

Tanas Rita [mailto:tanar.rita@tin.it]

“Libro Verde” piattaforma d’azione europea per l’alimentazione, l’attività fisica e la salute. Piano 2007-2013:

Osservazioni del Laboratorio di Educazione Terapeutica di Padova¹

Tanas Rita¹ M.D., Marcolongo Renzo² M.D., Bonadiman Leopoldo³ M.D.

¹ Dipartimento di Pediatria, Azienda Universitaria-Ospedaliera S. Anna, Ferrara, Italia;

²Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Azienda Ospedaliera-Università, Padova, Italia.

³ Medicina Generale, Distretto 2, ULSS 16, Padova, Italia.

Perchè un programma Comunitario di prevenzione dell’obesità?

In una società in cui i confini nazionali si stanno facendo sempre più sfumati per l’avvento della globalizzazione, una spinta Comunitaria, verso uno stile di vita sano, promette di essere più efficace dei programmi nazionali promossi dai singoli stati membri.

L’effetto di un unico, coerente programma comunitario, dopo una prima fase di sperimentazione, potrebbe accrescersi grazie all’imitazione e all’autodiffusione ed in tal modo raggiungere più in fretta e meglio lo scopo, che si prefigge. Piccole esperienze “pilota” potrebbero sommarsi e raggiungere un risultato statisticamente significativo così da meritare di essere diffuse agli altri Stati più rapidamente.

A livello Comunitario si possono favorire norme che incentivino fiscalmente ed economicamente le attività commerciali che promuovono uno stile di vita sano, quali, per esempio:

1. una ridotta tassazione su produzione, trasporto e vendita di frutta e verdure, eventualmente aumentando quella sugli alimenti ricchi di grassi di origine animale, zuccheri semplici e sale;
2. la vendita degli alimenti “meno sani” in confezioni di piccole dimensioni;
3. incentivare l’apertura di locali che offrano svaghi alternativi al cibo, quali corsi di attività motorie varie e piacevoli e di facile accesso per tutte le fasce sociali (ad es., centri per bambini, ragazzi e famiglie);

¹ Laboratorio di Educazione Terapeutica del Malato, Azienda Ospedaliera-Università e ULSS 16, Padova

4. incentivare i ristoratori che offrano a prezzi concorrenziali piatti fantasiosi di verdura e frutta;
5. incentivare i locali pubblici che mettano a disposizione distributori automatici di alimenti a basso contenuto calorico (es: insalate già curate e preparate, verdure crude con condimenti separati e preconfezionati, confezioni di frutta fresca o derivati senza zucchero, già in uso nei supermercati, ma per nulla diffusi nei distributori di scuole e posti di lavoro, cinema e centri di aggregazione);
6. incentivare e detassare i servizi di ristorazione e le mense che preparino menù adeguati all'età dei clienti (bambino, adulto) ed alla loro taglia corporea (come per i vestiti: *small, medium, large*), a prezzi adeguatamente diversificati, per sottolineare i differenti fabbisogni calorici, inserendo il concetto che non tutti abbiamo le stesse esigenze e che tale differenza biologica va conosciuta, rispettata e favorita.

Inoltre si possono promuovere leggi comunitarie che riducano i comportamenti contrari ad uno stile di vita sano, come per esempio vietare:

1. i distributori automatici di bevande, dolci e merendine ad alta concentrazione calorica nelle scuole o nei locali destinati a bambini, adolescenti, famiglie ed anziani, come già avviene in alcuni paesi (per es. Francia).
2. le offerte multiple di alimenti ipercalorici nei supermercati, che ne promuovano il consumo, come le 3x2 oppure 4x2.
3. le raccolte di punti e i regali che promuovano un aumento del consumo di alimenti ipercalorici.
4. le confezioni giocattolo o contenenti giocattoli di alimenti ipercalorici.

Il programma d'azione per la Sanità pubblica.

Informazione-educazione in ambito sanitario.

Il rischio dell'obesità e di eccesso ponderale grave è stato trattato dai "media" nel nostro Paese ma, come già avvenuto per il fumo, a nostro parere i messaggi non hanno avuto un sufficiente impatto sul comportamento alimentare della popolazione.

Inoltre manca totalmente la sensibilizzazione al soprappeso, inteso come "rischio di obesità". Nelle Cure Primarie e, di conseguenza, tra la popolazione, c'è un grave ritardo

nella ricerca di provvedimenti per prevenire il rischio di obesità, che è assai più facile da affrontare, e soprattutto nella cura dei bambini in età prescolare.

Non è stato abbastanza enfatizzato il rischio della sedentarietà, anche se da qualche anno le associazioni di cardiologia stanno cercando di colmare questa lacuna.

Non è ancora stato affrontato il rischio dell'eccessivo tempo che bambini ed adolescenti¹ passano davanti al televisore. Occorrerebbe che, almeno la "televisione pubblica" dicesse che "troppa televisione fa male".

Infine, non è stato ancora affrontato seriamente il problema della pubblicità di alimenti "a rischio", trasmessa durante i programmi televisivi rivolti soprattutto a bambini ed adolescenti. Si potrebbe istituire una Commissione Etica con diritto di censura sulla pubblicità, soprattutto nei programmi destinati ad un pubblico infantile e adolescente, i cui contenuti mettano in pericolo la salute.

Raccolta di dati epidemiologici

Nel settore sanitario si possono promuovere raccolte di dati antropometrici (peso, statura, sesso ed età) più rispettose della *privacy*. Infatti, le attuali misurazioni scolastiche, nel corso delle quali il peso del singolo bambino viene pubblicamente notificato a tutta la classe, sono molto pericolose e possono causare sofferenza ed incrementare il rischio correlato di altre patologie. I disturbi del comportamento alimentare sono infatti troppo frequenti in età adolescenziale, per essere trascurati dall'attuale Piattaforma Comunitaria. Anche la letteratura scientifica più attenta, oggi invita ad una prevenzione coordinata di tutte le Patologie correlate al Peso².

Per l'età evolutiva, potrebbe rivelarsi utile l'uso dei criteri internazionali di riferimento dell'International Organization Task Force in tutta Europa. Ciò favorirebbe la raccolta di dati uniformi e comparabili sull'epidemiologia dell'obesità fra vari paesi e l'adozione di uno strumento unico e condiviso di valutazione.

Educazione alimentare delle persone attraverso la formazione all'Educazione Terapeutica del personale sanitario.

A) Si potrebbero stabilire incentivi economici o di carriera per gli operatori sanitari che dimostrino di:

1. seguire corsi di formazione di *Counselling* e di Educazione Terapeutica
2. testimoniare quotidianamente con il loro esempio uno stile di vita sano
3. valutare il BMI della maggior parte (almeno il 90%) dei loro assistiti.
4. offrire agli assistiti che ne abbiano bisogno un'educazione terapeutica che promuova comportamenti alimentari e di vita più sani.

B) Con un'adeguata copertura economica, si potrebbe inserire nella Scheda di Dimissione Ospedaliera la voce "BMI e sua valutazione", allegando un brevissimo questionario² valutativo compilato da ogni paziente sull'educazione ricevuta nelle 3 aree di cambiamento

- Alimentazione
- Attività motoria
- Comportamenti Sedentari

C) Si potrebbe favorire l'implementazione delle raccomandazioni su un uso moderato della televisione, promovendo invece l'utilizzo di software e videogiochi che favoriscano il movimento ed il gioco attivo (alcuni già in commercio).

Da molti anni le Associazioni di Pediatri di alcuni Paesi Occidentali, compreso il nostro (Società Italiana di Pediatria 2001), hanno stilato raccomandazioni per un uso moderato della televisione, in particolare in età pediatrica e adolescenziale. Le raccomandazioni fondamentali sono 3:

1. Divieto dell'uso della TV prima dei 2 anni di età.
2. Limitazione a 1-2 ore al giorno della visione dopo il 3° anno di età.
3. Controllo del tipo di programmi e supervisione da parte dell'adulto, associata all'incoraggiamento verso altre forme di attività per il tempo libero.

Tali raccomandazioni sono ancora poco diffuse fra pediatri, medici di famiglia e personale sanitario in genere. Sono altresì poco noti ai genitori i rischi dell'uso precoce e/o eccessivo e non controllato della televisione in età pediatrica.

Tali rischi, descritti in letteratura dell'ultimo decennio, sono molteplici, come per esempio:

1. aumento dell'impulsività e dell'aggressività,
2. alterazioni del sonno, dell'autostima, dello sviluppo cognitivo con conseguente riduzione del livello scolastico e di lavoro,

² Esempio: 1) Le è stato spiegato dal medico come attualmente viene valutato il suo peso corporeo? 2) Durante il colloquio al momento della dimissione il medico le ha fornito alcuni consigli per migliorare il suo stile di vita su Alimentazione, Attività Motoria, Attività sedentarie. 3) Pensa che sia possibile per Lei riuscire a realizzare questi cambiamenti nella Sua vita quotidiana e come? (*Barrare le voci che sono state sviluppate nel colloquio con il medico al momento della dimissione*).

3. aumento dell'uso di alcool, fumo di tabacco ed uso di sostanze stupefacenti,
4. aumento dei disturbi del comportamento alimentare,
5. aumento dei comportamenti delinquenti e sessuali anomali e/o precoci.

D) Si possono inoltre fornire a tutti i medici dei suggerimenti per ridurre o definire con maggiore accuratezza alcuni messaggi dati agli assistiti, come ad esempio le prescrizioni di “*riposo*”. Ad esempio, nel caso di una frattura del V dito mano destra, invece che prescrivere “*riposo per 1 mese*”, è utile specificare “*riposo della mano destra*”, suggerendo successivamente “*la ripresa, eventualmente con un ciclo di fisioterapia, di una normale attività motoria*”.

Autorità europea per la sicurezza alimentare

Informazione dei consumatori, pubblicità e marketing

Le informazioni al consumatore devono essere semplici, uniformi e ben visibili sulle confezioni.

Si può stabilire un “*indice di rischio*” comune, che indichi un apporto calorico inadeguato per varie patologie attualmente molto frequenti, quali **obesità**, **ipertensione**, **patologie cardio-vascolari**, **dislipidemie**, etc. L'indice potrebbe essere rappresentato da un codice basato su 3 *emoticon* di colori diversi, secondo i criteri della *Stop-light diet* di Epstein³, adattandolo se necessario ai costumi delle singole nazioni europee (per esempio, **Verde= alimento OK (Uso libero)**; **Giallo= Attenzione (Uso adeguato)** ; **Rosso= Pericolo (Uso Moderato)**).



La valutazione dell'efficacia del metodo attuato con l'autoregolamentazione può essere seguita con l'andamento dei consumi (aumento dei consumi dei cibi verdi e riduzione dei consumi dei cibi rossi). Se l'autoregolamentazione non funziona, in un secondo momento si può imporre una etichettatura ufficiale, controllata da apposite commissioni governative.

Educazione dei consumatori. Concentrare l'attenzione sui bambini e sui giovani.

Per evitare che le fasce di popolazione più vulnerabili, come bambini, anziani e persone di basso livello socio-culturale, siano vittime di una pubblicità sviante, occorre dettare regole molto severe. In particolare, la pubblicità televisiva di merendine, caramelle, biscotti, ecc. dovrebbe essere attentamente regolamentata e/o vietata nelle fasce orarie dei programmi dedicati ai bambini.

Al contrario, devono essere enfatizzati i messaggi televisivi inviati alla popolazione da *testimonial* del mondo sportivo, del cinema o della musica che promuovano stili di vita sani. tali messaggi dovrebbero essere positivi (per “vivere meglio” e non “per evitare le malattie”), stimolanti, vivaci, attraenti, non allarmistici, né drammatici; inoltre, essi dovrebbero focalizzarsi sul piacere di muoversi (vedi recenti spettacoli di invito al ballo) e sul piacere di un'alimentazione fantasiosa, ma leggera, più che sul bisogno di rinunce e sacrifici.

Il messaggio racchiuso nella Nuova Piramide Alimentare per i bambini (*“My pyramid for kids,”*) del Ministero dell'Agricoltura degli Stati Uniti è un esempio di un bellissimo messaggio positivo, che meriterebbe maggiore diffusione: i bambini giocano intorno alla piramide alimentare, come se fosse un parco giochi e non una fonte di rinunce, http://teamnutrition.usda.gov/Resources/mpk_poster.pdf.

La Scuola può e deve formare gli adulti sani di domani, ma a patto che riesca a coinvolgere le famiglie. Alla classica “Educazione Alimentare” deve aggiungersi, con maggior incisività l’“Educazione alla Sana Attività Motoria”, mentre si deve combattere l'eccesso di sedentarietà. Il coinvolgimento delle famiglie, con le quali vengano condivise le responsabilità di una refezione scolastica sana, di un programma scolastico di movimento e di un uso moderato della televisione, può far sì che esse diventino promotrici, a loro volta, di messaggi coerenti nelle scelte alimentari e motorie in tutti i momenti di vita familiare.

L'attività motoria è il primo punto da promuovere nel programma. Essa dovrebbe rientrare quotidianamente nella vita scolastica con momenti di almeno 30 minuti al giorno, sia strutturati che non, di attività varie e piacevoli, così che tutti trovino qualcosa di loro interesse. Un'attività motoria che potrebbe essere inserita con successo nei percorsi scolastici è il ballo popolare, nel quale potrebbero essere coinvolti non solo gli insegnanti, ma anche nonni e genitori disponibili e preparati sull'argomento. Il ballo popolare potrebbe essere un'attività divertente da fare da piccoli, che coinvolge tutta la famiglia nel

movimento e che rimane come sana abitudine di vita da adulti e persino da vecchi, anche quando le altre attività sportive si perdono per motivi di studio, di lavoro e/o di altri impegni.

Disponibilità sul luogo del lavoro

Le mense e tutte le ristorazioni aziendali potrebbero utilizzare diverse “taglie” (piccola, media, grande) per fare le porzioni, con prezzi diversi, e ridurre la concentrazione calorica delle pietanze, proponendo più frutta e verdura, come già viene fatto in alcuni Autogrill.

Palestre gratuite al termine dell’orario di lavoro o nella pausa potrebbero favorire l’aggregazione, la socializzazione e soprattutto lo Stile di Vita Sano e Attivo.

Interventi di Politica Sanitaria verso l’Ambiente Obesogenico

Per affrontare l’ambiente obesogenico si possono rendere accessibili al pubblico, e soprattutto ai giovani, piste ciclabili, piste da pattinaggio, campi da tennis, da calcetto, etc. a prezzi ridotti. Favorire il sorgere di strutture sociali per anziani, famiglie, giovani e bambini, dove sia curata l’alimentazione e l’attività motoria a prezzi e orari accessibili. Occorre investire molto sul “piacere” dello stile di vita sano, cercando di renderlo economicamente accessibile.

Bibliografia essenziale

1. Gentile DA, Oberg C, Sherwood NE, Story M, Walsh DA, Hogan M. Well-Child Visits in the Video Age: Pediatricians and the American Academy of Pediatrics’ Guidelines for Children's Media Use. *Pediatrics* 2004;114:1235-1241
2. Neumark-Sztainer D: Addressing obesity and other weight-related problems in youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:290-1.
3. Epstein LH, Myers MD, Rayon HA, Saelens BE. Treatment of pediatric obesity. *Pediatrics* 1998; suppl. 101:554-70.

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.