

Co-funded by the
Erasmus + Programme
of the European Union



UNIVERSITÀ
DI FOGGIA



ANALISI DEL CONCETTO DI STILE DI VITA SALUTARE E RACCOLTA DI BUONE PRATICHE

PROGETTO: N. 2017-1-RO01-KA202-037373

„Corrective VET international training for obesity prevention and healthy life style promotion“

Indice

Introduzione	3
1. Definizioni di Stile di Vita Salutare (SVS)	4
2. Elementi di uno SVS, loro interrelazioni ed impatto sullo SVS	8
3. Esperienza personale di SVS:	
3.1 Valutazione personale di SVS/livello di obesità	14
3.2 Statistiche sull'obesità nei Paesi partner	16
3.3 Possibilità di miglioramento per gli individui	21
4. Esperienza della famiglia:	
4.1 Stile di vita della famiglia, statistiche sullo SSV, abitudini scorrette	27
4.2 Opportunità per le famiglie: programmi, progetti, formazione, consulti medici	33
4.3 Modelli di educazione familiare	35
5. Esperienza dell'Organizzazione/Istituzione:	
5.1 Esperienza nelle scuole: misure, metodi, gruppi-obiettivo, interventi di specialisti	38
5.2 Ricerche delle Università sullo SVS, come le problematiche dello SVS sono connesse al processo di studio	41
5.3 Aspetti principali di uno SVS nell'insegnamento rivolto ai futuri insegnanti ed infermieri	43
5.4 Luoghi di lavoro: esperienza, strumenti, metodi, contesto ergonomico	44
5.5 Aziende sanitarie pubbliche, ospedali	49
6. Esperienza di uno SVS nell'ambiente sociale: pubblicità sociale, prodotti alimentari (biologici) salutari.....	51
7. Conclusioni	54
Riferimenti bibliografici.....	58

Introduzione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'obesità è il più grande problema di salute pubblica non riconosciuto. Ha un grande impatto su morbilità e mortalità a livello mondiale. L'obesità è spesso la conseguenza generale di uno stile di vita scorretto. L'OMS ha evidenziato i fattori chiave di uno stile di vita sano, valutato l'importanza di uno stile di vita salutare e introdotto un elenco esaustivo delle principali cause dell'obesità. Lo scopo generale del presente studio è raccogliere le buone pratiche di prevenzione dell'obesità e le definizioni del concetto di stili di vita sani nei paesi partner.

Obiettivi di questo studio sono:

1. Raccogliere le definizioni dei concetti di stile di vita sano;
2. Definire i fattori necessari per stabilire approcci efficaci di promozione della salute;
3. Raccogliere le buone pratiche di prevenzione dell'obesità nei paesi partner;
4. Definire le cause dell'obesità, tenendo conto dei diversi contesti: individuale, familiare, organizzativo e ambientale;
5. Rispecchiare il luogo esatto dello stile di vita sano nei paesi studiati.

Lo sviluppo di questa analisi è stato coordinato dall'ONG "Creativity future ideas", dalla **Lituania**. I contenuti presentati in questo documento sono stati elaborati anche con il contributo dei partner di "CORRECT IT!":

- Ordine degli Assistenti Medici Generali, Ostetriche e Infermieri, Sede di Iasi, **Romania**
- Università degli Studi di Foggia, **Italia**
- Associazione Everest, **Romania**
- Istituto Politecnico de Portalegre, **Portogallo**
- Triskelion, Forening for anvendt forskning og kunnskapsmobilisering ONG, **Norvegia**.

1. Definizioni di stile di vita salutare (SVS)

Tabella1 Definizioni di stile di vita sano

Definizione	Fonte, link, riferimenti
Uno stile di vita quotidiano che rafforza e migliora le opportunità di riserve del corpo, aiuta a rimanere sano, sicuro e migliorare la salute.	Proškvienė R., 2004, Sveikatos ugdymo įvadas. Vilnius: VPU leidykla. Gudžinskienė V., 2007, Mokymas sveikai gyventi: teoriniai ir praktiniai aspektai. Vilnius: VPU lei-dyk-la.
Lo stile di vita sano si riflette non solo in azioni o comportamenti evidenti e ovvi, ma anche in processi ed esperienze psicologiche che possono essere valutati anche con metodi scientifici.	Gochman D. S., 1982, Labels, Systems, and Motives: Some Perspectives of Future Research. Health Education Quarterly, 9, p. 167–174. Gochman D. S., 1997, Health Behaviour Research: Definitions and Diversity. In D. S. Gochman (ed.) Handbook of Health Behaviour Research Vol. I. Personal and Social Determinants. New York: Plenum Press.
Lo stile di vita sano comprende le azioni di individui, gruppi, organizzazioni, i fattori che li riguardano e associati a loro, compresi i cambiamenti sociali, lo sviluppo e il miglioramento della politica sanitaria, il miglioramento della qualità della vita.	Parkerson (1993), Parkerson G., 1993, Disease Specific Versus Generic Measurement on Health Related Quality of Life in Insulin Dependent Diabetic Patients. Medical Care, 31, p. 629–637.
L'insieme continuo di comportamenti e abitudini di un individuo che ne rivelano le peculiarità della via quotidiana.	Adaškevičienė E. ir Strazdienė N. (2013), Vaikų sveikatą stiprinančio fizinio aktyvumo ugdymas. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla. ISBN 978-9988-18-718-9.
Lo stile di vita salutare è il complesso delle nostre abitudini (usi e costumi) quotidiani.	Urbonienė L. (2016), Sveikos gyvensenos pagrindai, arba ką mes žinome apie sveiką gyvenseną. [žiūrėta 2016 m. spalio 20 d.] Prieiga per: < http://www.aidas.lt/lt/sveikata/article/10874-06-06-sveikos-gyvensenos-pagrindai-arba-ka-mes-zinome-apie-sveika-gyvensena >.
Lo stile di vita sano è una manifestazione del comportamento umano, delle abitudini e delle attività che influiscono non solo sulla salute personale ma anche sulla salute delle persone che le circondano.	Zaborskis, A.; Lenčiauskienė, I. Health Behaviour among Lithuania's Adolescents in Context of European Union. Croatian Medical Journal. 2006, vol. 47 (2):
Lo stile di vita salutare è il comportamento di un individuo che descrive l'interazione tra le caratteristiche personali dell'individuo, l'interazione sociale e le condizioni di vita che sono intese, mantenere o anche migliorare lo stato attuale di salute.	Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (1998) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258752/1/9789290225966-eng.pdf
Lo stile di vita sano è una vita quotidiana che rafforza e migliora le capacità di riserva del corpo, aiuta le persone a rimanere in buona salute, a salvare o persino a migliorare la loro salute.	Mokinių fizinis aktyvumas ir sveikata. ZumerasR., Gurskas V. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, 2012.

Lo stile di vita salutare è la giusta dose di esercizio fisico, una dieta ragionevole, una piacevole conversazione con gli amici e un buon riposo notturno.	Da conversazioni con professionisti di settore
Lo stile di vita sano è uno stile di vita che limita il rischio di ammalarsi e prepara meglio ad eventuali malattie.	Da conversazioni con professionisti di settore
Una buona salute mentale e un regolare esercizio fisico rendono lo stile di vita salutare	Da conversazioni con professionisti di settore
Lo stile di vita sano significa fare tutto ciò che piace che dia pace interiore, faccia sorridere e tutto ciò che si ritiene essere positivo per il corpo e l'anima e che renda felici.	Da conversazioni con professionisti di settore
<p>Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. È interessante notare che la salute non è semplicemente definita come l'assenza di malattia.</p> <p>Uno stile di vita sano si basa su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentazione sana ed equilibrata • Attività fisica • Benessere emotivo e spirituale • Prevenzione dei rischi per la salute <p>Trascurare queste regole di base in combinazione con abitudini come il fumo, il consumo regolare di alcolici o l'abuso di droghe potrebbe essere definito uno stile di vita non salutare.</p>	<p>Healthy Lifestyle through Education</p> <p>http://www.healthbox.eu/fileadmin/user_upload/HealthBoxInfoBrochure_EN.pdf</p>
<p>Secondo il Consiglio Portoghese degli Infermieri, la salute è: Lo stato e, contemporaneamente, la rappresentazione mentale della condizione individuale, il controllo della sofferenza, il benessere fisico e il conforto emotivo e spirituale. Perché è una rappresentazione mentale, essa è uno stato soggettivo; pertanto, non può essere considerato come un concetto opposto al concetto di malattia.</p> <p>La rappresentazione mentale della condizione e del benessere individuale è variabile nel tempo, cioè ogni persona cerca l'equilibrio in ogni momento, secondo le sfide che ogni situazione presenta.</p> <p>In questo contesto, la salute è il riflesso di un processo dinamico e continuo; ogni persona desidera raggiungere lo stato di equilibrio che si traduce nel controllo della sofferenza, del benessere fisico e del comfort emotivo, spirituale e culturale.</p>	<p>http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx</p>
Lo stile di vita è un modo di vivere basato su modelli identificabili di comportamento che sono determinati dall'interazione tra le caratteristiche personali di un individuo, le interazioni sociali e le condizioni di vita socioeconomiche ed ambientali.	<p>OMS – Glossario per la promozione della Salute (versioni in Inglese e Italiano)</p> <p>file:///C:/Users/DIP.%20DISA/Desktop/Erasmus%20K2%20project%20master/OUTPUT%201/HPR%20Glossary%2</p>

	01998.pdfWHO glossary http://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf
La promozione dello stile di vita sano è un fattore determinante per il benessere, per la qualità della vita e anche per la sostenibilità del sistema sanitario. Uno stile di vita salutare deve evitare l'eccesso di consumo di alcol, il fumo, l'uso di droghe e deve includere una dieta corretta, sport e attività fisica, la valutazione dei fattori di rischio.	Ministero della Salute (Italia) sito web: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_4.jsp?lingua=Italiano&area=Vivi_sano http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1181_allegato.pdf
Un'alimentazione corretta ed equilibrata è fondamentale per la salute umana. Seguendo le definizioni dell'OMS, alimentazione adeguata e salute sono strettamente correlati ai diritti fondamentali dell'uomo. Inoltre una dieta corretta è la chiave per prevenire molte malattie e rappresenta un trattamento efficace per molte altre.	Federazione Nazionale Italiana Collegi Infermieri (IPASVI) http://www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/1-alimentazione-come-stile-di-vita-per-una-buona-salute-id4.htm
Lo stile di vita sano rappresenta tutti quei comportamenti rilevanti per promuovere e mantenere la salute e ridurre il rischio di malattie. Sono considerati negativi i comportamenti che implicano un rischio per la salute. Lo stile di vita si riferisce a tutte le attività che costituiscono la vita di una persona, un gruppo, una comunità, ma da una prospettiva interna, strutturale e normativa	Ghid - Educatie pentru o viata sanatoasa http://5.2.199.29/sites/default/files/05.%20Ghid%20-%20Educatie%20pentru%20o%20viata%20sanatoasa.pdf
Gli stili di vita sono un insieme di abitudini e comportamenti che rispondono alle situazioni quotidiane, colti attraverso il processo di socializzazione e costantemente reinterpretati e testati lungo tutto il ciclo di vita.	https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-escolar/estilos-de-vida.aspx

A seguito di un'analisi della letteratura scientifica e di dibattiti con i professionisti, è stata concordata tra i partner la definizione di Stile di Vita Sano:

Lo stile di vita sano è il modo di vivere quotidiano che rafforza e migliora le capacità di riserva del corpo, aiuta le persone a rimanere in buona salute, a salvare o persino a migliorare la loro salute.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, un corretto stile di vita dell'individuo incide fino al 50% sul suo stato di salute, mentre l'ambiente in cui egli vive e l'ereditarietà incidono solo per il 20% sulla sua salute. La medicina, infine, contribuisce solo per il 10% a rendere una persona sana. Cosa prova che l'individuo è responsabile della sua stessa salute, del suo benessere e delle condizioni del suo corpo? Solo l'individuo è responsabile di tenere il proprio corpo in perfette

condizioni o di provare sensazioni di malessere durante parte della sua vita, o ancora provare stati depressivi in cui può anche venire a mancare il piacere di vivere.

Tabella 2 - **Fattori per uno stile di vita sano**

Fattori	Impatto positivo sulla salute	Impatto negativo sulla salute
Abitudini, attitudini	Promozione attiva di uno stile di vita salutare	Mancanza di promozione di stili di vita salutari
Abilità/capacità/	Educazioan ad uno stile di vita sano, organizzazione di attività di promozione della salute	Formazione sbagliata sullo stile di vita sano
Esempi	Esempi di stile di vita sano e positivo, da parte di genitori ed altri parenti	Esempi negativi da parte di genitori ed altri parenti
Percezione della gravità della malattia	Cconsapevolezza delle potenziali minacce per la salute	Attitudine insufficiente alla salute
Motivazione	Comprensione dei benefici di uno stile di vita sano	Conoscenza insufficiente
	Norme sociali positive immaginarie	Norme sociali negative immaginarie
	Motivazione individuale	Paura dei cambiamenti
Conoscenza	Informazione sufficiente	Conoscenza inadeguata

Gustaitienė L. (2003). Health policy and organization. Kaunas: VDU.

2. Elementi di uno SVS, loro interrelazioni ed impatto sullo SVS

(Come ogni componente influisce sullo stile di vita sano e sull'obesità)

Un'analisi di varie fonti scientifiche chiarisce che uno stile di vita sano è un concetto complesso che include i seguenti elementi principali:

- alimentazione;
- allattamento al seno;
- maggiore o minore attività fisica;
- consumo / non consumo di tabacco;
- consumo / non consumo di alcol e altre sostanze psicoattive;
- uso di prodotti farmaceutici;
- modalità di lavoro e riposo (sonno);
- comportamento sessuale;
- stress e la capacità di superarlo;
- abitudini igieniche;
- controlli sanitari preventivi;
- qualsiasi comportamento che possa influire sulla salute (ad es. abitudini di guida, cinture di sicurezza in auto, partecipazione a lotte, lunghi bagni di sole o solarium, pratica di attività sportive, consumo di acqua, ecc.).

Esiste una correlazione diretta tra **alimentazione** e gestione del peso. Una Sana Alimentazione ha Cinque Effetti:

1. **Gestione del peso.** Un'alimentazione bilanciata aiuta a mantenere alti i livelli di energia. Per ottenere il massimo dalla una dieta sana, bisogna consumare una varietà di cibi appartenenti a tutti i principali gruppi di alimenti: frutta, verdura, cereali, proteine e latticini. Occorre puntare a un equilibrio tra sostanze nutritive, calorie e dimensioni della porzione, scegliendo gli alimenti più altamente nutrienti disponibili.

2. **Crescita e sviluppo.** La crescita e lo sviluppo ottimali dell'infanzia dipendono da una corretta alimentazione. I bambini che ricevono una corretta alimentazione tendono ad essere più energici e propensi al gioco e ottengono punteggi più alti nei test di intelligenza, secondo la "Early Childhood Excellence Initiative" del Wisconsin

(<http://www.researchconnections.org/childcare/resources/6455>).

3. **Anti-invecchiamento.** Una buona alimentazione può aumentare la durata della vita e mantiene più sani con l'avanzare dell'età. Alcune sostanze, molte delle quali sono antiossidanti, possono contenere le infiammazioni e inibire alcune delle alterazioni degenerative associate all'invecchiamento.

4. **Immunostimolanti.** Il sistema immunitario si basa sia sui macronutrienti (proteine, carboidrati e grassi) sia sui micronutrienti (vitamine e minerali), forniti dalla dieta quotidiana per mantenersi in salute. Migliorando la funzione delle singole cellule e, nel contempo, le interazioni tra le cellule, un'alimentazione adeguata rende più resistenti alle infezioni. Uno studio sulle giocatrici di calcio femminile, pubblicato nel numero di luglio 2012 del "Journal of the International Society of Sports Nutrition" ((<https://jissn.biomedcentral.com/articles/10.1186/1550-2783-9-32>), ha trovato che coloro che seguono una dieta sana hanno meno stress ossidativo, più bassi livelli di infiammazione e

uno stato immunitario migliore, dopo lo stress di una partita di calcio, rispetto a un gruppo con condizioni alimentari inferiori.

5. **Umore.** Una corretta alimentazione si traduce in migliori stati d'animo. Se la dieta è ricca di cibi ad alto contenuto di zuccheri ed amidi, si potrebbero avere oscillazioni di zucchero nel sangue che causano irritabilità o tristezza.

Poiché un numero crescente di evidenze scientifiche dimostra che l'**allattamento al seno** protegge dall'eccessivo aumento di peso nell'infanzia e nell'adolescenza, l'allattamento al seno è considerato una strategia valida per ridurre il rischio di sovrappeso dei bambini.

L'**attività fisica regolare** è essenziale per una vita sana. Le persone, con fattori di rischio come l'obesità, possono trarre particolare beneficio dall'attività fisica (Affective Responses to Intermittent Physical Activity in Healthy Weight and Overweight/Obese Elementary School-Age Children. Human kinetics: Volume 14, numero 11, Novembre 2017). L'attività fisica regolare è una delle cose più importanti che le persone possono fare per la loro salute. L'attività fisica regolare può aiutare a mantenere le abilità di pensiero, apprendimento e capacità di giudizio quando si invecchia. Può anche ridurre il rischio di depressione e può aiutare a dormire meglio. La ricerca ha dimostrato che fare attività aerobiche o un mix di attività aerobiche e potenziamento muscolare, da 3 a 5 volte a settimana per 30-60 minuti, può dare benefici alla salute mentale. Alcune prove scientifiche hanno anche dimostrato che anche livelli inferiori di attività fisica possono essere salutari. Il corpo umano non è fatto per starsene seduti tutta la vita. È fatto per camminare, correre, ballare - attività fisiche nello spazio reale. Dovrebbe muoversi liberamente nella natura, negli spazi aperti. Il corpo umano è inoltre evoluto per essere forte, per essere flessibile, per allungarsi, piegarsi e ruotare, sebbene la maggior parte della gente passi la maggior parte del tempo seduta sulla sedia o in auto. L'inattività fisica è un crimine contro il corpo. Le persone che sono inattive per una parte considerevole del loro tempo, privano i loro muscoli, i tendini ed i legamenti dei movimenti di cui necessitano ed i polmoni di un'adeguata ventilazione. Il metabolismo non può funzionare correttamente se non ci si muove. Il corpo intero degenera lentamente, diventando sempre più debole e più rigido con l'età. Ciò porta al triste fenomeno delle persone anziane che soffrono di dolori notevoli e disabilità.

Il consumo di **tabacco** è incompatibile con uno stile di vita sano. Le malattie non trasmissibili (MNT) come le cardiopatie ischemiche, i tumori, il diabete, le malattie respiratorie croniche, sono le principali cause di morte a livello globale e sono associate all'uso del tabacco. I dati disponibili dell'OMS dimostrano che ogni anno trentadue milioni di persone muore di MNT, di cui quasi l'85% delle morti si verifica nei paesi a reddito basso e medio (OMS: Profili delle Malattie Non Trasmissibili 2014).

Disponibile su http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf. consultato il 20 Settembre 2014)

Forme di assunzione del tabacco:

1. Sigaretta - più comune e più dannosa
2. Bidi - forma più comunemente usata in India
3. Sigaro

4. Narghilè (bolla di Hubble – modo di fumare la pipa)
5. Shisha (pipa orientale)
6. Masticare il tabacco
7. Kreek's (sigarette ai chiodi di garofano)
8. Snuff (tabacco da aspirare/sniffare)- Umido e asciutto
9. Sigaretta elettronica: nuova modalità di assunzione, recentemente inserita nell'elenco

Quando i non-fumatori sono esposti a fumo contenente nicotina e sostanze chimiche tossiche emesse dai fumatori, si parla di *fumo passivo o esposizione al fumo di seconda e di terza mano*.
<http://www.lastampa.it/2014/02/01/scienza/benessere/salute/fumo-di-terza-mano-mortale-come-quello-di-prima-mano-dTAohgARhN6q4qyAwi4BbO/pagina.html> (NdT - Nota del Traduttore)

Gli effetti sulla salute dell'alcol sono in realtà piuttosto complessi. L'alcol è la "droga" ricreativa più popolare al mondo. Può avere effetti molto potenti sull'umore e sullo stato mentale. Da un lato, quantità moderate sono state collegate a benefici per la salute. Se consumato in eccesso, può causare dipendenza ed è molto tossico quando se ne beve troppo. L'alcol può ridurre l'autoconsapevolezza e la timidezza, inducendo le persone ad agire senza inibizioni. Allo stesso tempo, può ridurre la capacità di giudizio e far sì che le persone assumano comportamenti o compiano atti che finiscono per rimpiangere. L'abuso cronico di alcol può avere effetti nocivi gravi sul corpo e sul cervello, aumentando il rischio di ogni tipo di malattia. Tuttavia, alcune bevande alcoliche sono migliori di altre. Il vino rosso è forse la bevanda alcolica più sana, probabilmente a causa della sua alta concentrazione di antiossidanti. Gli effetti dell'alcol possono includere:

1. Riduzione dei freni inibitori
2. Biassicamento
3. Compromissione motoria
4. Confusione
5. Problemi di memoria
6. Problemi di concentrazione
7. Coma
8. Problemi respiratori
9. Morte

Altri rischi del bere possono includere:

1. Incidenti stradali e altri incidenti
2. Comportamenti a rischio
3. Comportamenti violenti
4. Suicidio ed omicidio

Ogni droga (incluse le droghe farmacologiche) può figurativamente rappresentarsi in un triangolo, di cui ciascuna delle facce che rappresentala guarigione che può portare, i rischi che può infliggere e l'impatto economico di ognuna di esse. Una droga farmacologica (nota anche come medicina, cura o semplicemente come farmaco) è una droga usata per diagnosticare, curare, trattare o prevenire le malattie. Bisogna sempre assumere un farmaco quando ci si ammala o si prova

dolore? Se si soffre di mal di testa, si bevono dei liquidi e si riposa? O si prendono gli antidolorifici? Per la maggior parte di noi, è probabile che questi ultimi sia il primo passo. Con il nostro stile di vita sempre più impegnato, tendiamo a optare per una soluzione rapida ai nostri disturbi, e questo spesso induce all'utilizzo di pillole di ogni tipo. Ma siamo diventati troppo dipendenti dalle medicine moderne? E se fosse così, potrebbe farci più male che bene? Per i malati è più semplice assumere una pillola che modificare lo stile di vita.

Il problema con alcune droghe farmacologiche, come gli oppioidi e molti altri analgesici, è che possono creare dipendenza. I farmaci oppioidi possono produrre un senso di benessere e piacere perché questi farmaci influenzano le regioni cerebrali coinvolte nel senso di appagamento. Le persone che abusano di oppiacei possono cercare di intensificare la propria esperienza assumendo il farmaco in modi diversi da quelli prescritti.

Un'altra tipologia di farmaci all'attenzione dei sistemi sanitari di tutto il mondo sono gli antibiotici. In particolare un loro uso indiscriminato in qualsiasi momento e in qualsiasi ambiente esercita una pressione biologica sui batteri che ne promuove lo sviluppo di resistenze. Quando gli antibiotici servono a prevenire o curare una malattia, devono essere sempre utilizzati. L'uso inappropriato di antibiotici, tuttavia, favorisce largamente la resistenza agli antibiotici.

Il tipo ed il ritmo di lavoro e di riposo (sonno) è anche importante per una vita sana. Non dormire a sufficienza ci rende stanchi durante il giorno. L'orologio biologico influenza però anche l'umore, la lucidità mentale, l'appetito per il cibo e la funzione cardiaca. Interrompere i cicli naturali del nostro corpo può causare problemi. Alcuni studi hanno evidenziato che ci sono incidenti stradali e infortuni sul lavoro più frequenti quando per ragioni di fuso orario o ora legale, si spostano in avanti le lancette di un'ora e si perde un'ora di sonno. I cardiopatici sono a maggior rischio di infarto miocardico nella settimana successiva al passaggio all'ora legale. Ancora più significativo è che la scienza continua a scoprire importanti connessioni tra orari irregolari e problemi di salute cronici, dal diabete alle malattie cardiache al deterioramento cognitivo. Risulta che gli stessi geni e i fattori biologici che governano il nostro orologio interno sono coinvolti anche nel modo in cui gli altri sistemi del corpo operano e si rompono. Stiamo iniziando a capire di più su come l'orologio biologico interagisce e aiuta a governare la funzione di altri sistemi e di come influenza la nostra salute generale. In effetti, mantenere in equilibrio il ciclo giornaliero del corpo, può essere una delle migliori cose da fare per la salute complessiva.

Il comportamento sessuale influisce sulla nostra salute. La salute sessuale è definita dall'OMS come:

- Godere della relazione sessuale senza sfruttamento, oppressione o abuso
- Gravidanza e parto sicuri, ed evitare gravidanze indesiderate
- Non avere ed evitare infezioni trasmesse sessualmente, incluso l'HIV

Un comportamento sessuale non sano può portare a deviare da uno di questi tre punti. Le ricerche supportano la conclusione che, concentrando le risorse sui giovani e sugli individui non sposati, si rischia di non coprire un grande numero di individui con un elevato rischio di AIDS/HIV in altri gruppi della popolazione. Le forti relazioni tra gli indicatori dello stile di vita e il

comportamento sessuale sembrano essere un fattore da considerare nello sviluppo di futuri interventi sanitari sull'AIDS / HIV. (D. G. Uitenbroek, Le relazioni tra comportamento sessuale e stile di vita sano, Journal Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS / HIV, Volume 6, 1994 - Numero 2).

Tutti noi sperimentiamo lo **stress**. E, proprio come lo stress può derivare da molti ambiti della vita, un'efficace gestione dello stress si ottiene solo combattendo lo stress su più fronti diversi. Un modo importante per alleviare lo stress è mantenere abitudini di vita sane. Mantenere uno stile di vita equilibrato e sano è importante per diversi motivi:

- Le abitudini di stile di vita sano possono anche aiutare a invertire la risposta allo stress, consentendo di evitare o addirittura invertire gli effetti negativi dello stress cronico.
- Le abitudini di stile di vita sano spesso portano ulteriori benefici, come un afflusso di endorfina, una liberazione dalla frustrazione o una maggiore longevità.
- Molte delle abitudini di vita sane qui discusse possono anche aiutare a diventare meno reattivi allo stress a lungo termine, fornendo una protezione contro lo stress che non si è ancora sperimentato

Buone **abitudini di igiene personale** sono essenziali per favorire una buona salute. Le abitudini di igiene personale, come lavarsi le mani e lavarsi i denti usando il filo interdentale, contribuiranno a tenere a bada batteri, virus e malattie. E ci sono benefici sia mentali che fisici. "Avere una buona igiene del proprio corpo aiuta a sentirsi bene con se stessi, il che è importante per la salute mentale", osserva Donald Novey, M.D., un medico di medicina generale, fondatore e presidente di Integrative Medicine Associates. Se si desidera ridurre al minimo il rischio di infezione e migliorare la salute generale, occorre seguire queste abitudini di igiene personale di base:

- Fare il bagno regolarmente
- Tagliare le unghie
- Usare spazzolino e filo interdentale
- Lavare le mani
- Dormire bene (<https://www.everydayhealth.com/healthy-living/guide-to-good-hygiene.aspx>)

Esami e controlli medici regolari possono aiutare a scoprire i problemi in anticipo, quando le possibilità di trattamento e cura sono maggiori. Usando dei corretti servizi, controlli e trattamenti sanitari, si intraprendono le misure che aumentano le possibilità di vivere più a lungo e in modo più sano. L'età, la salute e la storia familiare, le scelte di vita (vale a dire ciò che si mangia, quanto si è attivi, se si fuma), e altri importanti fattori, influiscono su cosa e quanto spesso si ha bisogno di assistenza sanitaria.

L'**obesità** di solito è il risultato di una combinazione di cause e **fattori che concorrono**, tra cui:

- **Genetica.** I geni possono influire sulla quantità di grasso corporeo che si immagazzina e dove esso è distribuito. La genetica può anche avere un ruolo nel modo in cui il corpo converte il cibo in energia e in che modo il corpo brucia calorie durante l'esercizio fisico.

- **Stile di vita familiare.** L'obesità tende a diffondersi nella famiglia. Se uno o entrambi i genitori sono obesi, aumenta il rischio per i bambini di essere a loro volta obesi. Questo non è solo a causa della genetica. I membri della famiglia tendono a condividere abitudini alimentari e di attività simili.

- **Inattività.** Se non si è molto attivi, non si bruciano sufficienti calorie. Con uno stile di vita sedentario, si possono assumere con facilità giornalmente più calorie di quelle che si bruciano con l'esercizio e le attività di routine quotidiane. Avere problemi di salute, come l'artrite, può portare ad una diminuzione dell'attività, che contribuisce all'aumento di peso.

- **Dieta scorretta.** Una dieta ad alto contenuto calorico priva di frutta e verdura, ricca di cibo da fast food e carica di bevande ipercaloriche e porzioni sovradimensionate contribuisce all'aumento di peso.

- **Problemi di salute.** In alcune persone l'obesità può essere ricondotta a una causa medica, come la sindrome di Prader-Willi, la sindrome di Cushing e altre patologie. Problemi medici, come l'artrite, possono portare anche ad una diminuzione dell'attività, che può comportare un aumento di peso.

- **Alcuni farmaci.** Alcuni farmaci possono portare ad un aumento di peso se non si compensano i loro effetti con la dieta o l'attività. Questi medicinali includono alcuni antidepressivi, farmaci anti-panico, farmaci per il diabete, farmaci antipsicotici, steroidi e beta-bloccanti.

- **Questioni sociali ed economiche.** La ricerca ha collegato fattori sociali ed economici all'obesità. Evitare l'obesità è difficile se non si dispone di aree sicure per fare attività. Allo stesso modo, potrebbero non essere stati appresi modi sani di cucinare, o si potrebbero non avere soldi per comprare cibi più salutari. Inoltre, le persone con cui si trascorre il tempo possono influenzare il peso - è più probabile diventare obesi se si hanno amici o parenti obesi.

- **Età.** L'obesità può verificarsi a qualsiasi età, anche nei bambini piccoli. Con l'età, i cambiamenti ormonali e uno stile di vita meno attivo aumentano il rischio di obesità. Inoltre, la quantità di muscoli nel corpo tende a diminuire con l'età. Questa minore massa muscolare porta ad un rallentamento del metabolismo. Questi cambiamenti riducono anche il fabbisogno calorico e possono rendere più difficile evitare l'eccesso di peso. Se non si controlla in modo consapevole ciò che si mangia e non si diventa fisicamente più attivi quando si invecchia, probabilmente si aumenterà di peso.

- **Gravidanza.** Durante la gravidanza, il peso di una donna aumenta necessariamente. Alcune donne trovano difficile perdere questo peso dopo la nascita del bambino. Questo aumento di peso può contribuire allo sviluppo dell'obesità nelle donne.

- **Smettere di fumare.** Smettere di fumare è spesso associato all'aumento di peso. E per alcuni, può portare ad un aumento di peso sufficiente a far diventare la persona obesa. Alla lunga, comunque, smettere di fumare rappresenta ancora un beneficio maggiore per la salute rispetto al continuare a fumare.

- **Mancanza di sonno.** Non dormire a sufficienza o troppo può causare cambiamenti nei livelli ormonali che aumentano l'appetito. Si potrebbero anche desiderare cibi ricchi di calorie e carboidrati, che possono contribuire all'aumento di peso.

3. Esperienza personale di SVS:

3.1. Valutazione personale di SVS/ livello di obesità.

Come ogni persona può valutare il livello di stile di vita salutare/obesità? Metodologia, questionari

Come per ogni viaggio, per raggiungere la destinazione si deve conoscere il punto di partenza. Conoscere il punto di partenza ed essere consapevoli del proprio stato di salute attuale è un fattore chiave fondamentale per la costruzione di un programma di salute personale.

Lituania:

Valutazione personale dello SVS/test sul livello di obesità può essere fatto usando i seguenti strumenti:

<http://www.theathleticclubs.ca/media/file/NEWWellness%20Self-Evaluation-1.pdf>

<http://www.drwayneandersen.com/health-assessment/>

<http://sveikata.lrytas.lt/gyvenu-sveikai/testas-pasitikrinkite-kiek-zinote-apie-sveikagyvensena.htm>

Circonferenza del girovita:

Se la circonferenza della vita è maggiore dei fianchi -si porta più peso sopra i fianchi – si ha un maggiore rischio di malattie cardiache e diabete di tipo 2. Il rischio è perfino più elevato per le donne se la circonferenza della vita è di 89 centimetri o più e, per gli uomini, se la circonferenza della vita è di 102 centimetri o più.

Con un metro a nastro di stoffa, si misura la circonferenza della vita appena sopra le ossa iliache (dei fianchi).

Indice di massa corporea

L'indice di massa corporea (IMC) è una stima che indica se si ha una giusta quantità di grasso corporeo. L'IMC può essere determinato attraverso una tabella di IMC o un calcolatore online.

L'indice di massa corporea (IMC) è un valore derivato dalla massa (peso) e dall'altezza di un individuo. L'IMC è definito come la massa corporea divisa per il quadrato dell'altezza del corpo ed è universalmente espresso in unità di kg/m^2 , essendo dalla massa espressa in chilogrammi e dall'altezza espressa in metri. I seguenti risultati dell'IMC dimostrano se si ha un peso in linea con uno stato di salute.

Tabella 3 **Risultati dell'IMC**

Interpretazione dei risultati dell'IMC	
IMC	Peso
Fino a 18.5	Sottopeso
18.5-24.9	Normopeso
25.0-29.9	Sovrappeso
Oltre 30	Obesità

Lo stato di obesità o sovrappeso è definito dall'indice di massa corporea (IMC), che è ottenuto dividendo il peso, espresso in chilogrammi, per il quadrato dell'altezza, espressa in metri.

Classificazione dell'IMC (Internazionale)

IMC inferiore a 18,5 kg / m²

Un IMC inferiore a 18,5 indica che si è sottopeso, quindi si dovrebbe aumentare di peso. Si consiglia di consultare il proprio medico o un dietologo.

IMC compreso tra 18,5-24,9 kg / m²

Un IMC compreso tra 18,5-25 indica che si ha un peso giusto per la propria altezza. Mantenendo un peso giusto, si riduce il rischio di sviluppare seri problemi di salute.

IMC compreso tra 25-29,9 kg / m²

Un IMC compreso tra 25-30 indica che si è in sovrappeso. Potrebbe essere consigliato di perdere un po' di peso per motivi di salute. Si raccomanda di consultare il proprio medico o un dietologo.

IMC superiore a 30 kg / m²

Un IMC superiore a 30 indica che si è obesi. La propria salute potrebbe essere a rischio se non si perde peso. Si consiglia di consultare il proprio medico o un dietologo.

Lo stato di obesità o sovrappeso è definito dall'indice di massa corporea (IMC), che è ottenuto dividendo il peso espresso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza espressa in metri. Le misurazioni possono essere fatte usando questo strumento:
<http://www.obesity.ulaval.ca/obesity/generalities/evaluation.php>.

Programma Portoghese per la Promozione dell'Attività Fisica (<https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/atividade-fisica.aspx>)

Il Programma Nazionale per la Promozione dell'Attività Fisica (PNPAF), in attuazione nel periodo 2016-2019 e in linea con il Piano Sanitario Nazionale, prolungato al 2016-2020, cercherà di rispondere alle linee guida stabilite nella Strategia Nazionale per la Promozione dell'Attività Fisica, della Salute e del Benessere.

Il programma ha come obiettivo stimolare la popolazione nazionale ad avere bassi livelli di inattività fisica durante l'arco della vita, motivata da alti livelli di istruzione, autonomia e prontezza fisica, inserita in un ambiente socioculturale stimolante, che faciliti di più l'attività fisica e meno la sedentarietà a scuola e all'università, nel tempo libero, di lavoro e nella mobilità.

I costi annuali dell'inattività in **Portogallo** sono stati prudenzialmente stimati a circa 270 milioni di euro. Considerati nel complesso, questi valori mostrano l'entità del problema associato all'inattività fisica e rafforzano l'urgente necessità di strategie integrate per ridurre i comportamenti sedentari ed aumentare i livelli di attività fisica nella popolazione.

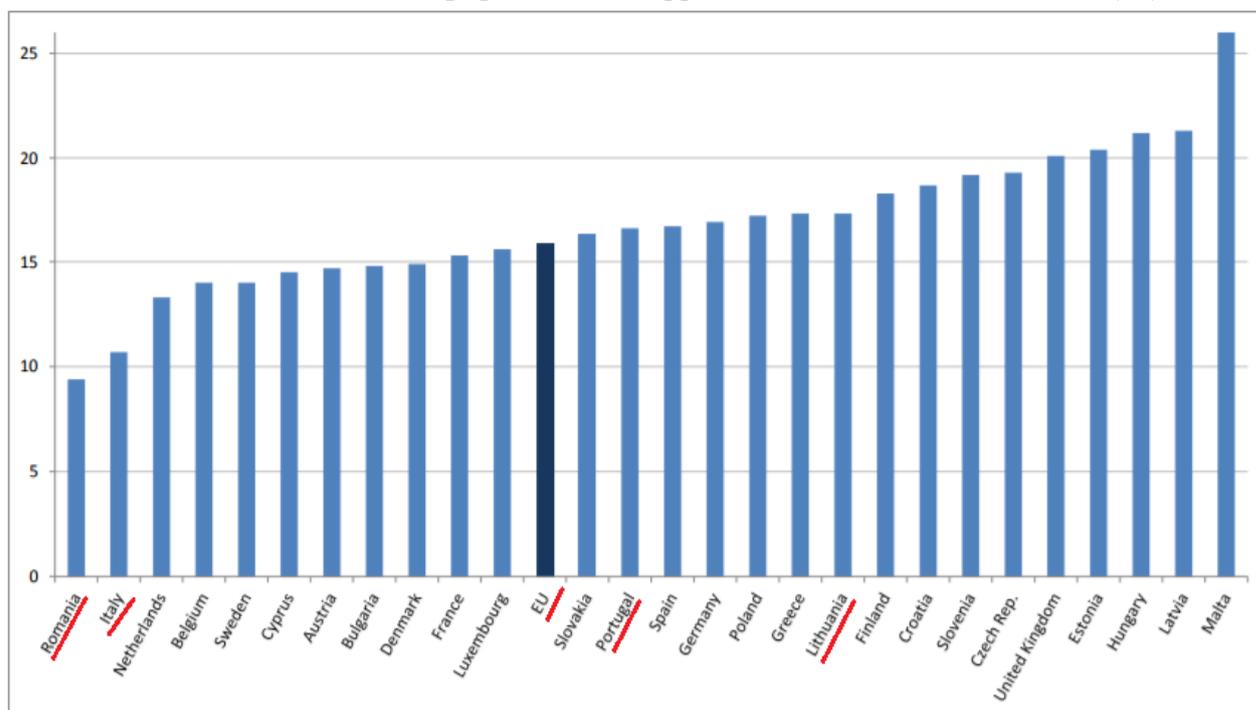
3.2. Statistiche sull'obesità nei Paesi partner

Analisi statistiche: risultati delle ricerche, dati statistici, la media nazionale

Occorre considerare che la prevalenza dell'obesità nel mondo è raddoppiata tra il 1980 e il 2014, con oltre 20 miliardi di persone sopra i 18 anni in sovrappeso e oltre 600 milioni di persone obese. Oltre il 39% degli adulti di età superiore ai 18 anni era in sovrappeso e il 13% era obeso. A livello **europeo**, secondo Eurostat¹, quasi un adulto su sei è considerato obeso. La percentuale di obesità aumenta con l'età e diminuisce con il livello di istruzione.

Le informazioni contenute in questo rapporto sono state strutturate sulla base dell'analisi del concetto di stile di vita sano e di raccolta di buone pratiche.

Grafico 1. Livelli di Obesità tra la popolazione maggiore di 18 anni, nell' UE, 2014 (%)



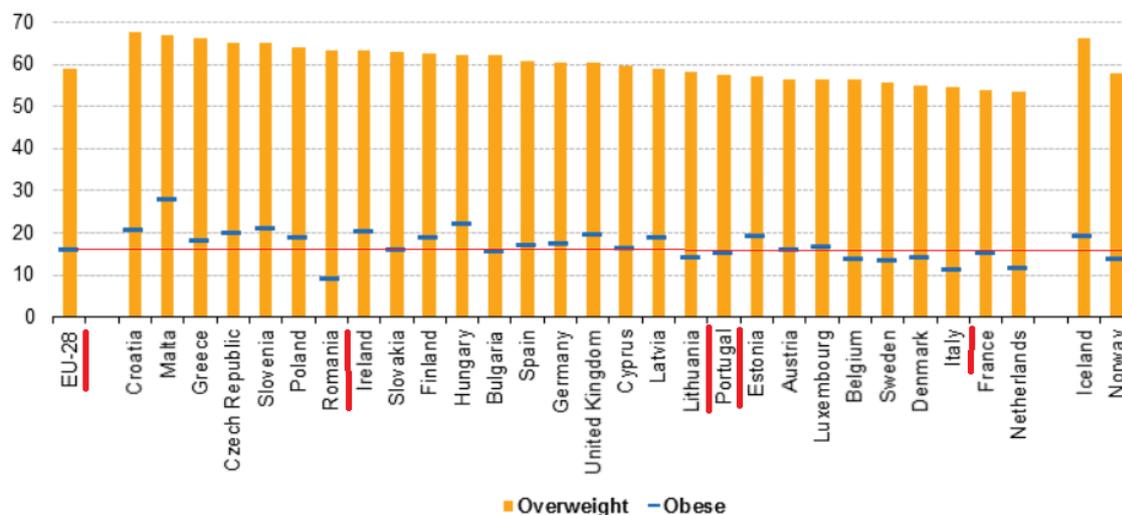
Tra gli Stati membri dell'UE per i quali sono disponibili dati, le percentuali più basse di obesità nel 2014 nella popolazione di età pari o superiore a 18 anni sono state registrate in **Romania** (9,4%) e in **Italia** (10,7%), davanti ai Paesi Bassi (13,3%), Belgio e Svezia (entrambi al 14,0%). All'estremo opposto della scala, l'obesità riguardava più di un adulto su quattro a Malta (26,0%), e circa uno su cinque in Lettonia (21,3%), Ungheria (21,2%), Estonia (20,4%) e Regno Unito (20,1%).

¹ European Health Interview Survey no. 203/2016, 20.08.2016, <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7700898/3-20102016-BP-EN.pdf/c26b037b-d5f3-4c05-89c1-00bf0b98d646>

Tabella 4 - **Statistiche sull'obesità in EU**

<p>1. Risultati statistici principali (situazione oggettiva)</p> <p>La popolazione europea è approssimativamente di 511.805.100 abitanti</p>	<p>http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8102195/3-10072017-AP-EN.pdf/a61ce1ca-1efd-41df-86a2-bb495daabdab</p>
<p>1.1 Rapporto Eurostat: il 46,1% di coloro che hanno compiuto 18 anni o più nell'Unione europea (UE) aveva un peso normale nel 2014, poco più della metà degli adulti (51,6%) era considerata sovrappeso (35,7% pre-obesi e 15,9% obesi) ed un ulteriore 2,3% sottopeso. In altre parole, nel 2014 quasi 1 persona su 6 di età pari o superiore a 18 anni era obesa. L'obesità è un serio problema di salute pubblica che può essere statisticamente misurato utilizzando l'Indice di Massa Corporea (IMC) degli adulti. Lo stato di obesità è confermata da un IMC di 30 o più.</p>	<p>http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7700898/3-20102016-BP-EN.pdf/c26b037b-d5f3-4c05-89c1-00bf0b98d646</p>
<p>1.2. Si riscontrano percentuali più basse di obesità in Romania ed in Italia, le più alte a Malta</p>	<p>http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7700898/3-20102016-BP-EN.pdf/c26b037b-d5f3-4c05-89c1-00bf0b98d646</p>
<p>1.3. Uno strumento valido per analizzare le statistiche sull'obesità ed i dati ad essa relativi è l'uso dell'Atlante dell'Obesità. Dati correlati possono essere anche trovati per ciò che riguarda i fattori chiave dell'obesità, l'impatto e le azioni intraprese.</p>	<p>https://www.worldobesity.org/data/map/overview-adults</p>
<p>1.4. Nell'UE, gli adulti sopra i 18 anni, considerati in sovrappeso, erano compresi tra il 36,1% in Italia e il 55,2% a Malta, mentre per le donne, tra il 53,6% nei Paesi Bassi e il 67,5% in Croazia.</p>	<p>http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1e&lang=en</p>
<p>1.5. Per la popolazione di 18 anni e più, le percentuali più basse di donne considerate obese nel 2014 sono state osservate in Romania (9,7%), Italia (10,3%), Cipro (12,9%) e Austria (13,4%), e quelle relative agli uomini in Romania (9,1%), Italia (11,3%), Paesi Bassi (11,6%) e Svezia (13,6%)</p>	<p>http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics</p>
<p>1.6. Le percentuali più elevate di donne obese sono state registrate a Malta (23,9%), Lettonia (23,3%), Estonia (21,5%) e Regno Unito (20,4%), e quelle degli uomini a Malta (28,1%), Ungheria (22,0%), Slovenia (21,0%) e Croazia (20,7%)</p>	<p>http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics</p>
<p>1.7. Non si è osservata una differenza sistematica tra i sessi per quanto riguarda la percentuale di donne e di uomini obesi nel 2014.</p>	<p>http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics&oldid=334655</p>

Grafico 2. **Obesità e sovrappeso (>18 anni) in Europa (evidenziati in rosso i paesi partner Correct IT!)**



Fonte: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Proportion_of_overweight_and_obese_men,_2014.png

Stime comparabili tra Paesi riferite al sovrappeso e all'obesità mostrano che il 60,7% della popolazione adulta (> 20 anni) in **Lituania** era in sovrappeso e il 27,6% era obeso. La prevalenza di sovrappeso era più alta tra gli uomini (64,0%) rispetto alle donne (57,9%). La percentuale di uomini e donne sopra la soglia di obesità era rispettivamente del 24,8% e del 29,9%. Le previsioni sulla prevalenza dell'obesità in età adulta (2010-2030) dicono che nel 2020 il 12% degli uomini e il 14% delle donne saranno obesi. Entro il 2030, il modello prevede che il 10% degli uomini e il 10% delle donne saranno obesi. In termini di prevalenza del sovrappeso e dell'obesità negli adolescenti, fino al 27% dei ragazzi e al 13% delle ragazze, undicenni, erano in sovrappeso, secondo i dati rilevati nello studio "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC). Tra i tredicenni, i dati corrispondenti erano del 18% per i ragazzi e dell'11% per le ragazze, e tra i 15enni, rispettivamente del 15% e del 5%. Tra i bambini di sette anni in **Lituania**, il 24,8% dei maschi e il 21,0% delle femmine erano in sovrappeso e il 9,4% e il 7,2%, rispettivamente, erano obesi.

In confronto agli altri trenta paesi Europei, l'**Italia** è uno dei paesi con la più bassa incidenza di obesità. Nonostante ciò In **Italia**, nel 2015, oltre un terzo della popolazione adulta (35,3%) è in sovrappeso, mentre quasi un decimo è obeso (9,8%); complessivamente il 45,1% delle persone con età ≥ 18 ha un eccesso di grasso. C'è una differenza significativa nelle regioni meridionali, dove l'obesità ed il sovrappeso hanno una percentuale più alta (circa il 12% e il 38%) rispetto alle regioni settentrionali (obesità 8%, sovrappeso 29%). La percentuale di sovrappeso generalmente aumenta con l'età, dal 14%, per le persone fra i 18-24 anni, al 46% per chi ha tra i 65-74 anni, mentre l'obesità aumenta dal 2,3% al 15,3% per le stesse fasce di età. Inoltre, la condizione di sovrappeso è più elevata per gli uomini rispetto alle donne (sovrappeso: 44% vs 27,3%; obesità: 10,8% vs 9%, rispettivamente) (Epicentro - ISS 2015). Per quanto riguarda l'infanzia, un sondaggio condotto nel 2016 mostra che il 21,3% dei bambini era in sovrappeso mentre il 9,3% era obeso. Per ciò che

concerne la variabilità regionale, è confermata la maggiore prevalenza al sud rispetto al nord. Nel 2016, tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 37% ritiene che i loro figli siano sotto o normo peso e solo il 30% pensa che l'assunzione giornaliera di cibo da parte dei bambini sia eccessiva. Riguardo agli anziani: la maggioranza di oltre 64 anni (57%) ha un eccesso di peso, il 42% è sovrappeso e il 15% è nella fascia di obesità.

Secondo la "rivista nazionale ufficiale sulla salute pubblica" dell'istituto di sanità pubblica **Norvegese** (Rapporto sulla salute pubblica (edizione online) - condizioni di salute in **Norvegia** "Folkehelse rapporten (nettutgaven) - Helsetilstanden i Norge", accesso 3.12.17 - <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>), la maggior parte fasce sociali sono più in salute negli ultimi 30 anni. I benefici per la salute sono stati maggiori per chi già aveva uno stato di salute migliore - quelli con un livello di istruzione superiore, con un buon reddito e con relazioni sociali. I benefici per la salute non sono aumentati tanto per quelli con un'istruzione e un reddito inferiori. Pertanto, le disuguaglianze in termini di salute sono aumentate, in particolare nell'ultimo decennio.

Nel 2007, il Ministero della salute e dei servizi assistenziali ha pubblicato la strategia nazionale per ridurre al minimo le differenze sociali di accesso alla salute (rapporto n. 20 alla Storting, 2007). Come informazione di base per questo rapporto parlamentare, l'Istituto norvegese di sanità pubblica ha redatto un rapporto informativo sulle disuguaglianze sociali sanitarie (Næss, 2007). Il rapporto contiene, tra gli altri, i seguenti punti principali validi per la **Norvegia**:

- I bambini e gli adolescenti norvegesi sono in buona salute. Tuttavia, ci sono differenze di salute legate al reddito dei genitori, all'istruzione e allo stato civile.

- Per gli adulti:

- Esistono grandi differenze nell'autovalutazione dello stato di salute e nei disturbi psicologici.

- Ci sono grandi differenze nelle malattie croniche, che possono aumentare il rischio di morte prematura

- Uomini e donne single con basso reddito e bassa istruzione sono particolarmente esposti a una morte prematura.

- L'autovalutazione dello stato di salute negli anziani è migliore rispetto a prima, ma ci sono chiare differenze in base al livello di istruzione. Quelli con istruzione più bassa riportano più spesso malattie croniche. Lo stile di vita gioca un ruolo importante nella motivazione e nella capacità di mantenere abitudini positive come un'attività fisica regolare, una dieta sana e la rinuncia o l'uso limitato di tabacco e di sostanze analoghe. Tuttavia, sembra che la prevalenza dell'obesità nella popolazione sia inferiore in **Norvegia** rispetto a molti altri paesi (OCSE, 2012). Come base per i confronti sono stati utilizzati metodi diversi e studi qualitativamente differenti. È quindi difficile collocare la **Norvegia** nelle classifiche internazionali.

Sono di seguito riportate alcune statistiche sulla salute in **Norvegia** prese dal Rapporto sulla salute pubblica (edizione online) - condizioni di salute in **Norvegia** (Folkehelse rapporten (nettutgaven) - Helsetilstanden i Norg, accesso 3.12.17) - <https://www.fhi.no/nettpub/hin/> :

In **Norvegia** circa un uomo su quattro di mezza età e una donna su cinque sono obesi, con un indice di massa corporea di 30 kg / m² o maggiore. Tra i bambini, la percentuale in sovrappeso ed obesi sembra essersi stabilizzata. In totale, sono in sovrappeso o obesi tra il quindici e il 20 per cento dei bambini (circa uno su sei). Ci sono segnali che la tendenza si sia stabilizzata. In totale, uno su

quattro giovani (circa il 25%) è in sovrappeso o obesi. Ci sono indicazioni che la percentuale stia aumentando. Circa un uomo su quattro e uno su cinque donne di età compresa tra i 40-45 anni sono obesi. La percentuale è aumentata negli ultimi 40-50 anni. La percentuale in sovrappeso si aggiunge alla percentuale con l'obesità. Un alto IMC contribuisce a circa 2400 decessi annuali in **Norvegia** (popolazione: cinque milioni) e probabilmente a molti casi di malattie cardiovascolari, diabete e altre malattie croniche. Più persone vivranno in futuro con malattie croniche. Più persone vivranno con il cancro e meno moriranno di malattie cardiache. Più persone svilupperanno la demenza. La diffusione delle fratture è particolarmente alta in **Norvegia**. Quattro fattori chiave sono importanti per un invecchiamento sano: alta attività cognitiva, attività fisica, una vita sociale attiva e una dieta sana. In media, i norvegesi di età superiore ai 15 anni bevono circa 8 litri di alcol puro l'anno. Dall'inizio degli anni '90, il consumo di alcol è aumentato di circa il 40%, soprattutto tra donne e anziani. Le nuove droghe sintetiche hanno effetti sconosciuti e rappresentano una sfida per il servizio sanitario. Il numero di conducenti arrestati per guida sotto l'effetto della cannabis o della metanfetamina è aumentato notevolmente negli ultimi cinque anni. Circa uno su cinque adulti raggiunge la raccomandazione minima della Direzione Norvegese della Salute di almeno una media di trenta minuti di attività fisica al giorno. La prevalenza durante tutto l'arco della vita, cioè la porzione della popolazione che avrà uno o altri disturbi mentali lungo la propria vita, varia dal 25 al 52%. La percentuale media è di circa il 40 per cento. Il tasso della popolazione che ha avuto un disturbo negli ultimi dodici mesi varia da circa il 10% al 33%. Le cifre internazionali più alte provengono dai più rinomati studi internazionali, NCR e NEMESIS. I dati norvegesi non si discostano da questi.

Il **Portogallo** ha presentato nel 2014 i principali risultati dell'indagine sulla salute nazionale (National Health Survey 2014 - INS 2014), realizzata in collaborazione con l'Istituto Nazionale di Salute "Doutor Ricardo Jorge" (INSA), in tutto il paese. L'obiettivo principale era quello di caratterizzare la popolazione residente dai 15 anni in su in tre ambiti: stato di salute, assistenza sanitaria e fattori determinanti della salute.

- E' stato riportato che il 9,3% della popolazione di 15 anni o più (circa 828 mila) soffre del diabete mellito, con un incremento del 21,9% rispetto al 2005/2006 (685 mila);
- E' stato riportato che 2,2 milioni di persone (25,3%), nel 2014, soffrono di pressione alta, con un aumento rispetto al 2005/2006 (23,4%);
- Circa 2,1 milioni di persone, pari al 23,9% della popolazione di 15 anni o più, hanno assunto medicinali senza prescrizione medica;
- Più della metà della popolazione di età pari o superiore a 18 anni (4,5 milioni) era in sovrappeso oppure obesa, il 43,9% aveva peso normale (3,8 milioni) e l'1,8% un peso basso (155 mila); l'obesità ha colpito 1,4 milioni di persone di 18 anni o più, le donne sono più colpite rispetto agli uomini. I risultati hanno mostrato che l'obesità colpisce principalmente la popolazione tra i 45 e 74 anni, mentre il sovrappeso di grado II è stato osservato principalmente nella popolazione tra i 65 e 74 anni.
- Più di sei milioni di persone di età pari o superiore a 15 anni (70,8%) hanno consumato frutta ogni giorno e 4,9 milioni (il 55,1%) hanno consumato quotidianamente verdure e insalate.

Secondo i dati Eurostat pubblicati nell'ottobre 2016, la **Romania** ha avuto, nel 2014 in UE, la percentuale più bassa di obesità tra la popolazione di 18 anni o più. Tuttavia, uno studio del 2014-

2015 dell'Associazione Rumena per lo Studio dell'Obesità (RASO), basato su un campione rappresentativo di adulti in otto centri regionali, ha rilevato che il 21,3% di quelli di età superiore ai 18 anni erano obesi e il 31,3% era in sovrappeso (il cosiddetto studio ORO). E le proiezioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) prevedono che due terzi degli adulti in **Romania** (69%) saranno in sovrappeso o obesi entro il 2025, rispetto al 66% nel 2015.

3.3. SVS e possibilità di miglioramento per gli individui

Dove le persone possono migliorare la loro salute? Club sportivi, consulenze, formazione, ecc.

Raccomandazioni dell'OMS:

• I bambini e adolescenti di età compresa tra 5 e 17 anni

- Dovrebbero fare quotidianamente almeno 60 minuti di attività fisica da moderata a intensa.
- Un'attività fisica superiore a 60 minuti al giorno fornirà ulteriori benefici per la salute.
- Dovrebbero includere attività che rafforzano muscoli ed ossa, almeno 3 volte a settimana.

• Adulti di età compresa tra 18 e 64 anni

- Svolgere, durante la settimana, almeno 150 minuti di attività fisica moderata o svolgere almeno 75 minuti di attività fisica intensa o una combinazione di attività moderata ed intensa.
- Per avere ulteriori benefici per la salute, gli adulti dovrebbero aumentare l'attività fisica moderata a 300 minuti a settimana o equivalenti.
- Le attività di rafforzamento muscolare dovrebbero essere compiute coinvolgendo i principali gruppi muscolari in due o più giorni la settimana.

• Gli adulti di età pari o superiore a 65 anni

- Dovrebbero svolgere, durante la settimana, almeno 150 minuti di attività fisica moderata o almeno 75 minuti di attività fisica intensa o una combinazione equivalente di attività moderata e intensa.
- Per ulteriori benefici per la salute, dovrebbero aumentare l'attività fisica moderata fino a 300 minuti a settimana o equivalenti.
- Le persone con scarsa mobilità dovrebbero svolgere attività fisica tre volte o più alla settimana per migliorare l'equilibrio e prevenire le cadute.
- Le attività di rafforzamento muscolare dovrebbero essere compiute, coinvolgendo i gruppi muscolari principali, due o più giorni la settimana.

In Italia, secondo i risultati di indagini nazionali e regionali, l'azione più importante per migliorare uno stile di vita salutare, in particolar modo per i bambini e gli anziani, è l'incremento dell'attività fisica.

Il 23,5% dei bambini di 8-9 anni non dedica più di un giorno alla settimana a giochi attivi di movimento e il 33,8% non dedica più di un giorno all'attività fisica strutturata (allenamento, sport ecc.). L'aumento del lavoro sedentario per le persone di età compresa tra 25 e 65 anni e la vita sedentaria in generale degli anziani, aumenta il problema della mancanza di attività fisica come uno dei fattori trainanti dell'alto tasso di sovrappeso in **Italia**. Per la mobilità urbana le persone di tutte le età si affidano ancora troppo al trasporto privato (auto privata) mentre l'aumento dell'uso della bicicletta, così come camminare, potrebbe contribuire a uno stile di vita più attivo e sano. Per quanto

concerne il cibo, la dieta squilibrata, particolarmente riguardo ai carboidrati in eccesso (per lo più raffinati e/o sotto forma di zuccheri) e al ridotto apporto di frutta e verdura, potrebbe essere sistematicamente migliorata e potrebbe contribuire a migliorare le prospettive di salute globale a tutte le età. L'altra abitudine alimentare che sta avendo effetti su un'alimentazione squilibrata è la mancanza di colazione (7% di persone che saltano la colazione in **Italia**), in particolare per i bambini e la popolazione attiva (25-65 anni), poiché aumenta sia il consumo di spuntini durante il giorno, per lo più dolci, torte, caramelle, barrette di cioccolato, ecc., sia l'assunzione di calorie durante il pranzo e la cena.

L'intensità dei diversi tipi di attività fisica varia tra le persone. Per avere benefici per la salute cardiorespiratoria, tutte le attività dovrebbero durare almeno 10 minuti.

Aspetti dietetici: il controllo individuale del peso corporeo è considerato il primo passo, anche controllando l'IMC e la circonferenza della vita, sin dall'infanzia. L'Associazione Italiana degli Infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici dell'infanzia (IPASVI) suggerisce di considerare in generale una dieta equilibrata quando le calorie derivano dal cibo come segue: il 55-60% dai carboidrati, il 28-30% dai grassi, il 10-12% dalle proteine. Per quanto riguarda la distribuzione del pasto, le calorie dovrebbero essere introdotte come segue: 20% a colazione, 40% a pranzo, il 30% a cena e due porzioni del 5% nelle pause di metà mattina e metà pomeriggio.

Oltre al contenuto calorico e all'equilibrio nutrizionale del cibo, è necessario prevenire anche il rischio di contaminazione chimica e microbiologica degli alimenti, adottando pratiche corrette come la selezione degli alimenti sul mercato, la corretta manipolazione e lavorazione a casa, così come una corretta conservazione per periodi medio-lunghi.

Attività fisica: uno stile di vita attivo considerato sufficiente per prevenire l'obesità e altri rischi per la salute deve partire dalle abitudini quotidiane. Le persone dovrebbero preferire l'uso del proprio corpo e dei propri muscoli invece delle macchine per svolgere le attività quotidiane: ad esempio, ogni volta che è possibile, camminare anziché usare l'auto, preferire le scale anziché l'ascensore, e così via. Per svolgere attività un adulto può aggiungere, quattro o cinque volte la settimana, un'attività fisica di almeno 20 minuti, sufficiente a causare la sudorazione. Queste attività dovrebbero rappresentare abitudini normali e devono essere considerate come un bisogno, come l'igiene personale. (INRAN 2003). Le raccomandazioni della SIO (Società Italiana per l'Obesità) e dell'ADI (Associazione Italiana di Dietetica e nutrizione clinica) prevedono che un adulto abbia almeno 150 minuti a settimana di attività aerobica (intensità moderata) o almeno 75 minuti di attività ad intensità elevata o una pari combinazione di esse. L'attività aerobica deve durare almeno 10 minuti consecutivi. Questa attività può essere aumentata fino a 300 e 150 minuti, settimanalmente, rispettivamente per un'intensità moderata e alta, per aumentare i benefici per la salute. Inoltre, gli esercizi per aumentare la forza dei principali distretti muscolari, dovrebbero essere eseguiti almeno due volte a settimana. Non solo l'attività fisica associata alla dieta a basso regime calorico può essere una terapia efficace per il sovrappeso e l'obesità, ma è anche considerata un fattore fondamentale di prevenzione dell'obesità, quindi correlata alla riduzione di molti altri disturbi clinici (ad esempio malattie cardiovascolari, tumori, ecc.)

Educazione terapeutica: si tratta di una forma di "tutoraggio" del paziente per accompagnarlo e trattare con lui il processo di guarigione nel caso di malattie croniche, per ottenere il massimo effetto

terapeutico e la migliore percezione della qualità della vita avvertita dal paziente. Questo processo è fondamentale nei casi di cura dell'obesità, poiché consente al paziente di aumentare la sua stessa conoscenza della malattia, al fine di gestire e modificare il suo stile di vita e il suo comportamento, assistito anche con un approccio psicologico. L'educazione terapeutica, se associata a cambiamenti tipici dello stile di vita (ad esempio dieta, attività fisica), aumenta considerevolmente l'efficacia di tali cambiamenti. Questa forma di educazione può anche essere fornita nel breve-medio-lungo periodo come attività di terapia individuale o di gruppo. Diverse figure professionali dovrebbero interagire e contribuire in questo approccio: medici, infermieri, dietologi, educatori, psichiatri e formatori professionisti. Nell'educazione terapeutica sono adottate diverse tecniche, che possono migliorare costantemente il beneficio a lungo termine per i cambiamenti di stile di vita obesi / in sovrappeso e per la stabilizzazione: alleanza terapeutica, responsabilizzazione, motivazione, capacità di risolvere i problemi, medicina narrativa.

Consumo di alcool: il consumo di bevande alcoliche dovrebbe essere moderato e preferibilmente fatto durante o immediatamente prima o dopo il pasto. Le bevande con contenuto alcolico relativamente più basso (vino, birra) dovrebbero essere preferite agli alcolici. L'alcool deve essere evitato durante l'infanzia, l'adolescenza, la gravidanza ed essere ridotto negli anziani. L'alcol non deve essere assunto prima di guidare o svolgere qualsiasi attività che richieda un livello di attenzione e coordinazione motoria. Le bevande alcoliche dovrebbero essere evitate o ridotte in caso di sovrappeso e obesità, così come nei casi di eredità genetica nella famiglia per il diabete, l'ipertrigliceridemia e l'obesità.

Tradizionalmente i **norvegesi** sono molto attivi all'aria aperta e nello sport. I bambini molto spesso si iscrivono in club sportivi locali di diverso tipo che non sono legati ad interessi privati, ma organizzati attraverso la Federazione Sportiva Norvegese dove la maggior parte dei formatori sono volontari / genitori che si iscrivono per contribuire alla crescita dei bambini propri e degli altri. Il volontariato è diffuso in **Norvegia**: ovunque, dallo sport alla cultura, al vicinato e alle iniziative nella società in generale. Una parola che molti sono orgogliosi e felici di chiamare "tipicamente norvegese" è **dugnad**. E questo è corretto, in diversi modi il lavoro volontario è una vecchia tradizione norvegese.

La parola dugnad deriva dal vecchio norvegese dugnaðr. Il lavoro "dugnad" è caratterizzato da uno sforzo volontario congiunto, senza pagamento, finalizzato ad aiutare attraverso un lavoro difficile da svolgere da soli. I volontari sono spesso ricompensati con cibo e bevande. Il lavoro volontario crea anche un senso di comunità - ed è spesso sociale e divertente. Il lavoro volontario in **Norvegia**, tuttavia, va oltre gli sforzi fatti attraverso il dugnad. L'attività di molte associazioni culturali e sportive dipende da genitori, nonni e altri appassionati di volontariato.

Nell'ultimo decennio si è assistito ad un fiorire di molti altri club sportivi commercialmente orientati, come studi di danza, centri di arti marziali e palestre. Oltre ai classici club sportivi guidati da volontari, ora gran parte della popolazione acquista servizi sia per bambini che per adulti per personalizzare l'allenamento alle loro esigenze o desideri.

La salute della popolazione norvegese è generalmente buona e sta migliorando. Allo stesso tempo, i miglioramenti sono ora più lenti rispetto a quelli di altri Paesi con i quali è con cui è

naturale confrontare la **Norvegia**. Nel 1970, la **Norvegia** si classificò al terzo posto in un'indagine OCSE sull'aspettativa di vita per gli uomini, e al primo per le donne. Diversi paesi hanno superato la **Norvegia** nella metà degli anni '80 e hanno mantenuto la loro posizione negli anni '90. Nel 1999 la **Norvegia** era all'ottavo posto per gli uomini e al nono posto per le donne.

La Direzione Sanitaria Norvegese raccomanda di istituire Centri di vita salutare (Healthy Life centres - HLCs) nell'assistenza sanitaria di base per sostenere il cambiamento del comportamento e ridurre il rischio di malattie non trasmissibili. Il gruppo target è costituito da persone di tutte le età con un alto rischio di contrarre una malattia o che stanno già vivendo una malattia e hanno bisogno di aiuto per cambiare il loro comportamento riguardo alla salute e gestire la loro condizione. Gli HLCs offrono programmi di intervento sui cambiamenti comportamentali individuali e di gruppo focalizzati principalmente sulla promozione di abitudini alimentari e di attività fisica salutari nonché sullo smettere di fumare. A livello di sistema, gli HLC mirano a fungere da risorsa, conoscenza e centro di contatto per il cambiamento del comportamento, la promozione della salute e la prevenzione delle malattie nei comuni. Individuando il rischio di NCD nei gruppi vulnerabili, gli HLC rappresentano una delle strategie e degli sforzi nazionali volti a ridurre le disuguaglianze di salute sociale. Entro la fine del 2014, il 57% dei comuni norvegesi ha fornito attività negli HLC ed il numero di HLCs istituiti è raddoppiato nel periodo 2011-2014. Lo studio norvegese sulla vita sana è un RCT di 6 mesi con un follow-up longitudinale (24 mesi dopo l'inclusione) per valutare l'efficacia degli interventi di cambiamento comportamentale nei Centri per gli adulti, con lo scopo di base di sviluppare un intervento concreto fondato su un modello di salute naturale. I membri del gruppo di ricerca hanno invitato 12 comuni a partecipare al programma di ricerca. Quattro hanno rifiutato (uno a causa di altri impegni di ricerca presso l'HLC), lasciando un campione di otto comuni (con 6.000-270.000 abitanti) con un numero totale di 630.000 abitanti che vivono nelle aree rurali e urbane sulla costa occidentale e meridionale della **Norvegia**. (**Norvegia** Statistical Bureau: <http://www.ssb.no/en/helse>). Il governo ha predisposto un elenco in rapporto alle persone e ad uno stile di vita sano personale.

Sebbene le attività sportive svolgano un ruolo importante nello sviluppo dei bambini, recenti studi dimostrano che i **rumeni** praticano meno sport, così come i loro figli. Una delle cause principali, secondo l'editore sportivo locale Preda Publishing, è l'assenza di sufficienti lezioni di educazione fisica nelle scuole. La metà degli studenti rumeni è esentata dai corsi sportivi. Oltre il 40% dei bambini rumeni non praticano sport e solo il 14% fa sport oltre ai corsi di educazione fisica tenuti a scuola. Il numero di classi sportive nelle scuole rumene è inferiore alla media dell'Unione europea. Gli studenti delle scuole primarie e secondarie hanno due ore di sport a settimana mentre gli studenti delle scuole superiori hanno solo un'ora di educazione fisica a settimana.

La **Romania** ha pubblicato una nuova strategia per l'organizzazione e lo sviluppo del sistema di educazione fisica e lo sport per gli anni 2012-2020. Tra gli obiettivi principali della strategia vi sono i seguenti: aumentare l'istruzione, la salute e la socializzazione dei cittadini attraverso il loro coinvolgimento in attività fisiche e sportive; migliorare l'educazione fisica scolastica assegnando dei tempi adeguati di insegnamento; e per modernizzare e migliorare la formazione degli insegnanti di educazione fisica. L'obiettivo generale del Protocollo tra il Ministero dell'Istruzione, il Comitato

Olimpico e l'Agenzia Giovanile e Sportiva è migliorare la salute della popolazione coinvolgendo alunni e studenti in attività sportive. La raccomandazione è di praticare almeno tre ore di educazione fisica e sport nelle scuole ogni settimana. Il protocollo mira ad aumentare il numero di gare sportive competitive. Si sta cercando anche di creare un registro nazionale relativamente al monitoraggio biometrico della popolazione scolastica, che mostrerà le relative tendenze da una generazione all'altra.

La **Romania** attualmente non ha adottato linee guida o raccomandazioni nazionali sull'attività fisica. Il paese promuove l'attività fisica in linea con la raccomandazione Globale dell'OMS per l'attività fisica per la salute. Il National Audiovisual Council della **Romania** ha collaborato con l'International Advertising Association per creare la campagna " Per uno Stile di Vita Sano". Questo trasmette consigli, come per esempio "Per uno stile di vita sano, evitare l'eccesso di sale, zucchero e grassi" e "Per uno stile di vita sano, fare esercizio per almeno 30 minuti ogni giorno". Questi argomenti si alternano durante il giorno, durante i vari programmi, incluso alla fine di ogni blocco di pubblicità rivolto ai bambini. La **Romania** attualmente sta sperimentando un cambiamento nelle abitudini alimentari con un maggiore consumo di cibi ricchi di carboidrati, grassi saturi e colesterolo [2, 3, 7] ed un aumento degli stili di vita sedentari. Nonostante queste tendenze, non vi sono dati su dieta e comportamenti relativi all'attività fisica associati al sovrappeso e all'obesità tra i bambini rumeni. La cultura rumena celebra un ideale di corpo "prosperoso" e le diete tradizionali sono ricche di carboidrati (pane, patate) e prodotti di origine animale. L'alto tasso di obesità riscontrato nei ragazzi rumeni può riflettere un desiderio di "grandezza", muscolosità, forza o mascolinità. Il Ministero della Salute ha diretto lo sviluppo delle linee guida nel 2006. Le università e gli istituti di nutrizione sono stati coinvolti nel processo. Le linee guida sono approvate dal Ministero della Salute e sono dirette alla popolazione generale in buona salute.

Solo il 36% dei giovani (dai 15 ai 21 anni), il 27% degli adulti e il 22% degli anziani (dai 65 agli 84 anni) sono fisicamente attivi in **Portogallo**, in conformità con le attuali raccomandazioni dell'OMS sull'attività fisica per la salute. Nella fascia di età dai 15 ai 21 anni, la percentuale di maschi giovani fisicamente attivi (49%) è sostanzialmente più alta di quella delle femmine (20%). Considerando l'attività fisica in tutti i settori della popolazione, il 43% dei portoghesi maggiori di 14 anni non soddisfa alcun criterio internazionale per l'attività fisica e può essere classificato come "sedentario". Nei bambini e negli adolescenti di età inferiore ai 15 anni, circa il 60% totalizza, in media, più di 60 minuti al giorno di attività fisica tra moderata ed intensa. Questo valore è più alto nei bambini fino a 9 anni (68%) ed inferiore negli adolescenti tra 10 e 14 anni (57%). I bambini e gli adolescenti di età inferiore ai 15 anni trascorrono in media circa 9 ore al giorno in comportamenti sedentari e questo dato aumenta sostanzialmente con l'età. La percentuale di bambini tra i 6 e i 14 anni che, in media, si impegnano in giochi attivi per almeno 60 minuti al giorno è alta sia nei giorni feriali (72%) che nei fine settimana (79%). Vi è, tuttavia, una diminuzione significativa della partecipazione a queste attività con l'età, in particolare nelle ragazze. La percentuale nazionale di adulti (22-64 anni) che riferiscono una partecipazione "regolare" all'attività fisica sportiva e/o al tempo libero è del 40%; c'è una forte variazione in base al grado di istruzione: il 53% nelle persone con istruzione più elevata e il 28% in quelle con istruzione di base del 1° e 2° livello. Più della metà indica di eseguire solo 1-2 sessioni di attività fisica a settimana. Più della metà dei bambini

(60%), di età compresa tra 3 e 14 anni, riferisce una partecipazione regolare agli sport strutturati, essendo la percentuale di partecipazione simile tra le ragazze (59%) e i ragazzi (60%).

Lo studio, effettuato in **Lituania**, ha rilevato che solo il 15,9% della popolazione frequenta corsi di sport organizzati e il 51,6% no. Solo 16,9% ha indicato di farlo in centri sportivi/benessere. Durante il periodo sovietico, la politica sportiva lituana era orientata allo sport d'élite e lo è ancora. I tentativi di promuovere l'attività fisica della popolazione si ritrovano nel movimento "Sport per tutti", ma i risultati del movimento non sono abbastanza efficaci, perché solo una piccola parte della popolazione (circa il 6%) vi ha preso parte. Nessuna istituzione governativa ha piena e chiara responsabilità per i risultati della promozione dell'attività fisica. Lo stimolo pubblico scarso verso l'attività fisica si traduce in scarse possibilità di essere fisicamente attivi nel tempo libero. Diversamente, l'enorme espansione delle imprese private di sport, salute e bellezza favorisce l'adorazione del corpo ed enfatizza il significato dell'immagine del corpo nella società. L'attività fisica è rappresentata come misura per raggiungere l'immagine del fisico ideale o in buona salute, ma non come misura della cultura generale dell'uomo o della società.

Gli investimenti di capitale privato stanno crescendo rapidamente in **Lituania** nel mercato del fitness. Il profitto dei centri benessere, dei bagni e delle saune cresce di anno in anno. Inoltre, il numero di centri sportivi è aumentato significativamente. Questo dovrebbe rappresentare una circostanza molto positiva: l'impressione che le condizioni per praticare attività fisica degli abitanti della **Lituania** stiano migliorando e che sempre più persone possano aumentare la propria attività fisica. Sfortunatamente, la maggior parte dei servizi dei centri fitness privati sono molto costosi. Questa situazione aumenta l'esclusione sociale e le differenze in regioni diverse del Paese.

Ci sono alcuni strumenti per prevenire l'obesità e promuovere lo stile di vita sano in **Lituania**: banchi di vetro organico, kit/set di cibo artificiale, strumenti per esperimenti scientifici. Questi strumenti possono essere utilizzati in tutte le lezioni, possono rendere una lezione sull'alimentazione sana più realistica ed interessante. Gli strumenti si possono trovare al seguente link:

<http://www.mokslotechnologijos.lt/previncines-priemones/sveika-mityba>.

Chiunque può calcolare le calorie, monitorare l'attività fisica e le calorie che si bruciano attraverso le applicazioni sui dispositivi mobili. Esempi: Nike Training Club, Endomondo Sports Tracker, I care, Eat This, Not That!, Calorie Counter MyNetDiary, Daytum, JEFIT, DailyBurn, Fooducate Nutrition scanner, GymGoal e altri.

4. Esperienza della famiglia:

4.1. Stile di vita familiare, statistiche sullo SSV, abitudini dannose

- *Stile di vita familiare, richiesta di comprendere lo Stile di Vita Sano (statistiche, dati delle ricerche), abitudini dannose:*

Secondo i dati statistici della **Lituania**, nel 2015, in base ai dati provvisori, il consumo totale di alcool per gli abitanti di età pari o superiore ai 15 anni era di 14 litri di alcool (espresso come alcol assoluto) per anno. Gli indicatori di consumo alcolico pro capite sono stati realizzati seguendo una metodologia aggiornata, tenendo conto delle stime di alcol acquistate dai turisti in **Lituania** e dai residenti in **Lituania** all'estero. Nel 2015, il commercio al dettaglio e le imprese di ristorazione del paese hanno venduto 3,6 milioni di decaltri di alcolici (vodka, whisky, brandy e simili), che è pari a 70 mila decaltri (1,9 per cento) in meno rispetto al 2014 e 5,8 milioni di decaltri di vino e bevande fermentate, che sono pari a 929 mila decaltri (13,8 per cento) in meno rispetto al 2014. Esattamente come ogni anno, il volume delle vendite di birra è crollato - 26,8 milioni di decaltri, o 1 milione di decaltri (3,6 per cento) in meno rispetto al 2014. In particolare, la maggior parte del fatturato dei piccoli negozi rurali riguarda le vendite di bevande alcoliche. Nel 2015, nei piccoli negozi rurali (1-3 dipendenti), ha raggiunto quasi il 35%, in alcuni di essi è arrivato fino al 67%. Nel 2015, rispetto al 2014, i prezzi al dettaglio delle bevande alcoliche sono cresciuti dello 0,9 per cento, con il maggiore aumento osservato nei prezzi del vermouth - 11%, vino da frutta e da bacche - 8%, liquore - 7,7%, vodka prodotta in **Lituania** - 3,3 %, il più grande calo si è registrato nei prezzi della birra (5,2 per cento). L'aumento dei prezzi delle bevande alcoliche è stato condizionato da un'accisa più elevata applicata dal 1° marzo 2015. Nel 2015 sono stati prodotti in **Lituania** 1,15 milioni di decaltri di alcolici, espressi in termini di alcol assoluto (100%), ossia 2,1% in più rispetto al 2014. Nel 2015 sono stati acquistati 64 pacchetti di sigarette nel commercio al dettaglio e nelle imprese di ristorazione da cittadini residenti di 15 anni e più (5 pacchetti in più rispetto al 2014).

Consumo di alcol e abitudini di fumo e conseguenze: incidenza e mortalità per malattie legate all'alcol e al fumo. Nel 2014, il sondaggio della Health Interview, ha mostrato che il 75% dei residenti di 15 anni e più, nei 12 mesi precedenti l'indagine, consumavano bevande alcoliche (83% degli uomini e 69% delle donne). Negli ultimi nove anni, la percentuale della popolazione che consuma alcol è rimasta quasi invariata: nel 2005, il 76% della popolazione consumava alcolici. Nel 2014, la percentuale maggiore della popolazione - il 24 per cento (il 16 per cento degli uomini e il 31 per cento delle donne) - ha dichiarato di aver consumato alcol meno di una volta al mese, il 18 per cento (il 17 per cento degli uomini e 19 per cento delle donne) - una volta al mese, il 19 per cento (26 per cento degli uomini e il 14 per cento delle donne) - 2-3 giorni al mese, il 14 per cento (24 per cento degli uomini e 5 per cento delle donne) - settimanalmente. Il 72 % degli uomini, che hanno consumato alcol nei 12 mesi precedenti l'indagine, ha indicato che ci sono stati momenti in cui, in una sola occasione hanno bevuto una quantità pericolosa di alcol, corrispondente a 6 e più bevande standard; tra le donne questa percentuale si attestava al 39%.

Nel suindicato sondaggio, il 34% degli uomini (nel 2005, il 42%) e il 9% delle donne (nel 2005, il 10%) di età pari o superiore a 15 anni hanno dichiarato di fumare. Quasi i due terzi (il 62%) degli uomini che fumano quotidianamente, consumano in media 11-20 sigarette al giorno; tra le donne questa cifra era del 23%. Il 33% degli uomini e il 76% delle donne fumava fino a mezzo

pacchetto di sigarette al giorno, il 5% degli uomini e l'1% delle donne più di un pacchetto. Secondo i dati del Dipartimento di Polizia del Ministero degli Interni, nel 2015 un incidente stradale su sette è stato causato da elevato tasso alcolemico: sono stati registrati 439 incidenti stradali causati da persone in stato di ebbrezza, con 99 morti e 834 feriti. Nel 2015, 15 persone sono state uccise e 345 ferite in incidenti stradali causati da conducenti ubriachi. Secondo i dati del Servizio per la Protezione dei diritti dell'infanzia e la Tutela dei minori del Ministero della Sicurezza sociale e del Lavoro, alla fine del 2015, 4,3 migliaia famiglie a rischio con bambini e con casi di alcolismo nel nucleo familiare, sono state registrate nei servizi comunali (filiali) di protezione dei minori (0,3 mila, ovvero il 6,5% in meno rispetto al 2014), con 8,2 mila bambini censiti in tali nuclei. Nel corso dell'anno, il numero di bambini che vivono in tali famiglie è diminuito di 0,6 migliaia (6,8 per cento).

In **Italia** i sondaggi più recenti hanno riportato che c'è un aumento del rischio di avere bambini sovrappeso e obesi quando almeno uno dei genitori è in sovrappeso. Questa è una conferma dell'importante ruolo del modello genitoriale nello sviluppo di stili di vita scorretti da parte dei bambini e degli adolescenti. La famiglia è il primo ambiente in cui dovrebbero essere condotti stili di vita sani e, di conseguenza, in cui correggere i comportamenti scorretti. In Quasi il 20% delle famiglie **Italiani**, tutti i membri del nucleo familiare sono in sovrappeso.

Ambiente familiare: i contesti familiari e tra pari svolgono un ruolo importante soprattutto nell'adolescenza precoce e piena, ed entrambi i contesti sono fortemente collegati al benessere dei giovani. I nuclei familiari "tradizionali" sono più diffusi in **Italia** che in altri paesi. Tuttavia il 10% dei nostri studenti vive in famiglie con un unico genitore o in una famiglia ricostruita. Il 75% del campione è costituito da figli unici o bambini con un solo fratello (o una sorella) e il 20% ha un altro parente (principalmente nonni) che vive in famiglia, oltre ai genitori. È interessante notare che è più comune vivere in una famiglia allargata con uno o più parenti nella stessa famiglia nell'**Italia** meridionale. Per quanto riguarda la comunicazione all'interno della famiglia, il nostro esempio mostra che parlare con la madre è più facile che con il padre. Le ragazze, specialmente se vengono dal sud, hanno più difficoltà a parlare con il padre. La qualità della comunicazione diminuisce con l'età. Il contrario accade con gli amici, che sono considerati la principale fonte di supporto, soprattutto con l'aumentare dell'età.

Alimentazione: l'ambiente familiare ha una forte influenza. La distribuzione dei pasti (colazione, merenda, pranzo e cena) è fortemente influenzata dall'ambiente familiare così come l'apporto calorico medio e la distribuzione delle fonti di calorie. Gli adulti rappresentano un modello importante per bambini e adolescenti, quindi l'aumento del consumo di frutta, verdura e legumi e la diminuzione di zucchero e grassi (uno degli interventi chiave per prevenire il sovrappeso e l'obesità), devono essere adottati in primo luogo nel contesto familiare.

Vita sedentaria: l'ambiente familiare fornisce un'impronta fondamentale a stili di vita negativi. Ad esempio l'uso eccessivo di TV, PC, tablet e videogames nel contesto familiare influisce direttamente in modo negativo sul comportamento e sulle abitudini delle generazioni più giovani, promuovendo stili di vita sedentari e una riduzione del tempo dedicato alle attività all'aperto durante la settimana. Controllare le attività svolte durante la settimana come abitudine familiare è fortemente raccomandato al fine di distribuire equamente le attività al chiuso e all'aperto per genitori e

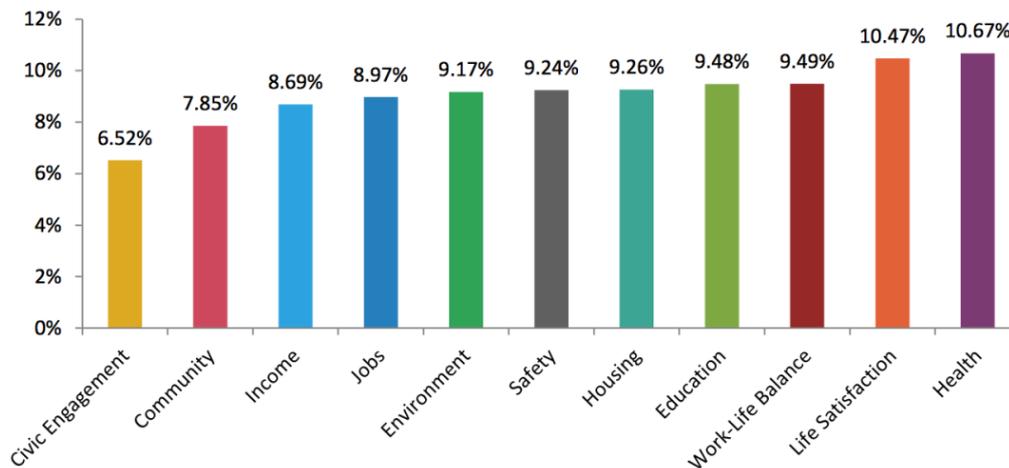
bambini/adolescenti. Dedicare il tempo giusto alla camminata, al tempo libero e allo sport nel contesto familiare potrebbe contribuire in modo sostanziale alla diminuzione delle attività sedentarie che sono fortemente correlate al sovrappeso ed all'obesità. Le abitudini suggerite sono: 1. Uso maggiore di bici anziché di auto per gli spostamenti della famiglia verso la scuola e il lavoro; 2. Dedicare almeno 2 volte alla settimana ad attività familiari programmate (pratica di sport, lunghe camminate, giardinaggio e pulizie); 3. Pianificare il periodo di vacanze della famiglia anche per attività all'aperto, riducendo il numero di pasti in ristorante, gastronomie ecc. 4. Regolare le attività lavorative e di riposo (ore di sonno) nel contesto familiare, poiché ha un'influenza diretta sul comportamento alimentare errato.

Comportamento corretto: il contesto familiare gioca un ruolo chiave nello sviluppo di pratiche corrette di SVS, non in relazione diretta con l'alimentazione ed il sovrappeso, ma contribuisce al benessere e alla prevenzione di malattie ed incidenti. Ad esempio l'uso della cintura di sicurezza in auto ed il corretto modo per la prolungata esposizione solare, rappresentano in **Italia** tra le pratiche corrette più utili per prevenire rispettivamente incidenti automobilistici e melanomi cutanei. Solo partendo da un contesto familiare che adotta comportamenti virtuosi si può ottenere la trasmissione di stili di vita sani dai genitori ai figli.

Abitudini dannose: (alcol, droghe). La moderazione nell'uso di bevande alcoliche, evitare possibilmente l'uso del tabacco e rigorosamente qualsiasi droga dovrebbero essere la base delle migliori pratiche per uno stile di vita familiare corretto.

Norvegia: i risultati nazionali che seguono riflettono le valutazioni condivise in modo volontario con l'OCSE da 1.680 visitatori del sito web in **Norvegia**. I risultati sono solo indicativi e non rappresentano la popolazione in generale. Per gli utenti norvegesi del Better Life Index, la salute, la soddisfazione della vita e l'equilibrio tra vita lavorativa e vita privata sono i tre argomenti più importanti (*Statistiche dell'Ufficio Statistico Norvegese: <http://www.ssb.no/en/helse>*).

Grafico 3. **Better Life Index – Norvegia (dati raccolti da maggio 2011 a settembre 2017)**



Come molti studi hanno dimostrato prima, i genitori rappresentano un fattore molto influente per i loro figli in diverse aree, comprese le abitudini alimentari. La ricerca ha anche dimostrato che dare solamente dei consigli oppure obbligare un bambino ad accettare cibi sani, senza che i genitori stessi li mangino, è, per i genitori, una strada inefficace nell'educazione alimentare. I metodi coercitivi danno i risultati peggiori. Per diverse ragioni (vivendo nella stessa famiglia, le madri sono in genere quelle che preparano i pasti per la famiglia, essendo le madri responsabili della preparazione del cibo), la correlazione più forte si può trovare tra le abitudini alimentari della madre e quelle del bambino. Questa affermazione è particolarmente vera in una società tradizionale come la **Romania**, un paese dell'Europa orientale dove l'assistenza all'infanzia e la preparazione del cibo sono ancora compiti delle donne nella famiglia. Allo stesso tempo, dal momento che una buona alimentazione è in definitiva un problema di risorse materiali dovute, vale la pena menzionare che le donne generalmente apportano un ingente contributo al bilancio familiare. Le donne lavoratrici con bambini hanno spesso una vita stressata ed oberata, combinando lavoro domestico e professionale, pertanto ciò che mangiano è essenziale per la propria salute e per il rendimento, quindi l'alimentazione di madre e figlio nelle famiglie rumene è correlata, indipendentemente dall'età del bambino. L'implicazione dei genitori per ciò che attiene all'eccesso di cibo è essenziale, le madri sovrappeso hanno la tendenza a fornire ai bambini porzioni più grandi e con un maggiore contenuto di grassi. I bambini rischiano di essere inattivi la sera dopo cena davanti alla TV o al computer, e quindi l'eccesso di calorie non è bruciato. In tutti i casi è stata evidenziata una dieta squilibrata riguardante le principali sostanze nutritive, e in tutti i casi i bambini hanno consumato spuntini ipercalorici (dolci, bevande analcoliche) tra i pasti. L'aumento della frequenza dell'alimentazione artificiale dopo la nascita (eccesso di carboidrati e alta carica osmotica del latte artificiale), l'introduzione precoce di alimenti solidi (diversificazione precoce), l'aumento dell'uso di cibi "commerciali" in una dieta diversificata (la maggior parte sbilanciati, con elevato apporto di carboidrati e grassi e ridotto di proteine), ha portato ad un aumento eccessivo di peso dei neonati e ad un eccessivo accumulo di grasso. È noto che i fattori genitoriali, come un'istruzione bassa, l'offerta di dolci come ricompensa, la mancanza di tempo, insufficienti informazioni riguardo una

dieta sana, svolgono un ruolo importante nella dieta dei bambini. Un ruolo importante è svolto dal coinvolgimento della famiglia, perché le attitudini, le percezioni e il comportamento dei genitori possono influenzare lo sviluppo del peso corporeo dei bambini. Il ruolo della madre o della persona che si prende cura della famiglia è considerato centrale, con un riferimento concreto al modo di anticipare e soddisfare i bisogni alimentari del bambino, sia attraverso atteggiamenti equilibrati, sia tramite quelli squilibrati di negligenza o esigenza, iperstimolazione o permissività. In presenza di questi tipi di atteggiamento, la capacità del bambino di discernere le sensazioni di tensione interiore, da quelle di fame, desiderio o altra frustrazione, noia, solitudine, sovraccarico, rimane debole e quindi alimenta una funzione di compensazione non differenziata.

Food Balance Sheet **Portoghese** 2012-2016 rispetto alle raccomandazioni internazionali.

L'apporto energetico medio di grassi nella dieta, calcolato dal Food Balance portoghese è stato del 35,3% nel 2016 (34,9% nel 2012), che è superiore al limite massimo di consumo raccomandato (30%). L'apporto di carboidrati è stato del 47,0% nello stesso anno (47,8% nel 2012), che è inferiore all'intervallo raccomandato (55-75%). Le proteine hanno rappresentato un contributo energetico del 12,8% nel 2016 (12,7% nel 2012), all'interno dell'intervallo raccomandato (10-15%).

La Dieta Mediterranea dal 2013 si distingue come patrimonio immateriale dell'umanità, una distinzione che il **Portogallo** condivide con Spagna, Marocco, **Italia**, Grecia, Cipro e Croazia. La definizione di dieta Mediterranea si basava sulle abitudini alimentari della Grecia e dell'**Italia** negli anni '50 e '60 del XX secolo, ma questo modello alimentare si estende ad un vasto territorio ai bordi del Mediterraneo, che comprende paesi dell'Europa meridionale, dove il **Portogallo** è inserito, l'Asia occidentale e il Nord Africa.

- Più che un modello di dieta sana, la dieta mediterranea traduce uno stile di vita, utilizzando la semplicità e la varietà degli alimenti che danno preferenza ai prodotti freschi, locali e stagionali.

- Olio extra vergine di oliva, vino rosso con moderazione e pesce sono i prodotti tra cui scegliere, ai quali si aggiungono cereali, verdure fresche, noci e latticini magri. Pasti in compagnia, celebrazioni e tradizioni e un moderato esercizio, favoriti dal clima mite, sono il completamento di un modello di stile di vita sano.

Grafico 4. **Indice di adesione alla Dieta Mediterranea (Portogallo 1990-2016)**



Riferimento: <https://www.unitypoint.org/madison/article.aspx?id=d3b84dd5-01e2-4a92-9508-bdeba38e5277>

- Tra il 2012 e il 2014, l'indice di adesione alla dieta mediterranea è diminuito del 4,0%. Dal 2014 al 2016, l'indice è aumentato del 2,8%, rivelando un approccio più elevato a questo modello di dieta.

Confronto tra Food Balance Sheet portoghese 2012-2016 con la Ruota Alimentare (grafico 5).

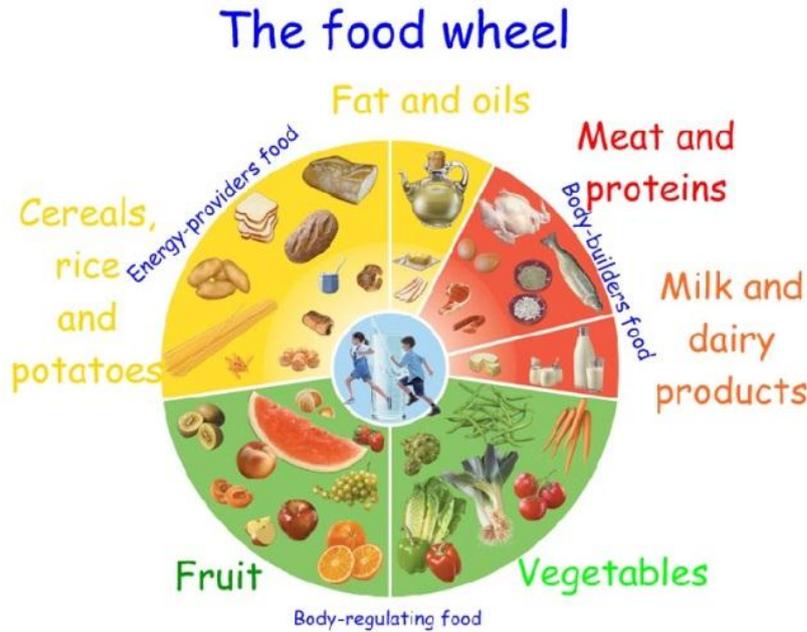
- Nel quinquennio 2012-2016, il bilancio alimentare portoghese riportava un'assunzione giornaliera media di calorie, disponibile per il consumo per abitante, pari a 3834 kcal, inferiore alle 3938 kcal registrate nel periodo 2008-2011, ma significativamente superiore al valore raccomandato (2000 kcal / abitante / giorno).

- I gruppi di alimenti che hanno presentato gli scostamenti più significativi rispetto alla Ruota Alimentare, riferita all'anno 2016, erano "Carne, pesce e uova" con una disponibilità di 11,5 punti percentuali sopra il consumo raccomandato (+11,0 pp nel 2012), "Frutta" e "Prodotti orticoli", rispettivamente con un deficit di 7,3 pp e 6,8 pp (-8,2 % e -8,0 pp nel 2012).

- "Latte e prodotti lattiero-caseari" hanno mostrato uno scostamento dalla Ruota Alimentare di 0,7 pp in meno quando, nel 2012, hanno avuto uno scostamento positivo di 1,6 pp.

- "Cereali, radici e tuberi" e "Oli e grassi", avevano nel 2016 una disponibilità superiore al modello di dieta raccomandato (rispettivamente +2,9 pp e +3,7 pp), mantenendo il deficit di disponibilità di "Legumi secchi" (-3,4 pp).

Grafico 5. **La Ruota Alimentare**



Reference: <http://evocorner.blogspot.lt/2013/01/3rd-primary-food-wheel.html>

4.2 Opportunità/Possibilità per le famiglie: programmi, progetti, formazione, consulti medici

Dove le famiglie possono ottenere aiuto per l'intera famiglia: programmi, progetti, corsi di formazione informale, consultazioni mediche. Che genere di aiuto?

Assistenza sanitaria di base in Lituania

La **Lituania** è uno di quei paesi con sistema precedente a Semashko che fino al 1990 aveva un sistema sanitario centralizzato, altamente regolamentato ed orientato all'ospedalizzazione. Dalla restituzione dell'indipendenza, come la maggior parte dei paesi dell'Europa orientale, la **Lituania** ha avviato una riforma che mira a introdurre un'assistenza sanitaria di base maggiore, basata sulla medicina di famiglia. La formazione post-laurea dei Medici di Famiglia attraverso 3 anni di internato è iniziata nel 1992. I Medici di distretto (internisti e pediatri), il cui ruolo era più simile a quello del medico di base (PHC), sono stati riqualificati a medici di famiglia.

Alla fine del 2009 l'assistenza sanitaria di base è stata fornita dai medici di famiglia del 1951 (pari al 68% di tutti i medici di base), 479 internisti di distretto (17%) e 447 (15%) pediatri di distretto. Per garantire una più ampia gamma di servizi medici, internisti e pediatri lavorano in team con 342 ginecologi e 218 chirurghi.

In **Lituania** sono presenti varie forme organizzative di medici di base (PHC):

- Ambulatori;
- Stazioni mediche (posti di aiuto);

- Centri di assistenza sanitaria di base;
- Studi di medico di famiglia (medico di famiglia);
- Policlinici (cure mediche di base PHC e specialistiche).

Attualmente il sistema di assistenza sanitaria PHC è finanziato da un fondo di assicurazione sanitaria obbligatoria e dipende dal numero di pazienti registrati all'istituto di assistenza sanitaria PHC, dall'età del paziente, dagli indici di prestazione e dalla disponibilità di programmi di assistenza sanitaria preventiva. Il modello di pagamento prevalente in **Lituania** è la tariffa pro-capite (sette fasce d'età) che rappresentano dall'80 all'85% circa di tutti i modelli di pagamento. La parte restante dei modelli di pagamento è composta di pagamenti di incentivi (servizio gratuito) e pagamenti di bonus per il raggiungimento di buoni risultati. La esenzione del pagamento è prevista per lo screening del cancro della prostata e del collo dell'utero, la cura delle donne in gravidanza, il controllo preventivo dei bambini, l'assistenza a domicilio dei malati cronici, ecc. Ci sono pagamenti con bonus per i servizi seguenti: diagnosi precoce del cancro (dal 2003) e dal 2008 ulteriori bonus per la qualità dell'assistenza ai pazienti cronici. I principali programmi di prevenzione svolti nell'assistenza di base sono: prevenzione del cancro cervicale (donne dai 25 ai 60 anni), prevenzione del tumore al seno (donne dai 50 ai 69 anni), diagnosi precoce del cancro alla prostata (uomini di età compresa tra 50 e 75 anni), test di sangue occulto per il carcinoma dell'intestino (uomini e donne 50-74 anni) e prevenzione cardiovascolare (per uomini 40-55 anni, donne tra i 50 ei 65 anni). Tuttavia, la maggior parte dei medici di famiglia in **Lituania** sono scarsamente coinvolti e non pagati per la cura di base fuori orario. Il medico di famiglia ha anche un ruolo di sorveglianza che è stato introdotto nel 1997 e l'accessibilità agli specialisti è stata limitata. Allo stesso tempo il carico di lavoro dei medici di famiglia è aumentato e ora è diventato uno dei temi più dibattuti. Inoltre, ci sono servizi di qualità diversa e non completi, se si paragonano fornitori diversi di assistenza di base PHC. Nonostante la funzione di guardiano, le differenze nelle tariffe di riferimento all'interno delle diverse unità di assistenza sanitaria sono fino a cinque volte superiori, il che non può essere spiegato dal livello di incidenza di malattie della popolazione.

Italia: La Società **Italiana** di Pediatria offre materiali specifici per le famiglie e per la prevenzione dell'obesità (<https://docs.sip.it/decalogo2017.pdf>) così come offre diversi progetti per l'aggiornamento delle competenze mediche e infermieristiche nel quadro della prevenzione dell'obesità familiare (<http://fad2014.biomedica.net/corso/index/corso/1705>).

La Società Italiana di Pediatria ed altre importanti associazioni Italiane come ADI e SIO, hanno organizzato corsi specifici per l'educazione terapeutica per l'obesità basata sulla famiglia (<http://www.medicinadelladolescenza.com/wordpress/wp-content/uploads/2015/01/Corso-RITA-TANAS.pdf>.)

L'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI) organizza ogni anno l' "Obesity Day" e dispone di un sito web dedicato per l'informazione e la diffusione a livello personale e familiare.

Il sistema sanitario Italiano si affida alle Aziende Sanitarie Locali (ASL), ai medici di famiglia e ai "Consultori Familiari" (centri di consulenza familiare) come sistema principale di prevenzione e comunicazione relativamente alle famiglie. Tutte queste istituzioni sono strutture socio-sanitarie sviluppate a livello locale che offrono un servizio multidisciplinare per la salute e il benessere a livello familiare. Sono stati sviluppati molti progetti riguardanti la prevenzione dell'obesità e la

terapia familiare. Nelle Linee guida nazionali Italiane per la riabilitazione alimentare da disturbi alimentari, il supporto alla famiglia da parte di specialisti (infermiere, dietologo, psicologo, ecc.) è considerato di primaria importanza per l'efficacia del trattamento.

Norvegia: il canale convenzionale per le famiglie per avere assistenza è il medico curante di famiglia. Ci sono pochissimi servizi specialistici indipendenti per questo. Per gli studenti è normale ricevere consigli e consulenza dall'infermiera scolastica. Oltre a questo non ci sono programmi nazionali, ma diverse iniziative commerciali locali da cui famiglie o singoli individui possono acquistare servizi. Il servizio sociale dispone anche di terapie per le famiglie che normalmente possono entrare come consulenti nelle famiglie che lottano con ogni tipo di problema, dal comportamento alla salute, ma questo è soprattutto per quelle famiglie che hanno un numero molto ampio di problemi familiari - non solo di salute.

In **Romania** gli specialisti in nutrizione e in malattie metaboliche sono generalmente focalizzati sul trattamento del diabete. A causa della mancanza di tempo e della limitata assicurazione sanitaria (regole strette), solo poche persone con obesità possono essere visitate e monitorate regolarmente. Altrimenti, l'obesità viene "trattata" a livello privato, sia dai medici che, nel peggiore dei casi, dai "dietologi". "(Professor Copaescu).

Uno dei principali ostacoli per affrontare l'obesità è la mancanza di misure e linee guida per aiutare i medici generici a identificarla. Questa mancanza di comprensione è aggravata dal serio stigma sociale legato all'obesità, che fa sentire molti pazienti soli nelle loro vite personali e professionali. Essendo l'obesità considerata dall'opinione pubblica come una condizione derivante da una "mancanza di controllo", l'argomentazione su cui basarsi per investire nel trattamento della stessa è meno convincente, aggiunge il professore. "La popolazione non obesa ritiene che gli sforzi sociali per controllare il problema siano meno importanti di altre priorità, come combattere il cancro e altre malattie. "Non abbiamo il sistema sanitario più ricco del mondo" (Professor Copaescu).

4.3. Modelli di educazione familiare

Modelli di educazione e comportamento familiare – come i membri della famiglia si aiutano a vicenda

Lituania. Sin dai tempi antichi, quando la gente moriva di fame, un figlio in sovrappeso era considerato un bambino sano. Oggi, di solito non uno, ma tutti i membri della famiglia hanno problemi di obesità a causa dello stile di vita e dell'alimentazione sbagliati. In **Lituania** viene applicata la terapia dello psicoterapeuta tedesco Bertha Hellinger, nota anche come "costellazione familiare". Si basa sulla teoria che molti problemi che ci disturbano risiedono nella storia della famiglia.

In **Italia** sono stati condotti numerosi studi sui modelli di educazione familiare e sul loro impatto sullo sviluppo del comportamento e dello stile di vita dei bambini. I modelli educativi familiari sono generalmente classificati come segue: iperprotettivo, democratico, scarificante e Intermittente (nessuna regola fissa di restrizione-permesso), influente, delegante (ai nonni), autorevole. Non necessariamente ognuno di essi può essere considerato automaticamente correlato allo sviluppo di stili di vita non salutari, ma ogni qualvolta si adotti in modo squilibrato uno di questi modelli, il rischio di stili di vita scorretti, tende ad aumentare. Poiché le famiglie moderne sono

spesso caratterizzate da uno stile di vita stressante, problemi di carriera, famiglie monoparentali, ecc., la probabilità che questo rischio aumenti è sempre più alta. Pertanto, solamente le strategie individuali e familiari per lo sviluppo dello SVS e la prevenzione dell'obesità non possono essere considerate sufficienti.

Norvegia: al 1 gennaio 2014 il numero di nuclei familiari in **Norvegia** ammontava a 2.349.500. In ciascuna famiglia vivevano in media 2,15 persone. I modelli di famiglia che avevamo 30 anni fa non sono più presenti, ora spesso con conflitti tra genitori divorziati. Tali conflitti spesso portano a una situazione sanitaria più complicata per i giovani, contribuendo indirettamente a peggiorare la situazione, soprattutto quando si tratta di salute psicologica. Tra i 3,9 milioni di persone al di sopra dei 18 anni, il 60% vive in coppia. L'anno successivo, 1,1 milioni di bambini in **Norvegia** di età inferiore ai 18 vivevano con i loro genitori. Il 75% di questi bambini viveva con entrambi i genitori, mentre il 25% viveva con un solo genitore. La percentuale che vive con entrambi i genitori diminuisce con l'età. Tra i bambini di 1 anno, l'88% vive con entrambi i genitori. Tra i diciassetenni questa percentuale è del 61%. Oggi il sostegno familiare non è stato come lo era 30 anni fa, e questo è un argomento che non è stato preso in esame in **Norvegia**. Le famiglie aiutano soprattutto i figli con l'alloggio quando iniziano a trasferirsi fuori dalla residenza di famiglia. Inoltre, i nonni aiutano molto i nipoti, ma l'unità familiare non è come si vede, ad esempio, nelle aree del Mediterraneo. I legami familiari sono relativamente allentati, forse perché cresciamo i nostri figli in modo che siano molto indipendenti in età giovane. (Norway Statistical Bureau: <http://www.ssb.no> accesso 07.12.2017).

È noto che l'educazione delle madri ha effetti positivi sull'alimentazione infantile nei paesi in via di sviluppo. Meno esaminato è l'effetto esercitato dall'educazione di altri individui - amici delle madri, vicini di casa e familiari. L'alimentazione infantile è associata in modo positivo e indipendente all'educazione delle madri, dei padri e delle nonne.

Un ruolo importante è svolto dal coinvolgimento della famiglia, perché gli atteggiamenti, le percezioni e il comportamento dei genitori possono influenzare lo sviluppo del peso corporeo dei figli. Il ruolo della madre o della persona addetta alla cura è considerato centrale, con un riferimento concreto al loro modo di anticipare e soddisfare il bisogno di cibo del bambino, sia attraverso atteggiamenti equilibrati, sia attraverso quelli squilibrati di trascuratezza o esigenza, iperstimolazione o permissività. In presenza di questi tipi attitudinali, la capacità del bambino di discernere le sensazioni di tensione interiore, dalla fame, dal desiderio o da altra frustrazione, noia, solitudine, carico eccessivo, rimane debole e quindi alimenta una funzione compensativa non differenziata.

Per quanto riguarda i bambini, la principale responsabilità dell'obesità è dei loro genitori e delle loro famiglie, così come di fattori di socializzazione secondari come i tutori e gli insegnanti; tutti gli attori citati fungono da guardiani. I genitori lavorano per molto tempo, passano sempre meno tempo con i loro figli, cercano di coinvolgerli in quante più attività possibili e quindi gli aspetti alimentari spesso vengono trascurati. Il bambino si sente distante o estraneo di fronte ai suoi genitori e loro gli danno tutto ciò che vuole per riconquistarlo. "I genitori dicono di sentirsi in conflitto. Vogliono poter dire di no ai loro figli, ma allo stesso tempo non vogliono che il loro bambino sia arrabbiato con loro".

I bambini oggi sperimentano una maggiore autonomia di spesa. I bambini sono liberi di comprare al negozio della scuola, per esempio, qualunque cosa desiderino. I bambini della terza e quarta classe, che già sanno fare i calcoli, ricevono denaro dai genitori per comprarsi dolci, bibite, patatine, caramelle e così via. Anche se il negozio della scuola non dovrebbe vendere alimenti e bevande non salutari, tali errori accadono, quindi il 55,55% prepara il cibo da portare a scuola a casa e il 44,44% acquista qualcosa al negozio della scuola. Tuttavia, i bambini della scuola primaria scelgono di preparare i loro pasti scolastici a casa in una percentuale del 73%, il resto pari al 27% acquista patatine, bibite gassate e dolci. Gli acquisti preferiti sono patatine, gomme da masticare, popcorn al formaggio, dolci.

5. Esperienza dell'Organizzazione/istituzione:

5.1. Esperienza nelle scuole: misure, metodi, gruppi obiettivo, quale tipo di specialista funziona

Esperienza nelle scuole: misure, metodi, gruppi-obiettivo (alunni o genitori), quale tipo di specialista funziona con i bambini sullo SVS

Tabella 5 - **Metodi di insegnamento ai bambini di uno stile di vita sano**

Scuola Primaria (I-II)	L'uomo in salute. Cosa aiuta ad essere in salute? La diversità del cibo – condizione di salute (importanza delle vitamine, dello iodio dietetico, ecc.) I requisiti di una dieta salutare. I benefici di una dieta salutare. Il fast food.
Scuola Primaria (III-IV)	La definizione di salute umana e requisiti consolidati. L'influenza di cibi vegetali e animali. I principi di una dieta sana. Gli additivi alimentari. La Piramide Alimentare. La salute riproduttiva. La composizione del cibo.
Scuola Secondaria di 1° grado (V-VI)	L'influenza dell'ambiente sulla salute. La Piramide Alimentare. L'etichetta - carta del cibo Diritti dei consumatori Guida all'alimentazione sana
Scuola Secondaria di 1° grado (VII-VIII)	Qualità organolettiche del cibo: la parte di cibo nella razione giornaliera Sale iodato nella dieta: effetti della carenza di iodio Insorgenza dell'obesità mangiando in modo malsano Rapporto qualità-prezzo nelle scelte alimentari Immagine corporea e comportamento alimentare L'influenza del metabolismo sulla salute.
Scuola Secondaria di 2° grado (IX-X)	Fattori che modificano il metabolismo (carboidrati, proteine, grassi, minerali). Additivi alimentari e loro influenza sulla salute Catena alimentare e rischi di ciascun anello (fertilizzanti, pesticidi, ormoni)
Scuola Secondaria di 2° grado (XI-XII)	L'impatto del cibo sulla salute. Dieta e malattie cardiovascolari. Alimentazione scorretta e patologie correlate (diete sbilanciate, bulimia, anoressia). Equilibrio tra apporto calorico e attività fisica e intellettuale. Dieta in condizioni speciali. RDA (Dosi giornaliere raccomandate) e sicurezza nel consumo.

Riferimento: http://eduforhealth.ssai.valahia.ro/pdf/Curricula_Analysis_It.pdf

Tutte le strategie di insegnamento ed apprendimento sono interattive:

Per il livello prescolare: giochi di ruolo, osservazione, metodi esperienziali, cucina, giochi sportivi (mini football, staffetta), passeggiate ecologiche, assaggi di alimenti salutari.

Per il livello di scuola elementare: giochi di ruolo, metodi esperienziali, metodo del progetto (per l'apprendimento e la valutazione), prove pratiche, esposizione di poster, esposizione e proposta di frutta e verdura, cucina, dibattiti, escursioni, settimana del benessere.

Per il livello di scuola secondaria: brainstorming, problem solving, giochi di ruolo, casi di studio, conversazione, io so / voglio sapere / ho imparato, dibattiti, metodo del cubo, metodo del mosaico; invito di professionisti (dietisti, specialisti della salute); per la valutazione sono considerate migliori pratiche: prove pratiche, lavori sperimentali, autovalutazione, progetti, cartelle, saggi.

Specialisti che lavorano nelle scuole:

Specialisti nell'assistenza sanitaria pubblica o infermieri pubblici, che hanno completato il programma di educazione sanitaria speciale per le scuole, lavorano nelle scuole **lituane**. Gli operatori sanitari che collaborano con insegnanti, genitori e specialisti dell'assistenza psicologica e sociale, possono aiutare un giovane individuo a creare una visione positiva per la sua salute come il valore più prezioso, ad incoraggiare i bambini e gli adolescenti a preservare e migliorare la propria salute, a conseguire le capacità per una vita migliore e a realizzare al meglio il suo ruolo nella società.

Norvegia: nelle scuole ci sono solo due tipi di professionisti che lavorano sullo SVS. Ogni scuola ha un infermiere responsabile delle campagne istituzionali, dei controlli e dell'orientamento (specialmente nella scuola primaria). Gli specialisti delle scuole secondarie / terziarie non lavorano in loco, e sono chiamati più sulla base del bisogno richiesto da parte di consulenti o insegnanti.

Oltre agli infermieri, gli insegnanti hanno un ruolo importante nell'insegnare uno SVS nell'ambito delle scienze sociali e naturali. Oltre a ciò, l'insegnante di educazione fisica ha la responsabilità di motivare e insegnare lo stile di vita sano ed attivo e gli effetti sulla salute. Nell'offerta formativa a livello nazionale per tutte le fasce d'età, ci sono obiettivi di apprendimento dello SVS, non sono molti, tuttavia alcuni sono importanti.

Le attività di insegnamento di uno SVS in **Italia** si riferiscono alla teoria del "comportamento ragionato" di Ajzen, pertanto, l'atteggiamento personale e le norme soggettive sono il fondamento di queste azioni nel sistema Italiano. L'attitudine personale si riferisce alla motivazione interiore. Le norme soggettive si riferiscono alla percezione che un individuo ha delle aspettative degli altri. Di conseguenza, le attività di SVS considerano le sinergie tra famiglia e scuola (MIUR, 2010). Una riforma recente del sistema scolastico Italiano contiene le linee guida su: educazione sanitaria; educazione affettiva; cittadinanza; cibo; consapevolezza ambientale. Il governo Italiano, a tale proposito, suppone che questi elementi siano fondamentali per un'inclusione soddisfacente nella vita sociale e nel percorso di cittadinanza. Tale misura utilizza insegnanti di tutte le materie delle scuole obbligatorie, quindi il gruppo target è costituito da alunni dai 6 ai 14 anni. Si prevede che questo tipo di formazione venga svolta congiuntamente ad altri soggetti e nella maggior parte dei casi interessa progetti speciali che coinvolgono gli studenti

https://archivio.pubblica.istruzione.it/essere_benessere/allegati/linee_guida.pdf). Un esempio è il progetto "*Pedibus*". È un'iniziativa che stimola gli alunni ad andare a scuola a piedi. Le attività sono orientate in primo luogo alla sicurezza nelle strade attraverso la collaborazione tra scuole, insegnanti e genitori (<http://www.piedibus.it>). Un altro esempio è il progetto, *frutta nelle scuole* (<http://www.fruttanellescuole.gov.it>). È un'azione nazionale di consegna di frutta nelle scuole che include attività specifiche per conoscere meglio la frutta, per esplorare l'importanza della frutta nell'alimentazione personale e nella vita di tutti i giorni.

In **Romania**, gli insegnanti e il personale scolastico hanno un prezioso contributo da apportare nella prevenzione dei disturbi alimentari e dell'obesità infantile, ma il personale scolastico è stato in gran parte sottoutilizzato come potenziale agente di cambiamento. L'infermiere scolastico e gli insegnanti di educazione fisica svolgono un ruolo fondamentale nell'assistere sia i genitori che i bambini quando si tratta di comprendere gli effetti devastanti dell'essere sovrappeso e obesi e di aiutare i bambini a identificare comportamenti positivi che potrebbero aiutare a invertire questa condizione. I professionisti della salute svolgono un ruolo chiave nella gestione dell'obesità, che è una priorità di salute pubblica globale. Per esempio, gli operatori sanitari dovrebbero sfruttare ogni occasione per aiutare i pazienti a cambiare i loro stili di vita (consigli dietetici ed esercizio fisico). L'assistenza sanitaria pubblica non copre l'intervento intensivo di perdita di peso, ma c'è un numero crescente di attività private che trattano questi problemi per chi può permetterselo ed è disposto a pagare di tasca propria. Gli specialisti in alimentazione e malattie metaboliche in **Romania** sono generalmente concentrati sul trattamento del diabete. "A causa della mancanza di tempo e delle strette regole dell'assicurazione sanitaria, solo poche persone obese possono essere visitate e monitorate regolarmente. Altrimenti, l'obesità viene "trattata" privatamente, sia dai medici che, nel peggiore dei casi, dai "dietisti" (Professor Copaescu).

Alcuni esempi di buone pratiche:

1. Il programma nazionale di educazione alimentare "**I eat healthy at school**", realizzato in **Romania** da Sodexo, in collaborazione con i volontari dell'Università di Medicina e Farmacia "Carol Davila" di Bucarest, è stato esteso nell'area rurale. Nell'ambito del programma di educazione alimentare "I eat healthy at school", rivolto agli studenti della scuola primaria (classi 0-IV), i bambini imparano a mangiare sano durante le pause a scuola. Durante i workshop, insieme agli studenti di medicina, creano il menu di uno spuntino salutare a scuola, imparano quali regole nutrizionali dovrebbero seguire per essere in buona salute e trovano le risposte alle domande più importanti sull'impatto dell'alimentazione sui problemi di salute secondo le varie età.

2. "**The Healthy Traditions for Healthy Children**" è un programma basato sulla comunità che mira alla prevenzione dell'obesità infantile nella **Romania** nord-orientale. Per ridurre le disparità sanitarie nei confronti dei bambini appartenenti a famiglie povere, è stato sviluppato un intervento educativo nutrizionale originale.

3. Il kit educativo "**The Granny's Health Bag**" ("la borsa salutare della nonna") promuove abitudini sane, utilizzando messaggi originali basati sulla cultura locale. Il simbolo originale "Granny's Health Bag" sta a rappresentare una borsa tradizionale in cui i bambini metteranno tutto ciò che è salutare per loro - cibi sani tradizionali, acqua pulita e articoli sportivi. Il

messaggio del programma è molto forte utilizzando lo strumento interattivo di "Granny's Health Bag" e le storie raccontate dalla capretta ai suoi figli.

4. Il programma nazionale Milk and Croissant fa parte del programma europeo "Latte nelle scuole" e mira a fornire una scelta di alimenti salutari a tutti gli studenti della scuola rumena da quella materna a quella secondaria (dai 5-6 fino ai 14-15 anni), offrendo loro ogni giorno a scuola, a pranzo, una bottiglietta di latte / yogurt e una brioche / bagel (ciambella di pane).

5. Il Programma Frutta nelle Scuole - Questo programma mira ad aumentare il consumo di frutta e verdura a scuola per incoraggiare abitudini alimentari più sane, nel contesto del calo del consumo di frutta e verdura fresca e dell'incremento dell'incidenza dell'obesità infantile.

6. Programma Portoghese School Milk

(http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/AccaoSocialEscolar/reg_ce_657_2008.pdf)

Distribuzione giornaliera e gratuita di 20 cl di latte a scuola per i bambini che frequentano l'istruzione prescolastica e per gli studenti del 1° ciclo di istruzione di base, per tutto l'anno scolastico. Per integrare le esigenze nutrizionali dei bambini e degli studenti in età prescolare e nel primo ciclo di istruzione scolastica pubblica, altri alimenti salutari possono essere associati al latte nelle scuole.

7. Progetto Portoghese School Fruit

(<http://www.plataformacontraobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/conteudo.aspx?menuid=469&exmenuid=436&SelMenuId=469>)

Il Governo portoghese ha aderito al programma "Frutta nelle scuole" nell'anno 2009, attraverso una Norma di Legge che ancora oggi fa parte delle regole di base delle scuole portoghesi. Il programma Frutta nelle scuole consiste nella distribuzione gratuita di frutta e verdura a tutti gli studenti del 1° ciclo di istruzione di base che frequentano le scuole pubbliche e nello svolgimento di attività nell'ambiente scolastico finalizzate allo sviluppo di competenze alimentari salutari e alla conoscenza dell'origine dei prodotti agricoli.

5.2 Università – ricerche effettuate sullo SVS, come le problematiche dello SVS sono connesse al processo di studio

Università – raccolta dei dati delle ricerche, informazioni di progetti, come le questioni dello SVS sono connesse al processo di studio, come sta funzionando con gli studenti

L'analisi della situazione riguardo l'educazione alla salute negli istituti di istruzione superiore **Lituani** ha dimostrato che circa un quarto degli orari di lezione degli studenti contiene argomenti in cui acquisiscono conoscenze sulla salute. Le lezioni di educazione fisica obbligatoria si svolgono in più di un terzo degli orari di lezione degli studenti. Attraverso l'educazione fisica, gli studenti acquisiscono consapevolezza delle proprie caratteristiche fisiche. Gli studenti sono incentivati a

partecipare a diversi eventi che promuovono uno stile di vita sano, ad es. alle partite di pallavolo per la celebrazione della festa della donna, alle lezioni di yoga e di gestione dello stress, all'evento per la Giornata Mondiale della Salute, ecc.

La frequenza dei diversi elementi della componente di vita salutare varia molto nei diversi programmi di studio. Il livello di conoscenza di uno SVS da parte degli studenti di scienze dell'educazione è particolarmente basso. Questo è un dato molto negativo, perché solleva dubbi sulle loro capacità di sviluppare la salute verso i destinatari delle loro prestazioni, dopo essere diventati educatori.

Gran parte dello sforzo della ricerca **in Italia** è dedicato allo stile di vita sano, ai suoi fattori determinanti e alle sue conseguenze. In **Italia**, lo stile di vita sano è spesso associato alla dieta Mediterranea. Di conseguenza, buona parte della ricerca dedicata allo SVS parla degli effetti della dieta Mediterranea, come dimostrato dalla produzione scientifica Italiana negli ultimi anni (https://scholar.google.it/scholar?as_vis=1&q=healthy+lifestyle&hl=it&lr=lang_it&as_sdt=0,5&as_ylo=2000&as_yhi=2017) e dell'impatto, in generale, dei modelli alimentari sulle condizioni di sovrappeso ed obesità e sul profilo patologico cardiovascolare. Un'altra parte della ricerca sui problemi di SVS riguarda il comportamento e le abitudini sociali, così come gli elementi psicologici e la percezione dell'obesità e dello stile di vita non salutare. Quest'ultima branca di ricerca esplora la diversa dimensione della consapevolezza di SVS e misura quanto sia importante l'atteggiamento psicologico per avere una condotta di SVS. Nell'università le questioni relative allo SVS sono realizzate attraverso tre diverse attività: lezioni, seminari informativi, partecipazione a progetti di ricerca dedicati attraverso esperienze dirette, in tesi di laurea o di dottorato o individualmente, per la raccolta di dati in esperimenti sociali. Le lezioni ed il coinvolgimento in attività di ricerca in materie che riguardano la dieta Mediterranea, la qualità e la nutrizione degli alimenti, la scienza dello sport, naturalmente sono limitate alle facoltà di Scienze degli Alimenti, Agraria, Medicina e Sport. Comunque, un coinvolgimento più ampio è garantito nel caso dei seminari vista l'interconnessione con gli altri aspetti culturali.

Non ci sono studi pubblicati sulla diffusione del sovrappeso e dell'obesità negli studenti rumeni di medicina. Nel 2013, V. Mocanu ha condotto una ricerca sugli atteggiamenti che dispongono al di sovrappeso, obesità e dieta tra gli studenti universitari in **Romania**.

I comportamenti alimentari sono stati misurati utilizzando il questionario EAT-26. Lo studio sull'assunzione di cibo e sull'attività fisica è stato condotto utilizzando un questionario che includeva misure antropometriche, frequenza di assunzione di cibo e livello di attività fisica. Il risultato dello studio è stato che circa il 20% degli studenti universitari rumeni era in sovrappeso o obeso (IMC \geq 25). La percentuale di studenti maschi in sovrappeso o obesi era più alta di quella rilevata tra le studentesse. Nelle donne, il sottopeso è stato osservato più frequentemente (21%) rispetto al sovrappeso (10%) o all'obesità (4%). Nei maschi, il sovrappeso e/o l'obesità sono stati osservati più frequentemente rispetto al sottopeso (18%, 14% e 9%, rispettivamente).

I risultati hanno dimostrato che disturbi alimentari e diete non salutari sono comuni tra gli studenti universitari rumeni, soprattutto tra le donne. Comprendere il comportamento del peso e le

tendenze di dieta può aiutare i consulenti e i nutrizionisti a lavorare con gli studenti sulle questioni di gestione del peso nella formazione nelle università.

5.3 Aspetti principali di uno SVS nell'insegnamento rivolto ai futuri insegnanti ed infermieri

Aspetti principali di uno SVS nell'insegnamento rivolto agli insegnanti e agli infermieri. Quali fattori non sono considerati con la sufficiente attenzione?

Italia. I principali elementi dello SVS sono: cibo e benessere; attività fisica e benessere. Il primo aspetto da enfatizzare è la distinzione dei diversi elementi nutritivi, al fine di aumentare la consapevolezza dell'energia contenuta in ciascun elemento del cibo e di come tale energia possa influenzare il nostro corpo. C'è molta attenzione sulle azioni di auto-consapevolezza, come il controllo del peso, la scelta autonoma e consapevole dei cibi e l'effetto nel medio-lungo termine del consumo di sale, alcol e zuccheri, sulla salute delle persone. Il secondo aspetto da enfatizzare è più concentrato sulla relazione con il nostro corpo, quindi sul ruolo fondamentale dell'auto-consapevolezza attraverso esercizi fisici fin dal primo anno di scuola. La cura del proprio corpo, insieme a una maggiore consapevolezza nei confronti della dieta e dell'attività fisica, è uno strumento per generare un atteggiamento positivo verso uno SVS (MIUR, 2010).

Non è dedicata sufficiente attenzione alle norme soggettive, al comportamento familiare e al ruolo sinergico degli amici di famiglia e delle persone di riferimento (anche attori famosi o idoli di cartoni animati / videogiochi), come dichiarato nelle linee guida.

In **Norvegia**, nel programma nazionale di formazione degli insegnanti, l'attenzione sullo SVS viene posta in una particolare materia che viene insegnata: "**Cibo e salute**". Questo è un programma di 2 moduli e da 60 crediti formativi (30 + 30) che ha lo scopo di educare gli insegnanti a insegnare questo particolare argomento nella scuola primaria.

Inoltre, questo argomento è anche una piccola parte di "Educazione fisica e scienze sociali" presso l'università di Scienze della Formazione. Non c'è molto materiale messo a disposizione dalle autorità scolastiche, ma alcuni video e materiali possono essere trovati online da risorse comuni di apprendimento nazionale. Youtube è molto visitato dagli insegnanti. Secondo una precedente ricerca condotta nell'ambito di un progetto LLP (Lifelong Learning Programme) riguardante la nutrizione e la salute (progetto MEAL), si è riscontrato, intervistando 30 infermieri e 30 studenti, che gli insegnanti erano soddisfatti dell'attenzione e della quantità di lezioni relative allo SVS nella loro formazione universitaria. (mealproject.eu, accessibile 11.12.17). Il feedback è anche molto chiaro, seppur di segno contrario, quando ci si è riferiti ad un elemento su cui non c'è abbastanza attenzione. Questo elemento è la salute psicologica, per la quale ogni individuo che ha risposto all'intervista non è soddisfatto dell'enfasi posta in relazione allo stile di vita sano. I problemi di salute psicologica sono il problema più grande che gli infermieri e gli insegnanti affrontano e per il quale non vengono preparati a fronteggiare.

In **Romania**, gli insegnanti e il personale scolastico possono apportare un contributo prezioso nella prevenzione dei disturbi alimentari e dell'obesità infantile, ma il personale scolastico è stato in gran parte sottoutilizzato come potenziale agente di cambiamento.

In effetti, la mancata indagine sulla consapevolezza, sui valori, atteggiamenti e comportamenti nutrizionali, alimentari e di controllo del peso degli insegnanti e di altri professionisti scolastici coinvolti nel trattamento o nella prevenzione dell'obesità e dei disturbi alimentari nelle scuole, può essere un fattore che potrebbe spiegare il modesto successo di alcuni di questi programmi di prevenzione. Inoltre, il loro ruolo e la loro esperienza professionale potrebbero non necessariamente proteggerli dall'aver livelli significativi di pregiudizi anti-grasso.

L'infermiere scolastico e gli insegnanti di educazione fisica rappresentano il personale della scuola che più facilmente può essere coinvolto negli sforzi per ridurre la diffusione del sovrappeso e dell'obesità infantile a livello scolastico. Questi individui svolgono un ruolo fondamentale nell'assistere sia i genitori che i bambini quando si tratta di comprendere gli effetti devastanti dell'essere sovrappeso ed obesi e nell'aiutare i bambini ad identificare comportamenti di salute positivi che possono contribuire a invertire questa condizione. Gli infermieri professionisti trascorrono più tempo con i pazienti rispetto a qualsiasi altro professionista; pertanto i pazienti prendono gli infermieri come riferimento o modello di abitudini sane. Gli infermieri sono stimolati a sviluppare abilità, come il sostegno, la guida collaborativa e le competenze di marketing sociale, che contribuiranno alla prevenzione dell'obesità infantile.

Gli insegnanti e le scuole possono fornire una forte guida per contribuire ad invertire la diffusione a livello mondiale dell'obesità infantile mentre, nel contempo, si impegnano nel migliorare il successo scolastico dei bambini. Un intervento di costruzione di abilità cognitivo-comportamentali impartito dall'insegnante, può influenzare positivamente una serie di importanti risultati per gli adolescenti delle scuole superiori a rischio di una moltitudine di problemi. L'integrazione sistematica di COPE (Prevenzione ed educazione alla Comunità) nei programmi di educazione sanitaria da parte degli insegnanti in contesti scolastici reali di livello superiore ha il potenziale di migliorare la salute, i risultati psicosociali ed accademici, nei gruppi di adolescenti ad alto rischio. Le scuole possono aiutare gli studenti ad adottare e mantenere comportamenti rivolti ad un'alimentazione sana e all'attività fisica.

5.4 Luoghi di lavoro - esperienza, strumenti, metodi, ambiente ergonomico

Luoghi di lavoro – esperienza, strumenti, metodi, caratteristiche per un ambiente ergonomico

I luoghi di lavoro moderni sono diventati sempre più obesogenici a causa della natura mutevole del lavoro (ad esempio, tipi di lavoro più sedentario, persino nei lavori industriali e manifatturieri che sono diventati altamente automatizzati), nonché le condizioni di lavoro, come per esempio un orario di lavoro lungo. Le conseguenze dei fattori obesogenici sul posto di lavoro si estendono oltre il livello individuale. Possono influenzare la vita quotidiana dei lavoratori e delle loro famiglie, concedendo, ad esempio, meno tempo per cucinare e mangiare a casa, per gite in famiglia, ecc. Fattori importanti che influiscono sull'obesità dei lavoratori sono:

1. Luoghi di lavoro congestionati che limitano ogni possibilità di movimento durante l'orario di lavoro

2. Mancanza di dispositivi per la conservazione di cibi sani – per es. frigorifero

3. Mancanza di aree per la pausa pranzo per cui i dipendenti mangiano nelle loro postazioni di lavoro, sulle scrivanie, in auto, ecc.

4. Mancanza di scelta di cibo salutare in loco e di strutture per fare attività fisica

5. Disponibilità limitata di aree ricreative vicine (e sicure), di spazi verdi, di parchi, di campi sportivi, ecc.

Strumenti e metodi per migliorare i luoghi di lavoro:

1. Migliorare l'organizzazione del lavoro, ad esempio:

- scegliere orari di lavoro flessibili;
- scegliere un lavoro, ad esempio, che consente di lavorare a casa (lavoro a distanza);
- consentire l'apprendimento permanente, come per esempio svolgere attività di routine ed espandere le funzioni lavorative.

2. Migliorare l'ambiente di lavoro, ad esempio:

- promuovere il sostegno tra pari;
- coinvolgere i dipendenti nel processo di miglioramento dell'ambiente di lavoro;
- attenzione per il cibo salutare nella mensa.

3. Incoraggiare i dipendenti a partecipare ad attività salutari, ad esempio:

- l'organizzazione di gruppi sportivi;
- utilizzo di biciclette da parte dei lavoratori sul territorio.

4. Promozione dello sviluppo personale, ad esempio:

- corsi di abilità sociali come la capacità di superare le tensioni, l'organizzazione;
- aiuto per i dipendenti che vogliono smettere di fumare.

5. Equilibrio vita-lavoro:

- attenzione per il supporto sociale, come gli asili nido.

6. Migliorare e mantenere la salute mentale dei lavoratori, ad esempio:

- incoraggiare i dipendenti a contribuire al governo dell'azienda;
- tener conto dei loro punti di vista ed opinioni;
- insegnare come ridurre la tensione e rilassarsi e dare consulenza psicologica riservata.

7. Assistenza sanitaria:

- salute regolare, pressione sanguigna, colesterolo e controllo della glicemia.

8. Attività fisica:

- contributo finanziario per i costi dell'attività fisica esterna, come ad es. una quota associativa per un club sportivo o ricreativo;

- organizzazione di eventi sportivi,

- incoraggiare i dipendenti a non usare l'ascensore ma ad usare le scale.

9. Promozione di stili di vita salutari:

- supporto ed informazioni riservati su alcol e droghe,

- distribuzione di informazioni su un'alimentazione sana e consigli tramite esempi concreti (ad es., fare attenzione che il personale a mensa consumi alimenti salutari e dedichi il tempo sufficiente per mangiare).

Ambiente ergonomico

Esistono tre principi di progettazione comuni relativi all'ergonomia ambientale degli uffici in un ambiente di lavoro: clima, illuminazione e rumore.

Clima- Le persone lavorano in modo più produttivo quando si trovano in un clima confortevole. Il clima di lavoro può avere un impatto positivo o negativo sulla produttività e il comfort del posto di lavoro. Il clima è costituito da tre elementi principali: temperatura dell'aria, umidità dell'aria e correnti dell'aria. La temperatura migliore dell'aria dipende dalla stagione. In genere è preferibile una temperatura tra i 20-24 ° C, ma il contrasto con la temperatura esterna può anche avere un ruolo a seconda della stagione. Solo intorno ai 23 ° C tende ad essere la temperatura alla quale la maggior parte delle persone si sente a proprio agio. C'è meno controllo sull'umidità dell'aria, anche se è una misura facile da prendere. Un livello di umidità più alto tende ad aumentare il livello di temperatura percepita. Come l'umidità cambia con le stagioni, così cambia l'umidità nei luoghi di lavoro. In inverno, è consigliabile che l'umidità sia superiore al 30%, mentre in estate il livello di umidità deve essere compreso tra il 40% e il 60%. La corrente d'aria in genere è minima in un ambiente di lavoro. La raccomandazione è di mantenere gli spifferi al di sotto di 0.2m / s, che equivale ad una leggera brezza.

Illuminazione -L'aspetto di un luogo di lavoro è considerato in buone per le condizioni di lavoro, se ci sono livelli di luce medio-alti, in particolare nella gamma dei 500-700 lux. Lo sfondo e l'illuminazione generale possono essere significativamente inferiori, circa il 30 per cento del valore minimo richiesto per i livelli delle postazioni di lavoro. Il contrasto massimo consigliato che dovrebbe esistere nel campo visivo è 10:1. Idealmente, le sorgenti luminose (comprese le finestre) dovrebbero essere posizionate a sinistra o a destra. Con la linea della vista perpendicolare alla sorgente luminosa, la quantità di luce diretta e indiretta (riflessa) è ridotta. Ove possibile, evitare l'uso di colori e superfici riflettenti o l'uso dell'illuminazione diretta (rispetto a quella diffusa) per ridurre al minimo le possibilità di abbagliamento. Le postazioni di lavoro generalmente devono essere posizionate lontano dalle finestre a causa dell'elevato contrasto e dell'abbagliamento causato dalla luce solare.

Rumore -Il livello medio di rumore di un ufficio tipo di solito è compreso tra 40-60 dB (decibel) e le fonti di questo rumore vanno dalle ventole dei computer alle macchine fotocopiatrici

alle persone che parlano intorno al lavoratore. Generalmente, livelli più elevati di rumore possono causare disturbi di attenzione e fastidi, i quali entrambi riducono le prestazioni.

L'obiettivo dell'ergonomia è progettare ed allestire luoghi di lavoro che siano privi di rischi per la salute e la sicurezza, comodi e produttivi.

Il Giornale di Medicina **Italiano**, Lavoro ed Ergonomia, ha recentemente pubblicato interessanti ricerche sul tema dell'obesità e del posto di lavoro (<http://slideplayer.it/slide/946777/>). Il giornale discute dell'aumento della probabilità di incidenti sul lavoro associati a condizioni di sovrappeso o obesità. Inoltre, la condizione di obesità potrebbe facilmente influenzare la capacità di lavorare a causa della maggiore probabilità di disturbi muscolo-scheletrici connessi alla malattia. In **Italia**, il Decreto Legge 81/2008 aiuta le persone obese affermando che l'ergonomia del posto di lavoro deve considerare tale condizione. Inoltre, il servizio sanitario dovrebbe valutare attentamente le condizioni fisiche del lavoratore perché l'obesità potrebbe limitare gravemente la capacità di lavorare. Lo stesso giornale, tuttavia, riporta un'esperienza positiva nel campo delle informazioni per uno SVS nei luoghi di lavoro Italiani. I fattori di uno SVS sono informazioni obbligatorie nella formazione dei lavoratori. Inoltre, diverse aziende stimolano i lavoratori a svolgere attività fisiche offrendo sconti per la palestra, ad esempio, e promuovendo un'immagine positiva dei dipendenti (<https://www.west-info.eu/it/peso-e-lavoro-nuovo-binomio-antitetico/05-2/>).

Norvegia: alcuni lavori comportano un certo grado di rischio. Una persona su cinque è esposta a un ambiente lavorativo interno inadeguato per la maggior parte dell'orario di lavoro. Esiste un'organizzazione di interesse chiamata Norwegian Society of Ergonomics e risorse umane che lavorano per la diffusione dei giusti principi di ergonomia sul posto di lavoro. I principi ergonomici sono enunciati nella legge norvegese sull'ambiente di lavoro (*The Norwegian Labour Inspection Authority (Arbeidstilsynet)*, ottobre 2017);

Romania. No Elevators Day (Giornata senza Ascensori) è un'iniziativa paneuropea che fa parte della campagna NowWeMOVE avviata da ISCA. Essa aveva due obiettivi principali:

- Concentrare l'attenzione del pubblico sull'importanza dell'attività fisica per la salute e il benessere

- Dimostrare quanto sia facile per i cittadini essere attivi nonostante i loro impegni quotidiani. L'ISCA e i suoi partner locali hanno invitato i cittadini e diverse organizzazioni, istituzioni ed aziende a limitare l'accesso ad alcuni ascensori e scale mobili nei loro locali ed incoraggiare i propri dipendenti o colleghi ad usare le scale. La Giornata europea senza ascensori è un'iniziativa a lungo termine mirata a tutta l'UE, in particolare, alle istituzioni, alle organizzazioni e alle imprese di ciascun paese e finalizzata a generare pubblicità positiva sui benefici dell'attività fisica quotidiana.

La promozione della salute è sotto la responsabilità del **Ministero della Salute della Romania** attraverso i Dipartimenti di Promozione della Salute delle autorità sanitarie provinciali. Il Centro per la Promozione e l'Educazione alla Salute è stato fondato nel 1992. È l'organismo di sistema per la promozione della salute, che coordina l'attività dei dipartimenti delle Autorità Sanitarie locali. Dopo il 2006, questo centro è diventato un dipartimento della "National School of

Public Health and Management” di Bucarest. Ha prodotto strategie per la promozione della salute e l'educazione alla salute derivate da studi specifici sulla salute della popolazione. Sviluppa programmi di formazione medica continua e campagne di educazione per la popolazione.

Nel 2004, la **Romania** ha lanciato la Strategia Nazionale per la Salute Pubblica in conformità ai principi della Salute per Tutti nel 21° secolo (WHO 1998). Gli ambiti prioritari sono le malattie trasmissibili e non trasmissibili, La salute mentale e i servizi di prevenzione. Oggi, nel nostro paese, c'è una vasta gamma di organizzazioni non governative che sviluppano attività di promozione della salute in diverse aree bisognose (abuso di alcol e droghe, malattie trasmesse sessualmente, contraccezione).

Prevenzione dell'obesità dell'adulto e dell'infanzia

Gli interventi di prevenzione dell'obesità negli adulti includono la promozione di cambiamenti nello stile di vita, l'adozione di diete più sane e una maggiore attività fisica. Tuttavia, i cambiamenti nelle abitudini alimentari e l'aumento dell'attività fisica sono molto difficili per la maggior parte delle persone, sebbene siano raggiungibili attraverso il sostegno della comunità o una forte motivazione. Ad esempio è stato stimato che, anche con una modifica della dieta e dello stile di vita, circa l'80% dei pazienti altamente motivati non è in grado di raggiungere la perdita di peso nel lungo termine.

Circa il 60% della popolazione mondiale non fa un allenamento sufficiente. Ciò è dovuto principalmente al trasporto meccanizzato e alla tecnologia per risparmiare lavoro a casa. Ad esempio, sia nei bambini che negli adulti esiste un'associazione tra le ore giornaliere di visione della TV e il rischio di obesità.

Molti interventi sulla popolazione per prevenire l'obesità infantile sono stati realizzati in ambito scolastico. Una strategia comunemente utilizzata è vietare i distributori automatici che erogano snack e bevande zuccherate, riducendo al contempo le calorie nei pasti scolastici e aumentando l'attività fisica dei bambini.

La legislazione seguente riguarda la fornitura di cibo e bevande nelle scuole in Romania con impatto sugli operatori della distribuzione (Legge n.123 / 2008 e Ordinanza n. 1563/2008). I prodotti vietati sono i seguenti: alimenti contenenti zucchero superiore a 15 g per ogni 100 g di prodotto eccetto frutta e verdura; alimenti contenenti grassi superiori a 20 g per ogni 100 g di prodotto così composti: grassi saturi superiori a 5 g / 100 g di prodotto, acidi grassi superiori a 1 g / 100 g di prodotto; alimenti con contenuto di sale superiore a 1,5 g / 100 g di prodotto e di sodio 0,6 / 100 g di prodotto; bevande analcoliche ad eccezione dell'acqua potabile imbottigliata o acqua minerale in bottiglia; alimenti con contenuto calorico superiore a 300 kcal per pezzo in vendita; prodotti non imballati eccetto banane e arance; cibi senza etichetta.

Alle scuole in **Romania** è stata bandita la vendita di cibo spazzatura tra cui patatine, dolci e biscotti, già dal 2008. Il divieto imposto dal governo mira a promuovere uno stile di vita più sano per i giovani. Nella lista degli spuntini vietati ci sono: salatini, noci salate, croccantini, patatine, dolci, hamburger e pizza. Il ministero dell'istruzione ha dichiarato che anche gli alimenti con troppo sale o zucchero sono stati vietati. Molte scuole rumene hanno chioschi che vendono cibo agli studenti. Ora dovranno vendere frutta e acqua in bottiglia.

Strategia Nazionale: il Programma di Azione Nazionale per la Salute e l'Ambiente è stato adottato nel 1998 e comprendeva azioni su fattori ambientali (ad esempio acqua, radioprotezione, responsabilità sociale ecc.), ma anche su nutrizione e sicurezza alimentare [2, 53]. Una Strategia Nazionale sulla Sanità Pubblica è stata adottata nel 2004 e comprende la promozione della salute e i servizi medici di prevenzione.

Programmi Nazionali: dal 1998, ventisette programmi di sanità sono stati attuati a livello nazionale. Uno di questi è il Programma Nazionale per l'Educazione alla Salute e la Promozione della Salute. Tutti i programmi includono una componente di promozione della salute e di educazione alla salute e sono finanziati dal Ministero della Salute. Consistono in campagne annuali e azioni di promozione della salute. Nel 2008 era in vigore un precedente programma, chiamato "Programma Nazionale sulla Promozione della Salute", che includeva la Strategia Nazionale per la Promozione della Salute.

La Società Scientifica de Nutrizionisti della **Romania** ha sviluppato nel 2006 una "Guida alla dieta salutare". E' un documento completo che fornisce sia una panoramica sull'alimentazione sana per la popolazione rumena che raccomandazioni specifiche pratiche per le diverse fasce d'età.

La Televisione Rumena ha organizzato una petizione per introdurre corsi di nutrizione nelle scuole. La campagna TVR è contro l'obesità infantile e porta l'attenzione anche sul rovescio della medaglia: suggerimenti sbagliati, miti alimentari o diete apparentemente miracolose. All'interno di questa campagna, TVR News intervista specialisti aventi una vasta gamma di competenze: medici, psicoterapeuti, fisioterapisti, insegnanti, antropologi, specialisti di gastronomia ed esperti del mercato del lavoro. Sono state raccolte circa 7.000 firme ad oggi.

5.5 Aziende sanitarie pubbliche, ospedali

Aziende sanitarie pubbliche, ospedali - progetti sullo SVS, dati statistici pubblicati

In **Italia** Le Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.) promuovono e sostengono tutte le iniziative orientate alla diffusione delle informazioni sullo SVS. Ci sono A.S.L. locali e regionali (una per ogni città / comune). Ogni agenzia sviluppa stretti rapporti con le scuole e gli uffici pubblici locali al fine di promuovere lo SVS attraverso campagne informative specifiche. Un esempio sono le azioni dell'ASL della città di Taranto (https://www.sanita.puglia.it/web/asl-taranto/news-in-archivio_det/-/journal_content/56/36057/insieme-per-la-salute). Le A.S.L. Organizzano campagne formative e informative nei principali luoghi di incontro della città (centri commerciali, piazze, ecc.). Il Ministero della Sanità Pubblica promuove le informazioni di SVS sul proprio sito web <http://www.salute.gov.it/portale/home.html> . Inoltre, ci sono pubblicazioni periodiche sui diversi temi di SVS, sul consumo di alcol, sulla dieta, sulle linee guida di mense pubbliche, ecc., che sono pubblicamente disponibili per i cittadini (http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2.jsp?lingua=Italiano&area=stiliVita&btnCerca=). Inoltre, anche l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) pubblica periodicamente importanti ricerche sugli SVS. Attraverso l'analisi statistica di dati basati su indagini a livello nazionale, sono riportate statistiche generali con un elevato livello di dettaglio sulla popolazione e sulla loro salute, sulla qualità della vita e sullo stato nutrizionale (<https://www.istat.it/it/archivio/14562>). Un altro progetto molto importante è "Okkio alla Salute": si tratta di una strategia di sorveglianza nazionale

sull'obesità infantile. Il progetto consente di raccogliere dati e statistiche sul problema e di promuovere abitudini sane nelle scuole, negli ospedali e nelle famiglie (<http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>).

Gli snack bar delle unità del Servizio Sanitario Nazionale **Portoghese** smetteranno di vendere prodotti dannosi per la salute come torte, cibi salati, salumi e panini con salse.

A partire dal 30 giugno 2018, nei bar e negli ospedali pubblici sarà vietato vendere prodotti alimentari dannosi per la salute. Secondo l'ordine del Governo, firmato dall'Assistente Segretario di Stato e della Sanità, i contratti devono prevedere che per la concessione di spazi per la gestione di bar, coffee shop e buffet non si può contemplare anche la pubblicità o la somministrazione di bevande analcoliche o pasti veloci. Tra i prodotti vietati ci sono i cibi salati come polpette, crocchette, pastellati di merluzzo, dolci come la crema pasticcera, le torte alla crema, i cornetti e i krapfen. Le regole per i nuovi contratti stabiliscono anche che non è possibile vendere biscotti con contenuto di grassi e zuccheri superiori a 20 g per 100 g di prodotto, cialde di cioccolato o creme farcite con biscotti al burro o al cioccolato.

Inoltre, includono anche un elenco di bibite gassate, bevande energetiche, dolci e snack dolci o salati, come patatine o popcorn. In alternativa, il comunicato suggerisce alimenti come latte, yogurt, succhi di frutta, insalate, zuppe o formaggi. L'acqua potabile è anche disponibile gratuitamente. Le nuove regole sono destinate alle istituzioni del Ministero della Sanità, siano esse l'amministrazione diretta o indiretta dello Stato, o i servizi pubblici e gli enti che forniscono assistenza sanitaria che fanno parte del SSN. Nella legge, si stabilisce che queste istituzioni hanno tempo fino al 30 giugno 2018 per adattarsi alla nuova realtà, se ciò non implica il pagamento di danni o altre sanzioni, per rivedere i contratti esistenti (<https://dre.pt/application/file/a/114414905>).

6. Esperienza dello SVS nel contesto sociale: pubblicità sociale, prodotti alimentari (biologici) salutari

Publicità sociale nel Paese – che tipo di informazione viene trasmessa. Prodotti alimentari salutari – la scelta o le opportunità messe a disposizione dei consumatori, i prezzi rispetto ad altri prodotti, la politica del Paese

La pubblicità sociale in **Italia** ha sempre promosso un'alimentazione sana. "Mangia bene" è stata una campagna di grande successo nel 2015 (<http://www.salute.gov.it/portale/expo2015/dettaglioCampagneExpo2015.jsp?id=96>). La sana alimentazione rappresentava il focus di questa campagna. Il grande successo di questa campagna è stato il forte legame con Expo 2015. L'esposizione mondiale ospitata dall'**Italia**, a Milano, ed interamente dedicata al cibo, infatti, è stata una grande opportunità per lanciare dall'**Italia**, agli **Italiani** ma anche al resto del mondo, messaggi pubblici sull'alimentazione sana. Inoltre, in quell'occasione, la "Carta di Milano" è stata un passo fondamentale per promuovere un'alimentazione sana, una produzione alimentare sostenibile e il diritto all'accesso a cibi sani. Inoltre, negli ultimi anni, sempre più messaggi pubblicitari commerciali e sociali si sono concentrati sull'alimentazione sana.

D'altra parte, sta emergendo un fenomeno parallelo di pubblicità sociale. I forti investimenti dell'industria del "cibo spazzatura" nella pubblicità sociale, spingono i consumatori, soprattutto i minori, verso direzioni opposte rispetto alla sana alimentazione. La pubblicità dei videogiochi, i contenuti virali e le strategie di "guerrilla marketing" contengono spesso informazioni sul cibo spazzatura piuttosto che sul cibo sano. Questi contenuti non sono vietati in **Italia**.

Prodotti alimentari salutari - la scelta o la gamma di opportunità a disposizione dei consumatori, i prezzi rispetto ad altri prodotti, la politica del Paese.

Le politiche nazionali a favore di un'alimentazione sana sono numerose. La principale strategia a livello nazionale, in **Italia**, riguarda l'etichettatura degli alimenti. I produttori, infatti, sono costretti a indicare il contenuto nutrizionale del cibo nell'etichetta. Mentre questo è comune per il cibo confezionato, non lo è per il cibo preparato nei ristoranti e nei negozi d'asporto. Tuttavia, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) Italiano, come conseguenza di Expo 2015, ha indotto i produttori di cibo spazzatura a indicare il numero di chilocalorie sulle etichette. Sfortunatamente, non ci sono politiche di prezzo per il cibo non salutare o una tassa sul grasso.

Norvegia: l'obiettivo principale della pubblicità sociale riguarda prodotti correlati a salute e benessere, elettronica e giocattoli. In **Norvegia** sono vietati gli annunci pubblicitari di alcol e tabacco. E c'è una limitazione sugli annunci pubblicitari rivolti ai bambini.

Nella primavera del 2017, l'Ombudsman dei consumatori e l'Autorità dei media in **Norvegia** hanno lanciato nuove linee guida per la pubblicità relativa all'etichettatura nei social media. Questo andrà a regolare molto bene l'attività pubblicitaria. C'è un forte legame tra le ore di utilizzo della TV ed altri dispositivi di intrattenimento domestico e l'adiposità nei bambini e nei giovani. Secondo l'OMS, dati recenti suggeriscono che i bambini diventano obesi non solo perché guardano la TV invece di essere attivi, ma anche perché sono esposti a pubblicità di prodotti alimentari e ad altre strategie di marketing. Il progetto di ricerca **TEMPEST**, finanziato dal VII Programma Quadro per

la Ricerca e lo Sviluppo Tecnologico (7PQ) suggerisce che l'uso da parte degli adolescenti di strategie di autoregolamentazione si compone di pratiche alimentari e delle norme di genitori e coetanei, della cultura alimentare della famiglia e della esposizione alla pubblicità relativa al cibo.

L'industria alimentare ha già avviato una serie di iniziative volontarie per limitare il marketing di cibo meno sano per i bambini e i giovani come parte dell'EU62 Pledge. Ad esempio, la World Federation of Advertisers ha sviluppato una "Libro Bianco sui Criteri Nutrizionali". Questo Libro Bianco stabilisce le soglie per la pubblicità di prodotti alimentari destinati a bambini di età inferiore ai 12 anni. Dati i continui sviluppi nel settore della pubblicità, questo impegno ed altri impegni in questo settore dovrebbero continuare a essere aggiornati e rafforzati. Questi sforzi per limitare il marketing e la pubblicità rivolta a bambini e giovani dovrebbero includere non solo la TV, ma tutti gli elementi del marketing, inclusi gli ambienti nei negozi, le azioni promozionali, la presenza su Internet e le attività sui social media.

L'industria della pubblicità in **Romania** è simile a quella internazionale. Sebbene la complessità e la innovatività del mercato pubblicitario locale non sia all'altezza dei mercati di altri paesi (Stati Uniti o Europa occidentale), nel caso di educazione dei consumatori, c'è un'apertura della pubblicità, sia metodologica che strumentale.

Gli annunci pubblicitari sono diventati più diversificati e non insistono solamente sulle qualità del prodotto che generano piacere (gusto, aroma, sensazione, consistenza, odore), ma sottolineano gli effetti positivi, dal punto di vista della salute e del benessere, che questi alimenti possono dare (senza additivi e conservanti, uso di ingredienti naturali, vitamine e minerali vari o il fatto che siano dietetici). Il segmento del mercato di riferimento di questo tipo di pubblicità è costituito prevalentemente dalle donne, che sono più attente a ciò che mangiano, ma soprattutto a quello che danno ai loro figli.

Il consumo di alimenti biologici genera solo il 2% del mercato alimentare totale, sebbene il consumo di questi prodotti stia crescendo lentamente (Commissione Europea 2011). Il consumo di prodotti biologici non è importante solo per la salute, ma anche per l'agricoltura biologica che utilizza le risorse in modo più efficiente. Tale trend promuove lo sviluppo rurale e l'occupazione. Il consumo di prodotti biologici ha benefici economici e politici a breve termine e a lungo termine. Per formare la cultura del consumatore verso una diversa alimentazione serve il giusto tempo. Ad esempio per orientare al consumo maggiore di prodotti biologici è necessario, in primo luogo, analizzare i fattori che formano la cultura del consumo questi. Quando la domanda è incoraggiata, anche l'offerta potrebbe essere aumentata, ecco perché è importante per le organizzazioni trovare i fattori che influenzano la cultura del consumo di alimenti biologici, in modo che possano aumentare le vendite dei loro prodotti. I risultati di una ricerca condotta in **Lituania** mostrano che la cultura dei consumatori di prodotti biologici è influenzata da due fattori: i valori dei consumatori e predisposizione ad acquisire nuove abitudini.

Il sondaggio "Consumo di prodotti alimentari biologici e relative fonti di informazione in **Lituania**" mostra che la maggior parte degli intervistati (90%), per lo più donne (54%), ha risposto di consumare prodotti biologici più o meno frequentemente. La maggior parte di tali prodotti è stata consumata dalle famiglie aventi un reddito di oltre 900 LTL (Litas lituano) a membro. Gli

intervistati sarebbero più incoraggiati a consumare prodotti alimentari biologici attraverso una varietà dell'offerta, una più ampia rete di negozi e maggiori informazioni sui prodotti biologici nei luoghi in cui vengono venduti. Alcuni degli intervistati hanno ricevuto informazioni principalmente dalla cerchia di amici stretti, conoscenti e familiari. In secondo luogo l'orientamento alla scelta del biologico è derivata dalle informazioni fornite sulle etichette e in terzo luogo dalla televisione nazionale e commerciale. I consumatori hanno bisogno di molte più informazioni sulle condizioni di produzione degli alimenti, sui luoghi di vendita, sulla loro composizione.

Il Progetto Portoghese "Healthy Hyper Movement"

Attraverso questo progetto sono stati resi disponibili vari contenuti educativi e supporti informativi, basati su otto "Impegni":

- Fai colazione tutti i giorni
- Mangia 5 porzioni di frutta o verdura al giorno
- Non stare più di 3 ore e mezza senza mangiare
- Leggi sempre le etichette dei prodotti acquistati
- Fai esercizio fisico 3 volte a settimana
- Mantieni il corpo sempre idratato
- Pianifica i pasti settimanalmente
- Consuma alimenti con meno sale, grassi e zuccheri.

La Direzione Generale Sanitaria, attraverso la Divisione Piattaforma dell'Obesità, ha contribuito all'impegno "Leggi sempre le etichette dei prodotti acquistati", che è stato trasmesso dalla televisione nazionale.

7. Conclusioni

1. Uno stile di vita salutare è un modo di vivere quotidiano che rafforza e migliora le capacità di riserva del corpo, aiuta le persone a rimanere in buona salute, a salvare o persino a migliorare la loro salute.

2. Una attenta analisi e comparazione delle fonti scientifiche chiarisce che uno stile di vita salutare è un concetto con molte variabili che include i seguenti elementi principali: nutrizione, allattamento al seno, attività fisica, consumo di tabacco, consumo di alcol e altre sostanze psicoattive, uso di farmaci, modalità di lavoro e riposo (sonno), comportamento sessuale, stress e capacità di superarlo, abitudini igieniche, controlli sanitari preventivi, comportamenti di ogni tipo che possano influire sulla salute (es. abitudini di guida, cinture di sicurezza in auto ecc.).

3. Lo stato di obesità o il sovrappeso è definito principalmente dall'indice di massa corporea (IMC), che è ottenuto dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in metri.

4. Tra gli Stati Membri dell'UE, nel 2014 la percentuale più bassa di obesità tra la popolazione di età pari o superiore a 18 anni è stata registrata in **Romania** (9,4%) e in **Italia** (10,7%), davanti a Paesi Bassi (13,3%), Belgio e Svezia (entrambi il 14,0%). All'estremo opposto della scala, l'obesità riguardava più di 1 adulto su 4 a Malta (26,0%), e circa 1 su 5 in Lettonia (21,3%), **Norvegia** (24%), Ungheria (21,2%), Estonia (20,4 %) e nel Regno Unito (20,1%). Il livello di obesità in **Portogallo** e **Lituania** è vicino alla media dell'UE. Seguendo i risultati delle indagini nazionali e regionali, l'azione più importante per accrescere l'adozione di uno stile di vita sano, in particolare per i bambini e gli anziani, è l'aumento dell'attività fisica. Per tradizione i norvegesi fanno molta attività all'aria aperta e molto sport. Sebbene le attività sportive svolgano un ruolo importante nello sviluppo dei bambini, recenti studi dimostrano che i rumeni praticano meno sport, così come i loro figli. Solo il 36% dei giovani (dai 15 ai 21 anni), il 27% degli adulti e il 22% degli anziani (dai 65 agli 84 anni) svolge attività fisica in **Portogallo**, in conformità alle attuali raccomandazioni per la salute dell'OMS sull'attività fisica. In **Italia** il 23,5% dei bambini di 8-9 anni non dedica più di un giorno alla settimana a giochi di movimento attivi e il 33,8% non più di un giorno di attività fisica strutturata (allenamento, sport ecc.). La strategia nazionale di lunga durata orientata all'attività fisica finalizzata alla salute è essenziale per promuovere l'attività fisica, la salute e la qualità della vita a livello nazionale. La molteplicità di possibilità nell'attività fisica favorirebbe l'attività per lo stile di vita anziché l'adorazione dell'immagine corporea e migliorerebbe il benessere psicofisico della popolazione. L'obesità dei bambini lituani è determinata da due fattori: alimentazione non appropriata e mancanza di attività fisica. In **Portogallo**, come in altri paesi sviluppati, le principali cause di mortalità e morbidità sono le malattie legate all'alimentazione. L'obesità è uno dei più gravi problemi di salute pubblica nell'Unione Europea, nel ventunesimo secolo. Il **Portogallo** è uno dei paesi in cui il sovrappeso e l'obesità sono aumentati considerevolmente negli ultimi decenni. Sebbene il tasso di obesità tra gli adulti in **Portogallo** sia relativamente basso rispetto ad altri paesi dell'OCSE, la percentuale di bambini e ragazze portoghesi con un eccesso di peso supera quella della maggioranza dei paesi OCSE.

5. Lo stile di vita familiare ha un impatto molto grande sull'obesità dei bambini. Il rischio di avere figli sovrappeso e obesi aumenta quando almeno uno dei genitori è in sovrappeso. Questa è una conferma dell'importante ruolo del modello genitoriale nello sviluppo di stili di vita scorretti da parte dei bambini e degli adolescenti. La famiglia è il primo ambiente in cui devono essere condotti stili di vita sani. D'altra parte, l'ambiente familiare dà un'impronta primaria degli stili di vita negativi. Ad esempio l'uso eccessivo di TV, PC, tablet e videogiochi, il consumo di alcol nel contesto familiare, hanno un'influenza negativa diretta sul comportamento e sulle abitudini delle generazioni più giovani, promuovendo stili di vita sedentari e riducendo il tempo settimanale dedicato alle attività all'aperto.

6. Possibilità per le famiglie. L'assistenza sanitaria di base è fornita da medici di famiglia, internisti e pediatri in tutti i paesi partner. La Società Italiana di Pediatria offre materiali specifici per le famiglie e la prevenzione dell'obesità, così come vari progetti per l'aggiornamento delle competenze mediche e infermieristiche nel quadro della prevenzione dell'obesità familiare, organizza corsi specifici per la formazione terapeutica per l'obesità per la famiglia. Ogni anno in **Italia** si organizza l' "Obesity day". Anche il servizio sociale Norvegese dispone di terapisti per le famiglie che normalmente possono entrare come consulenti nelle famiglie che hanno problemi diversi, di salute ma anche comportamentali e socioeconomici.

7. Modelli di educazione familiare. Di solito non uno ma tutti i membri della famiglia hanno problemi di obesità a causa di uno stile di vita non salutare e un'alimentazione inappropriata. I bambini sono liberi di comprare nei punti vendita della scuola cibo non salutare. È per questo che l'educazione familiare gioca un ruolo molto importante nella prevenzione dell'obesità dei bambini.

8. Formazione sullo stile di vita sano nelle scuole. Nelle scuole lituane lavorano specialisti dell'assistenza sanitaria pubblica o infermieri di comunità che hanno completato il programma speciale di educazione alla salute per le scuole. Nelle scuole norvegesi, ci sono solo due tipi di professionisti che lavorano sullo SVS: infermieri e insegnanti di educazione fisica.

9. L'atteggiamento personale e le norme soggettive sono il fondamento dell'insegnamento dello SVS nel sistema **Italiano**. L'atteggiamento personale si riferisce alla motivazione interiore. Le norme soggettive si riferiscono alla percezione che un individuo ha delle aspettative degli altri. Esempi di buone pratiche:

- il progetto Pedibus (è un'iniziativa che stimola gli alunni ad andare a scuola a piedi);
- Frutta a scuola (attività specifiche per conoscere meglio la frutta, per esplorare l'importanza della frutta nella nutrizione personale e nella vita di tutti i giorni);
- "Mangio sano a scuola"- i bambini imparano a mangiare in modo sano durante le pause a scuola;
- è stato sviluppato l'originale intervento di educazione nutrizionale "Le Sane Tradizioni per Bambini Sani";
- il kit educativo 'The Granny's Health Bag' promuove le sane abitudini, utilizzando messaggi originali basati sulla cultura locale;

- il programma nazionale "Milk and Croissant" mira a fornire una scelta alimentare sana a tutti gli studenti offrendo loro a scuola ogni giorno, a pranzo, una bottiglietta di latte / yogurt e un croissant / bagel (ciambella di pane);

- The School Fruit Scheme - Questo programma mira ad aumentare il consumo di frutta e verdura a scuola per incoraggiare abitudini alimentari più sane, nel contesto della diminuzione del consumo di frutta e verdura fresca e dell'incremento dell'incidenza dell'obesità infantile.

10. Formazione sullo stile di vita sano nelle Università. Si promuove la partecipazione degli studenti a vari eventi che promuovono uno stile di vita sano, ad es. alla partita di pallavolo per la festa della donna, alla lezione di yoga e gestione dello stress, all'evento della Giornata Mondiale della Salute, ecc. In **Italia**, lo stile di vita sano è spesso associato alla dieta Mediterranea. L'enfasi principale sullo SVS nell'insegnamento rivolto a insegnanti ed infermieri è: cibo e benessere; attività fisica e benessere. Non abbastanza attenzione è dedicata alle norme soggettive, al comportamento familiare e al ruolo sinergico degli amici di famiglia e delle persone di riferimento. I professionisti della salute e dell'istruzione del **Portogallo** devono sviluppare competenze in grado di migliorare le conoscenze e promuovere abitudini più salutari nelle famiglie. Il Programma Nazionale per la Promozione dell'Alimentazione Sana (PNPAS), istituito nel 2012, mira a migliorare lo stato nutrizionale della popolazione e a promuovere la sua salute, attraverso un insieme coordinato e trasversale di azioni volte a garantire ed incoraggiare la disponibilità e l'accesso a specifici tipi di cibo. La percentuale della spesa totale destinata alle attività di prevenzione in **Portogallo** (1,8%) è quasi la metà di quella sostenuta in media dai 27 paesi dell'OCSE (2,8%).

11. I luoghi di lavoro moderni sono diventati sempre più obesogenici a causa della natura mutevole del lavoro. Esempi di buone pratiche:

- No Elevators Day (Giornata senza Ascensori);
- organizzazione di gruppi sportivi;
- utilizzo di biciclette da parte dei lavoratori sul territorio;
- cibo sano nelle mense;
- salute regolare, pressione sanguigna, colesterolo e controllo della glicemia;
- contributo finanziario per i costi dell'attività fisica esterna, come ad es. una quota associativa per un club sportivo o ricreativo;
- organizzazione di eventi sportivi;
- incoraggiare i dipendenti a non usare l'ascensore ma ad usare le scale;
- supporto ed informazioni riservati su alcol e droghe;
- distribuzione di informazioni su un'alimentazione sana e consigli tramite esempi concreti (ad es., fare attenzione che il personale a mensa consumi alimenti salutari e dedichi il tempo sufficiente per mangiare).

12. La pubblicità sociale svolge un ruolo molto importante nella prevenzione dell'obesità. C'è un forte legame tra la TV e l'esposizione allo schermo e l'adiposità nei bambini e nei giovani. Secondo l'OMS, dati recenti suggeriscono che i bambini diventano obesi non solo perché guardano la TV invece di essere attivi, ma anche perché sono esposti a pubblicità di prodotti alimentari e ad altre strategie di marketing. La strategia principale nell'UE riguarda le strategie di etichettatura nutrizionale. "Mangia bene" - Pubblicità sociale in **Italia**. D'altra parte la pubblicità dei videogiochi, i contenuti virali e le strategie di "guerrilla marketing" contengono spesso informazioni sul cibo spazzatura piuttosto che sul cibo sano. Questi contenuti non sono vietati nei Paesi partner.

Riferimenti bibliografici

1. “Research on the peculiarities of students’ nutrition“ L. Samsonienė, V. Zimnicka
2. Andrius Norkus “Healthy lifestyle in Lithuanian Student population: Educational diagnostic approach”
3. D. Dučinskienė, R. Kalėdienė, J. Petrauskienė “Quality of life among Lithuanian University students”
4. http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/150EN.pdf
5. <http://internalmedicine.imedpub.com/eating-habits-and-influential-factors-for-mothers-andchildren-in-Romania.pdf>
6. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1942602X12460891>
7. http://rjp.com.ro/articles/2016.1/Pedia_Nr-1_2016_Art-10-en.pdf
8. <http://ro.sodexo.com/en/home/media/noutati/newsListArea/noutati/programul-national-de-sanatate-p.html>
9. http://stiri.tvr.ro/semneaza-peti-ia-pentru-introducerea-orelor-de-nutri-ie-in-coli-lupta-alaturi-de-televiziunea-romana-impotriva-obezita-ii-infantile_818489_comentarii.html#view
10. <http://worldschool2017.com/wp-content/uploads/2017/09/Research-Booklet-ROMANIA.pdf>
11. <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/dati2016.asp>
12. <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso.asp>
13. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/EpidItalia.asp>
14. <http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-lithuania>
15. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/288122/ROMANIA-Physical-Activity-Factsheet.pdf?ua
16. <http://www.express.co.uk/news/world/62081/Romanian-schools-ban-junk-food>
17. <http://www.fao.org/3/a-as693o.pdf>
18. [http://www.jneb.org/article/S1499-4046\(14\)00284-X/pdf](http://www.jneb.org/article/S1499-4046(14)00284-X/pdf)
19. <http://www.salute.gov.it/portale/quaderni/sfogliabili/29/mobile/index.html>
20. http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP1_introduction.pdf
21. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3cDhFcm9vazFOS2s/view>
22. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3cGFWWWZkZUVnaU0/view>
23. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3dzNOUDQ4NGVacGs/view>
24. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3eFJQQWFrZFZFbms/view>
25. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3MXIIdlJqOXR3MGM/view>
26. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3MzM4eG5uQTdhM28/view>
27. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3QW5meUNnS2RxM0k/view>
28. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3R3I4SE1fMkNHAVU/view>
29. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3TjJJYmVaYVpzeGs/view>
30. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3Yzl0NWVLZ3dMaDA/view>
31. <https://osp.stat.gov.lt/informaciniai-pranesimai?eventId=93819>
32. https://perspectives.eiu.com/sites/default/files/ConfrontingobesityinCEE_0.pdf
33. <https://www.childcareexchange.com/library/5018916.pdf>
34. [https://www.fhi.no/nettpub/hin/;](https://www.fhi.no/nettpub/hin/)
35. <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2013/537451/abs/>
36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235199/>
37. https://www.researchgate.net/publication/275542431_Initiation_and_Development_of_the_First_Undergraduate_Degree_Program_Nutrition_and_Dietetics_in_Romania
38. <https://www.Romania-insider.com/over-40-of-Romanian-children-dont-do-any-sports/>
39. https://www.unicef.org/Romania/health_nutrition_hiv_aids_1614.html

40. INRAN 2003 “Linee guida per un’asana alimentazione Italiana (Ministry of agriculture and Forestry, National Institute for Food and Nutrition).

41. IPASVI 2017. L'alimentazione come stile di vita per una buona salute - Federazione IPASVI

42. Standard Italiani per la Cura dell’Obesità S.I.O. / A.D.I. 2012 / 2013 (Italian Society for Obesity – Italian Association for Dietistic and clinical nutrition).

43. Guidelines for the prevention of obesity at the workplace:
http://www.enwhp.org/uploads/media/GPOW_Guidelines_short_version.pdf

44. <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/conteudo.aspx?menuid=469&exmenuid=436&SelMenuId=469>

45. http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/AccaoSocialEscolar/reg_ce_657_2008.pdf

46. [https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-](https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF_%20Relato%CC%81rio%20Resultados_v1.5.pdf)
[AF_%20Relato%CC%81rio%20Resultados_v1.5.pdf](https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF_%20Relato%CC%81rio%20Resultados_v1.5.pdf)

47. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/atividade-fisica.aspx>

48. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>