "capacity building"** di tutte le figure professionali che hanno un potenziale ruolo nella promozione della salute tramite l'alimentazione e la nutrizione, sia clinica sia preventiva; favorire l'**integrazione tra i diversi interventi istituzionali** promossi in ambito sanitario, ma in stretta sinergia con altri settori che regolano il contesto sociale e di vita dei singoli cittadini (vedi dati in Allegato 1)
- intensificare gli sforzi indirizzati alla "**prevenzione strutturale**", oltre che alla "**prevenzione comportamentale**". E' bene considerare che solo l'interazione di interventi a tutti i livelli (a livello strutturale con politica, economia, infrastrutture, organizzazione, ecc. e a livello comportamentale con gruppi e istituzioni sociali) e il coinvolgimento di tutti i settori (in particolare del settore educativo/comunicativo) può rivelarsi efficace. Solo una molteplicità di misure adeguate, coordinate sia in termini di contenuti che di tempistiche, in grado di supportarsi reciprocamente, può produrre un effetto duraturo e, soprattutto, misurabile;
- potenziare il **sostegno alla sana alimentazione** in diversi contesti di vita (scuola, lavoro, comunità, sistema sanitario). Sebbene la scuola, anche in considerazione del fatto che il tempo trascorso a mensa rappresenta un momento di aggregazione e condivisione del pasto, venga considerata il luogo ideale per gli interventi finalizzati all'adozione di sane abitudini alimentari tra i più giovani e alla prevenzione del sovrappeso, l'evidenza dell'effetto degli interventi risulta debole e va rafforzata. Il peso che la ristorazione collettiva ha nel bilancio globale dell'alimentazione di un lavoratore e di uno studente, è sullo stato di nutrizione dei pazienti, impone interventi ben definiti e coordinati anche in questo ambito;
- **rendere accessibili informazioni**, che possano essere comprese correttamente, valutate e condivise nel contesto globale. A questo scopo è indispensabile una conoscenza e una programmazione approfondita delle diverse aree tematiche, orientando, in particolare, la comunicazione ai gruppi target vulnerabili, evitando strategie generiche e prive di effetti positivi. E' necessario intensificare la competenza nutrizionale dei cittadini, cioè migliorarne la capacità di organizzare autonomamente l'alimentazione quotidiana in modo cosciente, responsabile e soddisfacente.



Attraverso l'adozione di questi approcci si può intervenire in modo decisivo sui determinanti di sovrappeso/obesità e malnutrizione per difetto. Inoltre è essenziale dotarsi di sistemi che permettano di monitorare i consumi alimentari, gli stili di vita alimentari nella popolazione generale e nei diversi contesti di vita al fine di valutare gli ambiti dove è più urgente intervenire e l'effetto degli interventi messi in atto.

Gli approcci sopra accennati sono da declinarsi in programmi con impianto multicomponente e olistico, perché si possa intervenire costruttivamente sui fattori, protettivi e di rischio, ambientali e sociali, ancorati a stili di vita salutari. La corretta alimentazione va promossa in modo coordinato in tutti i setting (scuola, lavoro, comunità, servizio sanitario) da operatori di diversa formazione, ma tutti addestrati per lo stesso scopo.

La sanità ha il compito di promuovere, coordinare e "governare" questo sforzo e rendere disponibili i dati di monitoraggio e verifica di quanto raggiunto, con il fine di assicurare: chiarezza in termini di linee d'indirizzo nei confronti delle aziende sanitarie ospedaliere e territoriali e massima trasparenza di orientamento nei confronti dell'opinione pubblica.



II: STRUTTURAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELL'INTERVENTO PUBBLICO IN NUTRIZIONE CLINICA E PREVENTIVA.

CONCETTI GUIDA:

Per il superamento delle criticità nutrizionali risultano necessarie:

- 1) un'adeguata formazione del medico e delle altre figure professionali che operano in ambito sanitario;
- 2) fare chiarezza tra consigli nutrizionali per la prevenzione delle malattie correlate ad un'alterazione dello stato di nutrizione e il trattamento di queste;
- 3) organizzare un'efficace rete pubblica d'intervento nell'ambito sia della Nutrizione Clinica sia della Nutrizione Preventiva.

Sulla base di quanto precedentemente affermato, si ritiene che:

A. La Nutrizione Umana, sia Clinica sia Preventiva, debba essere presente nel **curriculum formativo sia del medico sia delle altre figure professionali in ambito sanitario**, per quanto di competenza. A tal fine è necessaria una rivisitazione dei curricula e della distribuzione dei crediti formativi (Vedi Allegato II – 1);

B. Si debba distinguere i **consigli nutrizionali** generici da quelli più squisitamente terapeutici. Pertanto l'intervento nutrizionale preventivo è indirizzato al soggetto sano e alla collettività (Prevenzione primaria).

Gli interventi di prevenzione secondaria dell'obesità e delle malattie non trasmissibili, correlate ad abitudini alimentari e stili di vita non corretti, vengono indirizzati alle fasce di popolazione e ad individui con fattori di rischio delle malattie non trasmissibili. La prevenzione terziaria riguarda soggetti con delle malattie non trasmissibili per la prevenzione delle complicanze e la riduzione dei sintomi.

L'intervento nutrizionale terapeutico (dieta per il paziente con patologia, supplementazione orale, nutrizione artificiale) è indirizzato al soggetto malato (anche in una logica di prevenzione secondaria e terziaria). Tale intervento terapeutico e assistenziale necessita della valutazione dello stato clinico e nutrizionale, sia in fase iniziale che nel monitoraggio (Vedi Allegato II – 2);

C. Sia necessario organizzare un'efficace **rete pubblica d'intervento nell'ambito della Scienza dell'alimentazione e della Nutrizione Clinica e Preventiva** (I e II livello) con copertura organizzativa delle prestazioni di Nutrizione Clinica e Preventiva a livello ospedaliero (ambulatori di II° livello, Nutrizione Artificiale, Ristorazione ospedaliera) e territoriale ASL. Sulla base di diversi documenti ed esperienze già in essere (Attuazione Standard assistenza ospedaliera DM 70/2015; Attuazione standard D.M. 185 del 16 ottobre 1998 – per i SIAN; Modello organizzativo HUB-SPOKE nelle Regioni/Province Autonome) si propone la realizzazione di una Rete Nutrizionale Territorio – Ospedale per la prevenzione e la cura nutrizionale con Percorsi Preventivo Diagnostico Terapeutici dedicati (PPDTA) che preveda le seguenti strutture/azioni (Vedi Allegati II – 3 -4):

- a. **Sorveglianza e prevenzione nutrizionale** (affidata ai SIAN ed alla loro rete) mediante la raccolta dati primari sulla nutrizione nell'ambito dei sistemi nazionali di sorveglianza di popolazione e l'attuazione di azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- b. **Unità Operative di diagnosi e cura** dedicate (e relative reti), anche con approccio riabilitativo, interdisciplinare e multidimensionale, alle patologie caratterizzate da alterazioni dello stato di nutrizione;
- c. **Osservatorio epidemiologico** che raccolga ed integri dati, nonché evidenzii fabbisogni e nuovi indicatori nutrizionali. L'osservatorio dovrebbe essere dotato di una Banca Dati nazionale per la progettazione e l'avvio di progetti di promozione della sana alimentazione e di prevenzione delle patologie correlate con alterato stato di nutrizione;



- d. **Programmi per la Ristorazione Collettiva** attraverso linee di attività per la promozione della sana alimentazione con la collaborazione dei SIAN e delle Aziende di Ristorazione Collettiva;
- e. **Centro studi** in grado di promuovere attività di ricerca finalizzate al miglioramento dell'intero sistema.

III. INTEGRAZIONE AMBIENTE- SALUTE- DETERMINANTI SOCIO-CULTURALI.

CONCETTI GUIDA:

Si considera che:

- 1) le **Problematiche Nutrizionali** identificate, **non possono essere efficacemente contrastate con l'esclusivo intervento sanitario ma necessitano di un approccio intersettoriale integrato;**
- 2) sia necessario attivare **programmi di prevenzione di sovrappeso e obesità;**
- 3) sia opportuno promuovere l'**implementazione dei LARN in particolare nella sorveglianza nutrizionale e nella ristorazione collettiva;**
- 4) sia necessario promuovere l'**ecologia nutrizionale;**
- 5) sia indispensabile proteggere i cittadini/consumatori dalle errate comunicazioni e informazioni.

L'integrazione ambiente – salute - determinanti socioculturali comporta le seguenti riflessioni:

- A. Le **Problematiche Nutrizionali** identificate, non possono essere efficacemente contrastate con l'esclusivo intervento sanitario. Così, come già rilevato con il Programma Guadagnare Salute, per rendere efficaci gli interventi nutrizionali è indispensabile un **approccio intersettoriale che coinvolga differenti Ministeri** (Salute, MIUR, Ambiente, Agricoltura, Economia, Infrastrutture), nonché Istituzioni Pubbliche e stakeholder. A tal fine diventa strategica l'attivazione dell'Osservatorio per l'Informazione dei Benefici Alimentari e la tutela del Consumatore (OsBAC) (Vedi allegato III – 1);
- B. E' necessario attivare **programmi nazionali di prevenzione di sovrappeso ed obesità** che facciano leva non solo sull'educazione del cittadino, ma anche su misure di ordine sociale ed economico:
 - a. politiche di incentivazione della pratica dell'esercizio fisico mantenendo e, se possibile, incrementando lo sgravio fiscale per famiglie che iscrivono i figli presso centri sportivi e di premialità per le scuole che promuovono i giochi sportivi (una volta erano i giochi della gioventù) in ambito curriculare e i programmi di corretti stile di vita in ambito educativo; aumentare la fruizione da parte della cittadinanza delle palestre pubbliche con ampliamento degli orari di apertura;
 - b. possibilità di riconoscimento da parte del Ministero della Salute per ditte di ristorazione collettiva che confezionano pasti/porzioni secondo i requisiti nutrizionali per ciascun segmento di età e che rispettano i LARN nell'apporto equilibrato di nutrienti;
 - c. sgravi fiscali/agevolazioni nella filiera dei prodotti ortofrutticoli per permettere la riduzione dei prezzi di frutta e verdura;
 - d. Implementare la pratica del recupero di alimenti presso Mercati, GDO, ARC etc secondo procedure codificate dal Ministero.(Vedi Allegato III – 2)
- C. E' opportuno promuovere sempre più l'**implementazione efficace dei LARN in particolare nella sorveglianza nutrizionale e nella ristorazione collettiva**. Ciò vuol dire:
 - a. prevedere il recepimento e monitoraggio dei LARN a livello delle singole Regioni e nei documenti sulla ristorazione collettiva;
 - b. promuovere nelle Linee Guida nella ristorazione collettiva l'attenzione alla sinergia tra i 3 macrosistemi: salvaguardia della salute/contesto socio-culturale/sostenibilità ambientale (*proposta per "indicatore" in LPI VII*)**
 - c. promuovere l'aggiornamento delle tabelle di composizione degli alimenti italiani con la collaborazione del Ministero dell'Agricoltura e dell'Ambiente.



- d. Promuovere e incoraggiare l'adozione del processo NACCP nelle strutture di prevenzione territoriali (SIAN e VET) per favorire politiche sicurezza alimentare e nutrizionale, l'ottimizzazione delle capacità di controllo, un univoco progresso integrato e una comunicazione efficace (Vedi Allegato III – 3)

D. E' necessario promuovere **l'ecologia nutrizionale** attraverso:

- a. la realizzazione di piste ciclabili, spazi verdi, percorsi pedonali, programmi integrati sui corretti stili di vita e sulla cultura del territorio, etc.;
- b. la promozione di un'azione congiunta tra Sanità e Amministrazioni Locali (vedasi come esempio il Milan Urban Food Policy Pact) al fine di attuare strategie a favore di stili di vita sani, sostenibili e equi;
- c. l'interazione tra MIUR, Ministero salute, Ministero dei Beni Culturali e Turismo, Regioni, Società Scientifiche.

(Vedi Allegato III – 4)

E. E' indispensabile **proteggere i cittadini/consumatori** dalle errate comunicazioni e informazioni. A tal fine sono necessari:

- a. un'efficace azione di controllo e contrasto alle informazioni non-corrette che purtroppo sono diffuse in ambito nutrizionale sui mass-media e indirizzate in particolar modo ai più giovani o a chi ritiene di essere sovrappeso;
- b. l'invito ai media a far sì che, soprattutto nei programmi televisivi, la trattazione su temi riguardanti i vari aspetti della corretta alimentazione/nutrizione nel sano e nel malato, coinvolga esponenti di società scientifiche accreditate dal Ministero in collaborazione con il MIUR;
- c. chiarezza completa delle etichette nutrizionali sui prodotti alimentari.

(Vedi Allegato III – 5)



IV. PIANIFICAZIONE E MONITORAGGIO DELLE DECISIONI INTRAPRESE

AZIONE DA INTRAPRENDERE	=Azioni proposte dal Tavolo Tecnico da sottoporre al vaglio della Sig.ra Ministro
APPROVAZIONE MINISTERIALE	=Azioni recepite dal Ministro
MODALITA' DI MONITORAGGIO	=Proposta di metodologia da utilizzare per monitorare lo sviluppo dell'azione intrapresa
COSTO	= Vengono registrati i soli costi extra anno necessari per concretizzare l'azione proposta e non quelli riferibili all'ordinaria Amministrazione (es francobolli, testi, ecc.)
PIANIFICAZIONE	=Tempo massimo necessario per realizzare l'azione
LPI	=Livello di priorità d'intervento sulla base della realtà organizzativa attuale

AZIONE DA INTRAPRENDERE	MODALITA' DI MONITORAGGIO	COSTO Euro	INDICAT. DI ESITO	PIANIFICAZIONE
LPI I Informazione alle Autorità competenti finalizzata a considerare le Criticità Nutrizionali Nazionali quali priorità d'intervento clinico e preventivo a livello di SSN	<ul style="list-style-type: none"> • invio del documento informativo a tutti gli assessorati alla Sanità di Regioni e Prov. Autonome con richiesta di segnalazione delle strategie specifiche attivate a livello locale (previste dal PNP 2014-2018); • Inserimento stabile di questa posizione ministeriale nei siti istituzionali ufficiali; 	0,00	% di risposte pervenute	Entro 2017
		0,00	Riscontro dell'assunto nei siti ufficiali del Ministero.	Entro 2017
LPI II Copertura minima organizzativa delle prestazioni di Nutrizione Clinica e Preventiva a livello ospedaliero (ambulatori di II° livello, nutrizione artificiale, ristorazione ospedaliera) e territoriale ASL.	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento della Conferenza Stato Regioni; 	0,00	Presenza di un referente medico competente per la Nutrizione Clinica in almeno il 60% delle strutture ospedaliere e competente in nutrizione preventiva in almeno il 60% delle ASL	Entro 2017



AZIONE DA INTRAPRENDERE	MODALITA' DI MONITORAGGIO	COSTO Euro	INDICAT. DI ESITO	PIANIFICAZIONE
<p>Individuare almeno una struttura ospedaliera di Nutrizione Clinica e una struttura per la Nutrizione Preventiva (SIAN) di riferimento a livello di ASL per attuare efficaci strategie d'intervento clinico e preventivo in ambito pubblico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attuazione Standard assistenza ospedaliera DM 70/2015 a livello regionale con la presenza di una UO di Scienza dell'Alimentazione (meglio identificarla come UO di Dietetica e Nutrizione clinica) ogni 0.6 - 1,2 x mil di abitanti. • Attuazione standard D.M. 185 del 16 ottobre 1998 - SIAN • Modello organizzativo HUB-SPOKE nelle Regioni/Province Autonome; 	<p>0.00</p> <p>Cfr. allegati del paragrafo II: Strutturazione e organizzazione dell'intervento pubblico in nutrizione clinica e preventiva; punto 3 Coordinamento regionale</p>	<p>Verifica del rispetto degli standard clinico-assistenziali a livello regionale</p> <p>Verifica del rispetto degli standard previsti dal DM 16/10/1998 a livello regionale</p> <p>Dichiarazione Assessorati Regioni e Province Autonome</p>	<p>Entro 2018</p> <p>Entro 2018</p> <p>Entro 2018</p>

AZIONE DA INTRAPRENDERE	MODALITA' DI MONITORAGGIO	COSTO Euro	INDIC. DI ESITO	PIANIFICAZIONE
<p>LPI IV Inserimento dell'insegnamento di Nutrizione Clinica e Preventiva nei core curricula degli studenti di medicina e chirurgia e delle professioni sanitarie con rivisitazione dei crediti formativi attribuiti.</p> <p>Presa d'atto del Documento FeSIN sulla Formazione Universitaria in Nutrizione Umana</p> <p>Promozione di incontri specifici con MIUR, CUN e Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea.</p>	<p>Previsione di un numero adeguato di CFU dedicati alla Scienza dell'alimentazione e alla Nutrizione clinica e Preventiva nel percorso accademico degli studenti di medicina e chirurgia e delle professioni sanitarie</p> <p>• Incontri istituzionali dedicati all'argomento;</p>	<p>0,00</p> <p>0,00</p>	<p>% degli atenei che dichiarano di avere attivato una qualche tipologia di formazione in Scienza dell'Alimentazione e Nutrizione Clinica e Preventiva.</p> <p>N° incontri svolti</p>	<p>Entro 2018</p> <p>Entro 2017</p>
<p>LPI V Aggiornamento in Dietetica e Nutrizione Clinica e preventiva per il MMG e PdLS.</p> <p>Proposta di implementazione di percorsi formativi in collaborazione tra FNOMCeO, SIMMG e FIMMG e le altre associazioni di MMG e PdLS.</p>	<p>• Eventi ECM dedicati all'argomento;</p> <p>Auspicabile almeno 1 evento per Regione/Provincia Autonoma ogni 2 anni</p>	<p>0,00</p>	<p>N° eventi e aggiornamenti realizzati</p> <p>% di partecipazione dei MMG e PLS rispetto ai potenziali interessati.</p>	<p>Entro 2018</p>



AZIONE DA INTRAPRENDERE	MODALITA' DI MONITORAGGIO	COSTO Euro	INDIC. DI ESITO	PIANIFICAZIONE
<p>LPI VI</p> <p>Sensibilizzazione dell'opinione pubblica e degli operatori sanitari sulla differenza tra consigli nutrizionali generici e specialistici al fine di evitare la crescente confusione di ruoli e per una puntuale differenziazione tra Interventi nutrizionali in prevenzione primaria dall'intervento nutrizionale in patologia e prevenzione secondaria e terziaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicato a FNOMCeO per la diffusione agli Ordini; 	0,00	Riscontro della diffusione del comunicato sul territorio nazionale e sui rispettivi siti ufficiali	Entro 2017
<p>LPI VII</p> <p>Consolidamento della Sorveglianza Nutrizionale</p> <p>Recepimento LARN – Linee guida nella ristorazione collettiva</p> <p>Promozione della qualità nutrizionale della dieta nella ristorazione collettiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Messa a regime in tutte le Regioni delle Sorveglianze di Popolazione (raccolta dati su stato nutrizionale ed abitudini alimentari secondo gli standard Ministero/ISS) • Riscontro implementazione presso gli assessorati alla Sanità di Regioni e Prov. Autonome dell'aggiornamento dei documenti per la ristorazione collettiva con nuovi LARN e Linee Guida) • Pianificazione all'interno dei Piani di Prevenzione di progetti tra Aziende di Ristorazione collettiva (ARC) e SIAN per il miglioramento della qualità nutrizionale e acquisizione dati sui consumi alimentari • Presenza nei PPRP di 	<p>0,00</p> <p>0,00</p> <p>0,00</p>	<p>% delle regioni che utilizzano sistematicamente i report sulle sorveglianze</p> <p>Presenza nei PRP di progetti su qualità nutrizionale della dieta nella ristorazione collettiva</p>	<p>Secondo la periodicità delle sorveglianze</p> <p>Entro 2017</p> <p>Entro 2018</p> <p>Da definire</p>



AZIONE DA INTRAPRENDERE	MODALITA' DI MONITORAGGIO	COSTO Euro	INDIC. DI ESITO	PIANIFICAZIONE
	progetti su qualità nutrizionale della dieta (intesa quale integrazione di: salvaguardia della salute/contesto socio-culturale/sostenibilità ambientale) nella ristorazione collettiva			
<p>LPI VIII</p> <p>Attivazione dell'Osservatorio epidemiologico sui dati di sorveglianza</p> <p>Attivazione dell'Osservatorio per l'Informazione dei Benefici Alimentari e la tutela del Consumatore (OsBAC), strategico per rispondere alle richieste dei Consumatori di maggiore chiarezza, accessibilità e trasparenza sui temi correlati alla nutrizione, a garanzia di tutela della salute.</p> <p>Attività di un Centro studi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • identificazione degli interlocutori istituzionali; • predisposizione di un modello organizzativo; • ufficializzazione dell'Osservatorio; • attivazione dell'operatività dell'osservatorio. • Ricevimento indicatori nutrizionali da sistemi di sorveglianza nutrizionale • Monitoraggio e Valutazione nuovi indicatori di sorveglianza nutrizionale 	<p>0,00</p> <p>40.000</p> <p>20.000</p> <p>150.000/anno per 3 anni</p>	<p>Riscontro della loro identificazione</p>	<p>Entro 2017</p> <p>Entro 2017 Finanziamento a valere sul Cap.5010 del Mds</p> <p>Entro 2018 Finanziamento a valere sul Cap.5010 del Mds</p> <p>Entro 2018 Finanziamento a valere sul Cap.5010 del Mds</p>
<p>Implementazione di PDTA nei vari settori della Scienza dell'Alimentazione e della Nutrizione Clinica e Preventiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione del Format e dell'elenco dei PPDTA 	<p>0,00</p>	<p>Riscontro della elaborazione dei PPDTA</p> <p>Riscontro della</p>	<p>Entro 2017</p> <p>Entro 2017</p>



AZIONE DA INTRAPRENDERE	MODALITA' DI MONITORAGGIO	COSTO Euro	INDIC. DI ESITO	PIANIFICAZIONE
	<ul style="list-style-type: none"> Eventuale Istituzione di una o più Commissione/i ad hoc con coinvolgimento delle rispettive Società scientifiche specifiche 	0,00	diffusione dei PPDTA nelle varie Aziende Sanitarie Locali.	

Allegato del Paragrafo I. ASPETTI DI RILEVANZA STRATEGICA NELL'AMBITO DELLA POLITICA SANITARIA NAZIONALE

Il Tavolo, istituito presso il Ministero della salute, nel predisporre il presente documento, ha preso innanzitutto in considerazione le condizioni di contesto come riassunte nei punti successivi e nella relativa bibliografia:

1. i **dati statistico-epidemiologici nazionali** (I.S.S, ISTAT , Osservatorio Osservasalute, ecc.) che evidenziano l'elevata prevalenza di **malnutrizione per eccesso** (www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/EpidItalia.asp) e **per difetto** (Lucchin L et al. *An Italian investigation on nutritional risk at hospital admission: the PIMAI (Project: Iatrogenic MAInutrition in Italy) study. ESPEN the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism 2009; Ray S et al, Clin Nutr 2014; Donini LM et al. Nutritional Care in Nursing Home in Italy Plos One 2013*).

Da considerare inoltre che in Italia nel 2013, il 9% degli anni di vita persi per morte prematura o vissuti con **disabilità** (calcolati nel *Burden of Disease, BoD*) è attribuibile ai fattori dietetici che rappresentano il primo fattore di rischio comportamentale per la salute (<http://www.healthdata.org/Italy>);

2. il progressivo **allungamento della vita media** che comporta un incremento di prevalenza di patologie croniche. Gli stili di vita alimentari giocano un ruolo importante in questo settore (*obesità in primis- Olshanski SJ et al: NEJM, 2005, ma anche malnutrizione specie nell'anziano- Donini LM et al JNHA 2011*);

3. l'aumento di **pubblicazioni scientifiche** in ambito nutrizionale che dimostra un interesse crescente da parte del mondo della ricerca e il consolidamento di evidenze sufficienti a proporre azioni a supporto della salute pubblica [*dati di PubMed – 1970-2015: 24.011 pubblicazioni (55,0%) per gli aspetti preventivi; 5.048 pubblicazioni (45,6%) per la relazione con gli stili di vita; 7.002 pubblicazioni (35,0%) per la relazione nutrizione-patologia; 21.259 pubblicazioni (34,4%) per la relazione nutrizione e malattia. Tali dati risultano sensibilmente più elevati rispetto a quelli relativi alle patologie croniche (25,4%), al diabete mellito (28,7%), all'ipertensione arteriosa (20,8%) e alla patologia neoplastica (17,4%)*];

4. i **documenti promossi: dalla WHO** (*Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. Vienna 4-5 July 2013; Global Nutrition Policy Review: what does it take to scale up nutrition action? Geneva 2013; Global status report on non-communicable diseases 2014. 1.Chronic Disease - prevention and control. 2.Chronic Disease - epidemiology. 3.Chronic Disease - mortality. 4.Cost of Illness. 5.Delivery of Health Care. I. World Health Organization. ISBN 978 92 4 156485 4*), **a livello europeo** (*Resolution Res AP n° 3-12 november 2003 on Food and Nutrition Care in Hospital. How to prevent Undernutrition. 860° Meeting of the Minister's Deputies; EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020 http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/portal/index_en.htm*) e **a livello nazionale** (*Carta di Milano EXPO 2015, Manifesto delle Criticità in Nutrizione Clinica e Preventiva per il periodo 2015-2018; Piano nazionale di Prevenzione 2014-2018; Linee d'Indirizzo Nazionale per la Ristorazione Ospedaliera*).

Assistenziale, Linee d'Indirizzo Nazionale per la Ristorazione Ospedaliera Pediatrica, Linee d'Indirizzo Nazionale per la Ristorazione Scolastica, Linee Guida sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare, Documenti di Riferimento Regionali sulla sorveglianza di popolazione, Quaderni del Ministero della Salute n°10 luglio agosto 2011, n°22 agosto 2013 e n° 25 ottobre 2015, Legge 12 gennaio 2015 n°2 sui parametri fisici per l'ammissione nelle forze dell'ordine; monografia "Speciale Cibo" Epidemiologia e Prevenzione 2015, 39, n.5/6) che confermano la necessità di una politica sanitaria indirizzata a favorire o recuperare un corretto stato di nutrizione;

5. l'interesse crescente da parte dell'**opinione pubblica** (9 italiani su 10 sono interessati al rapporto alimentazione-salute. Istituto Nazionale di Ricerche Demòpolis 2011), che nella società della comunicazione assume particolare rilievo, ma può anche generare comportamenti irrazionali pericolosi per la salute e per i costi conseguenti se i messaggi proposti non sono obiettivi e evidence based. Da qui la necessità di una chiara strategia di contrasto da parte del SSN e di comunicazione delle strategie adottate con una regia nazionale in vari ambiti di vita e lavoro;

6. **gli sprechi e l'inappropriatezza** in ambito sanitario che presentano ancora un sensibile margine di miglioramento, che consentirebbe risparmi economici sostanziali. L'intervento nutrizionale rappresenta un efficace strumento per il loro contrasto;

7. In ambito della ricerca scientifica, ci sono 12586 item su PUBMED che hanno come parola chiave **lifestyle intervention** sottolineando l'interesse della comunità scientifica su tale aspetto nella prevenzione di patologie croniche non trasmissibili. In Italia gli obesi sono il 10% della popolazione (indagine multiscopo dell'ISTAT; indagine PASSI 2012); con un tasso del 33% di sovrappeso in adulti e un tasso del 22% di sovrappeso in età evolutiva e il 10,2% di obesità. Dati CEIS indicano una spesa sanitaria media del 4% in più nei soggetti obesi rispetto ai normopeso e fino al 50% in più negli individui gravemente obesi rispetto ai normopeso che danno una stima di circa 2,5 miliardi di euro anno. L'Italia partecipa a diversi programmi internazionali e azioni congiunte europee su questi temi tra i quali ricordiamo *la Joint Action CHRODIS* (www.salute.gov) nell'ambito della quale sono previsti interventi per la promozione di buone pratiche volte all'implementazione di programmi congiunti di corretta alimentazione e Attività Fisica nella prevenzione di patologie croniche non trasmissibili e miglioramento dello stato di salute.



Allegati del paragrafo II: STRUTTURAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELL'INTERVENTO PUBBLICO IN NUTRIZIONE CLINICA E PREVENTIVA.

Allegato II - 1

Il Ministero della Salute, anche sulla base del documento FeSIN sulla formazione, dovrebbe farsi promotore di un accordo con MIUR, CUN, Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia per inserire nei CL di Medicina e della Professioni Sanitarie un percorso formativo attraverso l'integrazione efficace di quanto già proposto o insegnamenti specifici (vedi pag 24 Manifesto) in cui vengano indicati anche gli orientamenti attuali di sanità pubblica in tema di alimentazione e promozione della salute attraverso un corretto stile di vita.

Inoltre è importante contribuire alla costruzione di un "core" di conoscenze di base da inserire in tutti gli ambiti in cui vengono formati operatori che possono contribuire alla promozione della salute, es. insegnanti, operatori sociali, sportivi e dell'agricoltura.

Il Ministero della Salute ed il MIUR dovrebbero promuovere la produzione e l'inserimento nei curricula formativi di "pacchetti formativi" (per diversi target) di riconosciuta qualità o indicare e fornire direttamente le nozioni fondamentali da inserire nella formazione. Al fine di creare una base di conoscenze condivise potrebbero essere stipulati accordi con altri Ministeri (es. Agricoltura) per promuovere anche iniziative accreditate di formazione a distanza, nell'ambito dell'ECM, accessibili a diverse figure professionali.

Allegato II - 2

La sana alimentazione è uno strumento di prevenzione primaria delle malattie e quindi va proposta a tutta la popolazione con una serie di iniziative mirate a rendere facili le scelte individuali salutari, favorendo in diversi contesti il consumo cibi e combinazioni di cibi che favoriscano e proteggano la salute, come peraltro proposto nel programma Guadagnare Salute.

Oltre alla popolazione generale è da tenere presente che l'alimentazione e l'intervento nutrizionale sono anche strumenti per curare o coadiuvare la cura di specifiche condizioni patologiche. In effetti è stato dimostrato come l'intervento nutrizionale terapeutico svolga un ruolo fondamentale sia nel trattamento delle patologie cardiovascolari, metaboliche e nutrizionali (come obesità, diabete mellito, ipertensione, e varie altre malattie del metabolismo e della nutrizione), che in patologie neoplastiche. La mole di dati in letteratura sugli effetti dell'alimentazione in soggetti con specifiche patologie rende necessaria una sintesi a beneficio di diversi interlocutori, per cui sembra opportuna la redazione di linee guida redatte secondo l'approccio del Sistema Nazionale Linee Guida utilizzato dall'ISS ([www. snlg.it](http://www.snlg.it)) che permetta di includere diversi portatori di interesse e competenze a fianco degli specialisti. E' necessario formulare Percorsi-Preventivi -Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PPDTA).

Altro settore su cui promuovere approcci di qualità è quello in cui l'alimentazione è parte fondamentale della terapia di precise condizioni morbose.

I diversi approcci con cui si intende promuovere una sana alimentazione e/o l'intervento nutrizionale sono essenzialmente diversificati a seconda della tipologia di persone a cui sono rivolti (popolazione generale, pazienti convalescenti o in trattamento, pazienti con patologie in cui la nutrizione è elemento critico) e a seconda della figura professionale coinvolta (operatori di prevenzione e di promozione della salute, medici specialisti in particolare nell'area della scienza dell'alimentazione e della nutrizione clinica, professioni sanitarie). Le competenze da far sviluppare ai diversi professionisti della salute devono essere ritagliate sulle diverse strategie e ruoli.

Allegato II - 3.

Dovrebbe esserci almeno una struttura **Unità Operativa di Scienza dell'Alimentazione e/o Nutrizione Clinica** di riferimento con una struttura per la **Nutrizione Preventiva (SIAN)** a **livello di ASL**. Allo stato attuale diventa quasi impossibile attuare efficaci strategie d'intervento clinico e preventivo in ambito pubblico. Il Ministero è necessario che si faccia promotore con la Conferenza Stato Regioni e con gli Assessorati alla Sanità di una strategia d'implementazione a step, che vede come primo passo l'identificazione di almeno un referente medico per struttura ospedaliera che, qualora non in possesso di



specifica specializzazione (Spec. in Scienza dell'Alimentazione o branca equipollente), dovrà frequentare un corso di aggiornamento ad hoc, promosso da società scientifiche identificate dal Ministero. Ciò non sostituirà l'acquisizione della specializzazione, ma potrà fungere da accettabile compromesso.

Il Percorso Assistenziale è l'itinerario che una persona affetta da una patologia percorre all'interno del Sistema Sanitario. Pertanto, benché il processo di cura può essere analizzato a un singolo livello assistenziale (solo ospedale o solo territorio), la strutturazione ottimale del Percorso Assistenziale è la visione del processo diagnostico-terapeutico (e preventivo) nel suo complesso, comprendendo entrambi i livelli assistenziali e integrandoli con l'ambito sociale, di così ampia rilevanza in ambito di patologie croniche, come lo sono la maggior parte delle patologie metaboliche e nutrizionali. Tali malattie svolgono un ruolo principale nel determinismo delle più frequenti cause di mortalità ed inabilità dei Paesi sviluppati

La Rete Nutrizionale Territorio-Ospedale per la prevenzione e la cura nutrizionale strutturata integrando attori territoriali istituzionali (SIAN, MMG, PLS, etc) e strutture/professionisti ospedalieri (UOC/UOD/UOS di Dietetica e Nutrizione clinica, ambulatori di nutrizione clinica, etc) dovrebbe poggiare sui seguenti nodi/azioni:

- **Osservatorio epidemiologico** in grado di raccogliere ed integrare dati su comportamenti alimentari e relativi allo stile di vita, sui fattori di rischio per la comparsa di malnutrizione per eccesso e per difetto, su correlazione tra nutrizione e patologie, sulla prevalenza delle diverse forme di malnutrizione nelle diverse classi di età, nelle diverse situazioni fisiologiche, nei diversi gruppi etnici, nelle diverse aree geografiche, nei diversi setting assistenziali. L'Osservatorio epidemiologico dovrebbe inoltre evidenziare fabbisogni e nuovi indicatori nutrizionali e essere dotato di una Banca Dati nazionale per la progettazione e l'avvio di progetti di promozione della sana alimentazione e di prevenzione delle patologie correlate con alterato stato di nutrizione. Tale banca dati in un'ottica di Benchmarking potrebbe essere realizzata mettendo in rete le banche già esistenti;
- **Sorveglianza nutrizionale** mediante la raccolta dati primari sulla nutrizione nell'ambito dei sistemi nazionali di sorveglianza di popolazione e la programmazione ed attuazione di azioni di promozione della salute, attraverso in particolare l'empowerment di comunità, interventi motivazionali e di counselling in diversi setting (scuola, lavoro, ecc.), in gruppi a rischio o vulnerabili (bambini, anziani, etc) e che coinvolgano le famiglie e i diversi settori della comunità; queste competenze nell'ambito del SSN sono svolte dai SIAN e ne rappresentano mandato istituzionale (DM 185/98). In particolare è opportuno promuovere:
 - o percorsi motivazionali brevi al cambiamento e cucina didattica. Si propone di diffondere, l'utilizzo, da parte delle strutture dedicate alla prevenzione nutrizionale delle tecniche base del counselling, finalizzate, nei diversi ambiti sanitari, alla promozione della sana alimentazione ed alla prevenzione del sovrappeso e delle patologie cronico - degenerative. In tal senso numerose Regioni, anche in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, hanno già realizzato percorsi formativi "motivazionali al cambiamento" dedicati agli operatori SIAN, con avvio di percorsi motivazionali brevi al cambiamento destinati, prevalentemente, a piccoli gruppi di soggetti a rischio, spesso integrati con attività di cucina didattica destinate all'adulto -genitore, quale target privilegiato per promuovere la preparazione domestica di pasti salutari;
 - o maggior consumo di frutta e verdura di stagione. Al fine di favorire l'attuazione delle Campagne Ministeriali relative alla promozione del consumo di frutta e verdura, già previste dalla MO 2,1 del PRP 2014-2018 si propone di coinvolgere i servizi dell'SSN, istituzionalmente deputati al controllo ufficiale degli alimenti e alla promozione della sana alimentazione, per implementare la pratica del recupero di alimenti presso Mercati, GDO, ARC etc secondo procedure codificate dal Ministero;
- **Unità Operative di diagnosi e cura** dedicate, anche con approccio riabilitativo, interdisciplinare e multidimensionale alle patologie caratterizzate da alterazioni dello stato di nutrizione (obesità, malnutrizione per difetto, disturbi del comportamento alimentare) o che comunque possono giovare di un intervento nutrizionale (dalla dieta alla nutrizione artificiale) (patologie d'organo, insufficienza renale, insufficienza epatica scompensata, celiachia, etc), con competenze assistenziali



ospedale-territorio; queste competenze nell'ambito del SSN sono svolte dalle UO di Dietetica e Nutrizione Clinica e ne rappresentano mandato istituzionale;

- **Collaborazione con il settore della Ristorazione Collettiva** attraverso linee di attività operative per la promozione di alimenti salutarì con la collaborazione dei SIAN anche in riferimento a quanto efficacemente realizzato con il Progetto CCM "Okkio alla Ristorazione" in tema di monitoraggio dei consumi di frutta, verdura e di sana alimentazione, promozione di menu salutarì, adesione alle campagne nazionali Ministeriali nutrizionali rivolte ai consumatori etc. ;
- **Centro studi** in grado di proporre 1) eventuali ulteriori misure/indicatori per i sistemi di sorveglianza nutrizionale in relazioni a priorità identificate, 2) indicatori di struttura-processo-esito (anche per quanto riguarda la sostenibilità in termini di risorse e tempistica, l'equità per i diversi generi e le diverse condizioni socio-economiche) di maggiore interesse negli interventi di prevenzione e cura, 3) misure di efficacia dei diversi strumenti operativi proposti in letteratura e/o adottati dalla rete qui proposta in ambito sia preventivo sia di cura. Questa azione può essere svolta con la collaborazione delle Società scientifiche accreditate.

- **Allegato II - 4.**

Proposta di un Progetto Pilota, quale modello operativo standard.

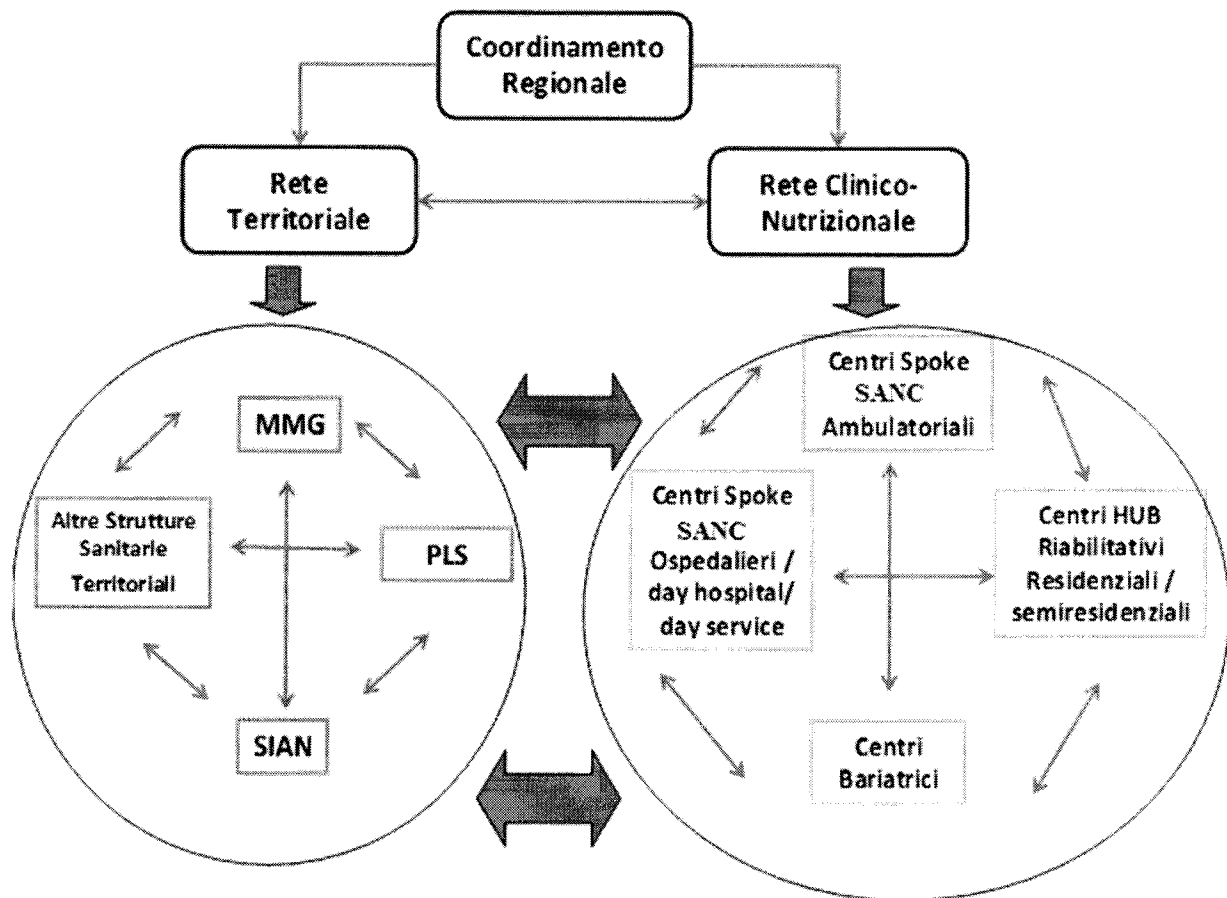
Progetto Pilota su "PPDTA per la Prevenzione e Cura dell'obesità". Proposta operativa

Obiettivo Generale

Ridurre la prevalenza dei fattori di rischio connessi all'alimentazione per le malattie cronicodegenerative, attraverso la realizzazione di un percorso integrato preventivo, diagnostico-terapeutico, riabilitativo, (PPDTA) per l'obesità basato sulla prevenzione, sulla predizione del rischio e del livello di complessità, sulla personalizzazione della "cura" e sulla formazione di un utente consapevole.

Proposta di intervento

L'attuale proposta prevede la realizzazione di un Progetto Pilota, da testare sperimentalmente nelle Regioni interessate, quale ipotesi per il futuro sviluppo di un modello integrato di prevenzione, cura e presa in carico dei soggetti obesi, nonché di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) correlate all'obesità, in un sistema organicamente riformulato ed organizzato, formato da specifiche figure in larga misura già presenti all'interno di Sistema Sanitario Nazionale, con differenti livelli di assistenza.



La proposta operativa si articola su tre livelli integrati

- 1) Rete Preventiva e Clinica Territoriale
- 2) Rete Clinico-Nutrizionale
- 3) Coordinamento Regionale

1) Rete Territoriale Preventiva e Clinica

La Rete territoriale è costituita da:

A) Medici di Famiglia (e/o Unità di Cure Primarie)

Ad essi è deputata l'attività di:

1. *misurazioni antropometriche* (BMI, Circonferenza vita);
2. *valutazione dell'appropriatezza dell'accesso* ai diversi setting di cura.*
3. *valutazione del rischio di MCNT*

*Per la valutazione dell'appropriatezza dell'accesso ai diversi setting di cura si fa riferimento al *Documento di Consensus: Obesità e Disturbi dell'Alimentazione. Indicazioni per i diversi livelli di Trattamento 2010 (elaborato anche con il contributo di Fimmg-Metis).*

I soggetti, in base agli scores della scheda in Allegato 1, saranno monitorati/presi in carico dal MMG oppure inviati ad uno dei diversi livelli di cura previsti nella Rete Clinico-Nutrizionale.

In sintonia con il Macro Obiettivo 1 del Piano Nazionale di Prevenzione 2014 - 2018, i MMG offriranno altresì ai propri assistiti "consiglio breve sugli stili di vita salutari, con particolare riferimento alla sana alimentazione e alla promozione dell'attività fisica".

B) Pediatri sul territorio (PLS)

Ad essi è deputato il monitoraggio della crescita (Bilancio di salute, con particolare riferimento alla traiettoria BMI secondo le tabelle dell'OMS di crescita) per la prevenzione del sovrappeso e l'obesità.

I bambini e i ragazzi da 5 a 19 anni di età, già affetti da sovrappeso od obesità lieve ($\geq 85^{\circ}$ pl $\leq 96^{\circ}$ pl), che dopo sei mesi da un iniziale intervento terapeutico risultano non responders, verranno inviati ai Centri Spoke SANC; nell'ambito di tali Centri verranno attuati una serie di programmi terapeutici (counselling nutrizionale, dietoterapia, programma motorio, etc) che, nell'arco di diverse sessioni (settimane/mesi) e con un indispensabile coinvolgimento della famiglia, saranno volti alla modifica dei comportamenti e dello stile di vita.

I bambini o i ragazzi affetti da franca obesità (97° percentile) ad alto rischio e/o in condizioni di criticità, verranno inviati al Centro Hub SANC per interventi intensivi clinico-nutrizionali e comportamentali.

C) Altre Strutture Sanitarie Territoriali (poliambulatori, consultori, area materno-infantile, ambulatori di vaccinazione, etc).

Il personale sanitario afferente a tali Strutture, adeguatamente formato sulle metodiche base di comunicazione efficace e motivazione al cambiamento offrirà, "consiglio breve" sui sani stili di vita ai soggetti in sovrappeso/obesi e, ove lo riterrà opportuno, li indirizzerà al MMG o ad uno dei diversi livelli di cura previsti nella sotto descritta Rete Clinico-Nutrizionale.

D) Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)

I SIAN delle ASP, istituzionalmente deputati alla promozione della sana alimentazione ed alla prevenzione nutrizionale collettiva, contribuiranno con le figure professionali di riferimento, già presenti nei servizi (medici, dietisti, biologi nutrizionisti, assistenti sanitari) alle attività della Rete territoriale attraverso:

- Realizzazione di programmi di sorveglianza nutrizionale per monitorare l'andamento epidemiologico e predisporre interventi nutrizionali collettivi mirati;
- Orientamento al cambiamento e promozione di corretti stili di vita (es. counselling nutrizionale motivazionale al cambiamento);
- Supporto al cambiamento degli stili di alimentazione ed al mantenimento nel tempo di stili di vita più salutari, anche in sottogruppi di popolazione a rischio (es. cucina didattica, progetti di promozione di sana alimentazione, etc);
- Comunicazione di dati integrati sulla sorveglianza nutrizionale e aggiornamenti sui programmi nutrizionali ai MMG e ai PLS;
- eventuale attività di coordinamento della Rete

2) Rete Clinico-Nutrizionale

Tale Rete è costituita da:

A) Centri Spoke di Scienza dell'Alimentazione e Nutrizione Clinica (SANC)

I centri specialistici ambulatoriali o ospedalieri, pubblici o privati convenzionati (ambulatori, day-hospital, day-service), sono composti da medici in possesso di specifica specializzazione (specialista in scienza dell'alimentazione, gastroenterologo, o altre branche equipollenti), nonché, da medici specialisti in diabetologia ed in endocrinologia; da dietisti e da psicologo/psicoterapeuta.

Sono deputati alla valutazione del rischio ed alla gestione (dietoterapeutica, educativo-cognitivo comportamentale e riabilitativa, etc) di soggetti affetti da obesità di vario grado che non presentano condizioni di criticità.

L'evidenza pratica ha ripetutamente dimostrato in letteratura che gli interventi diretti tra operatori sanitari e soggetti a rischio o in fase pre-clinica di quadri nosologici relativi a patologie croniche degenerative, rispondono con positività di efficacia a dinamiche di "counselling nutrizionale" se



condotti in ambienti appropriati e da personale qualificato capace di interpretare sia le più adeguate metodiche di comunicazione nei confronti dei vari target (PNP 2014-2018) sia i corretti percorsi di cura clinico-nutrizionale EBM.

Tali Centri Spoke SANC, ove necessario, opereranno in Rete Funzionale interdisciplinare con altri specialisti (internista, cardiologo, pneumologo, radiologo, ortopedico, anestesista, psichiatra, chirurgo generale e chirurgo plastico, fisiatri, etc).

I centri Spoke SANC saranno dotati di strumentazioni idonee alla valutazione dello stato nutrizionale e della composizione corporea, e il personale altamente specializzato sarà in grado di seguire percorsi clinici esplicitamente dedicati al trattamento dell'obesità, per il controllo di efficacia dell'intervento, secondo la responsabilità dell'obbligo medico dei mezzi e del risultato.

L'obesità, ovvero l'eccessivo accumulo di tessuto adiposo può ridurre l'aspettativa di vita anche di 8 anni, privando gli adulti fino a 19 anni di vita in buona salute. Un paziente obeso ha un impatto sui costi del sistema sanitario dal 25% al 51% in più rispetto ad una persona normopeso (circa 1.700 euro), di cui più la metà per costi sanitari diretti ed oltre 300 euro/persona/anno per costi indiretti, con un costo pro-capite aggiuntivo dell'8%, ovvero circa 300 euro, per ogni punto di BMI. Ogni chilogrammo di peso eccedente costa mediamente 156 euro in più l'anno. In Italia, dove la percentuale di obesi supera il 20% della popolazione, i chili in eccesso hanno un costo sanitario di 2,5 miliardi di euro all'anno. Ipotizzando una vita media attesa della persona obesa di 75 anni, un diciottenne obeso comporta un costo sociale totale di circa 100.000 euro in più rispetto ad un coetaneo normopeso.

La classificazione ad oggi adottata secondo l'indice di massa corporea (IMC) sottostima il problema dell'obesità, perché molte persone normopeso presentano comunque una percentuale eccessiva di tessuto adiposo. Nei centri Spoke SANC sarà reso possibile identificare la quantità di massa grassa che è misclassificata dal BMI.

Se sulla base del BMI in Italia 11.800.000 soggetti sono in sovrappeso/ pre-obesità e 3.600.000 sono obesi (DATI RILEVATI ISTAT 2012-2013), la numerosità aumenta vertiginosamente con la diagnosi basata sulla percentuale di massa grassa, che introduce anche nuovi fenotipi obesi a rischio, quali i soggetti normopeso per BMI, ma obesi (Normal weight obesity, fenotipo normopeso metabolicamente obeso - MONW, normopeso obeso - NWO) per percentuale di grasso corporeo (MG). Dall'evidenza scientifica emerge che il nuovo sottotipo di obesità (la Normal Weight Obese syndrome) colpisce circa il 10% della popolazione femminile e meno dell'1% della maschile, pari a 1.400.000 adulti tra 18-65 anni. La sua presenza comporta un aumentato rischio di patologia cardiovascolare, dismetabolica, infiammazione e sarcopenia e la mancata diagnosi porterebbe ad un costo sanitario aggiuntivo del 5-6% in più rispetto alle stime attuali. A questo fenotipo si deve aggiungere quello obeso metabolicamente sano (MHO) e distinto dall'obeso a rischio (MUO), che a distanza di 10-15 anni svilupperà patologie cardiovascolari, con ulteriori costi per il sistema sanitario.

Studi condotti su un campione rappresentativo della popolazione italiana, di ambo i sessi, dimostrano che il 34% dei partecipanti non sarebbero stati diagnosticati come obesi sulla base dei valori di BMI: il costo della spesa sanitaria, tenendo conto della classificazione dell'obesità seconda la percentuale di massa grassa, dovrebbe essere quindi circa un terzo in più rispetto alle stime correnti.

Pertanto la valutazione della percentuale di massa grassa risulta, rispetto al BMI, una prerogativa essenziale dei centri Spoke SANC per la diagnosi e cura dell'obesità.

B) Centro Hub SANC di Riferimento ad alta specializzazione, a cui afferiscono i casi di obesità grave e/o con condizione di criticità e/o ad alto rischio di complicanze.

Il Centro Hub sarà strutturato in setting multipli: dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione intensiva, semiresidenziale, residenziale e ospedaliera, svolgendo attività clinico-nutrizionale assistenziale; sarà inoltre in rete con la struttura Hub di chirurgia bariatrica.

Il Centro Hub sarà composto da Unità Operative con figure professionali specifiche (specialista in scienza dell'alimentazione, gastroenterologo, diabetologo, etc), ad alto numero di prestazioni specialistiche (ad esempio 3000 prestazioni di riabilitazione nutrizionale intensiva/anno; numero minimo di 150 interventi di chirurgia bariatrica, etc).



3) Coordinamento Regionale

Al fine del monitoraggio degli indicatori di processo, di early outcome e di outcome e, in ultima analisi, dell'efficacia dell'intervento e della riduzione della spesa, risulta indispensabile una pianificazione strategica che, tra l'altro, avrà cura di integrare il PPDTA con obiettivi ed indicatori previsti dal Piano Nazionale Prevenzione 2014 – 2018 e dalle Linee del Piano Sanitario Nazionale relative al sovrappeso e all'obesità (es. Linea 1 e 4 dei PSN 2014).

Si propone pertanto che tale Rete (Territoriale, Centri Spoke ed Hub) venga armonizzata attraverso un Centro di Coordinamento Regionale. Trattandosi di un'evoluzione modulare, sia a livello d'investimento nazionale che locale può essere valutata l'opportunità di una sua realizzazione in determinati tempi, che le Regioni potranno scegliere di adottare o meno in base alle disponibilità economiche e/o strutturali.

A tale Centro è anche demandata l'attività di valutazione dell'impatto tra la continuità assistenziale e le risultanza dell'intervento, finalizzata oltre che all'efficacia dell'intervento, alla riduzione della spesa in termini di diagnosi precoce e di intervento terapeutico a minor costo.

La rete che viene a crearsi in tal modo ha l'obiettivo di assicurare una **coordinata azione d'intervento**, garantendo al paziente un'assistenza ottimale, che va dall'attività di screening e prevenzione primaria che viene effettuata sul territorio, sino all'intervento ultra specialistico effettuato in Centri ad elevata specializzazione e complessità, con la possibilità di un continuo interscambio fra le differenti unità, in modo da ottimizzare il management del paziente così come le risorse sanitarie.

Formazione degli Attori della Rete

Va previsto e realizzato un percorso di formazione che, *in modo univoco*, fornisca elementi base condivisi su:

- elementi di comunicazione efficace;
- elementi formativi in *Nutrizione di Base, Nutrizione Applicata* (azione integrata dei nutrienti sull'organismo; Valutazione antropometrica dello stato di nutrizione; life skills sulla promozione della sana alimentazione, etc)) e in *Nutrizione Clinica* (diagnosi e cura delle patologie a componente nutrizionale, della malnutrizione per eccesso, per difetto o selettiva, delle turbe metaboliche subcliniche o manifeste, etc)

Si ritiene che tale attività formativa, potrà avvalersi anche della collaborazione delle diverse società scientifiche di nutrizione clinica e preventiva.

PPDTA sovrappeso/Obesità	Livelli integrati della Rete	Sorveglianza nutrizionale	programmi di promozione di sana alimentazione	Screening individuale	Consiglio nutrizionale breve	presainiziale e individuazione soggetti a alto rischio	interventi terapeuti specialistici con valutazione complessive	Interventi terapeutici ad alta specificità	Coordinamento Strategico e Monitoraggio risultati
	MMG/UCM			X	X	X			
Rete Preventiva e Clinica Territoriale	PLS e del Territorio			X		X			



					X				
	Strutture Sanitarie Distrettuali			X	X				
	SIAN	X	X		X				
Rete Clinico-Nutrizionale	ambulatori Spoke SANC					X	X		
	strutture ospedaliere Spoke SANC					X	X		
	strutture ospedaliero/r esidenziali Hub SANC					X	X	X	
Coordinamento Regionale									X

Allegato 1 - SCHEDE SIO di GRAVITA' CLINICA in PAZIENTE con OBESITA'

Paziente				data	
Ricoveri Precedenti	NO O; SI O	Data	motivo	Punteggio attribuito	Punteggio ottenuto
Grado di Obesità e livello di rischio per CVD, T2DM, ipertensione arteriosa		BMI 40 Kg/m ²		8	
		BMI 35-39.9 Kg/m ²		6	
		BMI 30-34.9 Kg/m ²		4	
		BMI >25 Kg/m ² MG >30% D, MG >25% U		8	
		BMI <25 Kg/m ² MG >30% D, MG >25% U		8	
		Circonferenza Vita > 102 cm R; 88 cm		2	
Co m or	Alterazione del metabolismo lipidico	Colesterolo LDL 130 mg/dl o terapia antidislipidemica		4	
		Colesterolo HDL " 40 mg/dl R; 50 mg/dl		2	
		Trigliceridemia > 150 mg/dl o terapia antidislipidemica		1	
	Alterazione del compenso glicemico	IFG (glicemia 110-125 mg/dl) o iperinsulinismo [insulinemia > 25 mcU/ml oppure >80 mcU/ml fra 60' e 120' oppure con		2	
		IGT (glicemia a 2 h da OGTT compresa tra 140 e 200		4	
		T2DM (glicemia a digiuno 126 mg/dl o glicemia a 2 h da		6	
	Malattie apparato cardiovascolare	Ipertensione arteriosa (PAS > 130 mmHg o PAD > 85 mmHg o terapia antipertensiva)		3	
		Mal aterosclerotica (cardiopatia ischemica, ictus cerebri, NYHA: classe III (sintomi di insuff cardiaca durante att della		4	
		Ipertrofia Ventricolare Sinistra asintomatica		3	
		Ipertrofia Ventricolare Sinistra sintomatica		3	
	App respiratorio	OSAS, insufficienza respiratoria di tipo restrittivo		4	
		Dispnea da sforzo, roncopathie, Epworth scale > 10		2	
	App scheletrico	Artrosi (anca, ginocchia, rachide)		3	
	App genitor-urinario	Alterazioni ginecologiche (dismenorrea, PCOS)		2	
Disfunzione della sfera sessuale legate all'obesità		2			

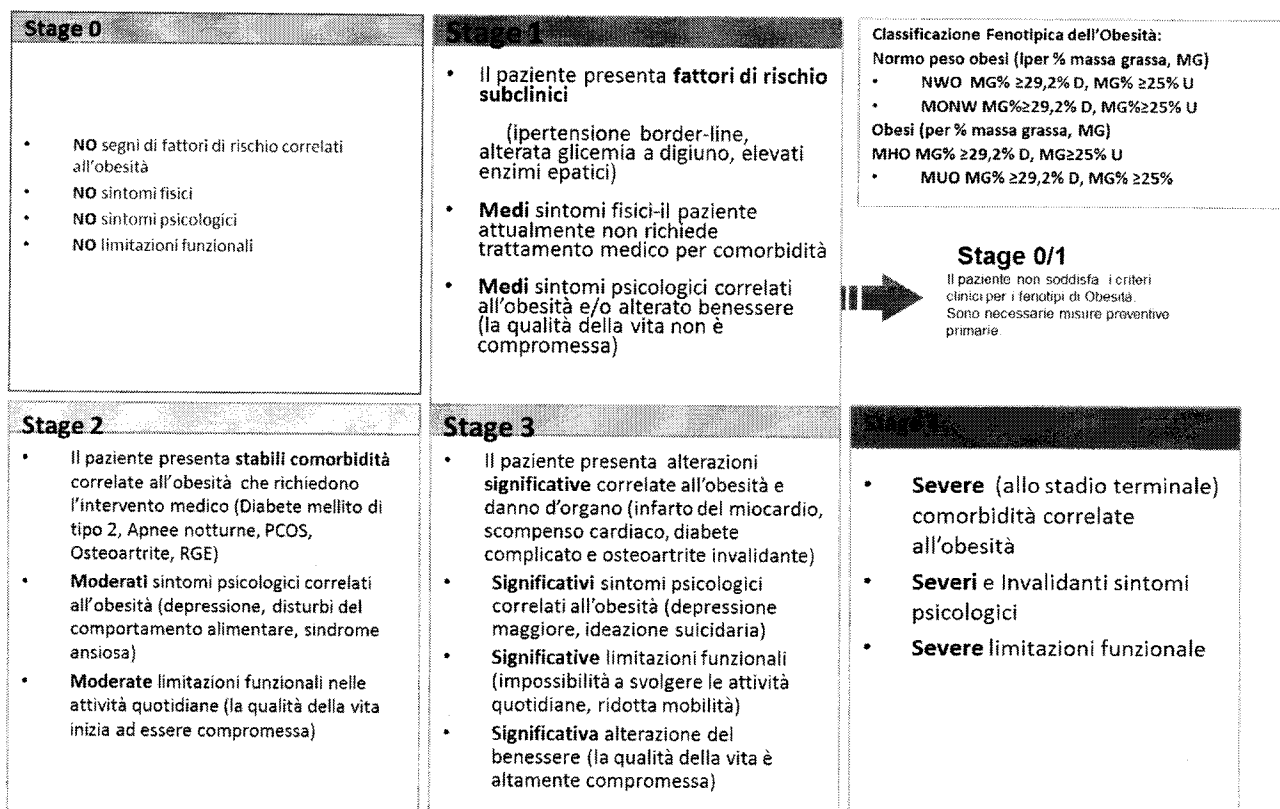


		Incontinenza da sforzo	2	
	App gastroenterico	Steatosi epatica, litiasi biliare	1	
	Status proinfiammatorio	PCR (x2 rispetto al valore max intervallo riferimento) > 10	3	
		Rapporto piastrine/linfociti (PLR)>150	2	
		Rapporto neutrofili/linfociti (NLR)	Medio rischio 1.6-2.4 Alto rischio >2.4	2
		Alfa-1 glicoproteina acida > 120 mg/dl	3	
	Status procoagulativo	Fibrinogeno > 450 mg/dl	3	
Fattori di rischio che concorrono correlata all'obesità	Anamnesi familiare	Storia familiare di malattie cardiovascolari premature (infarto del miocardio, ictus cerebri e/o morte improvvisa prima dei 55 anni per il padre o dei 65 anni per la madre)	4	
	Età	45 anni R; 55 anni (o menopausa precoce in assenza di terapia estroprogestinica sostitutiva)	2	
	Abitudini di vita	Sedentarietà (<10 MET/sett)	1	
		Fumo > 10 sigarette /die	1	
	Comportamento	Alterazioni della psiche (depressione, ansia)	2	
		Alterazioni del comportamento alimentare (iperfagia prandiale, spilluzzicamento, emotional eating, night eating)	3	
		DCA (bulimia nervosa, BED)	4	
Anamnesi	Fallimento di >3 programmi ambulatoriali di perdita di peso	2		
Malnutrizione per	Hb < 12 g/dl D, 13 g/dl U; Alb < 35 g/l; Colesterolemia totale < 150 mg/dl (in	4		
Precedenti ricoveri per Riab Metabolico Nutrizionale	Primo rientro (comunque non entro l'anno solare) con recupero del peso > al 50% di quello perso nel precedente ricovero	-5		
	Rientri successivi con recupero del peso > al 50% di quello perso nel precedente ricovero	-10		
			TOT	
>25: Riabilitazione residenziale di tipo intensivo - 20-25: Centro Diurno riabilitativo e/o Day Hospital o Day Service				

- Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults" - National Institute of Health (NIH Publication 98-4083) september 1998, USA
- Bray GA, Ballanger T: Epidemiology, trends and morbidities of obesity and the metabolic syndrome. Endocrine 2006, 29 (1), 109-117
- Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (ATP III). JAMA 2001, 285 (19) 2486-2497 (*: elementi che concorrono a costituire la sindrome metabolica)



Allegato 2 - Obesity Staging System-Staging Tool



Bibliografia di riferimento al paragrafo II

Indicazioni puntuali potranno essere desunte dalla letteratura sotto elencata:

- Presa in carico del soggetto obeso adulto: gestione integrata - Rapporto Osservasalute 2010
- Report finale della Commissione OMS per la fine dell'obesità infantile (Commission on Ending Childhood Obesity - ECHO)
- L'igienista di fronte ai problemi della alimentazione e della nutrizione nel XXI secolo. Gruppo di lavoro alimenti e nutrizione della Società Italiana di Igiene (SIT)
- Banche dati AGENAS per il Piano Nazionale di Prevenzione e DORS Piemonte per la promozione della salute (<http://www.dors.it>)
- Bonciani M, Nardone P, Pizzi E, Spinelli A, Andreozzi S, Giacchi M, Caroli M, Mazzarella G, Cairella G, Galeone D (Ed.). Prevenzione dell'obesità nella scuola: indicazioni a partire dalle evidenze della letteratura. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. (Rapporti ISTISAN 15/1)
- Standard cura obesità SIO ADI 2012 – 2013
- Tavolo di lavoro per la riabilitazione nutrizionale multidisciplinare in ambito DCA istituito presso il Ministero della Salute
- Quaderno Ministero della Salute sui DCA – n° 17 del 2013
- "Report finale della Commissione OMS per la fine dell'obesità infantile (Commission on Ending Childhood Obesity - ECHO)



Childhood Obesity - ECHO) - 25 gennaio 2016

- "Alimentare la salute" edito a cura del Gruppo di lavoro SItI Igiene degli alimenti, sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori – 2015
- "Osserva Salute 2010" relativa alla "Presenza in carico del soggetto obeso adulto: gestione integrata
- Risoluzione ONU 70/1-2015 http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1
- Milan Urban Food Policy Pact <http://www.foodpolicymilano.org/urban-food-policy-pact/>

- 1. *Documento di Consensus: Obesità e Disturbi dell'Alimentazione. Indicazioni per i diversi livelli di Trattamento (H24 e riabilitazione intensiva, metabolica-nutrizionale-psicologica residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale)*
- L.M. Donini, M. Cuzzolaro, G. Spera, M. Badiali, N. Basso, M.R. Bollea, O. Bosello, A. Brunani, L. Busetto, G. Cairella, C. Cannella, P. Capodaglio, M.G. Carbonelli, E. Castellaneta, R. Castra, E. Clini, F. Contaldo, L. Dalla Ragione, R. Dalle Grave, F. D'Andrea, V. del Balzo, P. De Cristofaro, E. Di Flaviano, S. Fassino, A.M. Ferro, P. Forestieri, E. Franzoni, M.G. Gentile, A. Giustini, F. Jacoangeli, C. Lubrano, L. Lucchin, F. Manara, G. Marangi, M. Marcelli, G. Marchesini, G. Marri, W. Marrocco, N. Melchionda, B. Mezzani, P. Migliaccio, F. Muratori, U. Nizzoli, R. Ostuzzi, G. Panzolato, F. Pasanisi, P. Persichetti, M.L. Petroni, V. Pontieri, E. Prosperi, C. Renna, G. Rovera, F. Santini, V. Saraceni, C. Savina, N. Scuderi, G. Silecchia, F. Strollo, P. Todisco, C. Tubili, G. Ugolini, M. Zamboni
- "Eating Weight Disord." Editrice Kurtis Vol. 15: 1-31, Suppl. al No. 1-2, 2010

- 2. *Presenza in carico del soggetto obeso adulto: gestione integrata*
- L.M. Donini, E. Alonzo, G. Cairella, D. Campisi, M.G. Carbonelli, V. Carreri, M. Cuzzolaro, A.P. D'Ingianna, L. Lucchin, G. Marri, W. Marrocco, A. Pizzini, V. Pontieri, G. Spera, G. Ugolini
- Osservasalute 2010 (pagg. 88 – 90);

- 3. *Management of Obesity: improvement of health – care training and systems for prevention and care.*
- Dietz WH, Baur LA, Hall K, Puhl RM, Taveras EM, Uauy R, Kopelman P
- Lancet 2015 Jun

- 4. *Adiposity rather than BMI determines metabolic risk.*
- De Lorenzo A, Bianchi A, Maroni P, Iannarelli A, Di Daniele N, Iacopino L, Di Renzo L. Int J Cardiol 2013; 166(1), 111–7 [PMID: 22088224 DOI:10.1016/j.ijcard.2011.10.006].

- 5. *New obesity classification criteria as a tool for bariatric surgery indication.*
- De Lorenzo A, Soldati L, Sarlo F, Calvani M, Di Lorenzo N, Di Renzo L. World J Gastroenterol. 2016 Jan 14;22(2):681-703. doi: 10.3748/wjg.v22.i2.681.

- 6. *Normal Weight Obesity: a risk factor for cardiometabolic dysregulation and cardiovascular mortality.*
- Abel Romero Corral, Virend K Somers, Justo Sierra-Johnson and Francisco Lopez Jimenez. Eur. Heart Journal 2009;doi 10.1093/eurhearti/ehp487

- 7. *Normal weight obesity: relationship with lipids, glycaemic status, liver enzymes and inflammation.*
- P. Marques-Vidal, A. Pe'coud, D. Hayoz, and P. Vollenweider. Nutrition Metabolism & Cardiovasc Diseases 2010;20:669e675

- 8. *Large differences in the prevalence of normal weight obesity using various cut-offs for excess body fat.*
- Pedro marques-Vidal, Arnaud Chiolero, Fred paccaud. E-SPEN the Europ J Clin Nutr and metabolism 2008;3. E159ee162.

- 9. *The concept of Normal weight Obesity.*



- Estefania Oliveros, Virend K Somers, Ondrej Sochor, Kashish Goel, Francisca Lopez-Jimenez. Progress in Cardiovasc Diseases 2014;56:426-433
-
- *10. Excess body weight increases the burden of age-associated chronic diseases and their associated health care expenditures*
- Vincenzo Atella, Joanna Kopinska, Gerardo Medea, Federico Belotti, Valeria Tosti, Andrea Piano Mortari, Claudio Cricelli, Luigi Fontana. AGING, October 2015, Vol. 7 No 10
-
- *11. Obbligazioni "di risultato" e obbligazioni "di mezzi"*
- MENGONI L., in Riv. dir. comm., 1954, I.



Allegati del paragrafo III. INTEGRAZIONE AMBIENTE- SALUTE- DETERMINANTI SOCIO-CULTURALI.

Allegato III- 1

Particolare importanza assume, come indicato nel paragrafo, la costituzione di un osservatorio epidemiologico e di un centro studi.

La realizzazione di una *Osservatorio per l'informazione dei Benefici Alimentari e la tutela del Consumatore (OsBAC)* risulta strategica per rispondere alle richieste dei Consumatori di maggiore chiarezza, accessibilità e trasparenza sui temi correlati alla qualità nutrizionale, a garanzia di tutela della salute. La comunicazione con gli stakeholder, deve essere **costante ed efficace**, non solo al fine di promuovere la salute della comunità, fornendo informazioni immediate e chiare sui rischi, sulle misure e cautele che devono essere adottate dai singoli consumatori, ma anche per aumentare il grado di consapevolezza dei cittadini sui processi decisionali nella scelta alimentare. Infatti, nonostante i claim salutistici delle etichette alimentari, che rispettano il Regolamento CE 1924/2006, è presente ancora una forte confusione e, conseguentemente, una maggiore difficoltà nelle scelte di acquisto (Pillitteri). L'Osservatorio deve rappresentare il punto di coordinamento per tutte le tematiche relative alla qualità nutrizionale, alla tutela della salute, con l'ambizione di divenire elemento cardine in termini di chiarezza, attraverso *Position Paper* validati dalla comunità scientifica, che rispondano alle domande degli utenti. L'Osservatorio è un organismo che si basa sull'integrazione delle varie competenze presenti sul territorio nazionale, al fine di ottimizzare il *know-how* nazionale ed internazionale in materia nutrizionale-alimentare, evitando in tal modo inutili sprechi di risorse umane e tecniche, con significativa riduzione dei costi economici. L'Osservatorio ha, inoltre, la potenzialità di orientare la formazione del consumatore in modo da creare una consapevolezza specifica in materia alimentare, indirizzando verso un consumo salutare, consapevole e orientare le produzioni verso un profitto etico.

A livello mondiale, la Food and Drug Administration prevede il coinvolgimento di esperti del settore mediogiornalistico, specialisti in comunicazione del rischio, comunità scientifica, e rappresentanti delle associazioni di pazienti per avere un più ampio controllo della comunicazione. Attraverso questo network e attraverso sezioni del sito web dedicate ai consumatori, è possibile consultare tutte le notizie e/o pubblicazioni aggiornate.

Al momento, in Italia non esiste un soggetto unico che si occupi e coordini le politiche di qualità in ambito Alimentare e Nutrizionale, con notevoli problemi in termini di dispersione della capacità di controllo e mancanza sia di un univoco progresso integrato che di una comunicazione efficace. Per tal motivo l'*OsBAC* deve colmare tale mancanza, creando un network mirato alla diffusione delle corrette informazioni, in termini di qualità nutrizionale, e valorizzando altresì le differenti filiere imprenditoriali dell'agroalimentare locale, fornendo indicazioni indipendenti ai settori produttivi delle aree interessate. Si rende, però, necessario un intervento del Ministero della Salute per reindirizzare le scelte del consumatore sui binari della correttezza scientifica e metodologica, mediante anche una rivisitazione della legislazione esistente a tutela dell'utente per il controllo di tutti gli aspetti della comunicazione in ambito nutrizionale e pubblicità ingannevole (Pillitteri).

Le finalità dell' *OsBAC* sono:

- Garantire una **comunicazione efficace** sui temi dei benefici alimentari e, quindi, della qualità nutrizionale, approfondendo l'interazione tra dieta e salute, attraverso il **continuo dialogo** fra comunità scientifica (università, istituti e organizzazioni riconosciute), stakeholder, mezzi di informazione, esponenti di organizzazione governative, consumatori e gruppi vulnerabili, superando il limite della difficoltà di scambi di informazioni
- Favorire la formazione di un **consumatore consapevole**, in grado sia di effettuare scelte alimentari/nutrizionali rivolte al miglioramento del proprio stato di salute, sia in grado di influenzare la stessa produzione commerciale, verso standard rivolti all'interesse della collettività
- Fornire **supporto all'attuazione delle politiche** nutrizionali orientate alla prevenzione, alla terapia, all'economia tramite tecnologie alimentari, dietetiche e tramite la nutrizione clinica
- Favorire e valorizzare le **produzioni tipiche locali**, che rispondono ai criteri di qualità e salute alimentare e di tutela del consumatore.



A livello mondiale e internazionale, sono diverse le agenzie istituzionali, organizzazioni, ecc., che hanno un sistema di comunicazione al consumatore comprovato da anni:

la Food and Drug Administration (<http://www.fda.gov/ForConsumers/default.htm>), la Canadian Food Inspection Agency (<http://www.inspection.gc.ca/food/information-for-consumers/eng/1299093858143/1303766424564>), la Food Standards Australia New Zealand (<http://www.foodstandards.gov.au/consumer/Pages/default.aspx>). Sui loro siti internet, in apposite sezioni dedicate ai consumatori, riportano informazioni sui claim, sulle ultime ricerche pubblicate, sulla legislazione in campo alimentare, con l'obiettivo di ridurre il rischio di incidenti legato ad informazioni errate sugli alimenti; ampliare le indicazioni salutistiche; incoraggiare l'industria a rinnovarsi, offrendo ai consumatori una gamma sempre più ampia di prodotti sani; fornire indicazioni chiare in campo legislativo.

In Europa è nato un consorzio di diverse università e istituti di ricerca, Eatwell (<http://www.eatwellproject.eu>) (Università di Reading, Aarhus, Bologna, Gent, National Institute for Food and Nutrition Research (INRAN), Jagiellonian University Medical College, European Association of Communications Agencies (EACA), European Food Information Council (EUFIC), Kraft Foods R&D), si è dato l'obiettivo di valutare l'efficacia degli interventi passati sul miglioramento degli outcome sulla salute e l'identificazione di nuove strategie per il futuro, diffondendo le conoscenze circa l'impatto di tali interventi sulla salute dei consumatori, in particolare sulle loro abitudini, sui loro comportamenti, sulle loro diete e quindi sulla salute, a breve e a lungo termine.

Prendendo quindi spunto dalla situazione mondiale e a livello europeo dall' "European Food Information Council" (EUFIC - <http://www.eufic.org>) e dal progetto *Food RisC* - <http://www.foodrisc.org/> -, fondato dalla Commissione Europea, che ha visto il coinvolgimento di consumatori, organizzazioni di consumatori, industrie alimentari, rivenditori e associazioni non governative, per avere una più ampia e corretta visione, si predispongono la necessità di:

- o Diffondere notizie e informazioni, validate e aggiornate, sia dirette ai consumatori, sia agli stakeholder sia a tutti i gruppi vulnerabili circa la qualità nutrizionale, al fine di conoscere quali siano i benefici legati al consumo degli alimenti mediante il mezzo che risulta, attualmente, più efficace, come il *web*. Esso deve però essere opportunamente utilizzato, salvaguardando gli utenti dalla diffusione di notizie errate, che causano false credenze, insicurezza e preoccupazioni nei consumatori.

In vista di una visione della medicina PROATTIVA e PARTECIPATA è necessario creare una sinergia tra utenti e comunità scientifica, programmando una serie di eventi informativi e formativi sia frontali sia attraverso le piattaforme e-learning e di tele-medicina, al fine di costruire l'identità del consumatore consapevole.

L'obiettivo fondamentale delle strategie di informazione e comunicazione dell' *OsBAC* è quello di assicurare con una **piattaforma on-line unica**, un riferimento per scelte alimentari adeguate alla riduzione del rischio nutrizionale. L'adeguamento a strategia di promozione di regimi alimentari salutari coinvolge molti settori e differenti gruppi all'interno del Paese, che sono interessati a linee di condotta per gli alimenti, la nutrizione, l'agricoltura, l'educazione, l'impatto ambientale e la sicurezza alimentare; un'iniziativa intersettoriale che costituisca una rete informativa, garantita dall'indipendenza dell'informazione e dal concorso di tutti i Ministeri, le Università, gli Enti di ricerca.

Fig.1. Schema della Situazione attuale

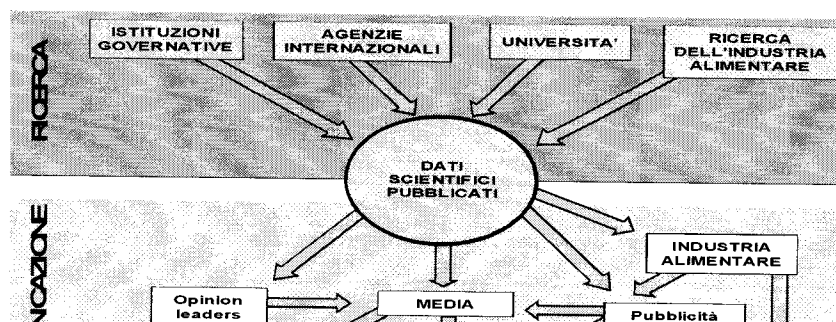


Fig.2. Schema della Situazione Futura

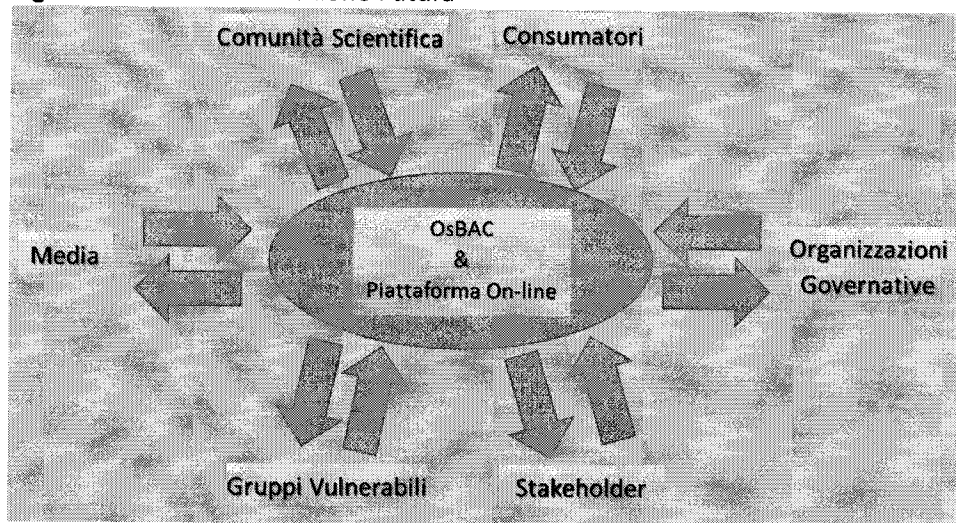


Fig.3. OsBAC

Allegato III- 2

Può essere utile ed interessante, il coinvolgimento delle associazioni di cuochi e ristoratori per incentivare i programmi di prevenzione del sovrappeso/obesità e anche della magrezza favorendo, attraverso l'interazione con professionisti competenti in ambito nutrizionale, psicologi, esperti del movimento e dello sport, la preparazione di pasti/porzioni equilibrati, appetibili ed adatti ai differenti contesti, da proporre agli utenti e da diffondere nei programmi educativi sia a livello scolastico sia attraverso i media (Vedi Appendice 1).

Allegato III- 3

L'implementazione efficace dei LARN in particolare nella sorveglianza nutrizionale e nella ristorazione collettiva può essere favorito dalle seguenti azioni:

- monitoraggio a livello delle singole Regioni per verificare come procede il recepimento della nuova revisione LARN che recepisce i valori di riferimento per la dieta (DRVs) applicandoli per la popolazione italiana;
- prevedere, sui capitolati di appalto destinati alle ristorazioni collettive, l'utilizzo di tabelle dietetiche redatte secondo i LARN e le Linee Guida per una Sana Alimentazione approvate dai SIAN e il riferimento ai criteri ambientali minimi (CAM) e ai criteri sociali minimi (CSM) definiti dal Ministero dell'Ambiente per i green public procurement (GPP) e i social public procurement (SPP) ⁽¹⁾ (integrando: salvaguardia della salute/contesto socio-culturale/sostenibilità ambientale);
- attivare le necessarie collaborazioni con il ministero dell'agricoltura e dell'ambiente per l'avvio dell'aggiornamento della Banca dati italiana di Composizione degli alimenti;
- Promuovere l'adozione del processo NACCP nelle strutture di prevenzione territoriali per favorire il coordinamento di politiche di qualità in ambito alimentare e nutrizionale
- prevedere l'adozione di strumenti informatici di automonitoraggio per l'aderenza alla dieta mediterranea (calcolo dell'indice di adeguatezza alla dieta mediterranea).

(1) <http://www.minambiente.it/pagina/il-piano-dazione-nazionale-il-gpp-pan-gpp>
<http://www.minambiente.it/pagina/gpp-acquisti-verdi>
http://www.bosettiegatti.eu/info/norme/statali/2011_dm_25_07_cam_ristorazione.pdf

(Vedi Appendice 2)

Allegato III- 4

L'ecologia nutrizionale può essere favorita dall'attivazione di percorsi benessere per i turisti che visitano musei con annessi parchi e giardini (valutazione della forma fisica; giro in bici, percorsi pedonali, aree



attrezzate per attività motoria all'aperto) unitamente a consigli nella preparazione di pasti quali/quantitativamente idonei per età, genere e livello di attività fisica, consigliati da esperti che illustrano i prodotti tipici della Regione e il loro utilizzo nei menu proposti. Sgravi per le scolaresche e le associazioni culturali potrebbero incentivare tali percorsi.

E' anche opportuno realizzare a livello regionale piste ciclabili, verde attrezzato, ma anche di aree dedicate con presenza di attrezzature per muscolazione e attività aerobiche.

Allegato III- 5.

La protezione dei cittadini/consumatori dalle errate comunicazioni e informazioni passa attraverso l'azione degli organismi di controllo cui potrebbero dare un contributo efficace le Istituzioni che operano in ambito sanitario, della ricerca e della formazione.

Possono contribuire alla protezione del cittadino/consumatore anche:

- una maggiore chiarezza e diffusione delle etichette nutrizionali poste sui prodotti alimentari. Le etichette dovrebbero contenere un QRcode, le informazioni nutrizionali del prodotto, i livelli di nutrienti contenuti in rapporto ai LARN, ...;
- la promozione di campagne divulgative sulla corretta alimentazione e stili di vita salutari nelle diverse classi di età.

Bibliografia di riferimento al paragrafo III

- Presa in carico del soggetto obeso adulto: gestione integrata - Rapporto Osservasalute 2010
- Report finale della Commissione OMS per la fine dell'obesità infantile (Commission on Ending Childhood Obesity - ECHO)
- L'igienista di fronte ai problemi della alimentazione e della nutrizione nel XXI secolo. Gruppo di lavoro alimenti e nutrizione della Società Italiana di Igiene (SIT)
- Banche dati AGENAS per il Piano Nazionale di Prevenzione e DORS Piemonte per la promozione della salute (<http://www.dors.it>)
- Bonciani M, Nardone P, Pizzi E, Spinelli A, Andreozzi S, Giacchi M, Caroli M, Mazzarella G, Cairella G, Galeone D (Ed.). Prevenzione dell'obesità nella scuola: indicazioni a partire dalle evidenze della letteratura. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. (Rapporti ISTISAN 15/1)
- Standard cura obesità SIO ADI 2012 – 2013
- Tavolo di lavoro per la riabilitazione nutrizionale multidisciplinare in ambito DCA istituito presso il Ministero della Salute
- Quaderno Ministero della Salute sui DCA – n° 17 del 2013
- Amerio e Domeniconi - ADI Position Paper Ruolo delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica . ADI Magazine 28-2-2008
- ADI Position Paper – Politica della Qualità – ADI Magazine 2009
- Maghetti, Paolini, Zoni, Ugenti e Vincenzi – Disturbi del Comportamento Alimentare: lavorare in team ADI Position Paper – ADI Magazine 2010
- FeSIN - Documento di posizione della FeSIN sulla formazione in nutrizione umana nei corsi di laurea – 2014
- Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU). LARN – Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed Energia per la popolazione italiana – IV Revisione, SICS, Milano 2014
- Piano della Prevenzione 2014-2018 (Obiettivo centrale 1.1.1:)
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf
- Milan Urban Food Policy Pact (www.foodpolicymilano.org/en/urban-food-policy-pact-2)
- Il Manifesto delle Criticità in Nutrizione Clinica e Preventiva
<http://www.adiitalia.net/EXPO2015/comunicati/Manifesto%20definitivo.pdf>



APPENDICE 1: La prevenzione dell'obesità nella scuola: Dalle evidenze scientifiche all'intervento

E' di recente pubblicazione un Rapporto Istisan che effettua una revisione della letteratura sugli interventi di prevenzione dell'obesità infantile realizzati a scuola, identificando quelli maggiormente efficaci allo scopo di orientare gli operatori nella programmazione di azioni in questo specifico ambito.

Emerge una rilevante produzione di revisioni, sia in contesto americano che europeo, a testimonianza dell'attenzione posta alla problematica del sovrappeso e dell'obesità nei bambini e dell'interesse per la valutazione dell'efficacia degli interventi preventivi in questo ambito.

E' comunque importante sottolineare l'elevata complessità legata in generale alla valutazione dell'efficacia degli interventi di prevenzione dell'obesità che, pur misurata nel contesto rigoroso del setting sperimentale, utilizza indicatori diversi (spesso intermedi e non di outcome), modelli teorici di riferimento diversi, tempi differenti di durata e follow-up dell'intervento.

Inoltre, il focus ristretto su metodi di ricerca altamente rigorosi (quali gli studi clinici controllati o altre ricerche con disegni di studio sperimentale) tende a sottovalutare gli approcci che agiscono su dimensioni più difficilmente misurabili e a non misurare la potenziale efficacia di interventi che hanno bisogno di tempi più lunghi per raggiungere risultati o comunque di quelli per cui è difficile impostare gruppi di controllo o altri aspetti del metodo sperimentale.

Nonostante le criticità di cui sopra, emergono, dalla revisione della letteratura, alcune caratteristiche degli interventi che contribuiscono a determinare una loro maggior efficacia. Tra questi, vanno annoverati gli interventi intersettoriali, multicomponenti di durata prolungata, che prevedono il coinvolgimento dei genitori e di setting esterni alla scuola, con espliciti riferimenti a modelli teorici comportamentali.

Il rapporto conclude con una proposta di indicazioni pratiche, redatte sulla base dei risultati della revisione della letteratura scientifica e sull'esperienza maturata dagli esperti del Comitato Tecnico "OKkio alla Salute" nell'ambito specifico della sorveglianza sull'obesità infantile. Queste indicazioni operative dovrebbero essere adottate nei servizi del SSN dedicati alla realizzazione degli interventi di prevenzione dell'obesità in particolare in ambito scolastico

Tabella 1: Programmazione di interventi di prevenzione dell'obesità infantile a scuola

INDICAZIONI OPERATIVE :

- acquisire elementi conoscitivi sul proprio territorio: prevalenza di sovrappeso/obesità, popolazione presente, numero di scuole, ecc. (Comitato Tecnico).
- prendere visione della letteratura e delle evidenze riguardo all'efficacia degli interventi prima di programmarne altri sul proprio territorio (Comitato Tecnico).
- prevedere, già dall'inizio, un sistema di monitoraggio delle azioni in modo tale da poter seguire ed eventualmente correggere, con adeguata tempestività, il progredire dei processi (Comitato Tecnico).
- includere nel disegno dell'intervento una fase di valutazione e definire gli indicatori – sia di sistema che di salute – da utilizzare (Comitato Tecnico).
- includere indicatori molteplici per la misurazione dei risultati degli interventi di prevenzione, in modo da non considerare solo il BMI che può non essere sensibile ai cambiamenti ottenuti (Revisione).
- programmare interventi che garantiscano una sostenibilità sia in termini di risorse che di tempistica (Comitato Tecnico).
- privilegiare come target prioritario degli interventi i bambini delle classi della scuola primaria (Revisione).
- porre attenzione alle differenze di genere per non avere risultati disomogenei degli interventi tra maschi e femmine (Revisione).



APPENDICE 2 - LARN, Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti e di Energia

I LARN rappresentano uno strumento importante per la nutrizione in sanità pubblica, sono diretti sia alla popolazione che al singolo individuo e hanno numerosi risvolti applicativi, tra cui 1) la pianificazione nutrizionale, in quanto strumento di riferimento per la sorveglianza nutrizionale e per la dietetica di comunità; 2) la definizione delle politiche sanitarie e nutrizionali, poiché possono essere utilizzati sia come base per definire i valori di riferimento nella etichettatura, sia nella formulazione di linee guida per la sana alimentazione indirizzate alla popolazione generale e/o a gruppi a rischio nutrizionale; 3) l'orientamento di politiche commerciali, dove sono di frequente utilizzo nel settore delle tecnologie alimentari e dello sviluppo di integratori.

Fin dalla prima edizione – pubblicata nel 1986 - I LARN sono diventati il documento tecnico di riferimento utilizzato dagli operatori sanitari per la pianificazione nutrizionale, nel singolo e nelle collettività. Anche i documenti nazionali e regionali realizzati per la ristorazione collettiva sanitaria e di comunità si riferiscono per i parametri di adeguatezza nutrizionale ai LARN ed alle Linee Guida per una Sana Alimentazione.

Cionondimeno, pur essendo i LARN documento di riferimento noto, l'ultima revisione modifica sostanzialmente riferimenti e modalità applicative: dal concetto di raccomandazione (Recommended Dietary Intake, RDI) insito nei vecchi LARN - espresso da un singolo valore tarato sul limite superiore di fabbisogno nel gruppo di popolazione d'interesse - si passa ad un sistema articolato di valori di riferimento per la dieta, i Dietary Reference Values (DRVs). I DRVs, infatti, pur recependo come assunzione di riferimento per la popolazione il concetto alla base della RDI, lo completano introducendo una serie di ulteriori riferimenti utili a una migliore definizione degli apporti di nutrienti in grado di soddisfare i fabbisogni individuali e di gruppo.

L'implementazione dell'utilizzo dei LARN va realizzata a livello regionale e locale. Le regioni devono recepire l'utilizzo dei nuovi LARN nei documenti regionali sulla ristorazione e promuovere la formazione degli operatori sanitari sul corretto utilizzo del documento nella dietetica applicata nel setting ambulatoriale o di comunità. L'implementazione dell'utilizzo dei LARN nella collettività è coerente con il Macroobiettivo 1 del PNP - Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili - e riguarda il beneficio di salute atteso nella popolazione generale e segmenti a rischio a seguito del miglioramento della qualità nutrizionale della dieta. Queste azioni possono rappresentare attività di supporto regionale da prevedere ed eventualmente integrare nello sviluppo dei PRP, a sostegno degli obiettivi centrali PNP 1,3,7,8 del Macroobiettivo 1.

A livello operativo – per le attività svolte dai SIAN e dai servizi di nutrizione clinica e preventiva, particolare interesse hanno il complesso delle attività legate alla pianificazione nutrizionale; i LARN vengono infatti utilizzati nella valutazione e nella programmazione della dieta nel singolo individuo e nelle comunità; entrambe queste fasi – valutazione e programmazione – sono consequenziali a garantire la copertura dei fabbisogni di nutrienti, nonché strettamente connesse in un processo di monitoraggio continuo che valuta l'adeguatezza della dieta e riorienta i consumi, adattando i regimi alimentari in relazione a specifiche condizioni di vulnerabilità individuale od alla presenza di segmenti di popolazione a rischio.

Nello specifico, la valutazione dell'adeguatezza della dieta ha risvolti applicativi nella determinazione dello stato nutrizionale e nella sorveglianza nutrizionale, mentre la programmazione di una razione alimentare adeguata, trova riscontro nella dietetica applicata nel setting ambulatoriale o di comunità.

La valutazione degli apporti nel singolo si pone l'obiettivo di determinare la probabilità che la dieta abituale soddisfi i fabbisogni nutrizionali e/o di valutare se l'individuo è potenzialmente a rischio per eventi avversi a seguito di un eccessivo consumo del nutriente; la valutazione dell'adeguatezza degli apporti di nutrienti nella popolazione rappresenta un aspetto applicativo della dietetica di comunità che riguarda il settore della ristorazione collettiva, diretta a diversi gruppi target. Tale attività assume un aspetto rilevante per la sanità pubblica in quanto consente di evidenziare gruppi a rischio di vulnerabilità nutrizionale per carenze copertura dei fabbisogni.

La programmazione della dieta nel singolo individuo – come anche in gruppi di popolazione - realizza l'obiettivo di rendere minima la probabilità di inadeguatezza e di eccesso negli apporti di nutrienti.

L'utilizzo dei LARN per la valutazione e la programmazione della dieta fa riferimento ad alcune considerazioni relative alla distribuzione statistica dei fabbisogni e tiene conto degli apporti abituali



dieta; esse sono alla base della stima dell'adeguatezza o inadeguatezza (in eccesso o in difetto) degli apporti di un nutriente. Sia nel singolo individuo che nella popolazione, riferimenti importanti per utilizzare correttamente i LARN sono:

- 1) la media dei fabbisogni, identificata dal valore di AR;
- 2) la variabilità dei fabbisogni, identificata dalla deviazione standard (DS) di AR;
- 3) il valore di assunzione adeguata identificata dal valore di AI (quando il valore di AR non è noto)
- 4) la media degli apporti osservati
- 5) la variabilità giornaliera degli apporti
- 6) l'assunzione raccomandata di popolazione identificata dal valore di PRI
- 7) il livello massimo tollerabile di assunzione, identificato dal valore di UL

Viceversa, consumi abituali dei nutrienti di cui è definito il RI, espresso come percentuale rispetto all'energia, possono ritenersi adeguati se compresi tra i valori superiore e inferiore dell'intervallo di riferimento indicato.

