

## GLI INTERVENTI PER LA PROMOZIONE DI UN'ALIMENTAZIONE CORRETTA IN ITALIA

### INTERVENTIONS FOR HEALTHY DIET PROMOTION IN ITALY

Fabrizio Faggiano,<sup>1</sup> Roberta Molinar,<sup>1</sup> Alessandro Coppo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di medicina traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara

**Corrispondenza:** Fabrizio Faggiano, fabrizio.faggiano@uniupo.it

#### RIASSUNTO

**OBIETTIVI:** descrivere l'offerta di interventi di promozione della dieta corretta da parte dei servizi sanitari regionali.

**MATERIALI E METODI:** analisi della base dati ProSA, che contiene gli interventi di prevenzione condotti da alcune regioni italiane, su base volontaria. È stato applicato il filtro «alimentazione – attività fisica», e sono stati inclusi solo i programmi che avevano come obiettivo la promozione della dieta corretta in popolazioni non selezionate. I programmi sono stati, quindi, analizzati e descritti.

**RISULTATI:** in totale sono stati inclusi 87 programmi, di cui 23 certamente condotti durante il 2013-14. Nel 91% dei casi, il setting è la scuola, in particolare secondaria di primo livello, e nel 37% dei casi si tratta di lezioni frontali. Nessun programma ha fatto riferimento a prove di efficacia specifiche, mentre l'11% ha citato documenti scientifici generici, seppure pertinenti. Il 15% dei programmi ha descritto la modalità di valutazione del programma, ma solo l'1% ha proposto un disegno di studio con controlli.

Limitando l'analisi alla regione che ha la maggiore quantità di programmi registrati, si può stimare che la popolazione raggiunta dai programmi non sia superiore allo 0,03% raggiungendo coperture fino al 4% solo nella popolazione scolastica.

**CONCLUSIONI:** in Italia, non esiste una rilevazione sistematica degli interventi preventivi condotti dalle aziende sanitarie. L'analisi di ProSA, un sistema sperimentale, permette di evidenziare che la promozione di una dieta corretta è basata su interventi mirati solo alla popolazione scolastica che fanno riferimento a prove scientifiche in modo molto limitato. Inoltre, complessivamente sembrano coprire una fetta piccolissima della popolazione target.

**Parole chiave:** promozione della salute, dieta, *evidence-based prevention*

#### ABSTRACT

**OBJECTIVES:** to describe the prevention interventions conducted by the Regional health services to promote a healthy diet.

**MATERIAL AND METHODS:** the database ProSA, which contains prevention interventions conducted by some Italian regions, has been analysed. Programmes identified as «Diet – physical activity» were selected, and the ones that had the promotion of healthy diet in unselected populations as objective were included. Then, the programmes were analysed and described.

**RESULTS:** a total of 87 programmes were included, 23 of which are certainly conducted during 2013-14. 91% are school-based, particularly targeted to middle schools, and 37% are based on classroom lessons. No programme made any reference to specific evidence, while 11% of them cited scientific generic but relevant papers. 15% of the programmes described some evaluation process, but only 1% has proposed a study design with controls.

Limiting the analysis to the region that contributed with the largest amount of recorded programmes, it can be estimated that programmes does not reached more than 0.03% of the general population, and 4% of the school population.

**CONCLUSIONS:** in Italy, there is not a survey system to collect preventive interventions conducted by regional health authorities. The analysis of ProSA, an experimental system, allows us to highlight that the promotion of a healthy diet is based on interventions targeting only the school population and referring to scientific evidence in a very limited way. Moreover, they seem to cover very small part of the target population.

**Keywords:** health promotion, diet, evidence-based prevention

#### COSA SI SAPEVA GIÀ

- Non esiste in Italia una rilevazione sistematica degli interventi preventivi condotti dalle amministrazioni sanitarie.

#### COSA SI AGGIUNGE DI NUOVO

- Gli interventi di promozione della dieta corretta, come rilevati dal progetto ProSA, suggeriscono che la prevenzione delle malattie associate alla dieta in Italia è drammaticamente insufficiente, sia come qualità scientifica sia come copertura della popolazione target.
- Questo quadro, riferito agli interventi condotti dalle aziende sanitarie, è coerente con la carenza di iniziative nazionali e con un insufficiente coordinamento fra regioni e ministero.
- Un sistema di rilevazione sistematico degli interventi di prevenzione condotti dalle amministrazioni sanitarie è indispensabile, al fine di poter monitorare qualità e copertura della prevenzione in Italia.

## INTRODUZIONE

Il Global Burden of Disease Study<sup>1</sup> ha stimato per l'Italia nel 2010 un carico di malattia di circa 14.318.000 DALY, cioè anni di vita persi per morte o disabilità precoci, causati da, o strettamente legati a, malattie non trasmissibili (MNT).<sup>2</sup> Il 41,8% di questi è attribuibile a fattori di rischio modificabili attraverso miglioramenti della dieta (relativi a ipertensione, iperglicemia, ipercolesterolemia, elevato BMI oltre alla dieta stessa). La scorretta alimentazione è, quindi, senza dubbio la principale causa di malattie e morte precoce in Italia.

Guadagnare Salute, il piano strategico lanciato dal governo italiano per promuovere la prevenzione relativamente a quattro fattori di rischio per MNT (sedentarietà, dieta scorretta, fumo e alcol) è la base delle politiche di promozione di una dieta corretta.<sup>3</sup>

Nella pratica, i principali interventi e le strategie in Italia si sono concentrati sia sulla riduzione del consumo di sale sia sulla promozione del consumo di frutta e verdura. Anche il Piano nazionale di prevenzione 2014-2018 recentemente approvato, identifica solo questi due indicatori riguardo alla dieta, oltre al consumo rischioso di alcol. Inoltre, l'Italia sembra essere molto indietro nella definizione di raccomandazioni rispetto al consumo di zuccheri, se non addirittura contraria, come recentemente avvenuto nell'ambito del *board* OMS per l'approvazione delle linee guida.<sup>4,5</sup>

Seppure negli ultimi anni sono stati pubblicati numerosi trial e revisioni sugli interventi di promozione di una dieta corretta, le strategie *evidence-based* di miglioramento della dieta sono ancora poche. La *Community guide* dei Centers for disease control and prevention statunitensi,<sup>6</sup> dedicata alla prevenzione dell'obesità, è una di queste, e focalizza strategie diverse di promozione di una dieta corretta: da quelle mirate alla disponibilità di alimenti e bevande salutari, quelle per incoraggiare scelte salutari, a quelle più generali di *empowerment* delle comunità al fine di rendere più facili i cambiamenti. In tutto sono 24 le strategie trattate, molte delle quali sono focalizzate sulla promozione di una dieta corretta.

Di fronte al sospetto di una debolezza delle strategie nazionali, non si hanno notizie degli interventi che realmente vengono condotti nella pratica della prevenzione.

Esiste, però, un progetto, per ora esteso solo ad alcune regioni, che potrebbe permettere di definire almeno una bozza del quadro degli interventi di prevenzione che vengono condotti a livello regionale. Si tratta del progetto na-

zionale ProSA<sup>7</sup> a cui, per adesso, hanno aderito solo 3 regioni, Piemonte, Lombardia ed Emilia-Romagna.

Obiettivo di questo contributo è descrivere, sulla base delle informazioni contenute nel *database* ProSA, gli interventi condotti per promuovere una dieta corretta nell'arco degli ultimi 2 anni, in particolare nelle regioni aderenti al progetto.

## MATERIALI E METODI

ProSA è una banca dati di interventi di prevenzione condotti dalle Aziende sanitarie, elaborata dal DoRS Piemonte in collaborazione con il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto superiore di sanità (ISS) e un gruppo di lavoro nazionale. Dal 2007, la banca dati è stata disponibile in via sperimentale per le 17 regioni che vi hanno partecipato nell'ambito di un progetto CCM, mentre dal 2012 è disponibile in versione definitiva.

Attualmente sono 3 le regioni che partecipano al progetto, il Piemonte, l'Emilia-Romagna e la Lombardia.

Per questo studio è stata condotta una ricerca nella banca dati ProSA aggiornata al 03.06.2015, volta a individuare gli interventi di promozione di una corretta alimentazione. Inizialmente è stato utilizzato il filtro di ricerca «alimentazione – attività fisica».

Sono stati, successivamente, esclusi gli interventi volti a promuovere solamente l'attività fisica e gli interventi focalizzati su specifiche problematiche pertinenti

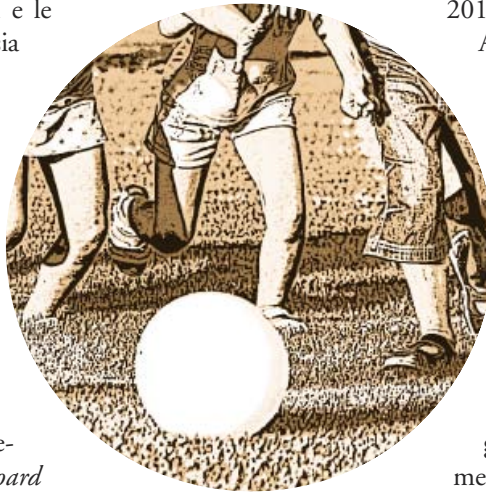
l'alimentazione (intolleranze alimentari, disturbi del comportamento alimentare, allattamento al seno), interventi rivolti a target specifici (per esempio, obesi o malati) e interventi sulla sicurezza alimentare.

Sulla base dell'analisi dei materiali presenti nel *database*, che è liberamente accessibile, sono stati identificati il periodo di conduzione, il setting dell'intervento, la popolazione target, le componenti, le prove scientifiche di efficacia su cui si basa l'intervento, il tipo di valutazione previsto e la stima del numero di soggetti raggiunti.

Per non ridurre la numerosità dell'analisi, sono stati inclusi tutti gli interventi presenti nel *database*, indipendentemente dalla regione di provenienza. Sulla base dell'anno di avvio e dell'anno di termine, sono state però create due sottocategorie:

1. progetti certamente realizzati durante il biennio 2013-14;
2. progetti con una data di avvio precedente al 2015, ma senza data di termine (denominati 2013-14+).

Per la descrizione delle prove di efficacia richiamate dai progetti, i materiali citati in bibliografia (piani di azione, revisioni, studi primari) sono stati recuperati e analizzati indipen-



REGIONI	PROGRAMMI*			
		2013-14 (n. 23)	2013-14+ (n. 48)	TUTTI (n. 87)
Piemonte	n.	19	32	59
	%	82,6	66,7	67,8
Emilia-Romagna	n.	4	7	8
	%	17,4	14,6	9,2
Lombardia	n.	0	1	1
	%	0,0	2,1	1,1
Friuli Venezia Giulia	n.	0	1	8
	%	0,0	2,1	9,2
Umbria	n.	0	3	5
	%	0,0	6,3	5,7
Altre <sup>§</sup>	n.	0	4	6
	%	0,0	8,3	6,9

\* 2013-14: programmi certamente condotti nel biennio 2013-14; 2013-14+: programmi con una data di inizio precedente al 2015, ma con data di termine *missing*; Tutti: tutti i programmi selezionati nella base dati.

§ Abruzzo, Campania, Liguria, Sicilia, Toscana

**Tabella 1.** Regioni di origine dei programmi presi in esame.

**Table 1.** Regions of origin of prevention programmes under study.

dentemente da Alessandro Coppo e Fabrizio Faggiano. Le prove di efficacia sono state quindi categorizzate come: specifiche e pertinenti; generali e pertinenti (per esempio, Waters 2001<sup>8</sup>); solo rassegna di interventi (come DoRS 2003<sup>9</sup>); documenti programmatici o senza riferimenti (per esempio, WHO 2001<sup>10</sup> e Branca 2007<sup>11</sup>); documenti non pertinenti. La stima della copertura della popolazione target limitatamente alla popolazione scolastica piemontese, quella per la quale i dati sono più numerosi, sono stati stimati i dati mancati con la media di quelli presenti, sia per programmi 2013-14 e 2013-14+. I valori risultanti sono stati poi divisi per la popolazione scolastica 6-18 anni ottenuta da fonte ISTAT.

## RISULTATI

Applicando al *database* il filtro «alimentazione – attività fisica» sono stati individuati 246 progetti. Dopo l'applicazione dei criteri di esclusione sono stati selezionati 87 progetti indirizzati alla promozione di una corretta alimentazione. Nessun intervento risulta condotto da più di un ente. Per focalizzare l'analisi sul periodo di pieno funzionamento di ProSA, sono stati selezionati 23 progetti certamente rea-

SETTING	PROGRAMMI*			
		2013-14 (n. 23)	2013-14+ (n. 48)	TUTTI (n. 87)
Scuola	n.	22	45	79
	%	95,7	93,8	90,8
Comunità	n.	1	1	6
	%	4,3	2,1	6,9
Lavoro	n.	0	2	2
	%	0,0	4,2	2,3

\* 2013-14: programmi certamente condotti nel biennio 2013-14; 2013-14+: programmi con una data di inizio precedente al 2015, ma con data di termine *missing*; Tutti: tutti i programmi selezionati nella base dati.

**Tabella 2.** Setting di conduzione dei programmi presi in esame.

**Table 2.** Setting of prevention programmes under study.

lizzati durante il biennio 2013-14 e 25 progetti con una data di avvio compatibile, ma con una data di termine *missing* (denominati 2013-14+).

Complessivamente 59 su 87 progetti sono stati condotti in Piemonte, 8 in Emilia-Romagna, 1 in Lombardia, i restanti in altre 7 regioni; mentre i progetti 2013-14 sono, rispettivamente, 19, 4, 0 e 0 (tabella 1).

Nel 91% dei casi si tratta di interventi scolastici, che diviene il 96% nella selezione degli interventi certamente svolti nel 2013-14 (tabella 2). Sono presenti anche interventi rivolti alla comunità (operatori ASL: 2/87; popolazione generale: 1/87; anziani: 2/87). Molti programmi si indirizzano a più di una popolazione target (tabella 3), ma comunque la grande maggioranza si rivolge ai giovani (in totale, 87/87 programmi), in particolare ai preadolescenti (in totale, 41/87).

Gli interventi selezionati utilizzano in modo singolo o combinato 44 diversi componenti, come per esempio lezioni frontali, distribuzione di materiali e incontro con i genitori. La tabella 4 presenta un raggruppamento di questi in 10 tipologie di componente. Complessivamente, il 36,8% dei componenti consiste in lezioni frontali (31,7% fra i progetti 2013-14), di cui il 50% come unico componente, il 9,2% nella fornitura o produzione di materiali (12,2% per i progetti 2013-14). Molti interventi (16,5% del totale e 14,6% di quelli 2013-14) si concentrano sul cibo, con componenti diverse, come laboratori del gusto, visite ad aziende produttrici o distributrici eccetera.

PROGRAMMI*	POPOLAZIONE TARGET						TOTALE GIOVANI	TOTALE PROGRAMMI	
	3-5 ANNI	6-10 ANNI	PRE ADOLESCENTI	ADOLESCENTI	INSEGNANTI	ADULTI			LAVORATORI
2013-14	3	9	12	0	4	5	1	24	23
2013-14+	4	10	29	4	5	5	3	47	48
Tutti	8	24	41	15	5	11	4	87	87

\* 2013-14: programmi certamente condotti nel biennio 2013-14; 2013-14+: programmi con una data di inizio precedente al 2015, ma con data di termine *missing*; Tutti: tutti i programmi selezionati nella base dati.

**Tabella 3.** Popolazioni target dei programmi presi in esame.

**Table 3.** Target populations of the prevention programmes under study.

Solo il 13,8% degli interventi cita fonti scientifiche come base di efficacia per lo sviluppo del programma (tabella 5). Fra quelli che citano prove di efficacia, nessuno cita prove specifiche (cioè relative all'intervento specifico), mentre l'8% circa cita prove pertinenti ma generali. D'altra parte, solo il 14,9% dei programmi selezionati (17,4% di quelli 2013-14) riferisce che si prevede un qualche tipo di valutazione dei risultati, costituita nella maggioranza dei casi da indagini pre-post, in qualche caso basate su *survey* di popolazione condotte di routine, come per esempio OKkio alla salute. Solo un caso è previsto un gruppo di controllo (tabella 6).

La scheda di raccolta dati di ProSA prevede anche la definizione del numero di soggetti raggiunti dall'intervento, dato che è aggiornabile in continuo. Solo 45/87 progetti riportano questo dato al momento dell'estrazione (tabella 7). Tale dato è estremamente variabile (da 40 a 8.000 soggetti), mediamente intorno ai 500 soggetti considerando tutti gli interventi, e intorno ai 280 per quelli del 2013-14. Tenendo conto che il Piemonte è la regione che ha maggiormente contribuito ai dati dell'archivio, viene presentato in tabella anche il dettaglio relativo. Una stima più accurata è stata fatta per la popolazione scolastica piemontese (6-18 anni). Assumendo che i programmi che non hanno fornito dati,

TIPOLOGIA DI COMPONENTE	PROGRAMMI*		
	2013-14	2013-14+	TUTTI
Lezioni frontali con esperto	10 24,4%	25 30,1%	45 29,6%
Lezioni frontali con docente	3 7,3%	5 6,0%	6 7,2%
Laboratorio del gusto	3 7,3%	7 8,4%	10 6,6%
Coinvolgimento genitori	6 14,6%	7 8,4%	14 9,2%
Disponibilità alimenti sani	1 2,4%	3 3,6%	10 6,6%
Consegna/produzione materiali	5 12,2%	7 8,4%	14 9,2%
Attività interattiva	6 14,6%	9 10,8%	15 9,9%
Visite, laboratori	3 7,3%	7 8,4%	15 9,9%
Idi cucina	3 7,3%	10 12,0%	12 7,9%
Ricerche	1 2,4%	3 3,6%	11 7,2%
Altro	1 2,4%	3 3,6%	11 7,2%
n. medio di componenti	1,8	1,7	1,7
<b>Totale componenti</b>	<b>41</b>	<b>83</b>	<b>152</b>

\* 2013-14: programmi certamente condotti nel biennio 2013-14; 2013-14+: programmi con una data di inizio precedente al 2015, ma con data di termine missing; Tutti: tutti i programmi selezionati nella base dati.

**Tabella 4.** Tipologia di componenti dei programmi di prevenzione analizzati (ogni può programma essere composto da più di una componente).

**Table 4.** Type of programme components (each programme can be made of more than one component).

PROVE DI EFFICACIA CITATE COME RIFERIMENTO		PROGRAMMI*		
		2013-14 (n. 23)	2013-14+ (n. 48)	TUTTI (n. 87)
Specifiche e pertinenti	n.	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0
Generali e pertinenti	n.	2	4	7
	%	8,7	8,3	8,0
Solo rassegna di interventi	n.	1	2	0
	%	4,3	4,2	0,0
Documenti programmatici o senza riferimenti	n.	0	1	3
	%	0,0	2,1	3,4
Non pertinenti	n.	0	1	2
	%	0,0	2,1	2,3
Totale citazioni	n.	3	8	12
	%	13,0	16,7	13,8

\* 2013-14: programmi certamente condotti nel biennio 2013-14; 2013-14+: programmi con una data di inizio precedente al 2015, ma con data di termine missing; Tutti: tutti i programmi selezionati nella base dati.

**Tabella 5.** Tipologia di prove di efficacia citate dai programmi come base per la progettazione.

**Table 5.** Quality of the evidence cited in programmes reporting scientific reference.

TIPO DI VALUTAZIONE		PROGRAMMI*		
		2013-14 (n. 23)	2013-14+ (n. 48)	TUTTI (n. 87)
Pre-post ad hoc	n.	3	6	8
	%	13,0	12,5	9,2
Pre-post con survey	n.	1	2	2
	%	4,3	4,2	2,3
Solo post	n.	0	2	2
	%	0,0	4,2	2,3
Pre-post con controllo	n.	0	1	1
	%	0,0	2,1	1,1
Totale valutazioni	n.	4	11	13
	%	17,4	22,9	14,9
Nessuna	n.	19	37	74
	%	82,6	77,1	85,1

\* 2013-14: programmi certamente condotti nel biennio 2013-14; 2013-14+: programmi con una data di inizio precedente al 2015, ma con data di termine missing; Tutti: tutti i programmi selezionati nella base dati.

**Tabella 6.** Tipo di valutazione descritta per il programma.

**Table 6.** Type of evaluation expected by the programme.

	PROGRAMMI*		
	2013-14 (n. 23)	2013-14+ (n. 48)	TUTTI (n. 87)
<b>Tutte le regioni</b>			
Programmi che hanno fornito dati	21	23	44
n. partecipanti	5.796	13.841	22.873
Media partecipanti	276	602	520
<b>Piemonte</b>			
Programmi che hanno fornito dati	18	20	39
n. partecipanti	4.945	12.990	21.304
Media partecipanti	275	650	546

\* 2013-14: programmi certamente condotti nel biennio 2013-14; 2013-14+: programmi con una data di inizio precedente al 2015, ma con data di termine missing; Tutti: tutti i programmi selezionati nella base dati.

**Tabella 7.** Numero di partecipanti dichiarati dai programmi.

**Table 7.** Number of participants to the programmes under study.

abbiamo un numero di partecipanti uguale alla media degli altri, i dati relativi ai programmi 2013-14 e 2013-14+ diventano rispettivamente 5200 e 20700. Rapportati alla popolazione scolastica piemontese 6-18 anni del 2014, la copertura della popolazione può variare dall'1,0% al 4,2%.

## DISCUSSIONE

Obiettivo di questo lavoro è descrivere gli interventi per la promozione di una dieta corretta attuati in Italia nel periodo 2013-14. Non esistendo una raccolta corrente degli interventi di prevenzione effettuati dalle aziende sanitarie in Italia, a somiglianza per esempio delle schede dimissione ospedaliera (SDO) per i ricoveri, è stata utilizzata la base dati del progetto ProSA, che, seppure sia un progetto nazionale, ha coinvolto 17 regioni in via sperimentale dal 2011 e 3 regioni nella sua fase corrente.

ProSA ha collezionato 87 progetti sulla promozione della dieta corretta, di cui solo 23 certamente condotti nel biennio in studio e altri 25 solo probabilmente. Se si focalizza solo la regione con la maggiore presenza di interventi, il Piemonte, questi interventi hanno interessato circa 5000 persone, oppure 13.000 se si considerano anche quelli probabilmente condotti nel biennio in studio. Si tratta di una frazione minima della popolazione target, che per gli interventi di promozione della dieta corretta si presuppone sia tutta la popolazione, ovvero 4,4 milioni di cittadini. Anche effettuando una stima specifica per la popolazione scolastica e integrando i dati mancanti con le medie dei programmi che riportano tali dati, la copertura in Piemonte varia dall'1,0% al 4,2%.

Tre elementi risaltano in questi dati e meritano di essere discussi: la qualità degli interventi presenti nella base dati, la copertura della popolazione target e l'utilità di una raccolta sistematica degli interventi condotti.

La proporzione di interventi *evidence-based* è bassissima; nessun intervento si rifà esplicitamente a uno specifico intervento efficace e solo l'8% circa cita documenti pertinenti, seppure generici. Questo, insieme all'osservazione che nessun intervento è condotto da più di un ente, suggerisce un quadro di sottovalutazione del ruolo della ricerca valutativa nella prevenzione. Ciò si riflette anche sul tipo di componente utilizzata dai programmi. In molti casi si tratta di lezioni frontali, come componente singolo, che in realtà hanno dimostrato una scarsa efficacia negli studi di valutazione.<sup>12</sup> In particolare, sembra essere sottovalutata la disponibilità di tecniche di cambiamento del comportamento

che sono risultate efficaci negli studi di valutazione e che, quindi, potrebbero essere usate come base per programmi efficaci.<sup>13</sup>

La seconda riflessione è relativa alla copertura della popolazione target: nel caso della promozione di una dieta corretta, deve essere considerata tutta la popolazione. Eppure tra gli interventi censiti dalla base dati ProSA e considerando solo il Piemonte, che appare la regione che ha maggiormente registrato interventi, la popolazione raggiunta è piccolissima con un valore di appena lo 0,3% del target. Inoltre, la grandissima maggioranza degli interventi è mirata alla popolazione scolastica (il 96% di quelli 2013-14); sono pochissimi gli interventi mirati ad adulti e anziani (6/34 popolazioni target nel gruppo 2013-14).

Eppure, per quanto riguarda gli adulti, le prove a supporto di interventi efficaci sono numerose, per esempio quelle relative alle raccomandazioni dietetiche<sup>14,15</sup> o agli interventi da adottare nelle cure primarie.<sup>16</sup> A questo si può aggiungere che solo una minima proporzione di programmi ha citato un progetto di valutazione e solo uno usa a questo scopo una popolazione di controllo. Con coperture così basse, la mancanza di un controllo non si può certo giustificare con la necessità etica di offrire a tutti un intervento di comprovata efficacia.

Queste riflessioni partono da dati che hanno importanti limiti. Il primo è la natura sperimentale del progetto ProSA e, quindi, la natura volontaria della registrazione; è molto probabile che i dati presentati siano una sottostima degli interventi realmente condotti. Tenendo conto, però, dell'investimento che l'ISS e le regioni, in particolare il Piemonte, hanno fatto sulla base dati, almeno per quest'ultima regione la sottostima non deve essere di dimensione tale da capovolgere il giudizio di impatto minimo che questi interventi possono avere. Per quanto riguarda, invece, la qualità degli interventi e la distribuzione per setting e popolazioni target, sembra poco verosimile che gli interventi eventualmente non censiti possano essere più basati sulla ricerca e con una diversa distribuzione fra setting. Un altro limite è che ProSA è indirizzato soprattutto alle aziende sanitarie e non censisce gli interventi da altri settori, come i comuni o i privati. In Italia questi sono, però, una piccola minoranza, per cui sembra poco probabile che tale limite abbia comportato un *bias* nella rappresentazione dei programmi preventivi.

Un limite certo del lavoro è l'aver focalizzato la ricerca solo sulla promozione della dieta corretta, non descrivendo la



componente di promozione dell'attività fisica eventualmente presente. Questa scelta, che può essere criticata proprio dal fatto che la letteratura sottolinea l'opportunità di abbinare i due interventi,<sup>8</sup> è stata effettuata per fini di semplificazione, dato che si tratta della prima volta che vengono utilizzati i dati ProSA a fini descrittivi.

La terza riflessione è sulla base dati ProSA. In questa fase, tale base dati appare come uno strumento molto limitato per descrivere l'offerta di prevenzione in Italia, sia per la sua contenuta copertura territoriale, sia a causa della volontarietà dell'operazione di registrazione. Ma non c'è dubbio che sia indispensabile avere una procedura per censire tutte le attività di prevenzione, al fine di poterne stimare l'impatto, valutare le disuguaglianze di copertura e promuovere la qualità, così come è avvenuto a partire dagli anni Novanta con le schede dimissione ospedaliera per l'uso dell'ospedale.

Gli interventi descritti e discussi in questo articolo si limitano a quelli regionali, condotti in genere dalle aziende sanitarie. Non sono considerati gli interventi nazionali, che, invece, rivestono un'importanza essenziale nelle strategie di promozione di una dieta corretta. La più completa revisione degli interventi di prevenzione efficaci nella prevenzione dell'obesità, elaborata nell'ambito della *Community guide*

dal CDC,<sup>6</sup> suggerisce una serie di misure preventive efficaci che potrebbero avere un largo impatto: dalle politiche di costo da applicare agli alimenti meno salutari e incentivi per gli alimenti da promuovere, alle restrizioni nel consumo di bevande zuccherate, ai limiti della pubblicità per gli alimenti meno sani. In Italia, nessuna di queste iniziative sembra una priorità del Ministero della salute il quale, anche quando direttamente chiamato in causa da un'associazione di consumatori,<sup>17</sup> risponde in modo generico senza mostrare di avere in cantiere iniziative coerenti con l'emergenza obesità.<sup>18</sup> Eppure, il ministero stesso ha appoggiato iniziative quali quella del Network italiano di EBP,<sup>19</sup> che ha il compito di identificare interventi efficaci da proporre al Sistema sanitario regionale, o l'analisi di dettaglio di tutti i Piani sanitari regionali. Se questo atteggiamento ambiguo del ministero venisse superato, tali iniziative potrebbero essere il motore per rispondere all'emergenza delle MNT, attraverso una strategia nazionale, in coordinamento con gli interventi dei Piani sanitari regionali,<sup>20</sup> che sia coraggiosa e capace di orientare anche l'industria verso la produzione di alimenti più salutari.

**Conflitti di interesse dichiarati:** nessuno.

## BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. Lim SS, Vos T, Flaxman AD et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380(9859):2224-60.
2. www.healthmetricsandevaluation.org
3. DPCM 04.05.2007. *Gazzetta Ufficiale* n. 117 del 22.05.2007.
4. Zuccheri, ecco le nuove linee guida dell'OMS. Il Sole 24 ore. Supplemento del 10.03.2015. Disponibile all'indirizzo: www.manifestonutrizione.it/wp-content/uploads/2015/06/Il-Sole-24-Ore.it\_Zuccheri-ecco-le-nuove-linee-guida-dellOms1.pdf
5. Berrino F. Zuccheri ministeriale. *Epidemiol Prev* 2015;39(2):141-2.
6. Keener D, Goodman K, Lowry A, Zaro S, Kettel Khan L. *Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States: Implementation and measurement guide*. Atlanta (GA), Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2009.
7. www.retepromozionesalute.it
8. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(12):CD001871.
9. DoRS, Promozione salute Piemonte. *Progettare "à la carte". Vademecum di esperienze nel campo dell'educazione alimentare e dell'attività fisica, II edizione*. Grugliasco, DoRS, Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, 2003.
10. WHO Europe. *First action plan for food and nutrition policy. WHO European Region 2000-2005*. Geneva, WHO Regional office for Europe, 2001.
11. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, Summary, 2007*. Geneva, WHO Regional Office for Europe, 2007.
12. Silveira JA, Taddei JA, Guerra PH, Nobre MR. The effect of participation in school-based nutrition education interventions on body mass index: a meta-analysis of randomized controlled community trials. *Prev Med* 2013;56(3-4):237-43.
13. Martin J, Chater A, Lorencatto F. Effective behaviour change techniques in the prevention and management of childhood obesity. *Int J of Obes* 2013;37(10):1287-94.
14. Rees K, Dyakova M, Wilson N, Ward K, Thorogood M, Brunner E. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(12):CD002128.
15. Desroches S, Lapointe A, Ratté S, Gravel K, Légaré F, Turcotte S. Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(2):CD008722.
16. Bhattarai N, Prevost AT, Wright AJ, Charlton J, Rudisill C, Gulliford MC. Effectiveness of interventions to promote healthy diet in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Public Health* 2013;13:1203.
17. *Altroconsumo* aprile 2015;291 Supplemento Test salute. Disponibile all'indirizzo: www.altroconsumo.it
18. *Altroconsumo* maggio 2015;292. Disponibile all'indirizzo: www.altroconsumo.it
19. Network Italiano per la Evidence-Based Prevention – NIEBP. niebp.agenas.it
20. Faggiano F, Pirastu R, Allara E et al. L'epidemiologia e la prevenzione ai tempi del Piano nazionale di prevenzione 2014-2018. *Epidemiol Prev* 2015;39(3):154-6.