

*Piano Sanitario Regionale 1999-2001*

*Rapporto tecnico per la definizione  
di obiettivi e strategie per la salute*

obiettivi e strategie per la salute

# Alimentazione

ISSN 1591-223X

DOSSIER

51

Regione Emilia-Romagna

CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna



*Piano Sanitario Regionale 1999-2001*

*Rapporto tecnico per la definizione  
di obiettivi e strategie per la salute*

# **Alimentazione**

ISSN 1591-223X

**DOSSIER**

**51**

**Regione Emilia-Romagna**

**CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna**

Impaginazione a cura di: *Federica Sarti*

*Centro di documentazione per la salute, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

Stampa: Azienda USL di Ravenna, febbraio 2001

Copia del volume può essere richiesta a

*Centro di documentazione per la salute, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

*via Gramsci 12 – 40121 Bologna*

*tel. 051/6079933 – fax 051/251915*

*e-mail: [cds@asr.regione.emilia-romagna.it](mailto:cds@asr.regione.emilia-romagna.it)*

oppure può essere scaricata dal sito Internet

<http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/> - box "Dossier"

Il Rapporto è stato curato da un Gruppo di lavoro, costituito con Determinazioni del Direttore generale della sanità della Regione Emilia-Romagna n. 6203/1999 e n. 10000/1999, e composto da:

Giovanni Paganelli	<i>Regione Emilia-Romagna - coordinatore</i>
Augusta Albertini	<i>Azienda USL Bologna Nord</i>
Nino Carlo Battistini	<i>Società italiana nutrizione umana</i>
Pierluigi Biagi	<i>Università di Bologna</i>
Paola Borella	<i>Società italiana di igiene</i>
Andrea Brazzi	<i>Comune di Bologna</i>
Maurizio Ceci	<i>Regione Emilia-Romagna</i>
Alessandra Fabbri	<i>Azienda USL di Reggio Emilia</i>
Annamaria Ferrari	<i>Azienda USL di Reggio Emilia</i>
Lucia Ferrari	<i>Azienda USL di Parma</i>
Mirella Guerra	<i>Azienda USL di Ravenna</i>
Vittorio Krogh	<i>Centro di documentazione per la salute - Aziende USL Città di Bologna e Ravenna (ora all'Istituto Tumori di Milano)</i>
Carlo Lesi	<i>Azienda USL Città di Bologna</i>
Ivano Massirio	<i>Regione Emilia-Romagna</i>
Nazario Melchionda	<i>Azienda ospedaliera di Bologna</i>
Luciana Orlandi	<i>Azienda USL di Modena</i>
Giovanni Battista Panatta	<i>Società italiana di igiene</i>
Cataldo Piancone	<i>Società italiana medici di medicina generale, Modena</i>
Laura Vicinelli	<i>Regione Emilia-Romagna</i>
Massimo Vincenzi	<i>Associazione italiana dietetica e nutrizione clinica</i>

Hanno collaborato in qualità di esperti/consulenti del Gruppo:

Vanni Barzanti	<i>Università di Bologna</i>
Alessandra Bordoni	<i>Università di Bologna</i>
Furio Brighenti	<i>Università di Parma</i>
Giorgio Gasperetti	<i>Azienda USL di Imola</i>
Irene Ghirardini	<i>Azienda USL di Ravenna</i>
Rossana Mari	<i>Regione Emilia-Romagna</i>
Francesca Monari	<i>Centro di documentazione per la salute - Aziende USL Città di Bologna e Ravenna</i>
Francesca Pasqui	<i>Azienda ospedaliera di Bologna</i>
Antonio Zangeli	<i>Azienda USL Bologna Nord</i>



## INDICE

	pag.
<b>Presentazione</b>	<b>7</b>
<b>Sommario</b>	<b>9</b>
<b>Premessa</b>	<b>19</b>
<b>1. Alimentazione e salute</b>	<b>21</b>
<b>2. Comportamenti e stili alimentari</b>	<b>23</b>
<b>3. La politica nutrizionale</b>	<b>29</b>
<b>4. La sorveglianza nutrizionale</b>	<b>31</b>
<b>5. Le priorità sanitarie</b>	<b>35</b>
5.1. Malnutrizione per eccesso	35
5.2. Osteoporosi	40
5.3. Intolleranze alimentari	41
5.4. Interrelazione tra alimentazione e tumori	42
5.5. Dislipidemie	42
5.6. Danno da radicali liberi	43
<b>6. La sicurezza alimentare e nutrizionale</b>	<b>45</b>
6.1. Il controllo ufficiale	46
6.2. L'autocontrollo nelle imprese alimentari	49
6.3. Le strategie produttive per la sicurezza alimentare	50
6.4. La qualità nutrizionale	54
<b>7. La ristorazione collettiva</b>	<b>57</b>
<b>8. Informazione, formazione ed educazione alimentare</b>	<b>59</b>
8.1. La realtà regionale	61
8.2. Possibili strategie operative	62
<b>Bibliografia</b>	<b>69</b>
<b>Allegati</b>	<b>71</b>
Allegato 1. Grafici dei consumi medi mensili di vari gruppi di alimenti	73
Allegato 2. Linee operative per l'orientamento dei consumi e l'educazione alimentare 1996-2000. (Allegato alla Deliberazione della Giunta regionale n. 1393 del 19 giugno 1996)	83
Allegato 3. Programma interregionale di comunicazione ed educazione alimentare. Sintesi	99





## PRESENTAZIONE

*I Rapporti tecnici per la definizione di obiettivi e strategie per la salute che vengono pubblicati nella collana Dossier del Centro di documentazione per la salute individuano gli obiettivi prioritari e le strategie di salute della Regione Emilia-Romagna. I Rapporti sono stati elaborati da Gruppi di lavoro intersettoriali composti da professionisti chiamati dalla Regione Emilia-Romagna fra coloro dotati di specifica competenza scientifica ed esperienza professionale.*

*Il Piano sanitario regionale 1999-2001 fa proprio l'esplicito riconoscimento contenuto nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 che una politica per la salute, per poter essere efficace, deve andare oltre una semplice politica di assistenza sanitaria e coinvolgere i diversi settori della società con un potenziale impatto sulla salute. Il PSR 1999-2001 persegue infatti una politica di alleanze e di solidarietà, proponendosi come "agenda integrata di impegni per la salute, aperta al potenziale contributo di tutti i soggetti che assumono impegni per la salute e per i servizi sanitari". A questo scopo esso adotta il sistema della "programmazione negoziata" che vede nei Piani per la salute la sede e il momento privilegiato di attuazione a livello locale.*

*La prima fase attuativa del PSR 1999-2001 ha avuto luogo attraverso la costituzione di Gruppi di lavoro deputati a tradurre e verificare sul piano operativo il disegno organizzativo e il sistema di relazioni e delle responsabilità prefigurati nel Piano medesimo, individuando criteri e strumenti comuni, utili alla ridefinizione dell'assetto complessivo del sistema di servizi. I documenti prodotti da questi gruppi (riguardanti le linee guida per la formulazione dei Piani per la salute, il Dipartimento di sanità pubblica, l'organizzazione distrettuale e dell'assistenza ospedaliera sul territorio regionale) sono stati assunti in forma di Delibera della Giunta regionale e pubblicati sul BUR del 2 maggio 2000.*

*Ha quindi fatto seguito la fase di implementazione della politica per la salute e dei suoi principi di intersettorialità, di sussidiarietà e di contestabilità degli impegni rispettivamente presi, particolarmente in ordine alla selezione di aree di intervento prioritarie a livello locale all'interno delle quali definire obiettivi rispondenti ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, gli strumenti, le metodologie e le modalità di azione. Questa fase ha visto la specificazione più dettagliata degli obiettivi di salute da perseguire e delle strategie più idonee per raggiungerli attraverso un'altra serie di Gruppi di lavoro intersettoriali che hanno affrontato i contenuti tecnici e operativi. I Rapporti tecnici per la definizione di obiettivi e strategie per la salute che vengono pubblicati in questa collana rappresentano appunto i programmi e le strategie di salute che la Regione Emilia-Romagna propone alle Aziende sanitarie e alle Conferenze sanitarie territoriali, queste ultime nella loro veste di promotori e guida nella elaborazione e attuazione dei Piani per la salute.*

*Data la complessità tecnica di questi Rapporti e i contenuti scientifici spesso non immediatamente accessibili ai non specialisti della materia, l'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna sta elaborando due documenti di sintesi che raggruppano tra loro i diversi Rapporti, allo scopo di renderli strumenti operativi più efficaci nelle mani di coloro che dovranno formulare e attuare i Piani per la salute a livello locale.*

*Giovanni Bissoni*

*Assessore alla sanità, Regione Emilia-Romagna*

## SOMMARIO

Il regime alimentare è in grado di influire, anche in modo sensibile, sulla salute degli individui e delle comunità. Detto regime può infatti determinare l'ingestione di sostanze nocive (naturali e non), carenze acute o croniche di nutrienti essenziali, eccessi e squilibri nutrizionali quali fattori di rischio per l'insorgenza di malattie metaboliche e degenerative.

Il Piano sanitario regionale individua in una sana alimentazione uno degli obiettivi di salute da perseguire; a tal fine, considerata la complessità della questione alimentare (per le implicazioni di ordine economico, sociale e culturale), è necessario promuovere una politica nutrizionale complessiva che, interessando trasversalmente e sinergicamente la sanità, l'economia, la socialità, la cultura e gli stili di vita, sia in grado di assicurare la disponibilità di alimenti salubri e integri e di promuovere corretti comportamenti alimentari e nutrizionali.

Al riguardo, mentre è indispensabile che le politiche istituzionali si impegnino ad adottare strategie complessive per assicurare la conformità igienico-sanitaria dei processi produttivi e la sicurezza, integrità e qualità nutrizionale dei prodotti alimentari, è altrettanto necessario che:

- le politiche di produzione e lavorazione dei prodotti alimentari si impegnino a garantire alimenti sani, integri e di adeguata qualità nutrizionale;
- le politiche di *marketing* si impegnino ad indirizzare il consumatore ad acquistare ed utilizzare alimenti sani, e sostengano gli alimenti prodotti localmente dalle pressioni del mercato globale;
- le politiche educative si impegnino a promuovere nei cittadini la capacità di scelte consapevolmente orientate verso comportamenti alimentari e stili di vita sani;
- le politiche sociali si impegnino a valorizzare gli aspetti positivi dell'alimentazione nelle implicazioni fisiologiche, psicologiche, sociali e culturali, soprattutto in una società che tende ad essere multi-etnica e multiculturale.

Ciò premesso e secondo gli indirizzi programmatici del PSR, si ritengono prioritarie per la Regione Emilia-Romagna:

1. l'attivazione di un sistema di sorveglianza nutrizionale;
2. l'attuazione degli interventi necessari ad affrontare quegli stati morbosi o pre-morbosi connessi alla nutrizione, ritenuti prioritari per gravità e/o incidenza;

3. l'attuazione di interventi volti a garantire la sicurezza e l'integrità alimentare e a promuovere la qualità nutrizionale;
4. la qualificazione igienico-sanitaria, nutrizionale e gestionale della ristorazione collettiva;
5. l'attuazione di programmi di educazione ed informazione alimentare per sviluppare comportamenti alimentari sani.

## **1. Attivazione di un sistema di sorveglianza nutrizionale**

### *Obiettivi generali*

- Rilevare in modo sistematico i dati relativi a comportamenti, abitudini e consumi alimentari.
- Monitorare e valutare lo stato di nutrizione di fasce di popolazione.
- Rilevare la presenza e distribuzione nella popolazione di stati morbosi associati o mediati dall'alimentazione.
- Identificare i fattori nutrizionali di rischio e individuare le misure preventive e correttive.
- Supportare i programmi di informazione, formazione ed educazione alimentare e nutrizionale.

### *Iniziative da attuare*

- Attivare uno o più Centri regionali di riferimento per:
  - la raccolta, l'analisi e l'elaborazione dei dati relativi ai comportamenti, alle abitudini, ai consumi alimentari;
  - il monitoraggio dello stato nutrizionale della popolazione e la sorveglianza epidemiologica degli stati morbosi correlati all'alimentazione;
  - l'informazione, la formazione e l'educazione alimentare.
- Definire la rete integrata degli enti, dei servizi territoriali e dei livelli operativi coinvolti nel sistema di sorveglianza.
- Definire strumenti e metodologie di rilevazione e di indagine.
- Predisporre ed emanare linee guida.
- Individuare le priorità sanitarie e le misure preventive e correttive.
- Elaborare programmi di educazione nutrizionale.
- Promuovere progetti e programmi di ricerca.

## **2. Le priorità sanitarie**

Attualmente sono identificabili quali rilevanti fattori di rischio sanitario la malnutrizione per eccesso (sovrappeso e obesità), le dislipidemie, l'osteoporosi, le intolleranze alimentari, le interrelazioni tra alimentazione e diversi tumori, il danno da radicali liberi.

### *Obiettivi generali*

- Attuare strategie preventive basate sulla corretta informazione ed educazione per migliorare le conoscenze sul ruolo della nutrizione, dell'esercizio fisico e del peso corporeo per un soddisfacente stato di salute e benessere, nonché per promuovere corretti comportamenti e stili di vita.
- Impedire lo sviluppo di sovrappeso in soggetti normopeso e ridurre il peso corporeo medio della popolazione.
- Ridurre la prevalenza dell'obesità e delle dislipidemie.
- Garantire la sorveglianza epidemiologica degli stati morbosi o pre-morbosi connessi alla nutrizione.
- Organizzare un'adeguata rete di servizi sanitari per garantire l'assistenza sanitaria di base e quella specialistica, necessaria ad affrontare gli stati morbosi o pre-morbosi connessi alla nutrizione.

### *Iniziative da attuare*

- Realizzare servizi per la consulenza nutrizionale e l'assistenza sanitaria specialistica per gli stati morbosi e pre-morbosi connessi alla nutrizione.
- Realizzare iniziative per un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle strategie preventive e nei percorsi assistenziali in campo nutrizionale.
- Organizzare la sorveglianza epidemiologica degli stati morbosi correlati alla alimentazione.
- Promuovere la ricerca per una valutazione dei livelli di potenziale difesa dai danni da radicali liberi.
- Promuovere nella ristorazione collettiva, soprattutto scolastica, la preparazione e la somministrazione di prodotti alimentari a basso contenuto calorico e di grassi.
- Incentivare l'etichettatura nutrizionale.

### **3. La sicurezza alimentare**

La sicurezza igienica dei prodotti alimentari costituisce una questione strategica di rilevante importanza per la tutela della salute e per le implicazioni sociali, economiche e politiche ad essa connesse.

Al riguardo è ormai evidente l'esigenza di una politica per la sicurezza alimentare che coinvolga Istituzioni, Enti, Organizzazioni ed imprese nell'adozione di strategie sanitarie, economiche e sociali coerenti con l'obiettivo della promozione della tutela della salute.

#### ***Obiettivi***

- Migliorare qualitativamente l'azione del controllo ufficiale dei competenti servizi sanitari e dei laboratori.
- Applicare efficienti ed efficaci sistemi di autocontrollo da parte delle imprese alimentari.
- Qualificare la ristorazione collettiva.
- Promuovere e sviluppare un sistema agroalimentare ecocompatibile e di qualità, basato su strategie e metodi di produzione finalizzati alla salubrità, integrità e qualità nutrizionale dei prodotti alimentari.
- Promuovere e sviluppare l'attività di istituzioni ed enti tecnico-scientifici finalizzata alla ricerca scientifica e allo sviluppo tecnologico nel campo della sicurezza e qualità delle promozioni alimentari.
- Realizzare gradualmente un sistema per la valutazione della qualità nutrizionale.

#### ***Iniziative da attuare***

- Adottare iniziative idonee a garantire sistematicità e qualità delle prestazioni di controllo ufficiale, sia mediante lo sviluppo del processo di accreditamento secondo le norme di assicurazione della qualità, dell'organizzazione e del funzionamento dei Servizi addetti al controllo ufficiale, sia mediante l'attuazione di un sistema di verifica e di valutazione della efficienza ed efficacia delle attività di controllo.
- Attuare piani per il controllo sul contenuto di additivi, coadiuvanti tecnologici, contaminanti chimico-fisici, ecc. nelle preparazioni alimentari, nonché sull'impiego di alimenti contenenti organismi geneticamente modificati.
- Potenziare il controllo sulla produzione primaria in agricoltura e nell'igiene degli allevamenti zootecnici, con particolare riguardo all'impiego dei prodotti fitosanitari, all'alimentazione animale e all'utilizzo dei medicinali veterinari.

- Sviluppare sistemi di sorveglianza delle malattie trasmissibili con gli alimenti, delle infezioni zoonosiche e di quelle a maggiore rilevanza zoonosanitaria.
- Potenziare l'attività di controllo sulla ristorazione collettiva, sia per gli aspetti igienico-sanitari, sia per quelli nutrizionali, e promuovere l'utilizzo di alimenti provenienti da produzioni biologiche o integrate, di prodotti DOP, IGP e a qualità certificata.
- Attuare iniziative per garantire l'applicazione di adeguati sistemi di autocontrollo nelle imprese, anche mediante la formazione e l'informazione degli addetti al settore alimentare e lo sviluppo di programmi e servizi di assistenza e supporto tecnico alle imprese.
- Attuare programmi di monitoraggio delle produzioni per la verifica della qualità nutrizionale, dell'informazione nutrizionale e della composizione, con particolare riguardo agli alimenti dietetici e per la prima infanzia.
- Promuovere e sviluppare le produzioni integrate, le produzioni con sistemi biologici e, più in generale, la certificazione volontaria di qualificazione dei processi produttivi e dei prodotti.
- Valorizzare le produzioni tipiche con l'adozione di specifici disciplinari di produzione.

#### **4. La ristorazione collettiva**

La rilevante diffusione delle strutture deputate alla somministrazione dei pasti alle collettività, la variabilità della gestione e del servizio offerti, il coinvolgimento dei soggetti più svariati come committenti e fruitori, rendono evidente l'importanza strategica della ristorazione collettiva nel contesto di una programmazione volta a sviluppare e garantire sicurezza alimentare e qualità nutrizionale.

##### ***Obiettivi***

- Migliorare la qualità gestionale e produttiva del servizio.
- Promuovere il ruolo della ristorazione collettiva come strumento e occasione di crescita della cultura alimentare, socializzazione, informazione e adozione di corretti comportamenti alimentari.
- Sviluppare l'utilizzazione di alimenti di qualità certificata.
- Promuovere il controllo sociale sul servizio.

### *Iniziative da attuare*

- Potenziare l'attività di controllo, sia per gli aspetti igienico-sanitari, sia per quelli nutrizionali, e promuovere l'utilizzo di alimenti provenienti da produzioni biologiche o integrate, di prodotti DOP, IGP e a qualità certificata.
- Realizzare protocolli di intesa e operativi tra i diversi soggetti istituzionali, finalizzati alla costante verifica degli *standard* igienico-sanitari e dell'adeguatezza dei contenuti nutrizionali.
- Definire criteri per i contratti di fornitura che privilegino la qualità gestionale e produttiva del servizio.

## **5. Informazione, formazione ed educazione alimentare**

L'informazione, la formazione e l'educazione alimentare costituiscono il fondamentale strumento strategico per favorire lo sviluppo della consapevolezza sulle relazioni tra salute e alimentazione e della capacità a nutrirsi correttamente.

Nell'attuale contesto le nozioni relative all'alimentazione si trasmettono tramite le più diversificate fonti di informazione e i più svariati influenzatori, in modo frammentario, disomogeneo e spesso incoerente e non sempre in grado di supportare l'individuo di fronte alle forti sollecitazioni del mercato.

Da oltre vent'anni, nel territorio regionale, nel quadro dell'educazione alla salute si è sviluppata una ricca tradizione di impegno della Regione, Enti locali, strutture sanitarie, scuole, associazioni, forze sociali ed economiche, nelle attività di divulgazione, informazione, formazione ed educazione nel campo dell'igiene alimentare e della nutrizione, rivolte alla popolazione scolastica, agli operatori, agli anziani, alle famiglie.

Tale rilevante complesso di interventi ha sicuramente prodotto un ricco patrimonio di esperienze, anche di qualità, tuttavia non sufficiente a raggiungere l'efficacia desiderata e incidere significativamente sui comportamenti alimentari. Del resto, la diversità dei soggetti gestori e la frammentarietà e discontinuità degli interventi, la carenza di coordinamento, sono tutti fattori che non hanno consentito di definire schemi, criteri e requisiti utili a confrontare le azioni, nonché a verificare e validare le attività.



### ***Obiettivi***

- Assicurare istituzionalmente la produzione di informazioni corrette e trasparenti sui sistemi produttivi, sulla qualità degli alimenti e sui rischi alimentari.
- Costruire e sostenere un insieme di alleanze e collaborazioni che assicurino reti organizzate di strutture, strumenti, tecnologie e attività in grado di garantire la diffusione, la divulgazione e l'interscambio delle informazioni.
- Realizzare strategie formative supportate da un patrimonio di informazioni multidisciplinari (afferenti ai settori agroalimentare, sanitario, ambientale, economico-sociale) e, quindi, tali da sostenere lo sviluppo di una consapevolezza sui temi dell'igiene alimentare, della qualità nutrizionale, della corretta alimentazione.
- Definire una impostazione metodologica degli interventi formativi che tenga conto, nei contenuti e obiettivi, dei diversi ruoli e livelli dei destinatari e comunque sia rivolta prioritariamente a quei soggetti definibili come cittadini competenti.
- Realizzare percorsi di educazione alimentare che siano caratterizzati dalla continuità necessaria a consentire l'acquisizione di conoscenze e capacità critiche utili a costruire stabilmente una cultura comportamentale coerente con una corretta nutrizione e con la promozione e la difesa della salute.
- Inserire stabilmente e organicamente la questione nutrizionale nell'ambito del percorso scolastico.

### ***Iniziative da attuare***

- Istituire un Centro regionale di coordinamento e riferimento per la formazione, l'informazione e l'educazione alimentare.
- Favorire il rapporto diretto con l'utente tramite uffici, sportelli, linee telefoniche e telematiche dedicate e in grado di soddisfare il bisogno informativo e anche di raccogliere istanze e sollecitazioni.
- Favorire il rapporto con gruppi di cittadini attraverso strumenti informativi organizzati, momenti di confronto e approfondimento, programmi di formazione ed educazione alimentare.
- Sviluppare il rapporto con i *media* per assicurare la diffusione e la divulgazione di informazioni trasparenti, corrette e complete.

- Privilegiare gli interventi formativi e di aggiornamento rivolti verso i cittadini competenti, cioè quei soggetti che hanno competenza e ruolo ad esercitare influenza nella società e in particolare nel settore dell'alimentazione e nutrizione (operatori e tecnici sanitari, insegnanti e promotori, titolari e addetti di imprese nel settore agroalimentare, economi e gestori mense, ecc.).
- Definire programmi e percorsi di educazione alimentare in ambito scolastico, integrati e supportati da iniziative di coinvolgimento delle famiglie e da collaborazioni con le realtà produttive e commerciali del territorio.
- Definire regole di buona pratica del processo comunicativo, così da permettere l'applicazione di sistemi di autoverifica e validazione.

## **6. Soggetti coinvolti e relative azioni raccomandate**

### *Regione*

- Attivare dei Centri regionali di riferimento per la sorveglianza nutrizionale e per la formazione informazione ed educazione alimentare.
- Definire la rete integrata di enti, servizi territoriali e livelli operativi coinvolti nel sistema di sorveglianza nutrizionale.
- Emanare linee guida.
- Individuare le priorità sanitarie e le misure preventive e correttive.
- Promuovere progetti e programmi di ricerca su specifici obiettivi e, più in generale, promuovere la ricerca scientifica definendo sinergie e forme collaborative con Istituti universitari e scientifici per realizzare un'ampia collaborazione finalizzata al controllo in campo alimentare.
- Elaborare programmi di educazione nutrizionale.
- Promuovere e sviluppare le produzioni integrate biologiche e tipiche, la certificazione volontaria dei processi produttivi e dei prodotti, l'utilizzo di alimenti biologici, DOP e IGP nella ristorazione collettiva.
- Promuovere il processo di accreditamento dei Servizi addetti al controllo ufficiale.
- Emanare direttive di indirizzo per il controllo sulla produzione primaria in agricoltura e sull'igiene degli allevamenti zootecnici (specialmente sull'impiego dei fitosanitari, sull'alimentazione animale, sull'utilizzo di farmaci veterinari), per il monitoraggio delle produzioni, per la verifica della qualità nutrizionale e dell'informazione nutrizionale (specie nei dietetici e nei prodotti per la prima infanzia), per il controllo sul contenuto di additivi, coadiuvanti tecnologici, contaminanti fisico-chimici e sull'impiego di OGM.

- Sviluppare programmi e servizi di assistenza e supporto tecnico alle imprese alimentari, finalizzati all'applicazione di adeguati sistemi di autocontrollo.
- Sviluppare sistemi di sorveglianza delle malattie trasmissibili con gli alimenti, delle principali infezioni zoonosiche e di quelle a maggiore rilevanza sanitaria.

### ***Enti locali***

- Adottare una pianificazione urbanistica che tuteli le aree verdi, promuova la realizzazione di impianti sportivi per l'incentivazione dell'attività motoria e di ambienti sociali che favoriscano scelte verso stili di vita coerenti con la tutela della salute.
- Promuovere nella ristorazione collettiva, soprattutto scolastica, la preparazione e la somministrazione di prodotti alimentari a basso contenuto calorico e di grassi, l'utilizzo di alimenti provenienti da produzioni biologiche o integrate, di prodotti DOP, IGP e a qualità certificata.
- Definire criteri per i contratti di fornitura che privilegino la qualità gestionale e produttiva del servizio di ristorazione scolastica.
- Realizzare protocolli di intesa e operativi tra i diversi soggetti istituzionali finalizzati alla costante verifica degli *standard* igienico-sanitari e dell'adeguatezza dei contenuti nutrizionali nella ristorazione scolastica.
- Favorire il rapporto con gruppi di cittadini attraverso strumenti informativi organizzati, momenti di confronto e approfondimento, uffici, sportelli, linee telefoniche e telematiche dedicate e in grado di soddisfare il bisogno informativo e di raccogliere istanze e sollecitazioni.
- Sviluppare il rapporto con i *media* per assicurare la diffusione e la divulgazione di informazioni trasparenti, corrette e complete.
- Definire programmi e percorsi di educazione alimentare in ambito scolastico, integrati e supportati da iniziative di coinvolgimento delle famiglie e da collaborazioni con le realtà produttive e commerciali del territorio.
- Sostenere le iniziative di sviluppo delle produzioni biologiche, integrate e con certificazione del processo produttivo, nonché delle iniziative di assistenza e supporto tecnico alle imprese.

### *Aziende sanitarie*

- Realizzare servizi per la consulenza nutrizionale e l'assistenza sanitaria specialistica per gli stati morbosi e pre-morbosi connessi alla nutrizione.
- Realizzare iniziative per un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle strategie preventive e nei percorsi assistenziali in campo nutrizionale.
- Organizzare la sorveglianza epidemiologica degli stati morbosi correlati all'alimentazione.
- Garantire sistematicità e qualità delle prestazioni di controllo ufficiale, sia mediante lo sviluppo del processo di accreditamento, sia mediante l'attuazione di un sistema di verifica e di valutazione della efficienza ed efficacia delle attività di controllo.
- Attuare piani per il controllo sul contenuto di additivi, coadiuvanti tecnologici, contaminanti chimico-fisici, ecc. nelle preparazioni alimentari, nonché sull'impiego di alimenti contenenti organismi geneticamente modificati, e nell'etichettatura nutrizionale.
- Potenziare il controllo sulla produzione primaria in agricoltura e sull'igiene degli allevamenti zootecnici, con particolare riguardo all'impiego dei prodotti fitosanitari, all'alimentazione animale e all'utilizzo dei medicinali veterinari.
- Attuare sistemi di sorveglianza delle malattie trasmissibili con gli alimenti, delle infezioni zoonosiche e di quelle a maggiore rilevanza zoonosanitaria.
- Potenziare l'attività di controllo sulla ristorazione collettiva, sia per gli aspetti igienico-sanitari, sia per quelli nutrizionali.
- Attuare iniziative per garantire l'applicazione di adeguati sistemi di autocontrollo nelle imprese, anche mediante la formazione e l'informazione degli addetti al settore alimentare.
- Attuare programmi di monitoraggio delle produzioni per la verifica della qualità nutrizionale, dell'informazione nutrizionale e della composizione degli alimenti.
- Stabilire il rapporto diretto con l'utente tramite uffici, sportelli, linee telefoniche e telematiche dedicate; organizzare momenti di confronto e approfondimento; attuare programmi di formazione ed educazione alimentare.
- Organizzare il rapporto con i *media*.
- Attuare gli interventi formativi e di aggiornamento rivolti verso i cittadini competenti.
- Definire forme collaborative con istituti universitari.
- Garantire la formazione permanente e la riqualificazione degli addetti al controllo ufficiale.

## **PREMESSA**

La programmazione sanitaria, nazionale e regionale, considera la promozione della salute un problema centrale dell'intera società e, a tal fine, pone l'esigenza che tutte le sue componenti, istituzionali, economiche, sociali, ecc., si impegnino nell'elaborazione ed attuazione di politiche intersettoriali strategicamente finalizzate a favorire:

- la maturazione di una coscienza civile per la salute;
- l'assunzione da parte di tutti i cittadini di una consapevole responsabilità diretta nei confronti del proprio benessere fisico, psichico e sociale;
- la conseguente promozione e adozione di comportamenti e stili di vita in grado di favorire la salute, e la creazione di ambienti sociali ed economici che favoriscano tali scelte.

In tale contesto non v'è dubbio che la promozione di corretti modelli nutrizionali e la disponibilità di alimenti rispondenti a criteri di sicurezza ed integrità rivestano un ruolo fondamentale e costituiscano settori nei quali può e deve svilupparsi la capacità individuale a controllare, mantenere e migliorare lo stato di salute.



## 1. ALIMENTAZIONE E SALUTE

È a tutti noto che il regime alimentare è in grado di influire, anche in modo sensibile, sulla salute degli individui e delle comunità. Detto regime può infatti determinare l'ingestione di sostanze nocive (naturali e non), ma anche carenze acute o croniche di nutrienti essenziali o, per contro, eccessi e squilibri nutrizionali quali fattori di rischio per l'insorgenza di malattie metaboliche e degenerative.

In realtà esistono moltissime evidenze che certe modifiche nel modo di alimentarsi hanno rappresentato nel corso degli ultimi cento anni un fattore di importanza primaria nel miglioramento dello stato di salute e di benessere della popolazione italiana.

È indubbio d'altra parte che nei paesi industrializzati la presenza diffusa di malattie croniche e degenerative, che risultano dalla complessa interazione tra variabili non modificabili (quali l'età, il sesso e il codice genetico) e variabili passibili di modificazioni (in quanto legate a fattori socio-economici ambientali e alle abitudini di vita) è grandemente influenzata, in termini di rischio, proprio dal modificato regime alimentare.

Tuttavia, a causa del periodo di latenza tra esposizione e comparsa della patologia ed in considerazione delle possibili interazioni, molto spesso sconosciute, tra diverse sostanze introdotte con la dieta, è talvolta difficile stabilire collegamenti certi tra fattori alimentari e condizioni di salute. A ciò si devono aggiungere, anche se riguardano singoli individui o limitati gruppi di popolazione, anche le patologie determinate dalla presenza di allergie o intolleranze alimentari.

La comunità scientifica è concorde nell'attribuire alla dieta un ruolo significativo nella patogenesi di malattie quali cardiopatie ischemiche, malattie cerebrovascolari, diabete mellito non insulino-dipendente, alcuni tumori, anemia per carenza di ferro, gozzo, obesità, carie dentarie e calcolosi renale. Inoltre, per l'osteoporosi, sono attualmente in fase di acquisizione nuove evidenze scientifiche relative all'importanza della alimentazione.





## 2. COMPORAMENTI E STILI ALIMENTARI

Dal secondo Dopoguerra, in particolare a partire dagli anni Sessanta, la società italiana ha vissuto profondi cambiamenti indotti da molteplici fattori:

- urbanizzazione,
- industrializzazione e terziarizzazione,
- crescita del reddito discrezionale delle famiglie,
- nuove implicazioni economiche e culturali del consumo,
- riarticolazione dei tempi di vita tra lavoro e tempo libero,
- segmentazione delle relazioni sociali,
- crescita dell'integrazione internazionale e della globalizzazione.

Tale processo di trasformazione, che ha riguardato ovviamente l'organizzazione della vita quotidiana, collettiva e individuale, ha inciso anche sulle culture, strategie, stili e modi del consumo alimentare.

In tale quadro complessivo, fino a metà degli anni Ottanta l'aumentata produzione di alimenti e l'aumentato potere d'acquisto si sono tradotti in un aumento dei consumi e in un arricchimento squilibrato della razione calorica, in particolare per eccesso, nelle sue componenti di zuccheri semplici, grassi saturi e proteine animali.

Negli ultimi 10-15 anni si sono verificati nel modello alimentare italiano mutamenti qualitativi e quantitativi nei consumi dei vari gruppi di alimenti, molto spesso di segno e di intensità diversificata (*Allegato 1*).

Le trasformazioni avvenute in questi anni possono essere sinteticamente individuate come:

- *deregulation* degli atti alimentari e frammentazione degli stili alimentari;
- tendenza alla contrazione dei consumi e autolimitazione spontanea dei consumi alimentari;
- maggiore attenzione ai comportamenti alimentari e al rapporto alimentazione-salute.

Per quanto riguarda il consumo, è cambiata in parte l'organizzazione della giornata alimentare; si è diffusa l'abitudine del fuori-pasto modificando l'importanza delle scansioni nell'assunzione del cibo; non si considera più la casa il luogo privilegiato e rituale del pasto; si sono modificati valori, gusti, predilezioni e significati simbolici del cibo e della sua assunzione, individuale e collettiva.

La spesa delle famiglie italiane per l'alimentazione diminuisce in proporzione alla spesa totale dedicata ai consumi (Tabella 1). In particolare, nell'ultimo decennio i consumi alimentari sono calati di oltre il 4%. Tuttavia se i consumi alimentari domestici diminuiscono, quelli extra-domestici sembrano rivelarsi un *business* di successo.

Secondo l'ISTAT il loro valore complessivo sarebbe aumentato tra il 1993 e il 1996 di oltre il 20%. Secondo un rapporto NOMISMA del 1997 la frequenza del consumo dei pasti fuori casa in Italia nei giorni feriali era poco inferiore a quella di Germania e Francia, ma superiore a Spagna e Regno Unito.

Complessivamente, secondo tale rapporto, i pasti fuori casa sarebbero costituiti dal 43% per la colazione, dal 33% per lavoro o studio, dal 7% per pranzo di svago, dal 14% per cena di svago e dal 3% per cena di lavoro.

Per quanto riguarda il pranzo fuori casa, il 34% si rivolge alla ristorazione veloce (bar, paninoteche, ecc.), il 30% a *self-service* e mense, il 23% alla ristorazione commerciale classica.

Secondo una successiva recente rilevazione (NOMISMA-CIRM), nel primo trimestre 1999 sarebbero stati spesi per pranzi e cene consumati fuori casa 26.800 miliardi di lire, di cui il 78,7% presso locali della ristorazione tradizionale (ristoranti, pizzerie, trattorie), mentre la restante quota risulterebbe distribuita presso la ristorazione veloce (3,2%), i *self-service* (2,7%) e nelle mense (5,4%). Oltre metà della spesa (58,1%) sarebbe stata sostenuta durante i giorni lavorativi.

Secondo l'indagine multiscopo eseguita qualche anno fa nelle famiglie dall'ISTAT, più del 19% degli italiani dichiarava di considerare la cena come il pasto principale. Tale percentuale risultava molto più elevata nelle aree cittadine e di grande urbanizzazione e nel Centro-Nord.

La medesima indagine metteva anche in evidenza che circa il 70% della popolazione faceva una colazione completa al mattino, mentre l'8% la saltava e il 22% consumava solo tè o caffè.

Secondo altre indagini, un ulteriore significativo fattore di modificazione della tradizionale giornata alimentare è costituito dal diffondersi degli *snack* sia mattutini che pomeridiani, che costituiscono parte rilevante dei consumi alimentari.

Inoltre, va rilevato che il 60% sono coloro che abitualmente mangiano guardando la televisione.

Come precedentemente accennato, negli ultimi 10-15 anni i consumi alimentari mostrano una tendenza alla diminuzione.

In realtà, nel corso della trasformazione delle abitudini alimentari, l'aspirazione ad una alimentazione più sobria e leggera si è costruita e realizzata in gran parte per via soggettiva.

L'evoluzione degli stili di vita ha indotto la popolazione italiana ad alleggerire spontaneamente i consumi e a cercare di riequilibrare modi e criteri dell'alimentarsi, attraverso un processo di adattamento per prove e per errori, generando il diffondersi di una attenzione e sensibilità nutrizionale di massa, non priva di errori ed incoerenze e che non dispone di precisi indirizzi, sicuri e consolidati.

In tale contesto si sono prodotti stili alimentari fortemente articolati e differenziati per effetto di una progettualità individuale più forte che nel passato, ovviamente non sempre e non necessariamente orientata a scelte corrette e condivisibili. Si è venuta formando una Babele degli stili di non facile indagine.

EURISKO (1998) li ha riassunti in tre aree che si dispongono in modo diverso rispetto ai parametri del controllo sull'alimentazione e della posizione sociale di chi ne è interprete:

- quella dell'alimentazione attenta, che stima di contenere il 29% della popolazione;
- quella dell'alimentazione distratta, con il 24% della popolazione;
- quella dell'alimentazione tradizionale, con il 24% della popolazione.

A queste si accosta un'area di povertà (12%) che è condizionata nelle scelte alimentari dalle scarse disponibilità economiche.

Nelle tre aree si possono individuare nuove tipologie più specifiche. Lo stile attento, costituito da persone con posizione sociale e culturale medio-alta e residenti prevalentemente al Centro-Nord e nelle città, è quello indicato in *trend* di crescita.

Un'indagine DEMOSCOPEA del 1996 individua tre tendenze in via di rafforzamento progressivo:

- la tendenza verso un'alimentazione semplificata, con pasti più piccoli e più numerosi, piatti meno elaborati, maggiore ricorso a soluzioni pronte o semipronte;
- la tendenza verso un tipo di alimentazione considerata più sana e naturale, e soprattutto più leggera, con forte enfasi verso i prodotti, anche industriali, a basso contenuto di grassi e di zuccheri;
- la tendenza ad un'alimentazione multistile, variegata e disordinata, che alterna comportamenti diversi nel corso dell'anno, della settimana e della stessa giornata. A questa pratica alimentare si rifarebbe circa un quarto degli italiani che, pur adottandola, la considera lontana dalle buone regole nutrizionali ed anche potenzialmente pericolosa.

A fronte di tali articolazioni e diversificazioni di stili e comportamenti alimentari è però innegabile che, negli ultimi anni, attorno all'alimentazione è cresciuta una diffusa attenzione che si esprime con diverse modalità e anche in modo contraddittorio.

Infatti è indubbia la tendenza a rapportarsi al cibo con una dimensione più colta. C'è un consumatore più attento all'alimentazione e che, quindi, chiede di essere più informato sui temi della nutrizione, della sicurezza e dell'integrità degli alimenti e anche sui prodotti da scegliere e da utilizzare. In tale contesto si manifesta il culto della naturalità dei cibi.

Alla domanda posta in un sondaggio del 1996 relativa a "Cosa si bada nella scelta dei cibi, pensando alle conseguenze dell'alimentazione sulla salute", il campione ha risposto:

- per il 37% "che siano prodotti naturali",
- per il 24,9% "che siano leggeri e digeribili",
- per il 14,4% "che forniscano l'energia necessaria",
- per il 9,5% "che non facciano ingrassare",
- per il 13,6% "altre ragioni".

Contemporaneamente si tende a riscoprire il valore della tradizionalità, della tipicità e della dieta mediterranea.

Nel medesimo contesto si sviluppano anche comportamenti legati al mito del corpo, al valore della snellezza, alla cura per la linea, che si fondano sull'identificazione tra bellezza, forma fisica e salute. Da qui lo sviluppo di comportamenti salutistici, ma anche il proliferare di diete seguite acriticamente e con varie frequenze, nonché il crescente consumo di prodotti sostitutivi dei pasti.

A fronte di tali tendenze e, come precedentemente accennato, di una diminuzione dei consumi va però rilevato che i problemi di sovrappeso degli italiani tendono a crescere, coinvolgendo più del 45% degli uomini e circa il 30% delle donne.

Al riguardo, tra gli uomini solo il 24% tenta di ridurre il proprio peso (11% tramite dieta, 6% con attività fisica, 4% con dieta e attività fisica, 3% con altri mezzi). Le donne sembrano più preoccupate del peso: quelle in sovrappeso sono circa il 30% ma oltre il 37% delle donne (ben più di quelle effettivamente in sovrappeso) dichiarano di tentare di perderne (17% con la dieta, 7% con attività fisica, 7% con dieta e attività fisica, 5% con altri mezzi). Importante è la scarsa sintonia tra immagine reale, immagine vissuta e immagine ideale del proprio corpo: il 10% dei normopeso, specie donne, si vedono grassi, mentre gli individui in sovrappeso, specie gli uomini, si vedono normali (il 57%)

o addirittura magri (3%). Ciò ovviamente mette in luce la difficoltà di percepire il fenomeno, nel convincere a correggere stili di vita e contrastare l'aumento ponderale.

Resta dunque una forte preoccupazione: negli ultimi dieci anni il regime alimentare reale degli italiani ha dato ampio spazio alla crescita, pericolosa, del peso corporeo, con tutte le conseguenze che può portare con sé sul piano della salute.

Insomma, la transizione ad una modernità alimentare adeguata ai nuovi ritmi della società e della vita attuale è tutt'altro che conclusa. L'autoriduzione alimentare soggettiva non è bastata.

*Tabella 1. Consumi finali delle famiglie (in miliardi di lire a prezzi correnti)*

<b>Voci</b>	<b>1980</b>	<b>1985</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>
Consumi alimentari	63.808	117.298	156.240	194.917	200.411	200.945
Generi alimentari	59.163	109.149	144.364	179.903	184.272	184.580
Pane e cereali	7.331	13.548	18.633	24.272	24.940	25.28
Carne	19.490	34.127	43.140	51.827	51.412	51.911
Pesce	2.650	5.968	9.840	11.517	11.899	12.037
Latte, formaggi, uova	8.249	16.447	22.185	29.172	30.924	30.385
Oli e grassi	2.720	5.005	5.895	7.335	8.227	8.199
Frutta e ortaggi	13.693	25.024	32.824	39.026	39.992	39.857
Patate	692	1.218	1.661	2.645	2.241	2.128
Zucchero	1.110	1.655	1.880	2.703	2.766	2.764
Caffè, tè, cacao	1.635	2.898	3.386	4.887	4.919	5.030
Altri alimentari	1.593	3.259	4.920	6.519	6.952	7.241
Bevande	4.645	8.149	11.876	15.014	16.139	16.365
analcoliche	705	1.523	3.129	4.621	4.961	5.047
alcoliche	3.940	6.626	8.747	10.393	11.178	11.318
Consumi non alimentari	175.473	389.022	651.747	913.248	966.520	1.022.707
Consumi finali interni	239.281	506.320	807.987	1.108.165	1.166.931	1.223.652
% alimentari/totali	26,7	23,2	19,3	17,6	17,2	16,4

Fonte: *Relazione generale sulla situazione economica.*



### 3. LA POLITICA NUTRIZIONALE

Il Piano sanitario regionale individua in una sana alimentazione uno degli obiettivi di salute da perseguire. Per il conseguimento di tale obiettivo, considerata la complessità della questione alimentare per le implicazioni di ordine economico, sociale e culturale, è necessario promuovere una politica nutrizionale che, interessando trasversalmente e sinergicamente la sanità, l'economia, la socialità e gli stili di vita, sia in grado di assicurare la disponibilità di alimenti salubri ed integri e di promuovere corretti comportamenti alimentari e nutrizionali.

A tal fine è opportuno rilevare che per promuovere una politica nutrizionale improntata su un positivo rapporto ambiente-uomo-nutrizione-salute, è in linea generale necessario che:

- le politiche di produzione e lavorazione dei prodotti alimentari si impegnino a garantire alimenti sani e di adeguata qualità nutrizionale;
- le politiche di produzione appoggino un'agricoltura sostenibile e metodi di produzione che salvaguardino le risorse naturali e l'ambiente;
- le politiche di *marketing* si impegnino ad indirizzare il consumatore ad acquistare ed utilizzare alimenti sani, e sostengano gli alimenti prodotti localmente dalle pressioni del mercato globale;
- le politiche educative si impegnino a promuovere nei cittadini la capacità di scelte consapevolmente orientate a comportamenti alimentari e stili di vita sani;
- le politiche sociali si impegnino a valorizzare gli aspetti positivi dell'alimentazione nelle implicazioni fisiologiche, psicologiche, sociali e culturali, soprattutto in una società che tende ad essere multi-etnica e multiculturale.

Ciò premesso e in attuazione degli indirizzi programmatici del PSR, una politica nutrizionale per l'Emilia-Romagna deve prevedere:

- l'attivazione di un sistema di sorveglianza nutrizionale;
- l'attuazione degli interventi necessari ad affrontare quegli stati morbosi o pre-morbosi, connessi alla nutrizione, che necessitano di primaria attenzione per gravità e/o incidenza;

- l'attuazione di interventi volti a garantire la sicurezza e l'integrità alimentare e a promuovere la qualità nutrizionale;
- l'attuazione di azioni e interventi per la qualificazione igienico-sanitaria, nutrizionale e gestionale della ristorazione collettiva;
- l'attuazione di programmi di educazione ed informazione alimentare finalizzati a sviluppare comportamenti alimentari sani.



#### 4. LA SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE

La sorveglianza nutrizionale è un insieme coordinato di attività finalizzate a:

- rilevare in modo sistematico e continuativo i dati relativi a comportamenti, abitudini e consumi alimentari;
- monitorare, mediante appropriati indicatori, lo stato di nutrizione di fasce diverse di popolazione;
- rilevare la presenza e distribuzione nella popolazione di stati morbosi associati o mediati dall'alimentazione, chiarirne la relazione con i fattori di rischio noti, predirne le modifiche, individuarne le tendenze nel tempo, anche in relazione agli interventi adottati;
- mettere a fuoco le priorità e consentire un orientamento delle misure correttive e preventive.

Ciò premesso, è evidente come un efficiente sistema di sorveglianza nutrizionale costituisca il supporto indispensabile per promuovere una adeguata politica nutrizionale, per adottare coerenti strategie e per realizzare gli interventi necessari.

Attualmente le fonti di dati e informazioni in materia di consumi alimentari, stato nutrizionale di gruppi di popolazione, patologie connesse all'alimentazione, ecc., sono numerose, diverse e variamente articolate; tuttavia, anche se rilevante, l'insieme dei dati disponibili risulta privo di sistematicità, frammentario, disomogeneo nella rilevazione e di difficile utilizzo.

In tale contesto è pertanto indispensabile realizzare a livello regionale un sistema di sorveglianza nutrizionale basato su specifici centri di riferimento interdipendenti e costituito da reti di livelli operativi nei diversi settori interessati (economico, sociale, sanitario, ecc.).

A tal fine si ritiene quindi necessario istituire e attivare formalmente i seguenti centri regionali:

- Centro per la raccolta, l'analisi e l'elaborazione dei dati relativi ai comportamenti, alle abitudini e ai consumi alimentari;
- Centro per il monitoraggio dello stato nutrizionale della popolazione e la sorveglianza epidemiologica degli stati morbosi correlati all'alimentazione;
- Centro per l'informazione, la formazione e l'educazione alimentare.

Tali Centri dovrebbero avere a riferimento gli Assessorati regionali alla agricoltura, sanità e formazione ed essere in relazione con istituzioni, enti, organizzazioni pubbliche e private, strutture e servizi territoriali, compartecipi nella rilevazione e raccolta dei dati e cointeressati alle elaborazioni informative in materia di alimentazione e nutrizione.

L'atto formale di istituzione dovrà individuare, per ciascuno di essi, le reti di relazioni territoriali nonché i compiti loro attribuiti.

In ogni caso si ritiene che i suddetti Centri regionali debbano avere come obiettivi:

- la definizione degli strumenti e delle metodologie di rilevazione e indagine;
- la predisposizione di linee guida regionali;
- l'identificazione dei fattori nutrizionali più strettamente correlati ad un maggior rischio di diverse patologie;
- l'individuazione delle priorità sanitarie e delle misure correttive e preventive;
- l'elaborazione di programmi di educazione nutrizionale;
- il coordinamento dell'informazione nutrizionale;
- la promozione di progetti e programmi di ricerca;
- la valutazione dei risultati ottenuti.

Per quanto riguarda, in particolare, gli aspetti e il settore sanitario, il sistema di sorveglianza nutrizionale deve vedere coinvolti:

- un primo livello di assistenza sanitaria comprendente i medici di base, i pediatri di libera scelta, i medici del lavoro, i medici di azienda e di comunità, ecc.;
- un secondo livello di diagnostica e assistenza specialistica, nonché di studio e ricerca, comprendente sia i Servizi dietetici o di dietologia dei Presidi e Aziende ospedaliere, sia le strutture universitarie di studio e ricerca in materia di nutrizione e alimentazione o in materia di stati morbosi correlati;
- i Servizi di pediatria di comunità, di igiene degli alimenti e nutrizione, di sanità pubblica veterinaria delle Aziende USL;
- i Servizi dietetici dei Comuni.

È necessario che tutti i soggetti, i Servizi e le strutture succitati funzionino in modo integrato e in relazione bidirezionale con il Centro regionale di riferimento, così da assicurare:

- la valutazione dello stato nutrizionale di fasce di popolazione;
- la definizione della prevalenza delle patologie correlabili all'alimentazione, per aree geografiche e/o fasce di popolazione;
- l'identificazione dei fattori nutrizionali maggiormente correlati ad un aumentato rischio di diverse patologie;
- l'individuazione di misure correttive e preventive;
- il coordinamento dell'informazione alimentare e nutrizionale;
- la promozione di programmi di educazione nutrizionale.



## 5. LE PRIORITÀ SANITARIE

Pur in carenza di un organico sistema di sorveglianza nutrizionale, sono comunque individuabili alcuni stati morbosi o pre-morbosi connessi alla nutrizione che necessitano di primaria attenzione per gravità e/o incidenza e che, quindi, debbono essere presi in considerazione con urgenza.

Attualmente sono identificabili quali rilevanti fattori di rischio per la salute pubblica la malnutrizione per eccesso (sovrappeso e obesità), l'osteoporosi, le dislipidemie, le intolleranze alimentari, le interrelazioni tra alimentazione e diversi tumori, il danno da radicali liberi.

### 5.1. Malnutrizione per eccesso

Nelle società industrializzate la malnutrizione per eccesso ha assunto le dimensioni di una vera e propria epidemia. Pochi dati sono disponibili sulla prevalenza del sovrappeso in Emilia-Romagna, e quelli esistenti non provengono da campioni rappresentativi dell'intera popolazione. Tuttavia, i dati pubblicati sulla situazione italiana (*LiGIO '99 Linee Guida Italiane Obesità*) evidenziano che:

- la prevalenza del sovrappeso e dell'obesità nella popolazione italiana adulta è stimata attorno al 50%;
- circa il 14% dei bambini tra i 4 e i 12 anni risulta in eccesso ponderale e tale percentuale è in costante aumento;
- l'obesità infantile è responsabile di circa il 30% dell'obesità in età adulta;
- l'obesità in età adolescenziale persiste per l'80% in età adulta;
- la prevalenza del sovrappeso e dell'obesità nei soggetti anziani è elevatissima (70-80%).

I dati sul rapporto fra malnutrizione per eccesso e varie patologie, ormai consolidati, permettono di affermare che il sovrappeso e l'obesità rappresentano un importante problema per la salute pubblica e, quindi, una malattia sociale, con tutte le conseguenti ricadute di carattere organizzativo ed economico per il Servizio sanitario nazionale.

Infatti, secondo alcune indagini che ne hanno tentato una valutazione, il costo socio-economico dell'eccesso di peso nella popolazione pare aggirarsi tra il 2 e l'8% della spesa sanitaria, sottolineando che tale stima va considerata del tutto prudentiale.

Tutto ciò premesso, è indispensabile che per contrastare la malnutrizione per eccesso e le malattie correlate, siano attuate strategie preventive associate alla promozione di una corretta attività fisica, e siano garantiti adeguati livelli di assistenza sanitaria.

### *5.1.1. Strategie preventive*

Le strategie preventive devono essere finalizzate a:

- migliorare le conoscenze sul ruolo della nutrizione, dell'esercizio fisico e del peso corporeo per un soddisfacente stato di salute e di benessere;
- impedire lo sviluppo di sovrappeso in soggetti normopeso e ridurre il peso corporeo medio della popolazione;
- ridurre la prevalenza dell'obesità e delle dislipidemie.

A tal fine è necessario realizzare costanti programmi di informazione ed educazione alimentare, associati ad interventi volti a promuovere nell'industria alimentare la produzione e nella ristorazione collettiva - soprattutto scolastica - la preparazione e somministrazione di prodotti alimentari e pasti a basso contenuto calorico e di grassi, nonché ad incentivare l'etichettatura nutrizionale.

In tale contesto, particolare importanza devono avere inoltre gli interventi di prevenzione in età pediatrica che, secondo alcuni, è opportuno inizino già durante la gravidanza. In gravidanza è infatti raccomandato il controllo dell'alimentazione materna e va evitato, soprattutto nell'ultimo trimestre, l'eccessivo incremento ponderale.

Nel neonato deve essere favorita la prolungata alimentazione al seno o, se ciò non fosse possibile, è necessario che i genitori siano educati a riconoscere e a rispettare il senso di sazietà del lattante; in ogni caso deve essere evitato il precoce divezzamento.

Nel bambino l'alimentazione deve prevedere un corretto apporto calorico e un'equilibrata ripartizione dei singoli costituenti. Si ritiene inoltre opportuno che in età pediatrica la valutazione antropometrica sia costantemente utilizzata.

Nel contesto delle strategie preventive, in associazione con i programmi di educazione ed informazione alimentare (che verranno approfonditi nel *Capitolo 8*), è di fondamentale importanza la promozione di una corretta attività fisica.

I risultati di indagini e ricerche effettuate in Italia e nel mondo sono ormai concordi da tempo sull'elevata efficacia preventiva della pratica regolare e continua dell'esercizio fisico.

L'evoluzione socio-demografica degli ultimi decenni ha modificato negativamente lo stile di vita della popolazione in tutte le fasce di età e in tutti i ceti sociali. Sedentarietà, scorrette abitudini alimentari, l'abitudine al fumo, l'assunzione eccessiva di alcool e bevande nervine, alti livelli di *stress* sono largamente diffusi nella popolazione.

In relazione a ciò, le patologie cronico-degenerative (malattie cardiovascolari, obesità, dislipidemie, osteoartrosi e osteoporosi) sono in aumento e ciascuna di esse può essere una causa o un fattore prognostico peggiorativo delle altre.

Lo scarso livello di attività fisica della popolazione riguarda sia l'attività motoria spontanea sia quella organizzata. L'uso sempre più diffuso di strumenti che suppliscono ad un'azione manuale come i telecomandi, la diffusione della telefonia cellulare e altro hanno ridotto sempre più la necessità di muoversi, e se d'altra parte possiamo considerare in aumento il numero di persone che nel tempo libero pratica attività fisica, questo non è sufficiente a bilanciare la riduzione del movimento spontaneo praticato.

Un buon esempio di quanto detto sopra è l'analisi delle abitudini motorie in età evolutiva. Attualmente anche in questa fascia di età è diffusa la sedentarietà. È infatti noto come il tempo libero dei bambini e degli adolescenti sia sempre meno dedicato a giochi di movimento, e benché molti di loro pratichino sport organizzato, è anche elevata la prevalenza di sovrappeso e obesità. Oltre l'obesità, altri fattori di rischio per patologie degenerative cominciano ad evidenziarsi già durante l'infanzia e l'adolescenza. La sedentarietà precoce favorisce inoltre l'insorgenza in età evolutiva di stati pre-morbosi o paramorfismi a carico dell'apparato osteo-scheletrico (scoliosi, iperlordosi lombare, cifosi cervico-dorsale, ecc.).

In età adulta tali quadri possono facilmente trasformarsi, se associati ad uno scarso tono-trofismo muscolare, in patologie da sovraccarico, particolarmente a carico del rachide (lombalgie, ecc.) e degli arti inferiori. Abitudini di vita sedentarie intervengono anche nella patogenesi dell'osteoporosi.

L'esercizio fisico è in grado di determinare un più favorevole rapporto pondero-staturale e soprattutto di composizione corporea, favorendo lo sviluppo della massa magra rispetto alla massa grassa. Gli effetti dell'esercizio fisico sull'assetto lipidico mostrano una riduzione del rapporto colesterolo totale/colesterolo HDL, del colesterolo totale e dei trigliceridi. Chi pratica regolarmente attività fisica ha una migliore tolleranza al glucosio ed una maggiore sensibilità all'azione dell'insulina. Il carico meccanico su ossa e articolazioni favorisce la neoformazione ossea e ne inibisce la perdita, riducendo il rischio di osteoporosi. Qualsiasi attività fisica incrementa il

dispendio energetico e quindi determina un calo ponderale esercitando così un controllo sul peso corporeo.

Pertanto l'attività fisica va raccomandata come parte di una terapia integrata per la perdita e il mantenimento del peso. Come risulta da *LiGIO '99*, si dovrebbero incoraggiare inizialmente livelli moderati di attività fisica dai 30 ai 45 minuti per 3-5 volte la settimana. Tale attività andrebbe possibilmente e progressivamente aumentata; se l'intensità e la frequenza dell'attività fisica si incrementano, il regime motorio deve essere praticato sotto l'attento controllo di esperti.

Lo scopo dell'attività fisica è infatti il raggiungimento della *fitness* (buona salute, forma o condizione fisica) o meglio della *health-related physical fitness*, con la quale si intende uno stato caratterizzato dalla capacità di svolgere quotidianamente una attività fisica anche intensa, e da un'evidenza di caratteristiche e qualità fisiche a basso rischio di sviluppo di patologia ipocinetica. La pratica di attività motoria legata a protagonismo muscolare o a mistificanti ideali di bellezza ed efficienza tipo "belli e sodi" va scoraggiata con opportune iniziative di educazione ed informazione circa i reali e benefici effetti dell'attività fisica che, soprattutto nella prevenzione e terapia del sovrappeso-obesità, non va mai disgiunta da appropriati interventi dietetici.

### **5.1.2. Assistenza sanitaria**

Come già sottolineato, il sovrappeso e l'obesità rappresentano un serio problema di salute pubblica anche quali fattori di rischio per malattie associate e complicanze, e pertanto risulta evidente che, oltre alle dovute strategie preventive, è indispensabile garantire un'adeguata assistenza sanitaria ai soggetti interessati.

Va altresì tenuto conto che nell'ambito dell'assistenza sanitaria devono anche essere ricompresi ed attuati programmi di prevenzione selettiva rivolti a sottogruppi della popolazione considerati a rischio sulla base di fattori biologici, psicologici e socio-culturali, nonché programmi di prevenzione mirata indirizzati a soggetti che mostrano segni precursori o *marker* biologici indicanti una chiara predisposizione per l'obesità.

Ciò premesso, e considerato che l'obesità è da ritenersi una complessa patologia cronica multifattoriale legata all'interazione di fattori fisiologici, metabolici, genetici, sociali e comportamentali, si ravvisa l'esigenza che la dovuta assistenza sia adeguata dal punto di vista organizzativo e professionalmente.

Al riguardo, va sottolineato che il trattamento sanitario del sovrappeso e, in particolare, dell'obesità, deve fare riferimento a professionisti specialisti e specificamente formati ed inoltre, per attuare un trattamento globale dell'obesità, è



necessario che lo specialista operi in un contesto di interdisciplinarietà o, meglio, di integrazione delle professionalità (medicina interna, metabolismo, endocrinologia, nutrizione, psicologia, fisiologia dell'esercizio fisico) in modo da poter attuare il percorso terapeutico nella maniera più adeguata e selezionata possibile. A tal fine si ritiene indispensabile attivare processi di formazione degli specialisti avendo a riferimento le *LiGIO* '99.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi va rilevato che in regione sono presenti 25 Servizi dietetici ospedalieri il cui organico è costituito prevalentemente da dietisti, e in rari casi è presente una figura medica specializzata. Stante tale situazione e considerato che la rilevanza del problema esige sicuramente una organizzazione sanitaria maggiormente adeguata, è doveroso valutare:

- se gli attuali Servizi specialistici sono quantitativamente e qualitativamente adeguati;
- se è necessaria una presenza territoriale maggiormente diffusa di *équipe* professionali;
- se sono adeguati i rapporti e le interazioni con i medici di medicina generale, così da garantire la tempestiva individuazione dei casi e l'efficiente gestione del *follow-up* dei pazienti.

È compito della programmazione territoriale valutare le esigenze e definire le azioni necessarie al riguardo.

Non vi sono dubbi comunque che la possibilità di garantire interventi terapeutici nutrizionali corretti ed efficienti, e le necessarie interazioni fra strutture specialistiche e servizi di base, consente un'ottimizzazione terapeutica, una importante prevenzione secondaria nei confronti delle malattie e complicanze associate, e il risparmio di risorse umane ed economiche (uso razionale dei servizi specialistici, riduzione dei costi legati a diete o a farmacoterapie improprie).

È inoltre importante rilevare che efficienti Servizi di terapia nutrizionale possono contrastare la grande e pericolosa diffusione della *Diet Industry*, cioè del ricco mercato di prodotti, strumenti, strategie, programmi finalizzati alla perdita di peso, più o meno facile e rapida, che spesso sfrutta il bisogno dei soggetti e la loro mancanza di consapevolezza e di preparazione necessaria.

## 5.2. Osteoporosi

Già nel 1998 la Comunità europea auspicava, nel suo rapporto sull'osteoporosi, che gli Stati membri si ponessero come obiettivo prioritario in materia sanitaria la prevenzione di questa malattia e la promozione di campagne di sensibilizzazione per il pubblico.

L'osteoporosi è una malattia che causa la diminuzione e l'infragilimento della massa ossea, senza sintomi rilevanti se non la frattura delle vertebre, del femore, dei polsi, che si manifestano purtroppo quando ormai è troppo tardi per intervenire. Negli USA l'osteoporosi provoca annualmente 1,5 milioni di fratture, con un costo sanitario di oltre 13,8 miliardi di dollari. Nella Comunità europea, un cittadino su otto al di sopra dei 50 anni subisce una frattura delle vertebre, e l'osteoporosi costa alle tesorerie degli Stati membri oltre 3.500 milioni di Euro all'anno soltanto di assistenza ospedaliera, con le previsioni di un raddoppio nei prossimi 50 anni.

Purtroppo l'osteoporosi è una malattia silente, non ancora riconosciuta come causa di morbilità e disabilità, e, diversamente a quanto avviene per altre patologie, a tutt'oggi non è sufficientemente diffusa la cultura della prevenzione dei danni che possono essere causati da questa malattia. Erronee abitudini alimentari sono sicuramente concausa dell'insorgenza dell'osteoporosi.

Sebbene questa malattia si presenti in modo conclamato solo in fasi avanzate della vita, è opportuno ricordare che la sua prevenzione deve invece avvenire precocemente, poiché intervenire sulla patologia conclamata è assai più difficile.

L'osteoporosi può essere prevenuta mediante scelte responsabili di alimentazione e comportamento (particolarmente a riguardo dell'attività fisica svolta), ma queste scelte responsabili devono essere effettuate fin dall'età pediatrica; purtroppo, invece, il consumo di alimenti contenenti calcio è spesso ridotto per svariati motivi. Uno per tutti, ricordiamo la diminuita introduzione o addirittura l'esclusione di latte e latticini dalla dieta effettuata da numerose adolescenti allo scopo di ridurre il peso corporeo.

È evidente quindi l'importanza della valutazione dello stato nutrizionale per il calcio nella popolazione, insieme, eventualmente, ad uno *screening* atto a riconoscere gli individui in cui la perdita di massa ossea è più veloce.

### 5.3. Intolleranze alimentari

Che l'incidenza di intolleranze alimentari sia in netto aumento è un dato chiaro, rilevabile dall'incremento delle richieste di diete speciali nelle comunità.

La sintomatologia delle intolleranze alimentari è multiforme (eczemi, *rash* cutanei, disturbi digestivi, cefalee, irritabilità, disturbi del sonno, ecc.) e aspecifica. Proprio in questa multiformità e aspecificità risiede il principale problema di diagnosi, per cui da un lato vengono classificati intolleranti individui che non presentano in realtà questo problema, dall'altro non si giunge alla diagnosi di questa patologia. Inoltre, in molti casi alla diagnosi dell'intolleranza stessa non segue una appropriata informazione ed educazione nutrizionale atta a risolvere il problema sintomatologico.

Si rende quindi necessario non solo una standardizzazione dei metodi di indagine ma anche la preparazione di idonei programmi nutrizionali specifici per i diversi aspetti di questa patologia. La valutazione della reale presenza di intolleranze alimentari sarà di beneficio per lo stato di salute della popolazione, in quanto permetterà da un lato di evitare false diagnosi basate su rilevazioni imprecise e soggettive, dall'altro renderà possibile l'idoneo comportamento nutrizionale allo scopo di ridurre la sintomatologia specifica nei soggetti definiti intolleranti che, spesso misconosciuti, conducono terapie farmacologiche (es. antistaminici) atte a occultare il sintomo ma non a rimuovere la causa dello stesso.

A questo proposito si ritiene importante anche procedere a programmi di verifica della composizione degli alimenti, con particolare riguardo agli additivi e ai contaminanti ambientali.

Nell'ambito del problema delle intolleranze alimentari, un'attenzione specifica andrà rivolta alla malattia celiaca, che rappresenta una patologia particolarmente frequente e spesso misconosciuta. L'interesse specifico verso questa patologia potrà portare alla compilazione di un Registro regionale dei celiaci, nonché ad un collegamento più stretto con l'Associazione per i celiaci, che già si sforza per produrre informazioni e programmi educativi-informativi per i soggetti affetti da questa patologia e per le loro famiglie.

#### **5.4. Interrelazione tra alimentazione e tumori**

Vi sono numerose evidenze, in parte anche indirette, che la dieta sia corresponsabile di una frazione considerevole di tumori umani, frazione oggi stimabile tra il 20 e il 50%. La dieta gioca un ruolo importante non solo nei tumori del tratto digerente, ma anche di altri organi, quali la laringe, la mammella, i genitali femminili, la prostata. I dati epidemiologici, inoltre, sono stati in grado di identificare tutta una serie di profili dietetici favorevoli o sfavorevoli all'insorgenza di molti tumori comuni, e sono quindi in grado di fornire indicazioni per ridurre considerevolmente il rischio individuale di sviluppare una neoplasia.

L'obesità è in particolare un fattore di rischio ben definito per i tumori della mammella in post-menopausa, del corpo dell'utero e della colecisti: agire su questo fattore di rischio avrebbe inoltre ripercussioni favorevoli anche su altre patologie, in particolare il diabete, le malattie dell'apparato digerente e cardiovascolari. La carenza di frutta e verdura, anche molto minore di quella che può produrre carenze vitaminiche evidenti, determina nell'organismo una riduzione della disponibilità di sostanze che permettono la neutralizzazione di cancerogeni e agiscono come antiossidanti. Altrettanto evidente è la correlazione tra carenza di fibre o eccesso di grassi saturi e l'incidenza e mortalità per diversi tumori comuni.

Occorre pertanto proporre campagne di informazione e di prevenzione anche a livello individuale che prevedano l'aumento del consumo di frutta e verdura, il consumo di una quota superiore di fibre (= 30 g/die), oltre che la limitazione del consumo di grassi e in particolare di grassi saturi o alcool, e l'impiego privilegiato di olio d'oliva.

#### **5.5. Dislipidemie**

Quando la quantità di colesterolo presente nel sangue - e soprattutto il colesterolo LDL (C LDL) - raggiunge valori elevati, aumenta il pericolo che si verifichino danni di tipo aterosclerotico a carico di importanti arterie di organi vitali come il cuore, con conseguenti manifestazioni cliniche della cardiopatia ischemica: infarto miocardico, *angina pectoris* ecc.

Studi condotti in tutto il mondo hanno ormai evidenziato che la riduzione della quantità di grassi, e in modo particolare di quelli saturi, di colesterolo e di calorie che si assumono con l'alimentazione permette nella maggior parte dei casi di abbassare livelli troppo elevati di colesterolemia e quindi di ridurre il rischio di malattie conseguenti. Più il consumo di grassi saturi è elevato, più la mortalità coronarica è rilevante. Inoltre si sa che il 60-80% delle variazioni della colesterolemia a livello di popolazione si

spiega con le variazioni nei consumi di acidi grassi saturi. In particolare, è stato dimostrato che sono soprattutto alcuni acidi grassi saturi (acido laurico, acido miristico e il palmitico) ad elevare la colesterolemia.

Non va dimenticata anche la componente genetica alla base della dislipidemia e i complessi meccanismi di auto-regolazione sia per le quantità di colesterolo alimentare che si assorbono, sia per quelle prodotte per sintesi endogena.

Altro rapporto con gli alimenti è rappresentato dal ruolo protettivo degli antiossidanti (vitamine C, E e betacarotene in modo particolare), contenuti soprattutto nella frutta e nelle verdure, che sembrano in grado di limitare i rischi di chi ha nel sangue una quota elevata di C LDL.

Molto più lineare invece è il rapporto fra cibo ed aumento dei trigliceridi ematici dovuto ad una alimentazione ricca di zuccheri semplici, all'alcool e all'aumento di peso. Nella nostra regione sono già stati eseguiti studi su di una popolazione specifica (a Brisighella e Crevalcore).

In proposito sarebbe importante impostare specifiche osservazioni per verificare se il problema alimentazione e dislipidemie si spalmi su tutta la regione, individuando almeno quattro punti di osservazione, data la sua eterogeneità geografica: pianura, montagna, territorio vicino al mare, entroterra. A tal fine è opportuno confrontare le abitudini alimentari, nei punti di osservazione, fra un ampio gruppo di persone dislipidemiche e un altro senza alterazioni dell'assetto lipidico, onde valutare se anche nella nostra regione vi siano quelle differenze descritte in altre parti della nostra nazione e del mondo. Di conseguenza si potranno dare suggerimenti adeguati.

Anche in tale campo vanno previste strategie preventive e di assistenza sanitaria, come già indicato per la malnutrizione per eccesso.

## **5.6. Danno da radicali liberi**

I radicali liberi (FRs - *free radicals*) si formano normalmente nelle cellule come risultato del metabolismo, ma vengono neutralizzati da una serie di sostanze naturalmente presenti nell'organismo e definite antiossidanti. La produzione di FRs può però aumentare in seguito a diversi fattori tra cui: fumo di sigaretta, esposizione alle radiazioni solari UV, inquinamento atmosferico, diete ipercaloriche, diete a basso contenuto di antiossidanti, intenso sforzo muscolare.

In queste situazioni, gli antiossidanti presenti nell'organismo possono non essere più sufficienti ad eliminare i FRs, e si instaura quindi un danno ossidativo da radicali. Nell'organismo, i bersagli dei FRs sono principalmente proteine, lipidi e acidi nucleici

(DNA e RNA). Il danno biochimico di queste strutture si estrinseca clinicamente in una serie di patologie umane, in cui è ormai riconosciuto il coinvolgimento dei FRs a livello eziologico e/o patogenetico (aterosclerosi, carcinogenesi, dermatiti, diabete, iperdislipidemie, ischemia, obesità, ecc.)

La difesa dell'organismo dai danni da FRs, e quindi dalle patologie ad essi correlate, è costituita dagli antiossidanti (superossido dismutasi, catalasi, glutatione perossidasi, transferrina, albumina, beta-carotene, acido ascorbico, urati, vitamina E, bilirubina, estrogeni). Esistono poi diversi antiossidanti naturali presenti negli alimenti, che una volta introdotti contribuiscono a limitare/evitare il danno da FRs. La possibilità di un organismo di difendersi dal danno da FRs, che è proporzionale alla disponibilità di antiossidanti, è detta "potenziale antiossidante".

Il monitoraggio del potenziale antiossidante di un soggetto è parametro di estrema importanza a scopo preventivo, in particolare nei soggetti che per condizioni e stile di vita, per abitudini alimentari o per l'esistenza di processi patologici intercorrenti, presentano un potenziale pericolo di riduzione delle difese antiossidanti o sono esposti a situazioni in cui aumenta la produzione di radicali liberi. Questo monitoraggio permette un intervento sia di tipo nutrizionale che di modificazione delle abitudini/condizioni di vita, che può portare ad una concreta riduzione del rischio di danno da FRs e quindi di instaurarsi delle patologie ad esso correlate.

Al momento non sono disponibili dati sui livelli di potenziale antiossidante nella popolazione dell'Emilia-Romagna; si ritiene pertanto opportuno attuare uno specifico programma di ricerca per una valutazione dei livelli di potenziale difesa da questo rischio nella popolazione della nostra regione.

## 6. LA SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONALE

La sicurezza igienica dei prodotti alimentari costituisce, nell'attuale contesto nazionale, una questione strategica di rilevante importanza per le implicazioni sociali, economiche e politiche ad essa connesse.

Indubbiamente, il garantire alimenti rispondenti a criteri di sicurezza ed integrità è requisito preliminare per la tutela della salute pubblica; tuttavia l'esperienza ha dimostrato con chiarezza che la sicurezza dei generi alimentari non riguarda solo il consumatore, ma è anche alla base del corretto funzionamento del mercato, influenzando gli interessi di produttori, trasformatori, commercianti.

In tale contesto va sottolineato che l'esigenza di disporre di alimenti sicuri assume particolare significato in Emilia-Romagna sia per l'importanza socio-economica delle produzioni alimentari regionali ed il rilievo della ristorazione collettiva e pubblica, sia per effetto della crescente domanda di consumi rivolta a prodotti alimentari garantiti per la sicurezza e l'integrità e che soddisfino requisiti di qualità nutrizionale.

Tutto ciò premesso, è doveroso in primo luogo rilevare che la crescente complessità della filiera alimentare, dalla produzione primaria al consumo - attraverso la lavorazione, trasformazione, conservazione, distribuzione e somministrazione degli alimenti -, nonché la variabilità dei fattori interni ed esterni alla stessa filiera che possono incidere sui parametri di sicurezza, rendono evidente che le garanzie, richieste e dovute, non possono essere soddisfatte esclusivamente dal controllo ufficiale esercitato dai competenti servizi sanitari pubblici.

Al riguardo è ormai evidente l'esigenza di una politica per la sicurezza alimentare che coinvolga istituzioni, enti, organizzazioni ed imprese nell'adozione di strategie sanitarie, economiche e sociali coerenti con l'obiettivo della tutela della salute.

In tale ottica, infatti, il Piano sanitario regionale, per garantire più efficacemente la sicurezza e l'integrità dei prodotti alimentari, individua l'esigenza di realizzare un sistema del quale, oltre ai servizi sanitari addetti al controllo ufficiale, facciano parte le componenti istituzionali, produttive, sociali e tecnico-scientifiche interessate e nel cui ambito si concretizzi una sinergia di azioni comprendente:

- l'attività di controllo sanitario ufficiale;
- l'applicazione dei sistemi di autocontrollo da parte delle imprese alimentari;
- gli interventi volti a qualificare la ristorazione collettiva;
- gli interventi finalizzati a favorire la riduzione e, comunque, il corretto impiego dei prodotti fitosanitari in agricoltura e delle sostanze farmacologiche in zootecnia;

- gli interventi volti a promuovere e sviluppare produzioni alimentari con sistemi biologici;
- gli interventi volti a promuovere la certificazione volontaria di qualificazione dei processi produttivi e dei prodotti;
- gli interventi finalizzati alla valorizzazione delle produzioni tipiche mediante l'adozione di specifici disciplinari di produzione;
- l'attività di formazione degli addetti, nonché di assistenza e supporto tecnico alle aziende;
- l'attività di istituzioni ed enti tecnico-scientifici finalizzata alla ricerca scientifica e allo sviluppo tecnologico nel settore alimentare;
- l'attività di informazione ed educazione alimentare e nutrizionale.

### **6.1. Il controllo ufficiale**

In base alla normativa nazionale ed europea il controllo sanitario ufficiale sulla produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione e somministrazione degli alimenti, per la tutela della salute pubblica e la salvaguardia degli interessi dei consumatori e della lealtà commerciale, è chiamato ad assicurare istituzionalmente la conformità igienico-sanitaria dei processi produttivi e la sicurezza, integrità e qualità nutrizionale dei prodotti alimentari.

Il controllo ufficiale degli alimenti è assicurato, nell'ambito dei Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende USL, dai Servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione, da istituirsi ai sensi del Decreto legislativo 517/1993 ed organizzati secondo le linee guida approvate con DM 16/10/1998, e dai Servizi veterinari per quanto riguarda gli alimenti di origine animale.

L'attività dei suddetti servizi è affiancata e supportata tecnicamente e scientificamente dall'ARPA e dall'Istituto zooprofilattico sperimentale, che erogano le necessarie prestazioni laboratoristiche collaborando alle azioni di programmazione, controllo e valutazione.

L'evoluzione della tecnologia, degli scambi commerciali e delle abitudini alimentari e di vita, la cospicua produzione di norme nazionali e comunitarie, le nuove procedure in campo amministrativo e penale, hanno determinato nel recente periodo l'esigenza di schemi e procedure di controllo e vigilanza (per certi aspetti già collaudati nell'ambito dei Servizi, ma certamente in parte superati in termini di efficacia), introducendo



nuove aree di intervento, differenti modalità operative, nonché precisi obiettivi da raggiungere mediante più elevati livelli di qualità, efficienza ed efficacia delle azioni svolte.

L'accentuazione che il legislatore europeo, sul versante delle produzioni alimentari, ha posto sulla responsabilizzazione degli operatori e in particolare dei titolari/responsabili dei diversi settori delle industrie alimentari (comprendendo in questo termine qualsiasi attività di produzione, deposito, distribuzione, vendita e somministrazione di alimenti), finalizzata ad assicurare il governo della propria impresa in ordine alla sicurezza e all'integrità dei prodotti erogati, nella consapevolezza che un controllo soltanto esterno non può necessariamente garantire adeguate capillarità, continuità ed esaustività, ha determinato l'introduzione dell'obbligatorietà dell'autocontrollo per tutte le imprese.

Ciò ha comportato, sul versante del controllo ufficiale, rinnovate esigenze di rigore metodologico nell'approccio verso i sistemi di autocontrollo implementati dalle aziende, ma anche la necessità di una crescita in qualità, incisività e coerenza delle azioni intraprese dai servizi, i quali, se da un lato devono essere in grado di rispondere con professionalità alle richieste del mondo delle imprese e a quelle che provengono dai cittadini, dall'altro devono anche saper impostare autonomamente un sistema di verifiche pertinenti e significative.

Il controllo ufficiale rappresenta pertanto un'attività di carattere sistematico eseguita secondo programmi preordinati, che definiscono durante un periodo di tempo determinato la natura e la frequenza degli interventi, in modo da assicurare in primo luogo che il controllo sia proporzionato agli obiettivi perseguiti.

L'elaborazione di piani di lavoro deve essere basata essenzialmente:

- sulla valutazione delle risorse disponibili, umane e strumentali, in un'ottica di garanzia della fattibilità;
- sulla definizione di priorità che tengono conto dei vincoli normativi, del rischio sanitario, dell'affidabilità dei sistemi di verifica posti in essere dalle imprese, e dei risultati acquisiti nel pregresso, nonché di specifiche indicazioni regionali inerenti temi di particolare rilevanza sanitaria;
- sulla definizione di specifici programmi di vigilanza secondo una strategia complessiva che pretende sistematicità e qualità delle prestazioni.

Ciò deve consentire di ottenere, accanto ad una più puntuale uniformità di intervento, anche una maggiore qualificazione dell'operatività e dei contenuti dell'azione sanitaria. Al riguardo è indubbia l'esigenza che l'azione di controllo sia fondata su qualità tecnico-professionali adeguate a conoscere, valutare, controllare per prevenire i

problemi o, ancora, per risolverli qualora evidenziati. Devono inoltre essere erogate prestazioni di controllo non meramente formali, ma sostanziali, che rappresentino verifiche diagnostiche delle capacità di governo delle imprese, secondo le frequenze necessarie a conoscere e valutare l'idoneità dei processi produttivi messi in atto dalle aziende stesse.

Tutto ciò è possibile se il controllo ufficiale è in grado di integrarsi con il sistema di autocontrollo aziendale, eliminando l'autoreferenzialità e garantendo il confronto con l'industria alimentare, spiegando e motivando le osservazioni e i rilievi apportati, per consentire e pretendere il rispetto delle regole.

Compito dell'autorità di controllo è proprio quello di accertare che le procedure adottate per l'autocontrollo consentano di garantire effettivamente la salubrità e la sicurezza dei prodotti alimentari, focalizzando, tra le situazioni e i comportamenti adottati in azienda, quelli rilevanti dal punto di vista igienico-sanitario, verificandone la rispondenza con quanto inserito nell'autocontrollo al fine di valutare se il processo è effettivamente tenuto sotto controllo.

In considerazione delle articolazioni organizzative dei servizi deputati al controllo ufficiale, è di sostanziale importanza, in merito alla competenza e completezza del controllo, il perseguimento di una armonizzazione degli interventi, l'utilizzo di procedure definite per la refertazione e l'adozione delle prescrizioni e di tutte le altre misure connesse con l'attività di vigilanza e controllo.

Il riscontro dell'affidabilità, utilità ed efficacia degli interventi relativi al controllo ufficiale deve scaturire primariamente dalla sua uniformità e trasparenza, anche in virtù dell'avvio del processo di accreditamento dei servizi secondo le norme di assicurazione della qualità, previsto dal Piano sanitario regionale 1999-2001.

Sulla base delle considerazioni sin qui esposte e delle indicazioni fornite dalla programmazione nazionale e regionale, devono essere considerati obiettivi del controllo ufficiale da realizzarsi nel breve periodo:

- l'elaborazione ed attuazione di piani di attività armonizzati e confrontati secondo i criteri sopra individuati e basati su una corretta analisi e valutazione dei rischi;
- il potenziamento qualitativo e quantitativo del controllo sulla produzione primaria in agricoltura, con particolare riguardo all'utilizzo dei prodotti fitosanitari;
- l'attuazione di programmi di monitoraggio delle produzioni per la verifica della qualità nutrizionale, dell'informazione nutrizionale e della composizione, con particolare riguardo agli alimenti biologici, dietetici e per la prima infanzia;

- l'attuazione di programmi di sorveglianza e controllo sul contenuto di additivi, coadiuvanti tecnologici, ecc., nelle preparazioni alimentari, nonché sull'impiego di alimenti geneticamente modificati;
- l'attuazione di programmi integrati di controllo tra Servizi alimenti e nutrizione e Servizi veterinari sulla ristorazione collettiva, sia per gli aspetti igienico-sanitari, sia per quelli nutrizionali;
- la realizzazione di sistemi di sorveglianza sulle popolazioni animali nei confronti delle infezioni zoonosiche e di quelle a maggiore rilevanza zoonosanitaria;
- l'attuazione di programmi di controllo sull'igiene degli allevamenti zootecnici, con particolare riferimento al benessere degli animali allevati, all'alimentazione degli stessi, all'utilizzo dei medicinali veterinari e all'igiene delle produzioni;
- l'attuazione di organici sistemi di sorveglianza delle malattie trasmissibili con gli alimenti.

Come già precedentemente richiamato, il controllo ufficiale è istituzionalmente affiancato e supportato, tecnicamente e scientificamente, dall'ARPA e dall'Istituto zooprofilattico sperimentale e, in proposito, va sottolineato che il ruolo di tali enti non può essere circoscritto alla pur necessaria ed importante erogazione di prestazioni laboratoristiche, bensì è indispensabile che con i Servizi addetti al controllo ufficiale si instauri un costante rapporto di integrazione professionale e di sinergie operative nelle azioni di controllo e valutazione; è inoltre altrettanto importante che da parte di tali enti sia assicurato un costante sviluppo di ricerca scientifica e sperimentazione.

Al riguardo inoltre, considerata la complessità del settore alimentare, caratterizzato anche da una notevole evoluzione tecnologica, è indispensabile che l'azione di controllo, sia per le esigenze di formazione degli operatori, sia per quelle di ordine operativo, possa contare sulla più ampia collaborazione scientifica. A tal fine si ravvisa l'esigenza di definire, tramite convenzioni e protocolli d'intesa, le necessarie forme collaborative con istituti universitari e scientifici.

## **6.2. L'autocontrollo nelle imprese alimentari**

In base alle norme vigenti le imprese alimentari, con la sola eccezione della produzione primaria e indipendentemente dalla loro dimensione o dal loro ruolo nella catena alimentare, sono tenute ad applicare sistemi di autocontrollo al fine di garantire, responsabilmente, la sicurezza e salubrità dei prodotti alimentari.

Ciò premesso, e sottolineando l'indubbia importanza del ruolo delle imprese nel sistema di garanzie per la sicurezza igienico-sanitaria dei prodotti alimentari, ne consegue che è di sicura rilevanza strategica l'attuazione efficiente ed efficace di sistemi di autocontrollo.

Pertanto, è indispensabile che l'applicazione dell'autocontrollo non sia vista come mero adempimento normativo, bensì sia considerata quale occasione e strumento per costruire un processo teso a favorire nelle imprese il raggiungimento di una consapevole capacità di verifica del processo produttivo e di intervento nell'affrontare e risolvere i problemi, nonché a promuovere il consolidamento di una operatività secondo sistemi di qualità, come mezzo per tendere volontariamente a caratteristiche di qualità come valore.

A tal fine è necessario che l'autocontrollo sia:

- parte integrante del sistema di produzione, comprendendo tutte le misure necessarie per garantire la sicurezza igienica e l'integrità dei prodotti, e anche quelle per assicurarsi che il processo produttivo risponda agli obiettivi di produzione;
- specifico per singola impresa, semplice, essenziale ed economicamente compatibile con le dimensioni aziendali;
- basato sulla descrizione e dimostrabilità dell'operatività attuata, delle misure adottate e delle verifiche applicate.

Da ciò consegue che l'autocontrollo non deve consistere in piani di campionamento e relative analisi di laboratorio, né può ridursi all'adozione di manuali precostituiti; esso deve invece essere lo strumento per l'effettivo governo del processo produttivo.

### **6.3. Le strategie produttive per la sicurezza alimentare**

L'attuazione di strategie produttive prevalentemente volte a soddisfare esigenze di ordine economico e commerciale, il ripetersi di situazioni di crisi nel settore alimentare legate a fattori biologici, contaminazioni fisico-chimiche e comportamenti fraudolenti, la mancanza di trasparenza sulla natura e sui contenuti dei prodotti alimentari, hanno sicuramente contribuito, nel tempo, a sviluppare timori e allarmi sui potenziali rischi connessi alle tecniche e ai sistemi produttivi e, quindi, a diffondere sfiducia tra i consumatori verso le produzioni alimentari e nei confronti del sistema dei controlli e della informazione e comunicazione ufficiale.

Se da una parte è ad esempio vero che i risultati delle ricerche in campo biotecnologico utilizzabili in agricoltura, hanno consentito di mettere a punto piante resistenti alle malattie, agli insetti e agli erbicidi, ma anche piante a più alto valore nutrizionale, è pur vero che a fronte di tali vantaggi è lecito e doveroso porsi dubbi sui possibili rischi per la salute e l'ambiente derivati dall'utilizzo indiscriminato e non controllato di queste tecnologie, quali l'aumento delle resistenze agli antibiotici, l'incremento delle allergie, la comparsa di nuove intolleranze, la possibilità di combinazione di parti di DNA con *virus* patogeni presenti nell'organismo umano.

L'incertezza su questa materia ha indotto il Ministero della sanità a vietare l'uso degli alimenti derivanti da OGM per i prodotti alimentari destinati alla prima infanzia, e a rendere obbligatoria la specifica indicazione nell'etichettatura dei prodotti in commercio contenenti tali alimenti.

Esiste inoltre l'obbligo, per chiunque intenda immettere sul mercato alimentare un OGM o i suoi prodotti derivati, di presentare specifica richiesta di autorizzazione allo Stato membro sul cui territorio vuole immettere i prodotti. Contestualmente a tale richiesta devono essere prodotte le necessarie informazioni tecnico-scientifiche atte a dimostrare che il *novel food* soddisfa le garanzie previste dal Regolamento 258/1997 CE, nonché la relativa proposta di etichettatura del prodotto in questione.

L'uso delle biotecnologie richiede quindi di essere disciplinato in modo da tutelare e realizzare un equilibrato compromesso fra i diversi interessi in gioco e primariamente:

- le garanzie di informazione per gli utenti, siano essi operatori del settore (medici, imprenditori, agricoltori) o consumatori finali;
- la necessità di tutelare l'ambiente inteso come conservazione della biodiversità e come capacità di reagire agli effetti che ne derivano;
- l'attenzione al progresso inteso come evoluzione delle possibilità umane e dello sviluppo economico.

In tale contesto va però rilevato che, parimenti, è maturata nell'opinione pubblica una sempre maggiore consapevolezza verso l'esigenza di una produzione agroalimentare ecocompatibile e in grado di garantire prodotti alimentari sicuri e integri. Inoltre, è sicuramente evidente come in un contesto di mondializzazione dei mercati e dell'alimentazione, si fa sempre più rilevante la tendenza a rinforzare le specificità locali.

Tale diffusa consapevolezza dell'esigenza di coniugare economia, ambiente e salute, si è tradotta in una domanda di qualità, genuinità, integrità delle produzioni alimentari, anche se caratterizzata da evidenti connotati di contraddittorietà, radicalizzazione, ambiguità e confusione.

Ciò premesso, è evidente l'importanza di dare una risposta organica ed efficace a tale domanda e, in tal senso, è forte il sollecito degli atti politici e programmatici dell'Unione europea. Al riguardo si rileva che con il Trattato di Maastricht (art. 100 A) è previsto che la Commissione, nelle proposte concernenti il mercato interno in materia di sanità, sicurezza, protezione dell'ambiente e dei consumatori, si basi su un livello di protezione elevato e, in tale ambito, alla Commissione stessa sono affidate precise responsabilità per contribuire al raggiungimento di un elevato livello di tutela della salute umana (art. 129), di protezione dei consumatori (art. 129 A) e dell'ambiente (art. 130 R).

In coerenza con tali principi, con il *Libro Verde* della Commissione sulla legislazione in materia alimentare (1997) e la *Comunicazione sulla salute del consumatore e sicurezza dei generi alimentari*, e oggi, con più forza, con il *Libro Bianco sulla sicurezza alimentare* (12 gennaio 2000), vengono forniti indirizzi precisi affinché possa essere raggiunto il livello più elevato possibile di protezione della salute dei consumatori in Europa.

A tal fine viene individuata l'esigenza di una politica di tutela "dalla terra alla tavola" supportata da una strategia integrata che, insieme ai necessari adeguamenti legislativi e alla dovuta efficienza ed efficacia dei sistemi di controllo, preveda la promozione e lo sviluppo di un sistema agroalimentare ecocompatibile e di qualità, basato su metodi di produzione finalizzati alla salubrità, integrità e qualità nutrizionale dei prodotti alimentari.

### **6.3.1. La realtà regionale**

Da tempo la Regione Emilia-Romagna, per sviluppare la competitività sui mercati delle produzioni regionali e per rafforzare la fiducia dei consumatori, si è posta l'obiettivo della qualificazione delle produzioni attivando azioni volte a promuovere e sviluppare l'agricoltura biologica, le produzioni tradizionali tipiche, la diffusione di tecniche produttive in grado di ridurre l'uso di sostanze nocive per l'ambiente e per la salute, l'applicazione delle norme di certificazione di sistema e di prodotto.

In particolare, prima è stata diffusa l'applicazione della lotta guidata, poi della lotta integrata e, più recentemente, della produzione integrata che estende i principi di compatibilità ambientale e tutela della salute alle varie fasi della filiera produttiva, supportata da programmi di promozione, controllo, ricerca, sperimentazione, assistenza tecnica e divulgazione.

I disciplinari di produzione integrata rappresentano lo strumento tecnico di riferimento per i produttori che intendono realizzare queste produzioni, e costituiscono un insieme di norme tecniche da rispettare in tutte le fasi del processo, dal campo al punto vendita.

Lo scopo è ottenere produzioni di qualità nel rispetto dell'ambiente e dell'uomo, attraverso l'applicazione di un processo produttivo che realizzi l'insieme degli indirizzi tecnici tra loro integrati. Ciò ha dato la possibilità ai produttori di utilizzare in fase di commercializzazione il marchio "Qualità controllata", successivamente estesa dai soli produttori agricoli anche alle imprese che operano nei settori della trasformazione e commercializzazione.

La Regione Emilia-Romagna ha applicato la L.R. 29/1992 anche alle produzioni zootecniche, approvando disciplinari di produzione integrata anche alla produzione del miele e successivamente alla carne bovina, suina, di coniglio, ovina e alle uova di consumo fresco.

Di particolare rilievo è la politica regionale di sviluppo e sostegno delle produzioni tradizionali tipiche, in attuazione dei Regolamenti europei 2081/1992 e 2082/1992. Nel territorio regionale sono stati registrati numerosi prodotti DOP (denominazione di origine protetta) e IGP (indicazione geografica protetta). Essi sono basati sull'affidabilità e sulla trasparenza delle origini e dei metodi di produzione, garantiti da disciplinari che fissano le tecniche e il processo produttivo e da procedure di controllo da parte di organismi di certificazione.

Fin dal 1993 inoltre, la Regione Emilia-Romagna si è dotata di uno strumento legislativo per disciplinare le produzioni biologiche; con la Legge 28/1997 "Norme per il settore agroalimentare e biologico", l'agricoltura biologica diventa una scelta di mercato che gli imprenditori agricoli possono fare, valutando la convenienza economica e le possibili prospettive di sviluppo, al fine di realizzare un sistema produttivo in grado di porsi con autorità sul mercato internazionale.

Nel prossimo futuro la Regione incentiverà le associazioni degli operatori biologici finalizzando contributi per la loro costituzione e il loro funzionamento, ma anche con programmi specifici finalizzati all'assistenza per le aziende agricole e di trasformazione, alla divulgazione dei metodi di produzione e trasformazione, alla promozione e alla commercializzazione dei prodotti biologici. Considerato quanto già realizzato in regione, è doveroso sostenere che vi sono tutte le condizioni perché le azioni in essere possano essere ulteriormente sviluppate e ampliate.

In particolare è importante l'estensione dei principi della produzione integrata all'intero settore zootecnico. Nello specifico, in tale settore è prioritario procedere all'accreditamento degli allevamenti dal punto di vista funzionale e sanitario, e delle componenti della filiera a monte e a valle degli stessi. Si ritiene infatti che impegnarsi per la protezione dell'ambiente rurale e del benessere animale, e quindi per la salubrità e qualità delle produzioni di origine animale, debba essere considerata la vera sfida per il futuro.

#### **6.4. La qualità nutrizionale**

Per qualità deve intendersi, in linea generale, la capacità di un prodotto di soddisfare le esigenze del cliente (consumatore). Nel settore alimentare, di frequente il termine qualità viene inteso come sinonimo di sicurezza mentre, in realtà, può non esservi alcuna coincidenza tra sicurezza igienica e il fine per il quale gli alimenti vengono utilizzati in relazione ai bisogni fisiologici, cioè quelli di nutrire e di essere efficienti per la salute.

La qualità nutrizionale riguarda pertanto le caratteristiche e le proprietà intrinseche - quindi il valore nutritivo - di un alimento, e la capacità di soddisfare le esigenze bio-metaboliche di un organismo e le attese fisiologiche del consumatore.

Ciò premesso, non vi sono dubbi sul fatto che oggi la diversificazione degli stili e dei comportamenti alimentari, la promozione del consumo di nuovi alimenti o di nuovi modelli alimentari da parte del sistema produttivo (anche con motivazioni di tipo salutistico), la globalizzazione delle produzioni alimentari e della disponibilità delle materie prime alimentari, la creazione e l'utilizzo di nuovi sostituti dei nutrienti classici, le speciali tecnologie utilizzate per configurare diversamente la composizione di un alimento e quindi il suo valore nutritivo (sostituzione, riduzione, eliminazione, aggiunta di sostanze e principi nutritivi), l'utilizzo di additivi e coadiuvanti tecnologici, le modificazioni delle diete animali, delle metodiche agronomiche e delle tecniche produttive per esasperare il rendimento produttivo, sono tutti elementi che sollecitano un'attenta riflessione sulla questione della qualità nutrizionale.

È infatti doveroso chiedersi se, a fronte di alimenti tecnicamente perfetti e igienicamente sicuri, è assicurata anche la buona qualità nutrizionale, ed è altrettanto doveroso chiedersi se lo scadimento della qualità nutrizionale o la costante modificazione dei caratteri nutrizionali possano avere riflessi negativi sull'organismo umano e aprire la strada ad alterazioni funzionali o a vere e proprie patologie.



Non v'è dubbio che affrontare adeguatamente la questione della qualità nutrizionale è un problema di rilevante complessità, con implicazioni di ordine economico, sociale, culturale e scientifico, oltre che sanitario.

Tuttavia, stante l'attuale contesto, appare ineludibile l'esigenza di progettare, con il contributo e la collaborazione delle strutture scientifiche e di ricerca, la graduale realizzazione di un sistema per la valutazione della qualità nutrizionale degli alimenti, che possa rappresentare un importante patrimonio di dati utili e necessari alle politiche sociali, sanitarie ed economiche e possa inoltre garantire (aspetto, questo, di capitale importanza) una informazione trasparente e corretta.

A tal fine è possibile ed opportuno attuare preliminarmente alcuni interventi volti a:

- definire e adottare un programma di monitoraggio delle produzioni sulla base di parametri concordati di qualità nutrizionale;
- attuare un programma di sorveglianza e controllo sul contenuto di additivi, coadiuvanti tecnologici, ecc. nelle preparazioni alimentari;
- sviluppare le produzioni integrate e con metodi biologici e promuoverne l'utilizzo nella ristorazione collettiva.



## 7. LA RISTORAZIONE COLLETTIVA

Da tempo, per rispondere alle esigenze individuali e collettive del nostro sistema socio-economico, la ristorazione collettiva ha avuto una rilevante diffusione. Si calcola che quotidianamente più di un italiano su cinque consumi almeno un pasto presso mense aziendali, scolastiche, universitarie, di istituti vari, per esempio ospedali, caserme, ecc.

La ristorazione collettiva, capillarmente presente nel territorio, vede cointeressati come committenti o gestori una serie di soggetti quali istituzioni, enti, agenzie e imprese, pubbliche e private, con una rilevante difformità nelle tipologie di servizio e gestione, nelle modalità di appalto, nei sistemi di produzione, distribuzione e somministrazione, nelle caratteristiche qualitative.

Tutto ciò considerato, risulta evidente l'importanza strategica della ristorazione collettiva nel contesto di una programmazione volta a sviluppare una corretta alimentazione e a garantire sicurezza alimentare e qualità nutrizionale.

È inoltre altrettanto palese l'esigenza di definire orientamenti di riferimento per assicurare la dovuta efficienza e qualità ad un servizio che può avere significativi riflessi sullo stato di salute dell'utenza. Al riguardo, è necessario che la ristorazione collettiva, pubblica e privata, non sia considerata semplicemente un servizio necessario a soddisfare il fisiologico bisogno del pasto, ma deve essere strumento ed occasione di prevenzione e di promozione.

A tal fine, oltre alla dovuta sicurezza igienico-sanitaria, nella ristorazione collettiva deve essere assicurata la necessaria qualità nutrizionale, mediante l'adozione di contratti di fornitura che privilegino l'utilizzo di alimenti provenienti da produzioni biologiche o integrate, di prodotti DOP, IGP e a qualità certificata.

È quindi indispensabile che i contratti di fornitura non siano basati prevalentemente sull'offerta più bassa, in quanto si ritiene possibile e doveroso che tali contratti siano improntati ad un adeguato equilibrio tra economia e qualità, pretendendo che la fornitura assicuri adeguati *standard* gestionali, produttivi e di qualità certificata dei prodotti.

La ristorazione collettiva deve inoltre essere imperniata su contenuti nutrizionali coerenti con i principi di una corretta alimentazione, con ciò rivestendo un ruolo non solo alternativo a scorretti modelli alimentari, ma anche di educazione e informazione alimentare. Al riguardo, è importante che la ristorazione collettiva sia basata su scelte partecipate col contesto sociale, così da promuovere integrazione e coerenze con i comportamenti individuali e familiari.

Un altro aspetto di rilevante importanza è rappresentato dall'esigenza che il consumo del pasto nella ristorazione collettiva sia vissuto come un momento socializzante, strumento e occasione per lo sviluppo di una cultura positiva del mangiare bene. Tale aspetto è ancora più significativo di fronte ad una società multietnica, nella quale è sicuramente qualificante condividere, capire e rispettare origini, tradizioni, usi e gusti diversi.

In tale contesto, particolare rilievo assume la ristorazione scolastica, sia per il contributo diretto che essa può dare a mantenere lo stato di salute degli utenti, sia come momento di sviluppo culturale e sociale. Indubbiamente, formare giovani a scelte consapevoli in materia alimentare, senza trascurare il piacere delle esperienze gastronomiche, contribuisce al benessere della società futura.

Del resto, corrette abitudini alimentari acquisite in età infantile saranno sicuramente utili nel futuro per formare una consapevolezza critica nei confronti delle mode consumistiche, dei messaggi contraddittori dei *mass media* e della pubblicità, di un'offerta di mercato che spinge verso consumi voluttuari.

È pertanto indispensabile che i soggetti coinvolti nel servizio assicurino elevati livelli di professionalità per garantire la qualità dello stesso, la coerenza con i messaggi educativi e, in particolare, affinché si concretizzi un coinvolgimento partecipativo delle famiglie, così da realizzare un collegamento di esperienze casa-scuola basato su esperienze comuni.

Sulla base di quanto fin qui esposto, è evidente l'importanza del ruolo che le istituzioni possono e devono svolgere per qualificare la ristorazione collettiva, sia pubblica che privata. In proposito, è indispensabile che tra i diversi soggetti istituzionali, le organizzazioni sindacali e sociali, le associazioni e le componenti produttive interessate, vengano realizzati protocolli di intesa e operativi per la ristorazione collettiva finalizzati a:

- verificare costantemente gli *standard* igienico-sanitari;
- verificare l'adeguatezza dei contenuti nutrizionali;
- promuovere l'utilizzo di alimenti di qualità certificata;
- definire criteri per i contratti di fornitura che privilegino la qualità gestionale e produttiva del servizio;
- promuovere il controllo sociale nel servizio;
- adottare iniziative volte a promuovere il ruolo della ristorazione collettiva come strumento e occasione di crescita della cultura alimentare, di informazione e promozione di corretti comportamenti alimentari.

## 8. INFORMAZIONE, FORMAZIONE ED EDUCAZIONE ALIMENTARE

L'informazione e l'educazione alimentare - e, più in generale, alla salute - rappresentano il fondamentale strumento strategico preventivo per favorire negli individui e nei gruppi l'autonomia e la capacità di autotutelarsi dai rischi derivanti dall'ambiente di vita e dagli stessi comportamenti individuali, nonché, in particolare, di acquisire consapevolezza e capacità di nutrirsi correttamente.

Nel contesto attuale, la trasmissione e l'apprendimento delle nozioni relative all'alimentazione si attuano attraverso le più diversificate fonti di informazione e i più svariati influenzatori, coinvolgendo istituzioni, servizi sanitari, associazioni, sistema dei *media*, ecc., in modo frammentario, disomogeneo e spesso incoerente.

Un tempo l'educazione alimentare era affidata alla tradizione che la memoria familiare si incaricava di trasferire da una generazione all'altra mediante la scelta degli acquisti, la trasmissione delle ricette, le prescrizioni alimentari, la scansione dei pasti, ecc. Da tempo questo circuito si è interrotto o, quantomeno, è compromesso.

In epoca più recente, e per vari anni, l'aspirazione ad una alimentazione più sobria e leggera, verificatasi nel corso della già accennata trasformazione delle abitudini alimentari, si è costruita e realizzata in parte per via soggettiva, e complessivamente senza l'intervento strutturato di istituzioni autorevoli di indirizzo.

Mentre effettivamente i mezzi comunicativi di massa hanno teso ad avallare tutto e il contrario di tutto, neanche le istituzioni scientifiche né i soggetti del mondo dell'alimentazione hanno saputo fornire indicazioni coerenti ed efficaci; a questo non poteva evidentemente supplire, come nel passato, la tradizionale cultura gastronomica delle famiglie.

L'evoluzione degli stili di vita ha indotto la popolazione italiana ad alleggerire spontaneamente i consumi e a cercare di riequilibrare i modi e i criteri di alimentarsi, generando il diffondersi di una attenzione e una sensibilità nutrizionale di massa che promuove, non senza abbagli ed errori, il consumo di cibi culturalmente legittimati e deprime quelli sospetti, pur non disponendo di indirizzi precisi, sicuri e consolidati. È a tutti noto come, specie per le giovani generazioni, sia attivo e determinante lo scambio sociale e di gruppo e come, per altre fasce di età, sia frequente il fruire di diete delle più svariate provenienze (l'erborista, la televisione, l'amico, ...), o come spesso vengano presentate alla pubblica attenzione raccomandazioni di un qualche particolare cibo o regime alimentare, e come queste vengano poi altrettanto rapidamente smentite o dimenticate.

Si tratta della classica situazione da autorità vacante che favorisce la discrezionalità delle scelte, la frammentazione degli stili alimentari, l'aleatorietà dei gusti individuali e anche il carattere spesso erroneo dei regimi dietetici seguiti da gran parte della popolazione.

Paradossalmente si è spesso verificato che l'aumento dell'informazione abbia prodotto dipendenza: è il caso ad esempio dell'informazione nozionistica ed enciclopedica calata dall'alto, volta alla stigmatizzazione di comportamenti individuali rispetto alla lotta contro i fattori ambientali correlati all'alimentazione che, se da una parte può essere opportunamente utilizzata da soggetti con elevati strumenti culturali, può avere effetti estremamente confondenti per quelli culturalmente più carenti e che si rapportano all'autorità scientifica e alle istituzioni sanitarie in modo subalterno.

Se ad esempio la cultura tradizionale ha consentito per secoli la trasmissione delle norme necessarie allo svezzamento dei bambini, la cultura medica, nel tentativo di modificare al meglio le consuetudini fornendo specifici indirizzi nutrizionali, ha di fatto reso le mamme dipendenti dal sapere medico; in questo modo si è reso necessario un sostegno diretto da parte di un operatore sanitario.

Non si può inoltre negare che nel campo dell'educazione alimentare la frammentazione del sapere medico, a cui si è innegabilmente giunti in questi anni, si traduce in una delega, da parte del personale sanitario in generale, dei consigli agli esperti (per la nutrizione ai dietologi e ai nutrizionisti, per la sicurezza ai veterinari e agli igienisti, ...): da ciò deriva che qualsiasi altra fonte destinata a produrre un messaggio che tiene conto dei bisogni globali del cittadino (ad esempio la rubrica di un settimanale o un programma televisivo) può diventare per molti la preferita, la più credibile e sicura, mentre per le fasce di popolazione più scolarizzate e socialmente integrate la fonte del sapere è spesso l'associazione ambientalista, naturalista, vegetariana, o il centro di medicina alternativa.

Un primo fondamentale tentativo di dare risposta a questi problemi può indubbiamente trovare soluzione:

- nella ricerca della massima semplificazione possibile dei messaggi di educazione alimentare;
- nel coinvolgimento di tutti gli operatori, sanitari e non, indipendentemente dal ruolo e dai compiti specifici, come emittenti di messaggi di prevenzione volti a fornire una informazione di base nei confronti del bisogno informativo in materia di alimentazione in tutti i contesti di servizio ove questo bisogno venga formulato;
- nello sviluppare politiche (vedi *Capitolo 3*) capaci di sostenere scelte economiche e di *marketing* tali da favorire corretti comportamenti alimentari.

Un'informazione capace di orientare la domanda e la scelta consapevole nei cittadini deve essere perseguita mediante un processo di costruzione di opinioni basato su evidenze scientifiche, nella consapevolezza che le conoscenze, la cultura, gli atteggiamenti, ma anche l'organizzazione sanitaria sono determinanti nel condizionare le scelte riguardanti l'alimentazione, la richiesta e l'accesso ai servizi sanitari e, perciò, il benessere psico-fisico della popolazione.

È noto che qualsiasi messaggio educativo-informativo, anche quello meglio elaborato, non è da solo sufficiente a modificare sostanzialmente una situazione, se non è accompagnato da un processo di elaborazione e di ricerca partecipata con i soggetti interessati.

### **8.1. La realtà regionale**

Da oltre vent'anni, in Regione si è sviluppata una ricca tradizione di impegno per l'educazione alla salute e, tra le molteplici attività, molte sono state (e sono) finalizzate alla divulgazione, informazione, formazione ed educazione nel settore dell'igiene alimentare e della nutrizione.

Tali attività sono state realizzate e sviluppate con l'impegno della Regione, degli Enti locali, delle strutture sanitarie, delle scuole, delle associazioni, delle forze sociali, sindacali ed economiche, e sono state rivolte all'utenza scolastica, agli operatori del settore, agli anziani, alle famiglie, ecc.

Tale variegato e rilevante complesso di interventi ha prodotto sicuramente un ricco patrimonio di esperienze, anche con significativi livelli qualitativi. Tuttavia, è doveroso osservare che nonostante la varietà e la validità degli interventi realizzati, il problema del corretto comportamento alimentare non si può ritenere risolto, anche perché, probabilmente, le strategie e le metodologie delle iniziative intraprese non sono state in grado di raggiungere l'efficacia desiderata. Del resto, la diversità dei soggetti gestori degli interventi, la frammentarietà delle azioni, la carenza di coordinamento e la mancanza di punti di riferimento metodologici e scientifico-culturali, non hanno consentito fino ad ora di definire:

- schemi operativi utili a rendere confrontabili le azioni e, quindi, a realizzare le necessarie forme di coordinamento e di scambio;
- criteri, requisiti e modalità per la verifica e validazione delle attività, nonché per la valutazione di efficacia delle stesse.

La questione che si pone è, quindi, come procedere nella strategia formativa ed educativa senza disperdere le esperienze acquisite, ma partendo da esse per migliorare le strategie di intervento.

## **8.2. Possibili strategie operative**

In un'epoca di rapidi e continui cambiamenti socio-culturali e di forti sollecitazioni di mercato, l'informazione, la formazione e l'educazione alimentare devono essere caratterizzate da organicità e continuità e devono realizzarsi e svilupparsi su ampie fasce di utenti nel quadro di un patto solidale che veda coinvolte, in una adeguata coerenza di contenuti e obiettivi, l'insieme delle istituzioni e delle componenti sociali ed economiche interessate.

Ciò premesso, e avendo a riferimento le *Linee operative per l'orientamento ai consumi e l'educazione alimentare 1996-2000* formulate dalla Regione con Deliberazione della Giunta regionale n. 1393 del 19 giugno 1996 (*Allegato 2*), si ritiene che complessivamente la strategia operativa debba prevedere, in forma integrata e sinergica, i seguenti filoni di intervento:

- informativo,
- formativo-metodologico,
- educativo.

Per quanto riguarda il filone informativo, va considerato che la pluralità delle informazioni, la loro frammentazione e occasionalità, la diversità dei soggetti e degli strumenti informativi, hanno spesso creato incoerenze e contraddizioni di contenuto, causando nel consumatore smarrimento e difficoltà di comprensione. Da qui deriva la necessità di assicurare istituzionalmente la produzione di informazioni corrette e trasparenti, divulgando in modo scientifico, ancorché semplice e sintetico, le acquisizioni certe (e anche quelle meno certe), informando il consumatore sui sistemi produttivi, sulla qualità degli alimenti e sui rischi alimentari.

L'informazione corretta, oggettiva e trasparente, oltre ad assolvere il compito di mettere il consumatore a conoscenza di fatti, tecniche, opinioni e problemi, può sicuramente concorrere a stabilire un rapporto di fiducia con le istituzioni.



Al riguardo, considerato che l'informazione, oltre a soddisfare i bisogni di conoscenza, deve essere il fondamento degli interventi formativi ed educativi, è indispensabile realizzare un sistema per l'informazione che sia:

- caratterizzato da trasversalità e pluridisciplinarietà, coinvolgendo e integrando le tematiche afferenti ai settori agroalimentare, sanitario, ambientale, economico e sociale;
- basato sulla circolarità delle informazioni all'interno dei settori tematici e tra gli stessi, e aperto agli interventi (anche critici) degli utenti.

A tal fine è evidente l'esigenza di costruire e sostenere un insieme di alleanze e collaborazioni che assicurino reti organizzate di strutture, strumenti, tecnologie, attività in grado di garantire la diffusione, la divulgazione e l'interscambio delle informazioni favorendo:

- il rapporto diretto con l'utente tramite uffici, sportelli, linee telefoniche e telematiche dedicate in grado di soddisfare o incanalare il bisogno informativo e anche di raccogliere istanze e sollecitazioni;
- il rapporto con gruppi di cittadini, anche attraverso strumenti informativi organizzati, momenti di confronto e di approfondimento, programmi di formazione e di educazione alimentare;
- il rapporto con i cittadini competenti, cioè con quei soggetti che hanno ruolo e competenza ad esercitare influenza nella società, attraverso azioni di informazione, formazione e aggiornamento, per accrescere le loro conoscenze e competenze, e consentire l'efficace esercizio del loro ruolo;
- il rapporto con i *media* per favorire la diffusione e la divulgazione di informazioni trasparenti, corrette e complete.

In tale contesto si ritiene importante la previsione di istituire, a supporto dell'intero sistema, un Centro regionale di coordinamento e riferimento per l'informazione, la formazione e l'educazione alimentare, come già indicato in materia di sorveglianza nutrizionale.

Per quanto riguarda il filone formativo va sottolineato che le strategie formative, supportate da un patrimonio di informazioni multidisciplinare, completo e basato sulla chiarezza e correttezza scientifica, devono essere finalizzate a sostenere lo sviluppo di una consapevolezza collettiva sui benefici dell'igiene alimentare, della corretta alimentazione e della qualità nutrizionale e, quindi, a promuovere comportamenti coerenti con gli obiettivi di salute.

Ciò premesso, e affinché le strategie formative possano avere successo e raggiungere ampie fasce di popolazione, è fondamentale l'impegno convinto di quei soggetti che nella società hanno ruolo e influenza per poter incidere sulle scelte, trasmettere conoscenze, adottare comportamenti esemplari, ecc.

Da ciò consegue l'esigenza di individuare come *target* prioritario degli interventi formativi, al fine di accrescere le conoscenze e le competenze, quei soggetti che potremmo definire cittadini competenti, quali ad esempio:

- i soggetti individuati come competenti in promozione ed educazione alla salute, addetti all'assistenza sanitaria, addetti al controllo sanitario degli alimenti delle Aziende USL;
- i soggetti competenti in educazione e formazione (insegnanti, docenti e formatori di centri professionali);
- soggetti competenti in quanto responsabili per legge di specifici comportamenti a valenza preventiva (titolari e addetti di imprese di produzione, vendita e somministrazione di alimenti, produttori, venditori e utilizzatori di prodotti fitosanitari, titolari e addetti di aziende agricole e zootecniche, ecc.);
- soggetti competenti in quanto decisori o promotori di politiche per la riduzione dei rischi igienico-sanitari negli alimenti e per la qualità nutrizionale (componenti degli organi istituzionali a livello regionale e locale);
- soggetti competenti nella gestione di servizi (economisti, gestori e addetti alle mense, ecc.);
- soggetti competenti in quanto componenti/animatori di associazioni, gruppi, centri sociali (associazioni di consumatori, organizzazioni ambientaliste, animatori dei centri anziani, ecc.);
- soggetti competenti nell'assistenza tecnica (tecnici di servizi pubblici, di associazioni professionali e di associazioni dei produttori).

Considerata la molteplicità dei soggetti destinatari, è quindi essenziale che gli interventi formativi siano basati sulla ricerca e definizione di una corretta impostazione metodologica che:

- tenga conto, nei contenuti e obiettivi, dei diversi ruoli e livelli dei destinatari;
- favorisca il consenso e la partecipazione all'intervento, nel rispetto delle esperienze;
- garantisca contenuti chiari, semplici, ancorché scientificamente corretti, e convincenti su base teorica e pratica.

Per quanto riguarda il filone educativo è importante rilevare, in primo luogo, che l'educazione alimentare non può configurarsi come intervento, o serie di interventi, circoscritti temporalmente. L'educazione alimentare e più complessivamente l'educazione alla salute devono essere permanenti, così da consentire l'acquisizione di conoscenze e capacità critiche utili a costruire stabilmente una cultura comportamentale coerente con una corretta nutrizione e con la promozione e difesa della salute.

Ciò premesso, è indubbio che favorire precocemente, soprattutto a partire dall'età infantile, l'acquisizione di corrette abitudini alimentari e di un buon rapporto con il cibo, può consentire più efficacemente di formare futuri consumatori critici e consapevoli e in grado di fare scelte autonome e coerenti.

A tal fine risulta evidente che la strategia dell'educazione alimentare deve considerare prioritariamente gli interventi nel settore scolastico. La socialità scolastica è infatti un ambito nel quale possono (o debbono) integrarsi mediazioni culturali, regole da osservare, convivialità, e dove possono concretizzarsi le condizioni migliori per sviluppare atteggiamenti critici nei confronti delle mode consumistiche, dei messaggi spesso contraddittori dei *media* e delle sollecitazioni del mercato verso consumi voluttuari.

Del resto, la questione nutrizionale è talmente centrale nella vita dell'uomo (data la sua valenza sanitaria, economica, sociale, psicologica e culturale) per cui vale la presenza nel percorso educativo-formativo scolastico.

Esiste quindi la necessità di un inserimento organico della questione nutrizionale all'interno del progetto educativo scolastico, e la scuola è l'ambito più adatto per assicurare la continuità di un percorso di contenuti che, partendo con un solido programma inserito nei campi di esperienza educativa delle scuole dell'infanzia, sviluppi il tema della nutrizione fino alle scuole superiori. Ciò comporta una collocazione dettagliata del motivo nutrizionale nell'ambito dell'intero percorso, collocazione che consideri anche i collegamenti e le integrazioni di contenuti fra i programmi degli ambiti scolastici di grado differente, attraverso gli opportuni strumenti tecnici, metodologici e organizzativi.

A tal fine un utile riferimento è sicuramente costituito dal *Programma interregionale comunicazione ed educazione alimentare* proposto dalla Regione Emilia-Romagna e recentemente approvato e fatto proprio dal Ministero delle politiche agricole. Si tratta di un programma di educazione alimentare che prevede la partecipazione di diversi soggetti istituzionali e si rivolge alle scuole in senso lato, con gli obiettivi generali di

informare correttamente, promuovere la partecipazione, superare la frammentarietà delle iniziative, consolidare una cultura alimentare (*Allegato 3*).

In ogni caso si ritiene di fondamentale importanza che l'educazione alimentare in ambito scolastico si realizzi e si sviluppi in un contesto di coerenza di contenuti. Al riguardo, è rilevante il ruolo della ristorazione scolastica, che deve:

- essere vissuta come momento di socializzazione e favorire un'esperienza conviviale positiva;
- essere il più possibile varia per superare le diffidenze verso certi alimenti e sapori;
- equilibrare ed integrare il consumo alimentare quotidiano sotto il profilo quantitativo e qualitativo.

D'altra parte è altrettanto evidente l'importanza che vi sia coerenza nei messaggi alimentari tra famiglia e scuola; in particolare sarebbe opportuno che l'alimentazione familiare seguisse i modelli scolastici a completamento del fabbisogno alimentare. Del resto, è indubbio che quando i bambini fanno esperienze alimentari parallele, più facilmente condividono le scelte.

Altro aspetto significativo è rappresentato dalla opportunità di integrare il percorso educativo scuola-famiglia, favorendo il realizzarsi di un contesto coerente. A tal fine, con la collaborazione delle realtà commerciali, piccola e grande distribuzione, possono essere realizzati percorsi di educazione agli acquisti collegati a promozioni commerciali in cui vengano privilegiati gli aspetti connessi, ad esempio, con la stagionalità dei prodotti, l'etichettatura nutrizionale, l'utilizzo di particolari categorie di prodotti (tradizionali, tipici, biologici, ecc.).

In conclusione, si deve comunque rilevare che, benché la scienza nutrizionale si presti particolarmente ad essere oggetto di comunicazione ed educazione, e quindi esistano concrete possibilità di realizzare prodotti ed esperienze comunicative efficaci, l'informazione, la formazione e l'educazione alimentare e nutrizionale hanno intrinseche complessità e difficoltà a svilupparsi con continuità ed efficienza metodologica.

Si rende quindi necessario uno studio articolato per selezionare i contenuti della tematica nutrizionale più adatti alla comunicazione e per individuare gli strumenti e le strategie generali più adatte alla comunicazione-educazione nutrizionale, nonché un lavoro di sintesi volto ad integrare fra loro contenuti e strumenti.

L'obiettivo deve essere quello di cercare la giusta combinazione fra i contenuti che si vogliono proporre e le specifiche tecniche comunicative che si vogliono utilizzare, per raggiungere la massima efficacia possibile nelle diverse situazioni che si ritiene di dover privilegiare nell'ambito degli interventi di comunicazione-educazione: la scuola (da quella dell'infanzia a quelle superiori), gli anziani, la ristorazione collettiva, la distribuzione, ecc.

Al riguardo, si ritiene inoltre indispensabile che per la programmazione e la realizzazione degli interventi siano definite norme di buona pratica del processo comunicativo che consentano l'applicazione di sistemi di autoverifica e di validazione.



## BIBLIOGRAFIA

- Agra Nomisma, *Caratteri e tendenze dell'industria alimentare italiana*. Agra Editore, Bologna, 1998.
- AA.VV., "Le istituzioni e il consumatore: verso una politica integrata della produzione e del consumo alimentare". *Alimentazione: un problema tra produzione, consumo e salute*, Modena, 18-19 ottobre 1996.
- AA.VV., *Primo rapporto sull'obesità in Italia*. FrancoAngeli, Milano, 1999.
- AA.VV., *Secondo rapporto sull'obesità in Italia*. FrancoAngeli, Milano, 2000.
- Bast A., Haenen G.R., Doelman C.J., "Oxidants and antioxidants: state of the art". *Am J Med*, 91: 2S-13S, 1991.
- Benelli E., Bassoli R., "Gli stili alimentari oggi". *Storia d'Italia annali 13. L'alimentazione*. Einaudi Editore, Torino, 1998.
- Bichi R., "Obesità e società: aspetti e tendenze dei consumi alimentari". *Primo rapporto sull'obesità in Italia*. FrancoAngeli, Milano, 1999.
- Cao G., Booth S.L., Sadowski J.A., Prior R.L., "Increases in human plasma antioxidant capacity after consumption of controlled diets high in fruits and vegetables". *Am J Clin Nutr*, 68: 1081-1087, 1998.
- Commissione CE, *Libro Bianco sulla sicurezza alimentare*. Bruxelles, 12/1/2000 COM (1999), 719 def.
- Commissione di studio per gli aspetti relativi alla organizzazione dei SIAN nell'ambito dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie locali, *Progetto obiettivo per l'alimentazione e la nutrizione in Italia*. Ministero della sanità, luglio 1997.
- Halliwell B., Gutteridge J.M., "The antioxidants of human extracellular fluids". *Arch Biochem Biophys*, 280: 1-8, 1990.
- ISTAT, "Stili di vita e condizioni di salute". *Indagine Multiscopo sulle famiglie*. ISTAT, 1996.
- Marx J.L., "Oxygen free radicals linked to many diseases". *Science*, 235: 529-531, 1987.
- Nomisma, *Come cambia il pasto fuori casa*. Agra Editrice, Bologna, 1997.
- Pryor W.A., Prier D.G., Church D.F., "Electron-spin resonance study of mainstream and sidestream cigarette smoke: nature of the free radical in gas-phase smoke and cigarette tar". *Environ Health Perspect*, 47: 345-355, 1983.

Regione Emilia-Romagna, Provincia di Modena, Provincia di Parma, Azienda USL di Parma, *Buono da mangiare buono da vivere. La ristorazione collettiva, dalla sicurezza alla qualità totale*. Ed. Calderini, Bologna, 1999.

Task Force Obesity Italia (TFOI), *LiGIO '99 Linee Guida Italiane Obesità*. Ed. Pendragon srl, Bologna, 1999.

Vercelloni L., "La modernità alimentare". *Storia d'Italia annali 13 L'alimentazione*. Einaudi Editore, Torino, 1998.

Wang H., Cao G., Prior R.L., "Total antioxidant capacity of fruits". *J Agric Food Chem*, 45: 1787-1796, 1997.



## ALLEGATI



**ALLEGATO 1. GRAFICI DEI CONSUMI MEDI MENSILI DI VARI GRUPPI DI ALIMENTI**

**Fonte: ISTAT, *Indagine sui consumi delle famiglie (1985-1996)***

<i>N. grafico</i>	<i>Consumo medio mensile</i>
I.	Pane
II.	Pasta
III.	Carne bovina
IV.	Pollame
V.	Altre carni (esclusi i salumi)
VI.	Latte
VII.	Pesce
VIII.	Olio di oliva e di semi
IX.	Formaggi
X.	Uova
XI.	Frutta fresca e secca
XII.	Zucchero
XIII.	Caffè, tè e surrogati
XIV.	Acqua minerale
XV.	Vino



Grafico I. Consumo medio mensile di pane

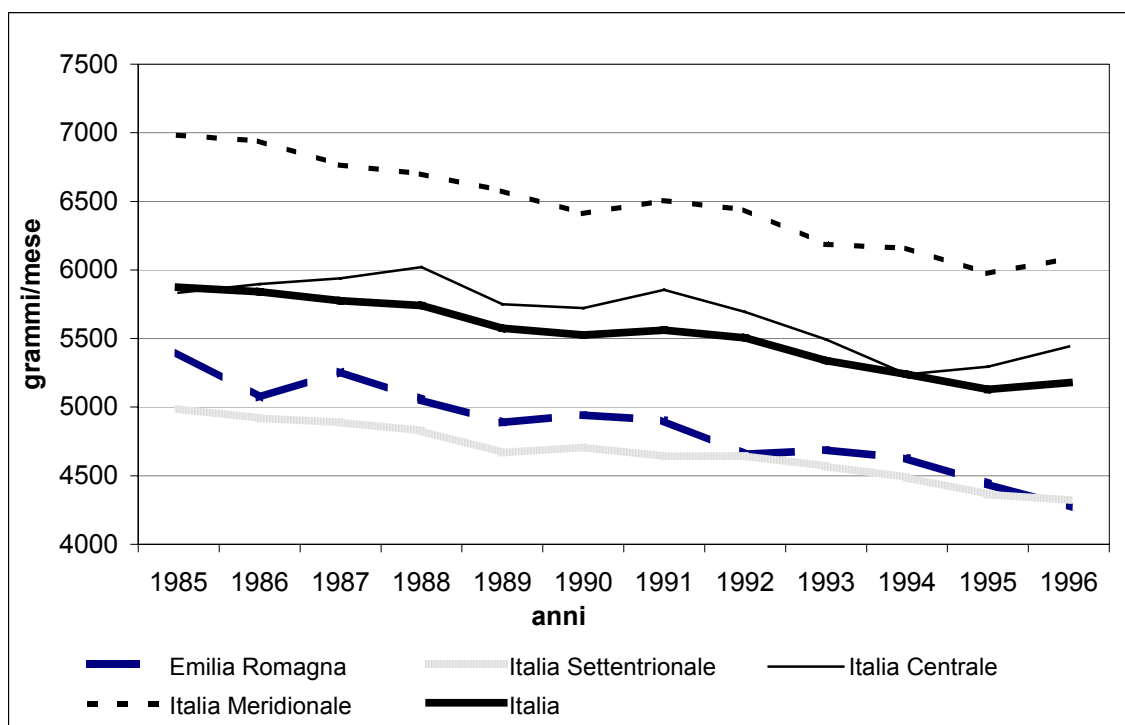


Grafico II. Consumo medio mensile di pasta

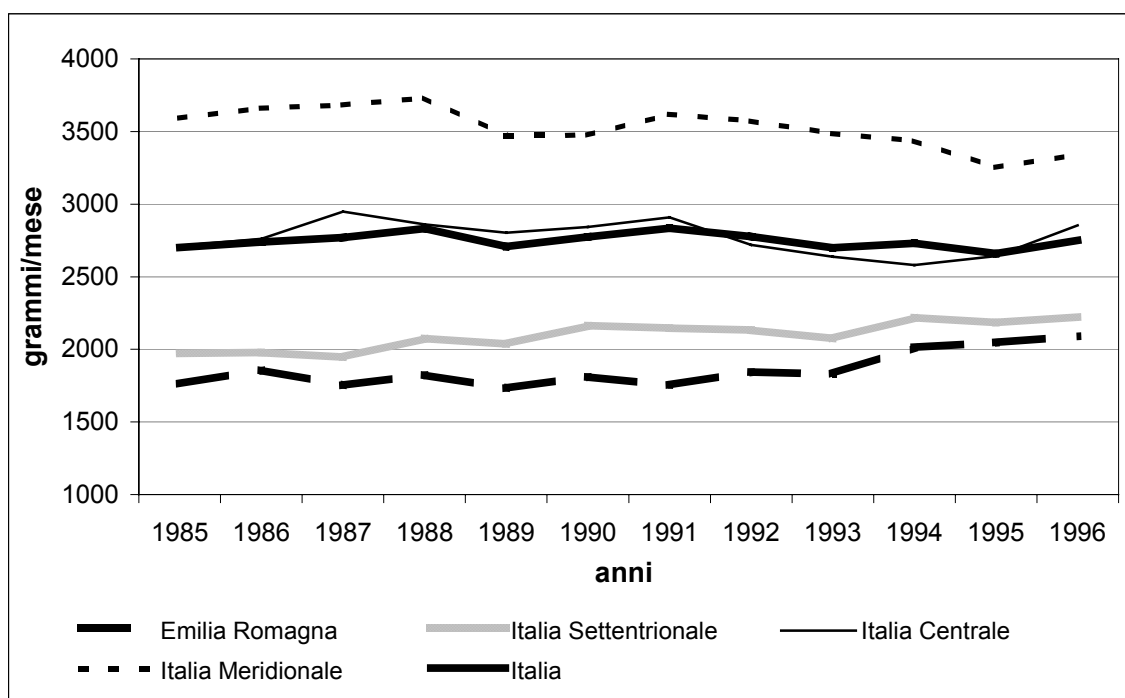


Grafico III. Consumo medio mensile di carne bovina

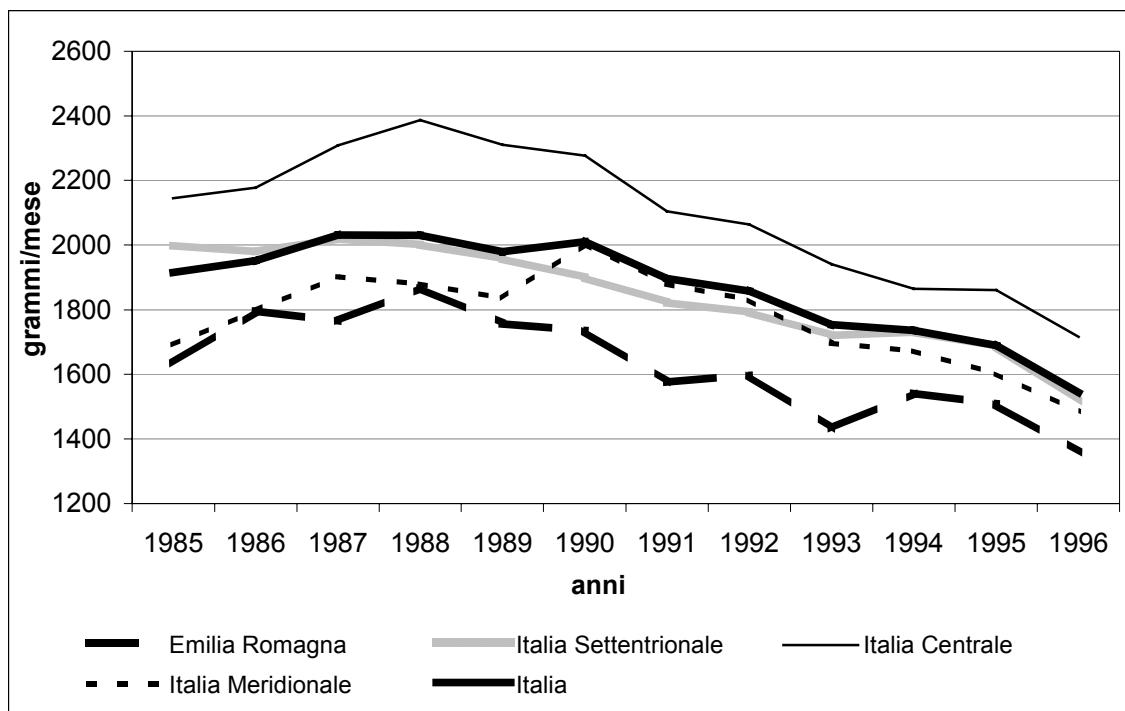


Grafico IV. Consumo medio mensile di pollame

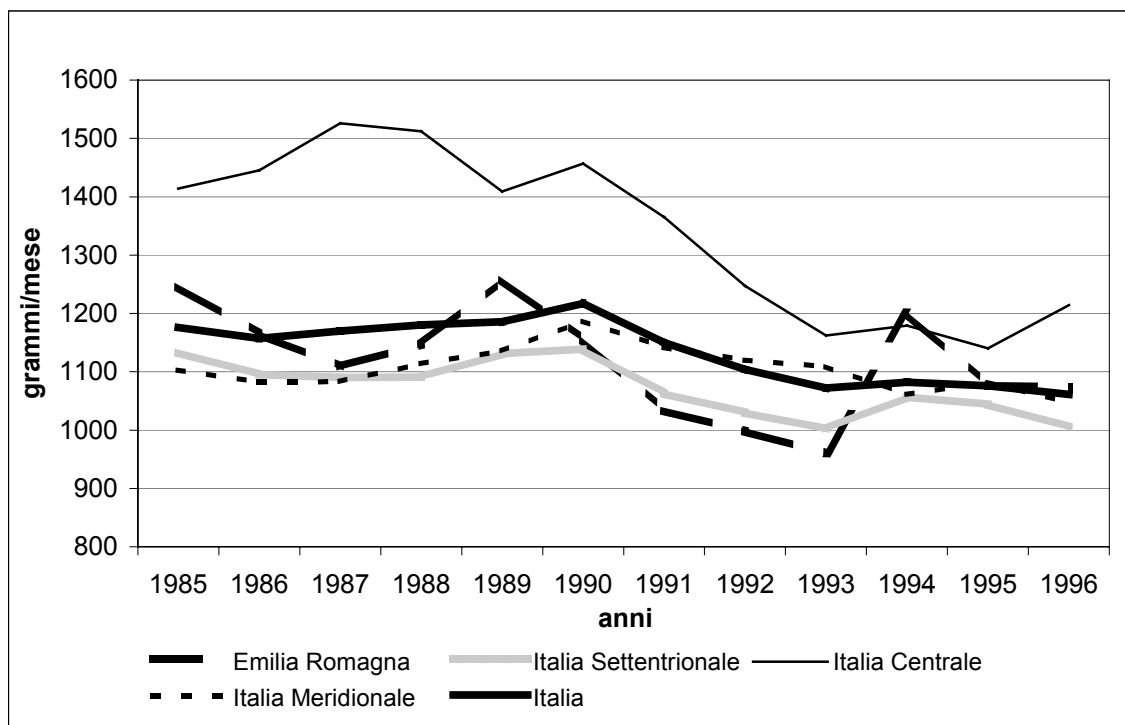


Grafico V. Consumo medio mensile di altre carni (esclusi i salumi)

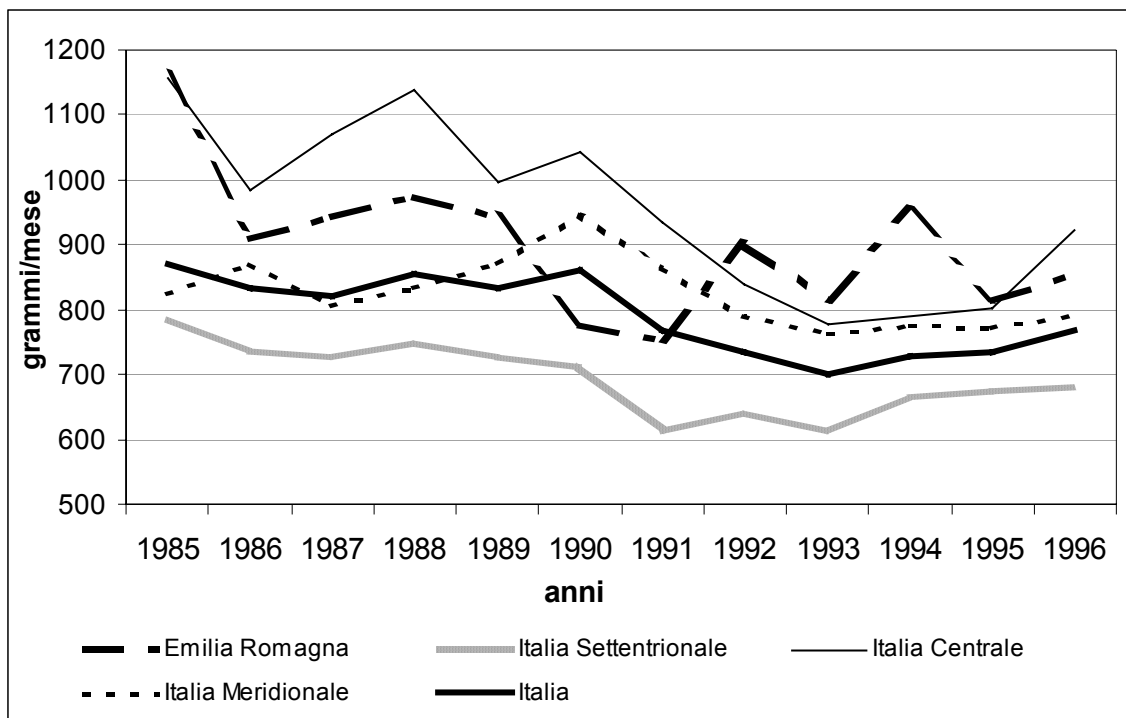


Grafico VI. Consumo medio mensile di latte

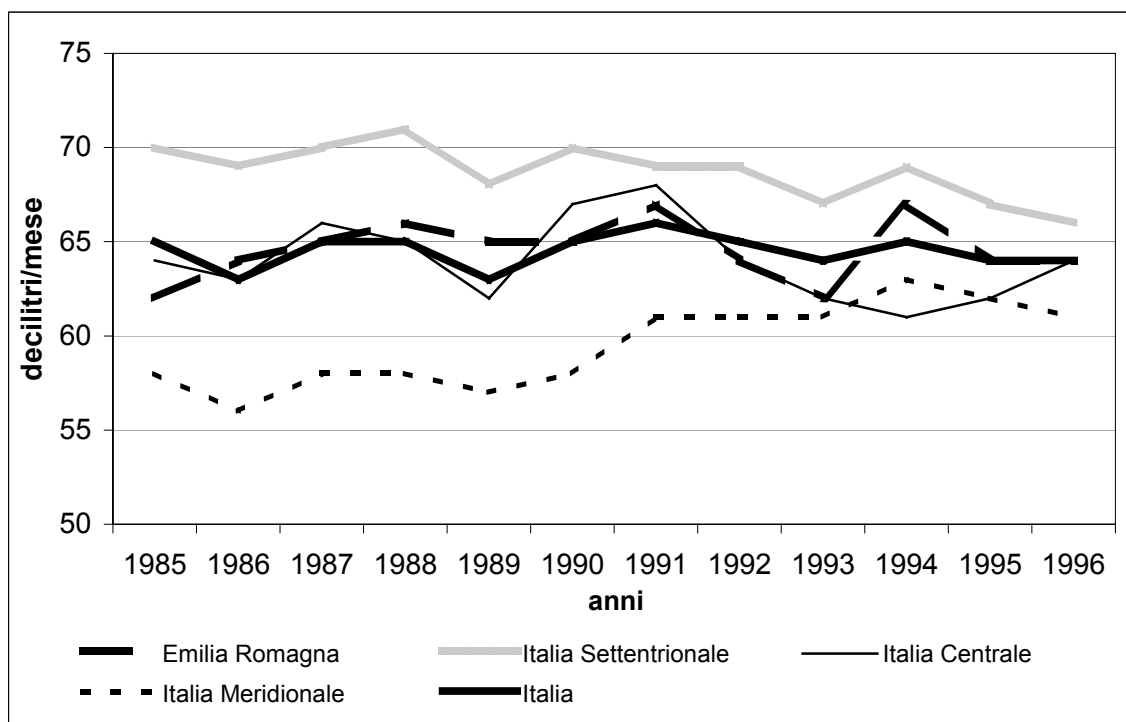


Grafico VII. Consumo medio mensile di pesce

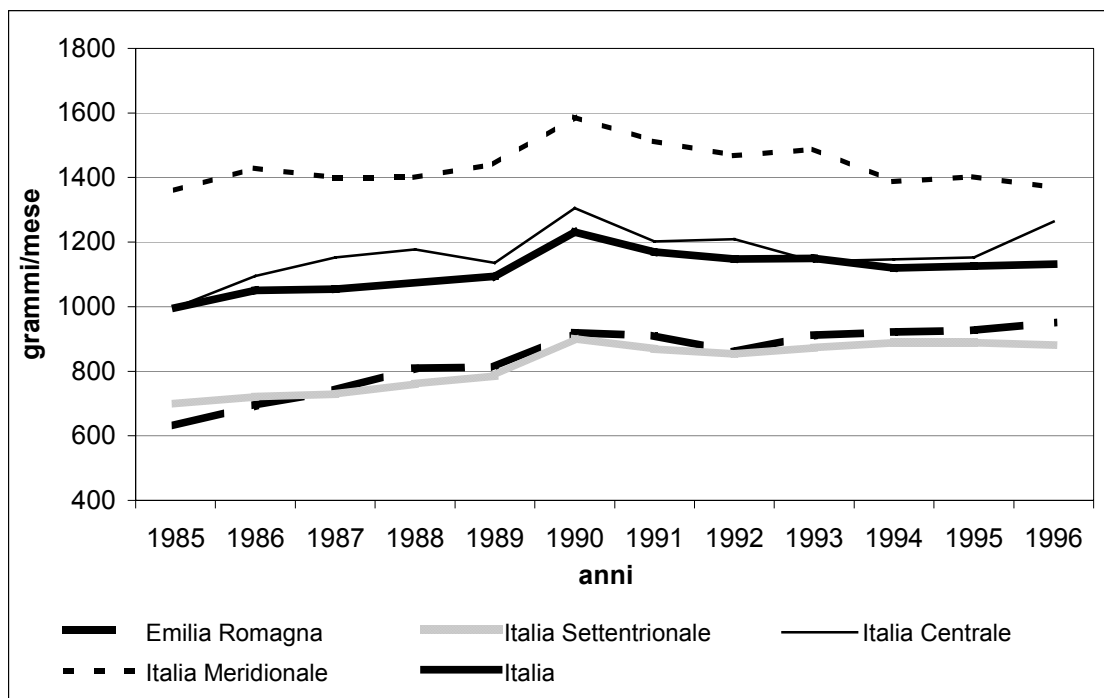


Grafico VIII. Consumo medio mensile di olio di oliva e di semi

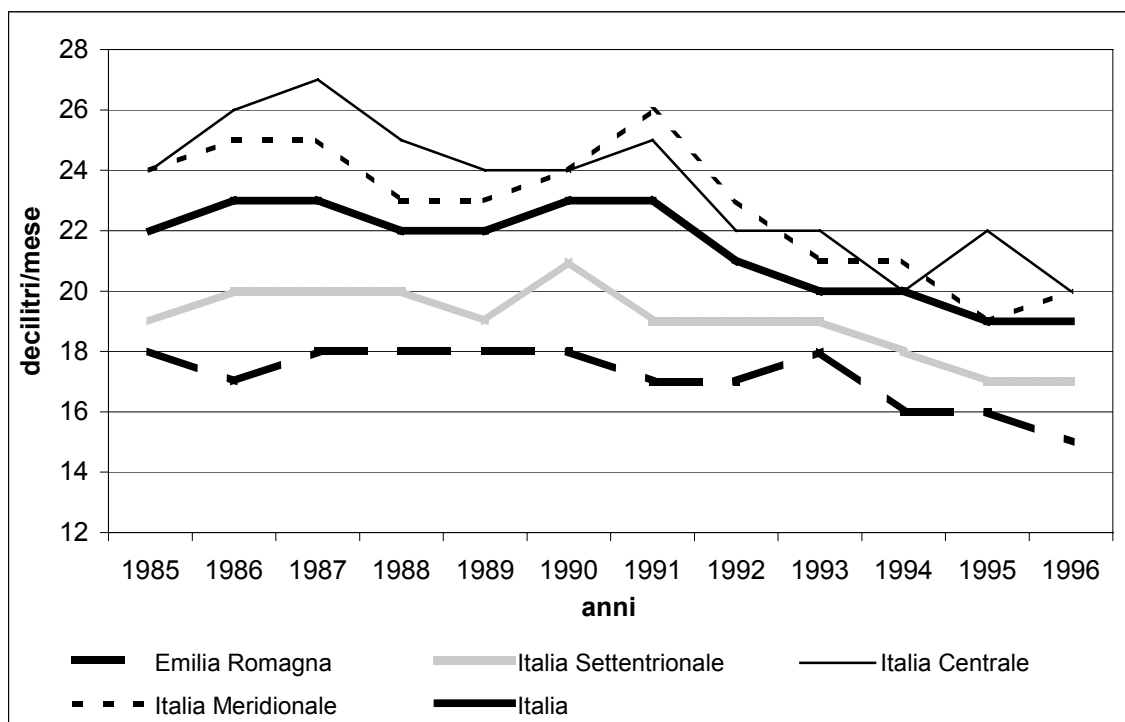




Grafico IX. Consumo medio mensile di formaggi

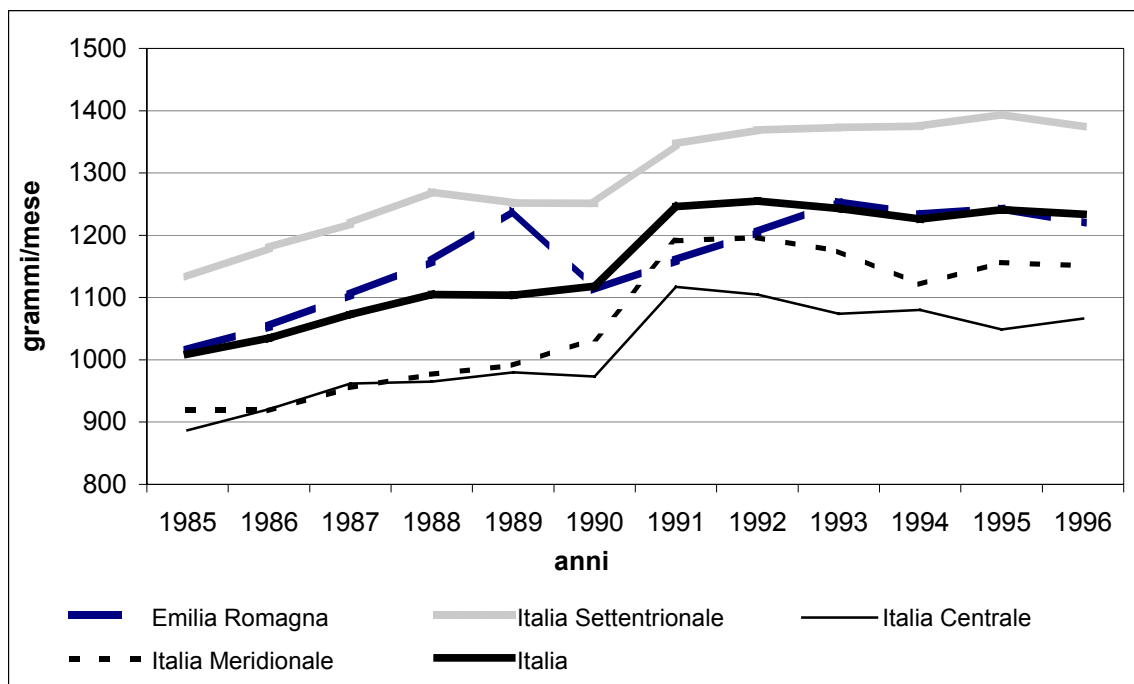


Grafico X. Consumo medio mensile di uova

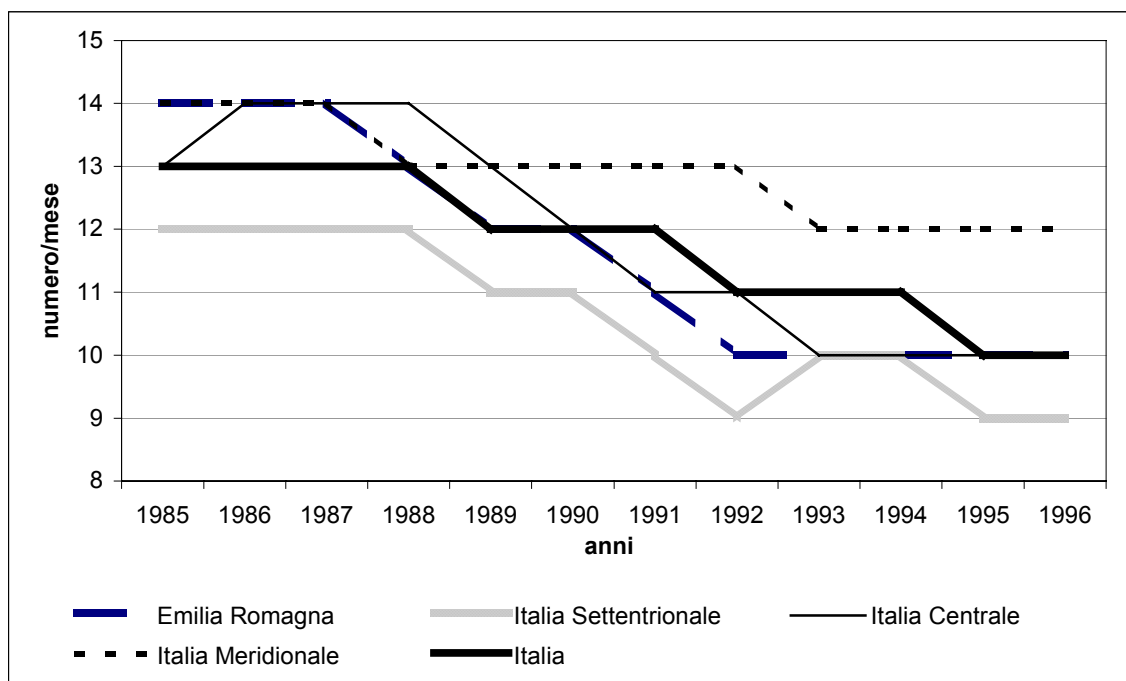


Grafico XI. Consumo medio mensile di frutta fresca e secca

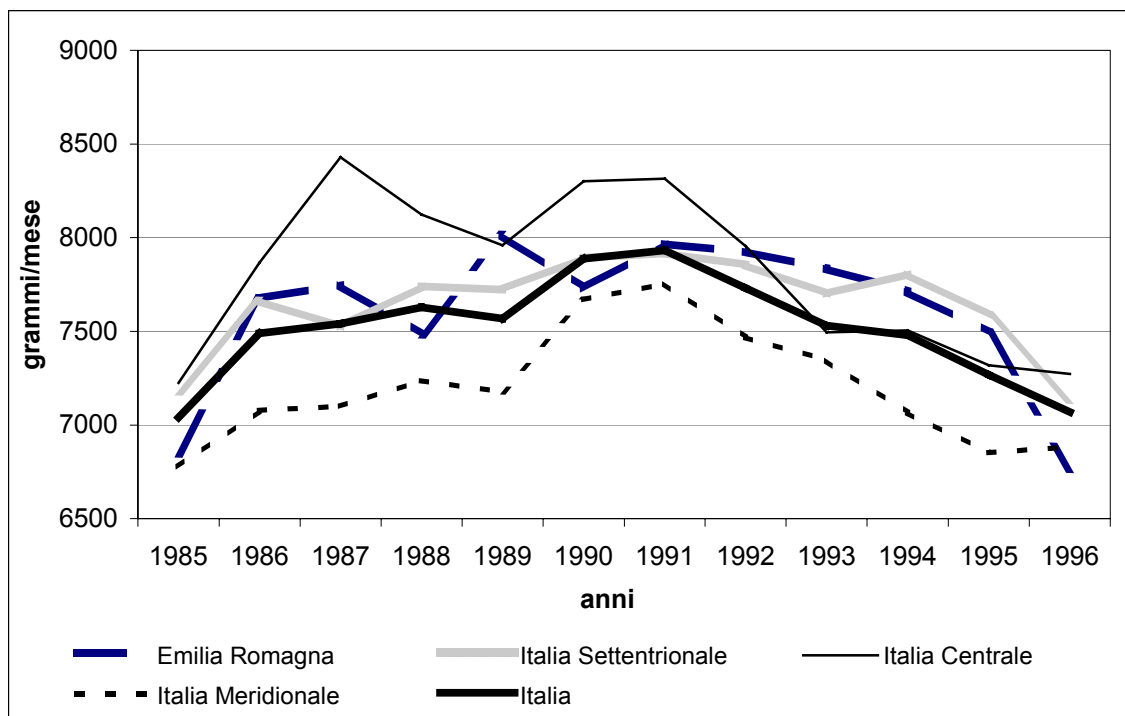


Grafico XII. Consumo medio mensile di zucchero

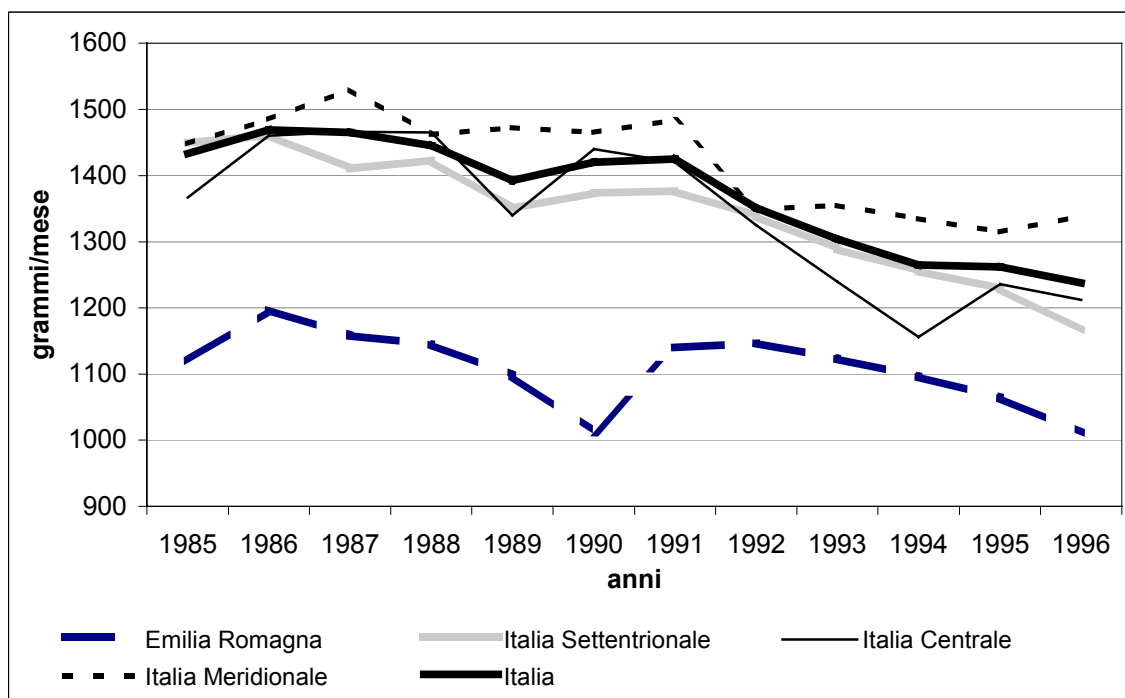


Grafico XIII. Consumo medio mensile di caffè, tè e surrogati

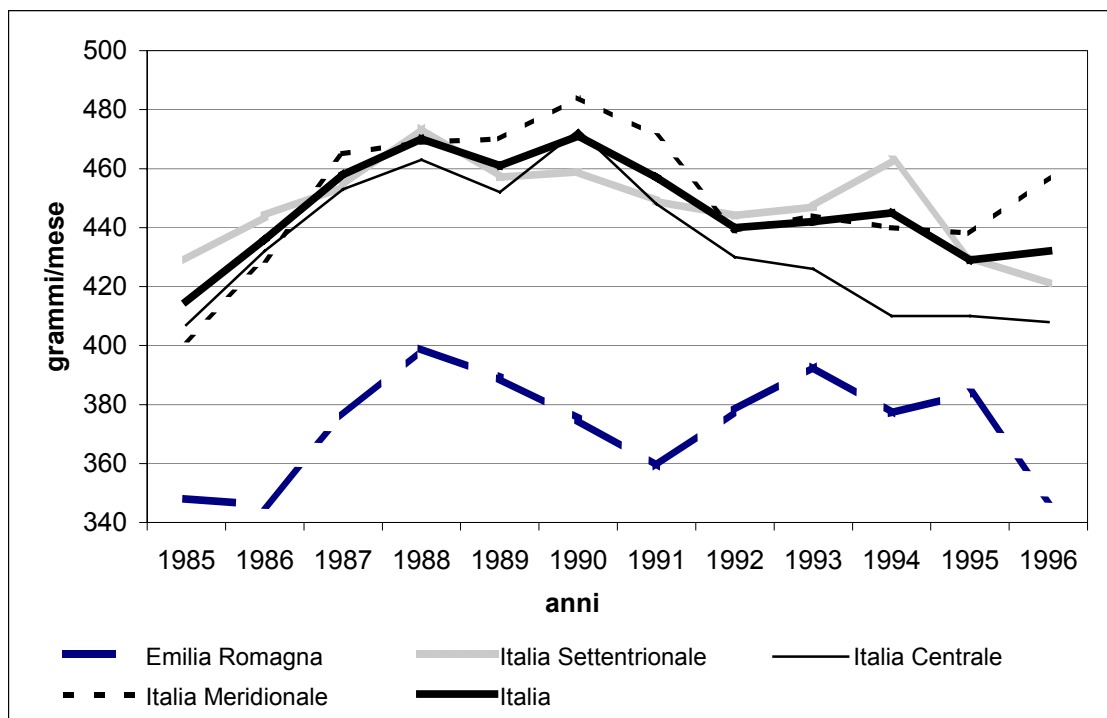


Grafico XIV. Consumo medio mensile di acqua minerale

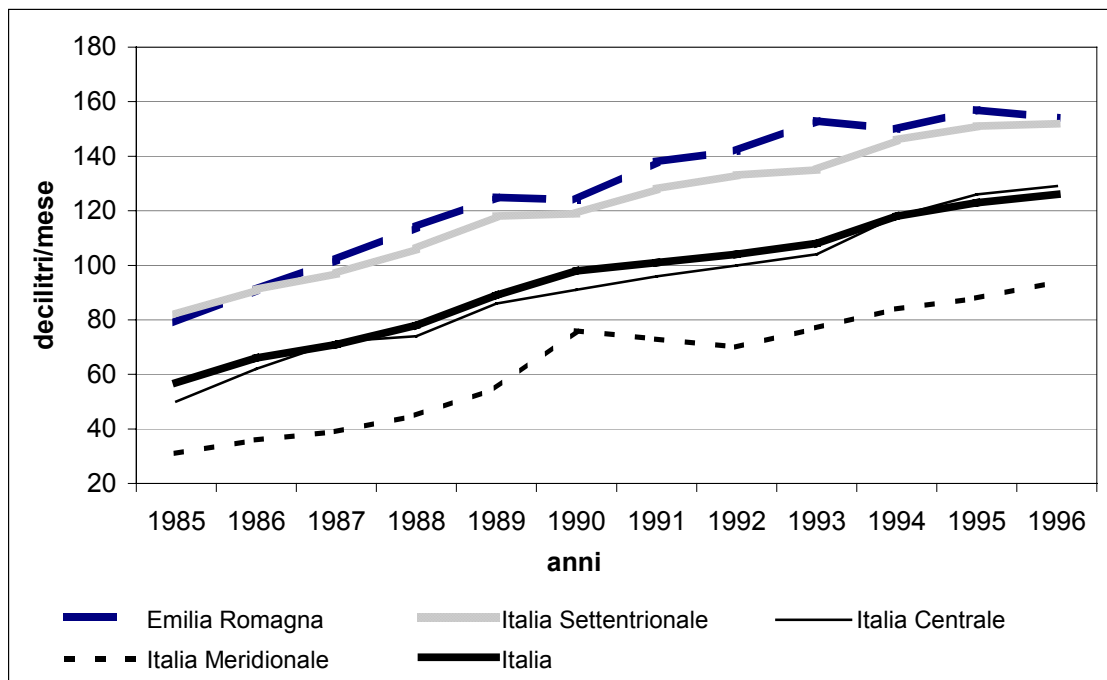
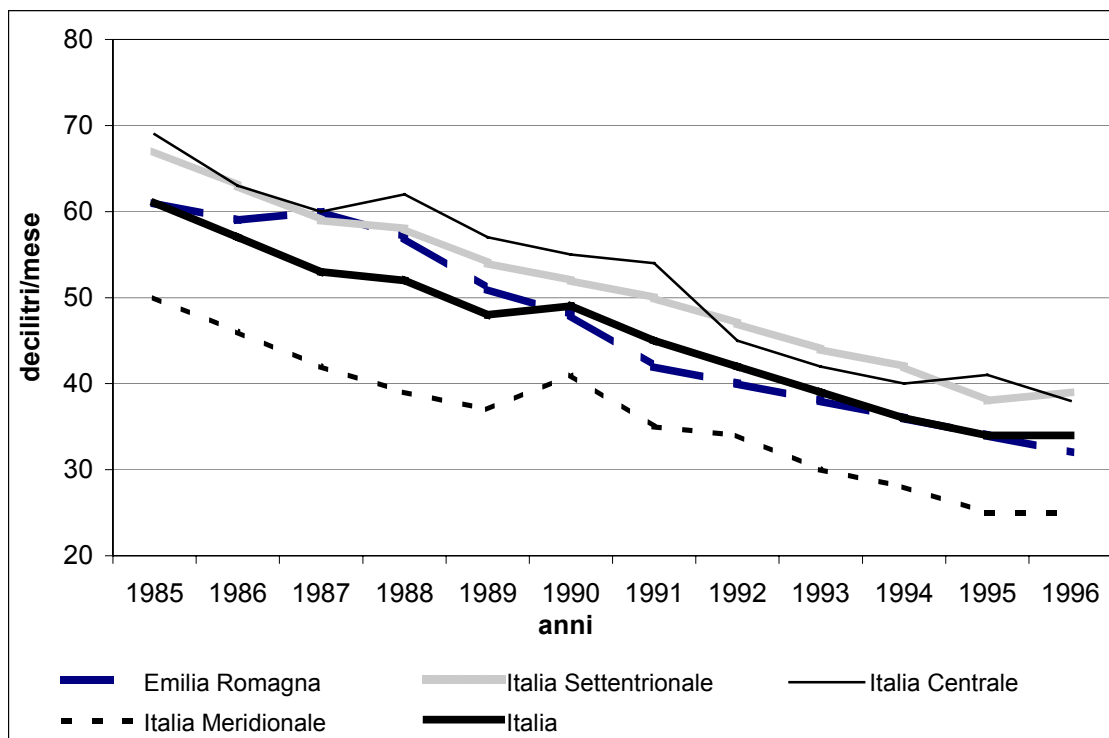


Grafico XV. Consumo medio mensile di vino



**ALLEGATO 2. LINEE OPERATIVE PER L'ORIENTAMENTO DEI  
CONSUMI E L'EDUCAZIONE ALIMENTARE 1996-2000**

**(Allegato alla Deliberazione della Giunta regionale n. 1393  
del 19 giugno 1996)**

REGIONE EMILIA-ROMAGNA  
ASSESSORATO AGRICOLTURA  
SERVIZIO PRODUZIONI AGRO-ALIMENTARI E RELAZIONI DI MERCATO

LINEE OPERATIVE PER L'ORIENTAMENTO DEI CONSUMI  
E L'EDUCAZIONE ALIMENTARE  
1996-2000

INDICE

Presupposti teorici - Le idee delle "Linee operative per l'orientamento dei consumi e l'educazione alimentare"

Quadro normativo

Logica operativa del settore "Orientamento dei consumi alimentari"

Finalità e obiettivi

Interventi da privilegiare

Coordinamento con le altre strutture

Azioni di livello regionale

Azioni di livello provinciale

Attuazione delle azioni regionali

Criteri per la presentazione e il finanziamento dei programmi provinciali di orientamento dei consumi ed educazione alimentare

## **PRESUPPOSTI TEORICI - LE IDEE DELLE "LINEE OPERATIVE PER L'ORIENTAMENTO DEI CONSUMI E L'EDUCAZIONE ALIMENTARE"**

La Regione Emilia-Romagna ritiene necessario aggiornare le "Linee operative per l'Orientamento dei consumi e l'educazione alimentare" in linea con le indicazioni della Comunicazione della Commissione europea al Consiglio "Priorità per la politica dei consumatori 1996-1998".

L'educazione ha come fine lo sviluppo armonico, l'acquisizione di comportamenti corretti, di modelli per una scelta di vita consapevole e si colloca nella prospettiva, dominante all'interno della tradizione pedagogica occidentale, secondo la quale il raggiungimento delle finalità educative si svolge con il seguente iter: prima la formazione generale e poi la formazione specifica.

Se questa è la cornice o lo schema di fondo, le linee operative per l'orientamento dei consumi e l'educazione alimentare, le loro applicazioni nelle singole tappe (dell'età) dell'uomo, devono condurre all'individuazione di percorsi integrati.

Esiste nei vari contesti una molteplicità di culture, di sistemi di valori, che direttamente o indirettamente fa riferimento ai problemi attinenti la "qualità della vita".

Nel quadro di questi contesti di valori alcuni indicano delle modalità comportamentali e delle linee di condotta.

Nel consumare, nello stare al mondo, nel porci in relazione con gli altri o con certi tipi di ideologia alimentare, che sono propri di ciascuna cultura, siano soggetti ad automatismi impliciti. Ciò che fa bene o fa male, quello che piace o non piace, sono dati non solo individuali, ma individualmente adottati in quanto condivisi socialmente e perciò applicati senza nessuna discussione. Spesso questi modi, che sono definiti abitudini, si sono formati in risposta a situazioni storiche molto diverse da quella di oggi, ma hanno in sé delle caratteristiche intrinseche che li contraddistinguono e che li fanno considerare naturali, mentre sono costruiti socialmente all'interno dei diversi gruppi.

Un esempio potrebbe essere quello dell'uso eccessivo di sostanze chimiche nei processi di produzione e trasformazione dei prodotti alimentari, indipendentemente dalla lettura critica e dalla consapevolezza di ciò che questa pratica può provocare all'ambiente e all'uomo.

Quello che si vuole sottolineare è che se si vuole incidere sulle abitudini che appaiono naturali, mentre sono socialmente costruite, non basta la mera informazione, che approda a risultati solamente cognitivi, bensì occorre modificare il sistema di valori che sottostà a queste abitudini.

Questa funzione è propria dell'educare: le condizioni del cambiamento non si impongono dall'esterno, né dall'alto verso il basso. I cambiamenti più rilevanti possono essere messi in atto mediante l'impegno delle Istituzioni, attraverso la formazione di gruppi che abbiano il compito di elaborare con chiarezza le strategie, le finalità e gli obiettivi da raggiungere e, nel contempo, di individuare le resistenze da superare e le linee d'azione alternative da mettere in atto.

È a partire da queste considerazioni che nasce l'esigenza di riscrivere le linee operative da parte della Regione, con l'obiettivo generale di divulgare e affermare presso le Istituzioni

formative ed altri soggetti (scuola, agenzie extra-scolastiche, aggregazioni sociali e culturali, associazioni consumatori e industriali) un'ampia e approfondita presa di coscienza del ruolo ineludibile ed improcrastinabile che l'alimentazione e i prodotti alimentari hanno assunto, oggi, nella determinazione della "qualità della vita" (sociale - etica - culturale).

Per cogliere la ricchezza operativa che la problematica alimentare comporta, per facilitare la trasmissione dei contenuti specifici, per promuovere processi di apprendimento, per interpretare correttamente dati, vengono aggiornate le linee operative che si articolano attraverso alcuni punti nodali.

## **QUADRO NORMATIVO**

La normativa di tutela del consumatore si è grandemente arricchita negli ultimi anni per l'impulso del legislatore comunitario.

Nell'ambito di una produzione legislativa assai vasta e concernente problematiche diverse da quella trattata o di carattere generale, pare opportuno ricordare gli atti della Unione europea di maggiore rilevanza per la materia dei consumi alimentari.

### *NORMATIVA EUROPEA*

Innanzitutto occorre fare riferimento all'art. 2 del Trattato istitutivo delle Comunità europee che menziona, fra i fini da perseguire, quello del miglioramento del tenore di vita.

Il Consiglio delle Comunità europee, nella risoluzione del 14 aprile 1975 (in G.U. n. C92/1 del 25 aprile 1975) specifica il miglioramento nel senso della "protezione della salute, della sicurezza e degli interessi economici del consumatore".

Numerose direttive aventi carattere specifico sono state successivamente adottate. Fra le più importanti ricordiamo:

- la Dir. 79/112 del 18 dicembre 1978 (in G.U. L/33 dell'8 febbraio 1979) concernente l'etichettatura e relativa pubblicità dei prodotti alimentari;
- la Dir. 83/463 (in G.U. L/255 del 19 settembre 1983) relativa alle misure transitorie per l'indicazione di alcuni ingredienti nell'etichettatura;
- la Dir. 85/374 del 25 luglio 1985 (in G.U. L/210 del 7 agosto 1985) concernente la responsabilità per danno da prodotto difettoso;
- la Dir. 84/450 del 10 settembre 1984 (in G.U. L/250 del 19 settembre 1984) concernente la pubblicità ingannevole;
- la Dir. 79/581 concernente l'indicazione dei premi dei prodotti alimentari;
- la Dir. 85/577 concernente i contratti negoziati fuori dai locali commerciali;
- le decisioni concernenti il sistema comunitario d'informazione sugli incidenti connessi con l'uso dei prodotti (Dec. 81/623 del 23/7/1981 e Dec. 84/133 del 2 marzo 1984);
- la comunicazione relativa all'educazione del consumatore nell'istruzione elementare e secondaria (COM (85) 369 C/238 del 19 settembre 1985).

Il recentissimo documento n. 1960 del 16 novembre 1995 "Priorità per la politica dei consumatori 1996-1998", comunicazione della Commissione europea al Consiglio, pone l'accento sull'informazione, sull'educazione e sulla trasparenza anziché su norme dettagliate o moratorie legislative. L'esigenza di informare ed educare i consumatori è la prima priorità d'azione che il documento privilegia, seguita dalla tutela dei consumatori.

Nel documento è ribadito, in modo efficace, che "la sola fornitura di informazioni non sarà sufficiente a venire incontro ai bisogni dei consumatori. Se non verranno compiuti cospicui sforzi tramite una formazione specifica del consumatore fin dai primi anni scolastici, al fine di promuovere la comprensione di una serie di argomenti che vanno dalla nutrizione e dalla salute, al funzionamento dei mercati, numerosi consumatori non potranno muoversi agevolmente nei mercati moderni ...".

#### *NORMATIVA NAZIONALE*

La normativa statale in materia di protezione dei consumatori è quasi interamente costituita da leggi di attuazione delle direttive comunitarie, che si omette di citare.

Particolare rilevanza assume l'art. 77, D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, che delega alle Regioni le funzioni di materia di promozione e orientamento ai consumi alimentari, rilevazione e controllo dei dati sul fabbisogno alimentare.

È inoltre amplissima la produzione giurisprudenziale e dottrinale in materia, che costituisce quadro normativo di riferimento.

#### *NORMATIVA REGIONALE*

A livello regionale i principali riferimenti legislativi sono i seguenti:

- L.R. 27 agosto 1983, n. 34 nella quale si attribuiscono le deleghe delle funzioni amministrative in materia di agricoltura e alimentazione;
- L.R. 7 dicembre 1992, n. 45 "Norme per la tutela dei consumatori e degli utenti";
- L.R. 10 luglio 1992, n. 29 "Valorizzazione dei prodotti agroalimentari dell'Emilia-Romagna ottenuti con tecniche rispettose dell'ambiente e della salute dei consumatori";
- L.R. 26 ottobre 1993, n. 36 "Norme per l'agricoltura biologica".



## **LOGICA OPERATIVA DEL SETTORE "ORIENTAMENTO DEI CONSUMI ED EDUCAZIONE ALIMENTARE".**

Il tema "ALIMENTAZIONE" ha una sua centralità ed una rilevante importanza per promuovere una effettiva, diffusa ed attiva tutela della salute della popolazione. È uno dei temi fondamentali, su cui occorre impegnarsi quotidianamente per costruire una prospettiva di sostanziale miglioramento della "qualità della vita".

L'equilibrio tra alimentazione e salute è mutato e si direbbe che la salute oggi è minacciata da interessi economici e speculativi, che hanno generato in campo alimentare seri ed estesi problemi oltre che discutibili risultati.

L'educazione alimentare, con il suo aspetto poliedrico, è elemento di collegamento tra politica economica, ambientale, sanitaria ed agro-alimentare. Essa non può essere limitata a singole campagne nutrizionali o a singole istituzioni o a singoli utenti, né può essere limitata o circoscritta ad un'età della vita. Se deve produrre cambiamenti sostanziali, deve coinvolgere più istituzioni, più settori e più utenti.

Anche nel già citato documento europeo "Priorità per la politica dei consumatori", più volte e con molta efficacia è ribadito "il ruolo che la formazione può svolgere in sede di promozione di consumi sostenibili o di preparazione della società all'informazione ... o quali sono le strategie da adottare per migliorare la fiducia dei consumatori nei generi alimentari ...".

Se manca un'azione integrata, che è appunto economica, ambientale, sanitaria, sociale, agricola, i risultati sono scarsi o inadeguati. L'orientamento ai consumi alimentari acquista significato se considerato nel contesto generale, se inquadrato in una visione globale dell'uomo, perché l'alimentazione non è solo soddisfacimento di un bisogno primario, ma anche un fatto educativo, in quanto serve ad indicare un processo ed il suo risultato.

Infatti, l'educazione nutrizionale indica il processo dinamico mediante il quale l'individuo si realizza e si adatta all'ambiente e dal punto di vista del risultato indica le modificazioni che avvengono in lui e nel suo modo di comportarsi. In questo modo, l'alimentazione può riflettere a livello generale rapporti tecnico-economici, agricoli, sociali, antropologici.

Se l'alimentazione è fattore fondamentale nella realtà odierna in continua evoluzione e caratterizzata da complessità, multifattorialità, policentrismo, appare indispensabile, per affrontarla, un approccio "sistemico globale", e il concorso di variegate competenze, provenienti da istituzioni e settori diversi.

Questo può realizzarsi con una programmazione chiara per obiettivi e metodi, contenuti e procedure di verifica interattiva. Evitare il "casualismo" con una rincorsa "al bisogno" scollegata o non inserita in un piano definito in un quadro di riferimento generale è una finalità che la Regione intende raggiungere.

Ciò premesso, il settore "Educazione ai consumi alimentari" si colloca in modo trasversale e interagente, con una funzione di coordinamento tra le istituzioni, in sintonia con le azioni che la Regione ha posto in essere in vari settori di governo (dall'agricoltura alla sanità, dall'ambiente alla formazione, dalle politiche sociali al commercio).

Esso ha un approccio non settoriale del problema (solo sicurezza alimentare o trasformazione degli alimenti o zootecnia o sanitarizzazione) bensì un approccio allargato,

formativo, pluridisciplinare, in base al quale è prioritario conferire alla popolazione i mezzi per assicurare un maggiore controllo sul sistema di alimentarsi e per migliorarlo.

Il settore "Educazione ai consumi alimentari" ha un approccio "trasversale" poiché le tematiche affrontate possono essere di completamento per altri settori all'interno della Regione.

L'ottica è multidisciplinare e pluritematica in quanto tutti i Servizi possono muoversi verso prassi operative integrate. In tal modo le differenziazioni e le specializzazioni dei vari segmenti contribuiscono all'acquisizione di un modello sistemico divenendo una condizione "sine qua non" di garanzia scientifica.

A questo scopo è auspicabile attivare rapporti di collaborazione a livello intraregionale con i vari Assessorati (sanità, formazione, lavoro, immigrazione; politiche sociali e familiari; territorio; attività produttive; cultura e sport; mobilità e turismo) e con diversi interlocutori: la scuola, le Unità sanitarie locali, le associazioni dei consumatori e dei produttori, gli operatori agricoli, gli operatori sanitari, gli operatori scolastici e i cittadini, senza commistione di ruoli e compiti.

Lo scopo è quello di conseguire più ampie sinergie e di rendere più efficaci le forme collaborative con tutti gli organismi interessati e operanti nel settore. In tal modo il settore con il suo "modello policentrico integrato" permette di porsi nella realtà in modo diverso poiché l'insieme allargato di risorse, luoghi, istituzioni e agenzie educative, permette un nuovo modo di agire facendo di quell'insieme spesso confuso e disordinato un "sistema".

## **FINALITÀ E OBIETTIVI**

Obiettivo da perseguire, secondo la politica comunitaria, è "... migliorare la qualità della vita ..." (che può ravvisarsi nel contesto dell'art. 2 del Trattato). L'Unione europea, inoltre, protegge il consumatore attraverso una tutela costruita sulla base di una normativa che garantisca un'adeguata informazione sui beni oggetto del consumo.

L'ultimo documento "Priorità per la politica dei consumatori 1996-1998" elenca tra le priorità d'azione al punto 1) uno sforzo importante per migliorare la formazione e l'informazione dei consumatori; al punto 2) completare, rivedere e mantenere aggiornato il contesto necessario per far sì che gli interessi dei consumatori vengano interamente presi in considerazione nel mercato interno; al punto 6) misure intese a migliorare la fiducia dei consumatori nei generi alimentari; al punto 7) incoraggiare un approccio pratico ai consumi sostenibili.

Le finalità dell'educazione alimentare potrebbero essere così sintetizzate:

- sviluppare nella popolazione una coscienza critica che consenta scelte idonee per il mantenimento della salute e del benessere;
- promuovere una politica nutrizionale tesa a valorizzare la produzione agro-alimentare dei prodotti alimentari promotori di salute;
- accrescere le conoscenze e le consapevolezza del consumatore in tema di alimentazione al fine di distinguere gli alimenti sani da quelli dannosi, i consumi reali da quelli indotti, il valore commerciale da quello nutrizionale; la qualità certificata da quella organolettica.

Per raggiungere dette finalità i filoni individuati sono:

- 1) informativo,
- 2) formativo/metodologico,
- 3) educativo.

Detti filoni sono coerenti con le finalità dell'educazione alimentare e con il ruolo che l'ente pubblico può ricoprire anche alla luce delle politiche di ricerca di qualità e sicurezza degli alimenti che si stanno attuando a tutti i livelli.

#### *FILONE INFORMATIVO*

L'informazione alimentare veridica, completa e scientificamente corretta, si configura non soltanto come momento di trasmissione di informazioni (riguardanti il valore nutritivo degli alimenti o il ruolo di essi nel mantenimento della salute), bensì come un'operazione complessa, interagente, sistemica, convinti che la fiducia nasce dalla conoscenza e costituisce una chiave di successo.

La pluralità delle informazioni, la frammentazione, l'occasionalità, spesso hanno creato al consumatore smarrimento e difficoltà di comprensione. Da qui la necessità del filone "informativo" con lo scopo di produrre messaggi corretti, divulgando in modo scientifico e sintetico le acquisizioni certe, informando periodicamente il consumatore sulla qualità degli alimenti, sui rischi e benefici alimentari, sulla ricerca di alimenti "sicuri" che per l'ineliminabile aspetto psico-relazionale rientra nell'ambito di un "elevato livello sanitario" al quale tende, in particolare, ogni azione della Unione europea.

Informare sul sistema delle produzioni per diffondere la sfida della qualità e della certificazione del prodotto, significa accentuare la sicurezza degli alimenti ed in ultima analisi stabilire un rapporto di fiducia con le Istituzioni che perseguono queste politiche.

L'informazione, dunque, ha lo scopo di mettere il consumatore a conoscenza di fatti, tecniche, opinioni, problemi.

Affinché l'informazione sia corretta sono necessarie la bidirezionalità, la circolazione e la struttura aperta (dare la possibilità al consumatore d'intervenire con un suo spazio). I momenti di confronto e dibattito saranno privilegiati anche nel filone informativo.

#### *FILONE FORMATIVO*

Ingloba il metodo e la questione politico-istituzionale, poiché essi servono a meglio inscrivere l'azione educativa nel settore e nell'ambito culturale e strategico generale.

Occorre raggiungere una omogenea e corretta impostazione degli interventi di educazione alimentare tramite progetti che individuino con chiarezza le risorse della comunità o del contesto esperienziale, valutino i bisogni prioritari dei loro membri, individuino risorse. Non si può intervenire "a pioggia" ossia contemporaneamente su tutti gli aspetti connessi ad una corretta "educazione ai consumi alimentari" con il rischio di disperdere le risorse disponibili.

Nel momento formativo deve essere coinvolto tutto "l'universo di riferimento" allo scopo di:

- migliorare i rapporti e la comunicazione tra i vari settori;
- compensare le differenze individuali;
- utilizzare vantaggiosamente le risorse;
- favorire e integrare le esperienze, i programmi, i contenuti;
- dare un carattere interdisciplinare, trasversale a tutte le azioni o le politiche da attuare;
- superare la frammentazione e l'occasionalità con cui spesso si interviene tra settori diversi e porsi in modo propositivo con le altre istituzioni. Il fine perseguito è quello di migliorare la qualità degli stili di vita migliorando positivamente anche la qualità della produzione.

I destinatari ultimi dell'intervento formativo vanno dai tecnici dei servizi di sviluppo agricolo agli insegnanti; dai formatori dei centri professionali ai docenti delle scuole alberghiere; dagli operatori commerciali agli addetti alle mense scolastiche; dagli operatori del volontariato agli animatori dei gruppi anziani; dalle associazioni dei produttori alle associazioni dei consumatori; dalle organizzazioni ambientaliste ai cittadini in generale. Finalità formativa è dunque, la ricerca e la definizione di una omogenea e corretta impostazione metodologica, che favorisca l'aspetto multidisciplinare dell'alimentazione e serva per meglio programmare, realizzare e valutare le iniziative da intraprendere nell'ottica di "metodologia partecipata".

Gli obiettivi della formazione potrebbero così essere sintetizzati: sperimentare nuove formule a sostegno della innovazione istituzionale per coordinare e non disperdere il patrimonio di progetti di qualità frutto sia dell'intervento regionale che provinciale o proveniente da iniziative di base; potenziare i rapporti con le altre componenti istituzionali e private, onde stabilire una rete di informazioni culturali e di messaggi educativi con i soggetti che, a diverso titolo, si occupano di "educazione alimentare".

#### *FILONE EDUCAZIONE*

Un'organica politica di educazione ai consumi alimentari costituisce uno degli obiettivi della Regione ed, in particolare, del "Servizio produzioni agroalimentari e relazioni di mercato", constatato che l'educazione alimentare configura finalità complesse e non esauribili a breve termine.

Se l'educazione è ogni processo di acquisizione di conoscenze e di abilità critiche, se l'educazione funzionale è l'acquisizione di abilità strumentali in vista del compimento di determinate funzioni definite, la Regione avrà svolto il suo compito se avrà allargato il raggio dell'esperienza di "ognuno" promuovendo un sempre nuovo sviluppo critico.

Un progetto educativo globale, che contiene anche la prevenzione intesa come arricchimento della personalità, ingloba anche il potenziamento e quindi la difesa della integrità della persona nel suo complesso. L'educazione alimentare non si configura come intervento destinato e circoscritto temporalmente, poiché per costruire un valore stabile di salute necessita riappropriarsi "star bene con gli altri" da realizzare su basi umane, solide e su contesti sociali umanizzati.

In un'epoca di cambiamento permanente anche l'educazione deve essere permanente, capace di accompagnare gli utenti per tutta la vita e ad aiutarli a non subire il cambiamento, bensì a comprenderlo, usarlo e governarlo.

È nostro convincimento che per perseguire una finalità educativa occorre intrecciare contenuti specificatamente informativi, volti ad arricchire le conoscenze e quindi anche a condizionare i comportamenti collettivi ed individuali, con contenuti educativi che tendono a far prendere coscienza ai cittadini dei propri comportamenti.

Educare alla consapevolezza significa qualificare l'educazione alimentare come pratica di solidarietà sociale, quindi come recupero di valori quali disponibilità, collaborazione, impegno contro ogni forma di possibile indifferenza.

### **INTERVENTI DA PRIVILEGIARE**

Obiettivo prioritario è quello di informare i consumatori e coloro che forniscono informazioni ai consumatori (i formatori di opinione) in modo chiaro e scientifico. La finalità è quella di migliorare l'informazione su nutrizione e salute, su sicurezza del cibo - specie dei prodotti che subiscono un processo industriale - al fine di garantire, non solo la qualità del prodotto, ma anche la qualità del sistema che lo ha generato.

Altro obiettivo primario della Regione è "quello di indirizzare le imprese agro-alimentari verso l'applicazione di modelli produttivi di qualità lungo tutta la filiera, arricchiti, nelle norme di produzione, di un "plus" ambientale ed igienico-sanitario certificabile nei confronti del consumatore".

Nella realtà attuale, con mutamenti rapidi ed evoluzione continua della domanda, la gestione dell'informazione non può essere affidata solo ai "produttori" o solo ai "consumatori"; ciò complica le cose poiché i consumatori hanno sempre maggiori difficoltà nello scegliere materiale informativo scientifico, corretto, adeguato ai loro bisogni e le informazioni date dai produttori vengono vissute come "di parte". Tutto ciò conduce, spesso, ad una considerevole perdita di fiducia da parte dei cittadini.

In questo scenario si colloca l'azione della Regione che, come istituzione, deve essere al di sopra delle parti e obiettiva, assumendo un ruolo attivo nel diffondere informazioni scientifiche tra i cittadini, facilitando il flusso di informazioni sugli alimenti e sulle aziende alimentari.

Ciò premesso, l'orientamento ai consumi e l'educazione alimentare può essere rappresentato come un insieme complesso e interagente i cui sottoinsiemi sono informazione, formazione ed educazione.

Le tematiche da privilegiare nel quinquennio 1996-2000 in sintonia con bisogni emergenti e con gli elementi caratterizzanti l'attività regionale nel settore agricolo, in particolare in relazione alla valorizzazione e al controllo della genuinità del prodotto, sono:

- 1) sicurezza e qualità degli alimenti;
- 2) nutrizione e salute;
- 3) la qualità produttiva nella ristorazione collettiva: pubblica e privata.

## 1) SICUREZZA E QUALITÀ DEGLI ALIMENTI

### Problema

Il concetto di qualità si evolve rapidamente: alle caratteristiche chimico-fisico-organolettiche si aggiunge sempre più un requisito di qualità totale, che va ben oltre il prodotto in sé e che coinvolge il processo di lavorazione, la salute degli operatori e dell'ambiente.

Alla richiesta di qualità e garanzie da parte del consumatore occorre rispondere con informazioni corrette e puntuali su tutto il processo di produzione delle derrate alimentari, dalla fase di campo, alla trasformazione, alla conservazione, al consumo finale.

### Obiettivi

- Conoscere e comprendere le fasi di produzione dei singoli alimenti - produzione, trasformazione, conservazione, consumo - (per esempio dal grano al pane, dal latte al formaggio).
- Informare sulle produzioni di qualità disponibili sul mercato e sulle loro differenze (produzione integrata, produzione biologica, ecc.).
- Migliorare nel consumatore la consapevolezza dei reali rischi e dei benefici legati agli alimenti.
- Rispondere alle domande e sollecitazioni da parte degli utenti sugli alimenti di cui si nutrono.

### Target

- Consumatori in senso lato (da privilegiare le classi a rischio: giovani e anziani).
- Associazioni di categoria.
- Associazioni di consumatori.
- Centri anziani.
- Organi di informazione.

### Modalità d'intervento

- Quaderni di informazione a livello regionale.
- Giornate di riflessione sulla sicurezza alimentare a livello regionale e provinciale (con modalità da definire in ogni realtà locale).
- Progetti regionali e provinciali con i formatori d'opinione (scuole, operatori agricoli, sanitari, scolastici, organi di informazione); con istituzioni (USL, scuole, Comuni, servizi sociali); con altre aggregazioni organizzate (associazioni di volontariato, sportive, consumatori, produttori).

## 2) *NUTRIZIONE E SALUTE*

### Problema

Le conoscenze del consumatore sono spesso frammentarie o distorte, specie sulle tecnologie di produzione e di trattamento e sul mercato.

### Obiettivi

- Migliorare le conoscenze del consumatore sulle problematiche nutrizionali.
- Conoscere, leggere ed interpretare come il comportamento alimentare e gli stili di vita contribuiscano al miglioramento della salute.
- Leggere e comprendere in modo corretto gli effetti delle tecnologie sugli alimenti.

### Target

- Consumatori in senso lato (da privilegiare i giovani e gli anziani).
- Istituzioni.
- Associazioni varie.

### Modalità d'intervento

- Quaderni di comunicazione sulle problematiche nutrizionali.
- Convegni.
- Progetti mirati gestiti a livello regionale e provinciale.

## 3) *LA QUALITÀ PRODUTTIVA NELLA RISTORAZIONE COLLETTIVA: PUBBLICA E PRIVATA*

### Problema

Le informazioni sulla qualità dei prodotti esistono, ma frequentemente non rispondono alle esigenze dell'utente a cui sono rivolte. Gli operatori delle mense talvolta mancano di informazione scientifica. L'informazione al grande pubblico spesso la fa il "privato" che persegue obiettivi particolari.

### Obiettivi

- Informare e produrre messaggi scientifici con correttezza testuale.
- Assicurare un'alimentazione bilanciata e sana.
- Analizzare la situazione generale (nella regione Emilia-Romagna) sulle attuali conoscenze per progettare, nel futuro, interventi mirati.

### Target

- Economi addetti agli acquisti.
- Addetti alle mense pubbliche.
- Fornitori delle mense collettive.
- Fruitori delle mense.

### Modalità d'intervento

- Analizzare la situazione di partenza (lavoro regionale con la partecipazione degli Assessorati provinciali).
- Promuovere comunicazione bidirezionale con i formatori di opinione.
- Informare sulle tecniche di trasformazione a livello di vantaggio e sicurezza, con quaderni, itinerari, mostre, convegni.
- Mettere in grado il consumatore di scegliere alimenti che ritiene sani.

## **COORDINAMENTO CON LE ALTRE STRUTTURE**

Per rendere pragmatiche le "linee operative", per ascoltare e rispondere alle domande dei consumatori anche in base alle esperienze, ricerche, studi già effettuati e per monitorare le fonti di informazione, appare fondamentale la collaborazione con istituti di ricerca, università, istituzioni, enti, organizzazioni, associazioni di consumatori e di produttori operanti a livello europeo, nazionale, regionale.

Si intendono privilegiare i rapporti con l'Unione europea perché anche la recente legislazione, introdotta attraverso il Parlamento europeo, implica che la "Commissione" costituisca una campagna di informazione rivolta ai consumatori. Inoltre l'Unione europea progetta, realizza, e finanzia ricerche e studi riguardanti i comportamenti alimentari dei consumatori.

A livello nazionale si intendono privilegiare i rapporti con i Ministeri, con l'Istituto nazionale per la nutrizione umana, con le altre Regioni e le associazioni interessate alle problematiche alimentari.

A livello regionale si intendono privilegiare i rapporti con l'Università, con i Centri di nutrizione umana, con altri Istituti di ricerca, con esperti di problematiche in tema di alimentazione per approfondire problemi attinenti la materia e i programmi. Inoltre sono da privilegiare i rapporti interassessorili (agricoltura; sanità; formazione, lavoro, immigrazione; territorio; politiche sociali e familiari; attività produttive; cultura e sport; mobilità e turismo).

Si collaborerà altresì con le istituzioni scolastiche regionali, provinciali, con le USL, con i Comuni, ed infine con i formatori di opinione.

A livello provinciale si intendono privilegiare i rapporti con gli Assessorati alla agricoltura e alimentazione per sviluppare e/o mettere in atto la concreta gestione della delega regionale in materia di "educazione e orientamento ai consumi alimentari". Si rende necessario inoltre l'attivazione dei rapporti con gli altri Assessorati provinciali, con i



Comuni, le università, i provveditorati, le associazioni dei produttori, organizzazioni e associazioni dei consumatori.

#### **AZIONI DI LIVELLO REGIONALE**

La Regione deve svolgere un ruolo di coordinamento generale e di indirizzo, rappresentare un punto nodale di riferimento e scambio di esperienze ed informazioni per le Province, come pure gestire attività che riguardano l'intero territorio regionale.

Le attività riguardanti le informazioni su tematiche generali, di comunicazione sociale, di materiale multimediale, assumendo un'importanza fondamentale nella performance di educazione ai consumi alimentari, sono di competenza della Regione.

Pertanto, quaderni informativi o manuali di comunicazione sulla sicurezza alimentare saranno di pertinenza della Regione, sentiti gli esperti di educazione alimentare, l'Università e i referenti provinciali.

Qualora si rendano necessarie campagne di comunicazione sociale, in senso lato, una volta individuate le tematiche saranno gestite direttamente dalla Regione che potrà estenderle alle varie realtà provinciali (sentiti i referenti provinciali). L'abbonamento a riviste ad hoc, l'acquisto o la produzione di materiale multimediale (diapositive/video/film, e altro) come supporto per la formazione o per la diffusione di informazione sono di competenza regionale e rimangono in dotazione dell'Ufficio anche se utilizzati da altri.

Sempre a livello informativo i collegamenti con i formatori di opinione (quotidiani, riviste specializzate, altro) saranno gestiti direttamente dalla Regione e dal competente Assessorato, così come convegni, mostre a carattere regionale, patrocinii, ecc.

L'attività di formazione dei referenti provinciali (dopo un'accurata analisi dei bisogni) viene proposta e realizzata in ambito regionale, così pure gli incontri periodici.

Programmi di lavoro che richiedono inchieste, indagini, interviste privilegiate, ecc. sulle abitudini alimentari, sulla qualità degli alimenti, sulle mense collettive, o su altre problematiche generali avranno stesura e valenza regionale per omogeneizzare i dati e le conoscenze.

#### **AZIONI DI LIVELLO PROVINCIALE**

La Provincia si pone come interlocutore privilegiato nelle varie realtà territoriali poiché la L.R. 34/1983, relativa alle deleghe di funzione in materia di agricoltura e alimentazione (art. 2, punto 10, che indica l'ambito della materia relativa ai prodotti agro-alimentari e loro qualità, promozione ed orientamento dei consumi, rilevazione e controllo dei dati sui fabbisogni alimentari), attribuisce alla Provincia funzioni e competenze nel settore alimentare.

La Provincia si colloca, dunque, in modo trasversale ed integrante e ha funzione di coordinamento con le istituzioni, svolgendo un ruolo cerniera tra il governo regionale e le singole realtà locali, siano essi Comuni, USL, agenzie educative, Comunità montane, ecc.

Inoltre, per la sua collocazione individua, analizza e mette in evidenza i bisogni dei sottosistemi locali; questo compito appare importante in quanto permette una comunicazione bidirezionale che va dal centro alla periferia e viceversa. Un'altra azione è quella di intermediazione tra l'attività di governo regionale e quella territoriale con la realizzazione di programmi annuali e poliennali, in sintonia con le linee guida e gli obiettivi generali della Regione Emilia-Romagna.

Per rispondere in modo adeguato a queste problematiche la Provincia ha facoltà di avvalersi di supporti esterni, quali "Centri di educazione alimentare e orientamento ai consumi".

Le Province nell'ambito dei progetti specifici o dei propri programmi possono svolgere attività di ricerca mirata, di produzione di materiale divulgativo e didattico, partecipare a mostre locali, ecc.

Inoltre la Provincia ha il compito di coordinare i vari progetti, valutandone le finalità, i tempi di attuazione e i contenuti, prima di inoltrarli all'Assessorato regionale.

Per dare concretezza a quanto esposto, è necessario che ogni Provincia individui un Referente per "l'orientamento dei consumi e l'educazione alimentare".

La presenza del referente riconosciuto è di estrema importanza ai fini di coinvolgere le istituzioni, gli enti, gli istituti di ricerca, cui si richiede non solo la partecipazione, per dare vita ai progetti, ma la presenza motivata.

#### **ATTUAZIONE DELLE AZIONI REGIONALI**

Per la realizzazione delle azioni di valenza regionale - quali a titolo esemplificativo, interventi di informazione su tematiche generali o di comunicazione sociale, produzione e acquisto di materiale multimediale, organizzazione di convegni e mostre a carattere regionale - si provvederà secondo le normative vigenti in materia.

Per la realizzazione di dette azioni la Regione utilizzerà per l'esercizio finanziario 1996 le disponibilità recate dai capitoli 20078 e 20080 del bilancio per il corrente anno.

La Regione potrà altresì concorrere, con altre Regioni e/o con il Ministero delle risorse agricole, alimentari e forestali ed altri Ministeri interessati, al finanziamento di iniziative di orientamento dei consumi ed educazione alimentare con valenza interregionale.

## **CRITERI PER LA PRESENTAZIONE E IL FINANZIAMENTO DEI PROGRAMMI PROVINCIALI DI ORIENTAMENTO DEI CONSUMI ED EDUCAZIONE ALIMENTARE**

### *MODALITÀ PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGRAMMI*

La Provincia, nell'ambito della propria autonomia, in attuazione di quanto previsto all'art. 4, lett. e), della L.R. 34/1983, stabilisce le modalità per l'avvio dei programmi.

I programmi dovranno essere presentati entro il 30 novembre di ogni anno antecedente quello di avvio dell'attività. Per il 1996 i programmi dovranno essere presentati entro 40 giorni dall'esecutività dell'atto deliberativo che approva le presenti "Linee operative per l'orientamento dei consumi e l'educazione alimentare 1996-2000".

I programmi saranno presentati dalle Province alla Direzione generale agricoltura della Regione. All'interno dei programmi presentati, dovranno essere chiaramente indicati i soggetti che interverranno, dal punto di vista operativo ed eventualmente economico alla realizzazione del programma, con particolare riferimento ai Comuni, alle USL, alle Istituzioni scientifiche, ai centri di educazione alimentare e orientamento ai consumi.

In considerazione degli obiettivi generali che la Regione Emilia-Romagna intende perseguire e al fine di garantire una maggiore rispondenza delle azioni avviate alle effettive esigenze del settore, verranno considerati in via prioritaria i programmi che prevederanno un adeguato coinvolgimento di più soggetti.

I programmi presentati dovranno essere rispondenti agli obiettivi e alle tematiche individuati dalle "Linee operative" e l'attività da realizzare dovrà essere illustrata in modo preciso ed articolato. Essi dovranno individuare, in particolare:

- i destinatari,
- gli obiettivi intermedi e finali,
- le azioni da intraprendere per conseguire i suddetti obiettivi,
- il calendario operativo delle azioni da intraprendere,
- la localizzazione sul territorio,
- i soggetti coinvolti e la definizione delle rispettive competenze,
- il preventivo di spesa per la realizzazione del programma,
- le fonti di finanziamento (pubblico e privato).

Ogni Provincia segnalerà gli interventi che ritiene prioritari all'interno delle proposte presentate.

#### *MODALITÀ DI FINANZIAMENTO*

Il Servizio regionale competente valuterà i programmi presentati dalle Province accertando la loro coerenza con gli indirizzi definiti nelle presenti "Linee operative".

Ai fini della realizzazione di tali programmi la Regione assegna alle Province contributi fino al 100% della spesa prevista, nei limiti delle disponibilità recate dal bilancio regionale.

Per il finanziamento dei programmi provinciali per l'esercizio finanziario 1996 la Regione utilizzerà le disponibilità recate dai capitoli 20079 e 20081.

#### *EROGAZIONE DEI FINANZIAMENTI ALLE PROVINCE*

L'erogazione alle Province delle risorse assegnate avverrà con le seguenti modalità:

- un acconto pari al 70% ad esecutività dell'atto deliberativo di assegnazione dei fondi;
- il restante 30% a presentazione da parte dell'ente delegato di una breve relazione sull'attività svolta e degli atti di liquidazione esecutivi, ovvero di note con le quali il Presidente o i Dirigenti incaricati per statuto dell'ente stesso attestano che sono stati adottati atti esecutivi di liquidazione per gli importi richiesti, fermo restando l'obbligo da parte della Provincia del rispetto delle procedure imposte in sede attuativa della L.R. 34/1983.

*Allegato 3.*

**ALLEGATO 3. PROGRAMMA INTERREGIONALE DI COMUNICAZIONE  
ED EDUCAZIONE ALIMENTARE. SINTESI**

*REGIONE EMILIA-ROMAGNA*

*Assessorato Agricoltura*

**PROGRAMMA INTERREGIONALE**

**COMUNICAZIONE ED EDUCAZIONE ALIMENTARE**

**SINTESI**

**Programmi interregionali**

(Legge 5/11/1996 n. 578)

## 1. Premessa

Il progetto nasce dall'esigenza dell'Assessorato agricoltura della Regione Emilia-Romagna di realizzare un percorso interregionale con la partecipazione dei Ministeri della sanità e della pubblica istruzione e degli stessi assessorati nell'ambito regionale.

## 2. Il progetto

Il tema alimentazione ha importanza fondamentale per promuovere la tutela della salute.

### 2.a. Cosa avviene oggi

- Frammentarietà nella realizzazione dei progetti; informazioni sono di "parte".
- Conoscenze distorte, le regioni non socializzano le esperienze.

### 2.b. Cosa prevede

Un'azione integrata fin dai primi anni scolastici.

### 2.c. Quali sistemi coinvolge

Tutte le regioni, le scuole in senso lato, gli atenei, l'Istituto della nutrizione per far convergere le azioni guida del Ministero delle risorse agricole.

Al fine di avere una conoscenza più ampia del mondo agricolo ed una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie.

Attori, dunque, tutti gli insegnanti, il personale delle mense e le ASL.

Altri *partner*: Unione europea, Rai, gruppi privati, banche, associazioni agricole, associazioni industriali, ecc.

### **3. Gli obiettivi**

Educazione alimentare è obiettivo trasversale raggiungibile da tutte le discipline.

#### ***3.a. Obiettivi istituzionali***

- Informare correttamente.
- Educare alla consapevolezza che l'agricoltura corretta si occupa della salvaguardia del proprio ecosistema.
- Educare al superamento di schematismi disciplinari.
- Consolidare una cultura alimentare nelle istituzioni formative.
- Superare la frammentarietà.
- Promuovere lo sviluppo della partecipazione.

#### ***3.b. Obiettivi educativi***

- Promuovere uno stile di vita sano.
- Promuovere scelte idonee per la salvaguardia dell'ambiente e il mantenimento della salute.
- Conoscere il sistema agricolo ed agroalimentare nazionale.
- Promuovere una politica nutrizionale per valorizzare la produzione agroalimentare italiana.
- Informare sulle produzioni di qualità disponibili sul mercato.
- Valorizzare i prodotti nazionali e regionali con marchio di qualità.
- Conoscere le fasi di produzione dei singoli alimenti (dalla produzione al consumo).
- Educare al gusto.

## **4. Gli ambiti**

### **4.a. Informativo**

Per diffondere conoscenze al giovane, alla famiglia, alla scuola. Fornendo agli utenti prodotti divulgativi con rigore scientifico (dai quaderni ai sussidi audiovisivi, dagli spot ai giochi didattici). L'attuazione della fase informativa sarà affidata all'INN, più atenei, esperti, associazioni, Tv locali e nazionali.

### **4.b. Formativo**

Interagisce con due soggetti: la scuola, con personale docente e non docente e l'extrascuola, con i genitori e le associazioni che ruotano attorno ai giovani.

La realizzazione è modulare. Si prevedono per ogni modulo due fasi:

- prima fase - caratterizzazione formativa;
- seconda fase - unisce alla precedente obiettivi e contenuti più specifici:

Esempio:

- conoscere il sistema agroalimentare italiano;
- valorizzare i prodotti nazionali e regionali con il marchio di qualità;
- migliorare la percezione dei rischi reali e dei benefici legati agli alimenti;
- conoscere le fasi di produzione dei singoli alimenti (dalla produzione al consumo);
- approfondire e migliorare la comprensione dei problemi nutrizionali;
- informare sulle produzioni di qualità disponibili sul mercato e sulle differenze (produzione integrata, biologica ...);
- leggere ed interpretare come il comportamento alimentare concorre al miglioramento della salute;
- comprendere in modo corretto come le tecnologie agiscono sugli alimenti;
- comprendere le tecnologie di conservazione degli alimenti industriali;
- conoscere la diffusione internazionale degli alimenti (da quelli esotici a quelli del mercato internazionale);
- educare al gusto.

Per la gestione vedi ambito informativo.

### **4.c. Attuativo**

Si prevedono due moduli rivolti agli insegnanti e al personale delle mense, un modulo rivolto ai genitori.



## **5. Organizzazione, struttura e metodo**

La realizzazione prevede tre livelli.

- 1° livello: Coordinamento tecnico-scientifico nazionale o interregionale.
- 2° livello: Partecipazione e coordinamento provinciale.
- 3° livello: Partecipazione locale (i compiti di ogni livello sono descritti nel progetto integrale).

## **6. Valutazione**

Contenuti di verifica riguardanti tutte le aree.



**PUBBLICAZIONI A CURA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA  
NEL SETTORE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO**

**Collana "DOSSIER"**

1. *Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi*, Bologna, 1990. (\*)
2. *Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS)*, Bologna, 1990. (\*)
3. *Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica*, Bologna, 1990. (\*)
4. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990*, Bologna, 1990.
5. *Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL*, Bologna, 1990.
6. *Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro*, Bologna, 1991.
7. *Radioattività naturale nelle abitazioni*, Bologna, 1991.
8. *Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990"*, Bologna, 1991. (\*)
9. *Guida alle banche dati per la prevenzione*, Bologna, 1992.
10. *Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna*, Bologna, 1992.
11. *I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990)*, Bologna, 1992.
12. *Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo*, Bologna, 1992.
13. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia Romagna. 2a ed.*, Bologna, 1992.
14. *Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative*, Bologna, 1993.
15. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991*, Bologna, 1993.
16. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991*, Bologna, 1993. (\*)
17. *Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari*, Bologna, 1993.

---

**(\*) volumi disponibili presso il CDS**

18. *Venti anni di cultura per la prevenzione*, Bologna, 1994.
19. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992*, Bologna, 1994. (\*)
20. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992*, Bologna, 1994.
21. *Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi*, Bologna, 1994.
22. *Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992*, Ravenna, 1994. (\*)
23. *5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994*, Bologna, 1994.
24. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993*, Bologna, 1995.
25. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993*, Bologna, 1995. (\*)
26. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994*, Bologna, 1996.
27. *Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994*, Bologna, 1996. (\*)
28. *Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza*, Ravenna, 1996. (\*)
29. *La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP*, Ravenna, 1997. (\*)
30. *Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari*, Ravenna, 1997.
31. *Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina*; Ravenna, 1997. (\*)
32. *Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella*, Ravenna, 1997.
33. *Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida*, Ravenna, 1997. (\*)
34. *EPI INFO versione 6*. Ravenna, 1997.  
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
35. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.  
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
36. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.  
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
37. *Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP*, Ravenna, 1998.  
(\*)

38. *La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS*, Ravenna, 1998. (\*)
39. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997*, Ravenna, 1998.  
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
40. *Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997*, Ravenna, 1999. (\*)
41. *Manuale di gestione e codifica delle cause di morte*, Ravenna, 2000. (\*)
42. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999*, Ravenna, 2000. (\*)
43. *Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione*, Ravenna, 2000. (\*)
44. *L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna*, Ravenna, 2000. (\*)
45. *SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente*, Ravenna, 2000. (\*)
46. *Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2000. (\*)
47. *Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. **(in preparazione)**
48. *Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. **(in preparazione)**
49. *Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2000. (\*)
50. *Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna*, Ravenna, 2000. (\*)
51. *Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)
52. *Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)

## Collana "CONTRIBUTI"

1. *I nuovi insediamenti produttivi. Prevenzione e controllo nella progettazione e ristrutturazione degli ambienti di lavoro*, Parma, 1982.
2. *La prevenzione dei danni da rumore. Indicazioni metodologiche ed organizzative*, Reggio Emilia, 1983.
3. *Il sistema informativo regionale per la prevenzione dei danni da lavoro. Orientamenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori*, Ravenna, 1983. (\*)
4. *La prevenzione nel settore delle calzature*, Lugo, 1983.
5. *Le lavorazioni ceramiche di decoro a mano e terzo fuoco. Indagine conoscitiva nelle province di Modena e Reggio Emilia, Vignola*, 1983.
6. *La prevenzione nel settore delle calzature. II*, Lugo, 1984.
7. *Indagini sanitarie per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Una proposta operativa*, Bologna, 1984.
8. *Tossicologia industriale. Indicazioni metodologiche ed organizzative per i Servizi di prevenzione*, Montecchio Emilia, 1984.
9. *Presidi multizonali di prevenzione. Orientamenti per l'organizzazione dei Settori impiantistico e fisico-ambientale*, Modena, 1985.
10. *I rischi professionali in agricoltura. Contributi per l'attuazione di un "piano mirato" di prevenzione*, San Giorgio di Piano, 1985.
11. *I rischi da lavoro in gravidanza*, Scandiano, 1985.
12. *Esposizione professionale a Stirene. Esperienze di prevenzione e ricerche in Emilia-Romagna, Correggio*, 1985.
13. *Radiazioni non ionizzanti. Rischi da radiofrequenze e microonde*, Rimini, 1985.
14. *Comparto ospedaliero: Prevenzione dei rischi elettrici e da anestetici nelle sale operatorie*, Ferrara, 1985.
15. *Rischi da radiazioni ionizzanti. L'esposizione del paziente in radiodiagnostica*, Piacenza, 1986.
16. *Prevenzione degli infortuni in ceramica*, Scandiano, 1986.
17. *La soglia uditiva di soggetti non esposti a rumore professionale*, Imola, 1987.
18. *Il lavoro, la sua organizzazione, la sua qualità oggi*, Lugo (RA), 1987.
19. *Le attività sanitarie nei Servizi di medicina preventiva ed igiene del lavoro*, Ferrara, 1987.
20. *Il monitoraggio biologico nei Presidi multizonali di prevenzione*, Bologna, 1988.
21. *Introduzione all'analisi organizzativa dei Servizi di prevenzione*, Bologna, 1989
22. *Educazione sanitaria: esperienze - metodologia - organizzazione in Emilia-Romagna*, Modena, 1989. (\*)

23. *Produzione, lavoro, ambiente. Seminario nazionale SNOP, Parma giugno 1989, Langhirano, 1990. (\*)*
24. *Promozione della qualità dei dati nel monitoraggio biologico, Bologna, 1990.*
25. *Impieghi medici delle radiazioni non ionizzanti, Modena, 1990.*
26. *I Servizi di Igiene pubblica. Da un corso di formazione per i nuovi operatori, Forlì, 1991. (\*)*
27. *Il comparto delle resine poliestere rinforzate con fibre di vetro. Manuale di prevenzione, Correggio, 1992. (\*)*
28. *Infortuni in edilizia. Immagini di danno e di prevenzione, Bologna, 1992.*
29. *Dalle soluzioni verso le soluzioni, Modena, 1992.*
30. *Monitoraggio aerobiologico in Emilia-Romagna, Ferrara, 1993.*
31. *Salute e sicurezza nella scuola, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
32. *L'educazione alla salute nelle USL. Problemi e prospettive, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
33. *Il dipartimento di prevenzione, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
34. *Valori di riferimento per il calcolo della soglia uditiva attesa di maschi e femmine per anno di età, Carpi (MO), 1993. (\*)*
35. *Metodi di valutazione del rischio chimico. Il piano dipartimentale galvaniche a Bologna, Bologna, 1993.*
36. *Salute e ambiente, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
37. *Dalle soluzioni verso le soluzioni 2, Bologna, 1994.*
38. *Obiettivo qualità in sanità pubblica. Una esperienza regionale, Fidenza, 1994.*
39. *La prevenzione AIDS in ambito scolastico nella regione Emilia-Romagna, Rimini, 1994. (\*)*
40. *Il Dipartimento di Prevenzione. Ipotesi e proposte operative, Ravenna, 1994.*
41. *La formazione degli alimentaristi. Progettazione degli interventi educativi, Parma, 1995.*
42. *I tumori in Emilia-Romagna, Modena, 1997. (\*)*

