



COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE

Bruxelles, 08.12.2005
COM(2005) 637 definitivo

LIBRO VERDE

“Promuovere le diete sane e l’attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche”

INDICE

I.	Situazione attuale a livello europeo	3
II.	Salute e benessere	4
III.	La procedura di consultazione	5
IV.	Strutture e strumenti a livello comunitario.....	6
IV.1.	Piattaforma d'azione europea per l'alimentazione, l'attività fisica e la salute	6
IV.2.	Rete europea sull'alimentazione e l'attività fisica	6
IV.3.	La salute nelle politiche dell'UE.....	6
IV.4.	Il programma d'azione per la sanità pubblica.....	7
IV.5.	Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA).....	8
V.	Settori in cui agire	8
V.1.	Informazione dei consumatori, pubblicità e marketing.....	8
V.2.	Educazione dei consumatori	9
V.3.	Concentrare l'attenzione sui bambini e sui giovani	9
V.4.	Disponibilità di alimenti, attività fisica ed educazione sanitaria sul luogo di lavoro	10
V.5.	Inserire nella prassi dei servizi sanitari la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità	10
V.6.	Affrontare l'ambiente obesogenico.....	11
V.7.	Disparità socioeconomiche	11
V.8.	Promuovere una strategia integrata e globale per la promozione dell'alimentazione sana e dell'attività fisica.....	12
V.9.	Raccomandazioni sull'assunzione di nutrienti e sull'elaborazione di linee direttrici per un'alimentazione sana.....	12
V.10.	Cooperazione con paesi non appartenenti all'Unione europea.....	13
V.11.	Altre questioni.....	14
VI.	Prossime tappe	14
	Allegato 1: Cifre e tabelle	15
	Allegato 2: Relazione tra dieta, attività fisica e salute	19
	Allegato 3: Riferimenti.....	22

LIBRO VERDE

“Promuovere le diete sane e l’attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche”

I. SITUAZIONE ATTUALE A LIVELLO EUROPEO

- I.1. L’alimentazione scorretta e la mancanza di attività fisica sono le cause principali di malattie evitabili e di decessi prematuri in Europa; la crescente prevalenza dell’obesità in tutta l’Europa è uno dei maggiori problemi di sanità pubblica (*cfr. allegato 2 per le informazioni di base*).
- I.2. Il Consiglio ha invitato la Commissione a contribuire a promuovere stili di vita sani⁽ⁱ⁾ e ad elaborare strategie per migliorare le abitudini alimentari nell’Unione europea, se necessario presentando proposte a tal fine². Il Consiglio si è anche rivolto agli Stati membri e alla Commissione affinché progettino e attuino iniziative volte a promuovere le diete sane e l’attività fisica³.
- I.3. La Comunità ha chiare competenze in tale settore: l’articolo 152 del trattato CE stabilisce che nella definizione e nell’attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità sia garantito un livello elevato di protezione della salute umana. Vari settori della politica comunitaria riguardano l’alimentazione e l’attività fisica ed il Consiglio ha sottolineato la necessità di inserire tematiche riguardanti l’alimentazione e l’attività fisica nelle pertinenti politiche a livello europeo⁴.
- I.4. L’attività svolta a livello nazionale può essere positivamente completata a livello comunitario. Senza limitare la portata delle iniziative avviate dagli Stati membri, l’attività comunitaria può avvalersi di sinergie e di economie di scala, agevolare l’azione a livello europeo, unire le risorse, diffondere le prassi ottimali e quindi contribuire all’impatto globale delle iniziative degli Stati membri
- I.5. Il Consiglio ha fatto notare che il carattere multicausale dell’obesità diffusa richiede un approccio multilaterale⁵, come ad esempio la Piattaforma d’azione europea per l’alimentazione, l’attività fisica e la salute (*cfr. sezione IV.1*) e un intervento a livello locale, regionale, nazionale ed europeo⁶. Il Consiglio ha anche apprezzato l’intenzione della Commissione di diffondere il presente Libro verde e di trasmettere, per il 2006, i risultati della consultazione pubblica avviata con il Libro verde⁷.
- I.6. Il Comitato economico e sociale europeo ha rilevato che l’azione a livello comunitario può rendere più efficaci le iniziative delle autorità nazionali, del settore privato e delle ONG.⁸
- I.7. Vari Stati membri stanno già attuando strategie nazionali o programmi d’azione nel settore dell’alimentazione, dell’attività fisica e della salute⁹. L’azione comunitaria può sostenere e completare tali attività, promuoverne il coordinamento ed aiutare ad

⁽ⁱ⁾ I riferimenti sono raggruppati nell’allegato 3 alla fine del presente documento

identificare e diffondere le prassi ottimali, affinché tutti i paesi possano beneficiare delle esperienze acquisite.

II. SALUTE E BENESSERE

II.1. A prescindere dalla sofferenza umana che l'obesità provoca, le conseguenze economiche di tale fenomeno in costante aumento sono particolarmente significative. Secondo le stime nell'Unione europea circa il 7% dei costi sanitari¹⁰ può essere attribuito all'obesità e tale percentuale, viste le tendenze al rialzo del fenomeno, è inevitabilmente destinata ad aumentare in futuro. Pur non essendo disponibili dati dettagliati per tutti i paesi dell'UE, vari studi sottolineano che il costo economico dell'obesità è piuttosto elevato: secondo una relazione elaborata nel 2001 dal National audit office del Regno Unito, solo in Inghilterra l'obesità era causa di 18 milioni di giorni di malattia e 30 000 decessi prematuri, corrispondenti a costi sanitari diretti annui di almeno 500 milioni di GBP. Il costo economico nel senso più ampio, ovvero inclusa la perdita di produttività e di risultati, ammonta secondo le stime ad altri 2 miliardi di GBP l'anno¹¹. La relazione del 2004 del "Chief medical Officer" del Regno Unito sull'impatto dell'attività fisica sullo stato di salute indicava una stima del costo dell'inattività fisica pari a 8,2 miliardi di GBP l'anno (inclusi sia i costi sanitari che quelli economici in senso ampio, quali la perdita di giorni lavorativi)¹². In Irlanda i costi diretti per il trattamento dell'obesità ammontavano secondo le stime a circa 70 milioni di euro nel 2002¹³. Negli Stati Uniti il CDC (Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie) ha stimato i costi sanitari collegabili all'obesità a 75 miliardi di dollari¹⁴. A livello individuale, secondo alcuni studi l'adulto medio obeso negli Stati Uniti sostiene ogni anno spese mediche superiori del 37% rispetto alla media delle spese sostenute da una persona di peso normale¹⁵. Tali costi diretti non tengono conto della riduzione di produttività dovuta alla disabilità e ai decessi prematuri.

II.2. Un'analisi effettuata dall'Istituto svedese per la sanità pubblica conclude che nell'UE il 4,5% dei DALY (disability-adjusted lifeyears – anni di vita persi) viene perduto a causa di un'alimentazione scorretta, con un ulteriore 3,7% dovuto all'obesità ed un 1,4% dovuto alla mancanza di attività fisica, in totale 9,6% rispetto al 9% attribuibile al fumo¹⁶.

II.3. Una recente relazione dell'Istituto neerlandese per la salute pubblica e l'ambiente (RIVM) ha esaminato la composizione di una dieta non equilibrata e gli svantaggi in termini di salute. Una delle conclusioni sottolinea che un'assunzione eccessiva di grassi del tipo "errato", quali quelli saturi e acidi trans, aumenta la probabilità di sviluppare malattie cardiovascolari del 25%, mentre mangiando pesce una o due volte la settimana tale rischio si riduce del 25%. Nei Paesi Bassi ogni anno 38 000 casi di malattie cardiovascolari tra gli adulti di età superiore ai 20 anni possono essere attribuiti ad un'alimentazione non equilibrata¹⁷.

II.4. Affrontare il problema del sovrappeso e dell'obesità non solo è importante nell'ambito della salute pubblica, ma consente anche di ridurre i costi a lungo termine per il sistema sanitario e di stabilizzare le economie permettendo ai cittadini di essere produttivi fino a tarda età. Il presente Libro verde servirà a stabilire se, completando le attività degli Stati membri, un intervento a livello comunitario può contribuire a ridurre i rischi

sanitari, contenere le spese sanitarie e migliorare la competitività delle economie degli Stati membri.

III. LA PROCEDURA DI CONSULTAZIONE

III.1. Come annunciato dalla comunicazione “Migliorare la salute, la sicurezza e la fiducia dei cittadini: una strategia in materia di salute e di tutela dei consumatori”¹⁸, la Commissione sta elaborando una serie di strategie comunitarie per affrontare i principali fattori che determinano lo stato di salute, inclusi l'alimentazione e l'obesità. In tale contesto il presente Libro verde intende avviare un'ampia consultazione ed un dibattito approfondito, ai quali partecipino le istituzioni comunitarie, gli Stati membri e la società civile, al fine di identificare i possibili contributi a livello comunitario alla promozione dell'alimentazione sana e dell'attività fisica.

III.2. La Commissione invita tutte le organizzazioni interessate a presentare osservazioni sulle tematiche proposte dal presente Libro verde entro il 15 marzo 2006, inviandole all'indirizzo seguente (preferibilmente per email):

Commissione europea

Direzione generale per la Salute e la tutela dei consumatori

Unità C4 – Fattori determinanti per la salute

E-mail: SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int

Indirizzo postale: L-2920 Lussemburgo

Fax: (+ 352) 4301.34975

Le osservazioni non devono essere di natura scientifica, ma concreta e contenere proposte politiche fondate su fatti reali, principalmente a livello comunitario. Attendiamo soprattutto contributi degli operatori economici su tematiche interne al loro ambito d'interesse specifico (ad es. pubblicità e marketing, etichettatura...).

III.3. In mancanza di dichiarazioni specifiche dei rispondenti, la Commissione presume che essi acconsentano alla pubblicazione totale o parziale delle loro osservazioni sul sito web della Commissione o in relazioni che analizzano i risultati del processo di consultazione¹⁹.

III.4. Considerata la natura multifattoriale delle patologie connesse ad abitudini alimentari scorrette e alla mancanza di attività fisica nonché la necessità di proposte multisettoriali per affrontarle, il presente Libro verde comprende talune tematiche che rientrano principalmente nella sfera di competenza degli Stati membri (ad es. istruzione, urbanistica); esso dovrebbe anche contribuire ad individuare i settori nei quali l'UE potrebbe comunque fornire valore aggiunto, ad es. sostenendo la creazione di reti e lo scambio di prassi ottimali.

IV. STRUTTURE E STRUMENTI A LIVELLO COMUNITARIO

IV.1. Piattaforma d'azione europea per l'alimentazione, l'attività fisica e la salute

IV.1.1. Nel marzo 2005 è stata avviata la piattaforma d'azione europea per l'alimentazione, l'attività fisica e la salute al fine di istituire un forum d'azione comune. La piattaforma riunisce tutte le parti interessate a livello europeo ad assumere impegni vincolanti e verificabili, volti a contrastare e rovesciare le tendenze attuali al sovrappeso e all'obesità. L'obiettivo della piattaforma consiste nel riunire tutte le iniziative volontarie intraprese nell'UE dalle aziende, dalla società civile e dal settore pubblico. Tra i membri della piattaforma vi sono i principali rappresentanti a livello comunitario delle industrie alimentari, della distribuzione, del catering e pubblicitarie, delle organizzazioni di consumatori e di ONG per la tutela della salute.

IV.1.2. La piattaforma intende fornire un esempio di azione coordinata ma autonoma di varie parti della società. Essa è strutturata in modo da promuovere altre iniziative a livello nazionale, regionale o locale e da cooperare con forum analoghi a livello nazionale. La piattaforma consente anche di creare un input per integrare le osservazioni in un'ampia serie di politiche comunitarie. La Commissione considera la piattaforma uno degli strumenti più promettenti di intervento non legislativo, poiché consente di instaurare un clima di fiducia tra le principali parti in causa. I primi risultati ottenuti sono incoraggianti. Si registra un forte coinvolgimento di altre politiche comunitarie, i membri della piattaforma stanno progettando impegni di maggiore portata per il 2006 ed una riunione congiunta con i corrispondenti negli Stati Uniti contribuirà allo scambio di prassi ottimali. I Ministri dello sport hanno inoltre confermato la loro offerta di sostegno alla piattaforma. La prima valutazione dei risultati della piattaforma sarà effettuata verso la metà del 2006²⁰.

IV.2. Rete europea sull'alimentazione e l'attività fisica

IV.2.1. Nel 2003 i servizi della Commissione hanno istituito una rete sull'alimentazione e l'attività fisica composta da esperti nominati dagli Stati membri, dall'OMS e dalle ONG di tutela dei consumatori e della salute; compito di tale rete è fornire consulenza alla Commissione sull'elaborazione delle attività comunitarie volte a migliorare le abitudini alimentari, a ridurre e prevenire le patologie legate all'alimentazione, a promuovere l'attività fisica e a lottare contro il sovrappeso e l'obesità. La rete parteciperà assiduamente all'analisi del feedback al presente Libro verde.

IV.3. La salute nelle politiche dell'UE

IV.3.1. Prevenire il sovrappeso e l'obesità richiede un approccio integrato di promozione della salute, che riunisca incentivi a stili di vita sani, azioni di lotta alle disparità sociali ed economiche, considerazione del contesto fisico e l'impegno a perseguire obiettivi sanitari tramite altre politiche comunitarie. Un approccio di questo tipo coinvolge una serie di ambiti politici comunitari (ad es. agricoltura, pesca, istruzione, sport, tutela dei consumatori, imprese, ricerca, aspetti sociali, mercato interno, ambiente e audiovisivo) e ne richiede un sostegno attivo.

IV.3.2. A livello della Commissione è in funzione una serie di meccanismi volti a garantire che gli aspetti sanitari siano presi in considerazione in altre politiche comunitarie:

- per le principali proposte politiche di altri servizi della Commissione viene consultata sistematicamente la Direzione generale salute e tutela dei consumatori;
- all'interno del gruppo interservizi sulla salute tutti i servizi interessati della Commissione discutono di tematiche sanitarie;
- la procedura di valutazione dell'impatto istituita dalla Commissione come strumento per migliorare la qualità e la coerenza del processo di sviluppo politico, comprende la valutazione degli impatti sulla salute.

Fra le tematiche sulle quali la Commissione invita a presentare osservazioni ricordiamo le seguenti:

- **in che modo le politiche comunitarie dovrebbero eventualmente contribuire concretamente alla promozione di un'alimentazione sana e dell'attività fisica nonché alla creazione di ambienti che rendano più semplici le scelte salutari?**
- **Quale tipo di provvedimenti nazionali o comunitari può contribuire a migliorare l'attrattività, la disponibilità, l'accessibilità e la convenienza di frutta e ortaggi?**
- **In quali settori connessi all'alimentazione, all'attività fisica, al comportamento dei consumatori e all'elaborazione di strumenti di analisi degli scompensi connessi all'alimentazione è necessaria maggiore ricerca?**

IV.4. Il programma d'azione per la sanità pubblica

- IV.4.1. L'importanza dell'alimentazione, dell'attività fisica e dell'obesità si rispecchia nel programma d'azione per la sanità pubblica²¹ e nei suoi programmi di lavoro annuali. Nell'ambito dell'informazione sanitaria il programma sostiene le attività destinate a rilevare dati più validi ed accurati sull'epidemiologia dell'obesità e su questioni comportamentali²². Per il programma si sta compilando una serie comparabile di indicatori per lo stato di salute, anche nel settore dell'assunzione tramite alimentazione, dell'attività fisica e dell'obesità.
- IV.4.2. Nell'ambito dei fattori che determinano lo stato di salute il programma sostiene progetti paneuropei volti a promuovere le abitudini alimentari sane e l'attività fisica, anche tramite approcci multisettoriali ed integrativi, che contribuiscano ad integrare gli aspetti relativi allo stile di vita, le considerazioni ambientali e socioeconomiche e che individuino i più importanti gruppi target e l'organizzazione più efficace, senza dimenticare di collegare fra loro le varie attività riguardanti i fattori determinanti lo stato di salute²³.
- IV.4.3. La proposta della Commissione di un nuovo programma per la tutela della salute e dei consumatori²⁴ è risolutamente incentrata sulla promozione e sulla prevenzione, includendo gli aspetti dell'alimentazione e dell'attività fisica, e prevede un nuovo campo d'azione relativo alla prevenzione di patologie specifiche.

Fra le tematiche sulle quali la Commissione invita a presentare osservazioni ricordiamo le seguenti:

- **come può essere migliorata la disponibilità e la comparabilità dei dati sull'obesità, soprattutto al fine di stabilire con precisione la distribuzione geografica e socioeconomica di tale fenomeno?**
- **In che modo il programma può contribuire a rendere i responsabili delle decisioni, i professionisti del settore sanitario, i mass media ed il grande pubblico più consapevoli del fatto che abitudini alimentari sane e attività fisica costituiscono un elevato potenziale di riduzione dei rischi di patologie croniche?**
- **Quali sono i canali di diffusione più adeguati per i dati di fatto esistenti?**

IV.5. Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA)

IV.5.1. L'Autorità europea per la sicurezza alimentare può contribuire notevolmente a sostenere le azioni proposte sull'alimentazione (ad es. sulle raccomandazioni di assunzione di nutrienti oppure su strategie di comunicazione per i professionisti del settore sanitario, operatori della catena alimentare e grande pubblico sull'impatto dell'alimentazione sulla salute) tramite consulenza e assistenza scientifica (*per il ruolo dell'EFSA nell'elaborazione di linee direttrici sull'alimentazione si veda la seguente parte V.9*).

V. SETTORI IN CUI AGIRE

V.1. Informazione dei consumatori, pubblicità e marketing

V.1.1. La politica dei consumatori intende fornire al pubblico informazioni che consentano di effettuare scelte alimentari oculate. In tale contesto le informazioni sul contenuto nutritivo dei prodotti costituiscono un elemento importante: fornendo ai consumatori informazioni coerenti sul contenuto nutritivo degli alimenti ed educandoli in modo opportuno si consente loro di effettuare scelte alimentari informate. A tal fine la Commissione ha presentato una proposta di regolamento per l'armonizzazione delle norme relative alle indicazioni nutrizionali e sulla salute fornite sui prodotti alimentari²⁵. Essa tiene conto del principio di creare profili di nutrienti, al fine di vietare che per prodotti alimentari a contenuto elevato di determinati nutrienti (quali sale, grassi, grassi saturi e zuccheri) vengano formulate indicazioni relative al loro valore nutritivo o a benefici per la salute. La Commissione sta anche prendendo in considerazione la possibilità di modificare le regole attuali sull'etichettatura dei generi alimentari.

V.1.2. Nell'ambito della pubblicità e del marketing è necessario garantire che i consumatori non siano fuorviati e che soprattutto non venga sfruttata la credulità e la mancanza di senso critico dei consumatori più vulnerabili, e in particolare dei bambini nei confronti dei media. Questo riguarda soprattutto la pubblicità per prodotti alimentari ricchi di grassi, sale e zuccheri, quali merendine ad alto contenuto calorico e bevande analcoliche zuccherate, nonché la commercializzazione di tali prodotti nelle scuole²⁶. L'autoregolamentazione dell'industria potrebbe essere lo strumento più opportuno in tale ambito, poiché presenta una serie di vantaggi rispetto alla regolamentazione in

temrini di rapidità e flessibilità. Tuttavia, se l'autoregolamentazione non dovesse fornire risultati soddisfacenti, sarebbe necessario prendere in considerazione altre opzioni.

Fra le tematiche sulle quali la Commissione invita a presentare osservazioni ricordiamo le seguenti:

- **quando si forniscono informazioni nutrizionali al consumatore, quali sono i principali nutrienti e le principali categorie di prodotti da prendere in considerazione e perché?**
- **Che tipo di istruzione mette i consumatori in grado di capire interamente le informazioni fornite dalle etichette dei prodotti alimentari e chi la deve fornire?**
- **I codici volontari (“autoregolamentazione”) sono uno strumento adeguato per limitare la pubblicità ed il marketing di alimenti ad alto contenuto calorico e a scarso contenuto di micronutrienti? Quali alternative potrebbero essere prese in considerazione se l'autoregolamentazione non dovesse raggiungere gli obiettivi stabiliti?**
- **Come definire, attuare e monitorare l'efficacia dell'autoregolamentazione? Quali provvedimenti vanno adottati per garantire che la credulità ed il carente spirito critico dei consumatori più vulnerabili nei confronti dei mass media non siano sfruttati dalla pubblicità, dal marketing e dalla promozione?**

V.2. Educazione dei consumatori

V.2.1. Informare di più il pubblico sulla relazione tra alimentazione e salute, assunzione e dispendio di calorie, sulle diete che riducono il rischio di patologie croniche e sulle scelte salutari di prodotti alimentari è la base di ogni politica alimentare di successo, sia essa comunitaria o nazionale. Vanno elaborati messaggi coerenti, semplici e chiari, da diffondere tramite vari canali e nelle forme più appropriate a seconda della cultura locale, dell'età e del genere. L'educazione dei consumatori contribuirà anche ad aumentare le loro conoscenze relative ai mezzi di informazione e li metterà in grado di capire meglio le etichette nutrizionali.

Fra le tematiche sulle quali la Commissione invita a presentare osservazioni, al fine di indentificare le prassi ottimali, ricordiamo le seguenti:

- **qual è il modo migliore per rendere i consumatori capaci di effettuare scelte informate e di agire con efficacia?**
- **Quali contributi possono fornire le partnership tra pubblico e privato nell'ambito dell'educazione dei consumatori?**
- **Per quanto riguarda l'alimentazione e l'attività fisica, quali dovrebbero essere i messaggi più importanti da trasmettere ai consumatori, come e da chi dovrebbero essere inoltrati?**

V.3. Concentrare l'attenzione sui bambini e sui giovani

V.3.1. Durante l'infanzia e l'adolescenza vengono effettuate importanti scelte riguardanti lo stile di vita, che determinano i rischi sanitari in età adulta; per tale motivo è indispensabile indirizzare i bambini verso comportamenti sani. Le scuole sono un punto chiave negli interventi di promozione della salute e possono contribuire alla

tutela della salute dei bambini incentivando l'alimentazione sana e l'attività fisica. Vi sono prove sempre più evidenti del fatto che un'alimentazione sana migliora anche la capacità di concentrazione e di apprendimento. Inoltre le scuole hanno la potenzialità di incoraggiare i bambini a svolgere attività fisica giornaliera²⁷. Al livello adeguato potrebbero essere presi in considerazione gli opportuni provvedimenti.

- V.3.2. Per evitare che i bambini siano esposti a messaggi contrastanti, le attività di educazione alimentare dei genitori e della scuola devono essere sostenute da comportamenti analoghi dei mass media, dei servizi sanitari, della società civile e dei settori pertinenti dell'industria (modelli di comportamento positivo...) *(per quanto riguarda il marketing nei confronti dei bambini rinviamo alla parte V.1).*

Fra le tematiche sulle quali la Commissione invita a presentare osservazioni al fine di identificare le prassi ottimali ricordiamo le seguenti:

- **individuare esempi positivi per migliorare il valore nutritivo dei pasti serviti a scuola e possibilità di informare i genitori su come migliorare il valore nutritivo dei pasti serviti a casa.**
- **Individuare le prassi ottimali di svolgimento regolare di attività fisica nelle scuole.**
- **Individuare le prassi ottimali di promozione delle scelte alimentari sane a scuola, soprattutto per quanto riguarda il consumo eccessivo di merendine ad alto contenuto calorico e di bevande non alcoliche zuccherate.**
- **Stabilire in che modo i mass media, i servizi sanitari, la società civile ed i settori pertinenti dell'industria possono sostenere le attività di educazione alla salute svolte dalle scuole e che ruolo può svolgere la cooperazione tra settore pubblico e privato in tale contesto.**

V.4. Disponibilità di alimenti, attività fisica ed educazione sanitaria sul luogo di lavoro

- V.4.1. Il luogo di lavoro possiede un'elevata potenzialità di promozione dell'alimentazione sana e dell'attività fisica. Le mense che offrono alimenti sani e i datori di lavoro che promuovono un contesto lavorativo che faciliti lo svolgimento di attività fisica (ad es. mettendo a disposizione spogliatoi e docce) possono contribuire in modo decisivo alla promozione della salute sul luogo di lavoro.

Fra le tematiche sulle quali la Commissione invita a presentare osservazioni al fine di identificare le prassi ottimali ricordiamo le seguenti:

- **come possono i datori di lavoro offrire una selezione di alimenti sani nelle mense aziendali e come possono migliorare il valore nutritivo dei pasti ivi serviti?**
- **Quali provvedimenti possono agevolare e promuovere lo svolgimento di attività fisica durante le pause e durante il tragitto da e verso il luogo di lavoro?**

V.5. Inserire nella prassi dei servizi sanitari la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità

- V.5.1. I servizi sanitari ed i professionisti che vi operano hanno enormi possibilità di migliorare la comprensione da parte dei pazienti delle relazioni che intercorrono tra

alimentazione, attività fisica e salute, nonché di indurre i necessari cambiamenti nello stile di vita. I pazienti potrebbero essere incentivati ad effettuare tali cambiamenti se, nei contatti di routine, gli operatori sanitari dispensassero consigli pratici a loro e alle loro famiglie sui vantaggi di un'alimentazione ottimale e di maggiore attività fisica. Sarebbe opportuno anche prendere in considerazione le possibilità di trattamento dell'obesità²⁸.

Fra le tematiche sulle quali la Commissione invita a presentare osservazioni ricordiamo le seguenti:

- **quali sono e a che livello si situano i provvedimenti necessari a garantire una maggiore integrazione nei servizi sanitari delle iniziative volte a promuovere l'alimentazione sana e l'attività fisica?**

V.6. Affrontare l'ambiente obesogenico

V.6.1. L'attività fisica può essere inserita nella routine giornaliera (ad es. andare a scuola o al lavoro a piedi o in bicicletta anziché con mezzi di trasporto a motore). Le politiche dei trasporti e dell'urbanistica possono intervenire affinché camminare, andare in bicicletta e svolgere altre forme di esercizio fisico sia semplice e sicuro e possono prendere in considerazione modi di trasporto non motorizzato. Fornire piste ciclabili e pedonali sicure verso le scuole potrebbe essere uno strumento di lotta alla preoccupante tendenza al sovrappeso e all'obesità nei bambini.

Fra le tematiche sulle quali la Commissione invita a presentare osservazioni ricordiamo le seguenti:

- **quali sono i possibili contributi politici all'inserimento dell'attività fisica nelle routine giornaliere?**
- **Quali provvedimenti sono necessari per promuovere la creazione di ambienti propizi allo svolgimento di attività fisica?**

V.7. Disparità socioeconomiche

V.7.1. Le scelte alimentari sono determinate sia dalle preferenze individuali che da fattori socioeconomici²⁹. La posizione sociale, il reddito e l'istruzione sono fattori decisivi per le scelte alimentari e l'atteggiamento nei confronti dell'attività fisica. Alcuni quartieri non incoraggiano lo svolgimento di attività fisica e non dispongono di strutture ricreative: tali situazioni colpiscono maggiormente le persone svantaggiate, dato che spesso esse non possono permettersi di usare mezzi di trasporto o non possono accedervi. Inoltre un grado d'istruzione inferiore ed un accesso più limitato alle informazioni pertinenti riducono la capacità di effettuare scelte informate.

Fra le tematiche sulle quali la Commissione invita a presentare osservazioni ricordiamo le seguenti:

- **quali sono e a che livello sono situate le misure che potrebbero promuovere l'alimentazione sana e l'attività fisica presso i gruppi e le famiglie di determinate categorie socioeconomiche e consentire loro di adottare stili di vita più sani?**
- **Come affrontare il problema dell'”accumulo di abitudini poco sane”, spesso riscontrato presso determinati gruppi socioeconomici?**

V.8. Promuovere una strategia integrata e globale per la promozione dell'alimentazione sana e dell'attività fisica

V.8.1. Una strategia coerente e completa, che renda le scelte salutari disponibili, accessibili e invitanti prende in considerazione l'inserimento delle tematiche relative all'alimentazione e all'attività fisica in tutte le politiche pertinenti a livello locale, regionale, nazionale ed europeo, la creazione del necessario contesto di sostegno, l'elaborazione e l'applicazione di strumenti adeguati a valutare l'impatto delle altre politiche sulla salute alimentare e l'attività fisica³⁰.

V.8.2. La prevalenza di situazioni croniche connesse all'alimentazione e all'attività fisica può variare notevolmente tra uomini e donne, gruppi di età e strati socioeconomici. Inoltre le abitudini alimentari, così come l'esercizio dell'attività fisica, sono spesso dipendenti dalle tradizioni locali e regionali. Per tale motivo le strategie volte a promuovere abitudini alimentari sane e attività fisica devono tenere conto delle differenze di genere, socioeconomiche e culturali e mirare ad un'applicazione durante tutto l'arco della vita.

Fra le tematiche sulle quali la Commissione invita a presentare osservazioni ricordiamo le seguenti:

- **quali sono gli elementi più importanti di una strategia integrata e globale per la promozione dell'alimentazione sana e dell'attività fisica?**
- **Quale ruolo va svolto a livello nazionale e a livello comunitario?**

V.9. Raccomandazioni sull'assunzione di nutrienti e sull'elaborazione di linee direttrici per un'alimentazione sana

V.9.1 La relazione dell'OMS/FAO³¹ fornisce raccomandazioni generali in merito all'assunzione di nutrienti e agli obiettivi relativi all'attività fisica rispetto alla prevenzione delle principali patologie non trasmissibili.

V.9.2. Il progetto Eurodiet³² ha proposto obiettivi quantificati a livello di popolazione per l'assunzione di nutrienti e sottolinea la necessità di tradurli in linee guida basate sull'alimentazione (FBDGs). Le FBDGs devono basarsi su modelli alimentari consueti e tenere conto dei fattori socioeconomici e culturali.

V.9.3. La Commissione ha chiesto all'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA) di aggiornare i consigli sulle calorie, i macronutrienti e le fibre alimentari. Di

conseguenza l'EFSA fornirà consulenza anche in merito all'assunzione di riferimento per la popolazione di micronutrienti tramite l'alimentazione, e all'occorrenza di altre sostanze essenziali aventi effetto nutritivo o fisiologico nel contesto di una dieta equilibrata. Inoltre l'EFSA fornirà consulenza sulla traduzione dei consigli alimentari basati sui nutrienti in una guida sui contributi forniti dai vari alimenti ad una dieta che aiuti a mantenere la salute alimentandosi in modo ottimale.

Fra le tematiche sulle quali la Commissione invita a presentare osservazioni ricordiamo le seguenti:

- **in che modo le linee guida basate sull'alimentazione a livello europeo possono tenere conto delle varie abitudini alimentari regionali e nazionali nonché delle diverse caratteristiche sociali e culturali?**
- **Come superare le differenze tra gli obiettivi nutrizionali proposti e i modelli attuali di consumo?**
- **Come possono essere trasmesse ai consumatori le linee guida basate sull'alimentazione?**
- **In che modo i sistemi di valutazione del profilo nutritivo, come quello elaborato di recente nel Regno Unito, possono contribuire a realizzare tali cambiamenti³³?**

V.10. Cooperazione con paesi non appartenenti all'Unione europea

V.10.1. Attualmente a livello internazionale si sta riflettendo sul coinvolgimento globale del Codex Alimentarius³⁴ nel settore dell'alimentazione. Conformemente alla richiesta formulata dall'OMS nella strategia globale sulla dieta, l'attività fisica e la salute, l'UE sostiene l'opinione secondo la quale sarebbe opportuno considerare le modalità di integrazione delle tematiche nutrizionali nell'attività del Codex, mantenendone comunque il mandato attuale.

V.10.2. L'alimentazione, la dieta e l'attività fisica dovrebbero essere oggetto di assidua cooperazione tra chi stabilisce le norme e le parti in causa nell'UE e in altri paesi in cui si registrano aumenti del fenomeno del sovrappeso e dell'obesità³⁵.

Fra le tematiche sulle quali la Commissione invita a presentare osservazioni ricordiamo le seguenti:

- a quali condizioni, ed eventualmente con quali strumenti la Comunità dovrebbe adoperarsi nello scambio di esperienze e nell'identificare le prassi ottimali tra l'UE e i paesi che non ne fanno parte?

V.11. Altre questioni

Fra le tematiche sulle quali la Commissione invita a presentare osservazioni ricordiamo le seguenti:

- ci sono questioni non affrontate dal presente Libro verde, ma che dovrebbero essere prese in considerazione esaminando la dimensione europea per la promozione dell'alimentazione sana, dell'attività fisica e della salute?
- Quali fra le questioni affrontate dal presente Libro verde dovrebbero essere considerate prioritarie e quali meno impellenti?

VI. PROSSIME TAPPE

VI.1. I servizi della Commissione esamineranno accuratamente tutti i contributi ricevuti in risposta al processo di consultazione avviato dal presente Libro verde. Entro giugno 2006 dovrebbe essere pubblicata sul sito web della Commissione una relazione che riassume le osservazioni inviate.

VI.2. Alla luce dei risultati del processo di consultazione la Commissione avvierà una riflessione sul seguito più opportuno da riservare a tali attività ed esaminerà i provvedimenti eventualmente da proporre nonché gli strumenti per attuarli. Le valutazioni dell'impatto saranno effettuate nel modo più adeguato, a seconda del tipo di strumento prescelto.

ANNEX 1

Figures

and Tables

Table 1		
Prevalence estimates of diabetes mellitus		
	estimate 2003	estimate 2025
Country	prevalence (%)	prevalence (%)
Austria	9.6	11.9
Belgium	4.2	5.2
Cyprus	5.1	6.3
Czech Republic	9.5	11.7
Denmark	6.9	8.3
Estonia	9.7	11.0
Finland	7.2	10.0
France	6.2	7.3
Germany	10.2	11.9
Greece	6.1	7.3
Hungary	9.7	11.2
Ireland	3.4	4.1
Italy	6.6	7.9
Latvia	9.9	11.1
Lithuania	9.4	10.8
Luxembourg	3.8	4.4
Malta	9.2	11.6
Netherlands	3.7	5.1
Poland	9.0	11.0
Portugal	7.8	9.5
Slovakia	8.7	10.7
Slovenia	9.6	12.0
Spain	9.9	10.1
Sweden	7.3	8.6
United Kingdom	3.9	4.7
<i>source: Diabetes Atlas, 2nd edition, International Diabetes Foundation 2003</i>		

Fig. 2: Deaths in 2000 attributable to selected risk factors (European region)
(source: World Health Report 2002)

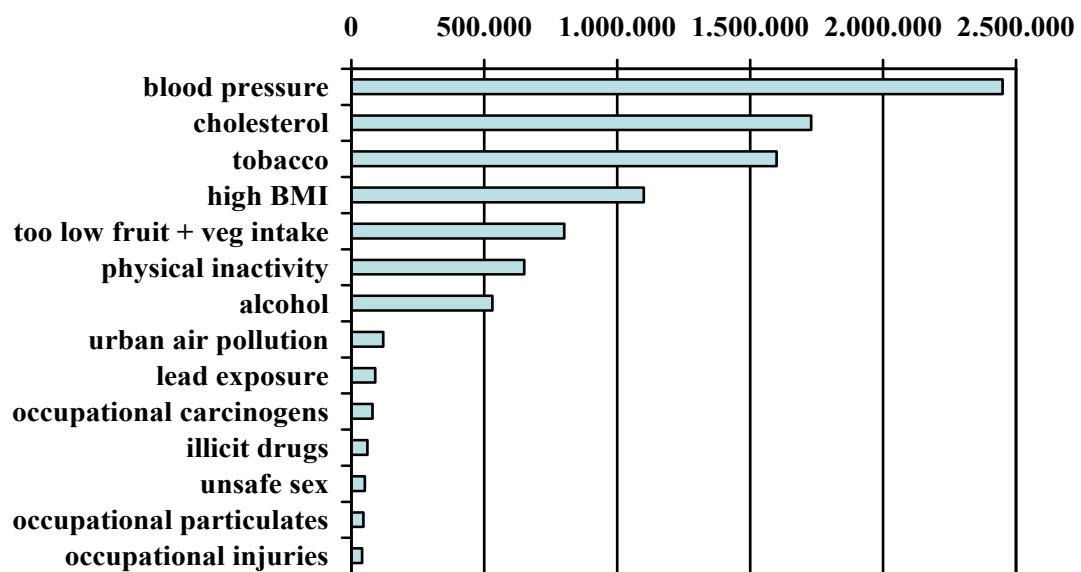


Table 2 - Overweight and obesity among adults in the European Union							
		Males			Females		
Country	Year of Data Collection	%BMI ¹ 25-29.9	%BMI≥30	%Com-bined BMI ≥25	%BMI 25-29.9	%BMI ≥30	%Combined BMI≥25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000	46	26.6	72.6	34.3	23.7	58
Czech Republic	1997/8	48.5	24.7	73.2	31.4	26.2	57.6
Denmark	1992	39.7	12.5	52.2	26	11.3	37.3
England ²	2003	43.2	22.2	65.4	32.6	23.	55.6
Estonia (<i>self reported</i>)	1994-8	35.5	9.9	45.4	26.9	15.3	42.2
Finland	1997	48	19.8	67.8	33	19.4	52.4
France (<i>self reported</i>)	2003	37.4	11.4	48.8	23.7	11.3	35
Germany	2002	52.9	22.5	75.4	35.6	23.3	58.9
Greece	1994-8	51.1	27.5	78.6	36.6	38.1	74.7
Hungary	1992-4	41.9	21	62.9	27.9	21.2	49.1
Ireland	1997-99	46.3	20.1	66.4	32.5	15.9	48.4
Italy (<i>self reported</i>)	1999	41	9.5	50.5	25.7	9.9	35.6
Latvia	1997	41	9.5	50.5	33	17.4	50.4
Lithuania	1997	41.9	11.4	53.3	32.7	18.3	51
Luxembourg		45.6	15.3	60.9	30.7	13.9	44.6
Malta	1984	46	22	68	32	35	67
Netherlands	1998-2002	43.5	10.4	53.9	28.5	10.1	38.6

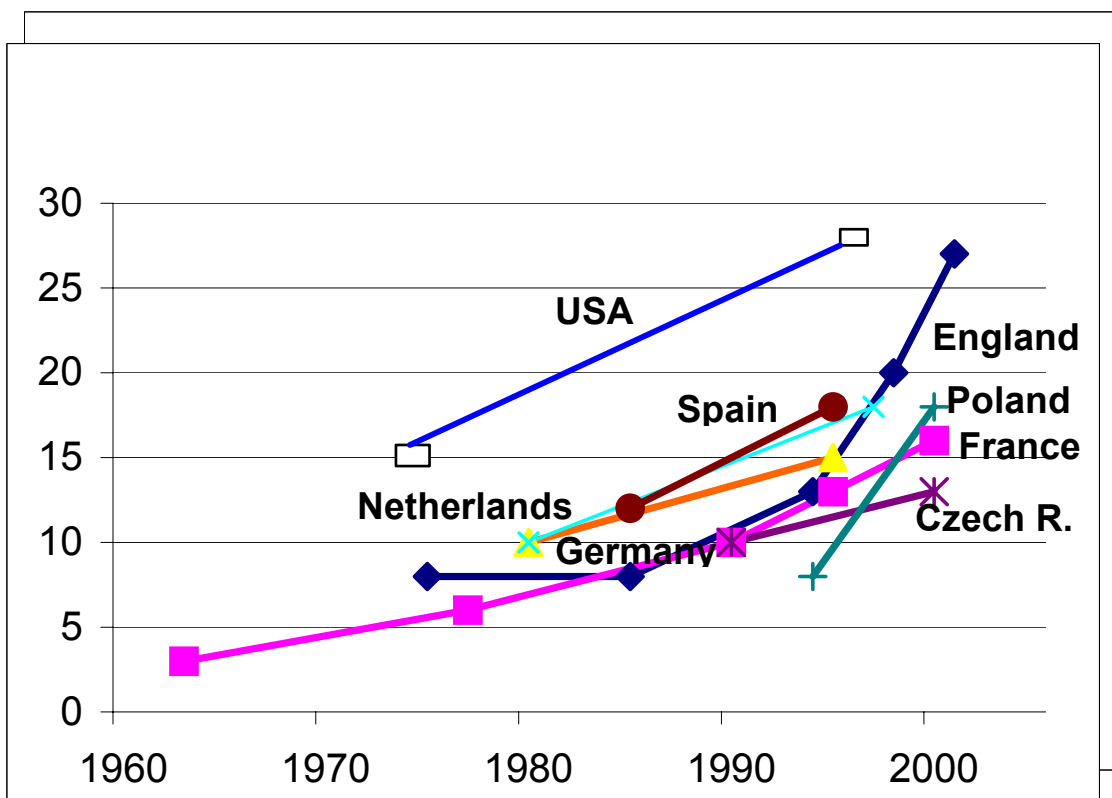
¹ BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

² Data from Health Survey for England, which does not include data for Scotland, Wales and Northern Ireland

Poland (self report)	1996	n/a	10.3	n/a	n/a	12.4	n/a
Portugal (urban)	Published 2003	n/a	13.9	n/a	n/a	26.1	n/a
Slovakia	1992-9	49.7	19.3	69	32.1	18.9	51
Slovenia (self reported)	2001	50	16.5	66.5	30.9	13.8	44.7
Spain	1990-4	47.4	11.5	58.9	31.6	15.3	46.9
Sweden (adjusted)	1996-7	41.2	10	51.2	29.8	11.9	41.7

Age range and year of data in surveys may differ. With the limited data available, prevalences are not standardised. Self reported surveys may underestimate true prevalence. Sources and references are from the IOTF database (© International Obesity Task Force, London – March 2005)

Fig. 2: Rising prevalence of overweight in children aged 5-11 (source: IOTF)



ANNEX 2 - Relationship between diet, physical activity and health

1. The relationship between diet, physical activity and health has been scientifically established, in particular regarding the role of lifestyles as determinants of chronic non-communicable diseases and conditions such as obesity, heart disease, type 2 diabetes, hypertension, cancer and osteoporosis³⁶.
2. Particularly alarming is the increase in the prevalence of **diabetes** (*cf table 1, Annex 1*). Type-2-diabetes, which accounts for over 90% of diabetes cases worldwide, is related to obesity, a sedentary lifestyle and diets high in fat and saturated fatty acids. Both prevention and treatment of type-2 diabetes need to focus on lifestyle changes (weight loss, physical activity, diets low in fat and saturated fatty acids)³⁷.
3. **Cardiovascular diseases** (CVD) are together with cancer the most important causes of death and disease in Europe. Stopping smoking, increasing physical activity levels and adopting healthier diets are the most important factors in the primary prevention of CVD. The key recommendations for CVD prevention are maintenance of normal body weight, moderate physical activity of 30 minutes or more every day and avoidance of excess consumption of saturated fatty acids and salt.
4. Dietary factors are estimated to account for approximately 30% of all **cancers** in industrialized countries³⁸, making diet second only to tobacco as a theoretically preventable cause of cancer. Consumption of adequate amounts of fruits and vegetables, and physical activity, appear to be protective against certain cancers. Body weight and physical inactivity together are estimated to account for approximately one-fifth to one-third of several of the most common cancers³⁹.
5. **Osteoporosis** is a disease in which the density of bones is reduced, increasing the risk of fracture. Around the world, it affects one in three women and one in five men over the age of fifty. Although genetic factors will determine whether an individual is at heightened risk of osteoporosis, lifestyle factors can influence the acquisition of bone mass in youth and the rate of bone loss later in life. The joint WHO/FAO expert consultation⁴⁰ concludes that dietary and lifestyle recommendations developed for the prevention of other chronic diseases may prove helpful to reduce osteoporosis risk.
6. The *World Health Report 2002*⁴¹ describes in detail how a few **major risk factors** account for a significant proportion of all deaths and diseases in most countries (*cf figure 1, Annex 1*). Six out of the seven most important risk factors for premature death (blood pressure, cholesterol, Body Mass Index, inadequate fruit and vegetable intake, physical inactivity, excessive alcohol consumption) relate to diet and physical activity (the odd one out being tobacco). Unhealthy diets and lack of physical activity are therefore the leading causes of avoidable illness and premature death in Europe.
7. The **underlying determinants** of the risk factors for the major chronic diseases portrayed above are largely the same. Dietary risk factors include shifts in the diet structure towards diets with a higher energy density (calories per gramme) and with a greater role for fat and added sugars in foods; increased saturated fat intake (mostly from animal sources) and excess intake of hydrogenated fats; reduced intakes of complex carbohydrates and dietary fibre; reduced fruit and vegetable intakes; and increasing portion sizes of food items. Other important lifestyle-related risk factors, apart from smoking and excessive alcohol consumption, include reduced levels of

physical activity. Of particular concern is the increasingly unhealthy diet and physical inactivity of adolescents and children.

8. As relatively few risk factors cause the majority of the chronic disease burden, the related morbidity and mortality is to a great extent preventable. It is estimated that up to 80% of cases of coronary heart disease, 90% of type 2 diabetes cases, and one-third of cancers can theoretically be avoided if the whole population followed current guidelines on diet, alcohol, physical activity and smoking. Addressing lifestyle factors such as nutrition and physical activity therefore has an enormous potential for the prevention of severe morbidity and mortality.
9. **Obesity** (BMI⁴² >30) is a risk factor for many serious illnesses including heart disease, hypertension, stroke, type-2-diabetes, respiratory disease, arthritis and certain types of cancer. The rising prevalence of obesity across Europe (*cf. Annex 1, table 2*), particularly among young people (*cf. Annex 1, fig. 2*), has alarmed health experts, the media and the population at large, and is a major public health concern.
10. Evidence from population surveys suggests that obesity levels in the EU have risen by between 10-40% over the past decade, and current data suggest that the range of obesity prevalence in EU countries is from 10% to 27% in men and up to 38% in women⁴³. In some EU countries more than half the adult population is overweight⁴⁴ (BMI >25), and in parts of Europe⁴⁵ the combination of reported overweight and obesity in men exceeds the 67% prevalence found in the USA's most recent survey⁴⁶. Despite efforts by individuals the loss of health to the population as a whole due to unhealthy diets and inactivity is extraordinarily high: a small increase in Body Mass Index (BMI), e. g. from 28 to 29, will increase the risk of morbidity by around 10 %⁴⁷.
11. The number of EU children affected by overweight and obesity is estimated to be rising by more than 400,000 a year, adding to the 14 million-plus of the EU population who are already overweight (including at least 3 million obese children); across the entire EU25, overweight affects almost 1 in 4 children⁴⁸. Spain, Portugal and Italy report overweight and obesity levels exceeding 30% among children aged 7-11. The rates of the increase in childhood overweight and obesity vary, with England and Poland showing the steepest increases⁴⁹.
12. The factors underlying the onset of obesity are widely known (high intake of energy dense micronutrient poor foods or sedentary lifestyles are the most convincing factors determining obesity risk; high intake of sugars sweetened soft drinks and fruit juices, heavy marketing of energy dense foods or adverse socioeconomic conditions are also probable determining factors. High intake of non starch polysaccharides and regular physical activity are convincing factors lowering obesity risk; breastfeeding and home or school environments supporting healthy food choices for children are also probable lowering factors). It should however be borne in mind that for some people it is going to be harder to maintain a healthy weight than for others because they are genetically disposed to storing fat, or because they have genetic dysfunctions which make it difficult for them to control the feeling of hunger. In fact, even if some scientists⁵⁰ estimate that 40-70% of the variation in fat mass between individuals is determined by genetic factors, environmental factors remain important and determine the expression of these genes in individuals; addressing the "obesogenic environment" (*cf section V.6*) therefore has a strong potential to curb obesity⁵¹.

13. While the effects of diet and **physical activity** on health often interact, particularly in relation to obesity, there are additional health benefits from physical activity that are independent of nutrition and diet. Likewise, there are significant nutritional risks that are unrelated to obesity.
14. Weight gain in an individual is the result of an excess of energy consumed as food over energy expenditure. There is a strong tendency for excess weight to continue to accumulate from childhood through to middle age. It is therefore important to achieve an optimum body weight throughout life through proper diet and daily physical activity. In addition to promoting overall feelings of wellbeing and apart from weight management aspects, physical exercise has also independent positive effects on the prevention of diseases such as cardiovascular disease, type II diabetes, osteoporosis and depression, and contributes to maintaining muscular strength in older age.
15. To maintain cardiovascular health, the recommended daily amount of exercise is at least 30 minutes for most of the days of the week. There is no general agreement on the level of physical activity needed to prevent weight gain, but a total of one hour on most days of the week is probably needed. However, all physical activity increases energy consumption and contributes to weight management⁵².
16. A 2003 Eurobarometer survey⁵³ showed that around 60 % of Europeans (EU 15) had no vigorous physical activity at all in a typical week, and more than 40 % did not even have moderate physical activity in a typical week. Europe-wide, only about one third of schoolchildren appear to be meeting recognised physical activity guidelines⁵⁴. Exercising seems to be more common among people who claim they eat healthily and do not smoke, which is in line with the generally observed “clustering of good habits”.
17. The **WHO Global Strategy on diet, physical activity and health** was adopted by the World Health Assembly in May 2004⁵⁵ as an outcome of a global consultation process and consensus-building exercise. The Global Strategy underlines the importance of achieving a balanced diet reducing the consumption of fats, free sugars and salt, of increasing the intake of fruits, vegetables, legumes, grains and nuts, and of performing moderate physical activity during at least 30 minutes a day.
18. The Community has actively supported the WHO Global Strategy process since its beginning. The Global Strategy can serve as an extremely valuable input in the development of a comprehensive Community action on nutrition and physical activity, and active use should be made of the scientific evidence underpinning it⁵⁶ when building the rationale for a broad Community strategy in this area.

ANNEX 3 – References

- 1 Conclusioni del Consiglio del 2 dicembre 2003 sugli stili di vita sani: educazione, informazione e comunicazione (2004/C 22/01) – Gazzetta ufficiale dell’Unione europea C 22/1 del 27.1.2004.
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
- 2 Risoluzione del Consiglio del 14 dicembre 2000 sulla salute e l’alimentazione (2001/C 21/01) – Gazzetta ufficiale delle Comunità europee C 20/1 del 23.1.2001.
- 3 Conclusioni del Consiglio sull’obesità, l’alimentazione e l’attività fisica (adottate il 3.6.2005).
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
- 4 Conclusioni del Consiglio sull’obesità.
- 5 ad esempio attività che coinvolgano l’industria alimentare, il settore pubblicitario, la vendita al dettaglio, il catering, le ONG e le organizzazioni di consumatori, le autorità locali, regionali e i governi nazionali, le scuole e i mass media.
- 6 Conclusioni del Consiglio sull’obesità.
- 7 Conclusioni del Consiglio sull’obesità.
- 8 Parere del Comitato economico e sociale sull’obesità in Europa – ruolo e responsabilità dei partner della società civile, SOC/201, settembre 2005
http://eescopinions.esc.eu.int/EESCopinionDocument.aspx?identifier=ces\soc\soc201\ces1070-2005_ac.doc&language=EN
- 9 Negli ultimi anni gli Stati membri hanno avviati una serie di iniziative volte a promuovere l’alimentazione sana e l’attività fisica. Taluni Stati membri come l’Irlanda (<http://www.healthpromotion.ie/topics/obesity/>) e la Spagna (<http://www.msc.es/home.jsp>) hanno creato strategie nazionali di lotta all’obesità, con il coinvolgimento dell’amministrazione pubblica, di esperti indipendenti, dell’industria alimentare, del settore dell’attività fisica, delle ONGs ecc. in azioni multisettoriali di promozione di un’alimentazione più sana e dell’attività fisica. La Francia ha avviato nel 2001 un programma nazionale quadriennale per l’alimentazione sana (<http://www.sante.gouv.fr/>) che comprende una vasta gamma di misure a livello intersettoriale, al fine di ridurre la diffusione dell’obesità e del sovrappeso. Più di recente, nel marzo 2005, il Parlamento sloveno ha approvato un programma nazionale di politica dell’alimentazione per il periodo 2005-2010 (<http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>). Nei Paesi Bassi il tema dell’obesità è considerato una delle priorità della politica nazionale di prevenzione sanitaria (<http://www.minvws.nl/>). L’alimentazione e l’attività fisica sono citate anche quale area d’intervento importante per la sanità pubblica nel Libro bianco del Regno Unito “Optare per la salute: agevolare le scelte salutari”, pubblicato nel novembre 2004 (http://dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor). La Germania ha istituito una piattaforma nazionale per l’alimentazione e l’attività fisica (<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/>).
- 10 Obesità – prevenzione e gestione di un fenomeno globale. Relazione di una consultazione dell’OMS. Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 1998 (Technical report series, n. 894)
- 11 National Audit Office (2001), *Tackling obesity in England (Affrontare l’obesità in Inghilterra)*.
http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf.
- 12 Chief Medical Officer (2004) At least five a week (Almeno cinque volte la settimana): Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health (Prove degli effetti dell’attività fisica e della relazione con la salute). Londra: Department of Health
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/09/81/04080981.pdf>
- 13 Obesity - the Policy Challenges: (Obesità – le sfide politiche) the Report of the National Taskforce on Obesity.(relazione della taskforce nazionale sull’obesità) Dublino 2005
- 14 Finkelstein, E. A. et al., (2004). State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity. (Stime a livello statale delle spese mediche annue collegabili all’obesità) Obesity Research, 12, 18-24
- 15 Finkelstein EA, et al., (2003), National Medical Spending Attributable To Overweight And Obesity (spese mediche nazionali collegabili al sovrappeso e all’obesità) How Much, And Who’s Paying?, (chi sta pagando, e quanto?) *Health Affairs*, Vol. 10, No.1377; citato da: gruppo ad hoc sul progetto sanitario dell’OCSE, workshop sugli aspetti economici della prevenzione, 15 ottobre 2004, efficacia dei costi connessi agli interventi volti a prevenire o trattare l’obesità ed il diabete di tipo 2, panoramica delle pubblicazioni nei paesi OCSE, SG/ADOC/HEA(2004)12, 2004
- 16 Cause determinanti delle patologie nell’Unione europea. Stoccolma, Istituto nazionale di sanità pubblica, 1997; citato da: Food and health in Europe (alimentazione e salute in Europa): a new basis for action (una nuova base d’azione). WHO Regional Publications European Series, No. 96
<http://www.euro.who.int/document/E82161.pdf>

17 La relazione del RIVM “Analisi dei pasti nei Paesi Bassi: alimentazione sana e cibo sicuro nei Paesi
Bassi” raccomanda di aumentare il consumo di pesce passando da un consumo medio (nel 1998) di 2-3
volte al mese a 1 o 2 volte la settimana. Va osservato che nei Paesi bassi il consumo di pesce (consumo
pro capite 20,5 kg l’anno) è ad un livello medio nell’UE: Austria, Germania, Irlanda, Regno Unito, Belgio
e Lussemburgo e tutti i nuovi Stati membri eccetto Malta, Cipro ed Estonia registrano un consumo
inferiore rispetto ai Paesi Bassi. Ungheria, Slovacchia e Slovenia consumano solo un terzo di quanto
consumino i Paesi Bassi (<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270555008.html>)
18 COM (2005) 115 http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf
19 Tutte le osservazioni ricevute saranno riassunte in una relazione che sarà pubblicata sul sito web della
Commissione all’indirizzo seguente:
[http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.
htm](http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm)
20 Per ulteriori informazioni sul lavoro svolto dalla Piattaforma rinviamo al seguente indirizzo
internet:http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm
21 Per ulteriori informazioni sulla portata del programma d’azione per la sanità pubblica, sulle condizioni di
partecipazione agli inviti pubblicati a titolo del programma e sui progetti finanziati finora si consulti il
seguente indirizzo internet: http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm.
22 tra l’altro il gruppo di lavoro “stili di vita ed altri fattori che determinano la salute” intende migliorare la
disponibilità di informazioni comparabili sulle abitudini alimentari e il livello di attività fisica in Europa.
Il segretariato scientifico del gruppo può essere contattato al seguente indirizzo:
[public.health@mailbox.tu-dresden.de].
23 Vari progetti finanziati dalla Commissione, in particolare nel quadro dei precedenti programmi sul cancro,
la promozione ed il monitoraggio della salute, hanno elaborato attività nel settore dell’alimentazione,
dell’attività fisica e della salute. Una panoramica di tali iniziative è contenuta nella “Relazione sullo stato
di avanzamento dei lavori della Commissione europea nel settore dell’alimentazione in Europa”, 2002
([http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_report_e
n.pdf](http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_report_e
n.pdf)
24 http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf
25 Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alle indicazioni nutrizionali e
sulla salute fornite sui prodotti alimentari COM (2003) 424 def; 16/07/2003
26 cfr. Gerard Hastings et al: Review of research into the effects of food promotion to children - Final
Report Prepared for the Food Standards Agency (Panoramica delle ricerche sugli effetti della pubblicità di
prodotti alimentari nei bambini – Relazione finale elaborata per la Food standard Agency); 22 settembre
2003
<http://www.foodstandards.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf>
27 cfr. anche Università di Paderborn, et al. (2004): “Studio sugli stili di vita e la sedentarietà dei giovani e
sul ruolo dello sport nel contesto dell’istruzione quale strumento di equilibrio”
<http://europa.eu.int/comm/sport/documents/lotpaderborn.pdf>
28 ad esempio, terapia alimentare (istruzione su come adeguare l’alimentazione per ridurre il numero di
calorie assunte), attività fisica, terapia comportamentale (acquisire nuove abitudini che facilitino la perdita
di peso), terapia farmaceutica (per i pazienti a BMI elevato o afflitti da obesità, unitamente ad opportune
modifiche dello stile di vita e sotto sorveglianza medica) ed intervento chirurgico (per pazienti con BMI
estremamente elevato o con forte obesità, al fine di modificare stomaco e/o intestino per ridurre la quantità
di alimenti che può essere ingerita).
29 Food and health in Europe (alimentazione e salute in Europa): a new basis for action, WHO regional
publications.(una nuova base d’azione, pubblicazioni regionali OMS). European series (serie europee) n.
96, 2004
30 Le tecnologie di informazione e telecomunicazione possono svolgere un ruolo importante nella
promozione della salute fornendo informazioni affidabili e di qualità elevata sugli stili di vita e
sull’alimentazione, ad esempio tramite dispositivi individuali che evidenzino l’informazione sanitaria
personalizzata e possano fornire un feedback, orientamenti, avvertimenti ed aiutare ad evitare f’nomeni
acuti derivanti da stili di vita poco sani. Vari progetti sostenuti dalla Comunità hanno elaborato sistemi
d’informazione riguardanti la salute e l’alimentazione, quali ad es. VEPSY UPDATED
(<http://www.vepsy.com/index.htm>) e MYHEART
(<http://www.hitech-projects.com/europrojects/myheart/>).
31 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, (Dieta, alimentazione e prevenzione delle
patologie croniche) *op. cit.* Le raccomandazioni comprendono: raggiungere l’equilibrio energetico per
controllare il peso; aumentare notevolmente l’attività fisica svolta durante tutta la vita; ridurre

l'assunzione di calorie provenienti da grassi e spostare il consumo da grassi saturi e acidi grassi trans verso grassi insaturi; aumentare il consumo di frutta e verdura nonché di legumi, cereali interi e noci; ridurre l'assunzione di zuccheri liberi; ridurre il consumo di sale (sodio) di ogni provenienza e assicurarsi che quello assunto sia iodato.

32 Relazione fondamentale EURODIET, op cit.

(http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf)

33 cfr Mike Rayner et al: Nutrient profiles: Profili nutritivi: Options for definitions for use in relation to food promotion and children's diets; definizioni da impiegare nella promozione di alimenti e nelle diete per bambini; Relazione finale; British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, Università di Oxford; ottobre 2004

<http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/nutrientprofilingfullreport.pdf>

34 La Commissione del Codex Alimentarius è stata istituita nel 1963 dalla FAO e dall'OMS per elaborare norme alimentari, linee direttrici e relativi testi quali codici di prassi nell'ambito del programma congiunto FAO/OMS per le norme alimentari. Gli obiettivi principali di tale programma sono la tutela della salute dei consumatori e la garanzia di prassi commerciali eque sul mercato dei generi alimentari nonché la promozione del coordinamento di tutte le attività riguardanti le norme alimentari intraprese dai governi nazionali e dalle organizzazioni non governative.

http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp

35 In tale contesto sarà esaminato lo spazio disponibile per ulteriori cooperazioni proattive tra UE e SU e, all'inizio del 2006, sarà organizzata una profonda revisione delle prassi ottimali nell'UE e negli SU, unitamente alle controparti statunitensi del settore. Sarà quindi intensificato l'ampio dialogo sulle norme tra UE e SU, già avviato in tale settore. Inoltre sarà convocata una riunione plenaria della piattaforma europea d'azione per l'alimentazione, l'attività fisica e la salute con i rappresentanti del governo statunitense, dell'industria alimentare americana e delle organizzazioni di consumatori.

36 cf *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, 2003 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>)

37 cf *Diabetes action now: an initiative of the World Health Organisation and the International Diabetes Federation*, 2004

38 Doll R, Peto R. Epidemiology of cancer. In: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA, eds. Oxford textbook of medicine. Oxford, Oxford University Press, 1996:197—221; quoted from: *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, op. cit.

39 Weight control and physical activity. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 6); quoted from: *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, op. cit.

40 *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, op. cit.

41 World Health Organization. *The World Health Report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life*, Geneva: World Health Organisation, 2002

42 BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

43 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, March 2005

44 The European Health Report, World Health Organisation, 2002

45 Finland, Germany, Greece, Cyprus, the Czech Republic, Slovakia and Malta

46 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, op. cit.

47 Fogel, R. W. (1994), 'Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term process on the making of economic policy', *The American Economic Review*, 84(3): 369—395; quoted from: Suhrcke M. et al, The contribution of health to the economy in the European Union,

http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf

48 Childhood Obesity Report, International Obesity Task Force (IOTF), May 2004

49 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, op. cit.

50 G Barsh, IS Farooqi and S O'Rahilly: Genetics of body weight regulation; *Nature* 2000;404:644-651

51 DIABESITY project funded under the EU's 6th RTD Framework Programme:

<http://www.eurodiabetes.org/>

52 *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, op. cit.

53 European Commission (2003) Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6/ Wave 58.2- European Opinion Research Group (EEIG).

http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf)

54 Health Behaviour in School-Aged Children survey, 2001/2002

55 http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf

