

UN NUOVO APPROCCIO ALL'EDUCAZIONE ALIMENTARE

Antonio d'Amore

Centro di Riferimento Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Quando si parla di educazione alimentare si fa riferimento ad “una qualsiasi combinazione di iniziative informative e di attività pratiche volte a facilitare nelle persone l'adozione volontaria di scelte e comportamenti alimentari tali da indurre uno stato di salute e benessere. L'educazione alimentare viene effettuata in diversi ambiti e implica iniziative sia a livello di individuo e di comunità, che politiche” (1).

Si distinguono due ambiti in cui viene effettuata l'educazione alimentare: il primo è quello clinico in cui il nutrizionista fornisce la sua consulenza a singoli o a piccoli gruppi; l'altro è quello degli interventi di sanità pubblica condotti a livello di comunità (scuola, famiglia, luoghi di lavoro) o sull'intera popolazione (2).

Le modalità attraverso cui solitamente vengono veicolate le informazioni per l'educazione alimentare sono diverse e possono essere descritte come distribuite lungo un *continuum* (Figura 1) che va dalla divulgazione scientifica fatta attraverso i mezzi di comunicazione di massa, alla diffusione delle etichette nutrizionali e/o di linee guida per una sana alimentazione, fino ad arrivare ai complessi interventi di sanità pubblica che si prefiggono di indurre cambiamenti comportamentali specifici, quali ad esempio la riduzione del consumo di grassi saturi o l'aumento del consumo di frutta e verdura (3).



Figura 1. Il *continuum* dell'educazione alimentare

Finora buona parte degli interventi di educazione alimentare rivolti alle comunità o alla popolazione sono stati strutturati basandosi esclusivamente sulla diffusione di messaggi, scientificamente validi, ma costruiti prescindendo da caratteristiche, necessità e abitudini delle persone a cui è stato rivolto l'intervento. Il presupposto alla base di quest'approccio tradizionale è che basta comunicare ad un qualunque individuo le informazioni scientifiche, sia pure in forma semplificata e reiterata, per ottenere in lui il cambiamento comportamentale desiderato. Tuttavia, già da tempo questo approccio è stato messo in discussione perché rivelatosi poco efficace (4, 5). In effetti, negli Stati Uniti, dove l'educazione alimentare è stata attuata principalmente per cercare di contrastare il dilagante fenomeno dell'obesità, le linee guida per una sana alimentazione e la piramide degli alimenti sono state disseminate a partire dagli anni Ottanta-Novanta. Entrambi questi strumenti hanno subito revisioni periodiche fino ad oggi e hanno avuto la finalità di fornire alle persone informazioni sulle buone abitudini alimentari, così da promuovere un buono stato di salute e ridurre il rischio di sviluppare patologie cronicodegenerative. Anche in Europa le linee guida e la piramide degli alimenti hanno costituito gli

strumenti fondamentali per l'educazione alimentare. Ciononostante, i tassi di prevalenza di sovrappeso e obesità, tanto negli Stati Uniti quanto in Europa, hanno continuato ad essere elevati o sono addirittura cresciuti (6, 7), il che testimonia la scarsa efficacia della semplice diffusione di informazioni ai fini del cambiamento comportamentale.

In considerazione di questo limite degli interventi tradizionali, l'*American Dietetic Association* ha da tempo riconosciuto che “i programmi di educazione alimentare dovrebbero andare oltre il semplice trasferimento di informazioni” e che nel progettare i nuovi interventi diventa fondamentale “incorporare metodi che possano effettivamente produrre i cambiamenti comportamentali”, contribuendo così a “ridurre il crescente divario tra le conoscenze nutrizionali” che pur vengono acquisite dalle persone, “e le abitudini alimentari” che invece si instaurano piuttosto con difficoltà (3).

Il comportamento alimentare dell'uomo è complesso e per gran parte appreso nei primi anni di vita (1), perciò insegnare alle persone a modificare le scelte alimentari abituali, magari perché poco salutari, con altre più salutari non è cosa semplice. Tuttavia, come verificato per gli interventi di sanità pubblica che si sono prefissati di modificare altri comportamenti implicati con lo stato di salute di un individuo, si è visto che anche i programmi di educazione alimentare possono beneficiare di una maggiore efficacia se strutturati prendendo in considerazione alcune teorie derivate dalle scienze sociali e comportamentali (8, 9).

Queste teorie possono essere applicate ad una vasta gamma di situazioni e sono, per definizione, astratte e non hanno contenuti o argomenti specifici. Come tazze di caffè vuote, le teorie hanno forme e confini, ma niente dentro. Esse diventano utili quando sono riempite con argomenti concreti, obiettivi e problemi specifici. Ciascuna teoria costituisce un insieme di concetti, definizioni ed enunciati che danno un quadro sistematico di riferimento in grado di fornire spiegazioni e/o predizioni su eventi, situazioni e relazioni tra le variabili che entrano in gioco nel determinare un problema di salute (10). Le varie teorie forniscono a chi fa un programma d'intervento per promuovere salute una sorta di cartina stradale o piano d'azione per lo studio dei problemi, l'identificazione dei destinatari, lo sviluppo degli interventi più appropriati e la valutazione del loro successo. Queste teorie aiutano a spiegare la dinamica dei comportamenti, in particolare dei processi che intervengono nel corso del cambiamento comportamentale e delle forze, ambientali o fisiche, che influenzano i comportamenti.

Le teorie sono suddivise in due categorie; da una parte quelle, le *teorie esplicative*, che consentono di capire “perché” un determinato problema si instaura e si mantiene, cioè aiutano a capire i vari fattori che entrano in gioco; dall'altra quelle, le *teorie del cambiamento*, che aiutano a capire quali processi possono facilitare o ostacolare il cambiamento comportamentale (10).

Quando si struttura un progetto di promozione della salute, generalmente, le varie teorie vengono integrate in modo da definire la migliore strategia d'intervento possibile. In quest'ottica l'approccio considerato oggi più efficace è quello della Prospettiva Ecologica, la quale presuppone che ogni comportamento in grado di compromettere il mantenimento di un buono stato di salute venga influenzato da diversi fattori, tra loro interconnessi, a tre livelli: individuale, interpersonale e di comunità (Tabella 1). Le variabili che entrano in gioco sul piano individuale e interpersonale sono riconducibili alle teorie cosiddette “cognitivo-comportamentali” le quali fissano tre concetti chiave generali:

1. i comportamenti sono sempre mediati da aspetti cognitivi;
2. le conoscenze sono necessarie ma non sufficienti a far produrre il cambiamento comportamentale;
3. percezioni, motivazioni, abilità e ambiente sociale sono i fattori che più di altri influenzano il comportamento.

Tabella 1. Fattori che influenzano il comportamento degli individui secondo la prospettiva ecologica

Livello	Definizione
Individuale	Le caratteristiche individuali (conoscenze, atteggiamenti, convinzioni, tratti di personalità) che influenzano il comportamento
Interpersonale	Le dinamiche interpersonali e i gruppi di riferimento (famiglia, amici e coetanei) che contribuiscono alla definizione delle regole sociali, all'identità personale e al sostegno di un individuo
Comunità	Leggi, regole e regolamenti che possono indurre o promuovere certi comportamenti e reti sociali tra individui, gruppi e organizzazioni

Le variabili che invece intervengono a livello di comunità si riferiscono a tutte le modifiche che è possibile apportare all'ambiente fisico e sociale, le quali siano in grado di sostenere nel tempo gli eventuali cambiamenti comportamentali positivi messi in atto dai singoli individui.

Per affrontare adeguatamente un problema di salute pubblica nessuna teoria dovrebbe essere privilegiata rispetto alle altre; è sempre opportuno prendere in considerazione più teorie contemporaneamente. Dal momento che il contesto sociale è una variabile in continua evoluzione, si è visto che teorie che venivano considerate importanti qualche decennio fa, oggi sono diventate di uso più limitato. Di contro, è anche avvenuto che nuove acquisizioni scientifiche nel campo delle scienze sociali abbiano consentito di rifinire e adattare le teorie già utilizzate. Nella Prospettiva Ecologica attuale, comunque, alcune teorie sono state selezionate come quelle più utili per interventi multilivello (10). Nello specifico dell'educazione alimentare (8), le teorie più utilizzate sono state: sul piano individuale il *Modello degli stadi di cambiamento* (11); sul piano interpersonale la *Teoria dell'apprendimento sociale* (12); e sul piano di comunità la *Teoria della diffusione delle innovazioni* (13).

È facile comprendere come sia impossibile considerare una singola teoria adatta per qualunque problematica e per qualunque intervento. Tuttavia, in una recente pubblicazione dell'*Institute of Medicine* è stato fatto osservare che, pur nella loro specifica visione, le varie teorie presentano alcuni elementi di convergenza tra loro. Un esempio è rappresentato dal *costrutto dell'auto-efficacia* che è centrale a tutte le teorie prese in considerazione (14).

Nell'ottica di accrescere l'efficacia degli interventi di educazione alimentare, oltre a considerare l'inserimento delle teorie tratte dalle scienze sociali e psicologiche, nel programmare nuovi interventi, è utile anche tenere presente ciò che suggerisce la letteratura sugli interventi di prevenzione dell'obesità effettuati negli ultimi anni. In una recente revisione (15), ad esempio, è stato sottolineato che a risultare più efficaci sono stati gli interventi effettuati nella scuola, in particolare nella fascia d'età compresa tra i 6 e i 12 anni, focalizzati sulla modifica di comportamenti specifici, e che hanno previsto:

- curricoli riguardanti la sana alimentazione, l'attività fisica e l'immagine corporea integrati nel regolare curriculum scolastico;
- più sessioni di attività fisica, volte allo sviluppo di abilità fisiche di base, nel corso della settimana scolastica;
- un miglioramento della qualità degli alimenti messi a disposizione degli studenti;
- la creazione di un ambiente e di un "clima" favorevoli al cambiamento, tali da sostenere i bambini nella scelta di cibi più salutari e nel mantenerli attivi ogni giorno;

- un supporto a tutto il personale scolastico per consentirgli di attuare effettivamente le strategie e le attività di promozione della salute;
- un supporto ai genitori nelle attività domestiche perché possano incoraggiare i bambini a mangiare alimenti più salutari e a fare più attività fisica e meno attività sedentarie.

Negli ultimi decenni, si è assistito ad un incremento dei tassi di prevalenza del sovrappeso-obesità e conseguenzialmente ad un parallelo moltiplicarsi delle iniziative di prevenzione volte a contenerne l'ulteriore aumento. Nonostante sia stato evidenziato anche nel report dell'OMS sull'obesità (16), però, nessun programma ha mai posto la giusta attenzione ai possibili effetti iatrogeni insiti negli interventi preventivi tradizionali (17), i quali mettendo, implicitamente o esplicitamente, l'accento da una parte sul "peso corporeo salutare" e dall'altra sulla scelta di cibi "buoni" rispetto a quelli "cattivi" (18), possono rappresentare un'ulteriore variabile sociale in grado di indurre, negli individui predisposti, la manifestazione di comportamenti compensatori non-salutari per il controllo del peso corporeo, la cui prevalenza è piuttosto diffusa tra gli adolescenti (19) e che spesso costituiscono l'anticamera di disturbi del comportamento alimentare conclamati (20, 21).

In considerazione delle criticità evidenziate negli interventi tradizionali e delle conclusioni raggiunte nelle recenti revisioni sugli studi internazionali di prevenzione dell'obesità, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) a partire dal 2012 (prima con l'allora Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare e attualmente con il Centro di riferimento Medicina di genere) è attivamente coinvolto nello sviluppo di un metodo innovativo di didattica delle scienze, chiamato MaestraNatura, il quale utilizza il cibo come filo conduttore per un più ampio programma di educazione alimentare indirizzato al primo ciclo scolastico (elementari e medie).

Inoltre, l'ISS ha curato, in accordo con la Direzione Generale per l'Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione del Ministero della Salute, la definizione del progetto *Sperimentare Salute* che nasce con l'intento di entrare nelle scuole per diffondere, attraverso nuove modalità, principi di educazione alimentare cercando di:

- 1) non gravare sull'attività didattica normalmente svolta dagli insegnanti;
- 2) garantire uno standard elevato e omogeneo;
- 3) coinvolgere le famiglie;
- 4) utilizzare uno strumento scalabile a tutto il territorio nazionale, economico e di facile monitoraggio, con la specifica finalità di misurare l'efficacia del programma MaestraNatura in termini di ricadute sull'adozione di uno stile alimentare più sano.

Bibliografia

1. Contento I. *Nutrition education-Linking research, theory and practice*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2011.
2. Truswell AS. Practical and realistic approaches to healthier diet modifications. *Am J Clin Nut* 1998;67:583S-90S.
3. Position of the American Dietetic Association: Nutrition education for the public. *J Am Diet Ass* 1996;96:1183-87.
4. Gritz ER, Bastani R. Cancer prevention-behavior changes: the short and the long of it. *Prev Med* 1993;22:676-88.
5. Schwartz NE. Communicating nutrition and dietetics issues: balancing diverse perspectives. *J Am Diet Ass* 1996;96:1137-9.
6. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA* 2014;311(8):806-14.

7. Von Ruesten A, Steffen A, Floegel A, *et al.* Trend in obesity prevalence in European adult cohort populations during follow-up since 1996 and their predictions to 2015. *PloS ONE* 2011;6(11):e27455,1-9.
8. Heimendinger J, Van Duyn MAS. Dietary behavior change: the challenge of recasting the role of fruit and vegetables in the American diet. *Am J Clin Nut* 1995;61(suppl):1397-401.
9. Ammerman AS, Lindquist CH, Lohr KN, Hersey J. The efficacy of behavioral intervention to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: a review of the evidence. *Prev Med* 2002;35:25-41.
10. National Cancer Institute. *Theory at a glance: a guide for health promotion practice*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; 2005.
11. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Cons Clin Psychol* 1983;51:390-95.
12. Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
13. Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 4th edition. New York, NY: Free Press; 1995.
14. Institute of Medicine. *Speaking of health: assessing health communications strategies for diverse populations*. Washington (DC): National Academy Press; 2002.
15. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, Armstrong R, Prosser L, Summerbell CD. Intervention for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(12):CD001871.
16. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO; 2000. (WHO Technical Report Series 894).
17. O’Dea JA. Prevention of child obesity: ‘First do no harm’. *Health Ed Res* 2005;20:259-65.
18. Position of the American Dietetic Association: Total diet approach to communicating food and nutrition information. *J Am Diet Ass* 2002;102:100-8.
19. Austin SB, Ziyadeh NJ, Forman S, *et al.* Screening high school students for eating disorders: reports of a national initiative. *Preventing Chronic Disease* 2008;5(4):1-10.
20. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, *et al.* Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *J Am Diet Ass* 2006;106:559-68.
21. Spear BA. Does dieting increase the risk for obesity and eating disorders? *J Am Diet Ass* 2006;106:523-5.