



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Sezione nutrizione e attività fisiche

Programma nazionale alimentazione e attività fisica 2008–2012 (PNAAF 2008–2012)

Programme national alimentation et activité physique 2008–2012 (PNAAP 2008–2012)

Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012 (NPEB 2008–2012)

National Programme Nutrition and Physical Activity 2008–2012

Impressum

© UFSP, Berna (2007)

Editore: Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

CH-3003 Berna

www.bag.admin.ch

Direzione del progetto PNAAF:

Alberto Marcacci (UFSP)

Indice

Prefazione	3
Sintesi	4
Introduzione	10
1 Situazione iniziale	11
1.1 Contesto internazionale	11
1.2 Situazione in Svizzera	14
1.2.1 Abitudini alimentari, attività fisica e sovrappeso	14
1.2.2 Costi macroeconomici	15
2 Correlazioni e principi di intervento	16
2.1 Salute	16
2.2 Alimentazione e salute	16
2.3 Attività fisica e salute	18
2.4 Peso corporeo e salute	20
2.5 Principi d'intervento	21
2.5.1 Concetto quadro	21
2.5.2 Promozione della salute e livelli di prevenzione	23
2.5.3 Fasi della vita	24
2.5.4 Setting e gruppi target	24
2.5.5 Competenze sanitarie	25
2.6 Coordinamento nazionale	25
3 Promozione della salute e prevenzione nel campo dell'alimentazione, dell'attività fisica e di un peso corporeo sano; situazione in Svizzera	26
3.1 Attività internazionali	26
3.2 Sviluppo e attività nazionali	26
3.3 Sviluppo politico	28
4 Problematiche e sfide	29
4.1 Collaborazione e coordinamento	29
4.2 Complessità	29
4.3 Discriminazioni	29
5 Programma nazionale alimentazione e attività fisica 2008–2012	30
5.1 Mandato e oggetto	30

6	Vision, mission	32
6.1	Vision	32
6.2	Mission	32
7	Obiettivi	33
7.1	Obiettivi nazionali	33
7.2	Obiettivo 1: garantire la collaborazione	34
7.3	Obiettivo 2: promuovere un'alimentazione equilibrata	36
7.4	Obiettivo 3: incentivare il movimento e lo sport	39
7.5	Obiettivo 4: adottare approcci integrati per il promovimento di un peso corporeo sano	43
7.6	Obiettivo 5: ottimizzare le offerte di consulenza e terapia	46
8	Pianificazione dell'attuazione	49
8.1	Filosofia	49
8.2	Organizzazione	50
8.3	Fasi e modalità di attuazione	52
8.4	Finanziamento	53
8.5	Comunicazione	53
8.6	Reporting, valutazione	53
	Elenco delle abbreviazioni	54
	Bibliografia	55
	Allegato I – Principi della politica di prevenzione dell'UFSP	58
	Allegato II – Lista degli attori partecipanti	60
	Allegato III – Interventi parlamentari	63
	Allegato IV – Glossar	64

Prefazione

Un'alimentazione equilibrata e un'attività fisica sufficiente sono fattori fondamentali per la salute della popolazione svizzera. Negli ultimi anni l'importanza di questo tema è andata crescendo per diversi motivi. In primo luogo si sono acquisite moltissime conoscenze sui nessi tra le malattie non trasmissibili e i fattori di rischio legati all'alimentazione e alla sedentarietà. Ciò ha permesso di riconoscere con sempre maggiore chiarezza il potenziale di prevenzione che esiste in questo campo.

Un altro motivo importante è l'aumento osservato a livello svizzero e mondiale delle persone in sovrappeso o obese. Benché questo preoccupante fenomeno non sia finora stato studiato a fondo, è assodato che la chiave di volta sta nel migliorare il bilancio energetico e i fattori che lo determinano, ossia l'alimentazione e il movimento.

Nel campo dell'alimentazione e del movimento è possibile concentrarsi sugli approcci imperniati all'autoiniziativa, all'incentivazione e al piacere. Ciò non esclude tuttavia che bisogna interrogarsi anche sulla responsabilità delle organizzazioni pubbliche e statali.

Nella Strategia globale su dieta, attività fisica e salute del 2004 e nella Carta europea sull'azione di contrasto all'obesità del 2006, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) rileva che il fenomeno si è diffuso a seguito dei cambiamenti intervenuti sul piano socioeconomico e culturale e che, per arginarlo, si rendono necessari provvedimenti in diversi ambiti della società.

Il Programma alimentazione e attività fisica 2008–2012 (PNAAF 2008–2012), elaborato su incarico del Consiglio federale, definisce gli obiettivi a lungo termine e le aree di intervento prioritarie della strategia nazionale e costituisce la base per la collaborazione tra i vari attori. Vi hanno partecipato molti partner importanti (Confederazione, Cantoni, rappresentanti della scienza, dell'industria e delle organizzazioni non governative). Lo scambio è stato particolarmente inteso tra l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), l'Ufficio federale dello sport (UFSPo) e la fondazione Promozione Salute Svizzera.

Il PNAAF si fonda sulle esperienze positive raccolte dai partner nel campo dell'alimentazione, del movimento e della salute in Svizzera e all'estero. La collaborazione tra gli attori principali è un fattore che determinerà in misura sostanziale anche la riuscita dell'implementazione.

Ringraziamo tutti coloro che hanno partecipato all'elaborazione del programma per il loro grande impegno e siamo lieti di poter implementare insieme questa strategia.

Prof. Thomas Zeltner
Direttore dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Matthias Remund
Direttore dell'Ufficio federale dello sport (UFSPo)

Joachim Eder
Presidente della fondazione Promozione Salute Svizzera

Markus Dürr
Presidente della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità CDS

Sintesi

L'alimentazione e l'attività fisica influenzano il carico di morbidità

L'alimentazione non equilibrata e la mancanza di attività fisica sono da annoverare tra le cause principali delle malattie del sistema cardiovascolare, di diversi tipi di cancro, delle malattie all'apparato motorio nonché di alcuni tipi di diabete. Queste cattive abitudini incidono inoltre in misura determinante sul tasso di morbidità (probabilità di insorgenza di una malattia) e mortalità (tasso di mortalità) come pure sulla perdita di autonomia.

L'attività fisica è fondamentale per mantenere l'equilibrio energetico e un peso corporeo sano. Occupa un posto importante nello sviluppo psicomotorio del bambino. Favorisce una buona stabilità psicofisica per tutta la vita ed ha una comprovata efficacia contro stress, paure e depressioni. I principali fattori preventivi delle malattie cardiocircolatorie e di alcune forme tumorali sono il consumo di frutta e verdura, l'assunzione di grassi «buoni» e un moderato apporto di sale. Un'alimentazione equilibrata, il mantenimento di un peso corporeo sano e un'attività fisica regolare sono mezzi efficaci per la prevenzione delle principali malattie non trasmissibili.

Situazione internazionale

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), nel 2002 le malattie non trasmissibili sono state la causa del 60% dei decessi e del 47% della morbidità nel mondo. Nella maggior parte dei Paesi europei cinque dei sette fattori di rischio più importanti per le malattie non trasmissibili sono correlati con l'alimentazione e l'attività fisica: ipertensione, alto tasso di colesterolo nel sangue, sovrappeso, scarso consumo di frutta e verdura e sedentarietà. Gli altri due principali fattori di rischio sono il consumo di tabacco e di alcol.

La diffusione del fenomeno del sovrappeso e dell'obesità ha assunto in tutto il mondo dimensioni epidemiche. Un quarto dei bambini in età scolastica in Europa è in sovrappeso e più della metà della popolazione adulta è affetta da un eccesso ponderale o da obesità. Tali dati variano tuttavia a seconda della regione, della nazione, della cultura e della condizione sociale. Tenendo soprattutto conto del fatto che il sovrappeso e l'obesità sono direttamente responsabili di numerose malattie e dell'alto tasso di mortalità, si può affermare che l'elevato numero delle persone affette da questi disturbi costituisce una sfida per la politica sanitaria di tutti i Paesi che ne sono toccati.

Alla luce di questa situazione, l'Assemblea Mondiale della Salute (AMS) ha adottato – nel maggio 2004 – la “Strategia mondiale sull'alimentazione, l'esercizio fisico e la salute”, invitando i governi degli Stati membri a adeguarla alle rispettive realtà nazionali. Nel novembre 2006 i ministri europei della sanità hanno approvato a Istanbul una Carta europea contro l'obesità, volta a incentivare uno stile di vita che permetta di conciliare obiettivi socioeconomici, culturali e sanitari, facilitando l'adozione di decisioni a favore della salute.

Situazione in Svizzera

La situazione in Svizzera è simile a quella di altri Stati europei. Le abitudini alimentari degli Svizzeri si contraddistinguono per un basso consumo di frutta e verdura e per un'assunzione di zuccheri che supera ampiamente la dose giornaliera raccomandata (10% dell'apporto calorico complessivo). Quasi un terzo della popolazione (31%), stando alle proprie affermazioni, non presta molta attenzione alle scelte alimentari.

Rispetto a 10 anni fa il comportamento alimentare della popolazione svizzera non è migliorato. Tra i bambini in età scolastica si sta delineando la tendenza a consumare sempre meno pasti a tavola con la famiglia, a cominciare dalla prima colazione.

La sedentarietà è molto diffusa tra la popolazione elvetica. Il 64% degli adulti non segue la raccomandazione minima di praticare mezz'ora di moto al giorno e il 19% è addirittura completamente inattivo. Preoccupa soprattutto il fatto che nel nostro Paese, tra il 1992 e il 2002, vi è stata una diminuzione dell'attività fisica praticata giornalmente. Anche tra i bambini e gli adolescenti sono in aumento i segnali che indicano un'attività fisica insufficiente, una carenza motoria con conseguente riduzione delle prestazioni fisiche.

In Svizzera questo fenomeno causa ogni anno almeno 2 900 decessi prematuri, 2,1 milioni di casi di malattia e costi di cura diretti per 2,4 miliardi di franchi, ai quali vanno aggiunti i costi indiretti quali le assenze dal lavoro per malattia.

Negli ultimi anni il numero delle persone in sovrappeso ha segnato un forte aumento in tutte le fasce d'età. Nel 2002 il 37% della popolazione adulta denotava un eccesso ponderale o obesità. 10 anni prima questo dato era inferiore e raggiungeva il 30%. Desti particolare preoccupazione la situazione tra i bambini (6-12 anni): uno su cinque è in sovrappeso e uno su quattordici obeso. Rispetto alla situazione che si presentava 20 anni prima, si constata un aumento del quintuplo dei casi; per quanto concerne l'obesità si registra una tendenza ancora più allarmante.

Nel 2001 i costi macroeconomici indotti da questo fenomeno, incluse le malattie correlate, si quantificavano a 2,7 miliardi di franchi, pari al 5% dei costi globali della salute.

Attività in corso

Le attività svolte finora si fondano sulla politica nutrizionale della Commissione federale per l'alimentazione e dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) come pure sulla «Concezione del Consiglio federale per una politica dello sport in Svizzera» approvata nel 2000.

La legge federale che promuove la ginnastica e lo sport ha lo scopo di incentivare lo sviluppo e la salute dei giovani e l'attività fisica tra la popolazione.

Promozione Salute Svizzera è da anni impegnata a favore di un peso corporeo adeguato, uno dei tre temi centrali della fondazione.

Per incoraggiare la popolazione a mantenere un peso corporeo sano, l'UFSP e Promozione Salute Svizzera hanno lanciato nel 2002 «Suisse Balance», un programma nazionale congiunto impostato sul lungo termine. Altre iniziative e progetti completano le attività nazionali. Sono sempre più numerosi i Cantoni che elaborano una propria politica in materia di salute estesa all'alimentazione equilibrata e all'attività fisica.

Necessità di intervenire

Gli effetti di provvedimenti nel settore dell'alimentazione e dell'attività fisica sono misurabili solo a lungo termine, poiché implicano un cambiamento delle abitudini di vita. Pertanto occorre migliorare il rilevamento dei dati relativi al comportamento legato all'alimentazione e all'attività fisica della popolazione svizzera come pure le basi scientifiche. Mediante interventi mirati fondati sulle «best practices» (pratiche basate sull'evidenza) si può lottare efficacemente contro il sovrappeso e l'obesità in Svizzera, soprattutto tra i bambini e gli adolescenti, e ridurre così le conseguenze economiche.

In questo contesto, fondamentale è anche la necessità di ottimizzare la collaborazione tra i diversi attori. Con la creazione di nuovi partenariati, ad esempio con l'industria alimentare, possono svilupparsi nuove sinergie ed essere sfruttate in modo più efficiente le risorse e le esperienze acquisite.

Mandato dell'UFSP

Considerata la situazione, il Consiglio federale ha adottato la risoluzione dell'OMS "Strategia mondiale sull'alimentazione, l'esercizio fisico e la salute" del 22 maggio 2004, affidando al Dipartimento federale dell'interno (DFI) il compito di sviluppare un programma per la Svizzera sulla base della strategia dell'OMS.

Sviluppo del programma e coinvolgimento di tutti gli attori interessati

La prevenzione di malattie non trasmissibili e dei rispettivi fattori di rischio, in particolare un'alimentazione non equilibrata e un'attività fisica insufficiente, impongono un approccio multisetoriale che coinvolga tutti gli attori determinanti. Sin dall'inizio, il Programma nazionale alimentazione e attività fisica (PNAAF) si è evoluto in un processo partecipativo in cui sono stati coinvolti gli uffici federali competenti in materia di alimentazione e attività fisica, i Cantoni, le organizzazioni parastatali, le organizzazioni non governative, le università, i medici, il settore dell'educazione, l'industria, i media, le associazioni economiche, le associazioni per la protezione dei consumatori, l'OMS e i rappresentanti del settore che include le attività fisiche in generale.

PNAAF: programma quadro

Il presente programma mira a colmare le lacune esistenti attualmente e in particolare a migliorare la coordinazione.

Il PNAAF è inteso come un programma quadro per gli interventi a livello nazionale nel campo delle malattie non trasmissibili in relazione all'alimentazione e all'attività fisica. Esso sintetizza tra l'altro gli obiettivi prioritari e può essere utilizzato per dibattiti e discussioni attorno al tema alimentazione, attività fisica e malattie non trasmissibili.

Visione, missione e obiettivi

Il Programma nazionale alimentazione e attività fisica tiene ampiamente conto delle differenze regionali, linguistiche e politiche tipiche del nostro Paese. La sua visione è la seguente:

La Svizzera offre condizioni di vita tali da permettere ai singoli, alle famiglie e alle comunità di alimentarsi in modo equilibrato e praticare sufficiente attività fisica, promuovendo in tal modo la propria salute.

La missione del Programma nazionale alimentazione e attività fisica è la seguente:

Creare e mantenere condizioni di vita favorevoli alla salute, che permettano di stabilizzare e ridurre l'obesità soprattutto nei bambini. Impostare le offerte secondo le esigenze specifiche, il contesto dei gruppi target e dei setting, al fine di arginare le discriminazioni e favorire le pari opportunità.

A tale scopo sono stati definiti cinque obiettivi principali:

1. Garantire la collaborazione nazionale
2. Promuovere un'alimentazione equilibrata
3. Promuovere l'attività fisica e lo sport
4. Adottare approcci integrati per il promovimento di un peso corporeo sano
5. Ottimizzare le offerte di consulenza e terapia

Garantire la coordinazione nazionale

Lo scopo di una coordinazione nazionale è quello di assicurare la collaborazione tra gli attori e uno sfruttamento ottimale delle risorse e delle sinergie. Le attività di ricerca, monitoraggio e analisi forniscono le basi scientifiche necessarie allo sviluppo e alla valutazione degli altri provvedimenti previsti dal Programma. Offerte mirate nel campo della formazione e del perfezionamento incrementano la competenza degli specialisti.

Promuovere un'alimentazione equilibrata

Con il secondo obiettivo ci si propone di instaurare abitudini alimentari sane nella vita quotidiana. L'obiettivo si fonda essenzialmente sulle raccomandazioni nazionali in materia di alimentazione, ma tiene conto anche delle esigenze di diversi gruppi target. La sfida consiste nell'ottimizzare le misure già esistenti che hanno dimostrato la loro efficacia nella promozione di un'alimentazione sana - ma anche nuove misure - e nel trovare approcci innovativi per migliorare le abitudini alimentari soprattutto di bambini e adolescenti.

Incentivare l'attività fisica e lo sport

Con il terzo obiettivo si intende creare nuove possibilità per la pratica quotidiana di un'attività fisica destinate a tutti i gruppi della popolazione e motivarli in tal senso. Un contesto favorevole incentiva l'attività fisica a casa, a scuola, sul posto di lavoro, durante gli spostamenti e nel tempo libero. La sfida consiste nel continuare a sviluppare in modo mirato i punti forti dell'offerta di attività fisiche e sportive.

Parallelamente occorre individuare i gruppi di popolazione che non sono raggiungibili nella dovuta misura dalle offerte attuali. Si tratta di sostenere gli approcci innovativi e di sviluppare nuove opportunità laddove sia necessario.

Approcci integrati per il promovimento di un peso corporeo sano

Il quarto obiettivo vuole frenare la tendenza all'aumento del sovrappeso nella popolazione. Occorre integrare nella vita quotidiana approcci combinati (attività fisica, alimentazione, aspetti psichici e sociali) per promuovere il mantenimento di un peso corporeo sano.

Ottimizzazione dell'offerta di consulenza e terapia

Il quinto obiettivo prevede di creare un'offerta di consulenza e terapia, basata sull'evidenza scientifica e orientata al fabbisogno effettivo per le persone che vivono in Svizzera e soffrono di disturbi alimentari, problemi di sovrappeso o di obesità. Particolare attenzione è riservata all'individuazione precoce dei soggetti a rischio.

Principi di attuazione

Il PNAAF deve essere attuato nell'osservanza dei seguenti principi:

- Il conseguimento degli obiettivi implica necessariamente che per l'attuazione del PNAAF sia prestata la medesima attenzione alla collaborazione tra i diversi attori che era stata richiesta al momento della sua elaborazione. Deve essere attribuita particolare importanza alla collaborazione multisettoriale e al partenariato con l'industria alimentare. Creando sinergie con i partner, le risorse in campo possono essere meglio sfruttate e i mezzi a disposizione possono essere investiti più efficacemente.
- Devono essere meglio definiti i ruoli e le competenze dei molteplici attori nel settore dell'alimentazione e dell'attività fisica in Svizzera. L'attuazione delle misure deve avvenire in un'ottica di lungo termine. I provvedimenti che mirano a modificare lo stile di vita delle persone necessitano di un periodo di tempo che va dai 15 ai 20 anni.
- Il Programma deve mettere in primo piano messaggi positivi come il piacere di mangiare e di praticare attività fisiche. Occorre sfruttare tutte le possibilità per favorire in primo luogo questo tipo d'approccio.

Punti centrali

Centrale nel Programma nazionale alimentazione e attività fisica è la creazione di una piattaforma nazionale sull'alimentazione e l'attività fisica e di un sistema di monitoraggio. Due strumenti che dovrebbero facilitare la collaborazione multisettoriale e la coordinazione degli interventi già effettuati o pianificati. Inoltre, questi strumenti, dovrebbero permettere di identificare le lacune esistenti e analizzare il contesto nella quale s'inseriscono i problemi di salute pubblica legati all'alimentazione e all'attività fisica.

Piattaforma nazionale alimentazione e attività fisica

Nel quadro della piattaforma nazionale sull'alimentazione e l'attività fisica si intendono discutere, insieme agli attori coinvolti, le misure d'intervento da adottare di comune accordo. Come in altri settori della sanità pubblica, ma in particolare nel campo dell'alimentazione e all'interno delle condizioni quadro stabilite per lo sport e l'attività fisica in generale, sorgono costantemente alcune questioni: le misure volontarie sono sufficienti per conseguire un miglioramento della situazione sanitaria? Quando è inevitabile intervenire a livello di disciplinamento? Prima di adottare misure legali, di regola va completamente sfruttato il potenziale degli attori privati (p.es. l'industria alimentare o il commercio al dettaglio) e di organizzazioni non profit e volontarie per misure volontarie di autodisciplinamento.

Si tratta però anche di sostenere in modo ottimale il grande impegno profuso dagli attori privati mediante attività dell'ente pubblico che possano poggiarsi su solide basi legali. Questa piattaforma strategica deve sostenere le attività delle reti esistenti senza entrare in concorrenza con loro.

Sistema unitario di monitoraggio

Occorre sviluppare un sistema di monitoraggio unitario che poggi sulle strutture esistenti, quali l'Osservatorio sport e movimento in Svizzera (sportobs) o l'Inchiesta Svizzera sulla salute. È tuttavia opportuno mettere a punto anche altri strumenti, ad esempio la National Nutrition Survey Switzerland (NANNUS) o un monitoraggio dell'attività fisica dei bambini. Tali strumenti consentono di individuare lacune e approcci efficaci nel campo dell'alimentazione e dell'attività fisica.

Responsabilità

Le responsabilità del PNAAF sono ripartite tra i tre partner UFSP, UFSPPO e Promozione Salute Svizzera nel modo seguente:

- l'UFSP assume la direzione per quanto concerne la messa in atto della coordinazione nazionale (obiettivo 1), la promozione di una alimentazione equilibrata (obiettivo 2), l'ottimizzazione delle offerte di consulenza e di terapie (obiettivo 5), così come la promozione dell'attività fisica nel quotidiano (obiettivo 3);
- l'UFSPPO è responsabile innanzitutto della promozione dello sport e, più in generale, dell'attività fisica (obiettivo 3);
- Promozione Salute Svizzera compete l'adozione di approcci integrati per il promovimento di un peso corporeo sano (obiettivo 4).

Un ruolo di primo piano per la pianificazione e l'attuazione del Programma lo svolgono i Cantoni. Altri importanti partner sono, i Comuni, le organizzazioni parastatali, le organizzazioni non governative (Alleanza ONG), l'industria alimentare e il commercio in questo settore. Nell'elaborazione delle misure sono pure implicati altri uffici federali, quali l'Ufficio federale della migrazione (per quanto concerne ad es. l'integrazione sociale attraverso lo sport), l'Ufficio federale dello sviluppo territoriale (per quanto attiene alla pianificazione dell'insediamento che favorisca l'attività fisica), l'Ufficio federale delle strade (per quanto riguarda ad es. il traffico lento e in particolare le piste ciclabili) e l'Ufficio federale dell'agricoltura (in merito ad es. alla produzione di derrate alimentari).

Introduzione

Negli ultimi decenni il legame tra le diverse abitudini alimentari, l'attività fisica e le malattie non trasmissibili è apparso sempre più evidente.

Correlazione tra alimentazione e malattie

Importanti studi epidemiologici individuano una correlazione tra abitudini alimentari, morbilità (frequenza delle malattie) e mortalità (frequenza dei decessi) nel caso di patologie cardiocircolatorie, tumori e altre malattie croniche non trasmissibili. Nuove conoscenze sull'insorgenza di queste malattie a livello cellulare e molecolare hanno permesso di comprendere più a fondo l'influsso del cibo, tanto che oggi nessuno mette più in dubbio il potenziale di un'alimentazione equilibrata ai fini della prevenzione (OMS, 2003).

L'importanza dell'attività fisica per la salute

Da oltre dieci anni la scienza studia l'importanza dell'attività fisica regolare per la salute. Un primo quadro della situazione è stato fornito nel 1996 dall'«US Surgeon General's Report on Physical Activity and Health» (CDC, 1996) al quale sono seguiti numerosi altri lavori di ricerca come la pubblicazione «Physical Activity and Health, Evidence for Action» (OMS, 2006a). Questi studi hanno chiaramente dimostrato il ruolo dell'attività fisica regolare nella prevenzione di malattie cardiocircolatorie, varie forme tumorali, diabete di tipo II e osteoporosi, nonché la sua importanza per la salute psichica e l'autonomia in età avanzata. Sono in corso ulteriori ricerche ad esempio sugli effetti sulle facoltà intellettive e sulle ripercussioni sociali.

Prevenzione dell'obesità

Alimentazione equilibrata e attività fisica sufficiente sono le chiavi di volta della lotta contro l'obesità che negli ultimi anni si sta diffondendo in Europa (e quindi anche in Svizzera). Per classificare il peso corporeo si utilizza l'indice di massa corporea (IMC), dato dal peso corporeo in chilogrammi diviso per la statura in metri elevata al quadrato. Un IMC superiore a 25 kg/m² significa sovrappeso e a partire da 30 kg/m² si parla di obesità.

Un ulteriore parametro non ancora di uso corrente a livello internazionale è la misura della circonferenza del ventre.

Alla luce di questa situazione, l'Assemblea mondiale della sanità (AMS) ha adottato nel maggio 2004 la Strategia globale su dieta, attività fisica e salute, invitando i governi degli Stati membri ad adeguarla alle rispettive realtà nazionali.

Programma nazionale

Il Programma nazionale alimentazione e attività fisica 2008–2012 (PNAAF 2008–2012), elaborato su incarico del Consiglio federale, è conforme alle raccomandazioni dell'OMS. Si tratta di un documento quadro che fissa le future linee direttrici per il coordinamento strategico a livello nazionale in tema di alimentazione e attività fisica.

L'Ufficio federale della sanità pubblica, l'Ufficio federale dello sport, Promozione Salute Svizzera e altre istituzioni ne hanno gettato le basi strategiche portando a termine preziosi lavori preliminari. Nella stesura del documento quadro si è inoltre tenuto conto di una serie di principi fondamentali adottati in campo internazionale.

1 Situazione iniziale

1.1 Contesto internazionale

Morbidità a livello mondiale

Le malattie non trasmissibili connesse all'alimentazione e alla sedentarietà sono responsabili del 60% dei decessi e del 47% della morbidità a livello mondiale (OMS, 2006c). Nella maggior parte dei Paesi europei cinque dei sette fattori di rischio più importanti per le malattie non trasmissibili sono correlati a un'alimentazione scorretta e alla sedentarietà: ipertensione, sovrappeso, colesterolemia elevata, inattività fisica e scarso consumo di frutta e verdura. Altri due fattori di rischio importanti sono il fumo e l'alcol (OMS, 2002).

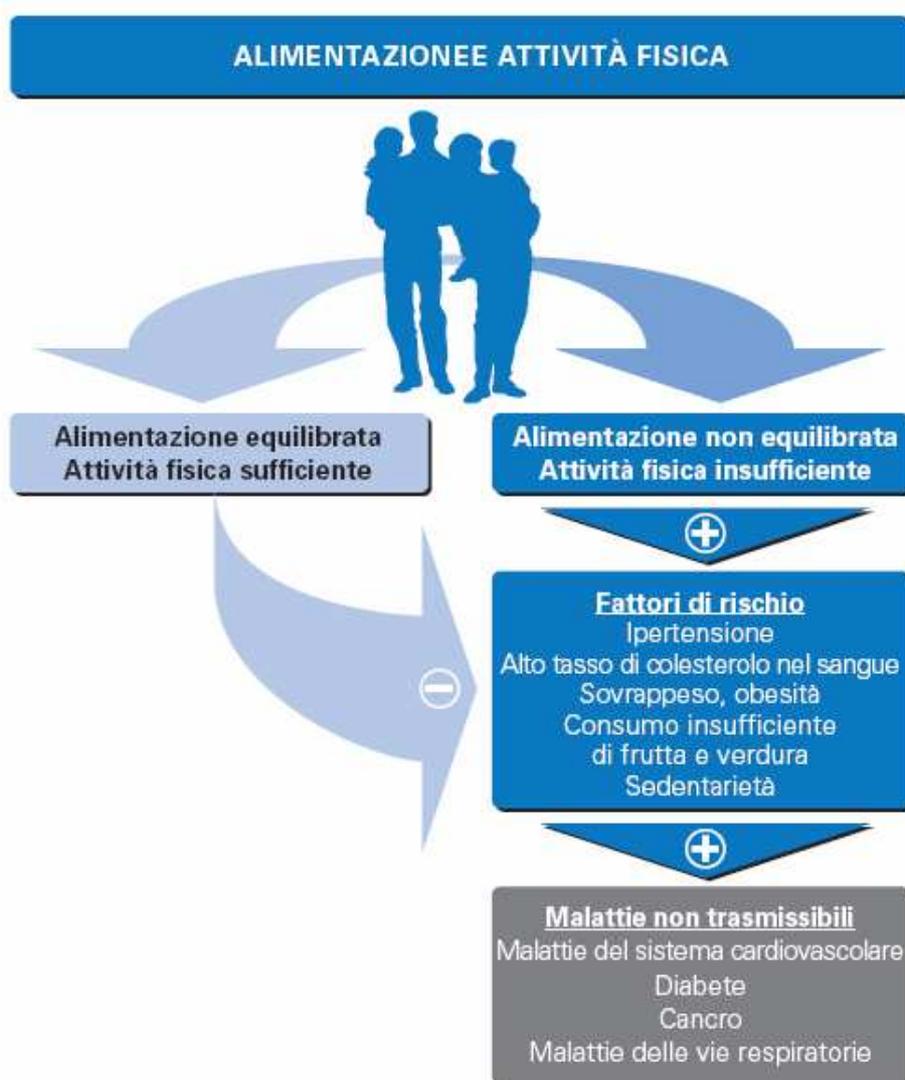


Illustrazione 1: Influsso dell'alimentazione e dell'attività fisica sulle malattie non trasmissibili (illustrazione UFSP)

Malattie connesse all'alimentazione

Le sei principali malattie connesse all'alimentazione a livello mondiale sono obesità, diabete, patologie cardiocircolatorie, tumori, malattie dentali e osteoporosi (OMS, 2003).

Diffusione dell'obesità

La diffusione di sovrappeso e obesità ha ormai raggiunto livelli epidemici. Negli ultimi dieci/venti anni si è registrata una crescita esponenziale del numero di persone afflitte da questi problemi non solo nei Paesi più ricchi, ma anche in quelli poco industrializzati (OMS, 2000). La frequenza (o prevalenza) dell'obesità in Europa è triplicata negli ultimi vent'anni, raggiungendo livelli allarmanti specialmente tra i bambini e i giovani. L'aumento annuo del tasso di crescita per l'obesità infantile registra un'accelerazione costante, tanto che ora è circa dieci volte superiore a quello degli anni 1970 (OMS, 2006a). Una tendenza che non risparmia la Svizzera, dove il numero delle persone colpite è in aumento sia tra gli adulti che tra i bambini (Eichholzer et al., 2005).

Sovrappeso e obesità conseguenti a un'alimentazione scorretta e alla sedentarietà provocano ogni anno tra la popolazione adulta europea l'80% dei casi di diabete di tipo II, il 35% delle malattie cardiache legate a disturbi circolatori e il 55% delle patologie correlate all'ipertensione (OMS, 2002).

Sovralimentazione e sottoalimentazione

In tema di alimentazione balza agli occhi un contrasto a livello mondiale: a fronte di un miliardo di persone in sovrappeso ce ne sono 850 milioni sottoalimentate (OMS, 2002; FAO, 2004). Anche tra i bambini la discrepanza è sempre più evidente: un quarto degli scolari europei è in sovrappeso, mentre altrettanti sono i bambini sottanutriti a livello mondiale (IOTF, 2004; UNICEF, 2005). In Europa oltre 200 milioni di persone, ossia più della metà della popolazione adulta, risultano obese o in sovrappeso con differenze di diffusione in base a regione, nazione, cultura e stato sociale (IOTF, 2004). Considerato il ruolo del sovrappeso nell'insorgenza di numerose malattie e nell'aumento del tasso di mortalità, i 300 milioni di obesi e la crescente percentuale di bambini afflitti da obesità o sovrappeso (attualmente il 10%) rappresentano una vera e propria sfida per la politica sanitaria (IOTF, 2004).

Sedentarietà

Anche la sedentarietà rappresenta un importante problema di sanità pubblica a livello globale. L'OMS ha stimato nel 2002 che il 17% della popolazione mondiale è completamente inattiva e che il 41% non si muove a sufficienza. Sempre nel 2002, il 69% degli adulti europei non seguiva le raccomandazioni sul movimento (Sjöström et al., 2006). Seppur in misura ridotta, sono disponibili anche informazioni sulle abitudini dei più giovani: un'inchiesta condotta in alcuni Paesi europei mostra che due terzi dei ragazzi d'età compresa tra gli 11 e i 15 anni praticano un'attività fisica salutare per meno di un'ora al giorno di (OMS 2004b).

Strategia globale

Alla luce di questa situazione, l'Assemblea mondiale della sanità (AMS) ha adottato nel maggio 2004 la Strategia globale su dieta, attività fisica e salute, invitando i governi degli Stati membri a metterla in pratica adeguandola alle rispettive realtà nazionali (OMS, 2004a). Su mandato del Consiglio federale, la risoluzione AMS 57.17 è stata recepita anche in Svizzera come descritto nel presente programma.

L'attività fisica e l'alimentazione sono di centrale importanza non solo per contrastare l'obesità, ma anche per prevenire altre malattie non trasmissibili. Nella sua strategia globale l'OMS afferma:

«Diet and physical activity influence health both together and separately. Although the effects of diet and physical activity on health often interact, particularly in relation to obesity, there are additional health benefits to be gained from physical activity that are independent of nutrition and diet, and there are significant nutritional risks that are unrelated to obesity. Physical activity is a fundamental means of improving the physical and mental health of individuals¹.» (OMS, 2004a).

Raccomandazioni internazionali

La realizzazione delle misure adottate da ciascun Paese per contrastare la diffusione di sovrappeso e obesità poggia sulla Strategia globale dell'OMS (2004a) e sulla Carta europea sull'azione di contrasto all'obesità approvata nel novembre 2006 dai ministri europei della sanità (OMS, 2006b). La Carta europea impone di conciliare maggiormente gli sviluppi socioeconomici e culturali con gli obiettivi sanitari e di facilitare l'adozione di decisioni a favore della salute. Tutte le misure sono finalizzate ad arginare l'epidemia e a invertire la tendenza a lungo termine. A tal fine, sono indispensabili l'impegno di tutte le componenti sociali e un'equilibrata ripartizione delle responsabilità tra Stato, collettività e singoli individui. Il sostegno alle fasce sociali disagiate è altamente prioritario.

Politica dell'UE

Alimentazione, attività fisica e obesità sono temi scottanti anche a livello europeo tanto che trovano un posto di rilievo nei programmi sanitari dell'UE. Una rete per l'alimentazione e l'attività fisica, la fondazione di una piattaforma d'azione a livello europeo, la pubblicazione di un libro verde sulla promozione di un'alimentazione sana e dell'attività fisica (COM, 2005/0637) sono alcune delle iniziative finora adottate dalla Commissione europea (UE, 2005). Con una risoluzione del 1° febbraio 2007, il Parlamento europeo chiede che la lotta all'obesità e ad altre malattie connesse all'alimentazione abbia priorità politica nell'Unione europea e negli Stati membri. Su queste basi, la Commissione europea (UE, 2007) ha adottato nel maggio 2007 il Libro bianco della strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità (COM, 2007/279) nel quale si auspica la costituzione di partenariati maggiormente orientati all'azione.

Il presente programma si basa sulle raccomandazioni e sui principi fondamentali adottati dall'OMS e dall'Unione europea.

¹ L'alimentazione e l'attività fisica influiscono sulla salute sia congiuntamente che disgiuntamente. Se i loro effetti spesso interagiscono, in particolare nel caso dell'obesità, l'esercizio fisico offre dei vantaggi supplementari per la salute del tutto indipendenti dall'alimentazione e dalle diete. Per contro, alcuni dei rischi nutrizionali più importanti non sono correlati all'obesità. Il movimento è un mezzo fondamentale per migliorare la salute fisica e mentale degli individui.

1.2 Situazione in Svizzera

1.2.1 Abitudini alimentari, attività fisica e sovrappeso

Abitudini alimentari

Circa un terzo della popolazione (31%) ammette di non prestare particolare attenzione a ciò che mangia. Una buona parte delle persone che risiedono in Svizzera non consuma quotidianamente frutta (34%), verdura (18%), latte (64%) e latticini (39%). Il 38% inoltre non mangia mai o quasi mai pesce (UST, 2003). Rispetto ai dati raccolti 10 anni fa, le abitudini alimentari della popolazione non sono migliorate (Eichholzer et al., 2005) e si contraddistinguono per un consumo di zuccheri che supera ampiamente la dose giornaliera raccomandata (10% dell'apporto calorico complessivo).

I bambini in età scolare tendono a saltare la colazione (dal 10 al 25% dei bambini non mangiano nulla al mattino), a consumare meno pasti in famiglia e ad assumere spuntini molto calorici in tarda serata (Baerlocher et al., 2000).

Attività fisica

La sedentarietà è molto diffusa tra la popolazione elvetica. Il 64% degli adulti pratica meno di mezz'ora al giorno di moto e non allena sufficientemente la resistenza. Il 19% è addirittura completamente inattivo. Solo il 27% può essere considerato allenato (UST, 2003). Il confronto tra il 1992 e il 2002 rivela tuttavia un dato positivo: dopo gli aumenti fatti registrare tra il 1992 e il 1997, nel 2002 la quota di inattivi risulta stazionaria (UST, 2006). Questo sviluppo si spiega con l'aumento della pratica sportiva nel tempo libero. Rappresenta invece un problema la continua riduzione dell'attività fisica nella vita quotidiana (UFSPÖ et al., 2006). Tra i due sessi si osservano importanti differenze sia per quanto riguarda le abitudini alimentari che l'attività fisica. Le donne (76%) sono più attente all'alimentazione rispetto agli uomini (61%) e camminano o vanno in bicicletta almeno mezz'ora al giorno (48% contro 36%). Per contro, gli uomini (68%) praticano più spesso un'attività sportiva intensa nel tempo libero rispetto alle donne (59%) (UST, 2003).

Attività fisica tra bambini e giovani

In Svizzera non sono disponibili dati rappresentativi sull'attività fisica dei bambini e dei giovani. Non si possono quindi fare affermazioni sulle tendenze in corso. I dati sul comportamento nel traffico della popolazione svizzera indicano tuttavia un calo della mobilità lenta anche tra i bambini e i giovani per gli spostamenti casa-scuola: dal 1994 al 2000 la quota di coloro che vanno a piedi è rimasta pressoché inalterata, mentre si è ridotta dal 21% al 16% la percentuale di chi usa la bicicletta (ARE e UST, 2001).

Obesità in Svizzera

Negli ultimi anni il numero delle persone in sovrappeso è cresciuto in maniera preoccupante in tutte le fasce di età. Si sta inoltre scavando un divario sul piano nutrizionale: accanto al sovraconsumo e ai conseguenti problemi di sovrappeso ormai tipici di buona parte dei residenti, sono in aumento le fasce di popolazione con carenze alimentari qualitative o quantitative. Nel 2002 il 37% degli adulti era obeso o in sovrappeso contro il 30% del 1992/93 (UST, 2003; Keller et al., 1998). In valori assoluti ciò significa che nel 2002 erano 2,2 milioni le persone di più di 15 anni con un peso corporeo eccessivo. Il sovrappeso si riscontra più frequentemente tra gli uomini (45%) che tra le donne (29%).

Per entrambi i sessi sovrappeso e obesità aumentano costantemente con l'età, anche se in modo meno marcato negli uomini ultracinquantenni. Il fenomeno del peso corporeo eccessivo riguarda principalmente le fasce sociali meno agiate (Eichholzer et al., 2005).

Un bambino su cinque è in sovrappeso

Il 20% dei bambini (dai 6 ai 12 anni) è in sovrappeso, il 5% addirittura obeso. Rispetto al 1980 il numero si è quintuplicato; l'aumento è stato ancora più rilevante per l'obesità (Zimmermann et al., 2004). Questa tendenza è particolarmente allarmante in quanto, nella maggior parte dei casi, chi è obeso in tenera età lo rimane anche da adulto.

Disturbi alimentari

Obesità e disturbi alimentari sono strettamente collegati: il 30% circa delle persone obese soffrono di disturbi che necessitano di cure mediche e l'obesità stessa spesso non è altro che la conseguenza di una lunga serie di disturbi alimentari (Giusti, 2002). La paura di essere considerati grassi è causa di una relazione problematica con il proprio corpo: non a caso il 70% delle ragazze svizzere desidera dimagrire (Narring, 2004). Come nelle altre società industrializzate occidentali, il 5% delle persone tra i 15 e i 35 anni soffrono di disturbi alimentari classici, come anoressia, bulimia, binge eating disorder, o di altre forme atipiche o miste di comportamenti alimentari dannosi per la salute (de Zwaan, 2001; Devaud, 1998). Va inoltre ricordato che la quota non considerata dalle statistiche è alta, in quanto la rilevazione avviene solamente quando l'interessato si rivolge a un servizio specializzato.

1.2.2 Costi macroeconomici

Costi dell'obesità

Nel 2001 i costi macroeconomici indotti dal sovrappeso e dall'obesità erano stimati in 2,7 miliardi di franchi all'anno (+/- 20%), pari al 5% dei costi della salute. Il 98% delle spese va ricondotto a malattie correlate come diabete di tipo II, patologie cardiache coronariche, ipertensione e depressione (UFSP, 2004a).

Costi della sedentarietà

Secondo il documento di base «Movimento efficace per la salute» anche le conseguenze economiche della sedentarietà sono piuttosto pesanti. L'inattività provoca ogni anno in Svizzera circa 2900 decessi prematuri, 2,1 milioni di casi di malattia e costi di cura per 2,4 miliardi di franchi (UFSP, 2001; UFSP et al., 2006).

2 Correlazioni e principi di intervento

Basi e possibilità

Le molteplici correlazioni rendono possibili interventi su più fronti. Per favorire una comprensione comune, nel presente capitolo vengono illustrate brevemente le basi e le possibilità d'intervento.

2.1 Salute

Concetto

La salute è una componente essenziale della vita quotidiana. Essa dipende non solo dalle condizioni del sistema sanitario, da prerogative biologico-genetiche e dallo stile di vita personale, bensì anche da requisiti fondamentali come la pace, lo stato sociale, l'istruzione, l'alimentazione, il lavoro, il reddito, la casa, l'ambiente, la giustizia sociale, le pari opportunità nonché l'accesso alle cure mediche necessarie. Tutti questi fattori sono decisivi sia per la salute sia per il benessere dell'individuo (Carta di Ottawa, 1986).

2.2 Alimentazione e salute

Fattori d'influenza

L'alimentazione equilibrata è un fattore estremamente importante per la salute: sottoalimentazione e sovralimentazione possono invece causare malattie o incidere negativamente sul loro decorso e sui rispettivi fattori di rischio.

Malattie nutrizionali

Le sei principali malattie legate all'alimentazione sono: obesità, diabete, disturbi cardiocircolatori, tumori, osteoporosi e malattie dentali. All'alimentazione sono associati fattori protettivi, che contribuiscono a ridurre il rischio di insorgenza di malattie, ma anche fattori negativi, che al contrario aumentano detto rischio. I fattori nutrizionali che hanno notoriamente un'influenza sull'insorgere di malattie sono più di cinquanta (da singoli componenti a categorie di alimenti), con evidenze tuttavia molto diverse e non sempre avvalorate da adeguate prove scientifiche (OMS, 2003). È ormai certezza acquisita che consumare verdura, frutta e pesce aiuta a prevenire le malattie cardiocircolatorie, mentre i grassi trans, i grassi saturi e un elevato apporto di sale aumentano il rischio di insorgenza. L'obesità, dovuta in primo luogo alla sovralimentazione e all'insufficiente attività fisica, è considerata una malattia a sé, che a sua volta può aumentare il rischio di insorgenza delle malattie ad essa collegate, tra cui il diabete mellito di tipo II, malattie del sistema cardiocircolatorio e diverse forme tumorali (OMS, 2003).

Nella tabella qui appresso sono elencati i fattori cui è associato un comprovato aumento del rischio di insorgenza delle malattie legate all'alimentazione (secondo l'OMS, 2003):

Fattori d'influenza	Malattie
Frequente consumo di alimenti ad alto contenuto energetico e a scarso contenuto di micronutrienti	Obesità
Sedentarietà, scarsa attività fisica	Obesità, diabete di tipo II
Sovrappeso e obesità	Diabete di tipo II, malattie cardiocircolatorie, tumori
Grassi saturi	Malattie cardiocircolatorie
Acidi grassi trans	Malattie cardiocircolatorie
Sodio	Malattie cardiocircolatorie
Elevato consumo di alcol	Malattie cardiocircolatorie, tumori, osteoporosi
Zuccheri	Carie

Tabella 1: Correlazione tra fattori d'influenza e malattie non trasmissibili (OMS 2003).

Raccomandazioni in materia di alimentazione

Nella Strategia globale dell'OMS su dieta, attività fisica e salute (OMS, 2004a) sono formulate le seguenti cinque raccomandazioni:

- rispettare il bilancio energetico e un peso corporeo sano;
- limitare il consumo generale di grassi, diminuendo l'assunzione di grassi saturi a favore di quelli insaturi e riducendo il consumo di acidi grassi trans;
- mangiare più frutta e verdura, prodotti integrali e noci;
- limitare l'assunzione di zuccheri;
- limitare l'assunzione di sale e usare sale da cucina iodato.

Queste raccomandazioni costituiscono anche il fondamento sia del piano d'azione europeo per una politica sugli alimenti e la nutrizione sia delle raccomandazioni svizzere in materia di alimentazione (UFSP, 2006).

Piramide alimentare

La piramide alimentare illustra i criteri base di una dieta varia ed equilibrata. La piramide è stata adeguata alla realtà svizzera e le raccomandazioni si rivolgono ad adulti in buona salute. Le altre fasce d'età e gruppi specifici della popolazione (bambini, donne incinte, sportivi di alto livello, vegetariani ecc.) hanno invece un fabbisogno alimentare particolare (SSN, 2005a+b; Eichholzer et al., 2005).

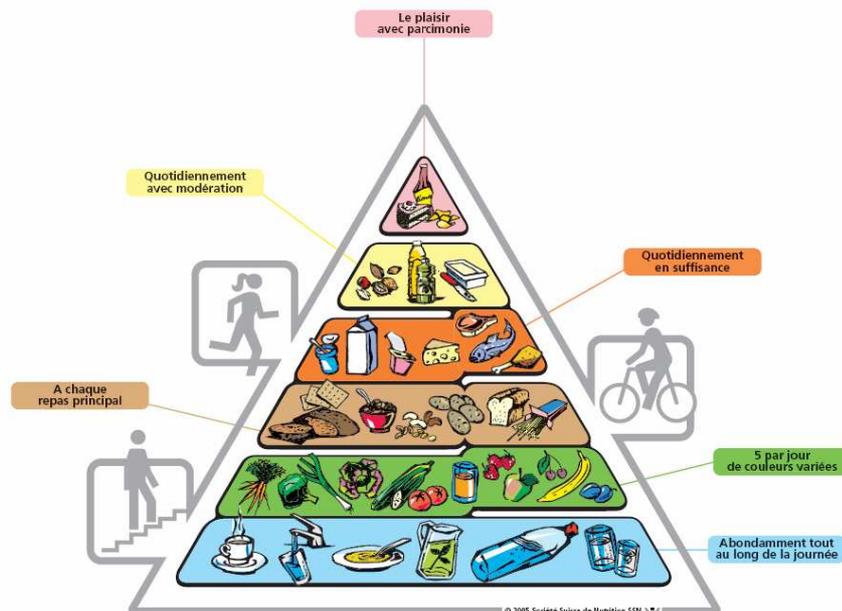


Illustrazione 2: Piramide alimentare (Società Svizzera di Nutrizione, SSN 2005a)

2.3 Attività fisica e salute

L'attività fisica, un rimedio efficace

Gli effetti positivi di una regolare attività fisica sulla salute degli adulti sono oggigiorno dimostrati, quantificati e ampiamente accettati (USDHHS, 1996; Oja et al., 2004; Bouchard et al., 2007; OMS Europa, 2006a).

Il movimento aiuta a prevenire malattie largamente diffuse come i disturbi cardiocircolatori, il diabete di tipo II, l'obesità, l'osteoporosi, talune forme tumorali (cancro al seno e del colon) e disturbi alla schiena.

Moto e sport hanno effetti positivi anche sulla psiche: migliorano l'umore e sono un rimedio antidepressivo. Le persone che fanno movimento vivono non solo più a lungo, ma hanno bisogno di meno cure in età avanzata rispetto alle persone che conducono uno stile di vita piuttosto sedentario. Recenti ricerche hanno dimostrato inoltre che un'attività fisica praticata regolarmente ha effetti positivi persino sulle facoltà intellettive.

Effetti dell'attività fisica sulla salute di bambini e adolescenti

Se gli effetti dell'attività fisica sulla salute degli adulti sono oggi ampiamente comprovati, mancano per ora prove altrettanto convincenti sugli effetti di movimento e sport sulla salute di bambini e adolescenti, e questo perché solo di recente sono state messe a punto tecniche precise e affidabili per la misurazione delle abitudini motorie durante l'infanzia. Alla luce delle conoscenze attuali si può ad ogni modo presupporre che l'attività fisica abbia su bambini e adolescenti i seguenti effetti: diminuzione del rischio di sovrappeso e smaltimento dei chili di troppo, aumento della massa ossea, minor rischio di diabete e malattie cardiocircolatorie. Sembrerebbe poi che le attività sportive migliorino la salute psichica, il rendimento scolastico e l'integrazione sociale. È inoltre probabile che lo sport abbia un ruolo nella prevenzione delle dipendenze in bambini e adolescenti, se non altro in relazione al tabagismo ed eventualmente al consumo di canapa (Martin et al., 2006).

Attività fisica: raccomandazioni destinate agli adulti

In termini di salute, gli adulti dovrebbero fare almeno mezz'ora al giorno di moto di intensità pari a una camminata a passo sostenuto. Esercizio fisico più intenso, come l'allenamento della resistenza o muscolare, portano ulteriori benefici (Martin et al., 2001).



Illustrazione 3: Piramide del movimento, raccomandazioni destinate agli adulti (UFSP, UFSP, Rete svizzera Salute e movimento, 2006)

Attività fisica: raccomandazioni destinate a bambini e adolescenti

Sulla base delle conoscenze attuali, verso la fine dell'età scolare i giovani hanno bisogno di almeno un'ora di movimento al giorno, i più piccoli nettamente di più. Uno sviluppo ottimale richiede necessariamente una buona varietà di attività fisiche e sportive. Nell'ora minima di movimento consigliata o, al di fuori di essa, per almeno dieci minuti più volte la settimana, si dovrebbero praticare attività che rafforzano le ossa, stimolano il sistema cardiocircolatorio, potenziano i muscoli, mantengono la mobilità articolare e migliorano l'agilità (Martin et al., 2006). I tempi e la durata dell'attività fisica indicati nelle raccomandazioni sono piuttosto prudenziali e dovranno essere rivisti non appena si saranno acquisite nuove conoscenze nell'ambito delle ricerche nazionali e internazionali.



Illustrazione 4: Il disco del movimento, raccomandazioni destinate a bambini e adolescenti (UFSPPO, UFSP, Rete svizzera Salute e movimento, 2006).

Muoversi fa bene alla salute

Qualsiasi attività fisica, dallo sport alle attività quotidiane, che soddisfi le esigenze minime di frequenza, durata e intensità (cfr. raccomandazioni di cui sopra) e comporti il minor numero di effetti collaterali indesiderati, fa bene alla salute. In questo documento, termini come *movimento*, *attività fisica* e *moto* sono intesi come attività che *fanno bene alla salute*.

2.4 Peso corporeo e salute

Equilibrio energetico

L'epidemia di obesità è una conseguenza delle nuove condizioni e abitudini di vita che hanno preso piede in questi ultimi anni: calo dell'attività fisica e mutamenti del regime alimentare. Il bilancio energetico (energia che assumiamo e che consumiamo) è influenzato da una pluralità di fattori: famiglia, ambiente scolastico, politica dei trasporti e politica urbana, pubblicità, politica alimentare e agricola.

Molteplici fattori d'influenza

Gran parte del nostro quotidiano - dai trasporti alla casa, dal lavoro alla scuola e persino alcune occupazioni del tempo libero - richiede sempre meno attività fisica. Nella società di oggi non vi è quasi più necessità di muoversi e la tendenza generale è di praticare sempre meno attività fisiche, soprattutto nella vita quotidiana, dove vanno via via diminuendo le occasioni per fare movimento. Senza contare poi le nuove abitudini alimentari all'origine del drastico aumento dei casi di sovralimentazione involontaria:

- a) un regime alimentare ipercalorico, ossia con un elevato apporto calorico per unità di peso, indotto dall'aggiunta di quantità eccessive di grassi e zuccheri nonché dal consumo ridotto di frutta e verdura;
- b) il consumo fuori pasto di bibite ad elevato apporto energetico (bibite zuccherate) (OMS, 2006b).

Entrambi questi fattori non sono evidentemente influenzati dal normale processo di regolazione biologica a breve termine dell'appetito e dell'assunzione di alimenti, sicché bambini e adulti finiscono il più delle volte per non adeguare i pasti in funzione delle calorie già assunte con questi alimenti rispettivamente queste bevande. Il problema è aggravato dalla sedentarietà. Una dieta ipocalorica, con pochi grassi, molti carboidrati complessi e fibre alimentari aiuta invece a non ingrassare. Non sorprende quindi che un minor aumento di peso sia associato a un maggior consumo di frutta e verdura (OMS, 2006b).

Per migliorare le abitudini alimentari e incentivare l'attività fisica occorre intervenire in primo luogo in quei comparti della società dove si creano le condizioni che favoriscono un comportamento alimentare e motorio sano e che inducono ad adottare uno stile di vita salutare (Schutz et al., 2006). Se stimolato dall'ambiente circostante, l'individuo è più propenso a preoccuparsi della propria salute (Christakis et al., 2007).

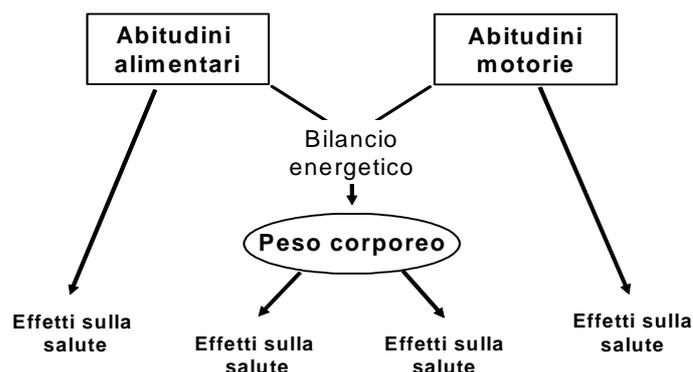


Illustrazione 5: Effetti sulla salute delle abitudini alimentari e motorie (OMS, 2004a)

2.5 Principi d'intervento

Interventi

Esiste la possibilità di intervenire a diversi livelli, nei confronti di una pluralità di fattori d'influenza e con vari tipi di adeguamento. Le possibilità nel campo dell'alimentazione e del movimento sono in parte identiche a quelle di altri settori della prevenzione, ma presentano talvolta esigenze specifiche (cfr. allegato I).

2.5.1 Concetto quadro

Modello «circuito di regolazione»

Le misure nel settore della sanità pubblica (i cosiddetti interventi di public health) sono spesso concepite come un circuito di regolazione guidato idealmente dalle conoscenze e dall'esperienza. La promozione della salute e la prevenzione si inseriscono però anche in un contesto sociale che interagisce con il circuito di regolazione (Illustrazione 6).

Impiego ottimale delle risorse

Presupposto chiave per un impiego ottimale delle risorse disponibili è sfruttare appieno le esperienze acquisite, le evidenze raccolte e le sinergie esistenti. Gli interventi volti a migliorare le abitudini alimentari e di movimento sono estremamente complessi e spesso mancano di prove scientifiche. Si deve quindi agire secondo il principio della «best available evidence». Un metodo efficace e pragmatico per mettere a punto misure d'intervento adeguate è quello che si rifà alla buona prassi e consiste nell'identificare i procedimenti migliori e più economici.

Ruolo centrale del monitoraggio e della valutazione

In un sistema di pianificazione basato sulle evidenze raccolte, come quello della promozione della salute e della prevenzione, il monitoraggio e la valutazione assumono un'importanza centrale nell'acquisizione delle conoscenze di base (cfr. capitolo 8, obiettivo 1). Non meno importante è la necessità di divulgare e rendere accessibili le scoperte fatte.



Illustrazione 6: Concetto quadro per la promozione di un'alimentazione equilibrata e di un'attività fisica regolare. È stato ripreso e sviluppato il concetto elaborato da HEPA Europe

Fattori d'influenza

Le abitudini alimentari e di movimento sono influenzate da molteplici fattori. Un cambiamento in positivo di questi fattori può migliorare anche il comportamento alimentare e di movimento.

Fattori variabili

Fattori individuali: sapere, motivazione, competenze in materia di salute, atteggiamento nei confronti di un'alimentazione bilanciata e di un'attività fisica regolare, ma anche capacità e risorse specifiche (ad es. guida sicura della bicicletta, tecniche base di cucina).

Contesto sociale: ambiente familiare, rete delle relazioni sociali (ad es. i peer group) e ambiente di lavoro.

Condizioni strutturali: prezzi e struttura dell'offerta, pubblicità per i prodotti alimentari e offerta di attività sportive.

Contesto fisico: ambiente costruito, come strutture insediative e infrastrutture di trasporto; disponibilità di impianti sportivi, zone ricreative, ambienti naturali, boschi e corsi d'acqua dove tenersi in forma; disponibilità e reperibilità di generi alimentari.

Fattori fissi

Vi è poi una serie di fattori non modificabili: fattori genetici, età, sesso e background culturale. Può rivelarsi opportuno o addirittura necessario adeguare le misure alle variabili fisse (età, background culturale, condizioni socioeconomiche dei gruppi target).

Prevenzione comportamentale e prevenzione strutturale

- Gli interventi di prevenzione e promozione della salute devono mirare a influenzare i fattori variabili. Occorre distinguere due aspetti complementari della prevenzione:
 - la **prevenzione comportamentale**, che si prefigge di migliorare le competenze individuali in materia di salute, stimolare un cambiamento delle abitudini del singolo e avviare processi di apprendimento collettivo;
 - la **prevenzione strutturale**, che si prefigge di influenzare opportunamente l'ambiente circostante (vita privata, lavoro, mercato e ambiente) per creare le condizioni favorevoli a un'alimentazione equilibrata e a un'attività fisica regolare.

Per promuovere la salute e garantire la prevenzione attraverso un'alimentazione corretta e un'attività fisica regolare si deve agire sia a livello individuale (prevenzione comportamentale) sia a livello di ambiente circostante (prevenzione strutturale). Un risultato ottimale presuppone un coordinamento mirato degli interventi ad entrambi i livelli.

Misure volontarie e misure legali

Anche nel campo dell'alimentazione e dell'attività fisica ci si chiede fino a che punto le misure volontarie siano sufficienti per migliorare la situazione sanitaria e quando invece si rende inevitabile un intervento disciplinatorio. Tuttavia, prima di adottare misure legali, è opportuno sfruttare l'intero potenziale di autoregolamentazione degli attori privati (ad es. industria alimentare o commercio al dettaglio) e di organizzazioni non profit/di volontariato. Si può fare ancora molto in termini di impegno volontario sia per ampliare la varietà dell'offerta di prodotti alimentari sia per promuovere le attività del tempo libero.

2.5.2 Promozione della salute e livelli di prevenzione

Promozione della salute

Per promozione della salute s'intende il processo che consente all'individuo e alla società di esercitare un maggior controllo sui fattori che influenzano la salute e poterla così migliorare.

Il concetto di promozione della salute ingloba sia il sostegno mirato di stili di vita corretti sia il miglioramento delle condizioni di vita che hanno un impatto sulla salute (UFSP, 2004b).

Prevenzione

Prevenzione è il termine generico con cui si indicano tutti i provvedimenti volti a limitare l'insorgenza e il diffondersi di malattie e disturbi della salute, prevenendo gli effetti indesiderati. Si distingue tra le forme di prevenzione seguenti (UFSP, 2004b):

Prevenzione primaria: misure volte a ridurre l'incidenza di una malattia o di un disturbo della salute. L'obiettivo è ridurre e attenuare i fattori di rischio rafforzando nel contempo i fattori protettivi.

Prevenzione secondaria: misure volte a garantire l'individuazione precoce e interventi tempestivi nelle persone o nei gruppi in cui è noto il rischio di sviluppare malattie o disturbi oppure che presentano sintomi specifici conclamati.

Prevenzione terziaria: misure volte a prevenire gli effetti indesiderati di malattie già diagnosticate.

2.5.3 Fasi della vita

Interventi adeguati alle diverse fasi della vita

Ogni persona attraversa nel corso della propria vita diverse fasi. In ogni fase, caratterizzata da aspettative, motivazioni ed esigenze diverse, vigono priorità diverse in termini sia di ambiente circostante (setting) sia di fattori di socializzazione, per cui anche gli interventi devono porsi obiettivi diversi. Le misure di promozione della salute più efficaci e sostenibili sono quelle che tengono conto delle esigenze specifiche di ogni singola fase (Trojan e Legewie, 2001).

2.5.4 Setting e gruppi target

Setting

Nella prevenzione e nella promozione della salute si è imposto il metodo basato sui setting, che consiste nell'osservare le persone nelle varie situazioni della vita quotidiana. Un'analisi mirata di singoli comparti, ben definiti, consente di individuare i canali d'intervento più adeguati e sfruttare al meglio le risorse a disposizione (Altgeld e Kolip, 2004). Una persona può appartenere e, di conseguenza, essere influenzata da diversi setting. Quelli più significativi per la messa a punto di misure efficaci nel campo dell'alimentazione e dell'attività fisica sono (cfr. capitolo 9):

Famiglia

Le abitudini alimentari e di movimento nascono e si sviluppano all'interno della *famiglia*. È dunque essenziale coinvolgere le famiglie nel processo di decisione delle misure destinate a bambini e adolescenti.

Il comportamento assunto durante l'infanzia e l'adolescenza nei confronti dell'alimentazione e dell'attività fisica influenza tutte le fasi successive della vita.

Scuola e lavoro

La *scuola* ha un vantaggio importante: consente di entrare in contatto con tutti i bambini (e i loro genitori).

Il *posto di lavoro* è il canale attraverso il quale si raggiunge la popolazione attiva.

Comuni e associazioni I *Comuni* hanno la possibilità di influenzare sia l'ambiente (ad es. attraverso la pianificazione del territorio, le decisioni relative alle mense scolastiche) sia i comportamenti individuali (ad es. attraverso le associazioni dei genitori, i consultori per madri e padri). A livello comunale esistono inoltre ottime possibilità di interconnessione tra i diversi attori coinvolti. Nel settore delle attività sportive, le varie *società* comunali svolgono un ruolo chiave.

Assistenza medico-sanitaria Spesso è difficile raggiungere le persone che si muovono poco o che non seguono una dieta equilibrata. Un possibile canale è costituito dal *setting medico-sanitario*, in cui la consulenza dei medici riveste notevole importanza.

2.5.5 Competenze sanitarie

Concetto globale È un concetto globale che va inteso come l'insieme delle conoscenze che, da un lato, consentono all'individuo di adottare, con l'aiuto del contesto sociale in cui vive, un comportamento attento alla salute e, dall'altro, inducono società e politica a creare le condizioni favorevoli a un comportamento attento alla salute (Abel e Bruhin, 2003 e Kickbusch et al., 2005).

Obiettivo a lungo termine Le competenze sanitarie si rivelano particolarmente importanti in tema di alimentazione e attività fisica e vanno considerate sullo sfondo dei cambiamenti sociali, economici, culturali e territoriali.

L'obiettivo a lungo termine è far sì che uno stile di vita basato su un'alimentazione sana e un'attività fisica regolare diventi la norma. Ciò presuppone un coordinamento tra gli obiettivi di politica sanitaria e quelli economici, sociali e culturali. Vanno inoltre incentivate le scelte individuali favorevoli alla salute (OMS 2006b).

2.6 Coordinamento nazionale

Collaborazione trasversale La collaborazione multisetoriale, ovvero l'armonizzazione degli obiettivi afferenti ai diversi settori della politica, e un coordinamento nazionale tra gli attori coinvolti sono i requisiti fondamentali per la prevenzione delle malattie non trasmissibili. L'OMS (2004a) vede nel coordinamento e nella concertazione nazionale e internazionale delle misure da adottare la via più efficace per migliorare le abitudini alimentari e motorie della popolazione. I diversi approcci alla questione richiedono una collaborazione tra partner dei più svariati settori (sanità, pianificazione del territorio, sport, alimentazione, economia, istruzione, servizi sociali, politica e ricerca), ognuno con punti di vista, obiettivi e interessi specifici. Per favorire il trasferimento delle conoscenze necessarie e lo sfruttamento di tutte le risorse disponibili è pertanto essenziale promuovere un'azione congiunta tra tutte le parti coinvolte.

3 **Promozione della salute e prevenzione nel campo dell'alimentazione, dell'attività fisica e di un peso corporeo sano; situazione in Svizzera**

3.1 **Attività internazionali**

Collaborazione con l'OMS

La Svizzera ha partecipato attivamente allo sviluppo delle strategie internazionali dell'OMS e dell'OMS Europa, in particolare della Strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili (OMS, 2006c), della Strategia globale su dieta, attività fisica e salute (OMS, 2004a) e della Carta europea sull'azione di contrasto all'obesità (OMS, 2006b). La Svizzera ha inoltre adottato il primo piano d'azione europeo per una politica sugli alimenti e la nutrizione (2001), integrandolo in una politica nazionale sull'alimentazione, e collabora allo sviluppo e all'implementazione del secondo (OMS, 2007, in fase di preparazione). Partecipa infine regolarmente alle sedute sul Codex Alimentarius (raccolta di standard internazionali dell'OMS/FAO sugli alimenti) finalizzate ad agevolare il recepimento nella legislazione dei temi legati all'informazione alimentare.

HEPA Europe

La Svizzera sostiene attivamente anche l'HEPA Europe, la rete europea per la promozione dell'attività fisica (www.euro.who.int/hepa), volta a incentivare lo sviluppo e l'introduzione di misure politiche e strategiche a favore di un movimento salutare.

3.2 **Sviluppo e attività nazionali**

Collaborazione con altri programmi nazionali di prevenzione

Il PNAAF si riallaccia ad altri programmi nazionali di prevenzione lanciati dall'Ufficio federale della sanità pubblica, segnatamente ai programmi contro il consumo di alcol e tabacco, due sostanze che figurano tra i fattori di rischio più importanti per le malattie non trasmissibili.

Politica nutrizionale 2001-2005

Le basi per lo sviluppo di una politica nutrizionale su scala nazionale sono state elaborate nell'ambito di diverse conferenze internazionali dell'OMS. Fondandosi sui risultati del terzo e del quarto rapporto sull'alimentazione in Svizzera (Stähelin et al., 1991; Keller et al., 1998), un gruppo di lavoro della Commissione federale per l'alimentazione ha messo a punto la politica nutrizionale per gli anni 2001 – 2005, il cosiddetto Piano d'azione alimentazione e salute (UFSP, 2001), allo scopo di promuovere un peso corporeo sano. Su questa base, in collaborazione con diverse organizzazioni partner, sono stati avviati i primi processi atti a ridurre il sovrappeso e a prevenire le malattie correlate in Svizzera. Sulla stessa base, l'industria alimentare ha cominciato a pianificare e attuare limitazioni volontarie alla pubblicità come pure attività nel campo della riformulazione e della dichiarazione di prodotti.

Commissione federale per l'alimentazione

La Commissione federale per l'alimentazione gioca un ruolo chiave sia per formulazione della politica sia per l'elaborazione delle raccomandazioni in questo ambito.

Accanto ai rapporti sull'alimentazione sono stati approntati altri documenti su svariati temi: sale e ipertensione, vantaggi e svantaggi di un'alimentazione vegetariana, malnutrizione negli ospedali, alimentazione durante la gravidanza. In collaborazione con l'UFSP, la Commissione per l'alimentazione ha creato nel 2003 una piattaforma per promuovere lo scambio di esperienze tra gli esperti e nel 2004 ha avviato una tavola rotonda sull'obesità - alla quale partecipa anche l'industria alimentare - per discutere misure volontarie da parte dell'industria e del commercio.

Frutta e verdura 5 volte al giorno

In collaborazione con la Lega svizzera contro il cancro e Promozione Salute Svizzera, a fine 2001 l'UFSP ha lanciato la campagna nazionale «5 al giorno» per incrementare il consumo di frutta e verdura soprattutto tra le fasce di popolazione che hanno un comportamento alimentare inadeguato (www.5algiorno.ch).

Bilancio energetico equilibrato con Suisse Balance

Nel 2002 è stato lanciato il programma a lungo termine Suisse Balance, «l'alimentazione in movimento dell'Ufficio federale della sanità pubblica e Promozione Salute Svizzera».

Il programma, sostenuto congiuntamente dall'UFSP e da Promozione Salute Svizzera, mira a promuovere un peso corporeo sano attraverso un bilancio energetico e nutritivo equilibrato. In questa sede è importante l'abbinamento tra un'alimentazione adeguata e un'attività fisica sufficiente (www.suissebalance.ch).

Prevenzione del diabete

Il sovrappeso è il fattore di rischio più importante per il diabete di tipo II. Nella stessa direzione di Suisse Balance, si muove anche il progetto nazionale lanciato da cinque grandi assicuratori malattia e dalla fondazione Promozione Salute Svizzera 2001 «action d – prevenire attivamente il diabete». Oltre a misure per l'individuazione precoce del diabete, sono state organizzate nelle farmacie attività per il pubblico, le aziende e gli studi dei medici di famiglia (www.actiond.ch).

Promozione dell'allattamento al seno

La promozione dell'allattamento al seno figura tra gli obiettivi prioritari della politica nutrizionale svizzera ed è parte integrante della prevenzione precoce del sovrappeso. La Fondazione svizzera per la promozione dell'allattamento al seno, istituita nel 2000, ha trovato la sua collocazione nelle strutture nazionali. Sostenendo l'iniziativa «Baby Friendly Hospital» posa una pietra miliare a favore della salute dei neonati e delle loro mamme (www.allaiter.ch).

Strategia «Peso corporeo sano»

Promozione Salute Svizzera si impegna già da diversi anni a favore di un peso corporeo sano, tanto che questo tema è uno dei tre elementi cardine della sua strategia (PS-CH, 2006). La fondazione conduce tra l'altro campagne di sensibilizzazione e mobilitazione rivolte all'intera popolazione e finanzia programmi cantonali d'azione destinati soprattutto a bambini e giovani.

<i>Integrazione alimentare</i>	Il miglioramento dell'apporto di sostanze nutritive (ad es. integratori alimentari, supplementazione) può costituire un'altra forma di prevenzione. Ad esempio si può citare la iodazione del sale da cucina, praticata in Svizzera da ottant'anni, senza la quale l'apporto di iodio risulterebbe insufficiente (Eichholzer et al., 2005).
<i>Promozione dell'attività fisica e dello sport</i>	Dagli anni 1970 la Confederazione si impegna, attraverso Gioventù+Sport, per lo sviluppo dei giovani e la salute pubblica, sostenendo le associazioni e le federazioni sportive nelle loro attività a livello amatoriale. L'insegnamento dello sport nelle scuole (professionali) è obbligatorio. Nel 2000 il Consiglio federale ha approvato la Concezione per una politica dello sport in Svizzera, volta a incoraggiare la cultura del movimento e lo sport. Anche gli assicuratori malattia incentivano la pratica di un'attività fisica finanziando in parte le offerte sportive.
<i>Politica sportiva</i>	La politica sportiva intende tra l'altro incrementare progressivamente la percentuale delle persone che praticano un'attività fisica e sfruttare in modo mirato le possibilità formative in ambito sportivo (UFSP, 2000). Dalla concezione politico-sportiva sono nate diverse iniziative, tra cui le reti locali per il movimento e lo sport o la promozione di progetti di mobilità dolce.
<i>Attività cantonali</i>	Diversi Cantoni lavorano a una propria politica sanitaria che tenga conto anche degli elementi necessari a un'alimentazione sana e al movimento. I programmi presentano un grado di sviluppo che varia a seconda del Cantone e comprendono una vasta gamma di attività. L'implementazione si focalizza soprattutto sui bambini e i giovani in età scolare e prescolare.
<i>Alleanza tra organizzazioni non governative (ONG)</i>	Sotto la direzione di CardioVascSuisse è stato messo a punto un programma globale contro le malattie cardiocircolatorie in Svizzera (CardioVascSuisse, 2005). Nell'ambito dell'alleanza di CardioVascSuisse con altre organizzazioni specializzate si sviluppa a livello di ONG una politica interdisciplinare e coerente volta a migliorare le condizioni quadro per un'alimentazione sana e un'attività fisica sufficiente.
<i>Reti</i>	Le cooperazioni tra organizzazioni diverse o l'istituzione di gruppi hanno agevolato, in Svizzera, la tematizzazione del sovrappeso. A titolo di esempio si possono citare Nutrinet, la rete per l'alimentazione e la salute (www.nutrinet.ch), e la Rete svizzera Salute e movimento (www.hepa.ch), entrambe fondate nel 1999, allo scopo di coordinare e favorire lo scambio tra le organizzazioni attive nel campo dell'alimentazione e del movimento.

3.3 Sviluppo politico

<i>Interventi parlamentari</i>	Negli ultimi anni sono stati presentati 28 interventi parlamentari in materia di prevenzione dell'obesità, promozione di un'alimentazione equilibrata e attività fisica sufficiente, che hanno tra l'altro favorito la discussione su diverse misure in questo ambito (v. allegato III). L'intensificarsi degli interventi parlamentari è sintomo di una crescente sensibilità politica nei confronti di questi temi.
--------------------------------	---

4 Problematiche e sfide

Il Programma nazionale alimentazione e attività fisica 2008–2012 deve affrontare una serie di sfide, illustrate più in dettaglio in questo capitolo.

4.1 Collaborazione e coordinamento

Partner con esperienze diverse

Si cerca la collaborazione tra partner con esperienze, prospettive, obiettivi e interessi diversi (professionisti e specialisti del settore dell'attività fisica e dell'alimentazione, dell'urbanistica, dell'architettura, della politica, dell'insegnamento, della medicina ecc.).

Le forze di tutti gli attori vanno mobilitate e concentrate in modo da consentire la pianificazione e la realizzazione di misure efficaci su scala nazionale nel campo della prevenzione strutturale.

4.2 Complessità

Problematiche complesse e interdisciplinari

La problematica del sovrappeso, dei disturbi alimentari e della mancanza di attività fisica è complessa e ingloba aspetti somatici, psichici e ambientali. La complessità della problematica trova un parallelo nella varietà degli approcci. Bisogna inoltre tener conto della cosiddetta «variabilità intraindividuale», ovvero del fatto che ogni individuo reagisce in modo diverso agli influssi dell'alimentazione e dell'attività fisica. La crescente differenziazione sociale ha un impatto particolare sul lavoro di prevenzione e di cura. Oggi una delle sfide più grandi è, da un lato, garantire a tutti l'accesso alle offerte consulenziali e assistenziali al di là delle peculiarità e barriere di tipo sociale, culturale e linguistico e, dall'altro, differenziare l'offerta in funzione dei gruppi target.

Interazione tra alimentazione e attività fisica

Una sfida particolare è quella di integrare efficacemente i due ambiti interagenti dell'alimentazione e dell'attività fisica. Oltre alle limitazioni e ai divieti, vi è la possibilità di dare enfasi ad approcci che prediligono la componente di motivazione e di piacere insita nell'alimentazione e nel movimento. A tal fine è necessaria la multidisciplinarietà degli specialisti che partecipano all'elaborazione delle misure.

4.3 Discriminazioni

Attuazione e comunicazione senza discriminazioni

Nella fase di attuazione delle misure e in particolare nelle attività di comunicazione occorre evitare di discriminare le persone toccate dal problema del sovrappeso e dell'obesità.

5 Programma nazionale alimentazione e attività fisica 2008–2012

5.1 Mandato e oggetto

Mandato

Di fronte all'aumento su scala planetaria delle malattie non trasmissibili legate all'alimentazione e alla sedentarietà, l'OMS ha reagito elaborando la Strategia globale su dieta, attività fisica e salute che è stata adottata dall'Assemblea mondiale della sanità (AMS) nel maggio 2004. Il Consiglio federale ha adottato la risoluzione e ha affidato al Dipartimento federale dell'interno (DFI) il compito di attuare la strategia dell'OMS in Svizzera. Sotto il coordinamento dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) è stato elaborato il Programma nazionale alimentazione e attività fisica (PNAAF) in stretta collaborazione con i partner principali, l'Ufficio federale dello sport (UFSPo), Promozione Salute Svizzera, NGO-Allianz e numerosi altri attori.

Ampia partecipazione

Sin dall'inizio si è optato per modalità di elaborazione di tipo partecipativo che hanno coinvolto gli uffici federali competenti in materia di alimentazione e attività fisica, i Cantoni, organizzazioni miste, organizzazioni non governative (ONG), università, medici, il settore della formazione, l'industria, i media, le associazioni economiche, le associazioni dei consumatori, l'OMS e rappresentanti del settore dello sport (cfr. allegato II).

Contenuto del programma

Il programma descrive la vision, la mission, gli obiettivi e le aree di intervento della futura politica in materia di alimentazione e attività fisica. Formula direttive per coordinare la collaborazione tra i vari attori e sviluppare nuove attività in Svizzera. In base al programma verranno definite le misure attuative per i prossimi cinque anni. La fase di attuazione è descritta a grandi linee nel capitolo dedicato alla pianificazione dell'attuazione.

Basi internazionali

Il PNAAF poggia su documenti di riferimento internazionali quali la Strategia globale su dieta, attività fisica e salute dell'OMS, la Carta europea sull'azione di contrasto all'obesità dell'OMS Europa e il Libro bianco dell'UE sulla strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità.

Questi documenti riassumono raccomandazioni per l'adozione di misure di attuazione adeguate e proposte di approcci per poter promuovere a livello nazionale e internazionale un'alimentazione equilibrata, un'attività fisica sufficiente e un peso corporeo sano.

Costruire su quanto già esiste

Il PNAAF non parte dal nulla: si riallaccia alle attività svolte e in atto nel settore dell'alimentazione e dell'attività fisica e le sviluppa. Finora il punto di riferimento erano la politica nutrizionale della Commissione federale per l'alimentazione (CFA) e dell'UFSP e la Concezione per una politica dello sport in Svizzera dell'UFSP. Vari Cantoni stanno ora definendo politiche sanitarie proprie che integrino i due aspetti dell'alimentazione equilibrata e dell'attività fisica. Oltre a Promozione Salute Svizzera, che si è occupata della tematica del peso corporeo sano nel quadro di una strategia a lungo termine, in questo settore operano numerosi altri attori (ONG, associazioni dei consumatori, industria alimentare, casse malati e altre istituzioni private). Il PNAAF si basa su tutta una serie di perizie, trae vantaggio dalle esperienze positive e le sviluppa nel senso di buone prassi. Parallelamente, identifica lacune e punti deboli e definisce misure di miglioramento.

6 Vision, mission

Questo capitolo illustra a grandi linee la vision e la mission alla base del Programma nazionale alimentazione e attività fisica. Queste due componenti sono il risultato di ampie consultazioni con i futuri attori e di intense discussioni in seno agli organi decisionali e alle organizzazioni che partecipano al programma.

6.1 Vision

Vision PNAAF

La Svizzera offre condizioni di vita tali da permettere ai singoli, alle famiglie e alle comunità di alimentarsi in modo equilibrato e praticare sufficiente esercizio fisico, promuovendo in tal modo la propria salute.

6.2 Mission

Mission PNAAF

1. La Svizzera si impegna a creare e mantenere condizioni di vita che favoriscono un'alimentazione equilibrata e un'attività fisica regolare.
2. Bisogna ridurre le malattie riconducibili a un'alimentazione non equilibrata e alla sedentarietà. A medio termine si mira a stabilizzare la percentuale di persone in sovrappeso e obese, a lungo termine a ridurla.
3. Le offerte nel settore della promozione della salute, della prevenzione e della terapia vanno impostate in funzione delle esigenze specifiche dei gruppi target e dei setting. Si dovrà tener conto di tutte le fasi della vita, da quella prenatale fino alla vecchiaia. Si presterà particolare attenzione al gruppo target dei bambini e degli adolescenti.
4. Si mira ad arginare le discriminazioni nei confronti delle persone in sovrappeso, obese o che soffrono di disturbi alimentari. Verrà dato particolare rilievo alla tematica delle pari opportunità.

7 Obiettivi

7.1 Obiettivi nazionali

Panoramica degli obiettivi e degli ambiti PNAAF

Il PNAAF si struttura in tre ambiti, suddivisi a loro volta negli obiettivi seguenti:

Ambito Coordinamento nazionale

Obiettivo 1: garantire la collaborazione

Ambito Incentivazione del movimento e di un'alimentazione equilibrata

Obiettivo 2: promuovere un'alimentazione equilibrata

Obiettivo 3: incentivare il movimento e lo sport

Obiettivo 4: adottare approcci integrati per il promovimento di un peso corporeo sano

Ambito Terapie contro il sovrappeso e i disturbi alimentari

Obiettivo 5: ottimizzare le offerte di consulenza e terapia



Illustrazione 7: Schema PNAAF (fonte UFSP)

7.2 Obiettivo 1: garantire la collaborazione

Oggetto

Il coordinamento nazionale garantisce la collaborazione tra gli attori e lo sfruttamento ottimale delle risorse e delle sinergie, al fine di conseguire efficacemente gli obiettivi. Le attività di ricerca, monitoraggio e analisi forniscono le basi scientifiche necessarie allo sviluppo e alla valutazione degli altri provvedimenti previsti dal programma. Offerte mirate nel campo della formazione e del perfezionamento incrementano le competenze degli specialisti.

Sfida

Per promuovere l'alimentazione equilibrata e l'attività fisica nonché per conseguire a medio termine una svolta nella tendenza al sovrappeso e all'obesità in Svizzera, servono una collaborazione multisettoriale e un coordinamento nazionale tra gli attori. Solo così è possibile orientare le iniziative agli obiettivi nazionali, garantire il trasferimento di conoscenze, mettere a disposizione le risorse necessarie e assicurarne un impiego efficace.

Nell'ambito del PNAAF bisogna prima di tutto applicare i provvedimenti la cui efficacia è comprovata e documentata sul piano nazionale o internazionale. Occorre sviluppare le misure più promettenti già applicate, sostenere gli approcci innovativi e mettere a punto provvedimenti per nuovi gruppi target. Per riuscirci, l'attività di ricerca, monitoraggio e analisi deve elaborare le basi necessarie e ottimizzare le misure atte a incrementare l'efficacia degli interventi in materia di alimentazione, movimento e peso corporeo. In questo senso occupa un posto di primo piano anche la partecipazione della Svizzera alle attività europee, segnatamente ai progetti di ricerca.

Aree di intervento

La collaborazione nel campo dell'alimentazione e del movimento va garantita in diversi ambiti e ottimizzata nell'interesse del coordinamento nazionale.

1. Coordinamento nazionale e multisettoriale

Si crea un coordinamento nazionale e multisettoriale per garantire la collaborazione degli attori coinvolti, il trasferimento di conoscenze e la disponibilità delle risorse necessarie. Tra gli altri provvedimenti si prevede di allestire una piattaforma nazionale politico-strategica sull'alimentazione e l'attività fisica per discutere, insieme agli attori coinvolti, le basi e le opzioni d'intervento illustrate nel PNAAF e trovare una base comune per l'adozione di misure. Come in altri settori della sanità pubblica, anche nel campo dell'alimentazione e dell'attività fisica ci si chiede a scadenza regolare fino a che punto le misure volontarie siano sufficienti per migliorare la situazione sanitaria e quando invece si rende inevitabile un intervento disciplinatorio. Tuttavia, prima di adottare misure legali, è opportuno sfruttare l'intero potenziale di autoregolamentazione degli attori privati (ad es. industria alimentare o commercio al dettaglio) e delle organizzazioni non profit/di volontariato.

La collaborazione tra i rappresentanti della politica, dell'industria e di altri settori in seno alla piattaforma serve a mettere a frutto questo potenziale. La piattaforma politico-strategica deve sostenere le attività delle reti esistenti senza costituire una concorrenza.

2. Monitoraggio e analisi

L'attività di monitoraggio e analisi permette di creare le basi decisionali per lo sviluppo e l'adeguamento delle misure e di rilevare i progressi compiuti. La pubblicazione regolare dei rapporti sull'alimentazione e le indagini sulla salute in Svizzera sono elementi importanti dell'attività informativa in questo ambito.

Occorre coordinare meglio il monitoraggio esistente e, dato il caso, completarlo con sistemi fondati su indicatori della prevenzione strutturale e su parametri importanti che concernono le malattie nutrizionali o riconducibili alla sedentarietà.

Per quanto concerne l'alimentazione, l'UFSP dovrà realizzare un sistema di rilevamento nazionale (National Nutrition Survey Switzerland; NANUSS) in stretta collaborazione con esperti del settore per raccogliere dati sulle abitudini alimentari della popolazione svizzera. Tali dati serviranno da base per l'individuazione dei gruppi a rischio, la formulazione di direttive e raccomandazioni nutrizionali, la pianificazione e la valutazione di programmi di prevenzione. In questo senso sarà molto importante anche monitorare le abitudini al movimento di adulti e bambini.

3. Ricerca e sviluppo

Per raccogliere informazioni sull'alimentazione, il movimento e il peso corporeo della popolazione che vive in Svizzera, si crea un progetto di ricerca orientato essenzialmente alla ricerca applicata. A tal fine si cerca la collaborazione con progetti europei. Si sviluppano interventi fondati sulle evidenze scientifiche e imperniati al fabbisogno e alle esigenze nel campo del promozione della salute, della prevenzione, dell'individuazione precoce e della terapia.

4. Formazione, perfezionamento e formazione continua

È fondamentale, da un lato, incentivare le competenze degli specialisti e dei moltiplicatori di settori più importanti attraverso la formazione, il perfezionamento e la formazione continua e, dall'altro, consolidare il tema nelle rispettive strutture. L'alimentazione e il movimento occupano uno spazio ancora troppo esiguo nella formazione medica, la ricerca e la prassi e si scontrano spesso con pregiudizi e scarsa comprensione. Bisogna pertanto prestare particolare attenzione all'informazione, alla formazione e al perfezionamento in materia di prevenzione, individuazione precoce e cura delle malattie legate all'alimentazione e alla sedentarietà come i disturbi alimentari. Il riconoscimento e il controllo della qualità vanno garantiti soprattutto a livello di consulenza e terapia in materia di movimento.

7.3 Obiettivo 2: promuovere un'alimentazione equilibrata

Oggetto

Un'alimentazione equilibrata è parte integrante della vita quotidiana, che include la famiglia, la scuola, il lavoro, il tempo libero e la collettività. L'attività di promozione tiene conto delle esigenze di diversi gruppi target fondandosi sulle raccomandazioni nazionali in materia di alimentazione.

Sfida

In Svizzera si allarga il divario sul piano nutrizionale: ai crescenti problemi di sovralimentazione e al conseguente aumento delle persone in sovrappeso si contrappongono le forme di malnutrizione e sottoalimentazione di diverse fasce demografiche. I sondaggi mostrano che negli ultimi anni le conoscenze della popolazione sull'alimentazione sana sono tendenzialmente migliorate, ma che non vengono applicate in misura sufficiente a causa tra l'altro dei cambiamenti delle condizioni di vita intervenuti negli ultimi decenni. Da un canto, la realtà professionale di oggi favorisce il consumo (rapido) di pasti fuori casa e, dall'altro, gli snack offerti un po' ovunque non presentano sempre una composizione ottimale.

Il confronto longitudinale tra i dati sull'alimentazione lascia supporre che esistano delle abitudini alimentari problematiche e non mostra praticamente miglioramenti nell'arco di dieci anni (Eichholzer et al., 2005). I gruppi di popolazione svantaggiati dal punto di vista socioeconomico presentano un comportamento alimentare meno sano rispetto a quelli più favoriti. Nei bambini e negli adolescenti si osservano forme particolari di malnutrizione e sottoalimentazione. L'alimentazione degli anziani e quella offerta dagli ospedali non sono ottimali. Per ottenere dei risultati, oltre alle misure di carattere generale volte a migliorare le condizioni di vita, sono necessari approcci specifici per i vari gruppi target. In Svizzera manca tuttora un monitoraggio nazionale sull'alimentazione che soddisfi i criteri internazionali e permetta di individuare i gruppi a rischio. Questo è uno dei provvedimenti da applicare nell'ambito del PNAAF.

La sfida consiste nello sviluppare ulteriormente le misure esistenti e comprovate per promuovere un'alimentazione sana. Bisogna altresì trovare approcci nuovi e innovativi per migliorare le abitudini alimentari soprattutto tra i bambini e i giovani.

Aree di intervento

L'elenco qui appresso delle possibili aree di intervento nell'ambito della strategia parziale sull'alimentazione vuole evidenziare gli ambiti in cui si potrebbe incentivare un'alimentazione equilibrata.

1. Basi legali e impegno volontario

A livello federale, la base legale per l'informazione al pubblico in materia di prevenzione alimentare è costituita dalla legge federale del 9 ottobre 1992 sulle derrate alimentari (art. 1 e 12), secondo cui la Confederazione può informare il pubblico sulle conoscenze scientifiche di interesse generale in ambito nutrizionale che assumono segnatamente importanza per la prevenzione delle malattie e la protezione della salute. Sulla stessa base giuridica si fondano le misure e le azioni attuali volte a migliorare le abitudini alimentari (ad es. «5 al giorno» o «Suisse Balance»), cui partecipa anche la Confederazione.

Occorre valutare quali normative possono contribuire al miglioramento delle abitudini alimentari e quali provvedimenti volontari possono entrare in linea di conto. Economia privata, organizzazioni di volontariato, ONG e agricoltura offrono già un contributo attivo all'alimentazione equilibrata. L'economia privata si concentra in particolare su misure concernenti la struttura dell'offerta, la riformulazione di prodotti, la divulgazione di informazioni, la disponibilità, la composizione del prezzo, la pubblicità e la sponsorizzazione. Queste misure devono tenere conto dei diversi gruppi target, segnatamente dei gruppi a rischio come i bambini, gli adolescenti o le persone con un reddito o uno stato sociale comparativamente basso. Hanno dato buone prove gli accordi vincolanti (codici di autodisciplinamento), elaborati grazie al dialogo con le istituzioni pubbliche. Un buon esempio in questo senso è il codice di comportamento per i fabbricanti di prodotti sostitutivi del latte materno. Occorre però coinvolgere l'intera catena di produzione: dall'agricoltura al commercio al dettaglio senza escludere la ristorazione. Le organizzazioni di volontariato e le ONG possono individuare gli sviluppi negativi attraverso un'attività mirata di monitoraggio e analisi e intervenire tempestivamente.

2. Misure mirate di promozione

Oltre che dalla conoscenza e dal canale di diffusione dei principi di un'alimentazione sana, il comportamento alimentare può essere influenzato da altri fattori quali il contesto culturale e sociale, il piacere di mangiare, i prezzi e le offerte alimentari, il marketing. Si dovrebbe tenere conto in particolare della promozione dell'allattamento e dell'incentivazione del consumo di frutta e verdura.

Le misure possono rifarsi sia alla prevenzione comportamentale sia alla prevenzione strutturale, ossia alla creazione di un contesto favorevole.

- **Livello comportamentale:** bisogna incentivare una comunicazione coerente in materia di alimentazione al fine di rafforzare la competenza di tutta la popolazione ad applicare nella vita quotidiana le conoscenze acquisite. Le informazioni sull'alimentazione devono pertanto essere fornite in una forma adeguata e facilmente comprensibile per tutti i consumatori. Oltre all'attuale dichiarazione del valore nutritivo potrebbe essere utile introdurre un sistema semplificato di etichettatura con indicazioni pratiche per i consumatori interessati. È inoltre particolarmente importante mantenere e migliorare l'educazione alimentare a tutti i livelli scolastici.
- **Livello strutturale:** le condizioni quadro devono promuovere un'alimentazione equilibrata e imporsi quale norma sociale. Una misura efficace nel campo dei prodotti trasformati potrebbe essere quella di migliorare il loro profilo nutrizionale riducendo il tenore di zuccheri, sale, grassi saturi e acidi grassi trans.

3. Priorità nelle diverse fasi della vita

Le priorità vengono definite sulla base dei rapporti pubblicati su vari temi dalla Commissione federale per l'alimentazione. In collaborazione con l'Ufficio federale della sanità pubblica e con organizzazioni specializzate, la Commissione si è espressa sul significato di un'alimentazione sana nelle diverse fasi della vita in varie pubblicazioni specifiche e nel quinto rapporto sull'alimentazione in Svizzera, peraltro molto dettagliato.

Sono stati in particolare pubblicati un rapporto sull'alimentazione durante la gravidanza, raccomandazioni sull'alimentazione dei neonati e degli anziani.

4. Il ruolo dei setting e dei gruppi target specifici (cfr. 2.5.4)

Nelle scuole, sul posto di lavoro, durante manifestazioni pubbliche e lungo la strada si dovrebbe proporre un'offerta di cibi variata e sana. Gli istituti prescolastici (asilo nido, scuola dell'infanzia) hanno un ruolo particolarmente importante. I genitori, gli insegnanti e altre persone di riferimento sono esempi che marciano il comportamento alimentare dei bambini e dovrebbero esserne consapevoli. In Svizzera bisogna verificare, aggiornare e coordinare l'educazione alimentare adeguata all'età.

I datori di lavoro sostengono attivamente una politica alimentare che consenta di seguire un'alimentazione equilibrata nelle mense, nelle caffetterie e nei punti di ristoro durante il tempo di lavoro.

I Comuni possono impegnarsi per sensibilizzare maggiormente la popolazione (ad es. associazioni dei genitori, consultori per madri e padri, centri giovanili, società) e sfruttare le loro possibilità di intervento a livello strutturale, ad esempio tramite la pianificazione del territorio o la politica educativa. Buona parte dei progetti regionali condotti nell'ambito del piano d'azione per l'ambiente e la salute, terminato nel 2007 (Aktionsplan Umwelt und Gesundheit APUG), si è occupata di alimentazione: equilibrata, di stagione, regionale. Bisogna ora mettere a frutto le conoscenze raccolte e i risultati conseguiti.

I medici si adoperano affinché i pazienti si alimentino in modo sano e assumono questo ruolo sia nel loro studio sia negli ospedali.

5. Reti

Il quinto rapporto sull'alimentazione in Svizzera contiene una presentazione dettagliata delle organizzazioni e delle reti più importanti nel campo della sanità e dell'alimentazione. La rete per l'alimentazione e la salute Nutrinet, con i suoi 40 membri, è l'associazione svizzera più grande del settore. Anche la piattaforma gestita congiuntamente dall'UFSP e dalla Commissione per l'alimentazione offre dal 2003 possibilità di coordinamento e serve prevalentemente allo scambio di esperienze tra gli esperti che si occupano di progetti di prevenzione.

7.4 Obiettivo 3: incentivare il movimento e lo sport

Oggetto

Tutti i gruppi di popolazione hanno la possibilità di praticare quotidianamente un'attività fisica o una disciplina sportiva e vengono motivati a farlo. Un contesto favorevole incentiva l'attività fisica a casa, a scuola, sul posto di lavoro, durante gli spostamenti e nel tempo libero. Da base fungono le raccomandazioni nazionali sul movimento che possono influenzare positivamente la salute.

Sfida

Nel confronto internazionale la Svizzera vanta buone infrastrutture per lo sport e l'attività fisica in sottosectori importanti (impianti sportivi, sentieri). Gioventù+Sport è un promotore esemplare. Ampie fette di popolazione praticano sport a livello amatoriale, un settore ben sviluppato. Anche il tragitto casa-scuola è percorso in buona parte a piedi o un bicicletta. Ciononostante, il fatto che lo sviluppo tecnico ha fortemente ridotto l'obbligo di muoversi e che in molti ambiti della vita si impongono attività sedentarie, ha favorito anche in Svizzera la diffusione della sedentarietà. Due terzi della popolazione adulta non segue la raccomandazione minima di dedicare mezz'ora al giorno a un'attività fisica che induca almeno una lieve accelerazione del respiro e non pratica un allenamento di resistenza almeno tre volte la settimana.

Sulle abitudini motorie dei bambini mancano ancora dati nazionali rappresentativi, ma ci sono sufficienti indizi per ritenere che il fenomeno della sedentarietà interessi anche le fasce più giovani della popolazione.

Sebbene l'esercizio fisico nella vita quotidiana continui a diminuire, dal 2000 il calo dell'attività fisica ha apparentemente subito una battuta d'arresto, tanto che si osservano addirittura dei progressi sul fronte delle attività sportive del tempo libero. Questi dati evidenziano l'importanza non solo del ruolo degli attori tradizionali dello sport, dell'educazione e della salute ma anche di quelli di altri settori come la pianificazione del territorio, i trasporti e l'ambiente.

La sfida consiste nel continuare a sviluppare in modo mirato i punti forti dell'offerta di attività fisiche e sportive. Parallelamente bisogna individuare i gruppi di popolazione non adeguatamente raggiunti dalle offerte attuali. Si tratta di sostenere gli approcci innovativi e di sviluppare nuove opportunità laddove necessario.

Aree di intervento

Per ottenere dei risultati in tutte le fasce demografiche, il promovimento dell'attività fisica e dello sport deve essere impostato sul lungo periodo e interessare diversi livelli.

1. Basi legali e impegno volontario

Il promovimento dello sport trova le sue basi legali nella pertinente legge federale, soprattutto per quanto concerne Gioventù+Sport e l'insegnamento obbligatorio dello sport nelle scuole. Sulle abitudini al movimento incidono anche i disposti di legge, ad esempio in materia di libero accesso al bosco e ai pascoli o di percorsi pedonali e sentieri. Occorre valutare se ulteriori normative risulterebbero efficaci ad esempio nel traffico ciclistico, nella pianificazione del territorio e nell'urbanistica.

La legge sul promovimento della ginnastica e dello sport è determinante per le ulteriori misure in questo ambito.

Nello sport l'impegno volontario a titolo perlopiù onorifico è molto diffuso a livello di associazioni/federazioni e ha acquisito enorme importanza. Lo stesso vale per molte organizzazioni che in altri modi incoraggiano l'attività fisica come il Movimento scout svizzero, gli Amici della natura o IG Velo. Dal canto loro, i gruppi locali (ad es. le associazioni dei genitori o di quartiere) possono fornire un valido contributo alla creazione di un contesto favorevole al movimento.

Considerato che le innumerevoli ripercussioni positive dell'attività fisica e dello sport non si limitano alla salute, scuole, imprese, operatori commerciali interessati e organizzazioni turistiche (ad es. Svizzera turismo con La Svizzera in bici) si attivano con iniziative di promozione su base privata.

Le offerte di movimento e le misure volte a promuovere un contesto favorevole presuppongono sovente la collaborazione di privati e istituzioni pubbliche di diversi livelli. Occorre pertanto impostare le condizioni quadro in modo tale da ottimizzare questa collaborazione e incentivare per quanto possibile l'impegno privato.

2. Misure mirate di promozione

L'abitudine al movimento è influenzata da fattori individuali, quali la conoscenza, le opinioni e l'abilità, ma anche dal contesto sociale e fisico (sovente anche abbinati come condizioni quadro). Misure mirate possono incidere su singoli o molteplici fattori e possono essere suddivise in quattro categorie.

Consulenza e assistenza si ripercuotono sui fattori individuali, come il sapere o le convinzioni, e possono contribuire allo sfruttamento ottimale del contesto sociale e fisico. A titolo di esempio si può citare la consulenza contro la sedentarietà negli studi medici o quella via internet come active-online.ch.

Le offerte strutturate sono molto importanti nello sport, dove si possono trasmettere conoscenze e capacità come pure influenzare le convinzioni. Le offerte attuali sono parte integrante del contesto sociale e, di riflesso, delle condizioni di vita. Esempi in ambito sportivo sono i programmi delle società, lo sport nelle scuole o le proposte commerciali per il fitness. Esistono tuttavia offerte strutturate anche al di fuori dello sport come i corsi sulla sicurezza per i ciclisti o sulla mobilità per gli anziani.

I miglioramenti dell'ambiente costruito ricadono su una parte importante del contesto fisico e, di rimando, delle condizioni di vita, ma queste misure possono di solito essere realizzate solo attraverso una collaborazione multisettoriale. Sviluppando al meglio i loro effetti sul comportamento motorio se abbinati a misure incentrate sui fattori individuali e sul contesto sociale. A titolo di esempio si possono citare la costruzione di impianti sportivi, misure urbanistiche o l'iniziativa «La Svizzera in bici».

Le campagne e gli eventi nel campo dell'attività fisica sembrano avere un influsso sul sapere, sulle convinzioni e sul contesto sociale, ma per arrivare a produrre un cambiamento duraturo devono accompagnarsi ad altre misure concrete a lungo termine. Occorre definire obiettivi specifici per singoli gruppi target. Un buon esempio di evento per l'attività fisica sono le giornate slow up (www.slowup.ch).

Le misure a lungo termine di più vasta portata coinvolgono spesso parecchi partner con ruoli diversi. Nell'ambito di Gioventù+Sport, ad esempio, vengono preparate dalla Confederazione in collaborazione con le società sportive che elaborano i contenuti specifici per le varie discipline. La formazione dei monitori è garantita ai diversi livelli dalla Confederazione, dai Cantoni e dalle federazioni. Sono invece in primo luogo le società, finanziate dalla Confederazione, ad occuparsi dello svolgimento vero e proprio dei corsi.

Tutte le misure finalizzate alla promozione del movimento e dello sport devono tenere conto della prevenzione degli infortuni. In tal modo non si riducono solo i rischi ma si migliora anche l'efficacia delle misure stesse, dato che il rischio è un fattore che influenza il comportamento all'attività fisica.

3. Priorità nelle diverse fasi della vita

L'Ufficio federale dello sport sta approntando un documento nel quale analizza nel dettaglio l'importanza delle diverse misure in rapporto alle varie fasi della vita. Le priorità in relazione all'attività fisica possono essere riassunte come segue:

Bambini piccoli (0 – 5 anni):	Le persone di riferimento offrono il maggior spazio possibile alla pratica di movimento e sport.
Bambini (5 – 12 anni):	Lo sport e l'attività fisica fanno parte della vita quotidiana dei bambini tanto quanto l'igiene orale. Offerte ad ampio respiro si estendono a tutti i bambini.
Giovani (12 – 18 anni):	Gli istituti di formazione sostengono attivamente lo sport e il movimento. Si promuovono la mobilità lenta e l'attività fisica anche nel tempo libero.
Giovani adulti (18 – 30 anni):	Le molteplici possibilità di praticare sport e di muoversi incoraggiano a incrementare o a mantenere il rendimento per conseguire obiettivi personali.
Adulti in età attiva:	Le offerte e le possibilità si orientano al comportamento lifetime e mirano alla salute e alla compensazione. La sostenibilità occupa un posto di primo piano.
Adulti dopo l'età attiva:	La pratica regolare di un'attività fisica o sportiva permette di conservare la motricità, le capacità intellettive e l'autonomia nella vita quotidiana, favorisce il benessere e promuove i contatti sociali.

Tabella 2: Promozione del movimento e dello sport nelle diverse fasi della vita (Martin et al., 2007)

4. Il ruolo dei setting e dei gruppi target specifici (cfr. 2.5.4)

Il contesto di vita, o setting, gioca un ruolo diverso per il comportamento verso l'attività fisica a seconda della fascia d'età e delle caratteristiche socioculturali.

La *famiglia* è il setting più importante per i bambini e per gli adulti che non svolgono un'attività lavorativa al di fuori del nucleo familiare. Accedervi è però una sfida soprattutto nel caso di gruppi target con un livello di formazione basso.

La *scuola* è il secondo setting più importante per i bambini in età scolare. Ha il grande vantaggio di raggiungere tutti i gruppi socioculturali e, indirettamente, le famiglie. Va tuttavia ricordato che proprio per questo motivo la scuola è confrontata con una serie di tematiche, tanto da essere sovente sollecitata eccessivamente.

Il *posto di lavoro* presenta vantaggi analoghi per chi lavora fuori casa. Bisogna rilevare che le raccomandazioni sull'attività fisica vanno adeguate al carico di lavoro. Per chi svolge un lavoro pesante sono da intendere nel senso di un allenamento di complemento e compensazione.

Il *Comune* quale setting ha un potenziale enorme soprattutto perché consente di raggiungere un numero elevato di persone e di sfruttare i processi politici locali per conseguire miglioramenti a livello strutturale. È opportuno ricordare che i gruppi socioculturali non sono integrati tutti allo stesso modo e che quindi potrebbero rendersi necessari provvedimenti specifici.

All'interno del Comune possono costituire un setting specifico anche le *associazioni*, nelle quali singoli gruppi possono essere raggiunti agevolmente. Nelle società sportive o in quelle che in un modo o nell'altro incentivano il movimento si possono avviare e sostenere iniziative private con un dispendio di mezzi molto ridotto. Per raggiungere gruppi target con una percentuale di inattività maggiore si potrebbe giustificare un dispendio più oneroso, ad esempio nel caso di gruppi culturali o di associazioni di migranti.

Vista la difficoltà di sottoporre il tema del movimento a persone sedentarie, assume particolare importanza il *setting medico-sanitario* nel quale i medici di famiglia godono di una posizione privilegiata. La loro consulenza è particolarmente preziosa.

Nel confronto internazionale la Svizzera vanta già offerte di prevenzione e strutture destinate al grande pubblico ben strutturate. Pertanto, le ulteriori misure di promozione del movimento e dello sport dovranno rivolgersi sempre più a gruppi target specifici che le attività attuali non hanno ancora raggiunto in misura sufficiente.

5. Reti

hepa.ch, la rete per la promozione dell'attività fisica, è un buon esempio in questo ambito. Nel frattempo conta oltre un centinaio di organizzazioni membri. La collaborazione viene migliorata grazie all'interazione (scambio di informazioni, organizzazione di workshop, sostegno agli attori in diversi ambiti del promovimento dell'attività fisica e dello sport).

7.5 Obiettivo 4: adottare approcci integrati per il promovimento di un peso corporeo sano

Oggetto

Si frena la tendenza all'aumento delle persone in sovrappeso. Con un approccio integrato (movimento, alimentazione, aspetti sociali e psichici) si motivano i vari gruppi sociali a promuovere un peso corporeo sano nella loro vita quotidiana. I contesti favorevoli al movimento e a un'alimentazione sana a casa, nelle scuole, sul posto di lavoro e nel tempo libero sostengono questo approccio.

Le raccomandazioni nazionali in materia di alimentazione e movimento servono da base.

Sfide

Dal confronto longitudinale tra le tre indagini sulla salute (1992, 1997 e 2002) emerge un aumento del sovrappeso e dell'obesità nella popolazione adulta svizzera sull'arco di dieci anni (Eichholzer et al., 2005). Nel 1999 quasi il 20% dei bambini era sovrappeso e, secondo i dati degli ultimi vent'anni, la tendenza è all'aumento.

Inoltre, le crescenti pressioni esercitate dal contesto (mode, ideali di bellezza, pressione al rendimento) generano sempre più disturbi alimentari come anoressia, bulimia e binge eating disorder in gruppi di popolazione specifici.

L'aumento individuale del peso corporeo a seguito di mutamenti del comportamento alimentare e motorio va sempre analizzato nel contesto dei cambiamenti politici, sociali ed economici. Un esempio in questo senso sono l'egocentrismo e l'autoreferenzialità che contraddistinguono la società moderna.

La promozione di un peso corporeo sano deve pertanto essere portata avanti a diversi livelli. Lo scopo è di rafforzare le competenze sanitarie della popolazione in modo tale che l'alimentazione equilibrata e il movimento regolare facciano parte della quotidianità e che il bilancio energetico ne risulti influenzato positivamente. A tal fine non servono solo cittadini attivi con buone competenze sanitarie ma anche un'economia responsabile, uno Stato che sappia svolgere la sua funzione protettrice e incentivante e un sistema sanitario imperniato alla prevenzione e al promovimento della salute. Questo implica una responsabilità: sostenere il movimento e l'alimentazione equilibrata.

Gli incentivi a promuovere un peso corporeo sano si fondano sulle strategie parziali sull'alimentazione e il movimento, integrandole in una strategia globale di intervento. Direttamente o indirettamente si ripercuotono sul bilancio energetico e, di rimando, sul peso corporeo. Si parte dal presupposto che gli interventi che includono aspetti alimentari e motori e che soddisfano aspetti psichici a livello comportamentale e strutturale diano buoni frutti anche in materia di peso corporeo.

Il promovimento di un peso corporeo sano tra la popolazione va pianificato a lungo termine e deve agire a diversi livelli. In termini concettuali, le misure dovrebbero focalizzarsi su approcci integrati sul piano strutturale e comportamentale (movimento, alimentazione, aspetti psichici e sociali).

1. Basi legali

L'articolo 19 della legge federale sull'assicurazione malattie costituisce la base per le misure di prevenzione e promozione della salute. La strategia di Promozione Salute Svizzera (2007 – 2018) fissa l'obiettivo a lungo termine di aumentare la percentuale di popolazione con un peso corporeo sano.

2. Misure mirate di promozione

Le misure atte a promuovere un peso corporeo sano integrano aspetti concernenti il movimento e l'alimentazione. Intervengono soprattutto a livello comportamentale e si rivolgono alla popolazione, con un occhio di riguardo per i gruppi a rischio.

- Attraverso campagne ad hoc si sensibilizza la popolazione sul tema del sovrappeso e la si informa sui nessi tra salute, alimentazione, attività fisica e peso corporeo con provvedimenti di comunicazione mirati e integrati.
- Con campagne e informazioni mirate sul tema del sovrappeso si sensibilizzano i decisori politici.
- Programmi globali orientati all'efficacia mobilitano gruppi di popolazione ad attuare soluzioni per un peso corporeo sano.
- Con misure mirate a livello locale e sovregionale si migliorano i setting in modo tale da promuovere il peso corporeo sano.

3. Priorità nelle diverse fasi della vita

Il peso corporeo sano è un fattore determinante per la salute durante tutta la vita.

Preoccupa in particolare la crescente tendenza all'obesità tra i bambini. Gli studi mostrano che la maggior parte dei bambini in sovrappeso rimane tale anche in età adulta. È quindi fondamentale evitare l'obesità infantile o quanto meno intervenire al più presto.

I bambini che crescono in un ambiente favorevole alla salute con uno stile di vita salutare hanno maggiori possibilità di avere un peso sano anche in età adulta.

4. Il ruolo dei setting e dei gruppi target specifici

Bambini e giovani hanno bisogno che i gruppi di persone attorno a loro creino condizioni quadro favorevoli al loro sano sviluppo. I setting famiglia, sanità, educazione e attività del tempo libero hanno un influsso determinante.

Per influenzare questi setting prioritari e le condizioni di vita che ne derivano, ci si focalizza sulle strategie cantonali. Attraverso le strutture cantonali si raggiungono i Comuni e si applicano programmi globali. Questi programmi, sottoposti a una verifica dell'efficacia, sono messi a punto in collaborazione con i Cantoni. Fondati su quattro pilastri (interventi per bambini e giovani (moduli), politica, messa in rete e relazioni pubbliche), creano le condizioni quadro necessarie alla realizzazione di misure efficaci per la promozione di un peso corporeo sano nei bambini e nei giovani.

ProNAAP	Modules	Groupes-cibles	Personnes et groupes de personnes ayant une influence			
			Famille	Santé publique	Education et formation	Groupes Peer
0-5	I	Jusqu'à 1 an Avant la naissance, pendant la grossesse, nouveaux-nés	Parents et personnes chargées de l'éducation	Gynécologues Médecins de famille Sages femmes Conseillères en allaitement Pédiatres	Préparation à la naissance Conseil parental Crèches	Associations
	II	2-3 ans Petits enfants		Pédiatres Médecins de famille Dentistes	Conseil parental Crèches Groupes de jeux Jardin d'enfants	
	III	4-6 ans Enfants en âge préscolaire (jardin d'enfants)				
5-12	IV	6/7 – 10/11 ans Enfants en âge de scolarité (niveau primaire)			Enseignants	Cercles d'amis Collègues d'étude ou d'apprentissage Associations
12-18	V	11/12 – 15/16 ans Enfants et adolescents du niveau secondaire I		Médecins scolaire Pédiatres Médecins de famille Dentistes	Enseignants secondaires	
	VI	16-20 ans Adolescents du niveau secondaire II (gymnases, écoles de degré diplôme) ou en apprentissage			Maîtres d'apprentissage	

Tabella 3: Modello delle diverse fasi di vita (Promozione Salute Svizzera, 2006)

5. Reti

Un'area di intervento irrinunciabile è costituita dalle reti per lo scambio e la cooperazione tra specialisti. La rete Nutrinet garantisce il coordinamento tra partner in campo alimentare, la rete HEPA tra partner nella lotta alla sedentarietà e la rete Forum Obesità Svizzera tra gli attori che si occupano di sovrappeso. Le reti assicurano, oltre allo scambio specifico, anche il coordinamento interdisciplinare che assicura la comprensione generale per l'importanza e l'urgenza degli approcci integrati per promuovere un peso corporeo sano (alimentazione e movimento a livello comportamentale e strutturale).

7.6 Obiettivo 5: ottimizzare le offerte di consulenza e terapia

Oggetto

Per le persone residenti in Svizzera che presentano problemi di sovrappeso, obesità, disturbi alimentari, sedentarietà e squilibri alimentari – fattori che possono scatenare malattie non trasmissibili – sono disponibili offerte consulenziali e terapeutiche adeguate ai bisogni specifici e basate su evidenze scientifiche. Viene attribuita particolare importanza all'individuazione precoce dei pazienti a rischio.

Sfide

Le persone residenti in Svizzera che hanno problemi di sovrappeso, obesità, disturbi alimentari (anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder) o altre malattie legate all'alimentazione e alla sedentarietà hanno un accesso equo e adeguato alle prestazioni sanitarie adattate ai bisogni specifici. Questo implica che bisogna promuovere l'offerta e garantire il finanziamento principalmente attraverso l'assicurazione malattia e infortuni obbligatoria. Anche le offerte che esulano dal settore sanitario in senso stretto e le offerte di autoaiuto rivestono un ruolo importante. Tuttavia, la loro promozione e il loro finanziamento rientrano solo in minima parte nei compiti statali e spettano piuttosto alle organizzazioni private, in quanto fanno parte dell'iniziativa e della responsabilità individuali.

L'offerta corrisponde agli standard professionali attuali e alle linee guida in materia di consulenza e terapia. Ciò presuppone un'offerta di formazione, perfezionamento e formazione continua per i professionisti del campo medico e psicosociale, ad es. sulle basi scientifiche nel settore dell'alimentazione e dell'attività fisica o sulle misure a garanzia della qualità.

I professionisti della sanità hanno un ruolo centrale in relazione alle misure per prevenire, individuare tempestivamente e curare il sovrappeso, l'obesità, i disturbi alimentari e le malattie connesse.

Aree di intervento

Vi sono possibilità di ottimizzare le offerte di consulenza e terapia nelle aree di intervento seguenti.

1. Misure volontarie e legali

Nel settore della protezione dei consumatori e della tutela della salute (alimenti e farmaci) esistono basi legali sufficienti. È auspicabile l'introduzione di marchi di qualità volontari per le offerte consulenziali e terapeutiche che esulano dal settore sanitario in senso stretto.

Sono possibili adeguamenti dell'ordinanza sulle prestazioni e dei suoi allegati per quanto concerne l'assunzione dei costi da parte delle assicurazioni malattia e infortuni nel quadro dei processi consolidati di verifica dell'efficienza, dell'opportunità e dell'economicità.

2. Misure mirate di ottimizzazione

Per ottimizzare le offerte consulenziali e terapeutiche sono possibili diversi approcci. Misure mirate possono essere adottate a livello di informazione e sensibilizzazione e/o di terapia.

- **Informazione e sensibilizzazione:** la popolazione sa dove trovare le informazioni necessarie se ha bisogno di aiuto per quanto riguarda l'alimentazione, l'attività fisica o il peso corporeo. Le informazioni includono offerte mediche e non mediche e presentano in modo equilibrato benefici e rischi delle terapie, dei farmaci e delle diete. L'accesso alle informazioni, ai servizi generali e alle prestazioni sanitarie non è uguale per tutti i gruppi di popolazione, che non vi fanno nemmeno ricorso in modo uguale a seguito di deficit di conoscenza, differenze nella concezione di salute e malattia e nelle percezioni del corpo. Occorre tener conto di queste diversità e, se possibile, ridurle.
- **Terapia:** secondo l'attuale stato delle conoscenze, alle persone in sovrappeso vengono proposti interventi specifici multidisciplinari che combinano attività fisica, alimentazione e assistenza psicologica. I professionisti della salute forniscono consulenza alle persone obese, in sovrappeso, a quelle che soffrono di disturbi alimentari e hanno problemi di sedentarietà o di alimentazione non equilibrata. La terapia viene adeguata ai bisogni individuali e tiene conto di fattori quali l'età, il sesso, le competenze linguistiche, l'origine culturale e la posizione socioeconomica. Sono necessarie offerte specifiche che tengano conto dell'elevata percentuale di recidiva che si osserva negli approcci terapeutici attuali nel campo dell'alimentazione e dell'attività fisica. Gli interventi sullo stile di vita danno risultati molto migliori, come d'altronde dimostra una metanalisi commissionata dall'UFSP. I costi degli approcci terapeutici orientati al comportamento, farmaceutici e chirurgici – da soli e combinati – sono assunti dalle casse malati nella misura in cui corrispondono ai criteri di efficacia, opportunità ed economicità. Nel quadro della ricerca e dello sviluppo gli approcci di comprovata efficacia in altri Paesi vengono adeguati alla realtà svizzera ed eventualmente sviluppati. Le linee guida esistenti vengono verificate e sviluppate. Si controllano costantemente la qualità e i risultati conseguiti dalle terapie.

3. Priorità nelle diverse fasi della vita

La consulenza e la terapia vanno impostate individualmente in funzione dell'età del paziente. Possono avere un ruolo importante in ogni fase della vita e, a seconda del contesto, essere offerte con modalità diverse da professionisti di altre discipline. Le possibilità di intervento cominciano dalla consulenza per le donne incinte e per i genitori e vanno fino alle offerte consulenziali e terapeutiche destinate agli anziani.

4. Il ruolo dei setting e dei gruppi target specifici

I medici generici, il servizio medico scolastico e i consultori sociali e psicologici hanno un ruolo importante nell'individuazione precoce dei pazienti a rischio.

Tutti gli specialisti del settore sanitario si adoperano per individuare i pazienti a rischio, in particolare tra i bambini e gli adolescenti. La consulenza e la terapia che intervengono in fase precoce (incluso l'accertamento dei presupposti in seno alla famiglia) hanno conseguenze positive a lungo termine per il futuro comportamento sanitario. Le persone socialmente sfavorite costituiscono un importante gruppo target.

5. Reti

Le esigenze di individuazione precoce, consulenza e terapia in caso di sovrappeso, obesità o disturbi alimentari valgono sia per le strutture speciali sia per le istituzioni dell'assistenza sanitaria ordinaria. Occorre garantire la collaborazione e il lavoro in rete tra questi servizi e gli specialisti della sanità. Un esempio di rete già attiva è il «Forum Obesità Svizzera» (FOS).

8 Pianificazione dell'attuazione

8.1 Filosofia

Principi

Il PNAAF, elaborato con modalità partecipative, è concepito come un programma quadro che definisce a grandi linee la politica nazionale nel campo dell'alimentazione e dell'attività fisica per i prossimi cinque anni (2008–2012). Gli obiettivi e le aree di intervento devono fungere da riferimento per le attività future degli attori svizzeri. L'attuazione del programma poggia sui seguenti principi:

- La collaborazione tra gli attori promossa in sede di elaborazione del PNAAF e la modalità partecipativa vanno mantenute anche nella fase di attuazione, ad esempio istituendo una direzione strategica composta dai rappresentanti dei partner principali (UFSP, UFSPPO, Promozione Salute Svizzera) e la Piattaforma nazionale alimentazione e attività fisica. L'accento è messo sulla collaborazione multisettoriale e sul collegamento tra i comparti «politica», «scienza» e «prassi».
- Nel settore dell'alimentazione e dell'attività fisica bisogna definire e assumere i ruoli e le responsabilità dei vari attori in Svizzera, al fine di sfruttare in meglio le sinergie e di ottimizzare l'impiego delle risorse.
- Nella fase di attuazione l'UFSP funge da coordinatore. In stretta collaborazione con l'UFSPPO e con Promozione Salute Svizzera, crea condizioni quadro ottimali per l'ulteriore elaborazione e attuazione delle misure nell'ambito del programma. Garantisce inoltre il coordinamento con altre strategie e programmi nazionali, tra cui la Strategia per uno sviluppo sostenibile (ARE, 2007).
- Le misure di attuazione vanno definite per un orizzonte temporale di lungo periodo. Il PNAAF, volto a modificare lo stile di vita, va impostato per una durata di 15-20 anni.
- La base dei dati sui comportamenti alimentari e l'attività fisica della popolazione svizzera – soprattutto dei bambini – va migliorata per permettere l'adozione di misure mirate e garantirne il follow up.

8.2 Organizzazione

Organi di attuazione

L'attuazione del PNAAF è assicurata dai seguenti organi:

Direzione strategica PNAAF

La direzione strategica è il comitato di pilotaggio che guida il processo di attuazione e che soppintende la direzione di programma. Vi sono rappresentati

- l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
- l'Ufficio federale dello sport (UFSPPO)
- Promozione Salute Svizzera
- i Cantoni

La direzione strategica PNAAF è presieduta dall'UFSP.

Direzione di programma PNAAF

La direzione di programma svolge i mandati che la direzione strategica le affida, coordina l'elaborazione di singole misure in collaborazione con i servizi/le istituzioni competenti e funge da piattaforma centrale per tutti i gruppi portatori di interessi interni ed esterni. La direzione di programma è integrata amministrativamente nella sezione dell'UFSP competente in materia di alimentazione e attività fisica.

Partner

I ruoli dei tre partner principali del PNAAF (UFSP, UFSPPO, Promozione Salute Svizzera) sono ripartiti come segue:

- L'UFSP è responsabile del coordinamento nazionale (obiettivo 1), promuove un'alimentazione equilibrata (obiettivo 2), ottimizza le offerte consulenziali e terapeutiche (obiettivo 5) e promuove l'attività fisica quotidiana (obiettivo 3).
- L'UFSPPO è responsabile in primo luogo della promozione dello sport e più in generale della promozione dell'attività fisica (obiettivo 3).
- Promozione Salute Svizzera promuove approcci e interventi integrati a favore di un peso corporeo sano (obiettivo 4).

Tra gli altri partner importanti per la pianificazione e l'attuazione del programma nazionale vi sono anche i Cantoni.

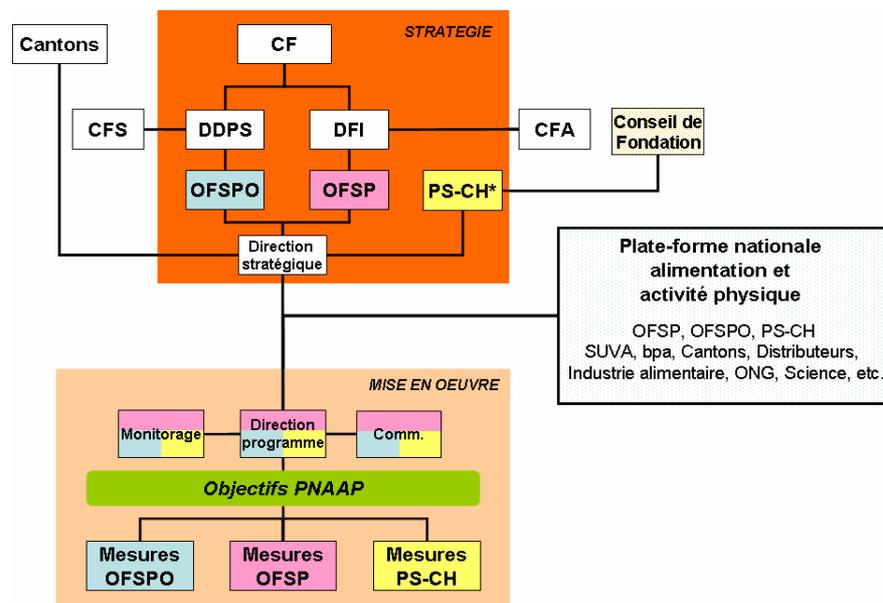


Illustrazione 8: Organizzazione per l'attuazione (piano PNAAF), schema dell'UFSP

(CF: Consiglio federale; CFS: Commissione federale dello sport; CFA: Commissione federale per l'alimentazione; DDPS: Dipartimento federale della difesa, della protezione della popolazione e dello sport; DFI: Dipartimento federale dell'interno; UFSP: Ufficio federale dello sport; UFSP: Ufficio federale della sanità pubblica; PS-CH: Promozione Salute Svizzera; DS: direzione strategica; DP: direzione di programma)

*PS-CH è rappresentata dal direttore; le decisioni strategiche vengono però adottate dal Consiglio di fondazione

Accompagnamento della fase di attuazione

La fase di attuazione del PNAAF viene seguita e accompagnata dagli organi e dalle commissioni seguenti:

- Commissione federale per l'alimentazione (CFA)
- Commissione federale dello sport (CFS)

Le due commissioni servono alla direzione strategica quale «cassa di risonanza» per le questioni politico-strategiche connesse all'attuazione del programma e all'ulteriore sviluppo della politica nazionale sull'alimentazione e l'attività fisica e la aiutano a gettare ponti verso i decisori politici.

Gli organi di accompagnamento e la Piattaforma nazionale alimentazione e attività fisica – che rappresentano la principale misura attuativa (cfr. obiettivo 1) – garantiscono al processo di attuazione una partecipazione e un'istituzionalizzazione sufficienti.

8.3 Fasi e modalità di attuazione

Misure di attuazione

Le principali misure per l'attuazione del PNAAF sono la creazione di una Piattaforma nazionale alimentazione e attività fisica e la messa a punto di un sistema di monitoraggio unitario.

Piattaforma nazionale

Piattaforma nazionale alimentazione e attività fisica

Nel quadro dello strumento politico-strategico che è la Piattaforma nazionale alimentazione e attività fisica verranno discusse con gli attori coinvolti le basi e le opzioni d'intervento illustrate nel PNAAF, al fine di trovare una base comune per l'adozione di misure. Come in altri settori della sanità pubblica, anche nel campo dell'alimentazione e dell'attività fisica ci si chiede a scadenza regolare fino a che punto le misure volontarie siano sufficienti per migliorare la situazione sanitaria e quando invece si rende inevitabile un intervento disciplinatorio. Tuttavia, prima di adottare provvedimenti legali, è opportuno sfruttare l'intero potenziale di autoregolamentazione degli attori privati (ad es. industria alimentare o commercio al dettaglio) e delle organizzazioni non profit/di volontariato. La collaborazione tra i rappresentanti della politica, dell'industria e di altri settori in seno alla piattaforma deve mettere a frutto questo potenziale. Un obiettivo importante in materia di sport e movimento è quello di sostenere in modo ottimale il grande impegno profuso dagli attori privati, promuovendo attività del settore pubblico e le basi legali necessarie.

La piattaforma politico-strategica deve sostenere le attività delle reti esistenti senza costituire una concorrenza.

Monitoraggio

Sistema di monitoraggio

Occorre sviluppare un sistema di monitoraggio unitario che poggi sulle strutture e gli strumenti esistenti – come l'inchiesta nazionale sulla salute o l'Osservatorio sport e movimento Svizzera (sportobs). È tuttavia opportuno mettere a punto anche altri strumenti, ad esempio l'inchiesta sull'alimentazione National Nutrition Survey Switzerland (NANUSS) o il monitoraggio dell'attività fisica nell'infanzia. Questi strumenti permetteranno di alimentare una banca dati e di individuare lacune e necessità nel campo dell'alimentazione e dell'attività fisica.

Fasi

L'ulteriore elaborazione e l'attuazione del PNAAF si articolano in due fasi. Qui di seguito sono descritte brevemente le attività prioritarie per ciascuna di esse.

I. Pianificazione di dettaglio e progetti pilota (2008 e 2009)

Messa a punto del coordinamento nazionale e multisettoriale con l'ausilio della Piattaforma nazionale e del sistema di monitoraggio

II. Consolidamento e ampliamento del PNAAF, pianificazione di un programma successivo (primavera 2009-2012)

Definizione e implementazione delle misure discusse in seno alla Piattaforma nazionale («best practice»); ottimizzazione del programma e delle singole misure in base ai risultati del monitoraggio e della valutazione.

8.4 Finanziamento

Ottimizzare l'impiego delle risorse

Il PNAAF permette tra l'altro di utilizzare le risorse e i flussi finanziari esistenti in modo più mirato, di rafforzare la convergenza tra le attività dei vari attori e, di rimando, di impiegare i mezzi pubblici e privati per il settore dell'alimentazione e dell'attività fisica in modo più efficiente rispetto a oggi.

Migliorare l'efficienza

Per l'attuazione delle misure proposte nel PNAAF e per il loro coordinamento servono risorse umane e finanziarie. I fondi pubblici per la promozione di un'alimentazione sana e dell'attività fisica sono limitati (Confederazione, Cantoni, Comuni) e non si prevede un aumento cospicuo dei fondi destinati all'attività di prevenzione per il periodo 2008-2012. Una parte dei costi d'attuazione potrà essere coperta dagli attori coinvolti nell'ambito della loro attività ordinaria e del loro budget. La concentrazione degli sforzi e delle iniziative di prevenzione nelle aree di intervento definite nel PNAAF dovrebbe liberare risorse per il settore dell'alimentazione e dell'attività fisica e, di riflesso, per l'attuazione del PNAAF. Nel complesso, il programma dovrebbe permettere un miglioramento dell'efficienza.

8.5 Comunicazione

Coordinamento tra i partner

Per attuare efficacemente il PNAAF sono necessarie azioni nel settore della comunicazione di supporto. Il coordinamento delle attività di comunicazione nell'ambito del programma nazionale spetta all'Ufficio federale della sanità pubblica, mentre la comunicazione su singole misure spetta ai servizi responsabili per la loro attuazione. I responsabili della comunicazione dei tre partner principali (UFSP, UFSPO e PS-CH) dovranno lavorare di concerto.

8.6 Reporting, valutazione

Ottimizzazione costante

La direzione di programma garantisce un reporting coordinato a scadenza annuale che funge da base per la valutazione interna e serve a ottimizzare costantemente l'attuazione delle misure.

L'attuazione viene valutata anche attraverso un sistema di monitoraggio completo, al fine di raccogliere raccomandazioni pratiche in vista della pianificazione di nuove misure e di un eventuale programma successivo.

Elenco delle abbreviazioni

ARE	Ufficio federale dello sviluppo territoriale
CDC	Centers for Diseases Control and Prevention, Atlanta GA
CFA	Commissione federale per l'alimentazione
CFS	Commissione federale dello sport
FAO	Food and Agriculture Organisation
HEPA	health enhancing physical activity
IOTF	International Obesity Task Force
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
PS-CH	Promozione Salute Svizzera
SSN	Società Svizzera di Nutrizione
UE	Unione europea
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UFSPD	Ufficio federale dello sport
UNICEF	United Nations Children's Fund
USDHHS	United States Department of Health and Human Services
UST	Ufficio federale di statistica
AMS (WHA)	Assemblea mondiale della sanità (World Health Assembly)

Bibliografia

- Abel T., Bruhin E.: Health Literacy/ Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (eds.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung (128-131). Schwabenstein a. d. Selz: Peter Sabo, 2003.
- Altgeld Th., Kolip P.: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, Th. Klotz & J. Haisch (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, pag. 41-54, Berna, 2004
- Baerlocher K., Sutter-Leuzinger A.D., Straub, S.: Die Ernährungssituation von Schulkindern und das Thema Ernährung im Schulunterricht. Commissione federale per l'alimentazione. Berna, 2000.
- Bouchard C., Blair S.N., Haskell W.: Physical activity and health. Human Kinetics Inc, 2007.
- Ufficio federale dello sviluppo territoriale (ARE), Ufficio federale di statistica (UST): Mobilità in Svizzera, Risultati del microcensimento sul comportamento nel traffico. Ufficio federale dello sviluppo territoriale, Ufficio federale di statistica. Neuchâtel, 2001.
- Ufficio federale dello sviluppo territoriale (ARE): Strategia per uno sviluppo sostenibile: Linee guida e piano d'azione 2008-2011. Ufficio federale dello sviluppo territoriale. Berna, 2007 (in elaborazione)
- Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP): Piano d'azione alimentazione e salute: una politica nutrizionale per la Svizzera. Ufficio federale della sanità pubblica. Berna, 2001.
- Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP): Die Kosten der Adipositas in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheit. Bern, 2004 a.
- Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP): Kollektive Expertise Sekundärprävention. Ufficio federale della sanità pubblica. Berna, 2004 b.
- Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP): Raccomandazioni per un'alimentazione equilibrata. Ufficio federale della sanità pubblica, Scheda informativa, 2006. Disponibile al link: <http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung/00211/03131/index.html?lang=it>.
- Ufficio federale dello sport (UFSP): Concezione del Consiglio federale per una politica dello sport in Svizzera. Ufficio federale dello sport . Macolin, 2000.
- Ufficio federale dello sport (UFSP), Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), Ufficio svizzero per la prevenzione degli infortuni (upi), Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (SUVA), Servizio di ecologia medica dell'Istituto di medicina sociale e preventiva e dell'Ospedale universitario di Zurigo, Rete svizzera Salute e movimento: Parere scientifico congiunto: Volkswirtschaftlicher Nutzen der Gesundheitseffekte der körperlichen Aktivität: erste Schätzungen für die Schweiz. Schweiz Z Sportmed Sporttraumatol, 49: 84-86, 2001.
- Ufficio federale dello sport (UFSP), Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), Promozione Salute Svizzera, Rete svizzera Salute e movimento: Documento di base. Movimento efficace per la salute. Ufficio federale dello sport. Macolin, 2006.
- Ufficio federale di statistica (UST): Indagine sulla salute in Svizzera 2002. Ufficio federale di statistica. Neuchâtel, 2003.
- Ufficio federale di statistica (UST), Ufficio federale dello sport (UFSP): Bewegung, Sport und Gesundheit. Fakten und Trends aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002. Ufficio federale di statistica, StatSanté, 1, 2006.
- CardioVascSuisse: Ein schweizerisches Herz-Kreislauf-Programm. Berna, 2005.
- Christakis N.A., Fowler J.H.: The spread of obesity in a large social network over 32 years. N Engl J Med, 357:370-379, 2007.
- Devaud C., Jeannin A., Narring F., Ferron C., Michaud PA.: Eating disorders among female adolescents in Switzerland: prevalence and associations with mental and behavioral disorders. Int J Eat Disord. 24:207-216, 1998
- de Zwaan M.: Binge Eating Disorder and Obesity. Int J Obes Relat Metab Disord. 25 Suppl 1:S51-S55, 2001
- Eichholzer M., Camenzind-Frey E., Matzke A., Amadò R., Ballmer P.E., Beer M., Darioli R., Hasler, K. Lüthy J., Moser U., Sieber R., Trabichet C. (eds): Quinto Rapporto sull'alimentazione in Svizzera. Ufficio federale della sanità pubblica. Berna, 2005.
- Commissione europea (UE): Libro verde «Promuovere le diete sane e l'attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche». Commissione europea, COM, 637, 2005.
- Commissione europea (UE): Libro bianco: Una strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità. Commissione europea, COM, 279, 2007.

- Organizzazione per l'alimentazione e l'agricoltura delle Nazioni Unite (FAO): The State of Food Insecurity in the World. Organizzazione per l'alimentazione e l'agricoltura delle Nazioni Unite. Roma, 2004
- Promozione Salute Svizzera (PSS): Poids corporel sain: comment enrayer l'épidémie de surcharge pondérale? / Gesundes Körpergewicht: Wie können wir der Übergewichtsepidemie entgegenwirken? Promozione Salute Svizzera. Berna, Losanna, 2005 (in francese e tedesco).
- Promozione Salute Svizzera (PSS): Strategia a lungo termine di Promozione Salute Svizzera. Berna, Losanna, 2006.
- Giusti V.: Obesity, overweight, and diet. *Rev Med Suisse Romande*. 122:227-229, 2002
- International Obesity Task Force (IOTF): Obesity in children and young people: A crisis in public health. International Obesity Task Force, report to WHO Journal. *Obesity Reviews*, May, 2004.
- Keller U., Lüthy J., Amadò R., Battaglia-Richi E., Battaglia R., Casabianca A., Eichholzer M., Rickenbach M., Sieber R. (eds): Quarto Rapporto sull'alimentazione in Svizzera. Ufficio federale della sanità pubblica. Berna, 1998.
- Kickbusch I., Maag D., Saan H.: Enabling healthy choices in modern societies. European Health Forum, Badgastein, 2005.
- Marti B, Martin BW.: Sportliches Training oder Bewegung im Alltag zur Optimierung von Gesundheit und Lebensqualität. *Therapeutische Umschau*, 58, 189-195, 2001.
- Martin B., Wyss T., Mengisen W., Roost H.-P., Spieldenner J., Schlegel F., Rudin D., Somaini B., Kriemler S., Mahler P., Cassis I., Farpour-Lambert N., Marti B.: Gesundheitswirksame Bewegung – auf dem Weg zu Empfehlungen für Kinder und Jugendliche. Commento alle raccomandazioni dell'Ufficio federale dello sport, dell'Ufficio federale della sanità pubblica, di Promozione Salute Svizzera e della Rete svizzera Salute e movimento del 2006. Ufficio federale della sanità pubblica, Bulletin, 18: 328-331, 2006.
- Martin BW., Martin E., Mengisen W.: Evidence-based Physical Activity Promotion – from Intervention to the development and implementation of strategies. In: Expertise nationale activité physique et santé de l'institut nationale de la santé et de la recherche médicale INSERM. Parigi, 2007 (in stampa).
- Narring F., Tschumper A., Inderwildi Bonivento L., Jeanin A., Addor V., Bütikofer A., Suris J-C., Diserens C., Al-saker F., Michaud P-A.: Gesundheit und Lebensstil 16-20-Jähriger in der Schweiz, SMASH 2002. *raisons de santé*, 95 b, Losanna, 2004.
- Rete svizzera Salute e movimento (hepa.ch): Gesundheitswirksame Bewegung bei Kindern und Jugendlichen. Rete svizzera Salute e movimento, 2006.
- Oja P., Borms J. (eds): Health Enhancing Physical Activity. Perspectives – The Multidisciplinary Series of Physical Education and Sport Science; Vol 6. Oxford, Meyer & Meyer Sport (UK) Ltd, 2004.
- Stähelin H.B., Lüthy J., Casabianca A., Monnier N., Müller HR., Schutz Y., Sieber R. (eds): Terzo Rapporto sull'alimentazione in Svizzera. Ufficio federale della sanità pubblica. Berna, 1991.
- Società Svizzera di Nutrizione (SSN): La piramide alimentare. Berna, 2005a. Disponibile al sito: www.sge-ssn.ch.
- Società Svizzera di Nutrizione (SSN): Empfehlungen zum gesunden und genussvollen Essen und Trinken für Erwachsene. Ufficio federale della sanità pubblica, Bulletin, 15, 245-249, 2005b.
- Schutz Y., Golay A., Giusti V., Héraief E., Keller U., Laurent-Jaccard A., Laederach-Hofmann K., Peterli R., Spinass GA., Suter PM., Triaca HJ., Vermes JP.: Consensus über die Behandlung der Adipositas in der Schweiz I/II, ASEMO-SAMO. Losanna 1999/2006.
- Sjöström M., Oja P., Hagströmer M., Smith BJ., Bauman A.: Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. *Journal of Public Health*, 14:1–10, 2006.
- Trojan A., Legewie H.: Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Francoforte, 2001.
- UNICEF: Progress for children, a report card on gender parity and primary education. New York, aprile 2005.
- United States Department of Health and Human Services (U.S. DHHS): Physical activity and health: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Atlanta, 1996.
- OMS: Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa. World Health Organization, HPR, HEP, 95.1, 1986.
- OMS: Obesity: Preventing and managing the global epidemic. World Health Organisation, Technical Report Series, 894, 2000.
- OMS Europa: The First Action Plan for Food and Nutrition Policy. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen, 2001.
- OMS: World Health Report. Organizzazione mondiale della sanità. Ginevra, 2002.

- OMS: Report of the joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. World Health Organization, Technical Report Series, 916, 2003.
- OMS: Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. World Health Organization. Ginevra, 2004 a.
- OMS: Young people's health and health-related behaviour. In: Currie C et al., eds. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescent, World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen, 4, 53-161, 2004
- OMS Europa: Physical activity and health. Evidence for action. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006 a.
- OMS Europa: European Charter on Counteracting Obesity. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006 b.
- OMS Europa: Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006 c.
- OMS Europa: Second WHO European action plan for food and nutrition policy (in preparazione)
- Zimmermann M.B., Gübelib C., Püntenerb C., Molinaric L.: Overweight and obesity in 6-12 year old children in Switzerland. Swiss Med Wkly, 134:523-528, 2004.

Allegato I – Principi della politica di prevenzione dell'UFSP

<i>Prevenzione in primo piano</i>	Nel 2007 l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha adeguato la propria strategia e ha subordinato i programmi nazionali di prevenzione, tra cui anche il Programma nazionale alimentazione e attività fisica 2008-2012, al settore d'attività «Prevenzione e promozione della salute» all'insegna del motto « <i>Prevenzione in primo piano</i> ».
<i>Rafforzamento della prevenzione</i>	È necessario contrastare l'aumento delle malattie non trasmissibili che colpiscono con frequenza sempre maggiore anche i bambini e i giovani. Un tema questo che preoccupa da tempo le organizzazioni internazionali: l'Organizzazione mondiale della sanità, la Commissione europea e l'OCSE hanno già presentato analisi dettagliate al riguardo. Il rapporto OCSE 2006 sul sistema sanitario svizzero è di particolare importanza per la Svizzera, in quanto raccomanda esplicitamente di orientare maggiormente il sistema sanitario nazionale – altrimenti eccellente – alla prevenzione.
<i>Sostegno internazionale</i>	Le convenzioni internazionali sostengono il rafforzamento della prevenzione. Il 25 giugno 2004 la Svizzera ha sottoscritto la Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco. L'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS ha pubblicato diversi documenti strategici con raccomandazioni importanti, ad esempio la Strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, la Carta europea sull'azione di contrasto all'obesità e il Quadro della politica sull'alcol nella regione europea dell'OMS. Anche il lavoro della Commissione europea a favore della prevenzione e della promozione della salute si ritaglia uno spazio sempre più importante. Il programma dell'UFSP tiene conto dei documenti di riferimento quali il Libro bianco sull'alimentazione o la Strategia dell'UE per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol.
<i>Maggior peso alla prevenzione strutturale</i>	Guardando all'Europa si constata che, accanto alla prevenzione comportamentale, la prevenzione strutturale assume un'importanza crescente. Pertanto, nell'interesse di una prevenzione efficace sono viepiù fondamentali la collaborazione tra le diverse politiche settoriali e le nuove forme di cooperazione con il privato. Le nuove forme organizzative – come la Piattaforma d'azione europea sulla dieta, l'attività fisica e la salute lanciata dall'UE con la partecipazione della Svizzera – poggiano tra l'altro su misure volontarie e fanno leva su iniziative di autoregolazione.
<i>Priorità strategiche dell'UFSP</i>	Vista la molteplicità dei compiti e delle azioni possibili nel campo della prevenzione e della promozione della salute, l'UFSP è obbligato a fissare delle priorità strategiche e si concentra sulla prevenzione strutturale. Si possono ottenere effetti a lungo termine sulla salute agendo in modo mirato in quattro ambiti centrali: regolamentazione, multisettorialità, partenariato, informazione e comunicazione.

<i>Regolamentazione</i>	Quest'ambito comprende tutte le restrizioni legali e le misure di protezione della salute che rientrano nella sfera di competenza dell'UFSP. «Prevenzione in primo piano» significa soprattutto tutelare i bambini e gli adolescenti, ridurre i danni individuali e sociali e diminuire i pericoli per i terzi. Particolare attenzione è riservata all'esecuzione del diritto vigente, ad altre attività nel quadro degli obiettivi dell'ufficio, alla trattazione di questioni di politica sanitaria che dipendono da altre autorità federali nonché ad attività in relazione alle lacune legislative identificate e ai nuovi temi.
<i>Multisetorialità</i>	In quest'ambito ci si propone di convincere altri attori politici (dipartimenti e uffici federali) a partecipare e a sostenere la prevenzione strutturale per promuovere la salute. «Prevenzione in primo piano» significa integrare questo principio guida e le sue implicazioni concettuali, giuridiche, organizzative e politiche in tutti i livelli della politica federale. Si mira segnatamente al lavoro, alle attività di svago e del tempo libero, ai consumi, alla scuola e alla formazione. Questo può richiedere misure fiscali e giuridiche, ma anche iniziative comuni di prevenzione, partenariati di ampio respiro e un lavoro di informazione sui principali fattori che influiscono sulla salute.
<i>Partenariati</i>	Questo ambito comprende le molteplici attività condotte in collaborazione con altri attori per concretizzare temi sanitari prioritari nonché programmi e misure nazionali. «Prevenzione in primo piano» significa fare in modo che la prevenzione diventi un modello di comportamento sia nella società, sia negli altri ambiti della vita ed ottenere un effetto ad ampio raggio lavorando con partner esterni e interni. I partner principali sono i servizi cantonali e locali, le organizzazioni che operano nel settore della prevenzione, le associazioni e le organizzazioni non governative nonché gli attori privati.
<i>Informazione e comunicazione</i>	Questo ambito comprende il lavoro di informazione al pubblico, al mondo politico, ai media, alle autorità (Confederazione, Cantoni, organismi internazionali) e ad altri partner. L'informazione concerne le tendenze epidemiologiche, le informazioni basate su evidenze sulle nuove sfide nel settore della prevenzione e della promozione della salute, le analisi economiche e le ricerche tradizionali o innovative. «Prevenzione in primo piano» significa promuovere il riconoscimento della prevenzione e della promozione della salute a livello politico, sociale, economico e pubblico e creare consapevolezza sulla sua importanza per lo sviluppo socioeconomico del Paese.
<i>Molteplici fattori di influsso sul piano sociale</i>	Il comportamento verso la salute e i suoi fattori determinanti sono strettamente correlati all'evoluzione sociale. Le misure di prevenzione devono quindi essere rimesse costantemente in discussione e le modalità strategiche ridefinite. Le ricerche condotte mostrano che sono molti i fattori che influiscono sull'insorgenza di patologie e che è estremamente importante trovare la giusta combinazione tra approcci ad ampio raggio e approcci medico-specifici.

Allegato II – Lista degli attori partecipanti

Lista dei partecipanti al workshop per l'elaborazione di una strategia relativa al Programma nazionale alimentazione e attività fisica 2008-2012, che si è tenuto nell'estate 2006, e alla consultazione informale del luglio 2007

- Isabelle Aeberli, Institut für Lebensmittelwissenschaften, PF Zurigo
- Dr. med. Gaudenz Bachmann, medico cantonale supplente, Gesundheitsdepartement, Cantone di San Gallo
- Brigitte Baschung, membro del Comitato di direzione, Lega svizzera contro il cancro, Berna
- Petra Baumberger, direzione, Federazione Svizzera delle Associazioni Giovanili (FSAG), Berna
- Regula Behringer, Istituto di medicina sociale e preventiva, Università di Zurigo
- Caroline Bernet, Unilever Schweiz GmbH, Thayngen
- Andreas Biedermann, CardioVascSuisse, Berna
- Rita Bieri, direttrice, Schweiz. Verband d. Mütterberaterinnen, Zurigo
- David Blum, Ufficio federale della sanità pubblica, Berna
- Prof. Dr. Charlotte Braun-Fahrländer, direttrice, Istituto di medicina sociale e preventiva, Università di Basilea
- Stefan Brupbacher, economiesuisse, Zurigo
- Othmar Brügger, Ufficio svizzero per la prevenzione degli infortuni, Berna
- Irène Candido, presidente, Schweiz. Verband d. Mütterberaterinnen, Zurigo
- Dr. Paolo Colombani, Swiss Forum Sport Nutrition, PF Zurigo
- Judith Conrad, Swiss Olympic Association, Berna
- Christina Daeniker Roth, MGB Ernährungsberatung, Federazione delle cooperative Migros, Zurigo
- Elisabeth Debenay, Direction générale de la santé, Ginevra
- Prof. Jacques Diezi, presidente, Commissione federale per l'alimentazione, Losanna
- Eugen Dornbierer, SUVA, Lucerna
- Dr. Dominique Durrer, Collegio di medicina di base, gruppo prevenzione, Berna
- Prof. Thomas Fischer, Progress Management AG, Zugo
- Alexia Fournier, Dispositif intercantonal pour la prévention et la promotion de la santé, Berna
- Rainer Frei, direzione, RADIX Promozione della salute, Zurigo
- Dr. med. Daniel Frey, direttore del servizio Gesundheit und Prävention, Schul- und Sportdepartement, Cantone di Zurigo
- Pascal Froidevaux, Promozione Salute Svizzera, Berna
- Yves Haldemann, Nestlé Suisse S.A., Vevey
- Anne Irigoyen, Selecta, Morat
- Sara Iten-Hug, capo del dipartimento Scienza, formazione e qualità, Società Svizzera dei Farmacisti, Berna
- Michèle Kaspar, Coop, Servizio di dietetica, Basilea
- Fabienne Kern, Service de la santé publique, Losanna
- Kees de Keyzer, Ufficio federale dello sport, Macolin
- PD Dr. Richard Klaghofer, reparto di Medicina psicosociale, Ospedale universitario di Zurigo
- Elena Konstantinidis, direzione, Dachverband offene Jugendarbeit, Berna
- Dr. med. Chung-Yol Lee, medico cantonale, Cantone di Friburgo
- Dr. med. Josef Laimbacher, primario, Ostschweiz. Kinderspital, San Gallo

- Dr. Markus Lamprecht, docente, Institut für Bewegungs- und Sportwissenschaften, Zurigo
- Katharina Liewald, Abteilung für Gesundheitsforschung, Istituto di medicina sociale e preventiva, Università di Berna
- Alberto Marcacci, sostituto del responsabile del progetto Gioventù, alimentazione e attività fisica, Ufficio federale della sanità pubblica, Berna
- Dr. Brian Martin, responsabile Salute e movimento, Ufficio federale dello sport, Macolin
- Elisabeth Marty-Tschumi, delegata alla promozione della salute e alla prevenzione, Sion
- Dr. Annette Matzke, responsabile del Gruppo Nutrizione, Salute Pubblica Svizzera, Berna
- Dr. Pierre-André Michaud, primario, associato dell'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents, Centre Hospitalier universitaire Vaudois, Losanna
- Pascale Mühlemann, direttrice, Società Svizzera di Nutrizione, Berna
- Elisabeth Müller, direttrice, UNICEF Svizzera, Zurigo
- Scarlett Niklaus, Ufficio federale della sanità pubblica, Berna
- Christoph Nützi, responsabile Promozione dello sport, Ufficio federale dello sport, Macolin
- Awilo Ochieng, Affari internazionali, Ufficio federale della sanità pubblica, Berna
- Dr. Anne Katrin Oehling, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Basilea
- Dr. Silke Oggier Schmitt, medico scolastico e responsabile media, Schulärztlicher Dienst della città di Zurigo
- Hans Peyer, vicedirettore, GastroSuisse, Zurigo
- Dr. Hans-Peter Roost, capo della sezione Gioventù, nutrizione e attività fisica, Ufficio federale della sanità pubblica, Berna
- Christophe Roy, funzionario tecnico, WHO Global Strategy on diet, physical activity and health, Ginevra
- Denise Rudin, responsabile della divisione Peso corporeo sano, Promozione Salute Svizzera, Berna
- Anna Sax, vicepresidente, Commissione federale per l'infanzia e la gioventù, Zurigo
- Piero Schäfer, direttore Comunicazione, Pubblicità Svizzera, Zurigo
- Dr. Franz U. Schmid, direttore, FIAL, Berna
- Hansruedi Schönenberg, capo del settore Economia aziendale e Tariffe, H+ Gli Ospedali Svizzeri, Berna
- Dr. Robert Sempach, Percento culturale Migros e presidente della Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Zurigo
- Dima Serafina, Ufficio del medico cantonale, Aarau
- Dr. Jörg Spieldenner, capo della divisione Programmi nazionali di prevenzione, Ufficio federale della sanità pubblica, Berna
- Barbara Spörri-Kälin, direttrice, Life time health GmbH, Zurigo
- Dr. med. Thomas Steffen, specialista FMH in prevenzione e salute pubblica, responsabile MPH, Basilea
- Nadine Stoffel-Kurt, Ufficio federale della sanità pubblica, Berna
- Dr. med. Susanne Stronski Huwiler, responsabile, Schulärztlicher Dienst, Zurigo
- Oliver Studer, responsabile della Rete svizzera Salute e movimento (HEPA), Ufficio federale dello sport, Macolin
- Prof. Dr. Paolo Suter, capo reparto Medicina interna, Ospedale universitario di Zurigo
- Anna Sutter-Leuzinger, Ufficio federale della sanità pubblica, Berna
- Chiara Testera, Promozione Salute Svizzera, Berna
- Dr. Philipp Trefny, copresidente, Forum Pediatria Pratica, Bellach

- Ursula Ulrich, capo divisione Politica della sanità multisetoriale, Ufficio federale della sanità pubblica, Berna
- Lysiane Ummel Mariani, Service de la santé publique, Neuchâtel
- Lorenz Ursprung, responsabile Politica dello sport, Ufficio federale dello sport, Macolin
- Ursula Vogt, responsabile della Segreteria generale, santésuisse, Soletta
- Magali Volery, Direction générale de la santé, Ginevra
- Heinrich von Grünigen, presidente del Consiglio di fondazione, Schweiz. Adipositas-Stiftung, Zurigo
- Barbara Weil, responsabile della divisione Prevenzione, Segretariato generale FMH, Berna
- Dr. Lukas Zahner, capo progetto Aktive Kindheit, Institut für Sport- und Sportwissenschaften, Basilea
- Dr. Monica Zehnder, sezione Sicurezza alimentare, Ufficio federale della sanità pubblica, Zurigo
- Barbara Zumstein, RADIX Promozione della salute, Zurigo
- Brigit Zuppinger, sezione Pari opportunità e salute, Ufficio federale della sanità pubblica, Berna

Allegato III – Interventi parlamentari

- 96.3093 Postulato Vollmer: Informazione, formazione e educazione in materia di alimentazione
- 97.3501 Postulato Wiederkehr: Vitamina B9, profilassi
- 99.5157 Domanda Ruf Markus: Corsi di sport e ginnastica nel Cantone di Berna
- 02.1068 Interrogazione ordinaria Heim: Corsi di ginnastica per gli apprendisti. Aspetti finanziari
- 02.3135 Mozione Gutzwiller: Alimentazione. Promozione dell'informazione, dell'educazione e della formazione
- 03.3528 Interpellanza Vaudroz: Lo sport riduce i costi sanitari e sociali
- 04.3005 Interpellanza Studer: Misure contro l'obesità
- 04.3348 Interpellanza Bruderer: Concezione del Consiglio federale per una politica dello sport
- 04.3705 Interpellanza Gysin: Ruolo della prevenzione nella politica in materia di sanità
- 04.3776 Interpellanza Darbellay: Gioventù e Sport. Smantellamento strisciante?
- 04.3779 Mozione Zisyadis: Obesità dei bambini. Rimborso delle spese di consulenza dietetica
- 04.3797 Postulato Humbel Näf: Promozione di una sana alimentazione
- 04.3815 Mozione Vaudroz: Gioventù e Sport. Sostegno annuale per gli anni 2006 a 2008
- 05.1032 Interrogazione parlamentare Goll: Assistenza alle donne durante la gravidanza, il parto e l'allattamento
- 05.3140 Interpellanza Vollmer: Lo sport nelle scuole professionali. Mancato rispetto della legge
- 05.3164 Interpellanza Keller: È possibile emanare una legge sulla prevenzione senza una regolamentazione eccessiva?
- 05.3177 Postulato Kuprecht: La ginnastica nelle scuole professionali è ancora d'attualità?
- 05.3162 Postulato Hochreutener: Intervento della Confederazione a favore delle scuole dello sport
- 05.3436 Mozione Heim: Terza età. Rafforzare la prevenzione per una migliore autonomia
- 05.3642 Mozione Humbel Näf: Mantenere e rafforzare la posizione dello sport nella scuola
- 05.3656 Interpellanza Vaudroz: Riduzione delle tre lezioni settimanali obbligatorie di sport
- 05.3844 Interpellanza Darbellay: Stato di salute dei bambini e dei giovani
- 06.3159 Mozione Kiener Nellen: Sport, movimento e alimentazione dei bambini tra i cinque e i dieci anni
- 06.3422 Mozione Zisyadis: Divieto di pedofilia pubblicitaria
- 06.3443 Mozione Bruderer: Lezioni di educazione fisica nelle scuole professionali: rispettare le leggi e assicurare la qualità
- 06.1163 Interrogazione ordinaria Studer: Restrizioni della pubblicità per prodotti particolarmente grassi, salati e zuccherati
- 06.3841 Interpellanza Humbel Näf: Nessuna limitazione per lo sport societario
- 07.3246 Interpellanza Bruderer: Progetti volti a favorire il movimento, l'integrazione e la socializzazione dei giovani

Allegato IV – Glossar

<i>Adiposità</i>	Obesità. Definita come un aumento relativo della massa grassa causato da un incremento eccessivo del tessuto grasso totale in rapporto con la composizione corporea. Di regola l'adiposità è provocata da un bilancio energetico squilibrato (cfr. bilancio energetico), ossia da un apporto eccessivo di calorie combinato con un consumo troppo basso. Secondo l'OMS, quando tale rapporto, denominato Body Mass Index (BMI, cfr. più sotto), è superiore a 30 kg/m^2 vi è adiposità.
<i>Anoressia</i>	Anorexia Nervosa, o magrezza patologica, è definita come un disturbo alimentare con un dimagrimento in parte eccessivo. È caratterizzata da una diminuzione del peso corporeo provocata dalla persona stessa (riduzione dell'apporto energetico e/o attività sportiva estrema) di almeno il 15 % al di sotto del peso normale (BMI inferiore a 17,5).
<i>Binge-Eating Disorder</i>	Dipendenza alimentare, alimentazione compulsiva, attacchi di fame incontrollata. Caratterizzati dal consumo di una quantità inusitatamente grande di alimenti durante un breve periodo accompagnato dalla perdita del controllo sull'assunzione alimentare durante l'attacco. Il quadro clinico è simile alla bulimia nervosa, ma si distingue per l'assenza di vomito indotto o dell'impiego di altri metodi quali lassativi per eliminare la quantità di alimenti consumati. Le persone affette da un tale disturbo sono sovente in sovrappeso.
<i>Malattie legate all'ipertensione</i>	Malattie conseguenti a una durevole ipertensione nel sistema arteriale con raggiungimento di valori superiori a 140 mmHg di pressione sistolica e 90 mmHg di pressione diastolica. I valori della pressione arteriosa normali sono inferiori a 120 mmHg (sistolica) e 80 mmHg (diastolica).
<i>Body Mass Index (BMI)</i>	Indice di massa corporea. Il rapporto tra il peso corporeo (kg) e il quadrato dell'altezza (m^2) definisce il peso normale degli adulti (BMI 18.5 – 24.9 kg/m^2). Il BMI non distingue tra massa muscolare e massa grassa ma costituisce ugualmente un buon indicatore della massa grassa, dato che di regola negli adulti un aumento di peso corrisponde a un aumento della massa grassa (eccezioni: sportivi molto allenati, persone che praticano il culturismo estremo). Per determinare il peso normale dei bambini e dei giovani fino ai 18 anni si utilizzano le curve del BMI secondo Cole.
<i>Bulimia</i>	Bulimia nervosa, abbuffate seguite da vomito autoindotto, dipendenza alimentare. Un disturbo alimentare che spinge a consumare in modo incontrollato grandi quantità di cibo per poi cercare di eliminare l'apporto energetico mediante il vomito o altri metodi. Ossessione cronica per la nutrizione collegata con attacchi di fame e attacchi bulimici. Per lo più i pazienti riescono a mantenere il loro peso nella normalità. Elevato grado di sofferenza.
<i>Diabete</i>	«Malattia dello zucchero». Disturbo cronico dell'utilizzo del glucosio nel metabolismo causato da una mancanza di insulina (diabete tipo I) o da un disturbo dell'azione insulinica (diabete tipo II). Quest'ultimo è favorito tra l'altro dall'obesità.
<i>Bilancio energetico</i>	La differenza tra l'apporto energetico (calorico) conseguente all'assunzione di cibo e il consumo energetico provocato dal metabolismo e dal movimento.

<i>Derrate alimentari ad alto potenziale energetico e povere di microelementi nutritivi</i>	Derrate alimentari con un elevato tenore di grassi e/o zuccheri e con un tenore limitato di microelementi nutritivi quali vitamine e oligoelementi.
<i>Disturbi alimentari</i>	Per disturbi alimentari si intende un disturbo del comportamento alimentare che quasi sempre causa danni alla salute gravi e durevoli. L'ossessione mentale ed emozionale del «mangiare» è fondamentale; interessa l'alimentazione o il rifiuto di alimentarsi ed è collegata a disturbi psicosociali e all'immagine del proprio corpo (psicosomatica). Quando il disturbo è dovuto a un senso di costrizione si parla di dipendenza.
<i>Acidi grassi</i>	Sono gli elementi costitutivi dei lipidi. Gli acidi organici denominati a seconda della loro presenza nei lipidi. Si distingue, a seconda della struttura chimica, tra acidi grassi saturi (senza legami doppi) e insaturi (con uno o più legami doppi, normalmente nella configurazione cis). Gli acidi grassi si differenziano pure tramite il numero degli atomi di C (lunghezza delle catene).
<i>Peso corporeo sano</i>	Peso corporeo normale. Body Mass Index compreso tra 18,5 e 25 per gli adulti.
<i>Malattie del sistema cardiocircolatorio</i>	Definizione collettiva per le malattie del cuore e del sistema circolatorio. A causa della loro frequenza esse sono molto importanti dal punto di vista medico e della politica della sanità. Costituiscono la causa più frequente d'invalidità prematura e di decesso. I fattori di rischio possono essere suddivisi in influenzabili e non influenzabili (età, genetica). I più importanti fattori di rischio influenzabili sono l'ipertensione, l'ipercolesterolemia, l'adiposità, la mancanza di movimento, il fumo, l'alcol e il diabete.
<i>Ipercolesterolemia</i>	Si tratta di un disturbo del metabolismo e corrisponde a un tenore elevato di colesterina (superiore a 6,5 mmol/l) nel sangue. In Svizzera, l'Indagine svizzera sulla salute ha riscontrato un'ipercolesterolemia presso circa il 34 % degli uomini e il 30 % delle donne.
<i>Variabilità intraindividuale</i>	La variabilità in un individuo, per esempio la differenza riscontrata tra due misurazioni effettuate sulla medesima persona in due momenti differenti.
<i>Malattie cardiache ischemiche</i>	Malattie cardiache causate da una diminuzione dell'irrorazione dei vasi sanguigni accompagnata da un loro restringimento.
<i>Carboidrati complessi</i>	Polisaccaridi, in contrapposizione con monosaccaridi e disaccaridi (quali saccarosio o zucchero da cucina). Il più importante polisaccaride utilizzabile è l'amido contenuto nei cereali, nelle patate e nel riso. I più importanti carboidrati complessi non utilizzabili o solo in parte utilizzabili, cionondimeno significativi dal punto di vista della fisiologia nutrizionale, sono diverse fibre alimentari quali la pectina nella frutta o l'emicellulosa nei cereali.
<i>Onere di morbilità</i>	Definito come la differenza tra lo stato di salute attuale effettivo e la situazione ideale in cui ognuno vive fino a tarda età senza malattie o invalidità. Le cause per tale differenza sono la morte prematura, gli handicap e determinati fattori di rischio che contribuiscono all'insorgere di deficit di salute.

<i>Interventi Lifestyle</i>	<p>Studi d'intervento durante i quali vengono modificati diversi parametri dello stile di vita delle persone che vi partecipano. Si misura l'influsso di tali modifiche sulla salute.</p> <p>L'intervento (lat. intervenire = intercedere, intromettersi) indica l'ingerenza in una situazione di una parte fino a quel momento non coinvolta.</p>
<i>Meta-analisi</i>	<p>L'analisi di un'analisi. Una sintesi degli esami primari basata su mezzi quantitativi statistici con l'obiettivo di accertare la presenza di un effetto e, se del caso, di stimarne la portata.</p>
<i>Monitoraggio</i>	<p>Osservazione continuativa e di routine di uno stato o di un processo con l'obiettivo di riconoscere tempestivamente eventuali modifiche.</p> <p>La funzione del monitoraggio è quella di intervenire in modo direttivo in un procedimento o un processo osservati, allo scopo di correggerne l'andamento nel caso in cui questi non prendano la direzione auspicata o siano superati o non raggiunti determinati valori soglia.</p>
<i>Peer Groups</i>	<p>Gruppi di giovani coetani.</p>
<i>Psicomotoria</i>	<p>Insieme dei movimenti provocati da procedimenti psichici.</p>
<i>Acidi grassi trans</i>	<p>Acidi grassi insaturi con almeno un legame doppio nella configurazione trans. Possono formarsi durante l'idrogenazione di oli vegetali, durante il trattamento con calore o la deodorizzazione di oli (p.es. durante la fabbricazione di margarina, dolci ecc.). Essi si formano pure nel rumine dei ruminanti (vacche) in seguito alla trasformazione batterica di acidi grassi polinsaturi (idrogenazione biologica).</p>
<i>Sovrappeso</i>	<p>Secondo la classificazione dell'OMS, vi è sovrappeso quando il Body Mass Index è compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m² (per gli adulti).</p>