



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**

# **Sistema di monitoraggio alimentazione e attività fisica (MOSEB)**

## **Raccolta di indicatori relativi al Programma nazionale alimentazione e attività fisica (PNAAF)**

Hanspeter Stamm, Adrian Fischer, Doris Wiegand e Markus Lamprecht  
Lamprecht & Stamm Sozialforschung und Beratung AG • Zurigo

su incarico

dell'**Ufficio federale della sanità pubblica,**

in collaborazione con:

**Ufficio federale dello sport**

**Ufficio federale di statistica**

**Ufficio federale delle strade**

**Ufficio federale della sicurezza alimentare e di veterinaria**

**Promozione Salute Svizzera**

**Osservatorio sport e movimento Svizzera**

**Osservatorio svizzero della salute**

**Suva**

Rapporto sugli indicatori • stato giugno 2017



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Observatoire suisse de la santé  
Osservatorio svizzero della salute  
Swiss Health Observatory

**Observatorium**  
Sport und Bewegung Schweiz



Gesundheitsförderung Schweiz  
Promotion Santé Suisse  
Promozione Salute Svizzera

## Sommario

1. Il sistema di monitoraggio MOSEB	2
2. Panoramica delle principali innovazioni e integrazioni	5
3. Raccolta di indicatori	6
Ambito 1: Conoscenze sulla salute, atteggiamenti, interesse (ambito CS)	7
Ambito 2: Comportamento alimentare (ambito CN)	33
Ambito 3: Comportamento motorio (CM)	65
Ambito 4: Peso corporeo (PC)	82
Ambito 5: Stato di salute (ambito SS)	99
Ambito 6: Condizioni quadro e offerte (ambito CQ)	126
Appendice: panoramica dei precedenti aggiornamenti del rapporto sugli indicatori	138

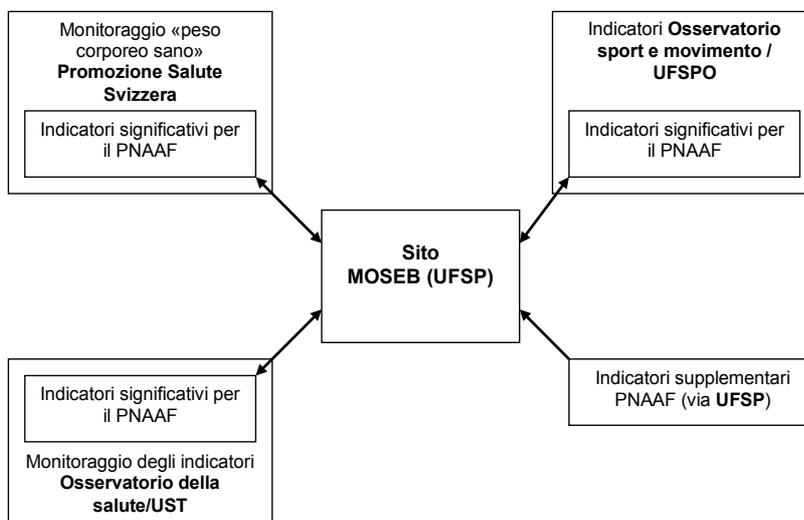
## Sigla editoriale

Committente ed editore	Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Autori	Hanspeter Stamm, Adrian Fischer, Doris Wiegand, Markus Lamprecht Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG Forchstrasse 212, 8032 Zurigo, info@LSSFB.ch
Accompagnamento specialistico e supporto tecnico	Nadine Stoffel-Kurt (direzione del progetto), Kathrin Favero (Ufficio federale della sanità pubblica) Esther Camenzind-Frei (Ufficio federale della sicurezza alimentare e di veterinaria) Lisa Guggenbühl (Promozione Salute Svizzera) Renaud Lieberherr, Ueli Oettliker (Ufficio federale di statistica) Heidi Meyer (Ufficio federale delle strade) Tanya Kasper (Suva) Nicole Ruch (Osservatorio svizzero della salute) Thomas Wyss (Ufficio federale dello sport)
Distribuzione	Il rapporto può essere scaricato dai siti <a href="http://www.moseb.ch">www.moseb.ch</a> e <a href="http://www.bag.admin.ch">www.bag.admin.ch</a> .
Diritti di riproduzione	Ufficio federale della sanità pubblica / L&S SFB, giugno 2017
Proposta di citazione	Stamm, H., D. Wiegand, M. Lamprecht, Sistema di monitoraggio alimentazione e attività fisica (MOSEB). Raccolta di indicatori. Stato giugno 2017, ed.: Ufficio federale della sanità pubblica, Berna 2017.

## 1. Il sistema di monitoraggio MOSEB

Nel quadro del Programma nazionale alimentazione e attività fisica (PNAAF) e del «Sistema di monitoraggio alimentazione e attività fisica» (MOSEB), l'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP mette a disposizione in rete una raccolta di 54 indicatori sull'alimentazione e l'attività fisica, ricollegandosi in parte ai sistemi di indicatori già disponibili, tratti dalle raccolte dell'Osservatorio svizzero della salute (Obsan), di Promozione Salute Svizzera, nonché dell'Osservatorio sport e movimento Svizzera (Sportobs). Il rapporto contiene altresì un elenco di indicatori nuovi, non contemplati dai sistemi summenzionati. Per visualizzare gli indicatori già disponibili, basta cliccare sull'apposito link riportato sulla pagina web dell'UFSP/PNAAF (cfr. grafico 1).

Fig. 1: Schema riassuntivo della raccolta di indicatori relativi al «Sistema di monitoraggio alimentazione e attività fisica» (MOSEB)



I 58 indicatori oggetto del presente rapporto sono elencati nella tabella 1. Si è scelto di suddividere gli indicatori in sei ambiti tematici diversi per semplificare l'interpretazione e agevolare la navigazione. Come si può desumere dalla tabella, nel frattempo sono disponibili dati relativi a tutti gli indicatori previsti.

Se si considera la quinta colonna della tabella 1, appare altresì evidente che gli indicatori, non solo sono suddivisi secondo criteri tematici, ma sono anche elencati in ordine di importanza per il MOSEB. Al riguardo, si distinguono le seguenti tre categorie di indicatori.

- Gli *indicatori guida* (G) sono d'importanza strategica fondamentale per il PNAAF e le organizzazioni partner.
- Gli *indicatori chiave* (C) contengono informazioni sulle dimensioni chiave del PNAAF.
- Gli *indicatori supplementari* (S) sono di interesse secondario poiché contengono informazioni molto specifiche o molto generiche, oppure si riferiscono a fasce ristrette di popolazione.

Le informazioni cruciali sono disponibili direttamente sul sito dell'UFSP/MOSEB ([www.moseb.ch](http://www.moseb.ch)) e ciò vale per tutti gli indicatori. È possibile accedere a informazioni supplementari mediante gli hyperlink che rimandano a documenti PDF o ai corrispettivi siti delle organizzazioni partner (Promozione Salute Svizzera, Obsan, Osservatorio sport e movimento).

Tabella 1 Panoramica della struttura del sistema di indicatori e del suo stato di sviluppo

N.	Tema	Indicatore UFSP	Indicatore esterno	Categoria	N. anteriore	Pag.
<b>1</b>	<b>Conoscenze sull'alimentazione e sull'attività fisica (conoscenze, atteggiamenti, interesse, informazione)</b>	<b>6</b>	<b>3</b>		<b>CS</b>	
1.1	Orientamento del comportamento alimentare in base ai messaggi alimentari		x	C	CS.1	7
1.2	Motivazioni a favore e contro l'attività fisica	x		C	CS.3	8
1.3	Conoscenza dei nessi esistenti tra alimentazione e attività fisica	x		C	CS.4	10
1.4	Ostacoli per un'alimentazione sana	x		S	CS.5	15
1.5	Conoscenza delle raccomandazioni alimentari	(x)		S	CS.6	19
1.6	Percezione dell'offerta e delle informazioni alimentari	(x)		S	CS.7	25
1.7	Conoscenza delle raccomandazioni sull'attività fisica	x		S	CS.8	29
1.8	Percezione dello sport		(x)	S	CS.9	31
1.9	Rapporto su alimentazione e attività fisica		x	S	CS.10	32
<b>2</b>	<b>Comportamento alimentare (incl. consumo)</b>	<b>9</b>	<b>3</b>		<b>CN</b>	
2.1	Comportamento alimentare della popolazione adulta (consumo di frutta e verdura)		x	G	CN.3	33
2.2	Comportamento alimentare di bambini/adolescenti		x	G	CN.4	34
2.3	Spesa per generi alimentari selezionati		(x)	C	CN.1	35
2.4	Consumo di derrate alimentari	(x)		C	CN.2	36
2.5	Consumo di sale	(x)		S	CN.5	39
2.6	Comportamento culinario	(x)		S	CN.6	42
2.7	Allattamento	x		S	CN.7	47
2.8	Micronutrienti	(x)		S	-	50
2.9	Colazione e altri pasti, adulti	x		S	CN.9	53
2.10	Colazione e altri pasti, bambini e adolescenti	x		S		55
2.11	Approvvigionamento energetico e apporto di sostanze nutritive	x		S	-	57
2.12	Bibite edulcorate, adulti	x		S	-	60
2.13	Bibite edulcorate, bambini e adolescenti	(x)		S		62
2.14	Vegetarianismo	x		S	-	63
<b>3</b>	<b>Comportamento motorio</b>	<b>3</b>	<b>5</b>		<b>CM</b>	
3.1	Comportamento motorio della popolazione adulta		x	G	CM.1	65
3.2	Comportamento motorio di bambini/adolescenti		x	G	CM.2	66
3.3	Attività fisica: misurazioni oggettive	(x)		C	CM.3	67
3.4	Mobilità fisicamente attiva	x		C	CM.4	69
3.5	Attività sportiva		x	S	-	72
3.6	Sedentarietà, adulti	x		S	CM.5	73
3.7	Sedentarietà, bambini e adolescenti	x		S		78
3.8	Prestazione sportiva dei giovani adulti		(x)	S	CM.6	80
3.9	Partecipazione a offerte Gioventù e Sport (G+S)		x	S	CM.7	81

Tabella 1 (continuazione)

N.	Tema	Indicatore UFSP	Indicatore esterno	Categoria	N. anteriore	Pag.
<b>4</b>	<b>Peso corporeo (IMC; misurazione antropometrica della massa corporea; grado di soddisfazione del proprio peso corporeo)</b>	<b>3</b>	<b>5</b>		<b>PC</b>	
4.1	IMC della popolazione residente adulta (dati del sondaggio)		x	G	PC.1	82
4.2	IMC di bambini/adolescenti (misurazione diretta)		(x)	G	PC.3	83
4.3	IMC della popolazione residente adulta (misurazione diretta)	(x)		C	PC.2	84
4.4	Circonferenza/rapporto vita-fianchi (WHR)	x		C	PC.4	89
4.5	Grado di soddisfazione per il proprio peso corporeo (adulti)		x	S	PC.5	95
4.6	Grado di soddisfazione per il proprio peso corporeo (bambini/adolescenti)		x	S	PC.6	93
4.7	Desiderio di cambiare peso ed esperienze dietetiche	x		S	PC.7	94
4.8	IMC medio nel sottogruppo dei sovrappeso		x	S	PC.8	98
<b>5</b>	<b>Stato di salute (incl. i disturbi di salute legati all'alimentazione e all'attività fisica)</b>	<b>6</b>	<b>3</b>		<b>SS</b>	
5.1	Malattie non trasmissibili legate all'alimentazione e all'attività fisica	(x)		G	SS.1	99
5.2	Costi generati da sovrappeso e obesità	x		G	SS.7	106
5.3	Stato di salute soggettivo		x	C	SS.5	108
5.4	Nesso tra salute, alimentazione e attività fisica	x		S	SS.2	109
5.5	Autonomia fisica degli anziani		x	S	SS.3	111
5.6	Lesioni e infortuni sportivi		x	S	SS.4	112
5.7	Benessere psichico	x		S	SS.6	113
5.8	Disturbi alimentari	x		S	CN.8	118
5.9	Costi generati dall'inattività fisica	x		S	-	120
5.10	Qualità di vita, adulti	(x)		S		122
5.11	Qualità di vita, bambini e adolescenti	x		S		124
<b>6</b>	<b>Condizioni quadro e offerte (incl. indicatori relativi a misure di prevenzione e supporto, come pure offerte negli ambiti dell'alimentazione e dell'attività fisica)</b>	<b>2</b>	<b>6</b>		<b>CQ</b>	
6.1	Offerte di alimentazione e attività fisica in ambiti specifici		(x)	G	CQ.4	126
6.2	Spazi e superfici dedicati all'attività fisica		x	C	CQ.2	129
6.3	Azioni promosse in ambito economico	x		S	CQ.3	130
6.4	Offerta di attività fisiche per bambini/adolescenti		x	S	CQ.5	132
6.5	Offerta di attività sportive per adulti		(x)	S	CQ.6	133
6.6	Impianti sportivi		x	S	CQ.7	134
6.7	Sport scolastico obbligatorio		x	S	CQ.8	135
6.8	Pubblicità rivolta a bambini/adolescenti	x		S	-	136

x: indicatore esistente

(x): indicatore esistente, ma non vi è ancora completezza nei dati oppure esiste un notevole potenziale di ottimizzazione

## 2. Panoramica delle principali innovazioni e integrazioni

Questo documento contiene tutti gli indicatori del «Sistema di monitoraggio alimentazione e attività fisica» (MOSEB). La tabella seguente contiene indicazioni relative a importanti modifiche e aggiornamenti apportati dall'ultimo rapporto sugli indicatori (gli aggiornamenti precedenti sono documentati nell'allegato).

Tabella 2: Panoramica degli aggiornamenti e integrazioni del sistema di indicatori per il MOSEB introdotti tra maggio 2016 e giugno 2017

N.	Indicatore	Tipo di modifica
1.5	Conoscenza delle raccomandazioni alimentari	Completamento con dati da menuCH.
2.1	Comportamento alimentare della popolazione adulta	Aggiornamento con dati da menuCH
2.3	Spesa per generi alimentari selezionati	Aggiornamento con dati dall'IBED 2014
2.4	Consumo di derrate alimentari	Completamento con dati da menuCH
2.5	Consumo di sale	Completamento con dati da menuCH
2.6	Comportamento culinario	Completamento con dati da menuCH
2.8	Micronutrienti	Completamento con dati da menuCH
2.9	Colazione e altri pasti, adulti	Completamento con dati da menuCH
2.12	Bibite edulcorate, adulti	Nuovo indicatore sulla base di menuCH e del sondaggio effettuato sulla popolazione da Promozione Salute Svizzera
2.13	Bibite edulcorate, bambini e adolescenti	Nuovo indicatore; trasferimento di dati dall'indicatore 2.12
2.14	Vegetarianismo	Completamento con dati da menuCH e nuovo numero
3.6	Sedentarietà	Completamento con dati da menuCH
4.3	IMC adulti (misurazione diretta)	Completamento con dati da menuCH e con dati raccolti nell'ambito del reclutamento
4.4	Circonferenza/rapporto vita-fianchi (WHR)	Completamento con dati da menuCH e con dati raccolti nell'ambito del reclutamento
4.5	Grado di soddisfazione per il proprio peso corporeo, adulti	Completamento con dati da menuCH
4.7	Desiderio di cambiare peso	Completamento con dati da menuCH
5.6	Lesioni e infortuni sportivi	Aggiornamento tramite l'Osservatorio sport e movimento
6.3	Azioni promosse in ambito economico	Aggiornamento sulla base di nuovi dati dell'UFSP

Oltre alle modifiche riportate nella tabella, è importante sottolineare che la raccolta di indicatori «Peso corporeo sano» di Promozione Salute Svizzera per il momento non viene aggiornata e attualmente non è nemmeno disponibile sulla pagina web di Promozione Salute Svizzera. Un documento PDF con l'ultima versione aggiornata di tali indicatori è però consultabile sul sito del MOSEB.

### 3. Raccolta di indicatori

Le pagine seguenti contengono tutti gli indicatori del sistema di monitoraggio alimentazione e attività fisica (MOSEB). Il volume del rapporto sui singoli indicatori dipende dalla disponibilità dei dati, dalla loro provenienza e dalla loro importanza per il MOSEB.

- Gli indicatori elaborati appositamente per il presente progetto sono riportati integralmente, ovvero sono presentati, in una sorta di panoramica, nesi o confronti temporali particolarmente rilevanti, mentre i risultati supplementari sono illustrati di seguito (in un massimo di tre pagine).
- Per gli indicatori estrapolati dalle raccolte esistenti, fornite dall'Osservatorio svizzero della salute (Obsan), da Promozione Salute Svizzera e dall'Osservatorio sport e movimento, il risultato chiave è anch'esso riportato di volta in volta nella panoramica. È invece possibile accedere al dettaglio dei risultati mediante hyperlink con le rispettive raccolte di indicatori.

In entrambi i casi, sulla prima pagina è sempre presente un rimando alla «base di dati» che consente di risalire alle informazioni relative alle fonti di dati utilizzate per grafici e analisi.

#### Indicazioni sui grafici

- Per semplicità, nei grafici e nel testo le percentuali sono state arrotondate a numeri interi. In talune raffigurazioni, può capitare che le barre e le colonne abbiano lunghezza diversa, malgrado siano indicati valori identici. Tali differenze sono attribuibili a differenze di approssimazione. Per esempio, i valori 5,6 per cento e 6,4 per cento sono entrambi arrotondati per intero a 6, in realtà vi è però una differenza dello 0,8 per cento che si può evincere dal grafico.
- I lettori interessati agli aspetti scientifici potrebbero ritenere che le pagine seguenti manchino di indicazioni significative; tale scelta è da attribuire alla volontà di non caricare ulteriormente la rappresentazione, già di per sé sufficientemente densa d'informazioni. In diversi casi, inoltre, non è stato possibile calcolare le significanze, in particolare laddove i risultati sono stati ripresi da grafici esistenti o in assenza di dati. Per le analisi effettuate dal team di progetto stesso (p. es. ISS, Sport Svizzera 2008, Omnibus dell'UST), i dati sono disponibili e consultabili su richiesta.

## **Ambito 1: Conoscenze sull'alimentazione e sull'attività fisica (conoscenze, atteggiamenti, interesse, informazione)**

### **Indicatore 1.1: orientamento del comportamento alimentare in base ai messaggi alimentari**

**Osservazione:** in origine l'indicatore proveniva dalla raccolta di indicatori di Promozione Salute Svizzera, cui però per il momento non è dato seguito. L'ultima versione aggiornata degli indicatori è documentata sulla pagina web del MOSEB.

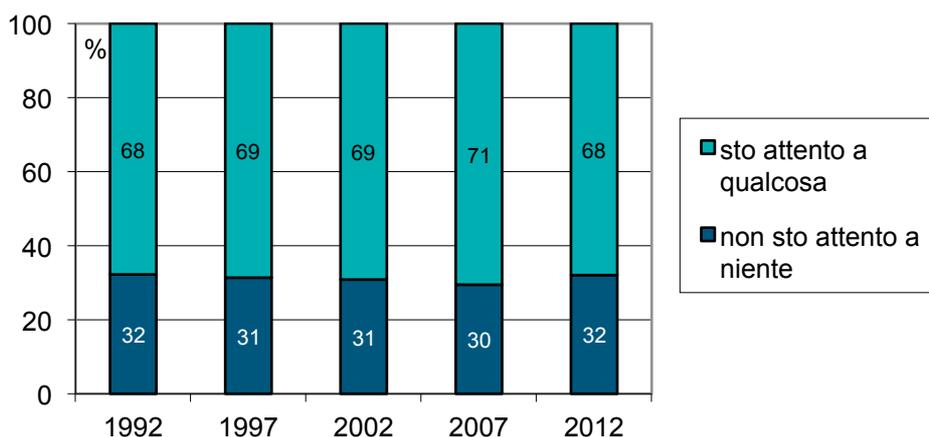
L'orientamento dell'alimentazione in base ai messaggi alimentari fornisce indicazioni importanti sull'importanza della consapevolezza alimentare nelle decisioni concernenti il cibo. Il presente indicatore comprende dati provenienti dalle Indagini sulla salute in Svizzera (ISS) realizzate dall'Ufficio federale di statistica tra il 1992 e il 2012 nonché da alcuni altri studi. Il seguente grafico riporta le risposte alla semplice domanda se si «presta attenzione all'alimentazione» oppure se «non si presta attenzione all'alimentazione».

Il grafico mostra che appena il 70 per cento della popolazione residente in Svizzera presta attenzione all'alimentazione, mentre il restante 30 per cento non bada a ciò che mangia. La quota di persone con una «consapevolezza alimentare» non è quasi cambiata dal 1992.

Da un'analisi condotta dalla Società Svizzera di Nutrizione su diversi studi (Infanger 2012) è emerso che, in media, tre quarti di tutti i consumatori ritengono importante scegliere alimenti sani. Questa meta-indagine conferma anche gli effetti attinenti a sesso ed età, in relazione alla consapevolezza alimentare, già documentati nella raccolta di indicatori di Promozione Salute Svizzera.

Dal modulo MOSEB dell'ultimo Omnibus dell'Ufficio federale di statistica (2014) emerge inoltre che le raccomandazioni alimentari concrete sono rispettate in misura variabile. Più dell'80 per cento degli intervistati indica ad esempio di preferire «sempre» o «spesso» l'olio d'oliva o l'olio di colza rispetto ad altri tipi di olio o di bere da uno a due litri di bevande non zuccherate al giorno. Solo la metà degli intervistati si orienta invece alla piramide alimentare.

#### **A) Consapevolezza alimentare della popolazione residente in Svizzera, dal 1992 al 2012**



Fonte: Indagini sulla salute in Svizzera (ISS) 1992-2012; risposte alla domanda: «Presta attenzione a determinate cose nella sua alimentazione?»; 1992, n=14 711; 1997, n=12 995; 2002, n=19 690; 2007, n=18 742; 2012, n=21 577.

#### **Base di dati**

Indagini sulla salute in Svizzera (ISS) 1992, 1997, 2002, 2007 e 2012 dell'Ufficio federale di statistica.

Modulo MOSEB dell'Omnibus 2014 dell'Ufficio federale di statistica.

Infanger, E. (2012): Die gesunde Lebensmittelwahl. Was wissen wir über den Konsumenten und die Konsumentin in der Schweiz? Bern: Schweizerische Gesellschaft für Ernährung.

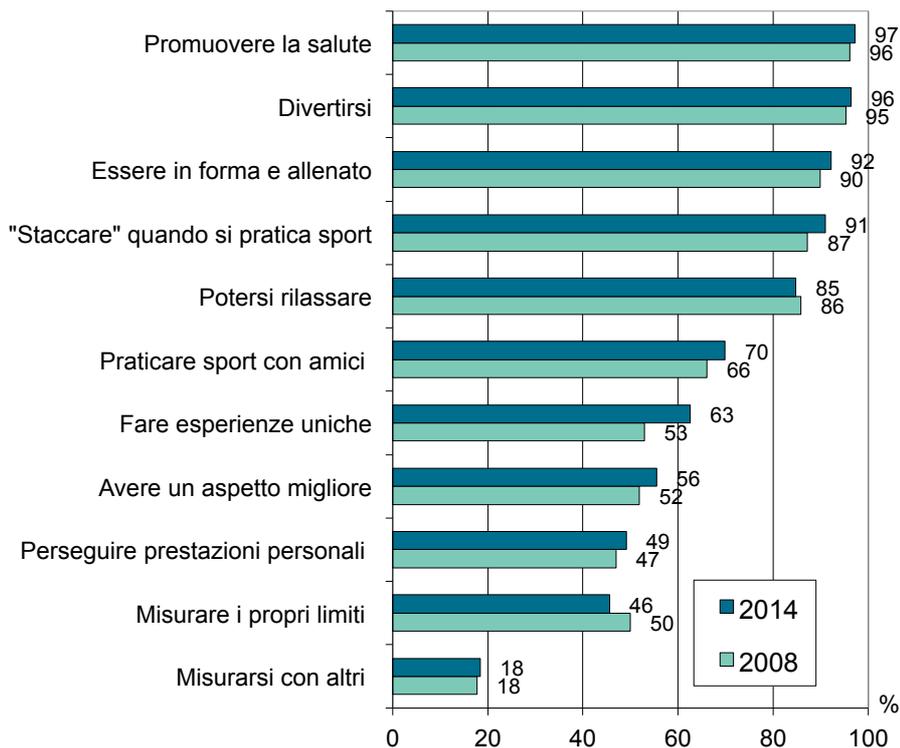
Altre informazioni sono disponibili nella raccolta di indicatori pubblicata da Promozione Salute Svizzera (indicatore 4D) nonché sotto l'indicatore 1.5.

## Indicatore 1.2: motivazioni a favore e contro l'attività fisica

La decisione se praticare un'attività fisica dipende, al di là della conoscenza di comportamenti che favoriscono la salute, da molteplici motivazioni e ostacoli.

In base allo studio Sport Svizzera 2014, appena i tre quarti per cento della popolazione in età compresa tra i 15 e i 74 anni praticano un'attività sportiva. Gli intervistati sono stati invitati ad attribuire un grado d'importanza a una serie di motivazioni che spingono alla pratica sportiva. Come si può desumere dal grafico seguente, per quasi tutte le persone che praticano un'attività, la salute e il divertimento sono motivazioni importanti o anche molto importanti. Per diversi intervistati è altrettanto importante che lo sport sia un momento di svago che permetta di mantenersi in forma e in allenamento, di «staccare la spina», di sentire il proprio corpo e di rilassarsi. Di significativa importanza è anche il fattore della socialità, vale a dire lo stare insieme ad amici e colleghi. Per oltre la metà di coloro che praticano un'attività sportiva, tra le motivazioni (molto) importanti figurano il fatto di vivere esperienze uniche, migliorare l'aspetto fisico e raggiungere obiettivi personali per quanto concerne le prestazioni sportive. Ciò che sorprende inoltre è il fatto che tra il 2008 e il 2014 non vi sia stata quasi nessuna variazione in questa serie di motivazioni: solo la motivazione di vivere esperienze uniche è diventata leggermente più frequente nel 2014, mentre quella di sperimentare i propri limiti è menzionata un po' più raramente.

A) Grado d'importanza delle diverse motivazioni che spingono a fare sport (percentuale degli interpellati che praticano uno sport che definiscono la motivazione riportata «importante» o «molto importante», 2008 e 2014)



Fonti: Sport Svizzera 2008, n=7762-7819; Sport Svizzera 2014, n= 7887-7953

Risposte alla domanda: «Quali sono per Lei le particolari motivazioni che la inducono a praticare uno sport? Per ogni risposta indichi il grado d'importanza che Lei le attribuisce».

### Base di dati

Sport Svizzera 2008 e 2014, sondaggi rappresentativi condotti su una fascia di popolazione in età compresa tra i 15 e i 74 anni da parte dell'Osservatorio sport e movimento Svizzera.

Nel sondaggio si è chiesto a chi pratica attivamente uno sport di attribuire un grado d'importanza a una serie di motivazioni che spingono a fare sport e a chi non pratica alcuno sport di indicare il motivo e le premesse per (ri)cominciare a fare un'attività fisica.

## Altri risultati

Per promuovere l'attività fisica non sono importanti solo le motivazioni di chi pratica uno sport, bensì e soprattutto anche le motivazioni che spingono una persona a non praticare alcuna attività fisica. Secondo Sport Svizzera 2014, il 26 per cento della popolazione elvetica si dichiara non sportivo. La maggior parte (71 %) ha fatto sport in passato, raccogliendo per lo più esperienze soddisfacenti.

Come illustrato nella tabella B, una delle motivazioni più frequenti all'origine della sedentarietà è la «mancanza di tempo» (40 %). Il 18 per cento dei sedentari afferma di non aver alcuna voglia di praticare sport e di essere ostacolato da ragioni di salute, mentre il 9 per cento risponde che fa già abbastanza movimento con altre attività e che l'orario di lavoro o il tragitto troppo lungo da casa al posto di lavoro gli impedisce di praticare sport.

Sorprende che tra il 2008 e il 2014 l'ordine delle motivazioni che spingono a non praticare sport e la frequenza con cui sono indicate siano rimasti quasi invariati.

B) Motivazioni che spingono a non praticare alcuno sport: percentuale delle persone che indicano la motivazione riportata, 2008 e 2014 (in percentuale di tutte le persone che non praticano uno sport, possibilità di indicare più motivazioni)

	2008	2014
Ho troppo poco tempo	42	40
Non ho nessuna voglia, fare sport non mi diverte	17	18
Motivi di salute	15	18
Faccio già abbastanza movimento, sono già in forma	10	9
L'orario di lavoro non me lo permette, lavoro fino a tardi, ho un tragitto troppo lungo da casa al posto di lavoro	8	9
Ho altri interessi	8	5
Dovrei sacrificare del tempo che dedico alla mia famiglia	4	3
Lo sport non fa per me, non mi apporta alcun beneficio	4	3
Ormai non ho più l'età per fare sport	4	3
L'infortunio avuto facendo sport mi ha fatto decidere di smettere di praticare attività sportive	2	2
Ragioni economiche, fare sport è troppo costoso	2	2
Non trovo nessuna offerta che faccia al caso mio	1	1
Brutti ricordi ed esperienze da dimenticare	1	0
Altre motivazioni	11	7

Risposte alla domanda: «I motivi per i quali non si pratica alcuno sport possono essere i più diversi. Nel Suo caso, per quale motivo non pratica alcuno sport?»; n(2008)=2431, n(2014)=2 687.

Lo stesso vale anche per i dati della tabella C, che mostra le risposte alla domanda «Cosa potrebbe indurla a (ri)cominciare a praticare un'attività sportiva?». Ad essere menzionati molto spesso sono ancora una volta il tempo, le condizioni di salute e l'essere motivato e coinvolto da altre persone. Tuttavia anche gli aspetti finanziari e l'offerta sono indicati almeno da oltre il cinque per cento dei non sportivi, che vorrebbero ricominciare a praticare un'attività fisica.

## Altre informazioni

Lamprecht, M., A. Fischer e H. Stamm (2014): «Sport Svizzera 2014» - Attività sportiva e interesse per lo sport fra la popolazione svizzera. Macolin: Ufficio federale dello sport.

C) Premesse che sarebbero necessarie per (ri)cominciare a fare sport: percentuale delle persone che menzionano la premessa corrispondente, 2008 e 2014 (in percentuale dei non sportivi che vorrebbero ricominciare a praticare un'attività fisica)

	2008	2014
Avere più tempo	48	42
Godere di una salute migliore (migliore condizione fisica ecc.)	17	15
Essere motivato e coinvolto da altre persone	12	10
Avere i mezzi finanziari per potermelo permettere	8	7
Poter fare uno sport adatto a me nelle vicinanze	6	6
Il medico mi consiglia o raccomanda di fare sport	3	1
Averne un vantaggio a livello sociale	2	1
Pormi un obiettivo chiaro	2	1
Potermi avvalere di un'offerta adatta alle mie capacità	1	2
Altro	13	14

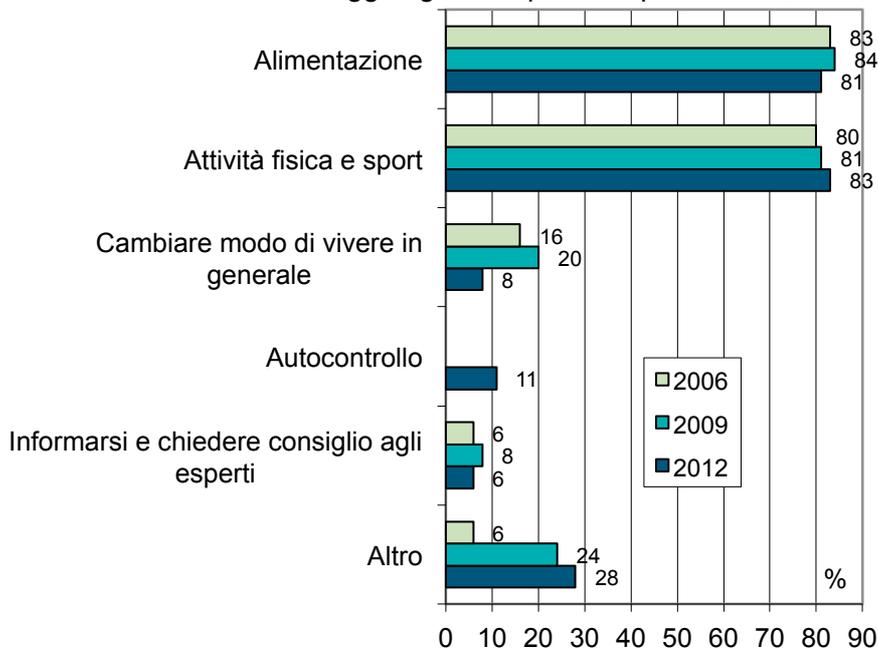
Risposte alla domanda: «Cosa potrebbe indurla a ricominciare a praticare un'attività sportiva?»; n(2008)=1 030; n(2014)=1 021

### Indicatore 1.3: conoscenza dei nessi esistenti tra alimentazione, attività fisica e peso corporeo sano

È dimostrato che un «peso corporeo sano» presuppone un bilancio energetico equilibrato e cioè un equilibrio tra l'apporto di energia (alimentazione) e il consumo di energia (metabolismo basale, attività fisica quotidiana e sport). Negli scorsi anni, diverse campagne informative hanno illustrato i nessi esistenti tra peso corporeo, alimentazione e attività fisica, sensibilizzando al riguardo la popolazione. La conoscenza di tali nessi è la base di uno stile di vita sano.

Il grafico seguente mostra che la grande maggioranza della popolazione, desiderosa di raggiungere un peso corporeo sano, predilige una strategia combinata, vale a dire improntata su un'alimentazione sana abbinata all'attività fisica. Circa l'80 per cento degli interpellati fa infatti riferimento a entrambi gli aspetti, ovvero sia quello dell'alimentazione sia quello dell'attività fisica. Degno di nota è inoltre il fatto che tra il primo sondaggio del 2006 e quello del 2012 le valutazioni molto sono praticamente le stesse, fatte salve due eccezioni. Da un lato, nel 2012 è stata aggiunta una nuova risposta «autocontrollo», scelta dall'11 per cento degli intervistati a scapito di «cambiare modo di vivere in generale». Dall'altro, si riscontra un deciso incremento, dal 6 al 28 per cento, nelle risposte riguardanti la tematica «altro».

#### A) Possibilità dell'individuo di raggiungere un peso corporeo sano, 2006 - 2012



Fonte: sondaggi effettuati da Promozione Salute Svizzera/Università di Lugano nel 2006 (n=1441), nel 2009 (n=1008) e nel 2012 (n=1005) (persone in età superiore ai 16 anni); suddivisione in categorie delle risposte alla domanda sulle misure per raggiungere un peso corporeo sano: «E cosa può fare ognuno di noi per mantenere o raggiungere un peso corporeo sano?» Osservazione: nel sondaggio, si definiscono sottopeso le persone con un IMC pari a <math><20\text{kg/m}^2</math>.

#### Base di dati

Sondaggi effettuati da Promozione Salute Svizzera in collaborazione con l'Università della Svizzera italiana nel 2006 (n=1441), nel 2009 (n=1008) e nel 2012 (n=1005); sondaggio telefonico. Non essendovi sempre stata la disponibilità di dati comparabili dal 2006 al 2012, alcuni dei seguenti grafici non contengono alcun confronto temporale.

Sono stati inoltre utilizzati i dati emersi dai seguenti studi:

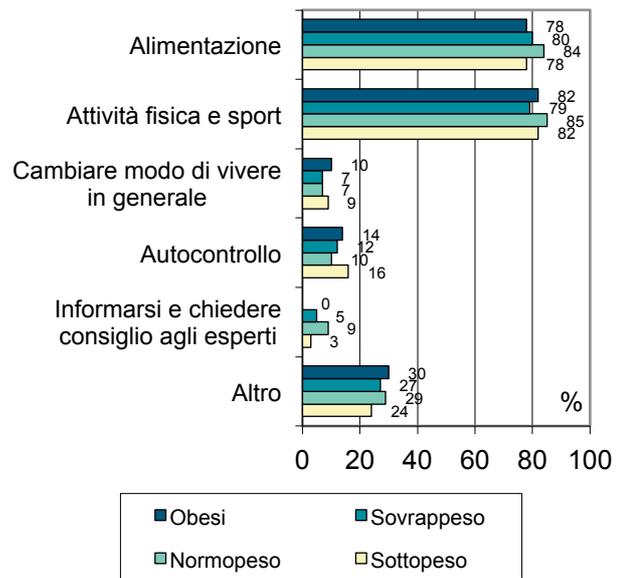
- iniziativa Coop Obiettivo sui trend alimentari, settembre 2009 (n=514). Dati rappresentativi per la popolazione della Svizzera tedesca e della Svizzera francese che naviga in Internet a titolo privato almeno una volta alla settimana;
- modulo MOSEB dell'Omnibus 2014 dell'Ufficio federale di statistica (UST), indagine telefonica tra la popolazione residente di età compresa tra 15 e 74 anni (n=2993);
- Special Eurobarometer 246 (2005, n=14 682) e 283 (2007, n=28 660).

## Altri risultati

Il grafico B presenta un'analisi dettagliata delle risposte, contenute nel grafico A e relative al 2012, alla domanda su cosa sia possibile fare a livello individuale con riferimento a un peso corporeo sano. Appare evidente che le valutazioni degli interessati si differenziano di poco in relazione al peso corporeo. Tuttavia, l'attività fisica appare come un fattore citato più spesso dalle persone normopeso che non da chi soffre di obesità o di sovrappeso. Inoltre, gli obesi e le persone in sovrappeso sembrano essere un po' meno convinti di quanto l'alimentazione possa influire sul peso corporeo.

Rispetto al sondaggio del 2009, qui non raffigurato, le valutazioni sono praticamente invariate. Spicca unicamente il fatto che la risposta «altro» è nettamente progredita soprattutto tra gli obesi (+14 %), mentre l'opzione «informarsi e chiedere consiglio agli esperti» è in calo nella maggior parte dei gruppi.

## B) Possibilità prese in considerazione dall'individuo per raggiungere un peso corporeo sano secondo IMC, 2012 (quote in percentuale)



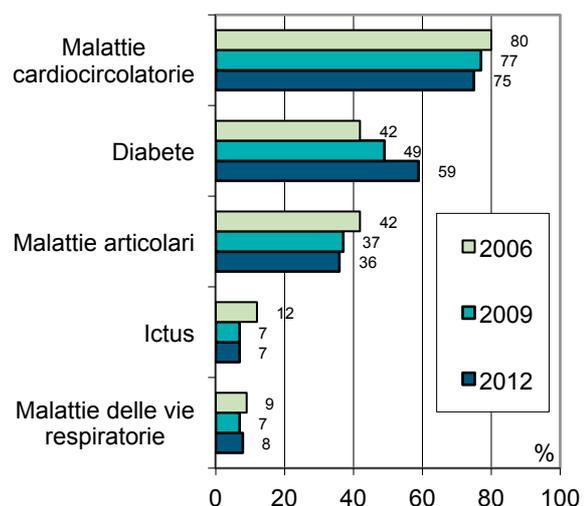
Fonte: sondaggio effettuato da Promozione Salute Svizzera, in collaborazione con l'Università della Svizzera italiana: osservazione: in deroga alla definizione fornita dall'OMS (IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>), nel sondaggio le persone sottopeso vengono definite come aventi un IMC < 20 kg/m<sup>2</sup>.

Il sondaggio effettuato sulla popolazione da Promozione Salute Svizzera, in collaborazione con l'Università di Lugano contiene anche una domanda sui rischi che il sovrappeso comporta per la salute. Le relative risposte sono riportate nel grafico C e possono essere interpretate come una conferma che la popolazione è cosciente del problema.

Gli intervistati citano per lo più i problemi di salute legati al sovrappeso più di frequente menzionati anche nella letteratura specialistica, vale a dire le malattie cardiocircolatorie e il diabete. È inoltre significativa la percezione degli intervistati verso le malattie articolari.

Tra il 2006 e il 2012, le valutazioni non sono cambiate granché. Solo per il diabete si può parlare di un sensibile aumento della consapevolezza del rischio, mentre invece i rischi di malattie articolari e ictus vengono attualmente valutati un po' più scarsamente rispetto a sei anni addietro.

## C) Rischi del sovrappeso presi in considerazione per la salute, 2006 -2012 (quote in percentuale)



Fonte: sondaggio effettuato da Promozione Salute Svizzera, in collaborazione con l'Università della Svizzera italiana; risposte alla domanda relativa ai rischi del sovrappeso sulla salute: «Quali sono le malattie più ricorrenti che un sovrappeso potrebbe causare?».

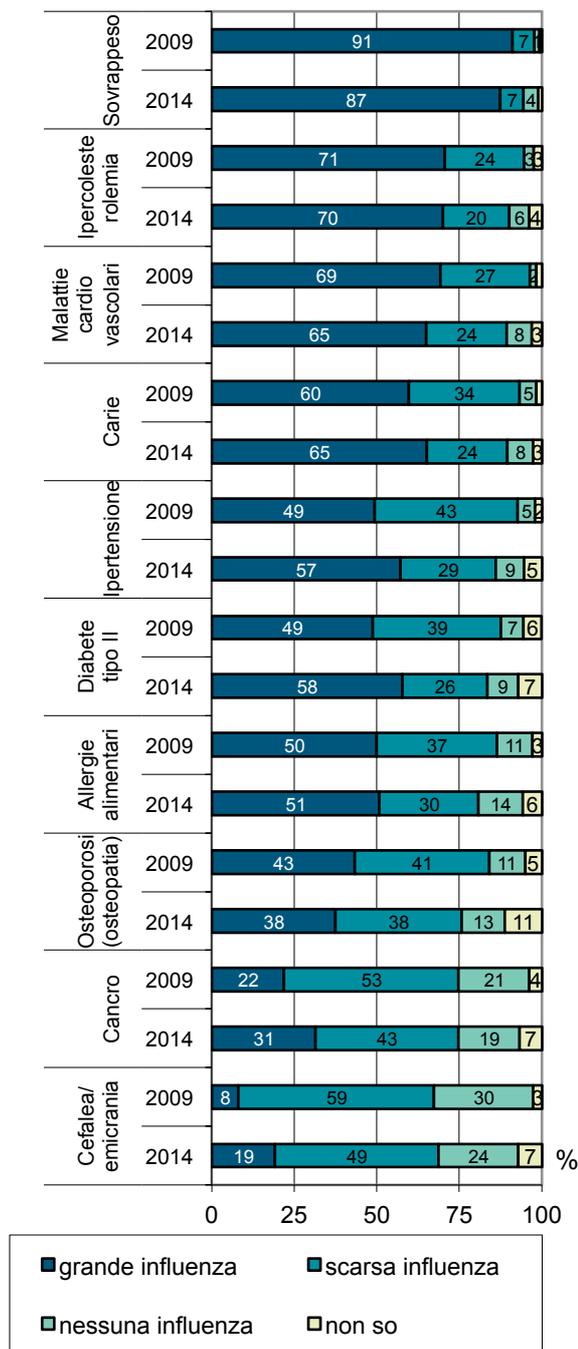
I grafici D ed E contengono risultati tratti dall'iniziativa Coop Obiettivo sui trend alimentari, «Alimentazione e salute» (2009) e dal modulo MOSEB dell'Omnibus 2014 dell'Ufficio federale di statistica, in cui sono state sostanzialmente riprese le domande dell'iniziativa Coop. Analogamente al sondaggio demoscopico di Promozione Salute Svizzera, anche questi due studi indagano sulla correlazione tra alimentazione e salute.

Il grafico D indica come venga molto spesso citato l'effetto dell'alimentazione su sovrappeso, aumento del colesterolo, malattie cardiovascolari e carie. Circa il 90 per cento degli intervistati è dell'opinione che l'alimentazione sia molto importante per prevenire il sovrappeso. Per contro, è relativamente rara la citazione delle correlazioni con tumori e mal di testa.

Da un confronto dei risultati del 2009 e del 2014 emerge inoltre che le valutazioni sono rimaste pressoché costanti. Per la carie, l'ipertensione, il diabete tipo II e i tumori, la sensibilizzazione sembra tuttavia essere lievemente aumentata: adesso sono infatti un po' di più le persone che parlano di una «grande influenza» delle abitudini alimentari.

I dati dell'Omnibus 2014 permettono varie analisi correlate, da cui emerge che per quasi tutte le malattie menzionate la percentuale di donne e persone con una formazione superiore che attribuisce all'alimentazione una «grande influenza» è significativamente superiore. È interessante notare che le persone di lingua tedesca attribuiscono all'alimentazione una grande influenza più raramente delle persone di lingua francese o italiana e che per la maggior parte delle malattie (esclusi i tumori) gli stranieri intravedono una minor correlazione con l'alimentazione. Dal punto di vista dell'età degli intervistati, infine, i risultati variano a seconda della malattia: per l'osteoporosi e i tumori gli anziani menzionano più spesso una grande influenza dell'alimentazione, mentre per il colesterolo, la carie e le allergie succede il contrario.

D) Stima degli effetti preventivi dell'alimentazione contro varie malattie, 2009 e 2014



Fonte: iniziativa Coop: Obiettivo sui trend alimentari, «Alimentazione e salute» 2009 (n=514) e Omnibus 2014 dell'UST (n. tra 2971 e 2986 a seconda della malattia); domanda: «In che misura ritiene che l'alimentazione possa influire sulla prevenzione delle seguenti malattie?»

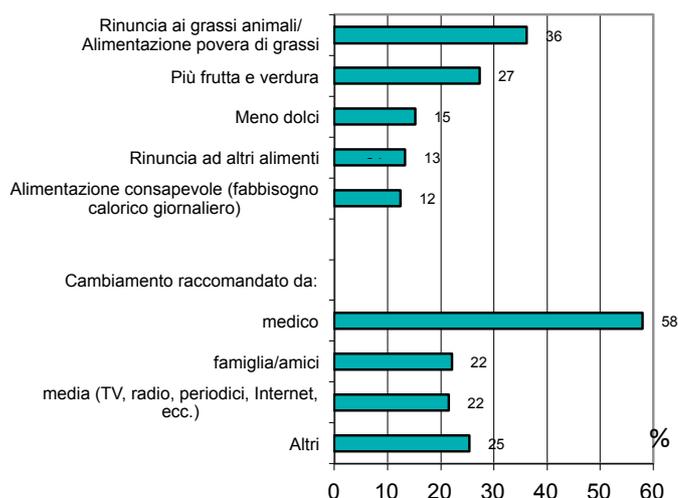
Osservazione: al fine di una migliore leggibilità, si è rinunciato a indicare i valori percentuali per la categoria «non so».

Secondo l'iniziativa Coop, poco più di un terzo (37 %) degli intervistati ha già una volta cambiato tipo di alimentazione a causa di una delle malattie rappresentate nel grafico D. Il grafico E illustra da un lato quali cambiamenti sono stati apportati e, dall'altro, chi li ha raccomandati.

Predominano il passaggio a un'alimentazione povera di grassi oppure la rinuncia a grassi di origine animale (36 %). Una persona su quattro indica anche un maggior consumo di frutta e verdura. In oltre la metà dei casi, il cambio di alimentazione è stato consigliato dal medico di famiglia (58 %) oppure, nell'ordine, da familiari e amici o dai mezzi d'informazione (rispettivamente il 22 % degli intervistati).

Secondo il modulo MOSEB Omnibus 2014 dell'UST, solo il 30 per cento degli intervistati ha già cambiato tipo di alimentazione a causa di una malattia. Anche qui prevalgono le raccomandazioni del medico (47 %), seguite da quelle degli amici (22 %) e dei media (15 %).

### E) Cambiamento del comportamento alimentare

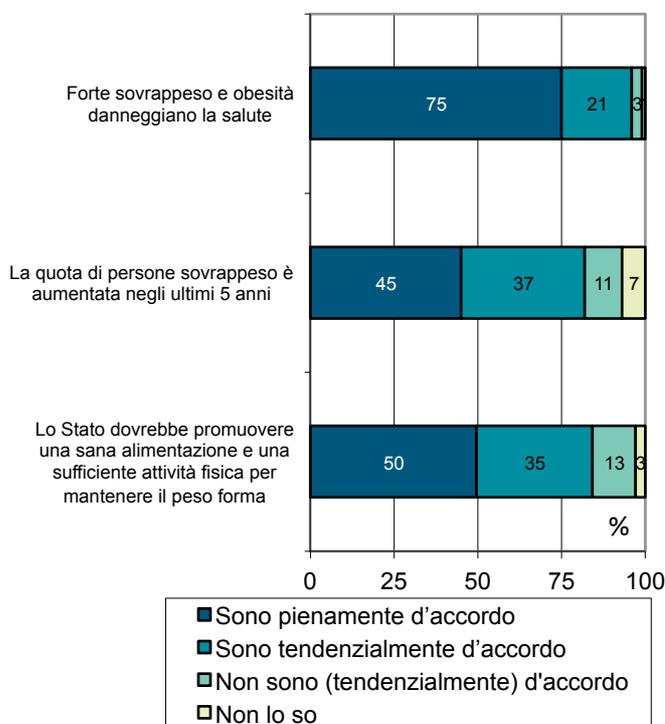


Fonte: iniziativa Coop: Obiettivo sui trend alimentari «Alimentazione e salute» 2009 (n=240); il grafico si riferisce agli intervistati che hanno dichiarato di aver cambiato tipo di alimentazione già una volta a causa di una malattia (37 %). Domande: «Avete cambiato tipo di alimentazione già una volta a causa di una delle malattie summenzionate? In caso affermativo, quali cambiamenti avete apportato alla vostra alimentazione? In caso affermativo, chi vi ha raccomandato di cambiare tipo di alimentazione?»

A tale proposito, vale la pena di fare un confronto con i dati europei, rilevati nel quadro degli studi Eurobarometro condotti periodicamente dalla Commissione Europea.

Benché tali indagini non contengano un elenco differenziato dei rischi causati dal sovrappeso sulla salute, paragonabile al sondaggio condotto in Svizzera e qui rapportato, dal grafico F si evince che a livello europeo la grande maggioranza della popolazione (96 %) considera il sovrappeso un fattore che può recare problemi di salute. L'82 per cento è (tendenzialmente) dell'idea che la quota di persone sovrappeso presente nel proprio Paese sia aumentata negli ultimi cinque anni. Dato che la popolazione si rende conto del problema, non sorprende affatto che l'85 per cento approvi la campagna statale in favore di un'alimentazione sana e di una sufficiente attività fisica.

### F) Approvazione di diverse affermazioni sul sovrappeso in Europa, 2005 (UE 25)



Fonte: «Special Eurobarometer 246» (2005), n=24682.

Il grafico G illustra come gli europei stimavano la propria speranza di vita nel 2007, nel caso in cui fossero riusciti a evitare una serie di rischi. Il sovrappeso, l'alimentazione e l'attività fisica si collocano a fondo classifica tra i fattori di rischio da evitare, mentre sono riposte grandi aspettative nell'assenza di fattori di rischio ambientali (inquinamento, rumore) e di stress.

Questo risultato è in contrasto con la «Classifica dei fattori di rischio» dell'OMS (2009, pag. 11), secondo cui pressione alta, consumo di tabacco, valori glicemici elevati, inattività fisica (sedentarietà) e sovrappeso/obesità costituiscono i cinque principali fattori di rischio. Nonostante l'elenco dell'OMS possa venire confrontato solo in parte con i dati del grafico G, risulta evidente che la popolazione attribuisce un valore decisamente inferiore ai fattori movimento e alimentazione rispetto ai fattori ambientali.

Da ultimo, il grafico H mostra i cambiamenti, rilevati a livello europeo, del comportamento alimentare assunto dagli intervistati negli ultimi dodici mesi. A tal proposito occorre tener conto del fatto che solo il 22 per cento degli intervistati ha affermato di aver cambiato le proprie abitudini alimentari. Tuttavia, tra questi la maggior parte dichiara di avere, almeno parzialmente, preso in considerazione le raccomandazioni nutrizionali d'uso. Per quanto concerne la ristretta minoranza che ha assunto meno frutta e verdura e ha invece aumentato il consumo di carne e seguito una dieta ipercalorica, si suppone si tratti, almeno in parte, di persone che hanno modificato il proprio comportamento su consiglio medico (p. es. soggetti sottopeso, con una carenza di proteine o ferro).

#### Altre informazioni

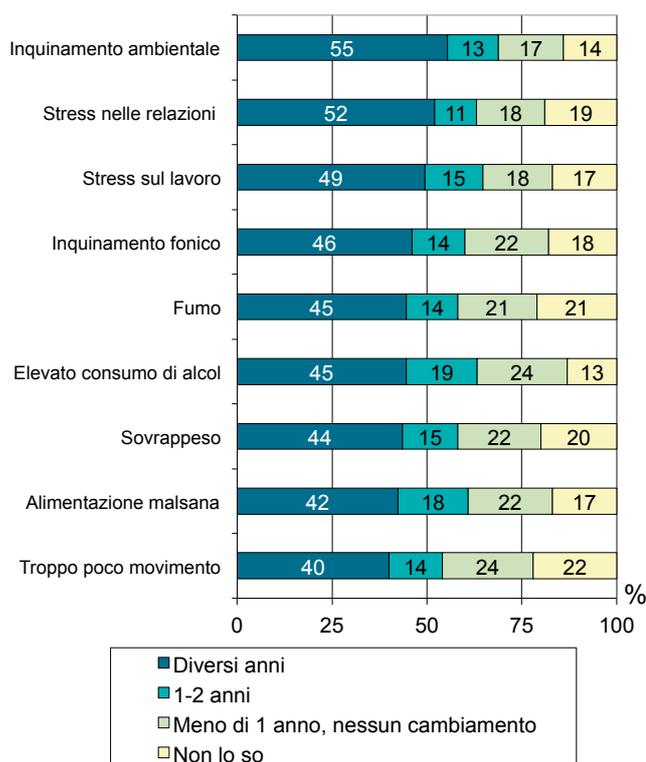
Dubowicz, A., A-L. Camerini, R. Ludolph, J. Amman e P.J. Schulz (2013): Ernährung, Bewegung und Körpergewicht. Wissen, Einstellungen und Wahrnehmung der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen von 2006, 2009 und 2012. Berna: Promozione Salute Svizzera.

Eurobarometro/Commissione europea (2007): *Health and Food (Special Eurobarometer 246, November-December 2005)*.

Eurobarometro/Commissione europea (2007): *Health and long-term care in the European Union (Special Eurobarometer 283, May-June 2007)*.

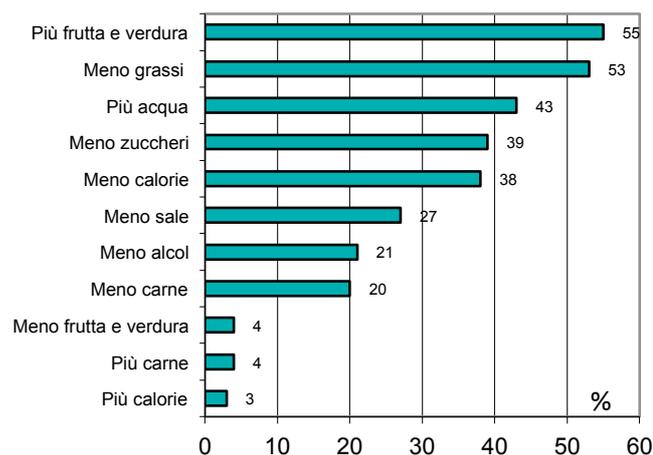
World Health Organisation (WHO)(2009): *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Genf: WHO.

#### G) Stima del prolungamento dell'aspettativa di vita, in assenza di diversi fattori di rischio, UE 27, 2007



Fonte: «Special Eurobarometer 283», n=28 660; i dati poggiano sulla combinazione di diverse domande relative all'incidenza di vari rischi e allo stimato prolungamento dell'aspettativa di vita nel caso in cui tali rischi venissero a mancare.

#### H) Cambiamento del comportamento alimentare nell'ultimo anno (UE 25, risposte multiple), 2005



Fonte: «Special Eurobarometer 246» (2005), n=24 682; il 22 per cento degli interpellati afferma di aver cambiato le proprie abitudini alimentari, i risultati riportati nel grafico si riferiscono a tale percentuale.

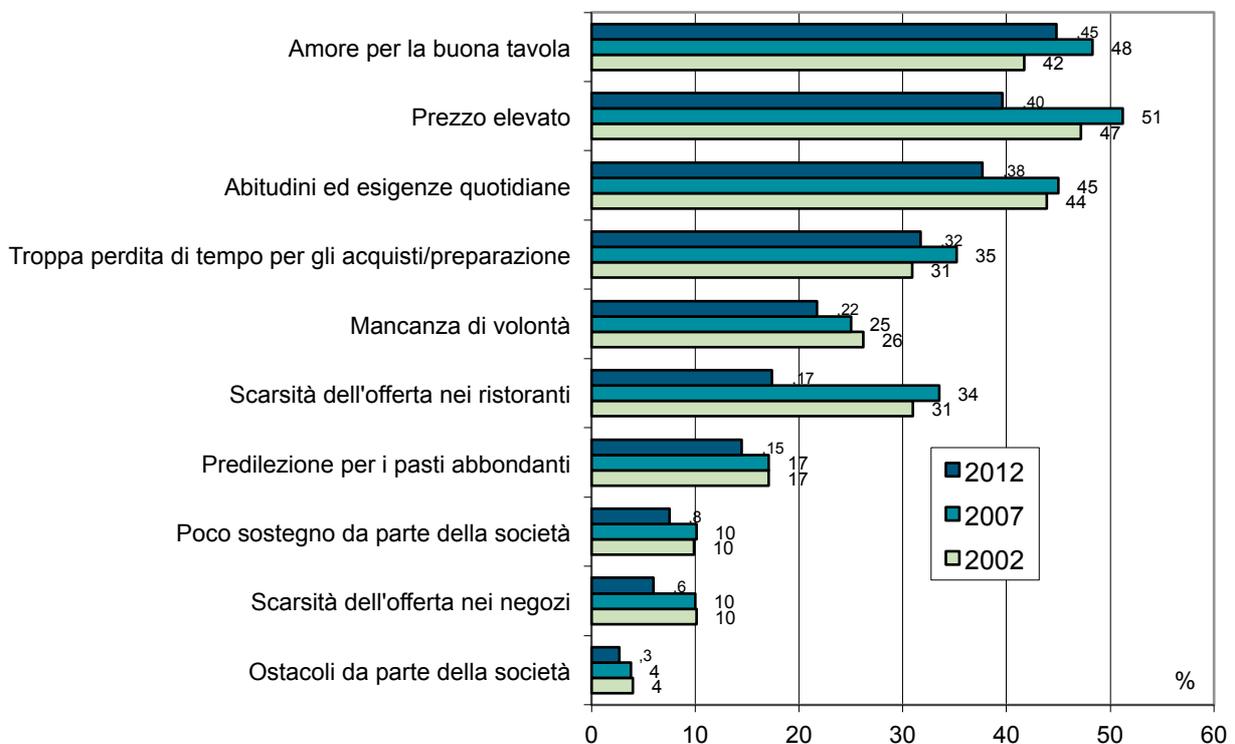
## Indicatore 1.4: ostacoli per un'alimentazione sana

Anche se molte persone conoscono i principi di un'alimentazione sana ed equilibrata, ciò non significa ancora che tali principi siano effettivamente rispettati. Per la promozione della salute e il lavoro di prevenzione è pertanto importante sapere cosa impedisce alla gente di nutrirsi in modo sano. Nell'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS), si è chiesto alla popolazione di elencare tali fattori.

Come illustrato nel grafico seguente, esiste una lunga lista di fattori di ostacolo per un'alimentazione sana: quasi la metà degli intervistati fa riferimento all'amore per la buona tavola e quasi un terzo indica invece il prezzo elevato dei cibi salutari, gli impegni quotidiani, la mancanza di tempo per l'acquisto di alimenti sani, nonché la preparazione dei cibi.

Come risulta dal confronto dal 2002 al 2012, tali fattori di ostacolo hanno perso leggermente importanza dal 2007; nel recente sondaggio, gli intervistati citano infatti con minore frequenza rispetto a cinque anni prima gran parte dei fattori che ostacolano un'alimentazione sana qui riportati. Nel 2012, si menzionano una media di 2,2 fattori di ostacolo su 10.

### A) Ostacoli per un'alimentazione sana, dal 2002 al 2012



Fonte: ISS 2002, 2007 e 2012 dell'UST; 2002, n= 14 329; 2007, n=13 186; 2012, n=16 061.

Risposte alla domanda: «Molte persone – forse anche Lei – attribuiscono grande valore all'alimentazione sana. Intravede ostacoli per qualcuno che vorrebbe mangiare sano? *La preghiamo di segnare le risposte che ritiene appropriate!*» Le risposte proposte si orientano all'uso corrente della lingua.

### Base di dati

La maggior parte dei risultati proviene dalle indagini sulla salute in Svizzera 2002, 2007 e 2012 dell'Ufficio federale di statistica. Le domande sono state riprese dai questionari che sono stati compilati a seconda delle indagini da 13 000 a oltre 18 000 intervistati.

Sono stati inoltre utilizzati dati provenienti dallo studio pilota condotto sulla popolazione residente in

Svizzera, inerente all'Indagine nazionale sulla nutrizione (2009, n=1545, grafico G), e dall'iniziativa Coop «Obiettivo sui trend alimentari», «Alimentazione sana: atteggiamenti, nozioni e abitudini» di febbraio 2009 (n=531, grafico H). Tali dati sono rappresentativi per la popolazione della Svizzera tedesca e della Svizzera francese che naviga in Internet a titolo privato almeno una volta alla settimana.

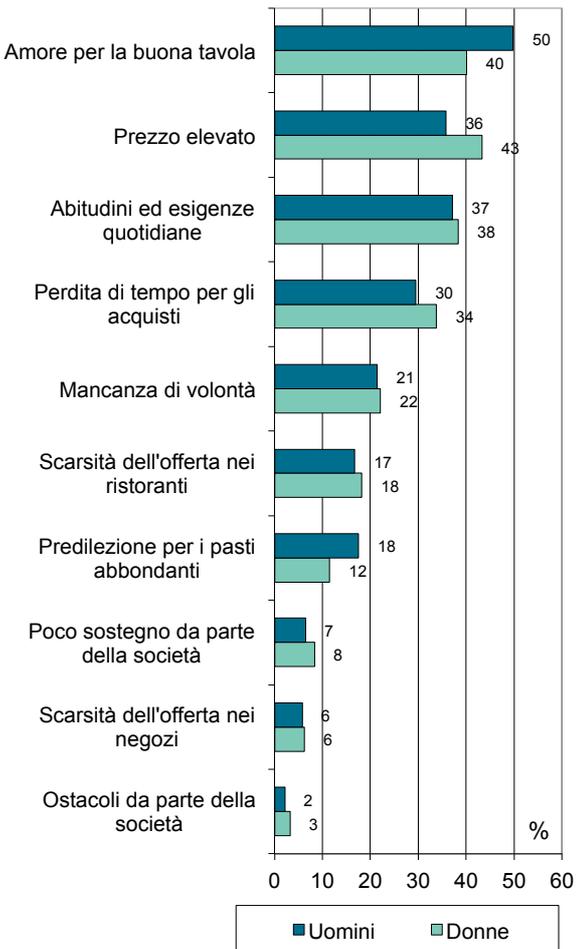
### Altri risultati

Altre indicazioni sui fattori che ostacolano un'alimentazione equilibrata sono fornite dagli indicatori 1.5 e 1.6, da cui emerge che una scarsa conoscenza delle raccomandazioni alimentari o un'offerta insufficiente di alimenti sono fattori praticamente irrilevanti.

A complemento dei dati riportati nel grafico A, il grafico B mostra che, per il 2012, non si riscontra una differenza importante tra i sessi per quanto riguarda la menzione dei diversi fattori che ostacolano un'alimentazione sana. La maggior parte dei fattori di ostacolo sono citati da donne e uomini con simile frequenza. Si denotano invece differenze più importanti per quanto riguarda la voce «preferenza per il mangiar bene» e la «predilezione per i pasti abbondanti», entrambi citati più spesso dagli uomini, e il «prezzo elevato» a cui fanno un po' più frequentemente riferimento le donne intervistate.

Le differenze minime rilevate nelle risposte date da donne e uomini fanno sì che anche nel totale dei fattori di ostacolo menzionati non vi siano quasi differenze tra i sessi. Sia le donne sia gli uomini menzionano infatti una media di 2,2 fattori di ostacolo.

B) Fattori che ostacolano un'alimentazione sana, in base al sesso, 2012

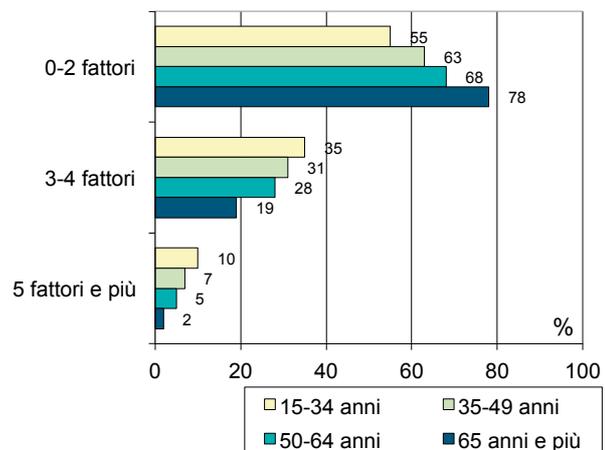


Fonte: ISS 2012 (n= 16 061).

Si ha un quadro diverso se il numero dei fattori di ostacolo citati è messo in relazione con l'età (grafico C), la formazione scolastica (grafico D) e il reddito di equivalenza dell'economia domestica degli interpellati (grafico E).

Dal grafico C, per esempio, si desume che il numero di fattori di ostacolo citati diminuisce con l'aumentare dell'età.

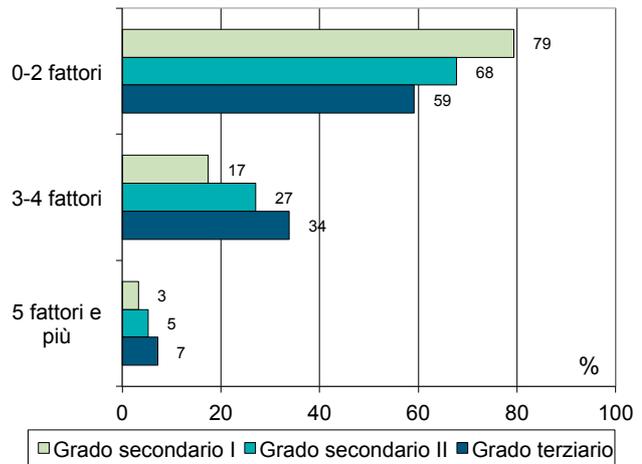
C) Fattori che ostacolano un'alimentazione sana, in base all'età, 2012



Fonte: ISS 2012 (n= 16 061).

Dalle figure D ed E risulta invece che il numero dei fattori di ostacolo tende a essere maggiore nei gruppi con un elevato grado d'istruzione piuttosto che nei gruppi poco istruiti. Le persone che hanno conseguito un diploma di grado terziario (formazione universitaria) menzionano in media 2,4 fattori di ostacolo; le persone con un diploma di livello secondario II (formazione professionale, tirocinio) fanno invece riferimento a una media di 2,1 fattori di ostacolo; mentre per chi ha frequentato soltanto le scuole dell'obbligo (livello secondario I) il numero di fattori di ostacolo si riduce a una media di 1,8.

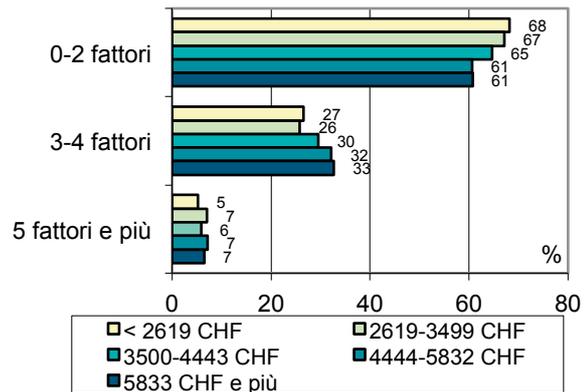
D) Fattori che ostacolano un'alimentazione sana, in base alla formazione scolastica (persone a partire da 25 anni), 2012



Fonte: ISS 2012 (n= 16 026).

Per quanto concerne il reddito, si riscontrano invece differenze relativamente minime. Tutti e cinque i gruppi rappresentati nel grafico E, e suddivisi in base al reddito, citano una media compresa tra i 2,2 e i 2,4 fattori di ostacolo.

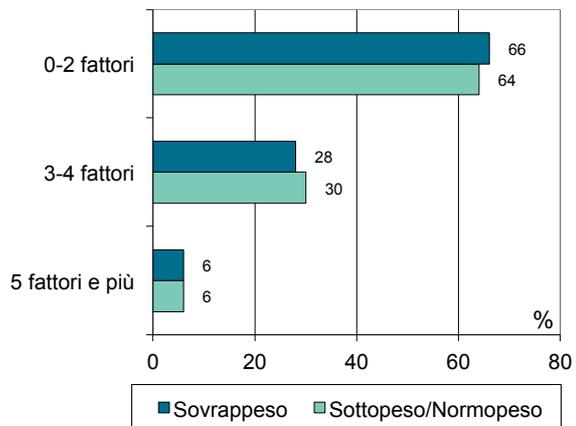
E) Fattori che ostacolano un'alimentazione sana, in base ai redditi di equivalenza dell'economia domestica, 2012



Fonte: ISS 2012 (n= 15 346).

Sono minime anche le relazioni tra il background migratorio e i fattori di ostacolo, non raffigurate qui: le percentuali di svizzeri dalla nascita, persone naturalizzate e stranieri che menzionano un certo numero di fattori di ostacolo sono praticamente identiche.

F) Fattori che ostacolano un'alimentazione sana, in base all'IMC, 2012



Fonte: ISS 2012 (n=15 966).

Da ultimo, anche se si prende l'IMC quale parametro di classificazione, non si denotano differenze nella menzione dei fattori di ostacolo. Le persone sovrappeso non constatano con più frequenza rispetto alle persone di peso normale o sottopeso eventuali fattori che potrebbero ostacolare un'alimentazione sana.

Nel 2009, nell'ambito dello studio pilota inerente all'Indagine nazionale sulla nutrizione, i fattori di ostacolo a un'alimentazione sana sono stati rilevati secondo modalità analoghe a quelle dell'ISS. Il grafico G mostra i risultati dello studio pilota, confrontandoli con quelli dell'ISS 2012.

Da notare che gli intervistati dello studio pilota hanno menzionato tutti i fattori di ostacolo con una frequenza a volte nettamente superiore rispetto agli intervistati dell'ISS. Le maggiori discrepanze riguardano in particolare i fattori «mancanza di volontà» e «predilezione per i pasti abbondanti», che nello studio pilota sono stati citati più del doppio delle volte, e il ruolo svolto dall'ambiente sociale.

Le differenze potrebbero indicare da un lato l'elevato grado di sensibilizzazione nel contesto di un'indagine specifica sull'alimentazione; dall'altro la realtà documentata nel grafico A di cui sopra potrebbe avere avuto tuttavia un ruolo, cosicché i fattori di ostacolo sono menzionati oggi, in generale, un po' meno raramente rispetto a qualche anno fa.

Il grafico H presenta i risultati dell'iniziativa Coop «Obiettivo sui trend alimentari». Il motivo più spesso citato dell'inosservanza delle raccomandazioni alimentari è semplicemente la loro mancata presa in considerazione («non ci penso proprio»).

Un'analisi per gruppi d'età, qui non presentata, indica che sono soprattutto i giovani di età inferiore ai 30 anni a dimenticarsi di attenersi a quanto raccomandato per un'alimentazione equilibrata (61 %). Altri ostacoli spesso citati a una sana alimentazione sono la scarsità di tempo e l'eccessivo dispendio. Diversamente dal grafico B, meno del 30 per cento di tutti gli intervistati in questo studio ritiene che i costi siano un fattore di ostacolo all'osservanza delle raccomandazioni alimentari.

### Altre informazioni

UST (2005): Ernährungsgewohnheiten in der Schweiz. Stand und Entwicklungen auf der Grundlage der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997 und 2002 (in tedesco). StatSanté 2/2005. Neuchâtel: UST.

Coop (2009): Obiettivo sui trend alimentari. Alimentazione sana: atteggiamenti, nozioni e abitudini (febbraio 2009). Basilea: Coop.

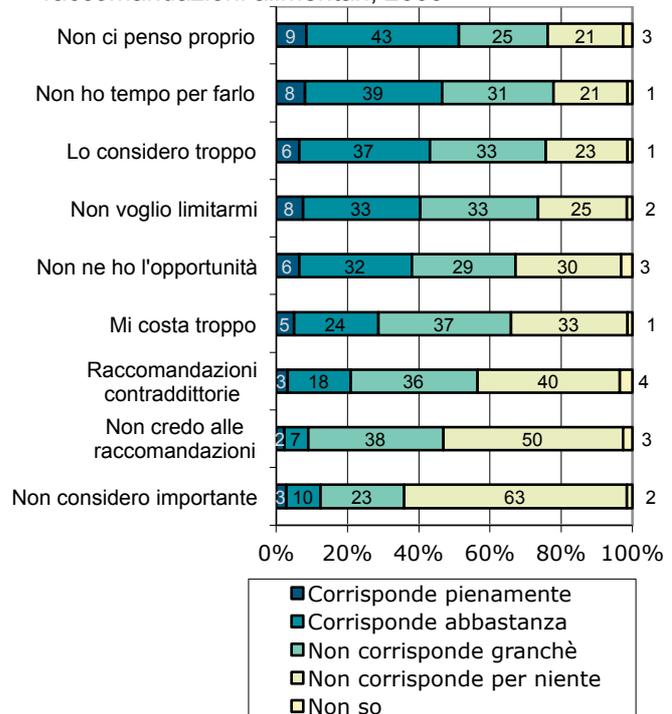
Gfs-Zürich (2010): Studio pilota NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland): 24 Hour Recall e comportamento alimentare. Rapporto conclusivo. Zurigo: gfs.

G) Fattori che ostacolano un'alimentazione sana, comparazione tra ISS 2012 e studio pilota NANUSS 2009



Fonte: Studio pilota NANUSS 2009 (n=1545) e ISS 2012 come da grafico A; domanda formulata in modo identico nell'ISS e nel NANUSS.

H) Fattori che ostacolano l'osservanza delle raccomandazioni alimentari, 2009

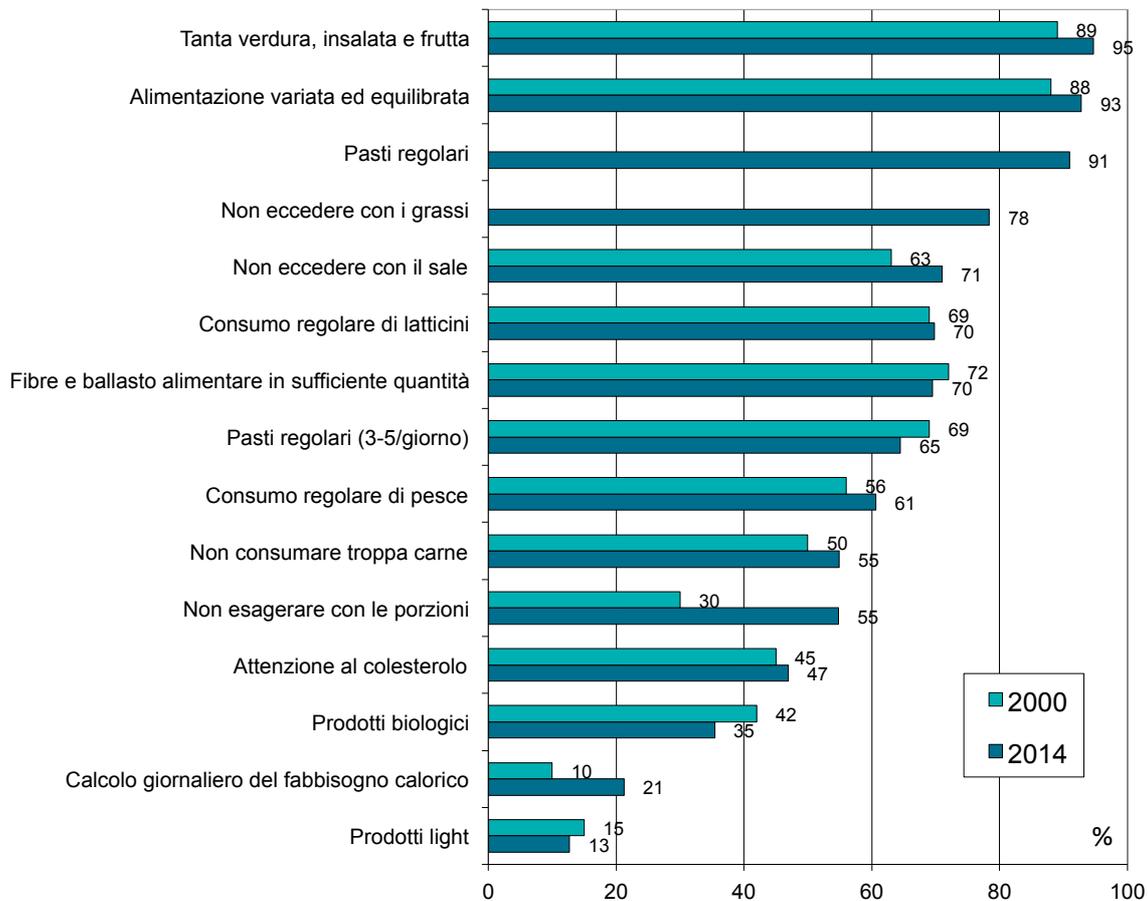


Fonte: iniziativa Coop, Obiettivo sui trend alimentari, «Alimentazione sana: atteggiamenti, nozioni e abitudini» 2009, n=531. Risposte alla domanda: «Nel valutare le seguenti affermazioni, in che misura Lei ritiene esse possano riguardare la Sua persona? Non sempre seguo le raccomandazioni, perché...».

## Indicatore 1.5: conoscenza delle raccomandazioni alimentari

Chi vuole seguire un'alimentazione equilibrata deve conoscerne i presupposti, vale a dire sapere come deve essere l'alimentazione per definirsi equilibrata e come fare per nutrirsi in modo sano. Lo studio «Nutri-Trend» effettuato nel 2000 da Nestlé, con il supporto dell'UFSP, e il modulo MOSEB dell'Omnibus 2014 dell'Ufficio federale di statistica contemplavano un elenco di domande sul grado di conoscenza delle raccomandazioni alimentari. Come risulta dal grafico seguente, le principali raccomandazioni alimentari non solo sono note alla grande maggioranza della popolazione, bensì rivestono anche un'importanza preponderante nei comportamenti nutrizionali concreti. Nel 2014, inoltre, gli intervistati definiscono «importante» la maggior parte delle raccomandazioni più spesso che nel 2000.

### A) Importanza attribuita dalla popolazione svizzera alle diverse raccomandazioni alimentari, 2000 e 2014



Fonte: «Nutri-Trend 2000» di Nestlé SA (n=1004) e Omnibus 2014 dell'UST (n tra 2979 e 2986 a seconda della raccomandazione). Risposte alla domanda: «Le leggo alcune affermazioni sull'alimentazione: indichi ogni volta se secondo Lei è importante, così così o non è importante prestarvi attenzione». È raffigurata la percentuale di intervistati che hanno definito «importante» la raccomandazione.

#### Base di dati

I dati provengono dall'indagine telefonica sulla popolazione di età compresa tra 15 e 74 anni (n=2993) dell'Omnibus 2014 dell'Ufficio federale di statistica (modulo MOSEB), dalle interviste telefoniche (n=1004) dello studio «Nutri-Trend» del 2000 (Nestlé), dai sondaggi demoscopici telefonici del 2006 (n=1441) e del 2009 (n=1008) di Promozione Salute Svizzera e dell'Università di Lugano, dall'iniziativa Coop «Obiettivo sui trend

alimentari»/«Alimentazione sana: atteggiamenti, nozioni e abitudini» di febbraio 2009 (n=531), dallo studio pilota rappresentativo della popolazione residente in Svizzera e inerente all'Indagine nazionale sulla nutrizione del 2009 (n=1545) nonché da menuCH, ovvero il sondaggio nazionale sull'alimentazione condotto dall'Ufficio federale della sicurezza alimentare e di veterinaria (USAV) in collaborazione con l'UFSP per gli anni 2014/15 (soggetti intervistati di età compresa tra 18 e 75 anni, n=2085, cfr. Bochud et al. 2017).

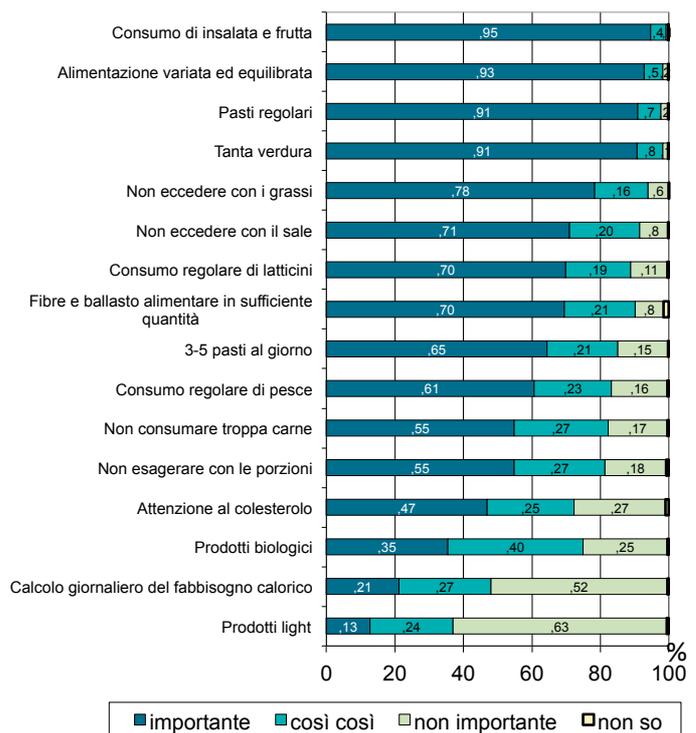
## Altri risultati

I grafici B-D mostrano risultati dettagliati sulle raccomandazioni alimentari in base al modulo MOSEB dell'Omnibus 2014 dell'UST. Oltre alle percentuali di intervistati che hanno definito «importanti» le varie raccomandazioni, il grafico B riporta anche quelle di coloro che hanno risposto «così così» o «non importante». Dal grafico emerge che solo le quattro raccomandazioni in fondo alla classifica sono state definite almeno in parte importanti («importante»/«così così») da meno dell'80 per cento degli intervistati. Il fatto che all'ultimo posto figurino i prodotti light rispecchia non da ultimo il fatto che la loro utilità per un'alimentazione equilibrata è controversa anche tra gli esperti.

Dal grafico C emerge invece che le donne sono più sensibili alle raccomandazioni alimentari degli uomini. Solo per la raccomandazione di consumare prodotti light, una raccomandazione controversa, gli uomini registrano una percentuale leggermente superiore di persone che la considerano importante. Per le altre raccomandazioni, la differenza è invece almeno del 10 per cento a favore delle donne (sale, fibre/ballasto alimentare, 3-5 pasti, non troppa carne). Fatta eccezione per il colesterolo, per tutte le altre raccomandazioni la differenza tra uomini e donne è statisticamente significativa ( $p < .05$ ).

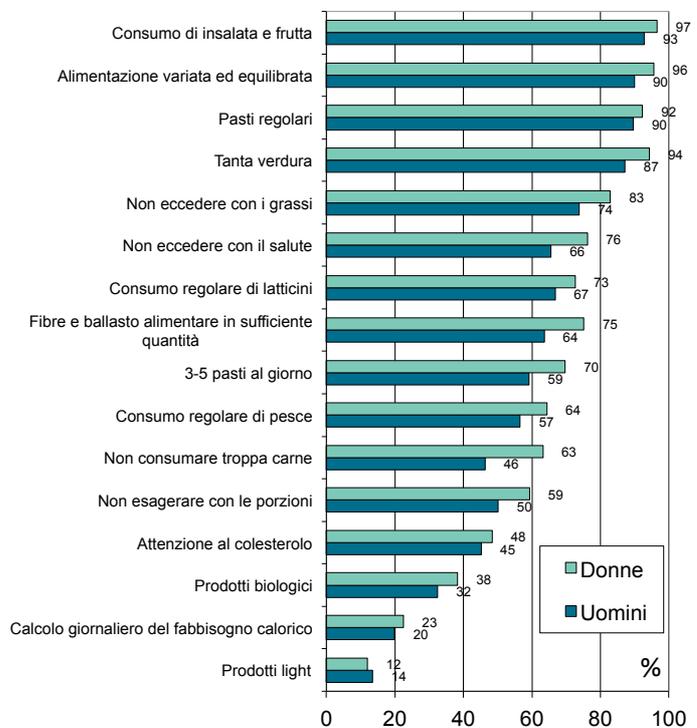
Le differenze in base all'età, alla nazionalità, al livello di formazione e alla lingua, qui non raffigurate, sono meno nette rispetto a quelle in base al sesso. Nel complesso spicca tuttavia il fatto che le raccomandazioni acquistano maggior importanza con l'età. Emergono inoltre alcune differenze culturali: gli stranieri e gli abitanti della Svizzera romanda e meridionale privilegiano più spesso la raccomandazione relativa al pesce e danno invece meno importanza al consumo di latticini.

## B) Importanza delle raccomandazioni alimentari, 2014



Fonte: Omnibus 2014 dell'UST (n tra 2979 e 2986 a seconda della raccomandazione).

## C) Importanza delle raccomandazioni alimentari in base al sesso, 2014



Osservazione: percentuale di intervistati che hanno definito «importante» la raccomandazione.

Fonte: Omnibus 2014 dell'UST (n tra 2979 e 2986 a seconda della raccomandazione).

Le differenze menzionate emergono chiaramente anche nel grafico D, che riassume i grafici precedenti, indicando la percentuale di intervistati che definiscono «importanti» almeno 10 delle 16 raccomandazioni. Il grafico mostra una volta di più la differenza in base al sesso nonché l'effetto dovuto all'età, particolarmente marcato sotto i 35 anni: in questa classe di età gli intervistati considerano importanti nettamente meno raccomandazioni delle persone di età più avanzata. In Ticino le raccomandazioni alimentari sembrano un po' più importanti che nel resto del Paese, mentre la Svizzera orientale e la regione del Lemano si distinguono per percentuali relativamente basse di persone che considerano importanti più di 10 raccomandazioni.

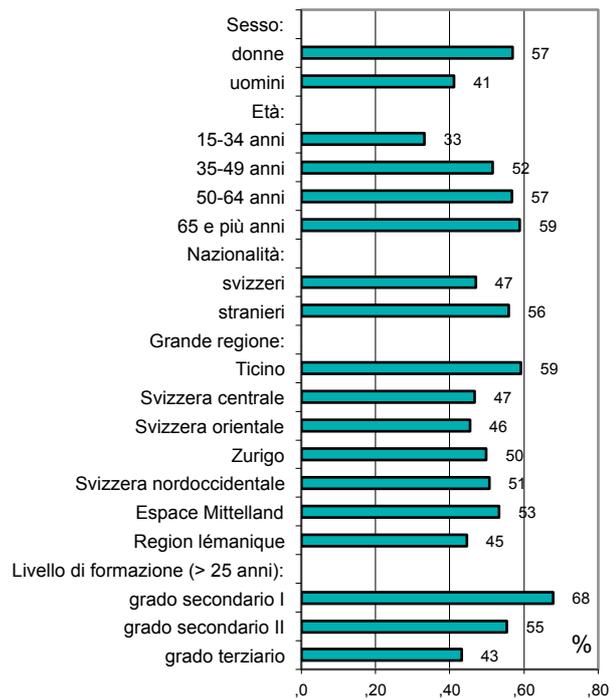
I risultati in base al livello di formazione mostrano infine che le persone con una formazione inferiore considerano importanti più raccomandazioni. Si tratta di un risultato sorprendente: per le altre domande sull'alimentazione si osserva infatti un effetto opposto in base alla formazione (cfr. anche grafico I).

Analogamente ai grafici A e B, il grafico E contiene la «graduatoria» delle raccomandazioni alimentari; in questo caso sono tuttavia raffigurati i risultati dei sondaggi demoscopici di Promozione Salute Svizzera. Rispetto all'Omnibus dell'UST, in queste indagini i valori risultano inferiori poiché si tratta di risposte spontanee, non suggerite.

Anche da questo grafico si evince tuttavia in modo chiaro che il consumo di frutta e verdura così come un'alimentazione «equilibrata» sono le risposte più gettonate. Spicca inoltre come tra il 2006 e il 2009 si sia registrato un maggior numero di risposte per la maggior parte delle raccomandazioni, mentre nel 2012 varie raccomandazioni hanno segnato una leggera flessione a favore dell'opzione generica «altro». Ciò suggerisce che oggi le raccomandazioni alimentari sono percepite e menzionate in modo maggiormente differenziato rispetto a qualche anno fa.

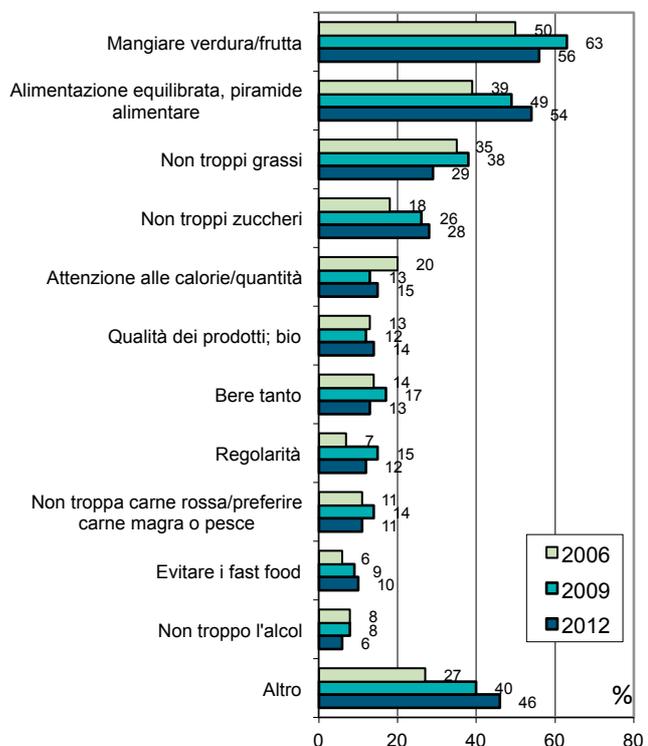
Anche nell'ultimo sondaggio demoscopico di Promozione Salute Svizzera le donne si rivelano più consapevoli dell'alimentazione degli uomini, mentre le differenze in base al livello di formazione e alla regione linguistica sono inesistenti o irrilevanti.

#### D) Percentuale di intervistati che definiscono «importanti» almeno 10 delle 16 raccomandazioni, 2014



Fonte: Omnibus 2014 dell'UST (n tra 2427 e 2831 a seconda della caratteristica)

#### E) Conoscenza delle raccomandazioni alimentari, 2006, 2009 e 2012

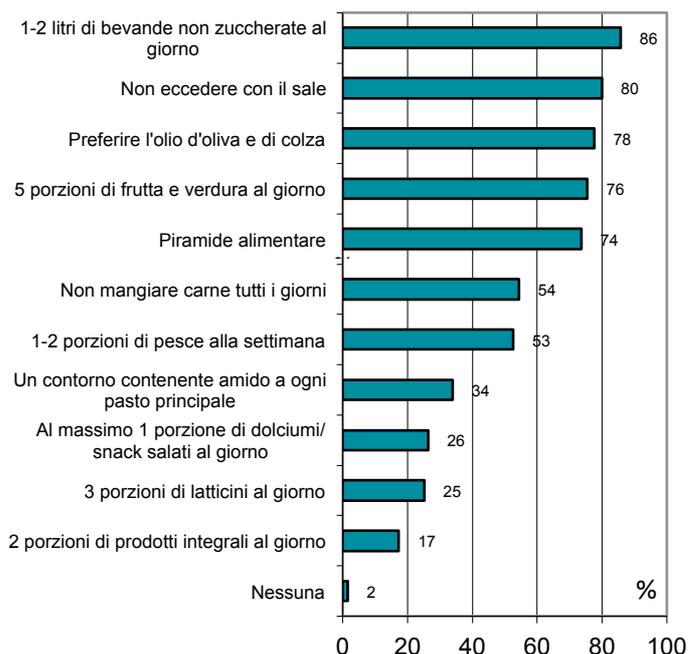


Fonte: sondaggi 2006, 2009 e 2012 effettuati da Promozione Salute Svizzera in collaborazione con l'Università di Lugano. Osservazione: risposte alla domanda libera «Che cosa occorre osservare se si vuole mangiare sano?»

Il grafico F mostra infine i risultati dell'iniziativa Coop Obiettivo sui trend alimentari: il 98 per cento degli intervistati è a conoscenza di almeno una delle raccomandazioni alimentari menzionate, tra cui la più nota è quella riguardante l'assunzione di 1-2 litri al giorno di bevande non zuccherate (86 %). Inoltre, più di tre quarti degli intervistati sono a conoscenza delle raccomandazioni di non eccedere con il sale, di preferire olio d'oliva e di colza, nonché di consumare 5 porzioni di frutta e verdura al giorno. Anche la piramide alimentare è nota al 74 per cento degli intervistati.

Il grafico si riferisce alla conoscenza delle raccomandazioni alimentari, mentre l'indicatore 1.1 sopra e l'indicatore 4D della raccolta di indicatori di Promozione Salute Svizzera forniscono dati sulla misura in cui tali raccomandazioni sono effettivamente osservate.

#### F) Conoscenza delle raccomandazioni alimentari



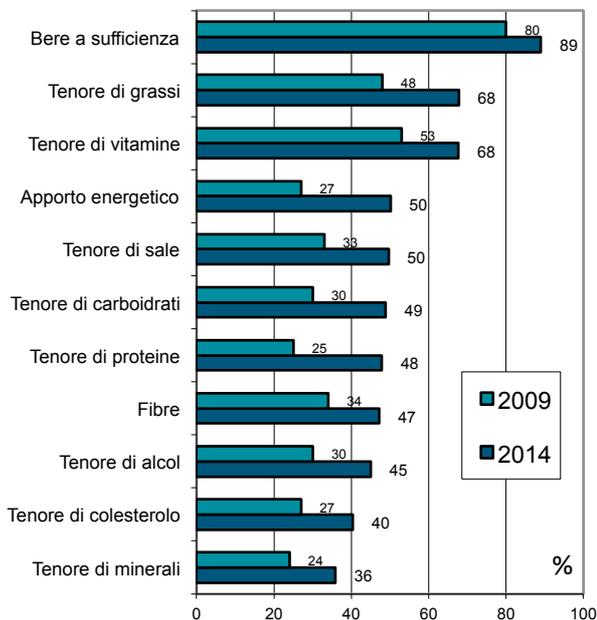
Fonte: iniziativa Coop Obiettivo sui trend alimentari, «Alimentazione sana: atteggiamenti, nozioni e abitudini», 2009, n=531; risposte alla domanda: «Quali delle seguenti raccomandazioni alimentari conosce?»

Sia lo studio pilota NANUSS del 2009 che l'Omnibus 2014 dell'UST contenevano una serie di domande su proprietà nutritive concrete a cui gli intervistati prestano attenzione e che di conseguenza forniscono ulteriori indicazioni sulla conoscenza delle raccomandazioni alimentari.

Occorre tuttavia tener presente che i risultati raffigurati nei grafici G-I vanno al di là della semplice conoscenza delle raccomandazioni alimentari e forniscono indicazioni supplementari sull'osservanza di tali raccomandazioni, un aspetto esplorato dall'indicatore 1.1.

Dal grafico G emerge che gli intervistati prestano spesso attenzione in particolare al fatto di bere in quantità sufficiente e al tenore di vitamine e grassi degli alimenti. Spicca inoltre che tra il 2009 e il 2014 tutte le raccomandazioni hanno fatto passi avanti, il che potrebbe tuttavia essere legato in parte anche a una formulazione leggermente modificata. Nel complesso, tuttavia, l'ordine delle risposte resta pressoché invariato.

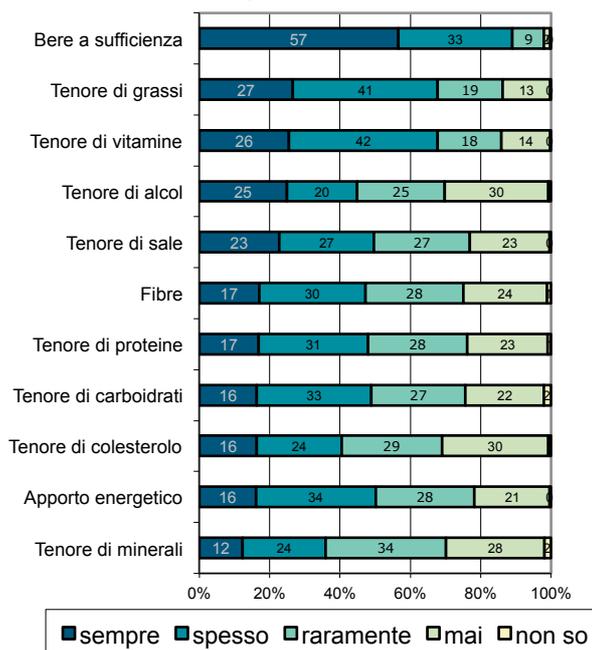
#### G) Importanza di varie proprietà nutritive nell'alimentazione, 2009 e 2014



Fonte: studio pilota NANUSS 2009 (n=1545); risposte alla domanda: «Nella Sua alimentazione, con quale frequenza presta attenzione a ...» nonché Omnibus 2014 dell'UST (n tra 2957 e 2986 a seconda della proprietà); risposte alla domanda: «Le leggerò alcuni aspetti a cui si può prestare attenzione nell'alimentazione. Mi dica se vi presta attenzione sempre, spesso, raramente o mai». Percentuale di persone che hanno risposto «sempre» o «spesso».

I dati dettagliati relativi al 2014 riportati nel grafico H confermano la grande importanza di bere regolarmente, l'unica delle 11 risposte a cui presta «sempre» attenzione oltre la metà degli intervistati. Tutte le altre proprietà nutritive sono invece «sempre» osservate solo dal 12-27 per cento degli intervistati.

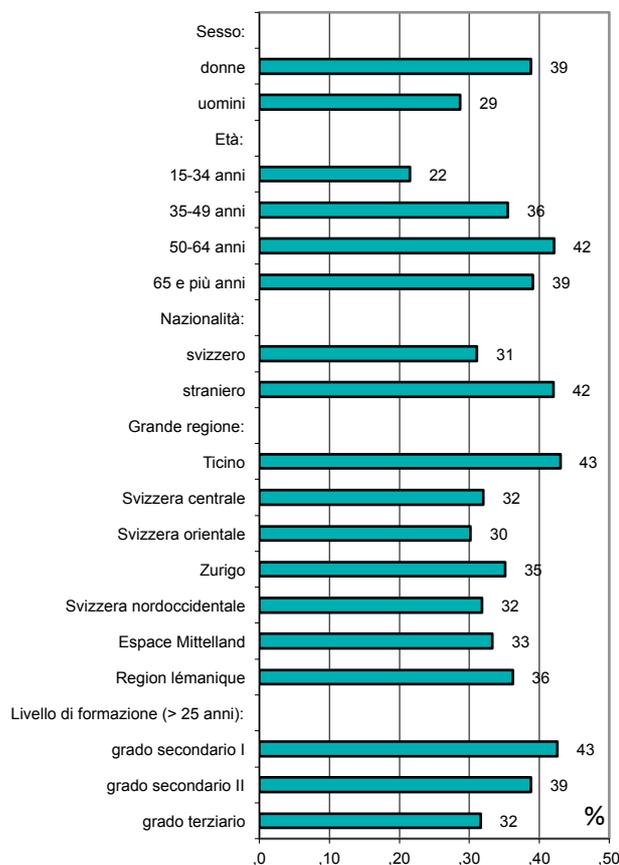
#### H) Importanza di varie proprietà nutritive nell'alimentazione, 2014



Fonte: Omnibus 2014 dell'UST (n tra 2957 e 2986 a seconda della proprietà); formulazione della domanda cfr. grafico K.

Il grafico I mostra infine la percentuale degli intervistati che prestano attenzione «sempre» o «spesso» a otto o più delle 11 proprietà nutritive enumerate. Le donne, le persone a partire da 35 anni, gli stranieri, le persone che non sono andate oltre la scuola dell'obbligo nonché quelle residenti in Ticino si orientano maggiormente alle proprietà nutritive rispetto agli altri intervistati.

#### I) Percentuale di intervistati che prestano attenzione «sempre» o «spesso» a otto o più proprietà nutritive



Fonte: Omnibus 2014 dell'UST (n tra 2371 e 2784 a seconda della proprietà).

I grafici J e K illustrano i risultati dello studio menuCH 2014/15 dell'USAV e dell'UFSP. Come già emerso in precedenti indagini, oltre tre quarti degli intervistati affermano di conoscere la piramide alimentare svizzera. Il numero di donne, giovani e intervistati di Svizzera francese e Ticino che conoscono le raccomandazioni alimentari è più elevato rispetto agli uomini, agli anziani e agli intervistati della Svizzera tedesca.

Anche il grado di conoscenza della raccomandazione di consumare «5 porzioni di frutta e verdura al giorno» si differenzia a seconda del sesso, dell'età, della regione linguistica e del livello di istruzione scolastica (cfr. grafico K). Il grado di conoscenza è inferiore tra gli uomini; inoltre diminuisce con l'avanzare dell'età e aumenta invece di pari passo con il livello di istruzione. I valori più bassi del grado di conoscenza della raccomandazione si riscontrano in Ticino (oltre il 40 %), benché nella stessa regione linguistica più del doppio degli intervistati dichiarino di conoscere la piramide alimentare svizzera.

Riassumendo in merito alle raccomandazioni alimentari, è possibile constatare che negli scorsi anni il grado di conoscenza tra la popolazione svizzera e l'importanza loro attribuita sono rimaste stabili. Se le raccomandazioni di mangiare molta frutta e verdura o bere a sufficienza sono note a un'ampia maggioranza degli intervistati, per alcune altre raccomandazioni – come quella di non consumare troppa carne – si riscontrano tuttavia ancora lacune. Inoltre emergono differenze sociodemografiche e socioeconomiche che tuttavia si distinguono nettamente, per portata e orientamento, a seconda della base dei dati.

### Altre informazioni

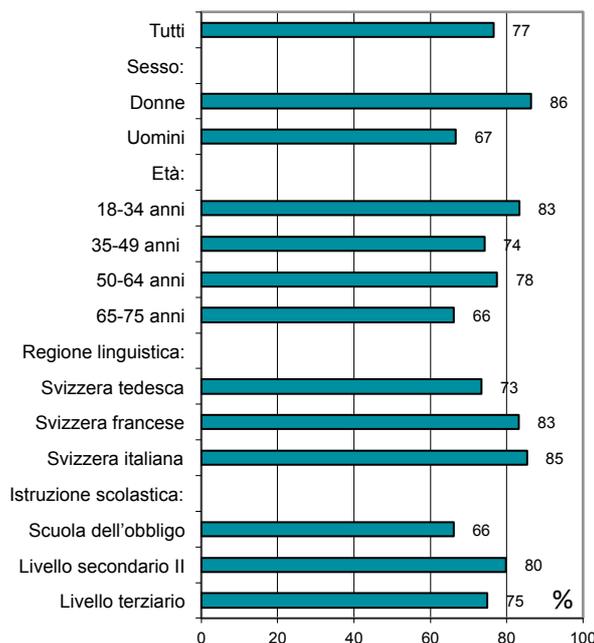
Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studio su incarico dell'USAV e dell'UFSP. Losanna: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Coop (2009): Obiettivo sui trend alimentari. Alimentazione sana: atteggiamenti, nozioni e abitudini (febbraio 2009). Basilea: Coop.

Dubowicz, A., A-L. Camerini, R. Ludolph, J. Amman e P.J. Schulz (2013): Ernährung, Bewegung und Körpergewicht. Wissen, Einstellungen und Wahrnehmung der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen von 2006, 2009 und 2012 (Arbeitspapier 6). Berna; Promozione Salute Svizzera.

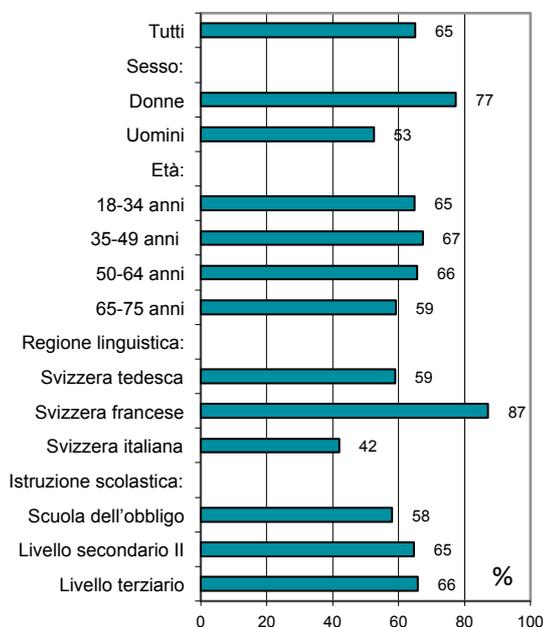
Gfs-Zürich (2010): Studio pilota NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland): 24 Hour Recall e comportamento alimentare. Rapporto conclusivo. Zurigo: gfs.

### J) Grado di conoscenza della piramide alimentare svizzera in per cento, per sesso, età, regione linguistica e livello di istruzione, 2014/2015



Fonte: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, Bochud et al. (2017).

### K) Grado di conoscenza della raccomandazione di consumare «5 porzioni di frutta e verdura al giorno», per sesso, età, regione linguistica e livello di istruzione, in per cento, 2014/2015



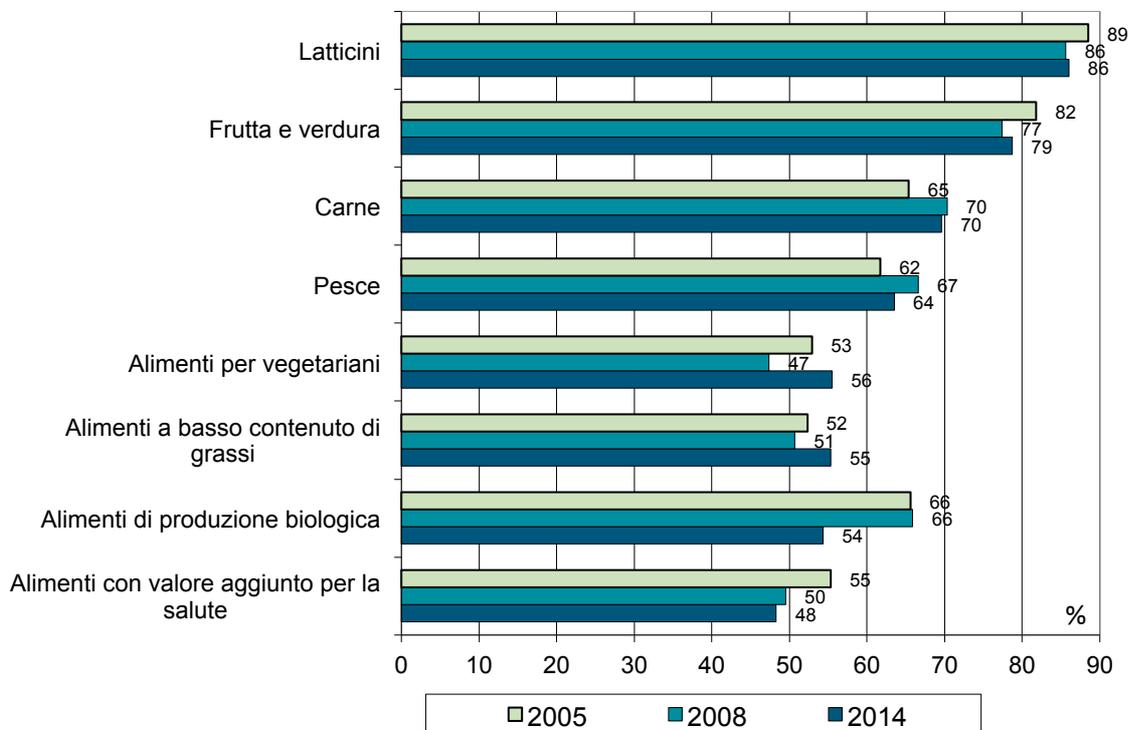
Fonte: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, Bochud et al. (2017).

## Indicatore 1.6: percezione dell'offerta e delle informazioni alimentari

L'offerta di alimenti salutari è una premessa importante per un'alimentazione equilibrata. Le iniziative tese alla promozione di un'alimentazione sana possono realizzarsi non solo se si hanno a disposizione generi alimentari salutari, ma anche e soltanto se i consumatori sanno dove e come procurarsi e preparare tali alimenti.

Nel quadro di vari studi, nel 2005, nel 2008 e nel 2014 i consumatori sono stati chiamati a valutare l'offerta di generi alimentari. Come appare dal grafico seguente, la grande maggioranza degli interpellati è soddisfatta dell'offerta di latticini così come di frutta e verdura: in questi segmenti tra il 2005 e il 2014 le valutazioni non sono mutate molto. Si osservano variazioni contenute anche per la maggior parte delle altre offerte. Fanno eccezione gli alimenti di produzione biologica, la cui offerta oggi soddisfa meno rispetto al 2005. Dato che è poco probabile che l'offerta in questo lasso di tempo sia effettivamente peggiorata, questo risultato è forse dovuto a un'accresciuta sensibilizzazione e domanda verso tali prodotti.

### A) Grado di soddisfazione per quanto concerne l'offerta di alimenti selezionati, 2005-2014



Fonte: «Food Consumption 2005 e 2008» del Retail-Lab dell'Università di San Gallo nonché Omnibus 2014 dell'UST; numero di casi (a seconda della risposta): 2005: 575-918; 2008: 680-1032; 2014: 2130-2945. Risposte alla domanda (2005, 2008): «L'attuale offerta al dettaglio dei seguenti generi alimentari corrisponde alle mie aspettative» risp. (2014): «L'offerta attuale dei seguenti alimenti nel commercio al dettaglio corrisponde alle Sue aspettative?»

#### Base di dati

Modulo MOSEB dell'Omnibus 2014 dell'Ufficio federale di statistica; indagine telefonica (n=2993).

«Food Consumption» del Retail-Lab dell'Istituto di marketing e commercio dell'Università di San Gallo. Sondaggio personale in supermercati e centri commerciali, numero dei casi 2008: 1074. I risultati relativi agli anni 2005 e 2008 sono stati ripresi dall'opuscolo «Food Consumption 2008» (per il rimando alla fonte cfr. «Altre informazioni»).

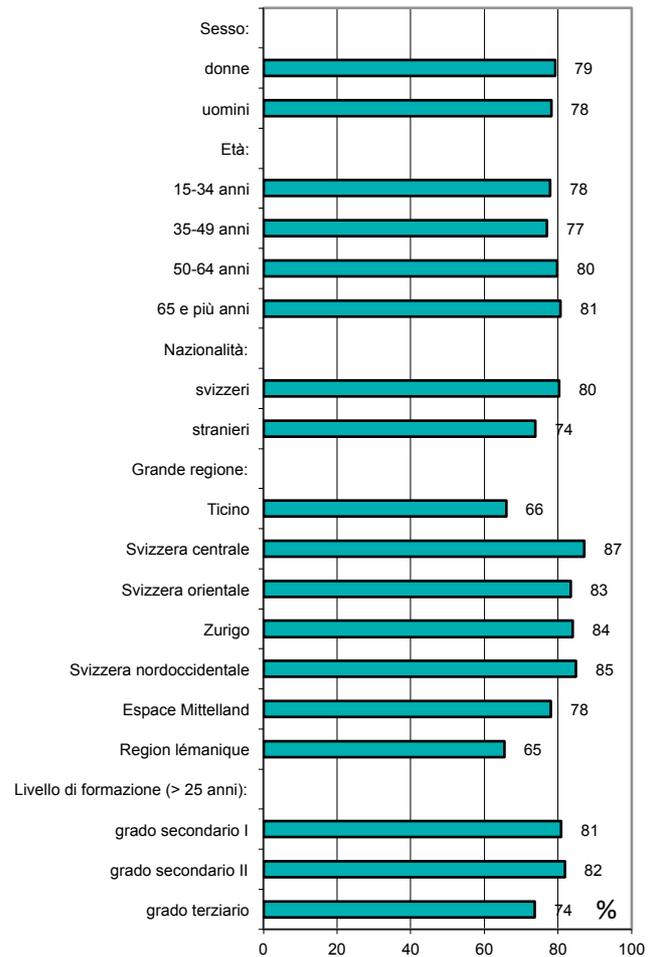
Gli altri risultati sono stati ripresi dallo studio pilota 2009 rappresentativo della popolazione residente in Svizzera e inerente all'Indagine nazionale sulla nutrizione (n= 1545, grafico C), da un'analisi effettuata dalla Società Svizzera di Nutrizione sull'efficacia dell'etichettatura dei prodotti alimentari (2010, n= 1016, grafico E), nonché dallo studio MACH Consumer 2-10 (WEMF-AG, n=11 336, grafico G).

### Altri risultati

Analisi correlate dei dati relativi alla valutazione dell'offerta di alimenti – nel grafico B sono riportati a titolo rappresentativo i risultati sull'offerta di frutta e verdura – non mostrano praticamente alcuna differenza significativa tra uomini e donne nonché tra le varie classi di età per il 2014. Gli svizzeri sono invece nettamente più soddisfatti degli stranieri per la maggior parte delle componenti dell'offerta. Ciò potrebbe essere legato a un'offerta orientata principalmente verso la popolazione indigena.

È inoltre interessante notare che gli svizzeri tedeschi sono più soddisfatti dell'offerta dei romandi e dei ticinesi. Non è possibile valutare se tale risultato sia dovuto al fatto che i bisogni o le esigenze più elevati di queste due minoranze non siano considerati in misura sufficiente.

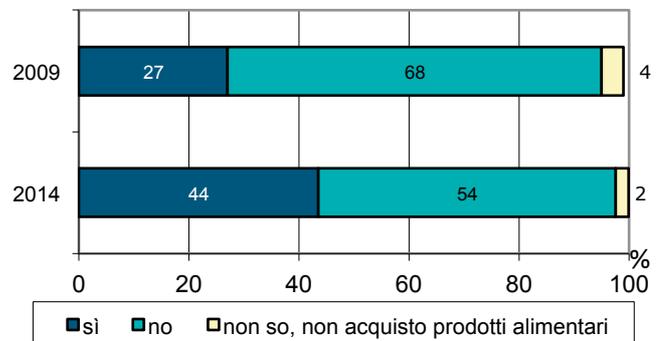
### B) Percentuale di popolazione le cui aspettative in termini di offerta di frutta e verdura sono soddisfatte in base a varie caratteristiche, 2014



Fonte: Omnibus 2014 dell'UST, n tra 2548 e 2945 a seconda della caratteristica

Il grafico C mostra con più concretezza il grado di attenzione verso i dati nutrizionali nell'acquisto di generi alimentari. Se nel 2009 solo un po' più di un quarto degli intervistati teneva conto di tali dati, nel 2014 tale percentuale è salita al 44 per cento. I grafici G e H dell'indicatore 1.5 mostrano a quali dati si presta attenzione concretamente.

### C) Attenzione ai dati nutrizionali all'acquisto di generi alimentari, 2009 e 2014



Fonte: studio pilota NANUSS 2009 (n = 1545) e Omnibus 2014 dell'UST (n=2991); risposte alla domanda: «Nell'acquisto di generi alimentari, presta attenzione ai dati nutrizionali?»

Secondo il grafico D, l'attenzione ai dati nutrizionali varia leggermente in base al sesso, all'età, alla nazionalità e alla regione: le donne, le persone di mezza età, gli stranieri e le persone residenti nella Svizzera romanda e in Ticino prestano un po' più di attenzione ai dati nutrizionali delle altre persone.

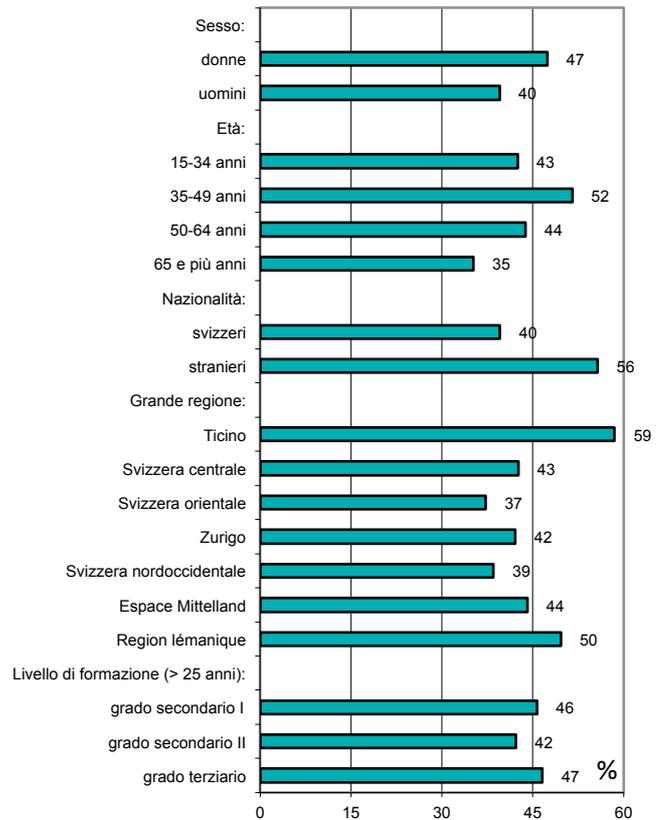
Uno studio condotto dal Politecnico federale di Zurigo nella Svizzera tedesca mediante un questionario scritto sull'utilizzo dell'etichettatura del valore nutritivo degli alimenti è giunto a risultati simili, che però non sono illustrati qui (Hess et al. 2012, n=1162). Sia per la scelta di un prodotto mai acquistato in precedenza, sia nella scelta tra due alimenti, un terzo degli intervistati presta spesso attenzione all'etichettatura del valore nutritivo, mentre un terzo vi presta attenzione molto di rado oppure mai. Le donne consultano queste informazioni più spesso degli uomini. Altri fattori che hanno un nesso positivo con l'utilizzo dell'etichettatura del valore nutritivo sono la consapevolezza alimentare, le conoscenze sull'alimentazione, la consapevolezza del proprio stato di salute e la capacità di interpretare i dati.

Lo studio pilota inerente all'Indagine nazionale sulla nutrizione contiene anche la domanda se sarebbe auspicabile un'etichettatura omogenea degli alimenti sani. Il 51 per cento degli intervistati giudica una simile identificazione «(molto) importante» e un altro 22 per cento ne sarebbe lieto almeno «in parte».

Uno studio effettuato dalla Società Svizzera di Nutrizione nel 2010 ha messo a confronto i vari sistemi d'etichettatura (Guideline Daily Amount [GDA], semaforo, label per alimenti sani) allo scopo di orientare i consumatori verso quelli particolarmente efficaci. Dei tre sistemi menzionati, solo il GDA è ampiamente diffuso in Svizzera (cfr. grafico E). Questo «valore indicativo per l'apporto giornaliero» indica il valore energetico (calorie) e i contenuti in grammi di grassi, grassi saturi, zuccheri e sodio (sale) di una porzione di prodotto e a quali percentuali corrispondono tali quantità come valore indicativo medio per l'apporto giornaliero di un adulto.

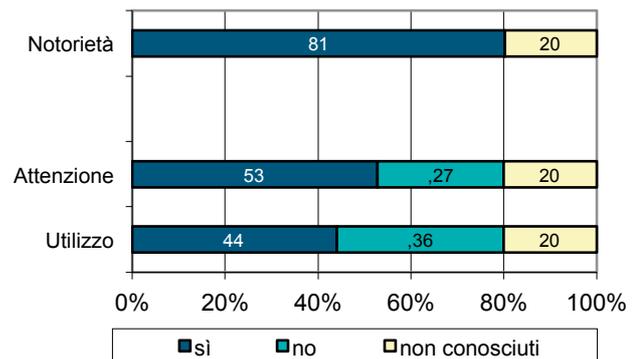
Il grafico E indica che quattro quinti degli intervistati conoscono il sistema GDA, ma anche che solo circa la metà vi presta effettivamente attenzione o ne fa uso. Altri risultati indicano che il GDA gode di una maggiore notorietà nella Svizzera tedesca nonché tra le donne e i giovani rispetto alla Svizzera italiana, alla Svizzera francese nonché agli uomini e agli anziani.

D) Attenzione ai dati nutrizionali all'acquisto di generi alimentari in base a varie caratteristiche, 2014



Fonte: Omnibus 2014 dell'UST (n tra 2582 e 2991 a seconda della caratteristica)

E) Notorietà, grado di attenzione e utilizzo dei dati del Guideline Daily Amount (GDA) riportati sulle confezioni alimentari



Fonte: studio SSN 2010, n=1016; risposte alle domande: «Le è già capitato di vedere la seguente indicazione [GDA] sulle confezioni alimentari?», se a questa domanda è stato risposto con «sì», sono allora state poste le seguenti due domande: «Nella scelta di un alimento, ha mai volutamente fatto attenzione alla seguente indicazione [GDA]?» e: «Nella scelta di un alimento, ha mai volutamente utilizzato la seguente indicazione [GDA]?»

Osservazione: i valori illustrati assommano al 101 per cento a causa delle differenze per arrotondamento.

Il grafico F mostra infine un po' più in generale dove gli intervistati s'informano sugli alimenti. Dal grafico emerge che le informazioni sui prodotti menzionate sopra sono importanti pressoché tanto quanto gli scambi personali con conoscenti e famigliari. Gli specialisti e la pubblicità svolgono invece un ruolo secondario.

Lo studio MACH, che prende in esame oltre 11000 intervistati, rappresenta la più estesa indagine sui consumatori in Svizzera. Secondo tale studio (cfr. grafico G), nel 2010 ben il 50 per cento degli intervistati si è informato direttamente nei negozi sugli alimenti e le bevande, leggendo le etichette sulle confezioni oppure chiedendo consulenza ai venditori. Un po' più del 40 per cento degli intervistati si è informato tramite i giornali (leggendo articoli redazionali o inserzioni pubblicitarie) e quasi una persona su tre ha chiesto consiglio a membri della famiglia o a conoscenti. Sorprende tuttavia sapere che un quinto degli intervistati ammette di non informarsi affatto attivamente.

### Altre informazioni

Gfs-Zürich (2010): studio pilota NANUSS: 24 Hour Recall e comportamento alimentare. Rapporto conclusivo. Zurigo: gfs.

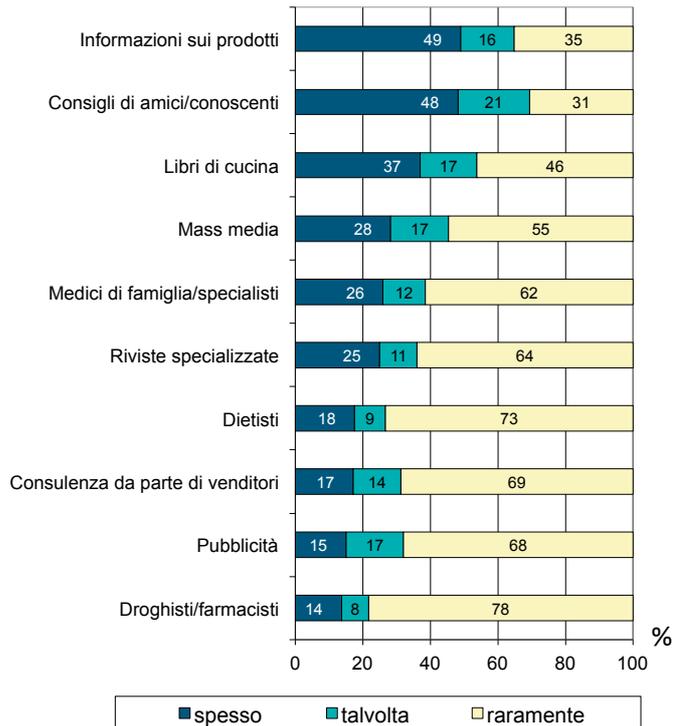
Hess, R., V.H.M. Visschers e M. Siegrist (2011): The role of health-related, motivational and socio-demographic aspects in predicting food label use: A comprehensive study. Public Health Nutr (im Druck).

Infanger, E., Ch. Ryser und M. Beer (2010): Wirksamkeit von drei verschiedenen Front-of-Pack-Kennzeichnungen auf Lebensmittel zur Unterstützung des Konsumenten bei der gesunden Wahl. Berna: SSN.

Rudolph, T. e A. Glas (2008): «Food Consumption 2008». *Ess- und Verzehrverhalten in der Schweiz. St. Gallen* (in tedesco): Retail-Lab dell'Istituto di marketing e commercio dell'Università di San Gallo.

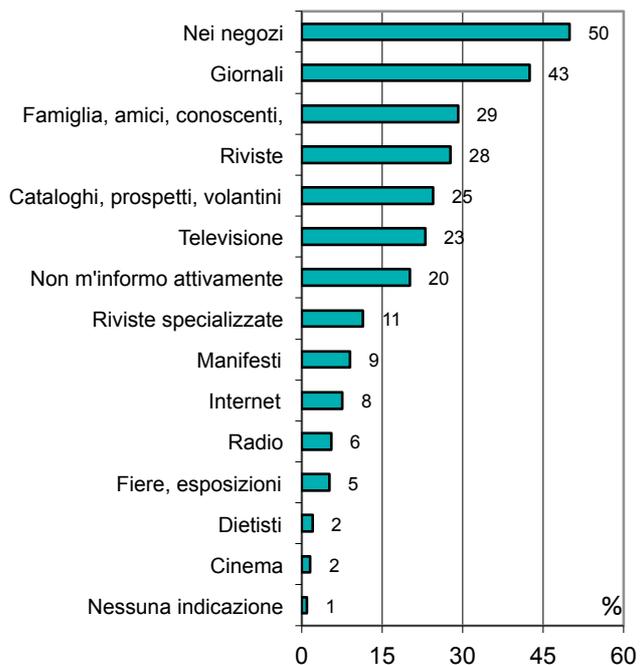
WEMF AG für Werbemedienforschung (2010): MACH Consumer 10-2.

### F) Utilizzo di fonti informative sui generi alimentari



Fonte: Food Consumption 2008, n tra 1043 e 1059 a seconda della fonte d'informazione. Risposte alla domanda: «In materia di alimentazione utilizzo le seguenti fonti informative...»

### G) Percentuale dei consumatori in Svizzera (in %) che si informano sugli alimenti e le bevande mediante le seguenti fonti d'informazione, 2010



Fonte: WEMF (2010): MACH Consumer 10-2

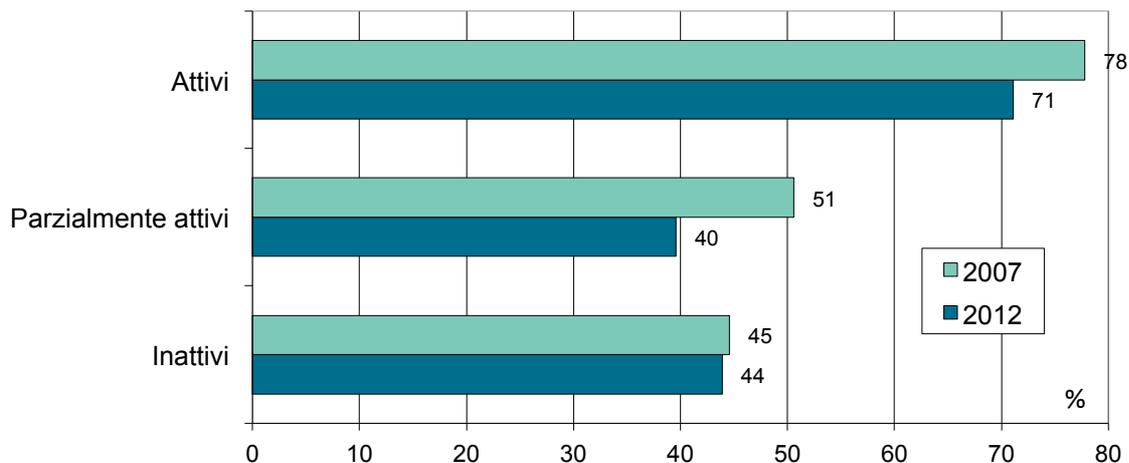
## Indicatore 1.7: conoscenza delle raccomandazioni sull'attività fisica

Secondo le raccomandazioni dell'Ufficio federale dello sport, dell'Ufficio federale della sanità pubblica, di Promozione Salute Svizzera, della Suva e dell'upi attraverso la «Rete svizzera salute e movimento», un adulto dovrebbe fare almeno due ore e mezzo di movimento ogni settimana sotto forma di attività quotidiana o sportiva di intensità «media», vale a dire un'attività che provochi un leggero aumento della respirazione, ma non necessariamente una sudorazione (raccomandazione di base). In alternativa sono raccomandati 75 minuti di sport o attività fisica d'intensità elevata (attività che provocano una sudorazione leggera) o combinazioni di attività fisiche di varia intensità. Assieme alla conoscenza delle raccomandazioni alimentari (indicatore 1.5), anche la conoscenza delle raccomandazioni sull'attività fisica è importante per vivere in modo sano.

Nell'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) dell'Ufficio federale di statistica si chiede agli intervistati se credono di fare abbastanza movimento per la salute. Se si confrontano i dati con il livello di formazione degli intervistati (cfr. indicatore 3.1), emergono indicazioni sulla notorietà delle raccomandazioni sull'attività fisica.

Secondo il seguente grafico, il 71 per cento degli «attivi», che osserva la raccomandazione minima di 150 minuti di moderata attività fisica alla settimana, crede di muoversi in misura sufficiente. Oltre un quarto ritiene al contrario di muoversi troppo poco. Nel gruppo dei parzialmente attivi (le persone che si muovono meno di 150 minuti alla settimana) e degli inattivi (le persone che non si muovono o si muovono appena) invece, la metà crede, nonostante il livello di movimento minimo, di muoversi abbastanza. In tutti i gruppi, la quota di coloro i quali definiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica è diminuita tra il 2007 e il 2012 – e questo sebbene il livello di attività sia, secondo l'indicatore 3.1, complessivamente cresciuto.

### A) Valutazione della propria attività fisica, 2007 e 2012



Fonte: Indagine sulla salute in Svizzera dell'UST 2007 (n=17 200) e 2012 (n=20 509). Risposte alla domanda: «Ritieni di fare abbastanza movimento per la Sua salute?».

La traduzione in cifre del livello di attività fisica si basa su diverse domande riguardanti le attività fisiche intense e moderate (cfr. indicatore 3.1). Gli «attivi» sono le persone che fanno attività fisica per almeno 150 minuti alla settimana. I «parzialmente attivi» si muovono invece meno di 150 minuti alla settimana. Gli «inattivi» non si muovono in una misura degna di nota.

### Base di dati

Indagini sulla salute in Svizzera 2007 e 2012 dell'Ufficio federale di statistica e di Sport Svizzera 2008 dell'Osservatorio sport e movimento Svizzera.

Ulteriori dati sul tema della percezione e della comprensione degli attuali temi concernenti i campi dell'alimentazione e dell'attività fisica si possono trovare all'indicatore 1A di Promozione Salute Svizzera.

## Altri risultati

Nell'ambito del sondaggio «Sport Svizzera 2008», si è chiesto agli intervistati di indicare la durata e l'intensità necessarie affinché il moto, a loro parere, possa apportare un beneficio per la salute personale. Le categorie di risposta si basavano sulle raccomandazioni vigenti all'epoca, che prevedevano almeno 30 minuti di attività fisica giornaliera. Come rappresentato dal grafico B, un quinto (19 %) della popolazione residente in Svizzera è dell'opinione che ogni tipo di attività fisica possa far bene alla salute. Il 39 per cento menziona la mezz'ora di movimento al giorno raccomandata all'epoca, mentre il 14 per cento opta per la raccomandazione attuale (due ore alla settimana). Un decimo degli intervistati dice di non sapere.

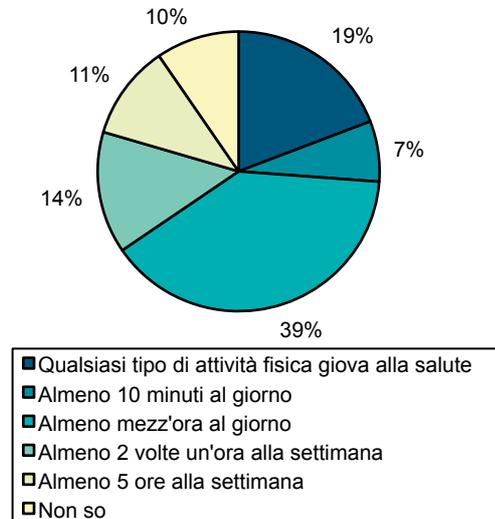
Oltre al tempo necessario da dedicare all'attività fisica di cui al grafico B), nell'ambito di «Sport Svizzera 2008» si è chiesto agli interpellati di stimare con quale intensità occorra praticare un'attività fisica perché si possano trarre benefici per la salute.

Dalla stima rappresentata dal grafico C, risulta che la metà degli intervistati pensa che qualsiasi tipo di attività fisica sia salutare. Il 29 per cento sostiene che, come prescritto dalle raccomandazioni sull'attività fisica, sia necessario avere almeno un po' di fiatone quando si pratica un'attività fisica. Un quinto (19 %) afferma che il movimento dovrebbe provocare una sudorazione. Soltanto l'1 per cento degli intervistati è invece dell'avviso che per essere efficace il movimento dovrebbe condurre a un'intensa accelerazione della respirazione, tanto da togliere il fiato.

## Altre informazioni

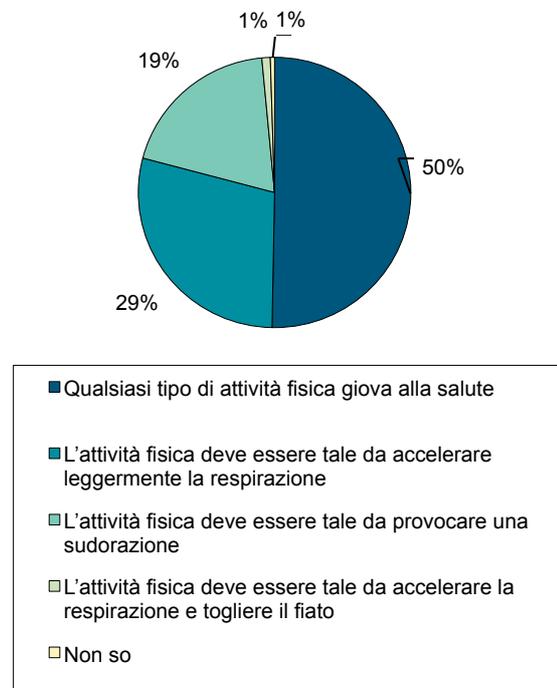
Lamprecht, M., A. Fischer e H. Stamm (2008): «Sport Svizzera 2008». Pratica sportiva e consumo di sport fra la popolazione svizzera. Macolin: Ufficio federale dello sport.

B) Stima del tempo necessario da dedicare al movimento affinché si tragga un beneficio per la salute personale (risposte espresse in percentuale, 2008)



Fonte: «Sport Svizzera 2008», n=1008; risposte alla domanda: «Quanto ritiene debba essere impegnativa l'attività fisica affinché la Sua salute possa trarne beneficio? Le propongo un paio di possibilità, pregandola di indicarmi quella che a Suo parere è la più rispondente.».

C) Stima dell'intensità di movimento necessaria affinché si abbia un beneficio per la salute personale (risposte espresse in percentuale, 2008)



Fonte: «Sport Svizzera 2008», n=1 005; risposte alla domanda: «Quanto ritiene debba essere intensa l'attività fisica affinché la Sua salute possa trarne beneficio? Le propongo un paio di possibilità, pregandola di indicarmi quella che a Suo parere è la più rispondente.».

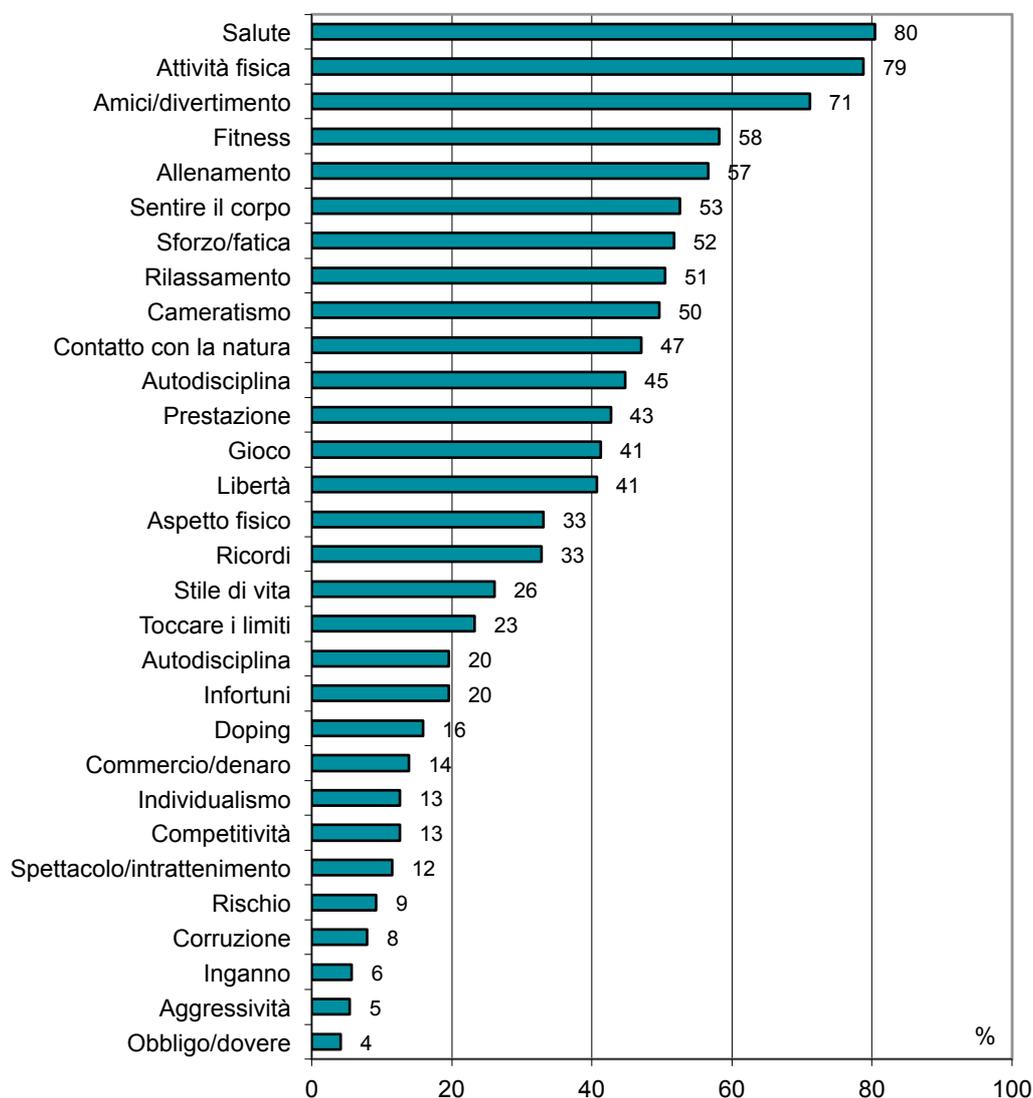
## Indicatore 1.8: percezione dello sport e atteggiamento verso lo sport

**Osservazione:** indicatore 4.9 dell'Osservatorio sport e movimento. Per maggiori ragguagli: [www.sportobs.ch](http://www.sportobs.ch) (in tedesco)

Non da ultimo, affinché la promozione dell'attività fisica e dello sport abbia successo, è importante che le attività fisiche siano percepite positivamente dai gruppi mirati. Questo è il caso anche in riferimento allo sport, come ben dimostra il grafico A.

Se si chiede alla popolazione quali parole abbinare allo sport, la grande maggioranza risponde «salute», «movimento» e «divertimento». Gli aspetti negativi legati allo sport («infortuni», «doping», «rischio», «corruzione», «inganno», «aggressività», «obbligo/dovere») passano invece in secondo piano.

A) Parole che la popolazione svizzera associa allo sport (risposte espresse in percentuale di tutti gli interpellati), 2014



Fonte: «Sport Svizzera 2012 (sondaggio online, n=6 880). Risposte alla domanda: «Oggi lo sport si presenta sotto gli aspetti più diversi. Cosa intende Lei per sport sul piano personale? Dall'elenco che segue, è invitata a scegliere le definizioni più significative che Lei mette in collegamento con lo sport.»

### Base di dati

Domande sull'immagine dello sport riprese dal sondaggio «Sport Svizzera 2014» effettuato dall'Osservatorio sport e movimento Svizzera.

Per maggiori ragguagli consultare il sito dell'Osservatorio sport e movimento (indicatore 4.9), solo in tedesco.

## Indicatore 1.9: rapporto su alimentazione e attività fisica

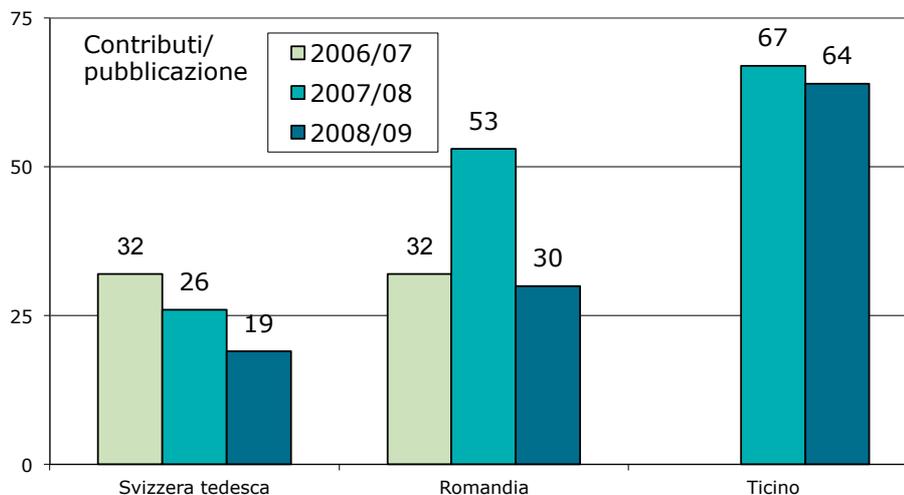
**Osservazione:** in origine l'indicatore proveniva dalla raccolta di indicatori di Promozione Salute Svizzera, che però per il momento è ferma. L'ultima versione aggiornata degli indicatori è documentata sulla pagina web del MOSEB.

Per sensibilizzare la popolazione in merito a temi quali l'alimentazione e l'attività fisica, è necessaria una regolare copertura mediale. Un monitoraggio mediatico e un sondaggio effettuati su incarico di Promozione Salute Svizzera illustrano in che misura i media s'interessano a tali argomenti.

Il grafico seguente indica per la Svizzera tedesca, nel periodo compreso tra autunno 2006 e primavera 2009, una frequenza nettamente minore di informazioni sui temi più sopra citati (19 articoli per pubblicazione nel periodo 2008/09 contro i 32 del 2006/07), mentre per la Svizzera francese si è registrato un picco evidente nel periodo d'indagine 2007/08. Per contro, si assiste a un'intensa attività informativa proveniente dal Ticino, dove per ogni pubblicazione concernente l'alimentazione, l'attività motoria e il peso corporeo viene pubblicato un numero di articoli da due a tre volte maggiore rispetto alle altre regioni linguistiche.

In questo contesto è però importante segnalare che i contributi redazionali sui mezzi di stampa hanno rappresentato solo uno dei molti canali di comunicazione tramite i quali le informazioni sul tema «peso corporeo sano» vengono divulgate e percepite (cfr. i grafici dettagliati nella raccolta di indicatori di Promozione Salute Svizzera).

A) Numero medio di contributi mediatici inerenti ai temi Alimentazione, Attività fisica e Peso corporeo su periodici e quotidiani svizzeri nel periodo da ottobre a marzo degli anni 2006-2009, ripartito per regione linguistica



Fonte: monitoraggio mediatico dell'ARCHE, cfr. Ehmig et al. (2009: 7). Osservazione: nella Svizzera italiana (Ticino) l'indagine è stata condotta solo a partire dall'anno 2007/08.

### Base di dati

Risultati del monitoraggio mediatico dell'Istituto di Comunicazione Sanitaria dell'Università di Lugano (ARCHE) e sostenuto da Promozione Salute Svizzera. Nell'ambito del progetto, tra i mesi di ottobre e marzo degli anni dal 2006 al 2009 si è proceduto alla raccolta e all'analisi dei contenuti di articoli apparsi su quotidiani e periodici (Svizzera tedesca: 24; Svizzera francese (Romandia): 5; Svizzera italiana (Ticino): 4).

Altri dati provengono dalla misurazione preliminare del sondaggio demografico su «alimentazione, attività fisica e peso corporeo» effettuato da Promozione Salute Svizzera e dall'Institute of Communication and Health dell'Università di Lugano (sondaggio telefonico 2006, n=1441).

## Ambito 2: Comportamento alimentare

### Indicatore 2.1: comportamento alimentare della popolazione adulta residente in Svizzera (consumo di frutta e verdura)

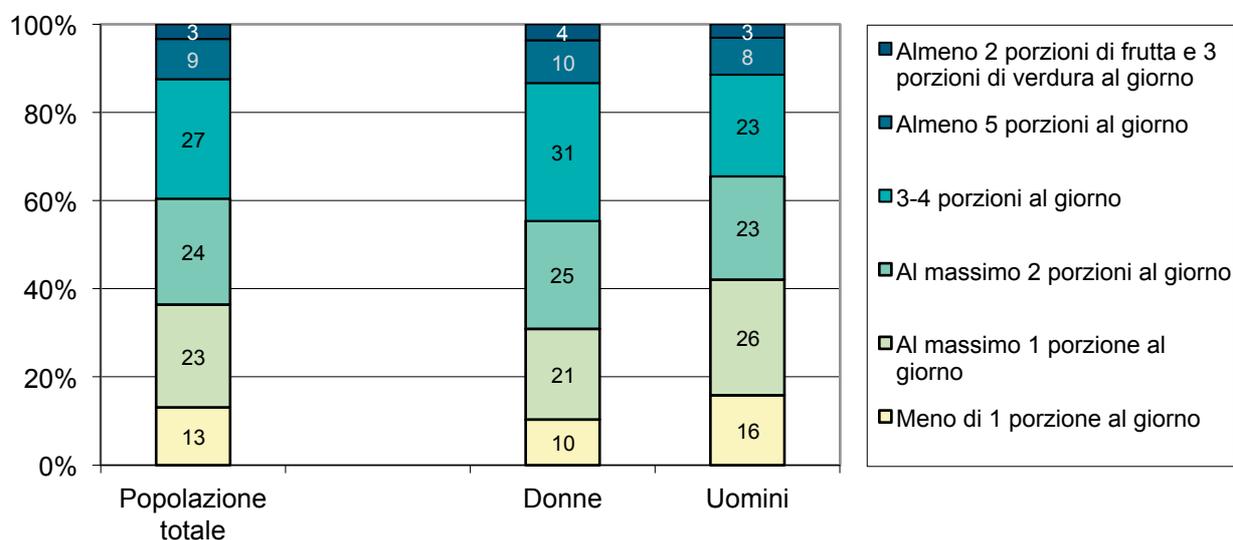
**Osservazione:** in origine l'indicatore proveniva dalla raccolta di indicatori di Promozione Salute Svizzera, che però per il momento è ferma. L'ultima versione aggiornata degli indicatori è documentata sulla pagina web del MOSEB.

Un'alimentazione equilibrata, corrispondente al bisogno, fornisce un contributo essenziale al benessere individuale e alla promozione della salute. Le moderne raccomandazioni e le campagne per l'alimentazione utilizzano slogan come «5 al giorno» per incentivare il consumo regolare di frutta, verdura e insalata. In questo modo mirano, non da ultimo, a fornire un contributo alla promozione di un peso corporeo sano.

Il più recente studio di menuCH, il sondaggio nazionale sull'alimentazione svolto dall'USAV in collaborazione con l'UFSP, ha rilevato il consumo di frutta e verdura ricorrendo a due protocolli di richiamo sull'arco di 24 ore. Come illustrato nel grafico A, soltanto il 3 per cento della popolazione svizzera segue la raccomandazione di consumare giornalmente almeno due porzioni di frutta e tre porzioni di verdura. Comunque, una persona su dieci mangia ogni giorno almeno cinque porzioni di frutta o verdura, rispettando così perlomeno in parte la raccomandazione.

In confronto ai risultati emersi dall'Indagine sulla salute in Svizzera del 2012, la percentuale della popolazione che si attiene alla raccomandazione (11 %) o che consuma almeno in parte una quantità sufficiente di frutta e verdura (19 %) risulta essere più bassa. Inoltre anche la differenza in base al sesso è leggermente meno pronunciata, nonostante siano un po' più spesso le donne a seguire la raccomandazione rispetto agli uomini.

#### A) Consumo di frutta e verdura della popolazione residente in Svizzera di età compresa tra 18 e 75 anni, 2014/2015 (in per cento)



Fonte: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, Bochud et al. (2017), n=2085. I dati sono la media di due protocolli di richiamo sull'arco di 24 ore, e sono stati ponderati e corretti in base alla stagionalità e ai giorni della settimana. In assenza di una descrizione più particolareggiata, il termine «porzioni» è usato senza alcuna distinzione tra porzioni di frutta o verdura.

#### Base di dati

menuCH, sondaggio nazionale sull'alimentazione dell'USAV e dell'UFSP per gli anni 2014/15 (intervistati di età compresa tra 18 e 75 anni, n=2085) secondo:

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studio su incarico dell'USAV e dell'UFSP. Losanna: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

## Indicatore 2.2: comportamento alimentare di bambini e adolescenti

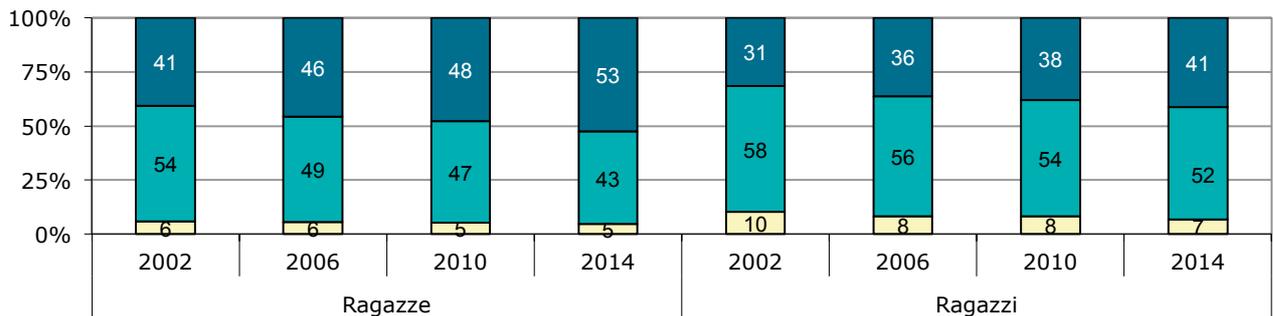
**Osservazione:** in origine l'indicatore proveniva dalla raccolta di indicatori di Promozione Salute Svizzera, che però per il momento è ferma. L'ultima versione aggiornata degli indicatori è documentata sulla pagina web del MOSEB.

Al centro di diversi programmi e interventi vi è, oltre al comportamento alimentare della popolazione adulta, anche quello dei bambini e degli adolescenti. A quell'età un'alimentazione equilibrata è particolarmente importante, in quanto svolge un ruolo essenziale per lo sviluppo fisico e mentale nonché per l'influenza che ha sul comportamento alimentare.

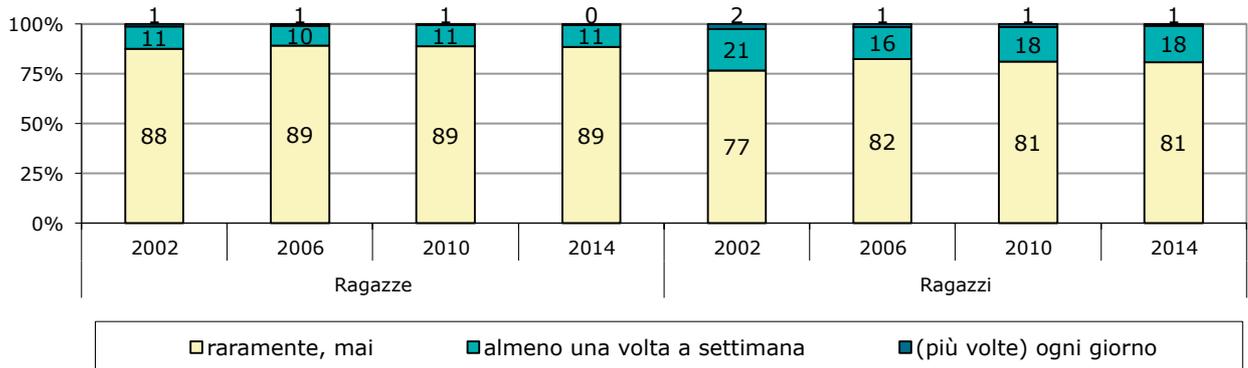
Il grafico mostra il consumo di frutta, hamburger e altri alimenti in età compresa tra gli 11 e i 15 anni tra il 2002 e il 2014, in base ai dati scaturiti dagli studi «Health Behaviour in School-Aged Children» (HBSC) di Dipendenze Svizzera. Come emerge dal grafico, le ragazze mangiano regolarmente frutta più spesso dei ragazzi. Per entrambi i sessi, tuttavia, la percentuale di coloro che consumano frutta più volte al giorno è costantemente aumentata (ragazze: dal 41 al 53 %; ragazzi: dal 31 al 41 %). Hamburger e hot dog continuano invece a essere mangiati giornalmente solo di rado: le ragazze non mangiano praticamente mai giornalmente hamburger e hot dog, mentre tra i ragazzi la quota di consumatori giornalieri si aggira attorno all'1 per cento. Spicca inoltre il fatto che tra il 2002 e il 2014 il consumo è rimasto quasi invariato.

A) Frequenza del consumo di frutta nonché di hamburger e hot dog in età compresa tra gli 11 e i 15 anni secondo il sesso, 2002-2014 (quote in percentuale)

a) *Frutta:*



b) *Hamburger e hot dog:*



Fonte: studio HBSC di Dipendenze Svizzera, 2002-2014; risposte alla domanda: «Quante volte alla settimana mangi o bevi normalmente i seguenti alimenti?»; numero di casi (non ponderato): frutta: 2002=9332, 2006=9701, 2010=10058, 2014=9829, hamburger e hot dog: 2002=9252, 2006=9670, 2010=10009, 2014=9768.

### Base di dati

Studio «Health Behavior in School-Aged Children» (HBSC) di Dipendenze Svizzera, 2002-2014. Altre informazioni sono disponibili sul sito web di Promozione Salute Svizzera (indicatore 4C).

Siccome la ripartizione secondo l'età e il sesso varia leggermente tra gli anni d'indagine, per l'analisi dell'intera classe di età 11-15 anni è stata presa in considerazione la distribuzione secondo l'età e il sesso nella popolazione totale.

## Indicatore 2.3: spesa per generi alimentari selezionati

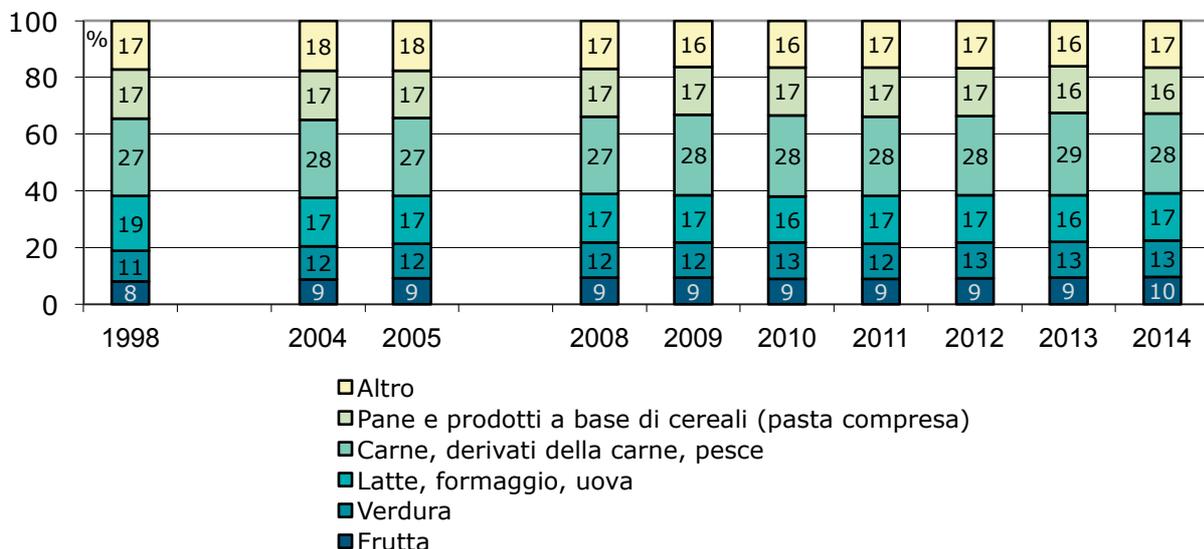
**Osservazione:** in origine l'indicatore proveniva dalla raccolta di indicatori di Promozione Salute Svizzera, che però per il momento è ferma. L'ultima versione aggiornata degli indicatori è documentata sulla pagina web del MOSEB.

Un'alimentazione sana ed equilibrata non influisce solo sul peso corporeo, bensì anche sul rischio di contrarre malattie. Per questo motivo, seguire un'alimentazione sana riveste un ruolo importante nell'ambito della promozione della salute e della prevenzione in generale. Ai fini dell'analisi del comportamento alimentare, si possono utilizzare le dichiarazioni individuali sull'alimentazione fornite nel corso dei sondaggi come pure i dati di consumo messi a disposizione dall'Indagine sul budget delle economie domestiche (IBED) dell'Ufficio federale di statistica.

Secondo l'IBED, la spesa alimentare complessiva delle famiglie svizzere è aumentata quasi del 3 per cento circa tra il 1998 (565 franchi/mese) e il 2014 (583 franchi/mese). L'incremento della spesa alimentare è quindi nettamente inferiore all'incremento dei prezzi degli alimenti durante lo stesso periodo (8 % circa). Come emerge dal grafico, la spesa per l'acquisto dei vari generi alimentari ha registrato variazioni minime: la percentuale della spesa per frutta e verdura è leggermente cresciuta, passando da appena il 19 per cento nel 1998 (106 franchi/mese) al 23 per cento nel 2014 (131 franchi/mese), mentre le uscite per i derivati del latte e le uova sono leggermente diminuite.

L'IBED fornisce inoltre dati quantitativi, dai quali emerge che nel 2014 ogni economia domestica ha acquistato 11,8 kg di frutta, 14,2 kg di verdura, 11,7 kg di pane e prodotti a base di cereali nonché 7,2 kg di carne e pesce al mese. Siccome la grandezza media delle economie domestiche nell'IBED 2014 è di 2,22 persone, ne deriva il seguente consumo mensile pro capite: frutta: 5,3 kg; verdura: 6,4 kg; pane e prodotti a base di cereali: 5,3 kg; carne e pesce: 3,2 kg. Questi dati sono leggermente inferiori alle stime dei consumi in base alla statistica agricola nell'indicatore 2.4.

### A) Quote di spesa per diversi gruppi di prodotti in rapporto alla spesa alimentare totale delle economie domestiche, 1998-2014 (quote in percentuale)



Fonte: Tabelle sinottiche dell'Indagine sul budget delle economie domestiche (IBED) dell'UST, tra il 1998 e il 2013.

#### Base di dati

Indagini sul budget delle economie domestiche (IBED) 1998-2014 dell'Ufficio federale di statistica.

Altre informazioni sono disponibili sui siti web di Promozione Salute Svizzera (indicatore 4A) e dell'Ufficio federale di statistica .

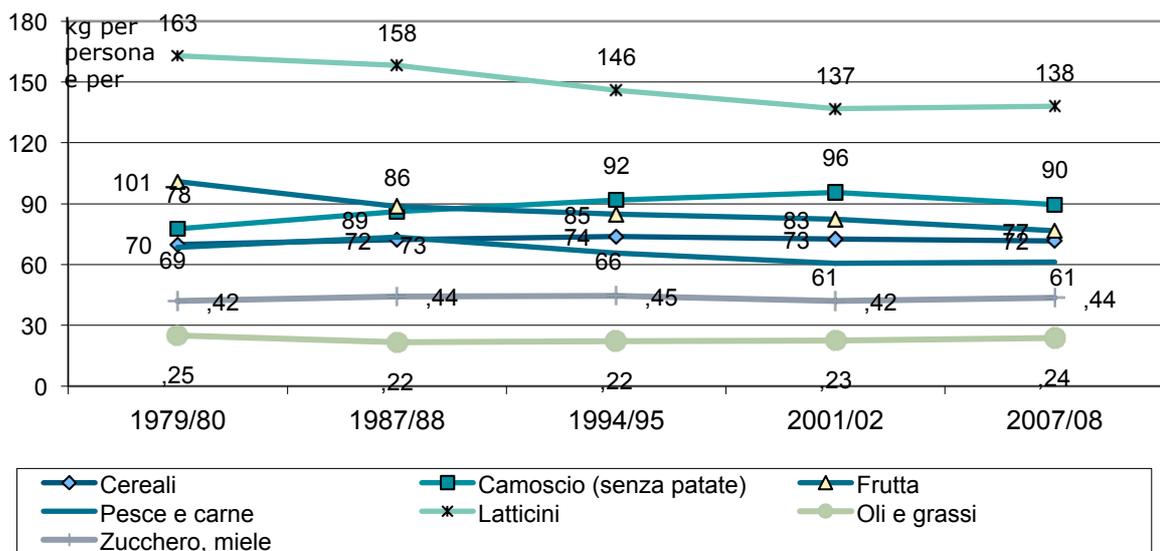
## Indicatore 2.4: Consumo di derrate alimentari

Anche se le raccomandazioni alimentari sono note e accettate, il consumo personale di derrate alimentari non è necessariamente equilibrato e sano. Per quanto riguarda la composizione dell'alimentazione entrano in gioco sia la varietà sia la quantità di derrate alimentari consumate.

Attraverso l'Indagine nazionale sulla nutrizione, in futuro l'Ufficio federale della sanità pubblica rileverà dati di base che consentiranno una valutazione affidabile del consumo di diverse derrate alimentari. In attesa di questi dati, il consumo di alimenti e il consumo approssimativo possono essere valutati in base alle indicazioni tratte dalla statistica agraria dell'Unione svizzera dei contadini. Queste indicazioni calcolate consentono di descrivere la situazione nutrizionale; il consumo reale di derrate alimentari, tuttavia, è sopravvalutato (cfr. anche indicatore 1.3).

La base dei seguenti dati è costituita da diverse analisi estratte dal 6° Rapporto sull'alimentazione in Svizzera (2012) e dal sondaggio nazionale sull'alimentazione menuCH svolto dall'USAV in collaborazione con l'UFSP per gli anni 2014/15. Il grafico A illustra il consumo stimato pro capite annuo di varie derrate alimentari nel periodo compreso tra il 1979/80 e il 2007/08. Fino agli anni 2001/02 è osservabile una continua diminuzione nel settore del latte e dei latticini, nonché della carne e dei prodotti di carne, che però non è più proseguita nel biennio 2007/2008. In questo periodo, il consumo di frutta è leggermente calato, come pure quello della verdura. Per i prodotti di cereali, gli oli/grassi e lo zucchero/miele si sono registrate solo lievi variazioni.

A) Consumo pro capite annuo di vari gruppi di alimenti, dagli anni 1979/80 agli anni 2007/08 (dati espressi in kg per persona e per anno)



Fonte: Schmid et al. (2012)

### Base di dati

Dati sulla base di menuCH, il sondaggio nazionale sull'alimentazione dell'USAV e dell'UFSP per gli anni 2014/15 (intervistati di età compresa tra 18 e 75 anni, n=2085, cfr. Bochud et al. 2017) nonché di statistiche dell'Unione svizzera dei contadini dai Rapporti sull'alimentazione dell'Ufficio federale della sanità pubblica:

Schmid, A., C. Brombach, S. Jacob, I. Schmid, R. Sieber e M. Siegrist (2012): «La situazione nutrizionale in Svizzera». Pagg. 53-131 in: Keller U., Battaglia Richi E., Beer M., Darioli R., Meyer K., Renggli A., Römer-Lüthi C., Stoffel-Kurt N.

(ed.): Sesto Rapporto sull'alimentazione in Svizzera. Berna: UFSP.

Il consumo è calcolato secondo la seguente formula: consumo = produzione +/- variazione delle scorte - esportazione + importazione.

La determinazione del consumo approssimativo giornaliero pro capite si basa sulle quantità consumate tenendo conto del coefficiente di rifiuto specifico di ogni alimento. La detrazione legata alla mondatura e all'eliminazione di noccioli, ossa, gusci, ecc. può arrivare al 58 per cento (nocciole).

## Altri risultati

Nel 6° Rapporto sull'alimentazione in Svizzera è stato anche calcolato il consumo approssimativo (al netto di rifiuti e perdite) di alimenti in base ai dati sul consumo delle derrate alimentari e delle tabelle dei valori nutritivi di Souci, Fachmann und Kraut per gli anni 2007/08 (cfr. Schmid et al. 2012).

Il grafico B indica il consumo approssimativo giornaliero pro capite calcolato per diversi generi alimentari, mentre il grafico D illustra la percentuale dell'apporto energetico costituita da questi generi alimentari.

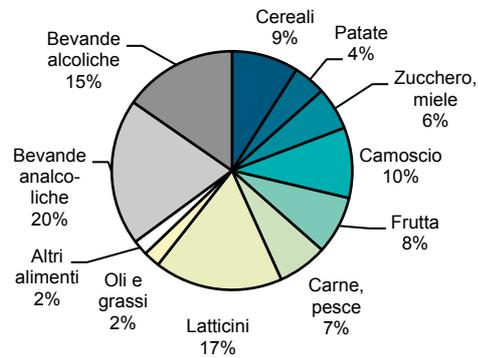
Dal grafico B risulta evidente che secondo i calcoli le bevande rappresentano più di un terzo dell'intero consumo giornaliero. Per gli altri alimenti sono soprattutto i latticini a incidere fortemente sui consumi.

Dal grafico C si evince inoltre che, tra il biennio 2001/02 e il biennio 2007/08, il consumo pro capite di verdura e frutta è notevolmente diminuito, mentre il consumo di zucchero/miele e oli/grassi è aumentato. Nello stesso periodo, il consumo di bevande alcoliche è calato leggermente, passando da quasi 127 a 122 litri pro capite all'anno (persone di 15 e più anni).

Secondo il grafico D, le bevande alcoliche continuano però a fornire un contributo del 7 per cento circa all'apporto energetico giornaliero. Cereali e latticini sono fornitori di oltre un terzo dell'apporto energetico giornaliero. Nonostante il consumo relativamente modesto, balzano agli occhi in questo contesto le percentuali comparativamente elevate di derrate alimentari ricche di energia come lo zucchero e il miele (17 %) nonché gli oli e i grassi (14 %). A pesare poco sul bilancio alimentare giornaliero sono invece frutta e verdura.

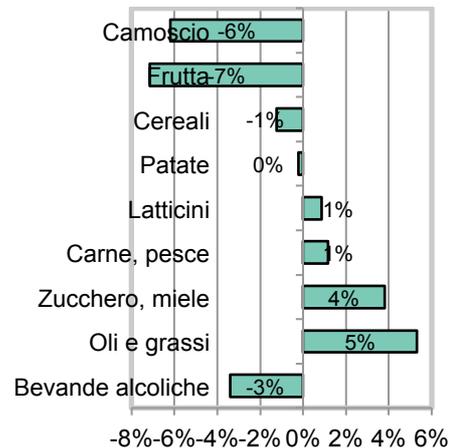
Ulteriori dati riguardanti l'apporto energetico giornaliero – che secondo il 6° Rapporto sull'alimentazione in Svizzera negli anni 2007/08 ammontava in media a 2849 kcal per persona – figurano nel grafico A dell'indicatore 2.10.

B) Consumo giornaliero pro capite di generi alimentari e bevande, 2007/08 (consumo approssimativo, quote percentuali basate su dati espressi in grammi per persona e al giorno)



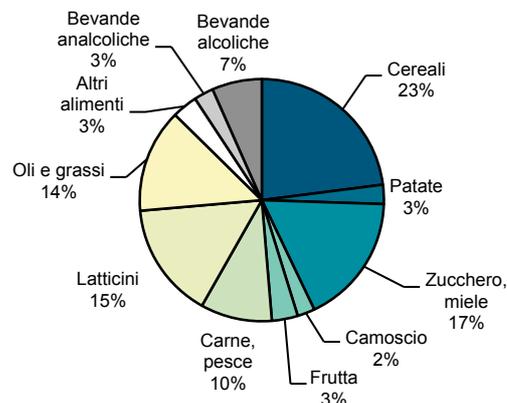
Fonte: Schmid et al. (2012)

C) Variazione percentuale del consumo pro capite di derrate alimentari scelte, dal 2001/02 al 2007/08



Fonte: Schmid et al. (2012)

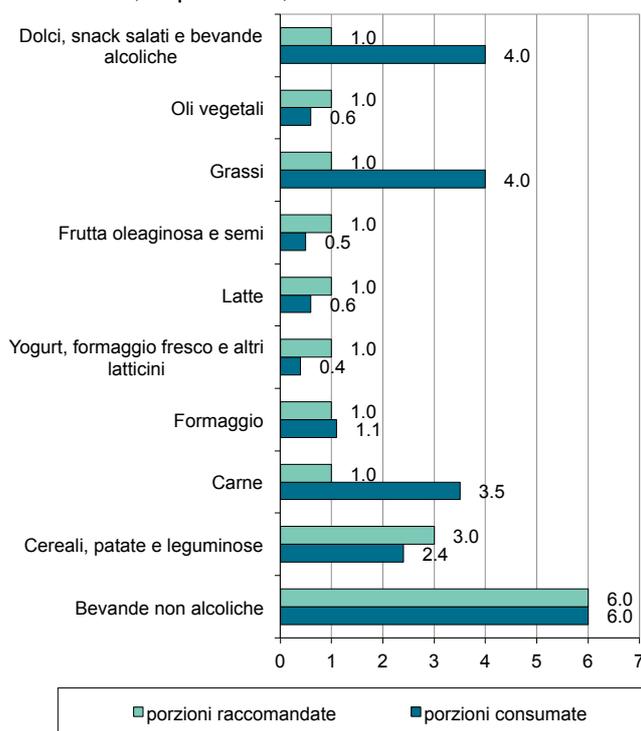
D) Apporto energetico giornaliero pro capite dei vari generi alimentari e bevande, 2007/08 (consumo approssimativo, quote percentuali basate su dati espressi in Kcal per persona e al giorno)



Fonte: Schmid et al. (2012)

Secondo il sondaggio nazionale sull'alimentazione menuCH, l'alimentazione della popolazione svizzera è poco equilibrata e non corrisponde alla composizione ideale descritta nella piramide alimentare svizzera. Le discrepanze tra le porzioni assunte giornalmente e le porzioni raccomandate per i diversi gruppi di alimenti sono illustrate nel grafico E. Il consumo quotidiano di bevande non alcoliche, formaggio, oli vegetali o alimenti amidacei (come cereali, patate o leguminose) corrisponde più o meno alle quantità raccomandate. Invece la quantità di latticini consumati è leggermente troppo scarsa, mentre il consumo di carne e grassi nonché di dolci, snack salati e bevande alcoliche è da tre a quattro volte superiore rispetto alle quantità suggerite.

E) Confronto tra la quantità giornaliera effettivamente consumata o raccomandata di diversi (gruppi di) alimenti, in porzioni\*, 2014/15



#### Altre informazioni

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studio su incarico dell'USAV e dell'UFSP. Losanna: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Gremaud, G., I. Schmid e R. Sieber (2005): «Estimation de l'utilisation des denrées alimentaires en Suisse pour les années 2001/2002» (Stima del consumo di derrate alimentari in Svizzera negli anni 2001-2002). Pagg. 7-23 in: Eichholzer M, Camenzind-Frey E, Matzke A, Amado R, Ballmer P et al. (eds.): Quinto rapporto sull'alimentazione in Svizzera. Berna: UFSP.

Jacob, S. (2005): «Stima del consumo e del consumo approssimativo di energia alimentare e sostanze nutritive». Pagg. 25-35 in: Eichholzer M, Camenzind-Frey E, Matzke A, Amado R, Ballmer P et al. (eds.): Quinto rapporto sull'alimentazione in Svizzera. Berna: Ufficio federale della sanità pubblica, 2005.

Fonte: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, Bochud et al. (2017).

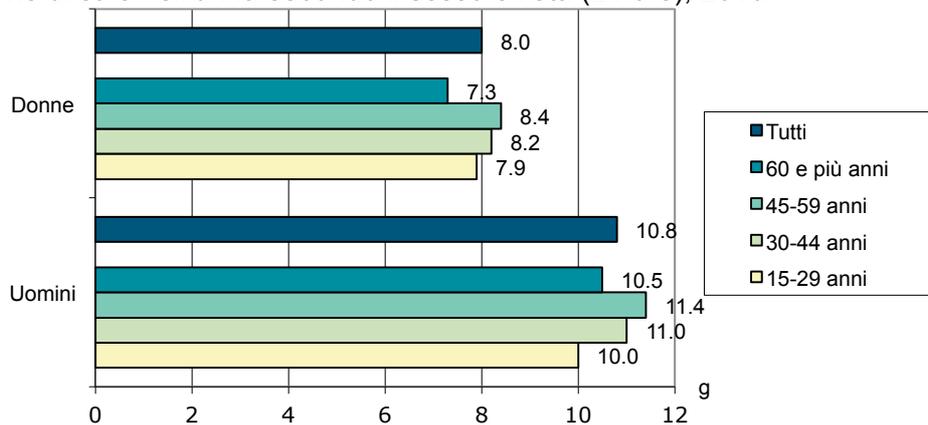
\* Indicazione: la grandezza delle singole porzioni varia a seconda degli alimenti. Ad es. per dolci e snack salati si tratta di ca. 20 g, per le bevande dolci 2,5 dl, mentre per una porzione di bevanda alcolica come il vino 1 dl. Una porzione di olio vegetale corrisponde a ca. 20-30 g, una porzione di grassi a ca. 10 g e una porzione di frutta oleaginosa e semi a ca. 20-30 g. Una porzione di latte è di ca. 2 dl, e nel caso di yogurt, formaggio fresco o altri latticini una porzione è di 150-200 g. Una porzione di formaggio corrisponde a 30 g di formaggio a pasta semidura o dura, oppure a 60 g di formaggio a pasta molle. Una porzione di carne (compreso il pollame e i prodotti a base di carne trasformati) è di 35 g, mentre nel caso di cereali, come il pane o gli impasti, è di 75-125 g. Una porzione di pane croccante (o «Knäckebrötchen») oppure di fiocchi, pasta, riso, mais o altri chicchi di cereali corrisponde a 45-75 g (peso a secco), mentre per le patate è di 180-300 g e per le leguminose di 60-100 g. Una porzione di bevanda non alcolica corrisponde a 2,5 dl.

## Indicatore 2.5: consumo di sale

Un elevato consumo di sale aumenta il rischio di malattie cardiovascolari. Nel documento strategico dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) per la riduzione del consumo di sale da cucina «Strategia sale 2008-2012» vengono indicati vari obiettivi e provvedimenti intesi a motivare la popolazione a ridurre il consumo di sale. Inoltre, in collaborazione con gli operatori economici, si intende ottenere una riduzione del tenore di sale negli alimenti trasformati e nella gastronomia. Gli effetti di tale strategia sono osservati anche mediante un «monitoraggio del sale», i cui primi risultati sono documentati nei grafici A e B.

Siccome l'osservazione diretta del consumo di sale è possibile solo in parte, per misurarlo approssimativamente si fa ricorso all'escrezione di sale nell'urina. I campioni di urina delle 24 ore di un campione di popolazione analizzati negli anni 2010/11, raffigurati nel grafico A, mostrano che con una media di quasi 11 grammi di sale in 24 ore gli uomini consumano nettamente più sale delle donne (8 g/24 ore). Secondo questi dati, a registrare il maggior consumo di sale sono le persone in età compresa tra i 45 e i 59 anni e solo il 22 per cento delle donne e il 6 per cento degli uomini osservano la raccomandazione internazionale di consumare al massimo 5 grammi di sale al giorno. I risultati del primo studio dell'Ufficio federale della sanità pubblica sul consumo di sale della popolazione svizzera collimano con quelli dello studio «Bus Santé» di Ginevra (cfr. grafici C-E).

A) Escrezione di sale nell'urina secondo il sesso e l'età (24 ore), 2010/11



Fonte: studio dell'Ufficio federale della sanità pubblica sul consumo di sale della popolazione svizzera, cfr. Chappuis et al. (2011).

### Base di dati

I dati riportati nei grafici da A a C provengono dallo studio dell'Ufficio federale della sanità pubblica sul consumo di sale della popolazione, basato sull'analisi di campioni di urina delle 24 ore, misurazioni della pressione sanguigna e dell'IMC nonché un'intervista di 1148 persone negli anni 2011/11. Cfr.:

Chappuis, A, M. Bochud, N. Glatz, P. Vuistiner, F. Paccaud und M. Burnier (2011): Swiss survey on salt intake: main results. Losanna: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.

I grafici da D a F si basano su:

Beer-Borst, S., MC. Costanza, A. Pechère-Bertschi und A. Morabia (2009): "Twelve-year trends and correlates of dietary salt intakes for the general adult population of Geneva, Switzerland". Euro-pean Journal of Clinical Nutrition, 63: 155-164.

L'indagine si fonda sui dati rilevati tra gli anni 1993 e 2004 nell'ambito del progetto Bus Santé e inerenti

alla popolazione ginevrina di età compresa tra i 35 e i 74 anni. Sebbene nel «food frequency questionnaire (FFQ)» utilizzato la rilevazione riguardi solo la quantità di sale assunta attraverso l'alimentazione, i relativi dati sono stati comunque calibrati mediante uno studio secondario indipendente condotto su 100 volontari. Con l'ausilio di questo supplemento d'indagine si è potuto registrare, mediante un controllo delle urine, il consumo totale di sale nelle 24 ore.

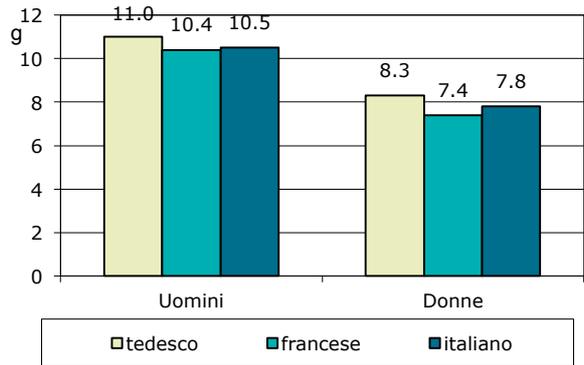
Il grafico G si basa sullo studio menuCH, il sondaggio nazionale sull'alimentazione dell'USAV e dell'UFSP per gli anni 2014/15 (intervistati di età compresa tra 18 e 75 anni, n=2085):

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studio su incarico dell'USAV e dell'UFSP. Losanna: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

### Altri risultati

Come mostra il grafico B, le differenze nel consumo di sale tra le regioni linguistiche sono minime. La netta differenza tra i sessi è invece osservabile in tutte e tre le regioni linguistiche.

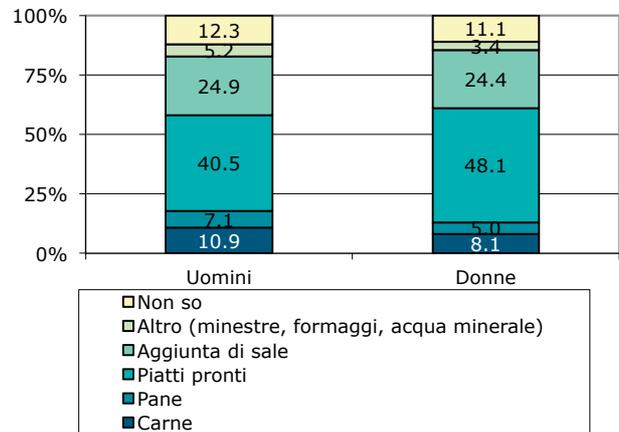
B) Escrezione di sale nell'urina secondo il sesso e la regione linguistica (24 ore), 2010/11



Fonte: Chappuis et al. (2011).

Il grafico C mostra la valutazione dei partecipanti allo studio circa l'origine del sale che consumano. In base a questi dati, tra due quinti (uomini) e quasi la metà (donne) del consumo di sale proviene dai pasti pronti; altri «fornitori di sale» importanti agli occhi degli intervistati sono l'aggiunta di sale (cfr. anche grafico G) e la carne.

C) Composizione del consumo di sale secondo il sesso, 2010/11

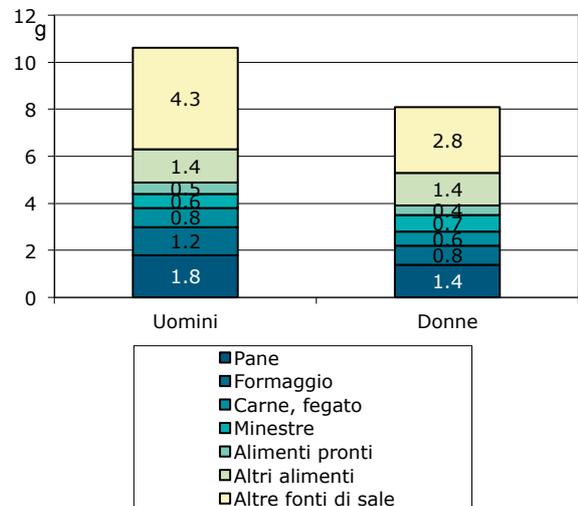


Fonte: Chappuis et al. (2011).

I grafici da D a F contengono dati provenienti dalle indagini del Bus Santé realizzate negli anni 1993-2004 tra la popolazione adulta di Ginevra, sempre combinando l'analisi dell'urina e un'intervista.

Dal grafico D emerge innanzitutto che nel primo studio ginevrino il consumo di sale era paragonabile a quello rivelato dal nuovo studio dell'Ufficio federale della sanità pubblica sul consumo di sale della popolazione svizzera. Nello studio ginevrino, i risultati dell'intervista sono utilizzati per interpretare il consumo di sale misurato. È così possibile stabilire approssimativamente da dove proviene il sale assunto: la maggior parte di esso è ingerita attraverso i gruppi di alimenti pane, formaggio, carne e minestre. La percentuale relativamente alta di «altre fonti di sale» è riconducibile alle differenze tra i valori rilevati mediante i questionari e le analisi dell'urina.

D) Quantità e composizione del consumo calibrato di sale in base al sesso, espresse in grammi al giorno (Bus santé Ginevra, 1993-2004)



Fonte: Beer-Borst et al. (2009).

Il grafico E indica che, nella media, a Ginevra gli uomini oltre i 12 anni d'età assumono attraverso gli alimenti una quantità di sale significativamente maggiore rispetto alle donne. Nel corso degli anni non si notano particolari variazioni e l'assunzione giornaliera di sale si mantiene pressoché stabile.

Da un'ulteriore analisi qui non riportata risulta inoltre che per entrambi i sessi l'assunzione di sale è relativamente indipendente dall'età (cfr. anche grafico A).

Se si esamina il rapporto tra tenore di sale e unità di energia assorbita (MJ), i dati degli anni dal 1993 al 2004 (corretti in funzione dell'età) indicano una correlazione statisticamente significativa solo per quanto riguarda l'IMC: negli uomini come nelle donne, l'aumento dell'assunzione media di sale si accompagna a quello dell'IMC, arrivando ai massimi valori nelle persone obese (grafico F). Questa conclusione trova conferma nei risultati dello studio attuale dell'Ufficio federale della sanità pubblica sul consumo di sale della popolazione svizzera, che evidenzia a sua volta una correlazione molto significativa tra il consumo di sale e il peso corporeo.

Nessuna differenza significativa è invece emersa dall'analisi effettuata da Beer-Borst et al. (2009) in rapporto al livello di formazione o alla nazionalità.

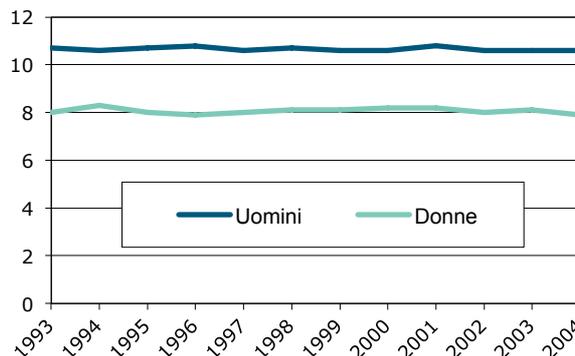
Il grafico G riporta le risposte fornite alla domanda del sondaggio nazionale sull'alimentazione menuCH sull'aggiunta di sale alle pietanze in tavola. L'esito della domanda indica un consumo di sale tendenzialmente eccessivo. Dal grafico si può evincere che, a casa, il 10 per cento degli intervistati aggiunge sale in tavola alle pietanze spesso o sempre, e che oltre un terzo di essi aggiunge sale almeno di tanto in tanto. Per i pasti consumati fuori casa i due valori sono un po' inferiori (6 % e 36 %). Si sono riscontrate differenze anche tra i sessi: gli uomini si servono infatti più spesso delle donne del salino in tavola, sia a casa sia fuori casa. Tali percentuali si situano comunque al di sotto dei valori emersi dallo studio di Chappuis et al. (2011), in cui tra il 62 (fuori casa) e il 65 per cento (a casa) degli intervistati ha indicato di aggiungere sale nel piatto almeno ogni tanto.

L'Omnibus 2014 dell'Ufficio federale di statistica mostra inoltre che il 71 per cento della popolazione considera importante la raccomandazione di non eccedere con il sale; il 63 per cento dice di attenersi «spesso» o «sempre» a questa raccomandazione (cfr. anche gli indicatori 1.1 e 1.5).

#### Altre informazioni:

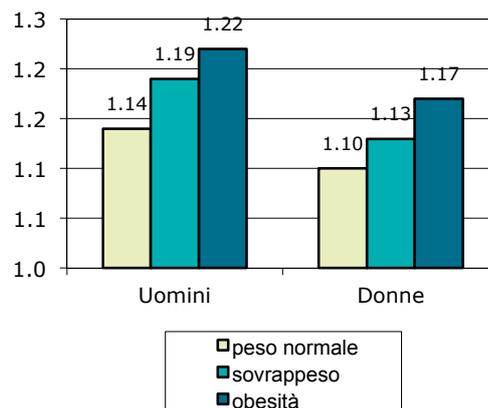
Ufficio federale della sanità pubblica (2009):  
Strategia sale 2008-2012. Documento strategico per la riduzione del consumo di sale da cucina. (agosto 2009) Berna: UFSP.

E) Assunzione media di sale, espressa in grammi al giorno, in base al sesso (n: uomini=6688, donne=6647), Bus santé 1993- 2004



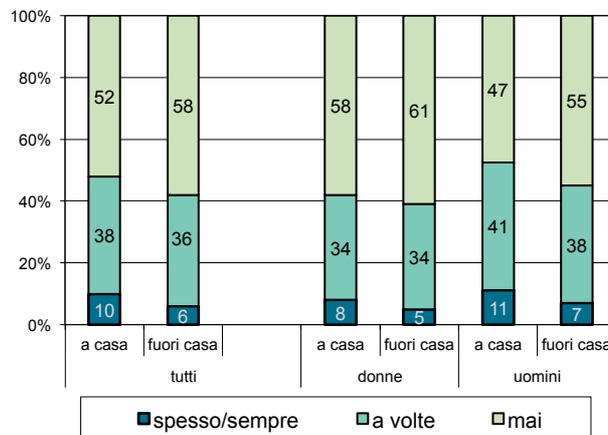
Fonte: Beer-Borst et al. (2009).

F) Tenore di sale per ogni unità di energia MJ assorbita ( $\text{gMJ}^{-1}$ ), in rapporto all'IMC (n: uomini=6370, donne=6063), Bus santé 1993- 2004



Fonte: Beer-Borst et al. (2009).

G) Aggiunta di sale alle pietanze in tavola a casa e fuori casa, per sesso, 2014/15



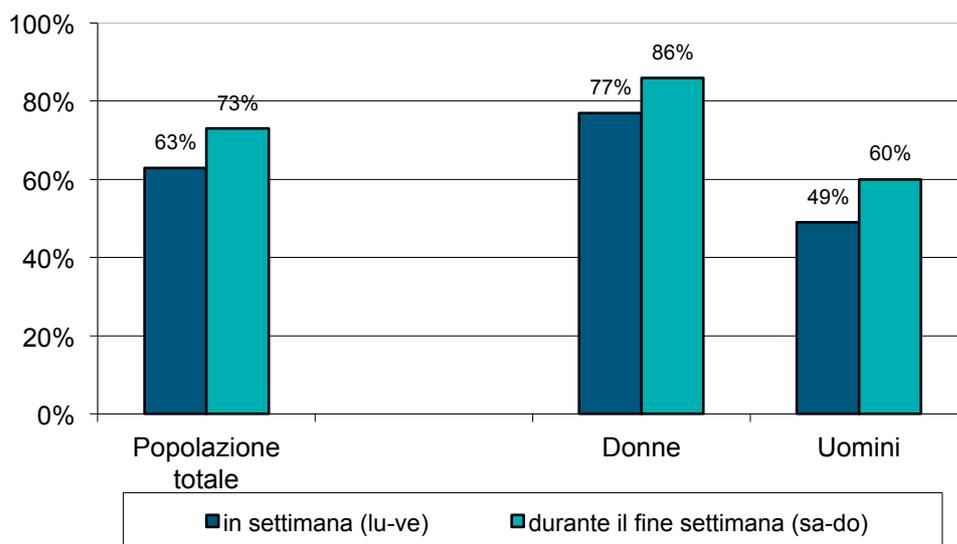
Fonte: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, Bochud et al. (2017)

## Indicatore 2.6: comportamento culinario

La capacità di cucinare e preparare i pasti è una premessa importante per un'alimentazione variata e sana per sé e per i propri familiari o coinquilini. Il comportamento culinario è anche un importante aspetto della nostra cultura gastronomica e quindi, oltre ad essere connessa con l'alimentazione, può anche costituire un punto di partenza verso un cambiamento delle abitudini alimentari. Alcune indicazioni sul comportamento culinario della popolazione svizzera sono emerse dal sondaggio nazionale sull'alimentazione menuCH svolto dall'USAV in collaborazione con l'UUFSP per gli anni 2014/15, dallo studio pilota sul sondaggio nazionale sull'alimentazione, dallo studio Coop «Obiettivo sui trend alimentari» e dal modulo MOSEB dell'Omnibus 2014 dell'Ufficio federale di statistica (UST).

Come si evince dal grafico A, la popolazione svizzera è solita cucinare spesso soprattutto nel fine settimana: in questi giorni quasi tre quarti degli intervistati affermano di cucinare in prima persona. Due intervistati su tre si preparano da soli il pranzo o la cena anche in settimana. Va sottolineato che questi valori sono molto più alti tra le donne che tra gli uomini. I dati emersi non si differenziano comunque dai precedenti risultati dello studio pilota sul sondaggio nazionale sull'alimentazione del 2009 e dell'Omnibus 2014 dell'UST: quasi tre quarti degli intervistati hanno risposto di cucinare in prima persona «spesso» o «(quasi) sempre».

A) Frequenza con cui si cucina in settimana o nel fine settimana, 2014/15 (quote in %)



Fonte: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, Bochud et al. (2017), n=2085. Il grafico illustra le quote percentuali dei giorni in cui gli intervistati cucinano in prima persona pasti caldi (pranzo o cena).

### Base di dati

I dati provengono innanzitutto da menuCH, il sondaggio nazionale sull'alimentazione dell'USAV e dell'UFSP per gli anni 2014/15 (intervistati tra 18 e 75 anni, n=2085) secondo:

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studio su incarico dell'USAV e dell'UFSP. Losanna: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

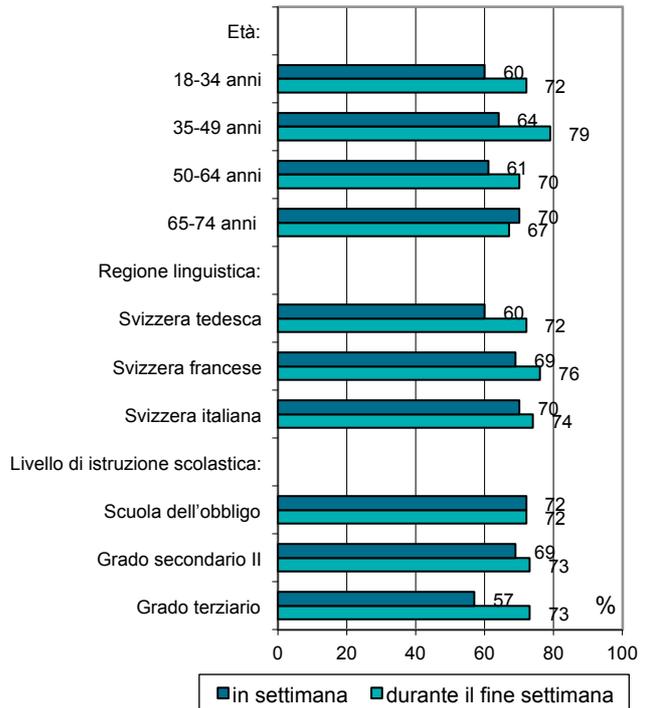
Altri dati sono stati attinti dallo studio pilota rappresentativo della popolazione residente in Svizzera e inerente all'Indagine nazionale sulla nutrizione (n=1545), dall'indagine telefonica dell'Omnibus 2014 (modulo MOSEB) dell'Ufficio federale di statistica (n=2993) e dagli studi dell'iniziativa Coop «Obiettivo sui trend alimentari»: «Gli Svizzeri ai fornelli» (2010a) e «Alimentazione quotidiana con i bambini» (2010b).

Inoltre, nel grafico K figurano informazioni sul comportamento culinario riprese dal Panel sull'alimentazione del Politecnico federale di Zurigo del 2010.

### Altri risultati

A complemento del grafico A, il grafico B mostra alcune differenze nel comportamento culinario rilevate nel 2014. Da questo grafico si evince che i residenti nella Svizzera tedesca e le persone con un titolo di studio universitario cucinano solo raramente in settimana. Per contro, durante il fine settimana anche questi intervistati cucinano più frequentemente in prima persona: di conseguenza, le differenze basate sull'età, sulla lingua e sul livello di istruzione scolastica si azzerano quasi completamente.

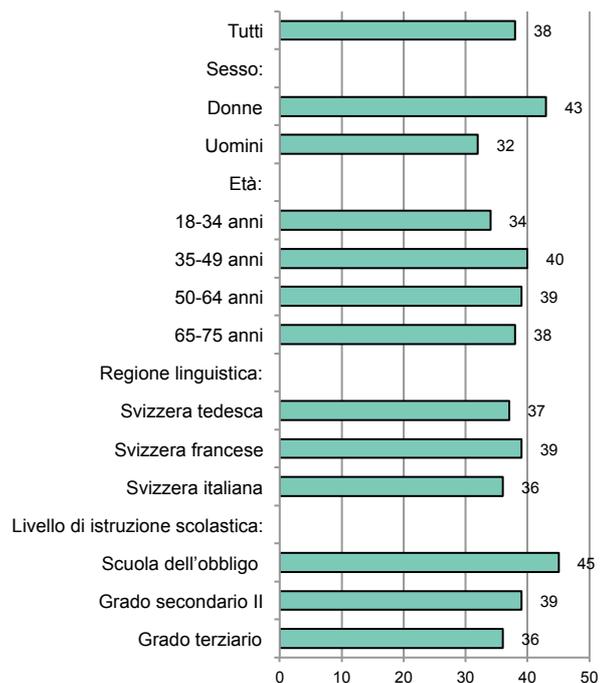
B) Frequenza con cui si cucina in settimana o nel fine settimana, per età, per regione linguistica e per livello di istruzione scolastica, in per cento, 2014/15



Fonte: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, Bochud et al. (2017); il grafico illustra la quota percentuale dei giorni in cui gli intervistati affermano di cucinare in prima persona.

Come mostra il grafico C la preparazione dei pasti dura 38 minuti. Dal grafico si evince anche che gli uomini, le persone tra 18 e 34 anni e gli intervistati con un titolo di studio superiore non soltanto cucinano più di rado in prima persona, ma dedicano anche meno tempo alla preparazione dei pasti rispetto alle donne o agli intervistati con un livello di istruzione più basso.

C) Durata media di preparazione dei pasti caldi, per sesso, età, regione linguistica e livello di istruzione scolastica (in minuti), 2014/2015



Fonte: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, Bochud et al. (2017).

Sia lo studio Coop del 2010 sia l'Omnibus 2014 dell'UST contengono una domanda su ciò che è importante nel cucinare. Le risposte a questa domanda sono raffigurate a titolo comparativo nel grafico D e in dettaglio per il 2014 nel grafico E.

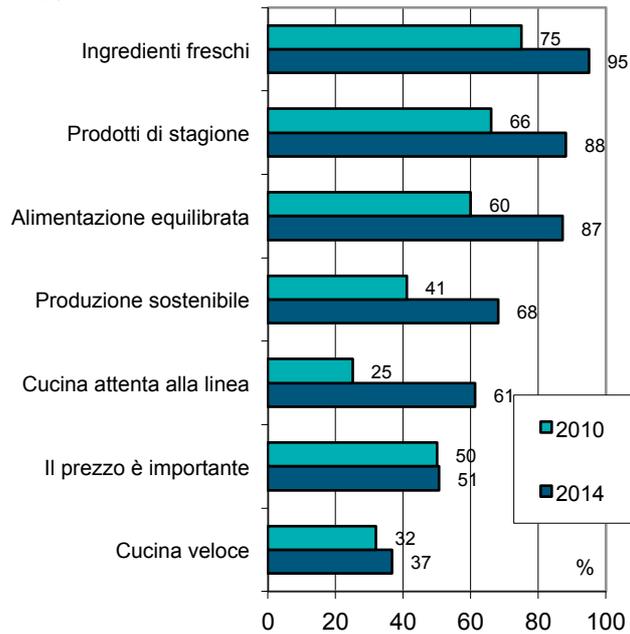
Dal grafico D si evince innanzitutto che, rispetto al 2010, nel 2014 la frequenza di risposte affermative è superiore per tutte le asserzioni ad eccezione del rimando al prezzo. Siccome nelle due indagini la domanda era formulata in modo identico, i risultati dovrebbero essere riconducibili, almeno in parte, a una maggior sensibilità per l'alimentazione sana ed equilibrata: sono infatti aumentate in modo particolarmente marcato le risposte a sostegno dei prodotti freschi, di stagione e sostenibili nonché dell'alimentazione equilibrata.

Alla domanda riguardante gli aspetti a cui si presta attenzione in cucina, per i prodotti freschi e di stagione nonché i pasti equilibrati nettamente più dell'80 per cento degli intervistati sceglie la risposta «corrisponde pienamente» o «corrisponde abbastanza». Più della metà dichiara inoltre di prestare attenzione alla produzione sostenibile e alla cucina attenta alla linea. Le considerazioni legate al prezzo e il tempo di preparazione svolgono invece un ruolo secondario. Nel 2014, secondo il grafico E quest'ultimo aspetto è condiviso solo dalla metà degli intervistati.

Un'analisi dettagliata non raffigurata qui rivela inoltre che per tutti gli aspetti enumerati nel grafico E le donne raggiungono valori superiori agli uomini, e cioè prestano più attenzione ai vari aspetti. Per la maggior parte degli aspetti emergono anche effetti legati all'età: gli intervistati più anziani danno infatti maggiore importanza ai vari fattori. Fa eccezione la «cucina veloce»: il fattore tempo è più importante per i giovani.

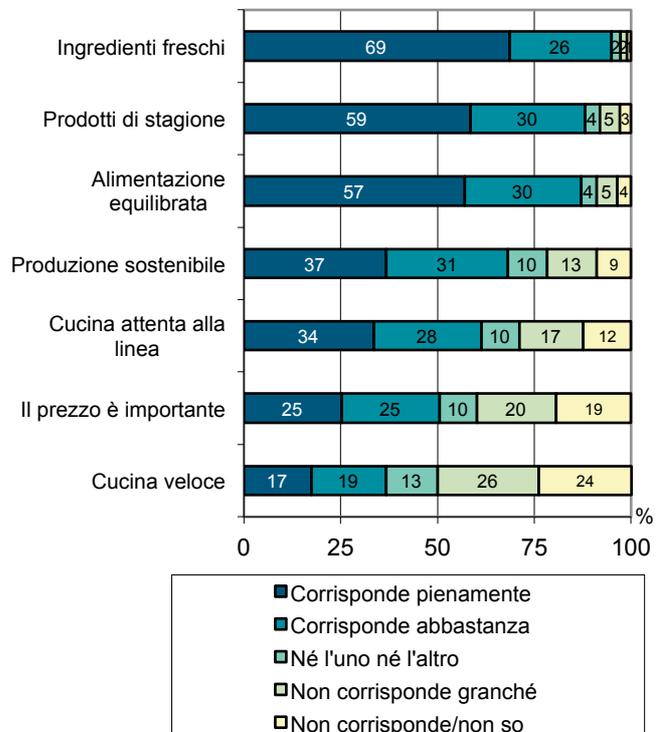
In base alla nazionalità non emergono differenze nette, mentre la formazione in genere ha un effetto negativo nel senso che le persone con una formazione superiore concordano più raramente con le varie affermazioni. In questo caso fanno eccezioni i prodotti sostenibili e il tempo di preparazione, menzionati con maggiore frequenza dalle persone con una formazione superiore. Per finire, dal punto di vista delle regioni linguistiche risulta che nella Svizzera tedesca i vari aspetti sono oggetto di maggiore attenzione che nella Svizzera romanda e meridionale.

#### D) Importanza dei vari aspetti riguardanti la cucina, 2010 e 2014



Fonte: Coop 2010a (n=520) e Omnibus 2014 dell'UST (n tra 2952 e 2963); risposte alla domanda: La preghiamo di indicare fino a che punto le seguenti asserzioni riguardanti la cucina corrispondono al Suo caso. È indicata la percentuale di persone che hanno risposto «corrisponde pienamente» o «corrisponde abbastanza».

#### E) Importanza dei vari aspetti riguardanti la cucina, 2014

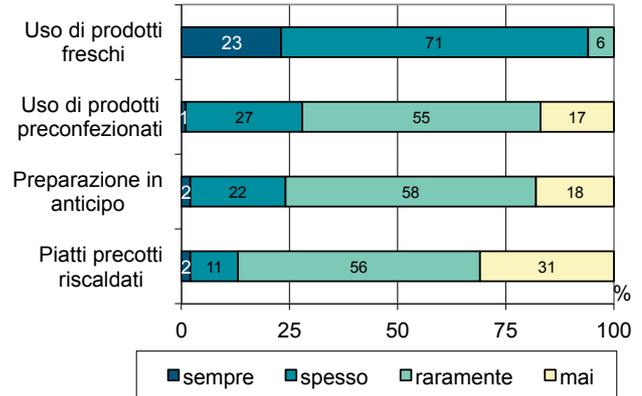


Fonte: Omnibus 2014 dell'UST (n tra 2952 e 2963 a seconda dell'aspetto).

I prodotti freschi sono molto popolari anche secondo un'altra domanda dello studio Coop del 2010 (grafico F). Il 90 per cento degli intervistati li utilizza sempre o spesso in cucina, mentre i prodotti pronti raggiungono appena il 30 per cento. Quasi un quarto degli intervistati cucina sempre o spesso in anticipo (24 %), il 13 per cento riscalda piatti pronti.

Un'ulteriore analisi in base al sesso, qui non illustrata, indica che le donne utilizzano ingredienti freschi più frequentemente degli uomini, che invece risultano più assidui nel riscaldarsi piatti pronti.

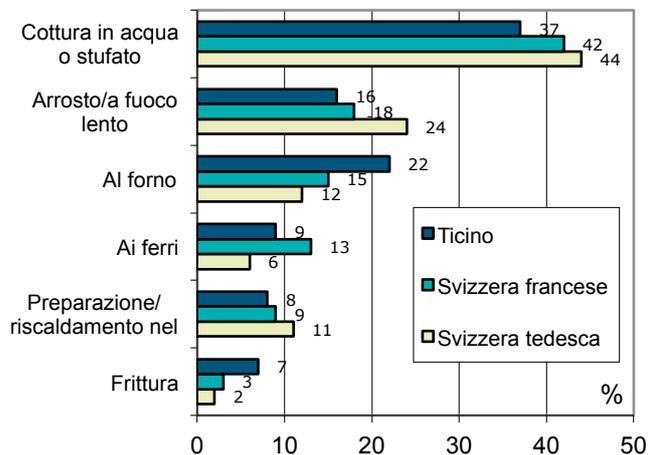
F) Importanza dei vari prodotti, 2010 (n=520)



Fonte: Coop 2010a; risposte alla domanda: La preghiamo di indicare fino a che punto le seguenti asserzioni riguardanti la cucina corrispondono al Suo caso.

Oltre alla tipologia di prodotti utilizzati, anche il metodo per cucinarli ha la sua importanza. Lo studio pilota inerente all'Indagine nazionale sulla nutrizione contiene in questo caso una domanda supplementare (grafico G) dalla quale risulta che i metodi più diffusi sono lo stufato o la cottura in acqua. Tuttavia, si osservano delle notevoli differenze tra le varie regioni linguistiche: mentre nella Svizzera tedesca vi è una preferenza per l'arrosto o lo stufato, la Svizzera francese si mostra più propensa alla cottura ai ferri, mentre nella Svizzera italiana (Ticino) sono relativamente frequenti la cottura in forno e la frittura.

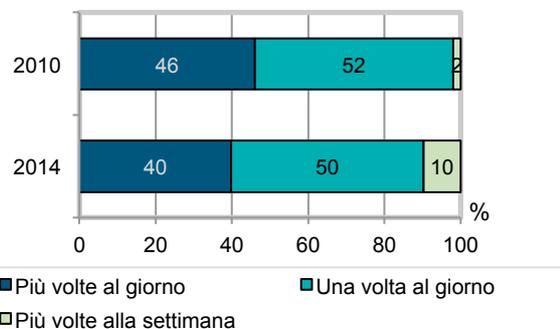
G) Grado di preferenza dei vari metodi di preparazione, 2009 (n=1276)



Fonte: studio pilota NANUSS; risposte alla domanda: «La scorsa settimana, con quale frequenza Lei ha ... il Suo cibo?».

I grafici H-J si riferiscono ai figli che vivono nell'economia domestica. Il grafico H mostra dapprima un confronto delle risposte, provenienti dallo studio Coop del 2010 e dall'Omnibus 2014 dell'UST, alla domanda sulla frequenza con cui si cucina per i propri figli.

H) Con quale frequenza nella settimana viene preparato un pasto caldo per il bambino? (n=508)



Fonte: Coop 2010b (n=508) e Omnibus 2014 dell'UST (n=1068); risposte alla domanda: «Con quale frequenza nella settimana prepara un pasto caldo per il Suo bambino?».

Dal confronto emerge chiaramente che in entrambi gli anni almeno il 90 per cento delle economie domestiche ha indicato di preparare un pasto caldo per i propri figli almeno una volta al giorno. Dal 2010, tuttavia, tale percentuale è leggermente diminuita. Questo risultato potrebbe essere la conseguenza di una composizione leggermente mutata del campione – lo studio del 2014 comprende ad esempio anche il Ticino, che si distingue per una percentuale particolarmente elevata di persone che non cucinano ogni giorno per i propri figli – e di abitudini alimentari leggermente mutate (maggiore frequenza di pasti consumatori fuori casa).

I grafici I e J indicano a quali caratteristiche si presta attenzione nell'acquisto di prodotti alimentari per l'infanzia. Il confronto tra lo studio Coop del 2010 e l'Omnibus 2014 dell'UST mostra che, benché nei due studi l'ordine delle caratteristiche sia simile, si sono verificati alcuni cambiamenti importanti. In entrambi gli anni, gli aspetti principali sono il sapore e il tenore di zuccheri degli alimenti, alle loro spalle il tenore di grassi, gli additivi, i prodotti biologici e il tenore di sale sono però risaliti in classifica a scapito del prezzo. Nel 2014 anche le sostanze allergizzanti sono più importanti che nel 2010, ma continuano a essere irrilevanti per oltre un terzo degli intervistati (cfr. anche il grafico J con i risultati dettagliati per il 2014).

Le differenze tra i vari gruppi sociali nell'attenzione prestata alle varie caratteristiche dei prodotti sono relativamente esigue. Spicca tuttavia il fatto che le donne e gli stranieri sono un po' più attenti agli aspetti enumerati quando fanno acquisti per i propri figli.

Il Panel sull'alimentazione del Politecnico federale di Zurigo (cfr. Hartmann et al.) prende in esame, oltre al comportamento in materia di abitudini alimentari, anche il comportamento culinario della popolazione residente nella Svizzera tedesca e francese.

Dalla tabella K si evince che le donne, in media, non soltanto si occupano in misura maggiore di cucinare, ma si ritengono anche più abili e si divertono di più in cucina rispetto agli uomini. Inoltre dai risultati dettagliati (qui non riportati) emerge che maggiori sono le abilità nel cucinare, e più verdura e meno alimenti pronti per la cottura (*convenience food*) vengono consumati.

### Altre informazioni

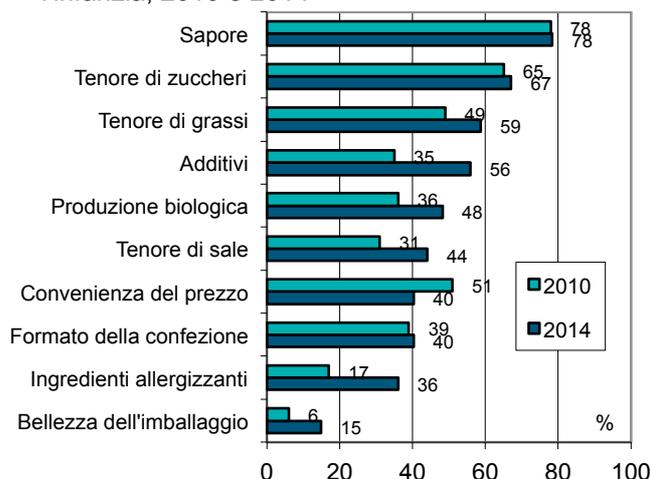
Coop (2010a): Obiettivo sui trend alimentari, «Gli Svizzeri ai fornelli» (febbraio 2010). Basilea: Coop.

Coop (2010b): «Alimentazione quotidiana con i bambini» (settembre 2010). Basilea: Coop.

Gfs-Zürich (2010): studio pilota NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland): 24 Hour Recall e comportamento alimentare. Rapporto conclusivo. Zurigo: gfs.

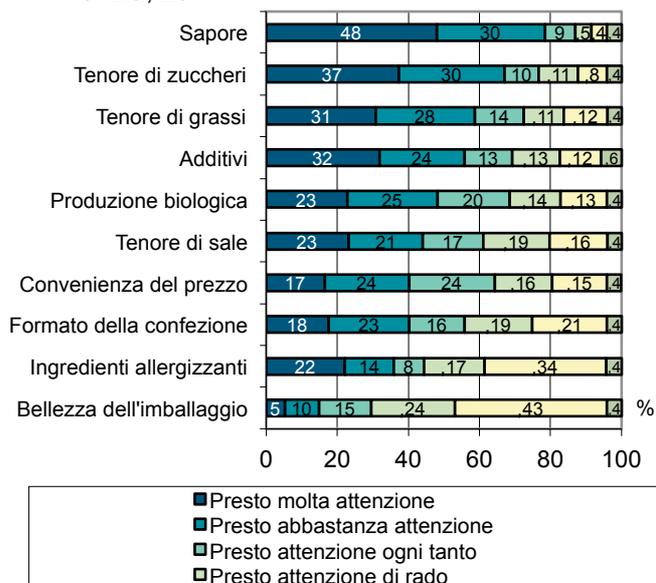
Hartmann, C., S. Dohle e M. Siegrist (2012): Importance of Cooking Skills for Balanced Food Choices. Results from the Swiss Food Panel – Zwischenbericht. Zurigo: ETH IED.

### I) Aspetti considerati nell'acquisto di alimenti per l'infanzia, 2010 e 2014



Fonte: Coop 2010b (n=508) e Omnibus 2014 dell'UST (n tra 981 e 986 a seconda dell'aspetto); risposte alla domanda: «Quando acquisti dei prodotti per tuo figlio, in che misura fai attenzione ai seguenti punti?». È indicata la percentuale degli intervistati che prestano «molta» o «abbastanza» attenzione alle caratteristiche menzionate.

### J) Aspetti considerati nell'acquisto di alimenti per l'infanzia, 2014



Fonte: Omnibus 2014 dell'UST (n tra 981 e 986 a seconda dell'aspetto)

### K) Risultati selezionati del Panel del Politecnico federale secondo il sesso, valori medi o percentuali, 2010 (n=4436)

	Uomini	Donne
Valutazione delle abilità nel cucinare	4.2	5.4
Piacere nel cucinare	3.8	4.4
Consapevolezza del proprio stato di salute	4.4	4.8
Si occupa prevalentemente di cucinare durante la settimana	29%	71%
Si occupa prevalentemente di cucinare nel fine settimana	36%	64%

Fonte: Hartmann et al. (2012): Panel del Politecnico federale 2010.

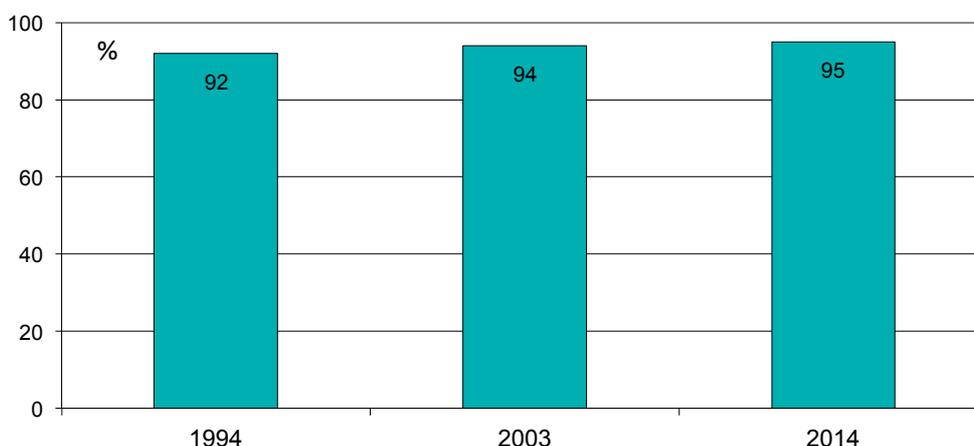
Osservazione: per quanto riguarda le voci «abilità nel cucinare», «piacere nel cucinare» e «consapevolezza del proprio stato di salute» si tratta dei valori medi di diverse affermazioni che è stato possibile valutare con una scala da 1=«non corrisponde per niente» a 6=«corrisponde pienamente»

## Indicatore 2.7: allattamento

L'allattamento ha vari effetti positivi a lungo termine sulla salute dei bambini. I bambini allattati sono tra l'altro meglio protetti contro le infezioni. La Società svizzera di pediatria e la Società svizzera di nutrizione raccomandano l'allattamento esclusivo al seno nei primi quattro-sei mesi di vita. A partire dal quinto mese possono e a partire dal settimo dovrebbero essere introdotti progressivamente alimenti per lo svezzamento (SSN 2012, SSN/SSP 2011). Le raccomandazioni svizzere si scostano quindi leggermente da quelle dell'OMS, che dal 2001 raccomanda l'allattamento esclusivo nei primi sei mesi e alimenti per lo svezzamento dal settimo mese.

Indagini tra giovani madri realizzate negli anni 1994, 2003 e 2014 hanno permesso di raccogliere dati differenziati sull'allattamento in Svizzera (cfr. Gross et al. 2015). Dal seguente grafico emerge chiaramente che negli scorsi decenni solo una piccolissima minoranza dei bambini non è mai stata allattata al seno. Il grafico mostra inoltre che negli scorsi decenni la prevalenza dell'allattamento è passata dal 92 al 95 per cento. Nel 2014 i bambini sono stati allattati esclusivamente al seno in media per 12 settimane, mentre la durata complessiva dell'allattamento (compresi altri liquidi e alimenti per lo svezzamento) è stata di 31 settimane (valori mediani).

### A) Percentuale di bambini allattati al seno, 1993, 2003 e 2014



Fonte: studio SWIFS, Gross et al. (2015). Numero di casi: 1994: 2098; 2003: 2919; 2013: 1535.

### Base di dati

- Gross, K., A. Späth, J. Dratva, E. Zemp Stutz (2015): SWIFS – Swiss Infant Feeding Study. Eine nationale Studie zur Säuglingsernährung und Gesundheit im ersten Lebensjahr. Basilea/Berna: Swiss TPH/UFSP.
- Dal 1994 sono stati condotti complessivamente tre studi nazionali (1994, 2003, 2014) sull'allattamento al seno e sull'alimentazione dei lattanti. Giovani madri sono state intervistate sull'alimentazione del proprio figlio attraverso un questionario scritto. Sono stati impiegati campioni estratti casualmente di persone iscritte a consultori per neogenitori (numero di casi: 1994: 2098; 2003: 2919; 2014: 1535).
- Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) 2012 dell'Ufficio federale di statistica (UST).

Le domande sono state riprese dai questionari compilati da oltre 18 000 intervistati. I numeri di casi sono relativamente bassi poiché hanno risposto alla domanda solo le persone il cui figlio minore aveva meno di 15 anni al momento dell'intervista.

Le raccomandazioni sull'allattamento e sull'introduzione di alimenti per lo svezzamento figurano in:

Società svizzera di nutrizione (SSN)(2012): Ernährung des Säuglings im ersten Lebensjahr. Berna: SSN.

Società svizzera di nutrizione (SSN)/Società svizzera di pediatria (SSP)(2011): Einführung der Lebensmittel beim Säugling. Berna: SSN/SSP.

## Altri risultati

Il grafico B mostra un confronto tra varie forme di allattamento al seno in base all'età del lattante per gli anni 2003 e 2014. Per «allattamento esclusivo» s'intende la somministrazione solo di latte materno, mentre l'«allattamento completo» può comprendere, oltre al latte materno, anche tè o acqua e include l'allattamento esclusivo.

Dal grafico emerge che nel primo e nel secondo mese di vita sono allattati quasi tre quarti dei bambini. Tra il 2003 e il 2014 ha acquistato maggiore rilievo soprattutto l'allattamento esclusivo, mentre l'allattamento completo è progredito solo leggermente. A partire dal settimo mese entrambe le forme di allattamento diminuiscono sensibilmente, conformemente alle raccomandazioni, e dal decimo mese sono irrilevanti. Altri dati mostrano tuttavia che anche a questo punto più di un quarto dei bambini è ancora allattato almeno una volta al giorno.

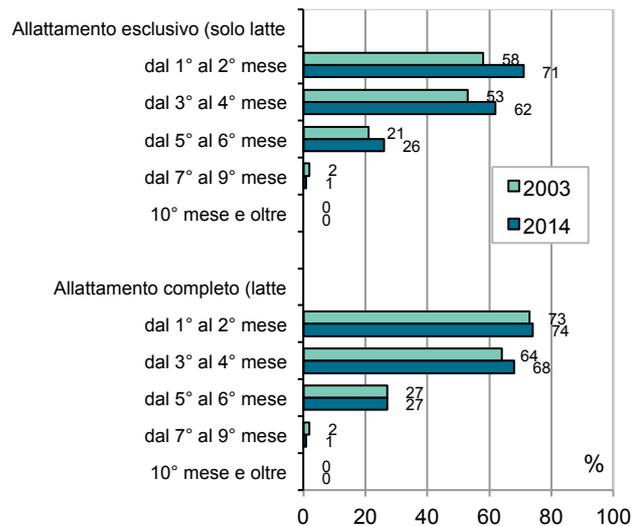
Per il 2014, il grafico C mostra il nesso tra la durata dell'allattamento e varie caratteristiche della madre. Dalla tabella si evince che nella Svizzera francese in media si allatta un po' più a lungo che nelle altre regioni linguistiche e che l'occupazione e il fatto di non vivere con il padre hanno un chiaro effetto negativo sulla durata dell'allattamento. Un livello di formazione superiore dei genitori ha invece un impatto positivo sulla durata dell'allattamento.

Per quanto riguarda la nazionalità della madre, le differenze non sono inequivocabili: le donne provenienti dai Balcani tendono ad allattare meno a lungo, le svizzere si collocano a metà strada e le donne provenienti da altri Paesi europei tendono ad allattare più a lungo.

È interessante notare il nesso negativo tra la consapevolezza dell'alimentazione e la durata dell'allattamento: le madri che prestano attenzione alla propria alimentazione allattano meno a lungo di quelle che non si curano dell'alimentazione. Al tempo stesso, l'ultima parte della tabella mostra che le donne sovrappeso e obese allattano meno a lungo delle donne normopeso o sottopeso.

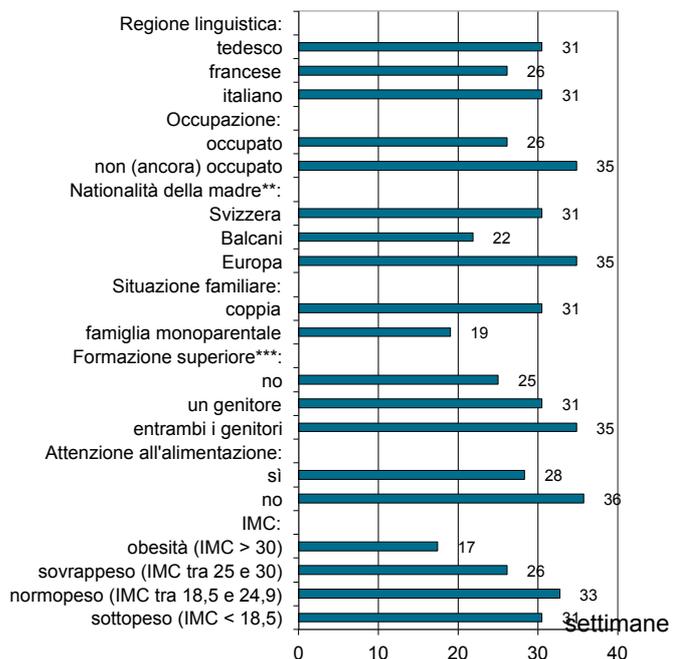
Una serie di altre caratteristiche, qui non raffigurate, come il reddito o l'attività fisica, non presenta invece alcun nesso con la durata dell'allattamento.

## B) Allattamento e durata dell'allattamento, percentuali di bambini allattati nei vari mesi di vita, 2003 e 2014 (in %)



Fonte: studio SWIFS, Gross et al. (2015). I dati provengono da un protocollo nutrizionale sull'arco di 24 ore e indicano la percentuale di bambini sottoposti ad allattamento «esclusivo» o «completo».

## C) Nesso tra la durata media dell'allattamento (in settimane)\* e varie caratteristiche degli intervistati, 2014



Fonte: studio SWIFS, Gross et al. (2015). Numero di casi: tra 1102 e 1421 a seconda della caratteristica. È indicata la «durata totale di allattamento», ossia il periodo in cui il bambino riceve latte materno ed eventualmente tè, latte per lattanti o alimenti per lo svezzamento.

\* Valori mediani, ossia momento in cui la metà dei bambini era allattata. \*\* Il numero di casi per le madri extraeuropee era troppo basso per fornire dati rappresentativi; i risultati non sono quindi raffigurati. \*\*\* Per formazione superiore s'intende università, scuola universitaria professionale o formazione professionale superiore.

Risultati analoghi a quelli dello studio SWIFS emergono anche dall'indagine sulla salute in Svizzera (ISS) 2012 dell'Ufficio federale di statistica, che ha chiesto ai genitori se e per quanto tempo i loro figli sono stati allattati al seno. Come risulta dal grafico D, quasi il 90 per cento degli ultimogeniti è stato allattato. Oltre la metà dei bambini è stata allattata per un periodo da uno a sei mesi e quasi un terzo per più di sei mesi. Inoltre in base ad altre analisi tra il 2002 e il 2012 la percentuale di madri che allattano è rimasta pressoché invariata.

I dati dell'ISS mostrano che sussiste una netta corrispondenza tra l'allattamento dell'ultimo e del penultimo genito. Le madri che hanno allattato il penultimo genito, con molta probabilità hanno allattato anche l'ultimogenito.

Nell'ISS 2012 le differenze sociali enumerate nel grafico C non trovano conferma con la stessa chiarezza dello studio SWIFS, il che potrebbe essere legato al disegno diverso della ricerca.

Lo studio SWIFS contiene anche dati sulla cosiddetta introduzione di alimenti per lo svezzamento, cioè sulla somministrazione di altri alimenti ai bambini. Come mostra il grafico E, nel 2014 gli alimenti per lo svezzamento sono stati somministrati un po' prima che nel 2003: all'epoca erano stati introdotti in media dopo 5,5 mesi, nel 2014 già dopo cinque mesi. Nel 2003, tuttavia, la percentuale di bambini che hanno ricevuto alimenti per lo svezzamento già prima del quinto mese, qui non raffigurata, era nettamente superiore che nel 2014 (4 % contro l'1 %).

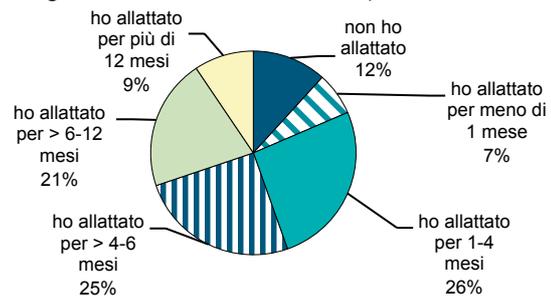
Dal grafico emerge inoltre che di norma si inizia con verdura e cereali, mentre altri alimenti sono introdotti solo a partire dal settimo mese.

Il grafico F mostra infine quando sono somministrati per la prima volta, in media, vari liquidi. Spicca il fatto che nel 2014 il tè è stato dato molto più tardi che nel 2003, mentre per il latte per lattanti è stato il contrario.

#### Altre informazioni

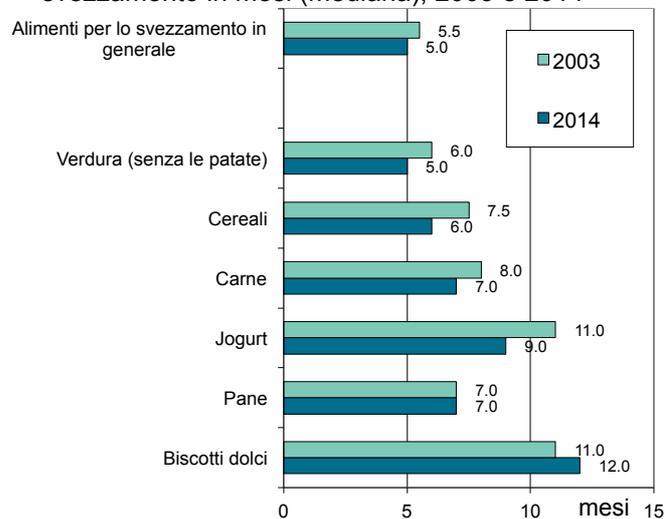
Sutter-Leuzinger, A. (2005): «Stillförderung: Globale Strategien und Umsetzung in der Schweiz», pagg. 125-132, in: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey, A. Matzke et al. (ed.): «5° Rapporto sull'alimentazione in Svizzera». Berna: UFSP.

#### D) Allattamento dell'ultimogenito, 2012 (in % dei genitori con figli di età inferiore a 15 anni)



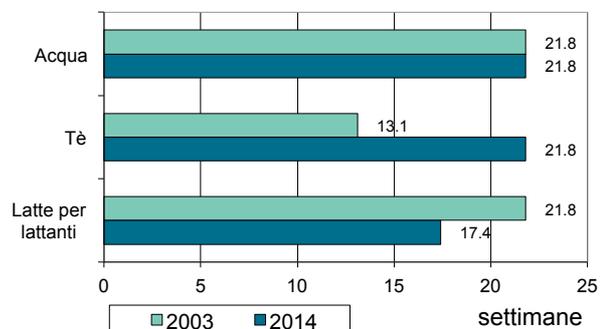
Fonte: ISS 2012 (n=4056). Risposte alle domande: «Il Suo ultimogenito è stato allattato?» e «Per quanto tempo è stato allattato?».

#### E) Età al momento dell'introduzione di alimenti per lo svezzamento in mesi (mediana), 2003 e 2014



Fonte: studio SWIFS, Gross et al. (2015). Numero di casi: 2003: 2919; SWIFS 2014: 1508. Sono stati indicati solo gli alimenti per cui sono disponibili i dati per entrambi gli anni.

#### F) Età al momento dell'introduzione di liquidi in settimane (mediana), 2003 e 2014



Fonte: studio SWIFS, Gross et al. (2015). Numero di casi: 2003: 2919; SWIFS 2014: 1508.

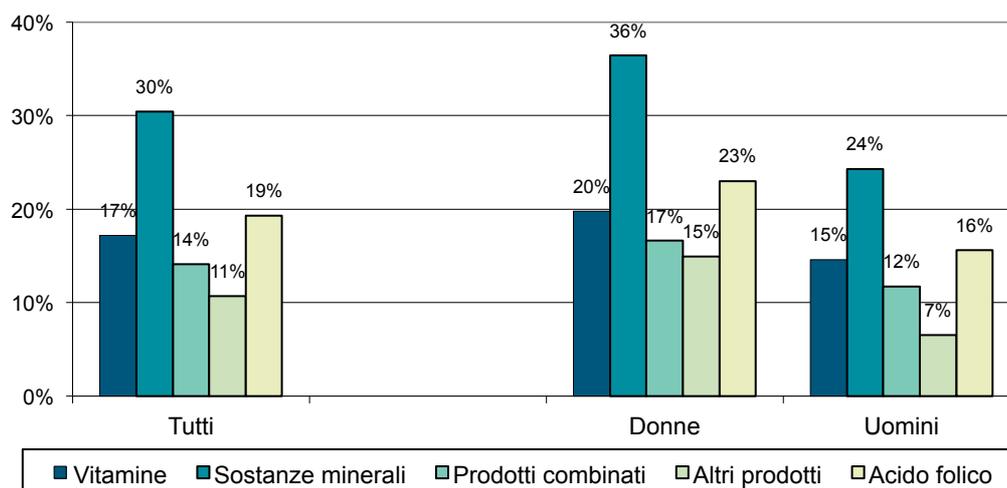
## Indicatore 2.8: micronutrienti

I micronutrienti – in cui rientrano ad esempio le vitamine e i minerali – sono molto importanti per il metabolismo umano. Un'assunzione sufficiente di micronutrienti è quindi una componente essenziale di un'alimentazione equilibrata. Secondo l'Omnibus 2014 dell'Ufficio federale di statistica, il 68 per cento della popolazione residente in Svizzera presta «sempre» o «spesso» attenzione al tenore di vitamine dei propri alimenti e il 36 per cento al tenore di minerali (cfr. indicatore 1.5).

Con i dati disponibili attualmente è difficile valutare in dettaglio l'assunzione dei singoli micronutrienti nella popolazione svizzera e stabilire se sussistano carenze alimentari. Alcuni dati in merito sono contenuti nel 6° Rapporto sull'alimentazione in Svizzera e in menuCH, il sondaggio nazionale sull'alimentazione svolto dall'USAV in collaborazione con l'UFSP.

Il grafico A riporta le risposte fornite alla domanda di menuCH sull'assunzione di integratori alimentari (supplementi) ed eventualmente quali. Nell'ambito di menuCH, quasi la metà della popolazione ha indicato di ricorrere a supplementi alimentari (47 %): le donne assumono i diversi integratori alimentari molto più di frequente degli uomini. Spiccano per importanza i prodotti contenenti sostanze minerali (30 %), acido folico (19 %) e vitamine (17 %). A risultati molto simili era giunto anche lo studio CoLaus svolto a Losanna nel 2003, secondo cui il 20 per cento dei partecipanti aveva affermato di assumere supplementi alimentari contenenti vitamine o minerali.

### A) Assunzione di integratori alimentari, 2014/15



Fonte: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, Bochud et al. (2017), n=2085.

### Base di dati

Andersson M., I. Aeberli I, N. Wust et al. (2010): The Swiss iodized salt program provides adequate iodine for school children and pregnant women, but weaning infants not receiving iodine-containing complementary foods as well as their mothers are iodine deficient. *J Clin Endocrinol Metab* 95:5217-24.

UFSP (2006): Selenstatus der Schweizer Bevölkerung. Berna: UFSP.

Gfs-Zürich (2010): studio pilota NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland): 24 Hour Recall e comportamento alimentare. Rapporto conclusivo. Zurigo: gfs. L'indagine si basa sull'intervista di un campione di 1545 persone.

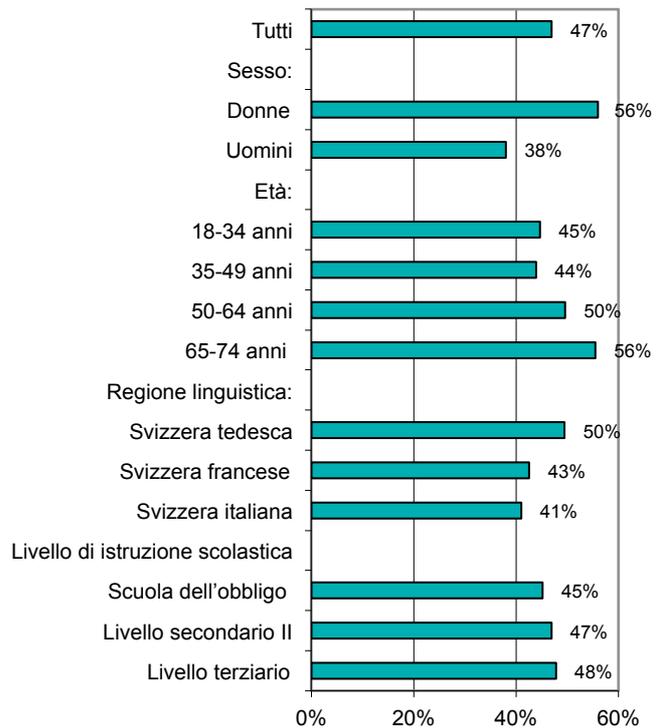
Gross, K., A. Späth, J. Dratva, E. Zemp Stutz (2015): SWIFS – Swiss Infant Feeding Study. Eine nationale Studie zur Säuglingsernährung und Gesundheit im ersten Lebensjahr. Basilea/Berna: Swiss TPH/UFSP.

menuCH, sondaggio nazionale sull'alimentazione dell'USAV per gli anni 2014/15 (intervistati tra 18 e 75 anni, n=2085): Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studio su incarico dell'USAV e dell'UFSP. Losanna: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

### Altri risultati

Il grafico B mostra come, all'interno della popolazione residente in Svizzera, vi siano grandi differenze in relazione al consumo di integratori alimentari. L'assunzione di supplementi alimentari è infatti molto diffusa soprattutto tra le donne (56 %), tra le persone di età compresa tra 50 e 74 anni (50-56 %) e nella Svizzera tedesca (50 %).

B) Percentuale degli intervistati che assumono almeno un integratore alimentare, per sesso, per età, per regione linguistica e per livello di istruzione scolastica, 2014/2015

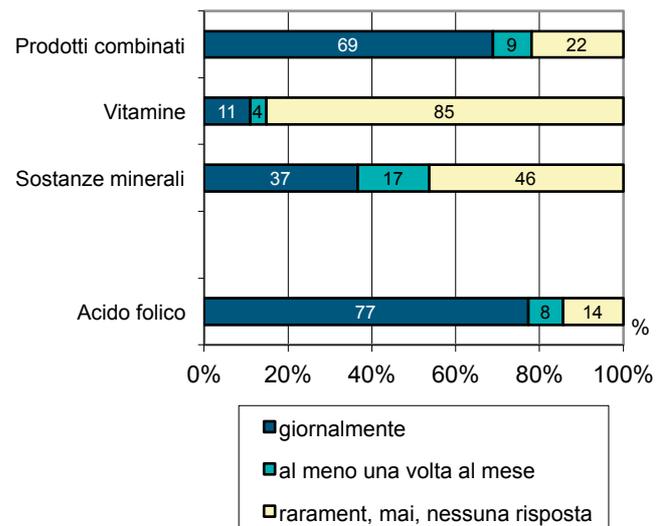


Fonte: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, Bochud et al. (2017).

Per quanto riguarda l'assunzione di integratori e vitamine, i risultati dello studio SWIFS (Gross et al. 2015, cfr. grafico C) evidenziano inoltre una forte diffusione tra le donne incinte: nel 2013 più di due terzi delle madri intervistate assumevano giornalmente preparati combinati, mentre preparati selezionati a base di vitamine e minerali erano meno popolari. Più di tre quarti delle future madri assumevano inoltre giornalmente acido folico.

Secondo uno studio attuale dell'Ufficio federale della sanità pubblica (2011b), l'apporto medio di vitamina D nei soggetti adulti sani sembra superiore al valore minimo raccomandato > 50 nmol/L; il valore medio annuale è di 59,6 nmol/L. La carenza di vitamina D è pertanto diffusa soprattutto nei mesi invernali: stando a un'indagine di Guessous et al. (2012), oltre il 60 per cento della popolazione adulta soffre di una grave carenza vitaminica durante i mesi invernali (da gennaio a marzo).

C) Assunzione di integratori e acido folico durante la gravidanza, 2013



Fonte: studio SWIFS, Gross et al. (2015); lo studio SWIFS si basa su un campione di 1535 madri.

Siccome il suolo svizzero è piuttosto povero di selenio rispetto all'estero, occorre valutare regolarmente nel nostro Paese lo stato del selenio (cfr. grafico D). Tra il 1993 e il 2006, lo stato del selenio è leggermente aumentato e non vi è quindi da attendersi una carenza di selenio nella popolazione sana in Svizzera. Gli uomini tendono a consumare più alimenti contenenti selenio delle donne. Il selenio è contenuto soprattutto in alimenti di origine animale e nella pasta prodotta con grano duro nordamericano.

Probabilmente l'apporto di iodio non è sufficiente in tutta la popolazione. Nonostante da uno studio rappresentativo su bambini e donne in gravidanza siano emersi valori per gli anni 2004 e 2009 (tenore medio di iodio nelle urine, grafico E) tali da far ipotizzare un sufficiente apporto di iodio (150 µg/L), lo stato di iodio delle madri che allattano, dei neonati e soprattutto dei lattanti allattati al seno (mediana: 67 µg/L, 91 µg/L rispettiv. 82 µg/L) deve essere valutato come ridotto. Inoltre, i primi risultati di uno studio attualmente in corso indicano che almeno in una parte della popolazione svizzera si registra un apporto giornaliero di iodio troppo basso UFSP (2011b).

#### Altre informazioni

UFSP (2011a). Vitamin-D-Gehalte im Serum von gesunden Erwachsenen. Dati non ancora pubblicati.

UFSP (2011b). Jodversorgung der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse einer nationalen Multizenterstudie. Dati non ancora pubblicati.

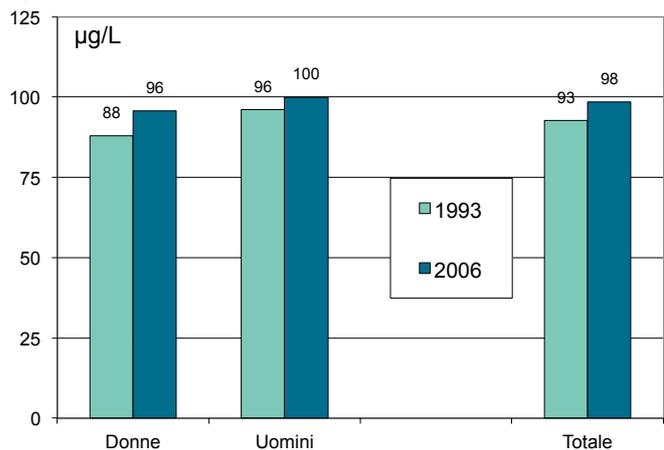
UFSP (2013): Empfehlungen zur Jodversorgung in der Schweiz. Berna: UFSP.

Gessous, I. et al. (2012): Vitamin D levels and associated factors: a population-based study in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, online version, published 26/11/2012.

Marques-Vidal P., A. Pecoud, Hayoz et al. (2009): Prevalence and characteristics of vitamin or dietary supplement users in Lausanne, Switzerland: the CoLaus study. *Eur J Clin Nutr* 63:273-81.

Zimmermann, M.B., I. Aeberli I, T. Torresani, und H. Burgi (2005): Increasing the iodine concentration in the Swiss iodized salt program markedly improved iodine status in pregnant women and children: a 5-y prospective national study. *Am J Clin Nutr* 82:388-92.

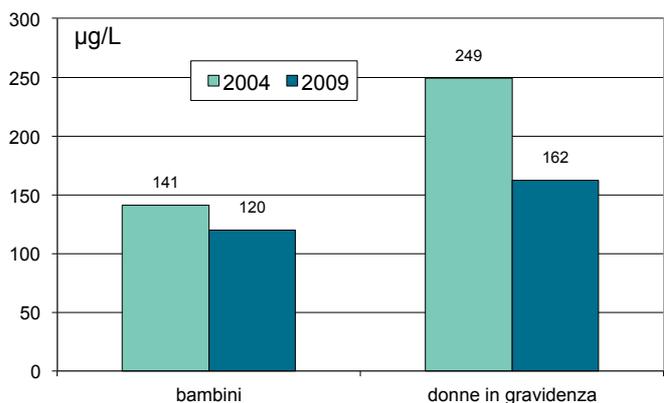
D) Stato del selenio secondo il sesso, 1993 e 2006



Studio sul selenio 2006 dell'UFSP; numero di casi: 1993: n=630; 2006: n=1847.

Il valore indicativo per i soggetti adulti sani è di 30 a 70 µg per giorno (cfr. [www.sge-ssn.ch](http://www.sge-ssn.ch))

E) Apporto di iodio nei bambini e nelle donne in gravidanza, 2004 e 2009 (tenore medio di iodio nelle urine µg/L)



Fonte: Anderson et al. (2010).

n: bambini 2004 n=601, 2009 n=916, donne in gravidanza 2004 n=511, 2009 n=648).

In base ai dati dell'OMS l'UFSP (2013) raccomanda i seguenti valori di riferimento per l'apporto giornaliero di iodio:

- lattanti e bambini fino a cinque anni: 90 µg
- bambini tra cinque e 12 anni: 120 µg
- bambini a partire da 12 anni e adulti: 150 µg
- donne incinte e allattanti: 250 µg

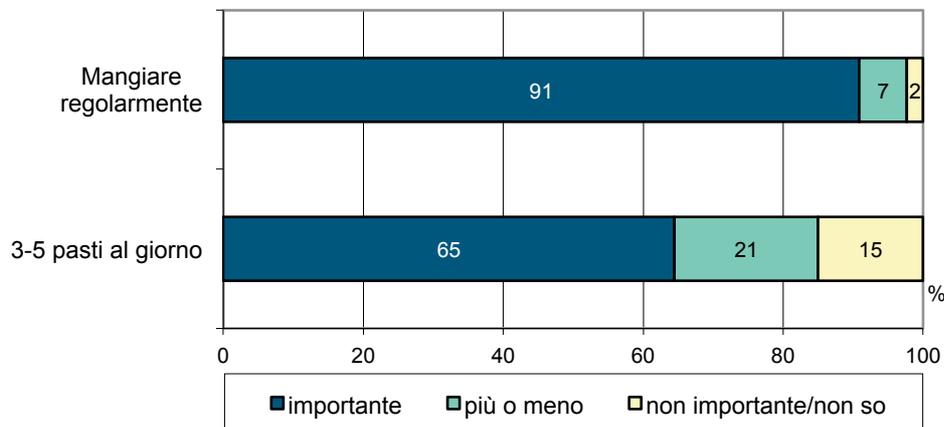
## Indicatore 2.9: colazione e altri pasti, adulti

In numerose raccomandazioni alimentari è consigliato consumare pasti regolari in modo consapevole e si attribuisce particolare importanza alla colazione all'interno di un'alimentazione equilibrata.

A un livello più generale, nuovi dati provenienti dal modulo MOSEB dell'Omnibus 2014 dell'Ufficio federale di statistica (UST) rivelano l'importanza di un'alimentazione regolare per la popolazione residente in Svizzera. Dal grafico A si evince che più del 90 per cento degli intervistati considera importante mangiare regolarmente – circa due terzi di essi ritiene che bisognerebbe consumare da tre a cinque pasti al giorno. Le differenze tra uomini e donne, classi di età, svizzeri e stranieri, regioni linguistiche e livelli di istruzione sono esigue per entrambe le domande e di norma non statisticamente significative.

Non esistono dati attuali sull'abitudine di fare colazione per gli adulti. Da due studi condotti nel 2009 e nel 2014/15 emerge tuttavia che oltre due terzi della popolazione residente in Svizzera fa colazione regolarmente (cfr. grafici B e C), ma il pranzo e la cena sono ancora più importanti.

### A) Importanza di mangiare regolarmente, 2014



Fonte: Omnibus 2014 dell'UST, n=2984.

Risposte alla domanda sull'importanza di mangiare regolarmente e di fare da tre a cinque pasti al giorno.

### Base di dati

Modulo MOSEB dell'Omnibus 2014 dell'Ufficio federale di statistica, indagine telefonica rappresentativa su 2993 persone.

menuCH, il sondaggio nazionale sull'alimentazione svolto dall'USAV in collaborazione con l'UFSP per gli anni 2014/15 (intervistati di 18-75 anni, n=2085), cfr.:

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studio su incarico dell'USAV e dell'UFSP. Losanna: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Si sono inoltre utilizzati i risultati dell'iniziativa Coop «Obiettivo sui trend alimentari – Mangiare sano e veloce» di giugno 2009 (n=507). I dati sono rappresentativi per la popolazione della Svizzera tedesca e francese che naviga in Internet a titolo privato almeno una volta alla settimana.

## Altri risultati

Nel quadro dello studio menuCH per gli anni 2014/15, agli intervistati è stato anche chiesto se consumano regolarmente i diversi pasti giornalieri. Dal grafico B si evince che gli intervistati seguono prevalentemente lo schema tradizionale con tre pasti. Gli intervistati hanno dichiarato di fare colazione in media solo 5,8 giorni alla settimana, mentre pranzano e cenano praticamente ogni giorno (pranzo: 6,4 giorni la settimana; cena: 6,8 giorni la settimana). Sono state riscontrate differenze in base al sesso unicamente per quanto riguarda la colazione, consumata più regolarmente dalle donne che dagli uomini. Da menuCH è inoltre emerso che oltre l'80 per cento della popolazione fa almeno uno spuntino al giorno.

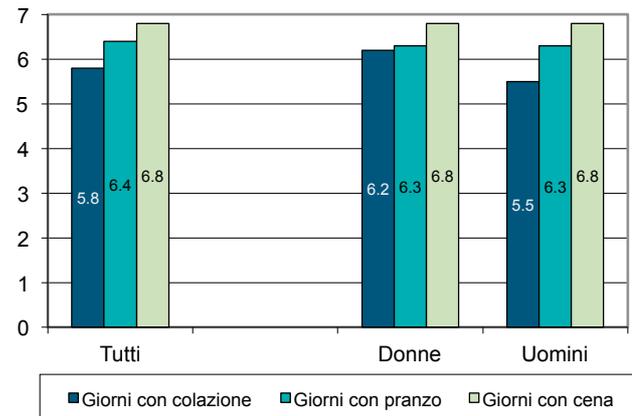
Tra i diversi pasti, quello cui gli intervistati rinunciano maggiormente è la colazione (il 5 per cento dichiara di non fare mai colazione), seguita dal pranzo (2 %) e dalla cena (0,6 %).

Il grafico C presenta i risultati dello studio Coop «Obiettivo sui trend alimentari – Mangiare sano e veloce», dai quali risulta una volta di più che il pranzo e la cena sono più importanti della colazione. La cena (96 %) e la colazione (69 %) sono consumati prevalentemente a casa, mentre oltre la metà degli intervistati pranza fuori casa. Oltre un quarto della popolazione rinuncia alla colazione, al di sotto dei 30 anni tale percentuale è ancora maggiore (31 %). Un confronto con la domanda (qui non riportata) sul fatto di mangiare «sano» o «poco sano» (cfr. indicatore 1.1) rivela che coloro che dichiarano di mangiare spesso o sempre «poco sano» saltano la colazione e pranzano fuori casa molto più spesso degli altri.

## Altre informazioni

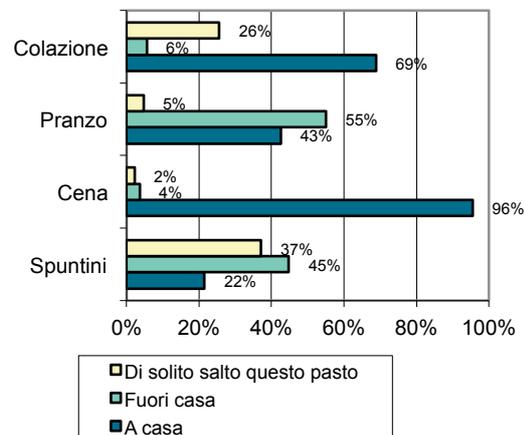
Coop (2009): Obiettivo sui trend alimentari. «Mangiare sano e veloce» (giugno 2009). Basilea: Coop.

B) Assunzione dei diversi pasti (numero medio di giorni) per sesso, 2014/15



Fonte: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, Bochud et al. (2017).

C) Assunzione dei diversi pasti, 2009

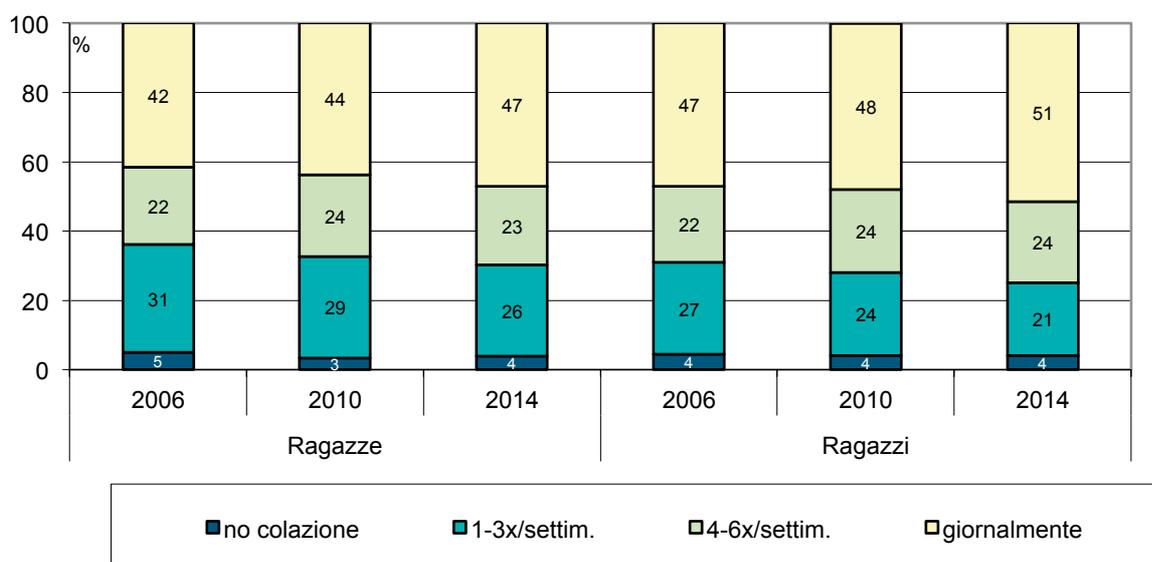


Fonte: Studio Coop «Obiettivo sui trend alimentari – Mangiare sano e veloce» 2009, n=507

## Indicatore 2.10: colazione e altri pasti, bambini e adolescenti

Pasti regolari e soprattutto una colazione completa sono molto importanti per i bambini e gli adolescenti. Una colazione equilibrata si ripercuote favorevolmente sulla salute, sul benessere e sul rendimento scolastico e professionale, inoltre sembra che permetta di evitare il sovrappeso. Dal grafico si desume che i ragazzi che fanno colazione ogni mattina (51 %) sono più numerosi delle ragazze (47 %). Complessivamente il 49 per cento degli intervistati ha dichiarato di fare colazione ogni giorno (2006: 44 %). Inoltre tra il 2006 e il 2014 è leggermente aumentato il tasso di coloro d'età compresa tra gli 11 e i 15 anni che fanno colazione almeno quattro volte alla settimana, passando dal 66 al 70 per cento tra le ragazze e dal 69 al 75 per cento tra i ragazzi (in totale dal 67 al 72 %).

A) Frequenza dell'assunzione della colazione secondo il sesso, età 11-15 anni, 2006-2014 (giorni alla settimana)



Fonte: Fonte: HBSC di Dipendenze Svizzera; numero di casi: 2006=9450, 2010=9873, 2014=9708.

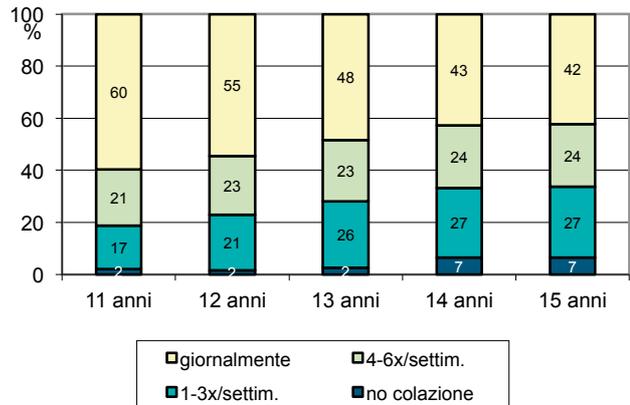
### Base di dati

Per i bambini e gli adolescenti in età compresa tra gli 11 e i 15 anni sono riportati alcuni dati relativi alla regolarità nell'assunzione della colazione nell'ambito dello studio «Health Behaviour in School-Aged Children» (HBSC) 2006-2014 di Dipendenze Svizzera.

## Altri risultati

Il grafico B mostra un importante nesso con riferimento all'età. Mentre tre quinti degli undicenni (60 %) fanno colazione ogni giorno, la percentuale diminuisce in modo continuo con l'aumentare dell'età fino a due quinti (42 %) nel caso dei quindicenni. Aumenta invece il tasso di coloro che fanno colazione al massimo tre volte alla settimana, passato dal 19 al 34 per cento. Dalle indagini precedenti, non illustrate nel presente documento, emerge una tendenza comparabile. In base ai dati del grafico A, l'abitudine di fare colazione regolarmente diminuisce con l'aumentare dell'età, ma in modo leggermente inferiore rispetto agli anni precedenti.

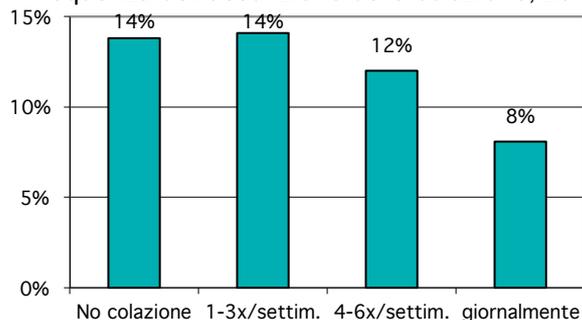
B) Regolarità nell'assunzione della colazione in base all'età, 11-15 anni, 2014 (giorni alla settimana)



Fonte: HBSC di Dipendenze Svizzera, n=9708

Come mostra il grafico C, l'abitudine di fare colazione è chiaramente associata a un peso «sano». Anche se vanno interpretati in modo prudente (cfr. indicatore 4.2 per i dati misurati), i dati basati sulle interviste relativi al sovrappeso nello studio HBSC evidenziano che i bambini che fanno una vera colazione al massimo tre giorni alla settimana sono affetti da sovrappeso quasi due volte più spesso dei bambini che fanno colazione ogni giorno. Nell'intervista del 2014 questo nesso è tuttavia meno evidente rispetto al 2010.

C) Percentuale di bambini e adolescenti in età compresa tra gli 11 e i 15 anni in sovrappeso e obesi secondo la frequenza dell'assunzione della colazione, 2014



Fonte: HBSC di Dipendenze Svizzera, n=8590

## Altre informazioni

Dati sul sito web di Dipendenze Svizzera:  
[www.dipendenzesvizzera.ch](http://www.dipendenzesvizzera.ch)

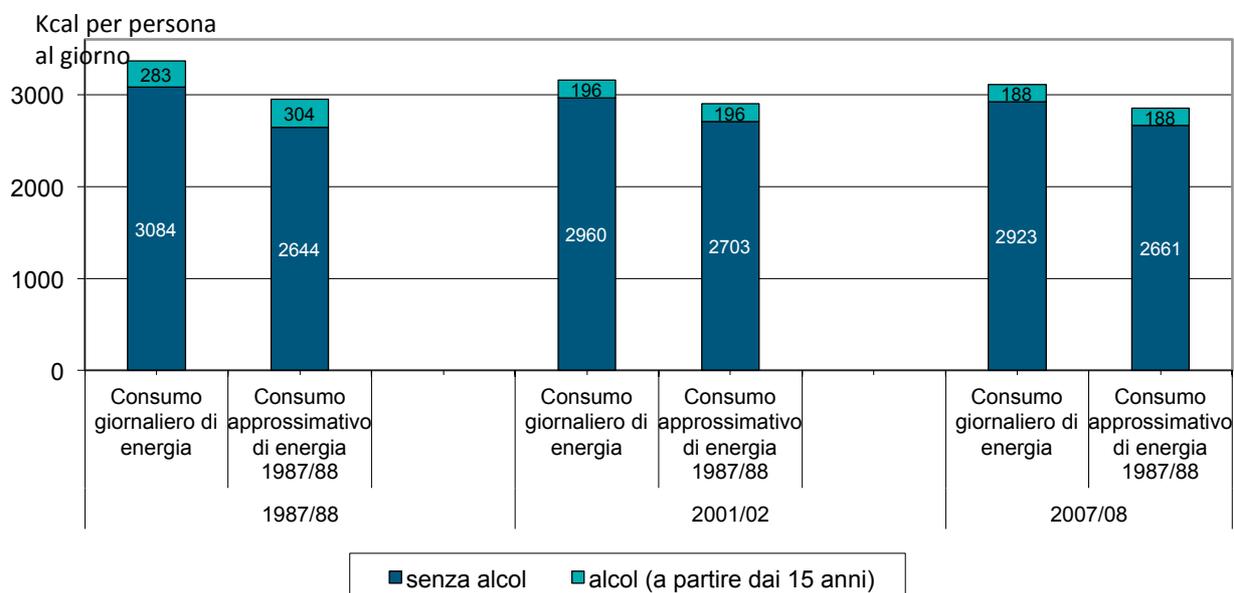
## Indicatore 2.11: approvvigionamento energetico e apporto di sostanze nutritive

L'apporto energetico esercita un'influenza notevole sul peso corporeo: un aumento dell'apporto di energia alimentare associato a una riduzione dell'attività fisica può portare a un aumento di peso e di conseguenza al sovrappeso. Un apporto di sostanze nutritive sufficiente è importante per mantenere e promuovere la salute.

Nei Rapporti sull'alimentazione in Svizzera figurano stime sull'approvvigionamento energetico e sull'apporto di sostanze nutritive della popolazione, in base alle cifre relative al consumo di derrate alimentari tratte dalle statistiche agrarie e riportate nell'indicatore 2.4. Calcolando il consumo, il consumo approssimativo e utilizzando le banche dati dei valori nutritivi si può valutare l'approvvigionamento medio in energia, carboidrati, proteine, grassi e acidi grassi, fibre alimentari e microsostanze nutritive della popolazione svizzera. Su questa base è possibile quantificare le variazioni dell'approvvigionamento nel tempo, ma non trarre conclusioni sul livello di approvvigionamento di singoli gruppi di popolazione.

Come illustrato nel grafico A, tra i bienni oggetto di indagine 1987/88 e 2007/08 la quantità di energia consumata mediamente e il consumo approssimativo sono rimasti pressoché uguali. La lieve flessione registrata pertanto in questo lasso di tempo sembra essere collegata a un minor quantità di energia assunta tramite le bevande alcoliche. Anche senza le bevande alcoliche, l'approvvigionamento energetico giornaliero risultante dal consumo e dal consumo approssimativo è di circa il 25 – 40 per cento superiore all'assunzione raccomandata dalle società germanofone per la nutrizione (valori di riferimento DAC), ovvero all'incirca tra le 2010 kcal (attività svolte stando seduti, con nessuna o con poche attività fisicamente faticose nel tempo libero) e le 2245 kcal (attività svolte stando seduti con, momentaneamente, un fabbisogno energetico più elevato).

A) Consumo giornaliero pro capite e consumo approssimativo di energia, 1987/88, 2001/02 e 2007/08 (dati in kcal)



Fonte: Schmid et al. (2012)

### Base di dati

Dati sulla base delle statistiche dell'Unione Svizzera dei Contadini tratte da:

Schmid, A. C. Brombach, S. Jacob, I. Schmid, R. Sieber et M. Siegrist (2012): "La situazione nutrizionale in Svizzera". Pagg. 53-131 in: Keller U., Battaglia Richi E., Beer M., Darioli R., Meyer

K., Renggli A., Römer-Lüthi C., Stoffel-Kurt N. (ed.): Sesto Rapporto sull'alimentazione in Svizzera. Berna: UFSP.

## Altri risultati

I grafici da B a D illustrano il consumo giornaliero e il consumo approssimativo di carboidrati, proteine e grassi (risp. acidi grassi), mentre il grafico E mostra la parte di energia fornita da questi tre gruppi di sostanze nutritive al consumo approssimativo di energia.

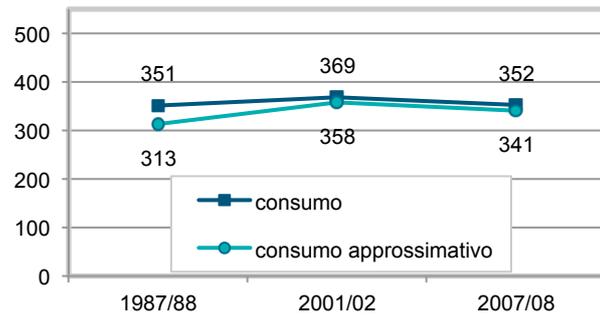
Il grafico B mostra il consumo giornaliero e il consumo approssimativo di carboidrati che provengono in particolare dall'assunzione di prodotti di cereali e di zucchero/miele. Mentre il loro consumo è praticamente rimasto uguale dalla fine degli anni 1980, il consumo approssimativo è invece leggermente aumentato tra la fine degli anni 1980 e l'inizio degli anni 2000, per poi calare di nuovo in misura lieve.

Secondo il grafico C, il consumo medio di proteine ammonta attualmente a poco meno di 100 grammi per persona al giorno. Questi valori sono leggermente diminuiti dalla fine degli anni 1980. Le proteine provengono soprattutto dal consumo di carne, prodotti a base di carne, latte, latticini e cereali.

Anche il consumo giornaliero e il consumo approssimativo di grassi e acidi grassi (provenienti, oltre che dall'olio e dai grassi veri e propri, in particolare anche dal latte e dai latticini), come illustrato nel grafico D non hanno subito grandi variazioni tra il 1987/88 e il 2007/08.

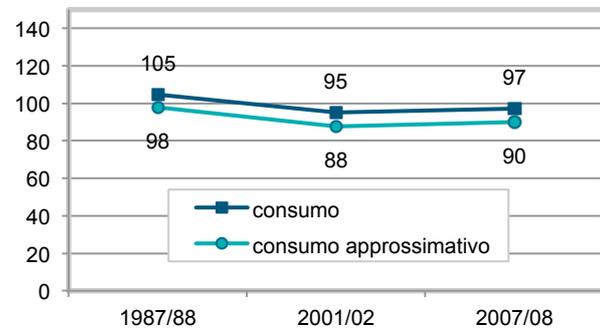
Sempre dal grafico D emergono inoltre le percentuali dei diversi tipi di acidi grassi rispetto al consumo complessivo di grassi: nonostante le più recenti raccomandazioni relative al miglioramento della qualità dei grassi, negli ultimi anni le quantità consumate e il consumo approssimativo di acidi grassi, acidi grassi monoinsaturi e acidi grassi polinsaturi si sono modificate in maniera sensibile. Da un punto di vista della salute è invece positivo il lieve aumento del consumo di acidi grassi polinsaturi (PUFA).

B) Consumo giornaliero e consumo approssimativo di carboidrati\*, dati espressi in grammi per persona al giorno, 1987/88, 2011/02, 2007/08



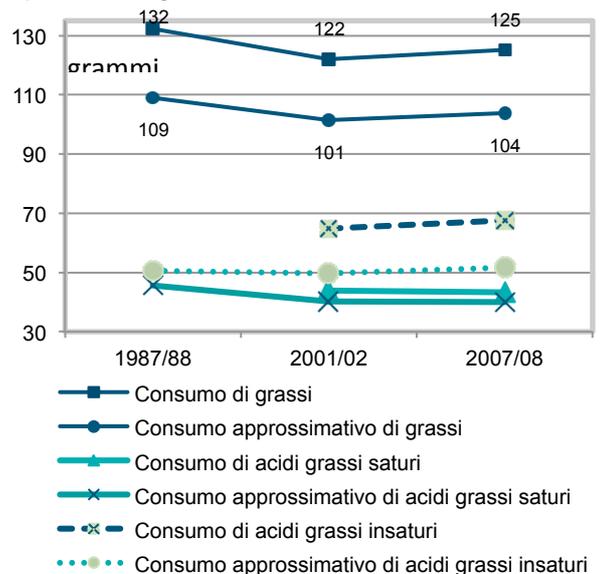
\*senza tenere conto dell'alcol  
Fonte: Schmid et al. (2012).

C) Consumo giornaliero e consumo approssimativo di proteine\*, dati espressi in grammi per persona al giorno, 1987/88, 2011/02, 2007/08



\*senza tenere conto dell'alcol  
Fonte: Schmid et al. (2012).

D) Consumo giornaliero e consumo approssimativo di grassi e acidi grassi\*, dati espressi in grammi per persona al giorno, 1987/88, 2011/02, 2007/08

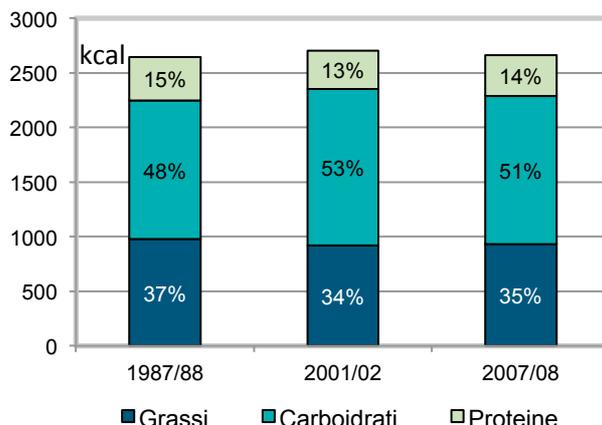


Fonte: Schmid et al. (2012).

Osservazione: il termine «acidi grassi insaturi» comprende sia gli acidi grassi monoinsaturi sia gli acidi grassi polinsaturi.

È interessante osservare la composizione del consumo approssimativo di energia secondo i gruppi di sostanze nutritive illustrate nelle figure da B a D (cfr. figura E)\*: i carboidrati ne costituiscono circa la metà, i grassi e gli acidi grassi un buon terzo e le proteine il resto. Queste percentuali non si sono quasi modificate nel corso degli ultimi vent'anni: l'importanza dei carboidrati è leggermente aumentata, mentre quella delle proteine si è lievemente ridotta. Il consumo giornaliero approssimativo di carboidrati per persona si situa tuttavia nella fascia di approvvigionamento energetico totale del 45 - 55 per cento raccomandata dalla Commissione federale per l'alimentazione.

E) Consumo approssimativo di energia (in kcal) e percentuale delle sostanze nutritive che forniscono energia pro capite\*, 1987, 2001/02 e 2007/08

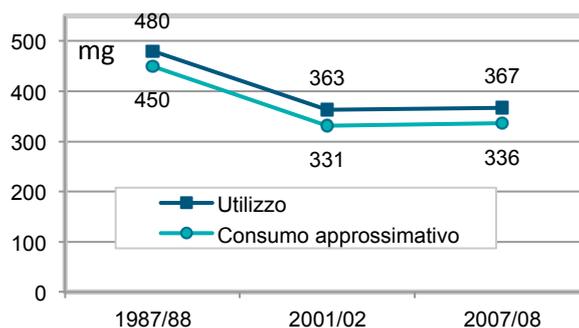


\*senza tenere conto dell'alcol  
Fonte: Schmid et al. (2012).

Le figure F e G illustrano in un certo senso degli sviluppi positivi: l'utilizzo giornaliero e il consumo approssimativo di colesterolo sono diminuiti nettamente tra la fine degli anni 1980 e l'inizio degli anni 2000, stabilendosi nel frattempo al livello basso (cfr. figura F).

F) Utilizzo giornaliero e consumo approssimativo di colesterolo in milligrammi pro capite e giorno, 1987/88, 2001/02, 2007/08

Negli ultimi anni l'utilizzo giornaliero e il consumo approssimativo di fibre alimentari sono leggermente aumentati, senza però raggiungere la quantità di 30 grammi al giorno, raccomandata in base ai valori di riferimento DACH (cfr. figura G).

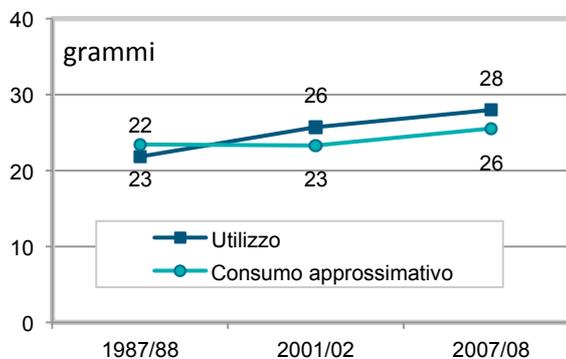


Fonte: Schmid et al. (2012).

Inoltre dal 2001/2002 al 2007/2008 il consumo di bevande alcoliche, qui non raffigurato, è leggermente diminuito passando da quasi 127 a 122 litri pro capite all'anno (persone di 15 e più anni). Stando al grafico D dell'indicatore 2.4, le bevande alcoliche continuano però a fornire un contributo del 7 per cento circa all'apporto energetico giornaliero totale.

G) Utilizzo giornaliero e consumo approssimativo di fibre alimentari in grammi pro capite e giorno, 1987/88, 2001/02, 2007/08

La suddivisione dell'approvvigionamento energetico giornaliero in singoli generi alimentari è documentata nel grafico C dell'indicatore 2.4.



Fonte: Schmid et al. (2012).

### Altre informazioni

Cfr. le indicazioni soprastanti sulla base di dati

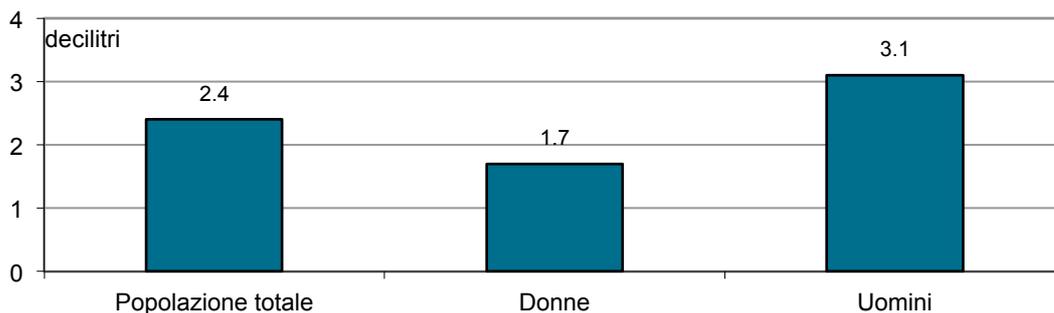
## Indicatore 2.12: bibite edulcorate, adulti

Da alcuni anni le bibite zuccherate (bibite edulcorate) sono salite alla ribalta nella discussione sul binomio alimentazione e sovrappeso. Secondo Schopper (2010, pag. 19) le bibite edulcorate «sono caloriche e saziano meno della stessa quantità di calorie in forma solida. [...] In numerosi studi è emerso che le calorie delle bibite edulcorate sono assunte oltre alle calorie degli alimenti solidi e inoltre spesso inducono a mangiare di più».

In merito alla frequenza del consumo di bibite edulcorate in Svizzera non sono disponibili molti dati. Il 6° Rapporto sull'alimentazione in Svizzera indica, in base alle cifre del commercio al dettaglio degli anni 2008/2009, un consumo annuo fuori casa di oltre 70 litri di bibite edulcorate pro capite. La metà è costituita da bibite gassate e il resto da succhi di frutta e di verdura, energy drink e bevande per sportivi (Schmid et al. 2012, pag. 68 seg.). Un recente studio d'insieme di Promozione Salute Svizzera (Matzke 2013, p. 71) stima la vendita annua di bibite gassate, tè freddo, energy drink, succhi di frutta e sciroppi (senza nettare di frutta, succhi di frutta e bibite per sportivi) a 126 litri a persona nel 2010.

Da menuCH, il sondaggio nazionale sull'alimentazione svolto dall'USAV in collaborazione con l'UFSP per gli anni 2014/15, è risultato un consumo giornaliero di 2,4 decilitri di bibite edulcorate nella popolazione di età compresa tra 18 e 75 anni. Come mostra il grafico A, gli uomini bevono quasi il doppio di bibite edulcorate delle donne. Prendendo in esame tutte le bevande non alcoliche bevute dagli adulti, le bibite edulcorate sono però solo il 12 per cento ca. rispetto alla quantità giornaliera di liquidi assunti, che in media è pari a circa due litri.

A) Consumo giornaliero di bibite edulcorate\* in decilitri, 2014/15



Fonte: menuCH dell'USAV e dell'UFSP secondo i dati dettagliati figuranti sulla pagina web: [www.blv.admin.ch](http://www.blv.admin.ch).

\* incl. bevande composte di vario tipo o «schorle», bevande energetiche, tè freddo, sciroppi, bevande senza zucchero e altre bevande analcoliche (ad es. birra, sidro ecc.).

### Base di dati

menuCH 2014/15 dell'USAV e dell'UFSP come da sito web dell'USAV ([www.blv.admin.ch](http://www.blv.admin.ch)), nonché:

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studio su incarico dell'USAV e dell'UFSP. Losanna: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Sondaggio effettuato sulla popolazione nel 2012 da Promozione Salute Svizzera e dall'Università della Svizzera italiana secondo:

Dubowicz, A., A-L. Camerini, R. Ludolph, J. Amman und P.J. Schulz (2013): Ernährung, Bewegung und Körpergewicht. Wissen, Einstellungen und Wahrnehmung der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen von 2006, 2009 und 2012. (Arbeitspapier 6) Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

## Altri risultati

Come mostra il grafico B, il consumo di bibite edulcorate aumenta notevolmente di pari passo con l'aumentare dell'età. Inoltre sono emerse differenze in base alle regioni linguistiche: nella Svizzera tedesca si bevono più bibite edulcorate che nella Svizzera francese e, soprattutto, nella Svizzera italiana.

In relazione con le bibite edulcorate è interessante sapere se la popolazione è consapevole della problematica legata a questo tipo di consumo.

Come mostra il grafico C sono ben poche le bibite edulcorate considerate innocue, anche se emergono alcune differenze. In particolare per il latte (41 %) e i succhi di frutta (36 %) oltre un terzo degli intervistati ritiene che possano essere consumati tranquillamente in grandi quantità. Solo un'esigua minoranza degli intervistati la pensa invece allo stesso modo per le altre bevande caloriche, contrassegnate in giallo nel grafico.

L'analisi dettagliata dei dati mostra inoltre che gli uomini e le persone meno istruite sono un po' più «ingenui» sull'innocuità delle bibite edulcorate. Questa conclusione è in linea con altri risultati relativi alla consapevolezza e alle abitudini alimentari (cfr. indicatori 1.1 e 2.1).

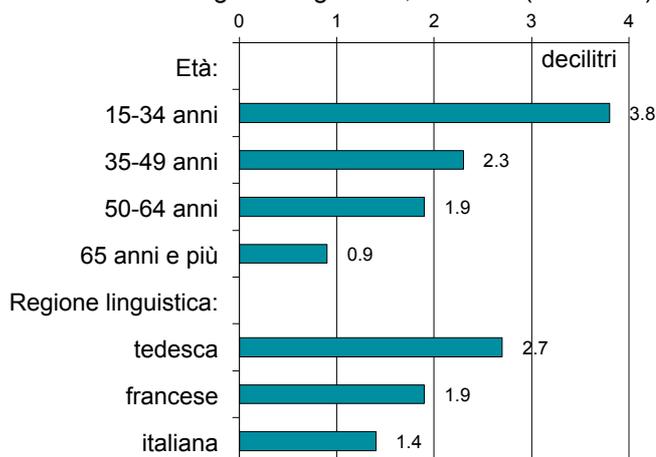
## Altre informazioni

Matzke, A. (2013): «Entwicklung des Konsums von Süssgetränken, Trinkwasser und Mineralwasser in den letzten 20 Jahren bei Kindern und Jugendlichen in der Schweiz und in ausgewählten Ländern Europas», pag. 58-119 in: Schneider, J. (ed.): Süssgetränke und Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung und Empfehlungen. Berna, Losanna: Promozione Salute Svizzera.

Schmid, A., C. Brombach, S. Jacob, I. Schmid, R. Sieber e M. Siegrist (2012): "Ernährungssituation in der Schweiz". pag. 49-126 in: Keller U., Battaglia Richi E., Beer M., Darioli R., Meyer K., Renggli A., Römer-Lüthi C., Stoffel-Kurt N. (ed.): 6° Rapporto sull'alimentazione in Svizzera. Berna: UFSP.

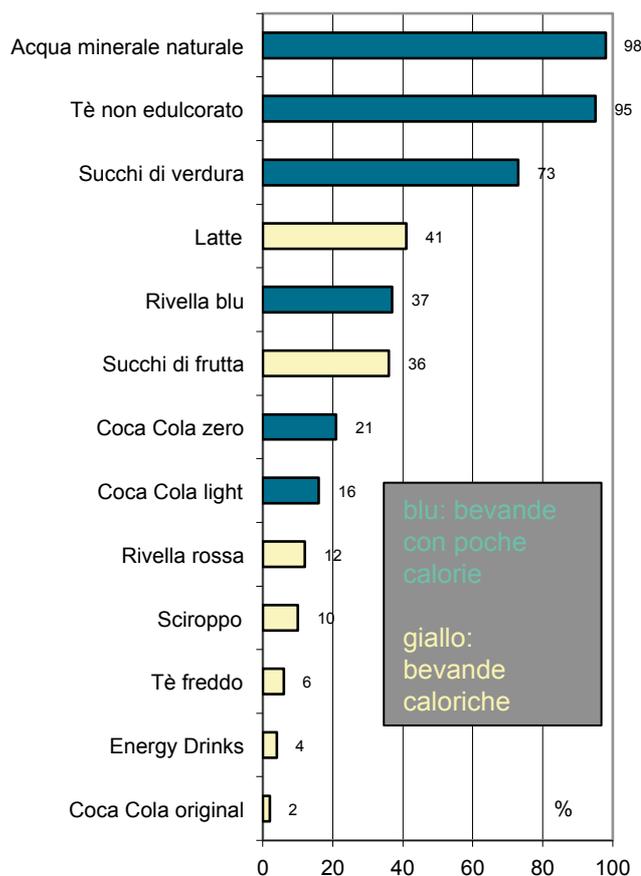
Schopper, D. (2010): «Gesundes Körpergewicht» bei Kindern und Jugendlichen. Was haben wir seit 2005 dazugelernt? Berna: Promozione Salute Svizzera.

## B) Nesso tra il consumo giornaliero di bibite edulcorate e l'età nonché la regione linguistica, 2014/15 (in decilitri)



Fonte: menuCH 2014/15 dell'USAV e dell'UFSP, n=2085.

## C) Valutazione da parte della popolazione dell'innocuità del consumo di varie bevande in relazione al peso corporeo, 2012



Fonte: sondaggio 2012 condotto da Promozione Salute Svizzera e dall'Università della Svizzera italiana (n=1005).

Risposte alla domanda: «Quali delle seguenti bevande possono essere consumate tranquillamente in grandi quantità se non si vuole ingrassare?»

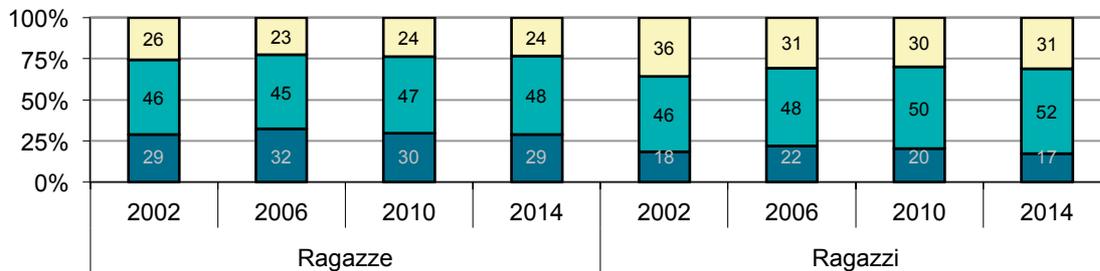
## Indicatore 2.13: bibite edulcorate, bambini e adolescenti

Negli scorsi anni si è cominciato a discutere sul tema del consumo di bibite edulcorate, in particolare con un occhio di riguardo nei confronti di bambini e adolescenti (cfr. ad es. Schopper 2010). In effetti è risultato che gran parte della quantità totale di bibite edulcorate rilevata tramite questo indicatore viene consumata da soggetti in giovane e giovanissima età.

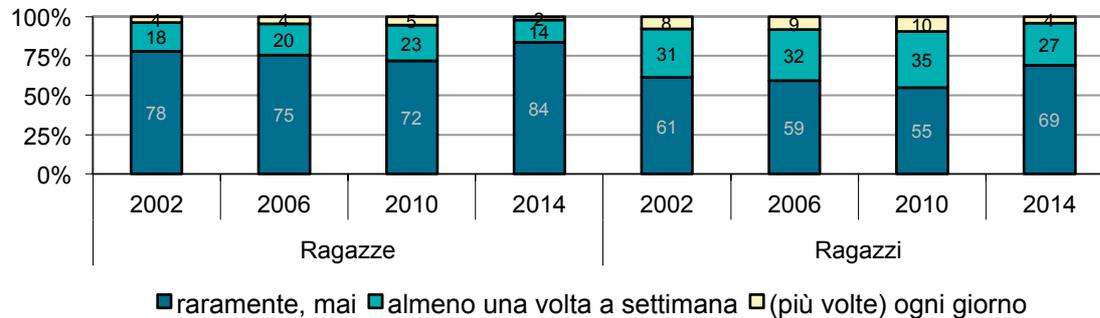
Lo studio HBSC contiene i dati sulla frequenza del consumo di bibite gassate edulcorate ed energy drink da parte di bambini e adolescenti. Il grafico A mostra che i ragazzi consumano bibite edulcorate più spesso delle ragazze e che tra il 2002 e il 2014 il consumo è rimasto relativamente stabile. Anche il consumo di energy drink è leggermente superiore tra i ragazzi che tra le ragazze, ma spicca il fatto che è diminuito tra il 2010 e il 2014, dopo che fino al 2010 la popolarità di queste bibite era costantemente aumentata.

A) Frequenza del consumo di bibite gassate zuccherate ed energy drink nella classe di età 11-15 anni secondo il sesso, 2002-2014 (in percentuale)

a) Bibite gassate zuccherate



b) Energy drink



Fonte: HBSC di Dipendenze Svizzera, 2002-2014; risposte alla domanda: «Quante volte alla settimana mangi o bevi normalmente i seguenti alimenti?»; numero di casi (non ponderato): bibite gassate zuccherate: 2002=9257, 2006=9618, 2010=9993, 2014=9775, energy drink: 2002=9307, 2006=9667, 2010=9993, 2014=9740.

### Base di dati

Studio «Health Behaviour in School-Aged Children» (HBSC) di Dipendenze Svizzera, 2002-2014.

Siccome la ripartizione secondo l'età e il sesso varia leggermente tra gli anni d'indagine, per l'analisi dell'intera classe di età 11-15 anni è stata presa in considerazione la distribuzione secondo l'età e il sesso nella popolazione totale.

Altri dati provengono da:

Schopper, D. (2010): "Gesundes Körpergewicht" bei Kindern und Jugendlichen. Was haben wir seit 2005 dazugelernt? Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

## Indicatore 2.14: vegetarianismo

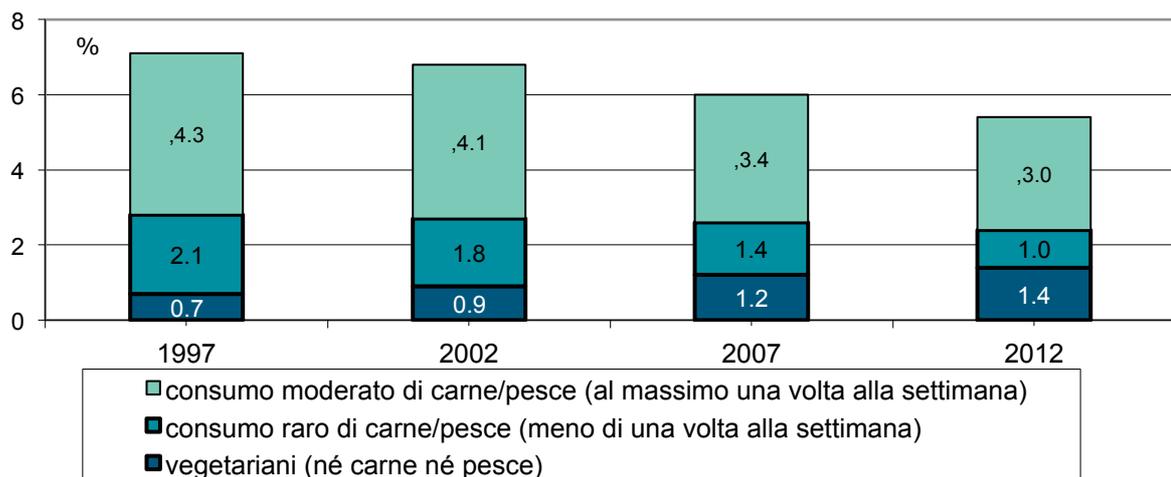
L'elemento centrale dell'alimentazione vegetariana è la rinuncia al consumo di carne e pesce. A volte si rinuncia anche ad altri prodotti di origine animale: si può così distinguere tra alimentazione vegana (rinuncia totale ai prodotti di origine animale), ovo-vegetariana (sono ammesse le uova), latte-vegetariana (sono ammessi i latticini) e ovo-latte-vegetariana (nessuna carne, ma sono ammessi le uova e i latticini). Spesso l'alimentazione vegetariana è indicata come particolarmente sana e sostenibile. Il 6° Rapporto sull'alimentazione in Svizzera (cfr. Lüthy et al. 2012, pag. 26) riconosce tuttavia unicamente la «alimentazione ovo-latte-vegetariana come un'alimentazione equilibrata per adulti sani», mentre per le altre forme di vegetarianismo punta il dito contro i rischi di apporto insufficiente di varie sostanze nutritive. Viceversa, anche un consumo frequente di carne e pesce può comportare rischi per la salute (cfr. Lüthy et al. 2012).

In merito alla diffusione del vegetarianismo in Svizzera non sono disponibili molti dati. Il grafico seguente, che si basa sulle Indagini sulla salute in Svizzera dal 1997 al 2012 dell'Ufficio federale di statistica, mostra valori un po' più bassi e giunge alla conclusione che solo un'esigua minoranza di leggermente oltre l'uno per cento della popolazione è vegetariana. A ciò si aggiunge un uno per cento circa di persone che consuma carne o pesce meno di una volta alla settimana e un altro tre per cento che consuma carne o pesce al massimo una volta alla settimana. L'esiguo numero di casi non consente una suddivisione più dettagliata dei vegetariani secondo lo schema di classificazione menzionato sopra.

Mentre tra il 1997 e il 2012 la percentuale di vegetariani è raddoppiata, la percentuale di coloro che consumano poca carne o pesce è nettamente diminuita nello stesso lasso di tempo passando da oltre il sei per cento al quattro per cento.

menuCH, il sondaggio nazionale sull'alimentazione svolto dall'USAV in collaborazione con l'UFSP, stima invece molto più elevata (4,9 %) la percentuale delle persone che hanno adottato un'alimentazione vegetariana; è comunque lecito supporre che in tale percentuale rientra anche chi consuma di tanto in tanto carne o pesce.

### A) Vegetarianismo e consumo moderato di carne o pesce nella popolazione residente in Svizzera, 1997-2012



Fonte: elaborazione delle Indagini sulla salute in Svizzera dell'Ufficio federale di statistica, 1997 (n=12 982), 2002 (n=19 668) e 2007 (n=18 705) e 2012 (n=21 575).

#### Base di dati

Indagini sulla salute in Svizzera (ISS) dal 1997 al 2012 dell'Ufficio federale di statistica.

menuCH 2014/15 dell'USAV e dell'UFSP (cfr. Bochud et al. 2017).

## Altri risultati

A causa dell'esiguo numero di casi, non è possibile effettuare analisi di dettaglio sulle differenze socio-economiche e demografiche nella diffusione del vegetarianismo.

Tuttavia, se si riunissero i tre gruppi illustrati nel grafico A in un gruppo di persone con un'alimentazione vegetariana o povera di carne o pesce, sarebbe possibile trarre alcune conclusioni, come mostra il grafico B.

Pertanto la percentuale di donne nel gruppo di persone con un'alimentazione vegetariana o povera di carne o pesce è più del doppio di quella degli uomini. Inoltre le persone più giovani e con un livello di formazione più elevato hanno più spesso un'alimentazione vegetariana o povera di carne o pesce, mentre vale il contrario per la popolazione della Svizzera francese.

A titolo di paragone, il grafico C mostra alcune differenziazioni sociodemografiche e socioeconomiche dallo studio eseguito su incarico dell'USAV e dell'UFSP per gli anni 2014/15: il 4,9 per cento dei 2085 intervistati ha affermato di essere vegetariano. Le differenze sono molto simili a quelle ottenute dall'ISS del 2012, anche se fondamentalmente risultano essere un po' meno pronunciate.

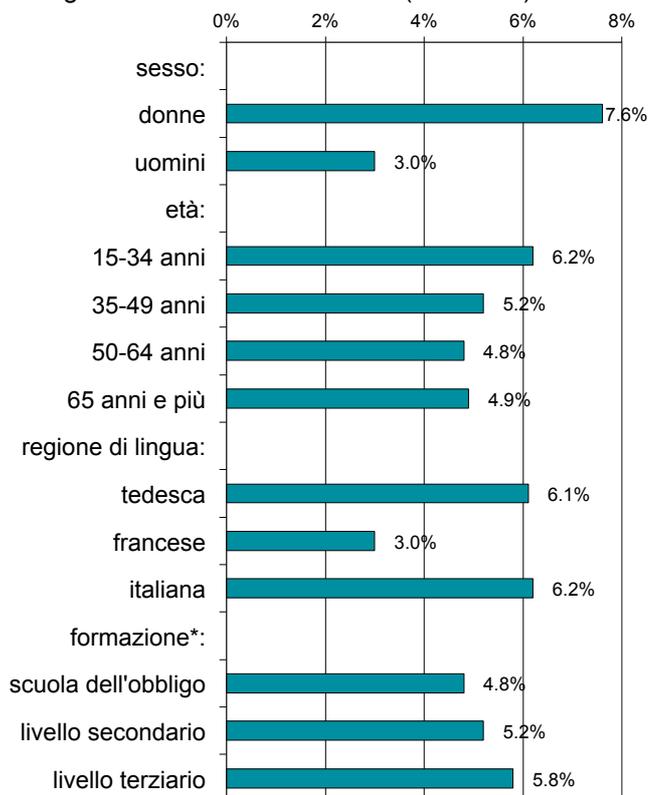
## Altre informazioni

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Gfs-Zürich (2010): studio pilota NANUSS (National Nutrition Survey Switzerland): 24 Hour Recall e comportamento alimentare. Rapporto conclusivo. Zurigo: gfs.

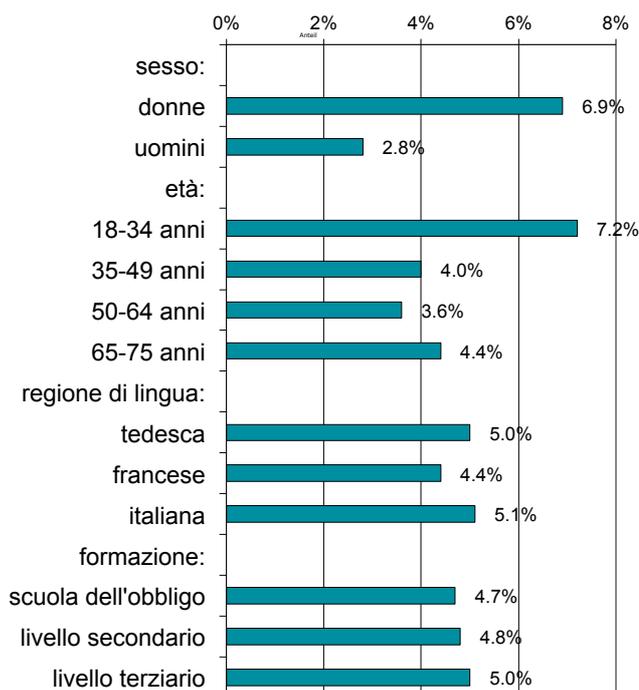
Lüthy, J., A. Heyer e M. Jaquet (2012): «Ernährungsempfehlungen». pag. 13-48 in: Keller U., Battaglia Richi E., Beer M., Darioli R., Meyer K., Renggli A., Römer-Lüthi C., Stoffel-Kurt N. (2012): 6° Rapporto sull'alimentazione in Svizzera. Berna: UFSP.

## B) Relazione tra alimentazione vegetariana, ossia consumo minimo di carne/pesce, e varie caratteristiche demografiche e socioeconomiche (ISS 2012)



Numero di casi: n= 21 575 fuori via della formazione scolastica (\*persone a partire da 25 anni) n= 18 488.

## C) Nesso tra alimentazione vegetariana e diverse caratteristiche demografiche e socioeconomiche (menuCH 2014/15)



Fonte: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, Bochud et al. (2017)

## Ambito 3: Comportamento motorio

### Indicatore 3.1: comportamento motorio della popolazione residente adulta

**Osservazione:** indicatore 1.1 dell'Osservatorio sport e movimento. Per maggiori ragguagli: [www.sportobs.ch](http://www.sportobs.ch) (in tedesco)

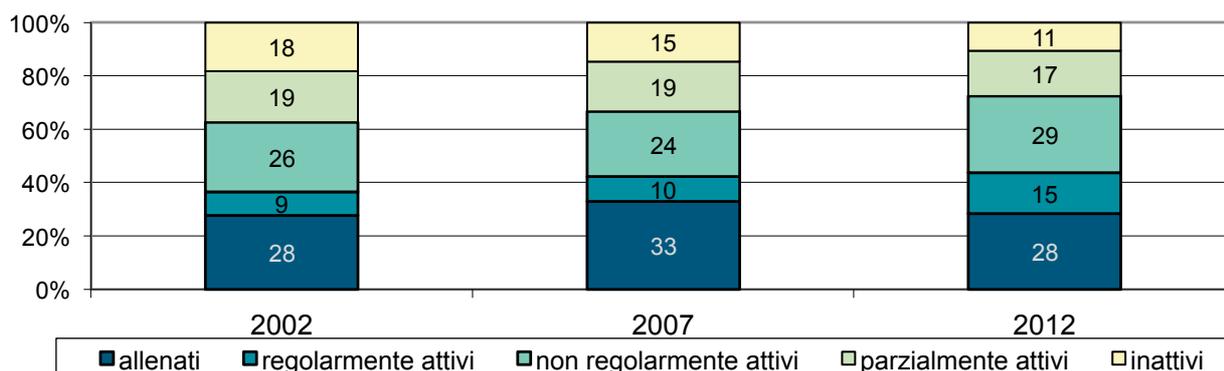
Gli effetti benefici del movimento sulla salute sono stati documentati in numerosi studi. La promozione dell'attività fisica è quindi uno degli obiettivi principali della politica svizzera in materia di sport e salute. Dal 2013, l'Ufficio federale dello sport (UFSP), l'Ufficio federale della sanità pubblica, Promozione Salute Svizzera, l'upi e la Suva raccomandano congiuntamente, attraverso la «Rete svizzera salute e movimento» (Hepa), due ore e mezzo di movimento alla settimana sotto forma di attività quotidiane o sportive d'intensità «moderata» (leggero aumento della respirazione e del polso). In alternativa è possibile praticare 75 minuti di sport o attività fisica d'intensità elevata (attività che provocano almeno un'accelerazione della respirazione e una sudorazione leggera) o combinazioni di attività fisiche di varia intensità.

I dati dell'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) dell'Ufficio federale di statistica (UST) permettono di determinare la percentuale di popolazione che segue le raccomandazioni relative all'attività fisica. Il grafico A distingue cinque gruppi di persone:

- *allenati*: almeno 3 giorni alla settimana di attività fisica che provoca sudorazione;
- *regolarmente attivi*: almeno 5 giorni con almeno 30 minuti di attività fisica di media intensità (acceleramento del respiro);
- *non regolarmente attivi*: almeno 150 minuti di media intensità alla settimana oppure 2 giorni con attività che provocano sudorazione. Questi ultimi e i gruppi precedenti seguono le raccomandazioni;
- *parzialmente attivi*: almeno 30 minuti di media intensità alla settimana oppure 1 giorno con attività che provocano sudorazione;
- *inattivi*: nessuna attività fisica degna di nota.

Dal grafico emerge che dal 2002 la percentuale di persone sufficientemente attive (i tre gruppi sottostanti) è aumentata del 10 per cento, mentre quella di persone inattive è diminuita quasi dell'otto per cento. Attualmente, quindi, quasi tre quarti della popolazione seguono le raccomandazioni per un'attività fisica sana.

#### A) Comportamento motorio della popolazione residente in Svizzera, 2002-2012



Fonte: Indagini sulla salute in Svizzera 2002, 2007 e 2012 dell'UST; numero di casi: 2002: n=18 420, 2007: n=17 387; 2012: n=20 625.

#### Base di dati

Indagini sulla salute in Svizzera 1992-2012 dell'Ufficio federale di statistica.

I grafici si basano su un indicatore stilato sulla scorta delle informazioni relative ad attività fisiche di media intensità (aumento della frequenza respiratoria) e ad

attività più intense (con sudorazione), che distingue tra vari livelli di attività fisica (cfr. grafico A).

### Indicatore 3.2: comportamento motorio di bambini e adolescenti

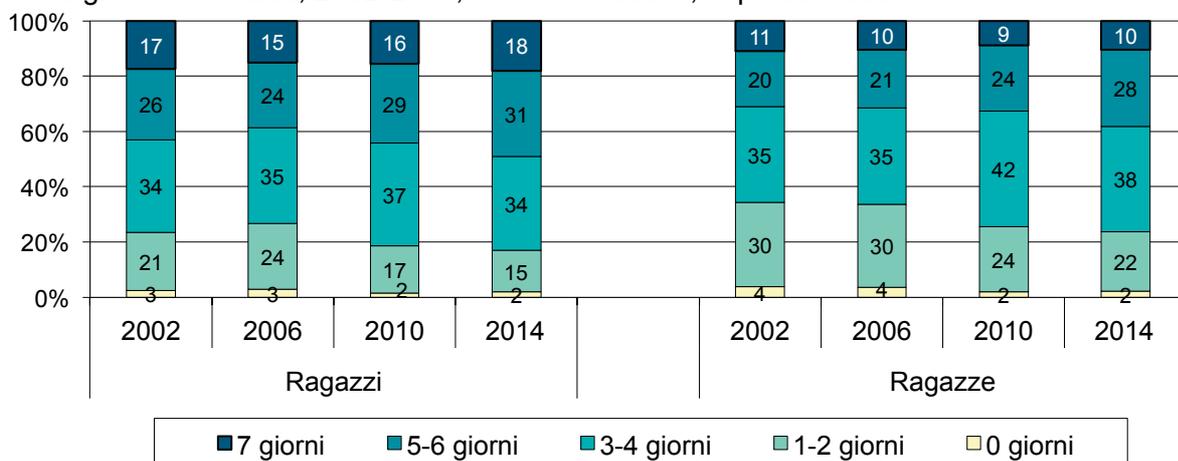
**Osservazione:** indicatore 1.2 dell'Osservatorio sport e movimento, cfr. [www.sportobs.ch](http://www.sportobs.ch)

Un'attività fisica sufficiente è essenziale per lo sviluppo fisico, psichico e sociale dei bambini. Per i bambini e gli adolescenti si raccomanda almeno un'ora di movimento o sport al giorno. In linea di massima, le tre ore obbligatorie di educazione fisica prescritte dalla legge garantiscono già una quantità minima di movimento settimanale (cfr. indicatore 6.7). A prescindere dal fatto che i bambini si muovono effettivamente solo durante una parte della lezione (escludendo istruzioni, momenti di attesa ecc.), le ore di educazione fisica settimanali rappresentano soltanto un limite minimo che non è sufficiente per soddisfare le raccomandazioni motorie e pertanto deve essere integrato da attività fisiche al di fuori dell'orario scolastico.

Il grafico seguente, basato sullo studio HBSC, mostra quanti giorni alla settimana gli adolescenti in età compresa tra gli 11 e i 15 anni, secondo i dati da essi forniti, praticano un'attività fisica di almeno 60 minuti. Dal grafico si evince che soltanto il 18 per cento dei ragazzi e il 10 per cento delle ragazze affermano di praticare moto sette giorni alla settimana per almeno un'ora. Il 49 per cento dei ragazzi e il 38 per cento delle ragazze svolgono un'attività fisica per almeno un'ora cinque o più giorni alla settimana. In totale il 44 per cento di tutti i bambini e gli adolescenti si muove almeno cinque giorni alla settimana, il che equivale a un leggero aumento tra il 2002 (37 %) e il 2014. Nello stesso periodo la percentuale degli intervistati che non pratica attività fisica è rimasta relativamente stabile e ammonta attualmente al due per cento (2002: 3 %).

I dati vanno tuttavia interpretati con prudenza, visto che secondo altri studi i bambini praticano complessivamente un'attività fisica nettamente più intensa. Lo studio attuale «Sport Svizzera 2014» indica ad esempio che circa tre quarti (78 %) dei ragazzi in età compresa tra i 10 e i 14 anni si muovono per più di un'ora nei giorni in cui vanno a scuola e il 57 per cento di essi lo fa anche durante il fine settimana.

A) Numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica, bambini e adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 15 anni, 2002-2014, secondo il sesso, in percentuale



Fonte: HBSC di Dipendenze Svizzera, 2002-2014; risposte alla domanda: «Quanti giorni negli ultimi 7 giorni hai praticato attività fisica per almeno 60 minuti?»; numero di casi (non ponderato): 2002=9284; 2006=9570; 2010=10 028; 2014=9726.

#### Base di dati

Studio «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) di Dipendenze Svizzera, 1998 - 2014. Siccome la ripartizione secondo l'età e il sesso varia leggermente tra gli anni d'indagine, per l'analisi dell'intera classe di età 11-15 anni è stata presa in considerazione la distribuzione secondo l'età e il sesso nella popolazione totale.

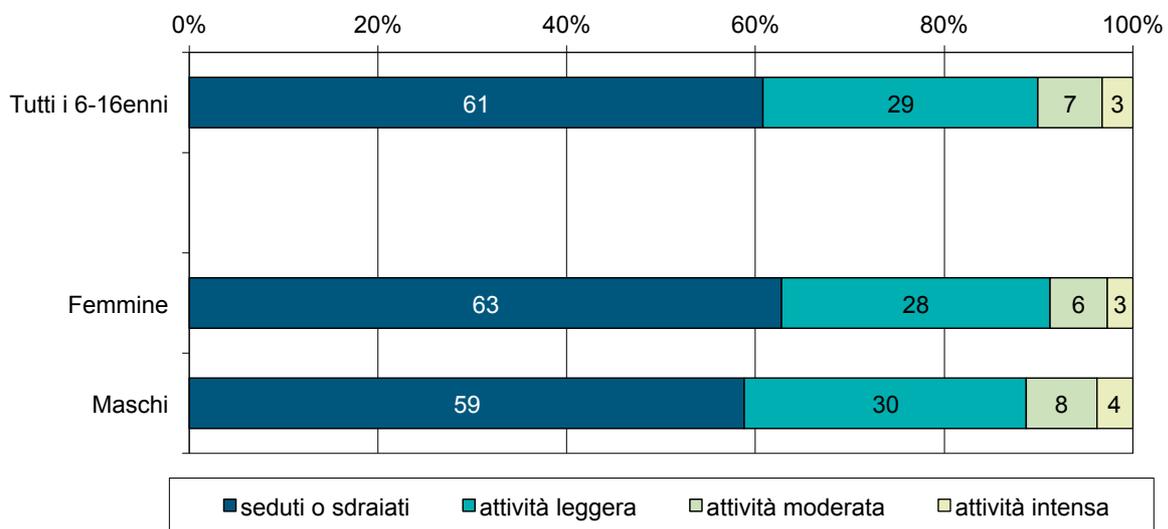
Maggiori informazioni sono disponibili sul sito di Promozione Salute Svizzera (indicatore 3B), così come nel rapporto riguardante i giovani dello studio «Sport Svizzera 2014» ([www.sportobs.ch](http://www.sportobs.ch))

### Indicatore 3.3: Comportamento motorio: misurazioni oggettive

La maggior parte dei dati relativi all'attività fisica praticata dalla popolazione residente in Svizzera sono rilevati mediante sondaggi. Raramente si effettuano misurazioni oggettive mediante accelerometro, poiché la procedura è piuttosto complicata, soprattutto se si vogliono ottenere dati affidabili.

Nello studio SOPHYA dello Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH) dell'Università di Basilea è stato misurato con un accelerometro il comportamento motorio di bambini e adolescenti d'età compresa tra i 6 e i 16 anni. Il grafico A mostra che i bambini e gli adolescenti trascorrono più del 60 per cento del tempo diurno seduti o in posizione sdraiata (vedi anche indicatore 3.7), vale a dire senza un'apprezzabile attività motoria misurabile. In poco meno del 30 per cento del tempo svolgono attività con una lieve intensità motoria, come per esempio camminare a passo tranquillo. Il 10 per cento del tempo diurno è impiegato in attività di intensità moderata (p. es. camminare a passo spedito) o elevata (p. es. sport).

A) Percentuale di tempo diurno trascorsa in attività motorie di varie intensità secondo il sesso, età 6-16 anni



Fonte: Bringolf-Isler et al. (2016), studio SOPHYA, n=1320.

Osservazione: misurazione del movimento durante il giorno che esclude quindi la fase del riposo notturno.

#### Base di dati

I dati presentati provengono dallo studio SOPHYA (Swiss children's Objectively measures **PHYS**ical Activity), condotto nel 2014/15 dall'Istituto tropicale e di salute pubblica svizzero. Cfr. Bringolf-Isler B., Probst-Hensch N., Kayser B. e Suggs S. (2016): Schlussbericht zur SOPHYA-Studie. Basilea: Swiss TPH ( [www.swisstph.ch/de/sophya.html](http://www.swisstph.ch/de/sophya.html) ).

I bambini per lo studio SOPHYA sono stati reclutati in due gruppi d'età: quelli più grandi (10-14 anni al momento dell'intervista) tramite lo studio «Sport Svizzera 2014» (cfr. indicatore 3.5). Alla fine del sondaggio sul comportamento sportivo e motorio (interviste telefoniche ai bambini, CATI), i genitori dei bambini interpellati avevano la possibilità di

segnalare il loro interesse a un'ulteriore misurazione mediante accelerometro. Nel gruppo d'età più giovane (6-11 anni) è stato eseguito un sondaggio analogo ma più breve sul comportamento sportivo dei bambini (intervista ai genitori).

Alle famiglie interessate sono stati spediti un breve questionario e un accelerometro, che doveva essere portato dal bambino nelle ore diurne per 7 giorni consecutivi. Una misurazione è stata definita valida se l'accelerometro aveva misurato il movimento per 10 ore in almeno tre giorni della settimana e per 8 ore in un giorno del fine settimana. Questo criterio è stato soddisfatto da 1320 bambini.

## Altri risultati

In media, i bambini e gli adolescenti esaminati hanno esibito un'attività di intensità media o elevata per 79 minuti al giorno. Tra i 6 e i 16 anni diminuisce costantemente il tempo dedicato all'attività di intensità più elevata (grafico B). Se i bambini di sei anni in media si muovono ancora con un'intensità da media ad alta per quasi due ore e mezza al giorno, nei sedicenni questo tempo si riduce a 40 minuti.

Le raccomandazioni sull'attività fisica dell'Ufficio federale dello sport, dell'Ufficio federale della sanità pubblica, di Promozione Salute Svizzera, della Suva, dell'upi e della Rete svizzera salute e movimento (hepa.ch) prevedono per bambini e adolescenti almeno un'ora di movimento di intensità media al giorno. A seconda dello studio e del metodo di rilevazione si ottengono risultati molto diversi sul rispetto di queste raccomandazioni.

Lo studio SOPHYA ha evidenziato che quasi due terzi dei bambini e degli adolescenti si muovono in conformità delle raccomandazioni sull'attività fisica (grafico C). Il criterio è soddisfatto da tre quarti dei maschi e dal 56 per cento delle femmine. Con l'età tuttavia diminuisce drasticamente la percentuale di bambini e adolescenti in linea con le raccomandazioni motorie.

I Bambini e gli adolescenti della Svizzera tedesca soddisfano le raccomandazioni più dei coetanei delle altre regioni linguistiche.

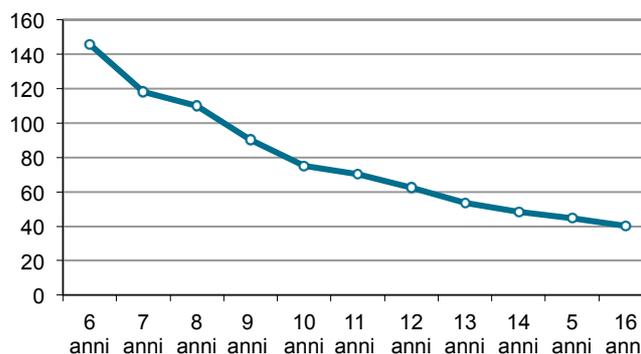
Le differenze in base alla nazionalità e al livello di formazione dei genitori sono minime e statisticamente non significative, mentre nella fascia di reddito medio le raccomandazioni sono rispettate con una frequenza leggermente superiore rispetto alla fascia inferiore.

## Altre informazioni:

cfr. la fonte citata più sopra e il sito web dello studio SOPHYA:

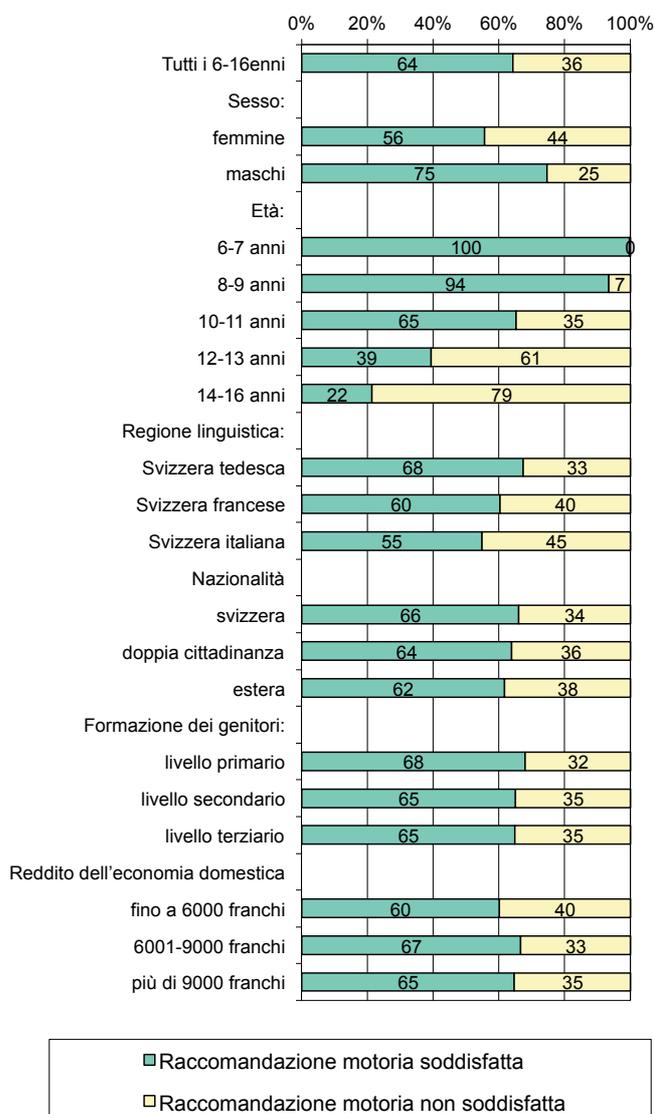
[www.swisstph.ch/de/sophya.html](http://www.swisstph.ch/de/sophya.html)

B) Numero medio di minuti trascorsi al giorno in attività di intensità da media a elevata secondo l'età



Fonte: Bringolf-Isler et al. (2016), SOPHYA, n=1320.

C) Aderenza alle raccomandazioni motorie (in %)



Fonte: Bringolf-Isler et al. (2016), SOPHYA-Studie , n=1320..

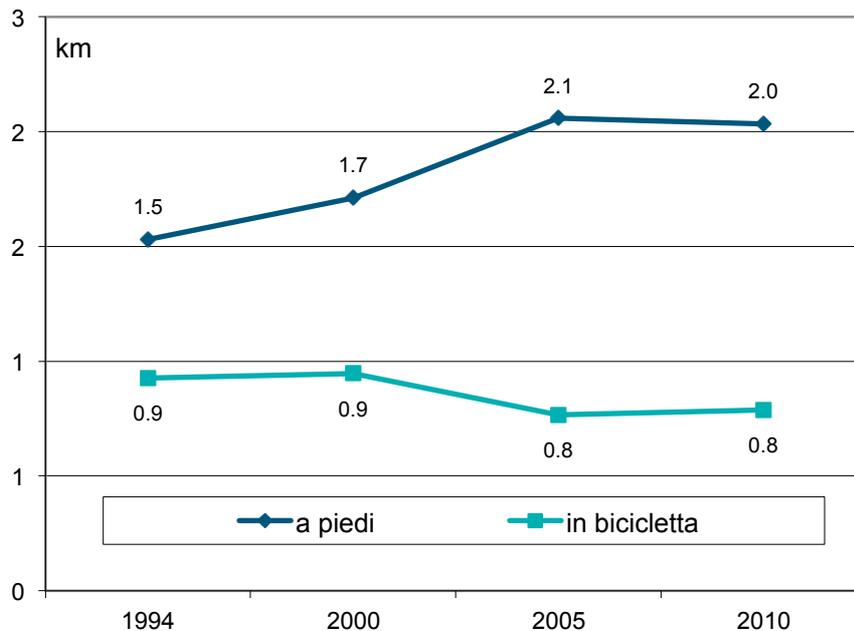
### Indicatore 3.4: mobilità fisicamente attiva

L'attività fisica quotidiana, come ad esempio il fatto di spostarsi a piedi o in bicicletta, ha un grande influsso sul benessere personale e sulla salute.

Il presente indicatore riassume i risultati scaturiti dal «Microcensimento sul comportamento nel traffico» e dall'Indagine sulla salute in Svizzera dell'Ufficio federale di statistica che si riferiscono all'attività fisica quotidiana e ai tragitti percorsi.

Il grafico seguente mostra lo sviluppo delle distanze percorse giornalmente pro capite a piedi e in bicicletta. Dalla raffigurazione appare evidente che negli ultimi due anni le distanze medie percorse in bicicletta sono state relativamente stabili, collocandosi attorno agli 800 o 900 metri al giorno a persona. La tendenza alla diminuzione delle distanze percorse in bicicletta, registrata tra il 2000 e il 2005, non si è confermata tra il 2005 e il 2010. Si ha invece una tendenza opposta per quanto riguarda le distanze percorse a piedi, che nel 1994 erano aumentate di un terzo. Dal 2005 tali distanze sono tuttavia rimaste costanti. Complessivamente, l'uso dei mezzi di trasporto del traffico lento dal 1994 è rimasto costante, con poco meno dell'8 per cento di tutte le distanze percorse giornalmente.

A) Tragitti percorsi giornalmente pro capite a piedi e in bicicletta dal 1994 al 2010 (popolazione residente in Svizzera in età superiore ai 6 anni)



Fonte: «Microcensimento sul comportamento nel traffico» dell'UST, 1994-2010 (cfr. UST/ARE 2012: 89). Base 2010=62868 persone target, tappe interne.

#### Base di dati

Dati relativi all'attività motoria tratti dal «Microcensimento sul comportamento nel traffico 1984-2010» e dalle indagini sulla salute in Svizzera (ISS) 2002, 2007 e 2012 dell'Ufficio federale di statistica.

I dati dell'ISS si basano su calcoli propri, mentre i risultati del microcensimento sono stati ripresi dagli studi effettuati da UST/ARE (2007/2012) e Sauter (2008).

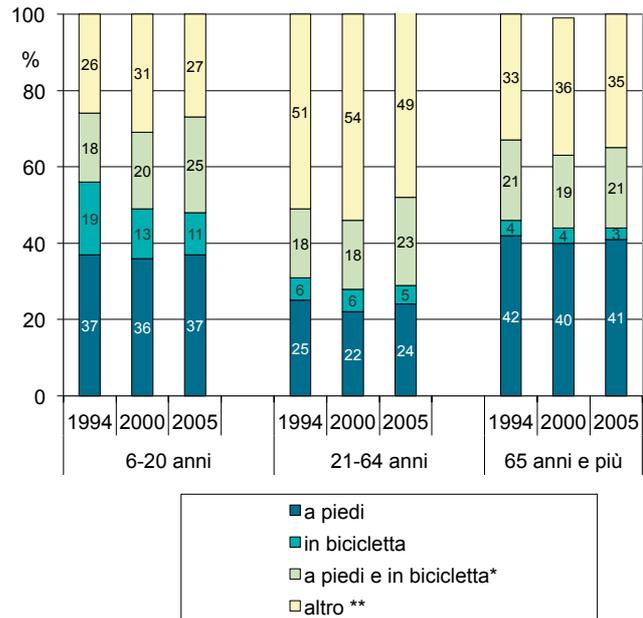
### Altri risultati

Come illustra il grafico B, il traffico lento caratterizzato dall'attività fisica, misurato in base al numero di tragitti percorsi, non è aumentato tra il 1994 e il 2005. Va tuttavia notata, nella fascia d'età tra i 6 e i 30 anni, la diminuita percentuale di persone che utilizza la bicicletta e l'importanza, in confronto piuttosto contenuta, attribuita agli spostamenti a piedi o in bicicletta nel gruppo di età tra i 21 e i 64 anni.

Nel grafico C è illustrata la scelta dei mezzi di trasporto, espressa in percentuali su tutti i tragitti nazionali, per gli ultimi quattro Microcensimenti dal 1994.

Mentre le percentuali del traffico lento (a piedi oppure in bicicletta) negli ultimi 16 anni sono rimaste relativamente stabili, l'uso dei trasporti pubblici è aumentato di poco meno del 6 per cento. Quasi un tragitto nazionale su quattro nel 2010 è stato compiuto con i trasporti pubblici. La crescita più sostenuta per quanto riguarda i trasporti pubblici è stata registrata tra il 2005 e il 2010 (+3,5%), a scapito quasi completamente dei mezzi di trasporto motorizzati individuali.

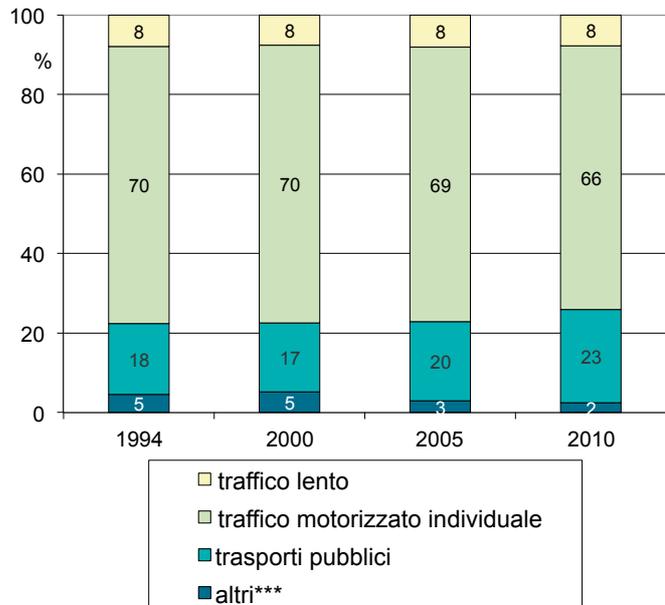
B) Suddivisione degli spostamenti, in base ai tipi di locomozione e ai gruppi d'età, 1994-2005 (quota percentuale calcolata su tutti i tragitti percorsi)



Osservazione: \* diverse combinazioni tra «a piedi» e/o «in bicicletta» e mezzi di trasporto pubblici oppure «auto/moto»; \*\* altri mezzi di trasporto, in particolare auto e moto.

Fonte: «Microcensimento sul comportamento nel traffico» 1994-2005, dati secondo Sauter (2008: 114).

C) Percentuale dei mezzi di trasporto rispetto alla distanza percorsa giornalmente, dal 1994 al 2010 (in % di tutti i tragitti nazionali percorsi)

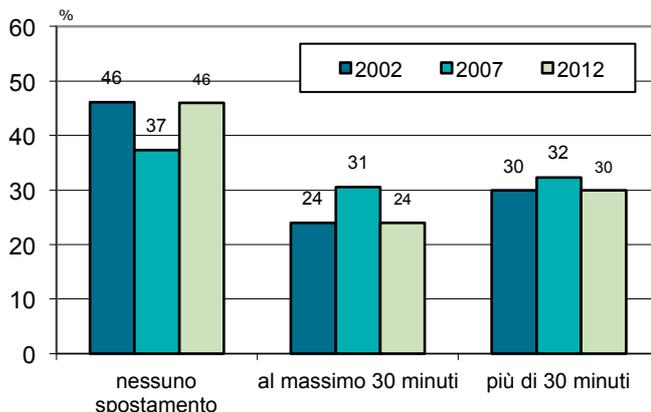


Osservazione: \*\*\* autocarri, autobus, taxi, battelli, ferrovie di montagne (impianti di risalita), aerei, mezzi simili a veicoli e altro.

Fonte: Microcensimenti mobilità e trasporti 1994-2010, (UST 2012: 90).

Se si considera la durata degli spostamenti, risulta tuttavia un leggero aumento dell'attività fisica tra il 2002 e il 2007, come illustra il grafico D, che nel 2012 è tuttavia di nuovo diminuita, attestandosi ai livelli del 2002. Inoltre poco meno della metà degli intervistati ha dichiarato di non compiere spostamenti a piedi o in bicicletta. Circa un quarto si sposta a piedi o in bicicletta al massimo per 30 minuti al giorno, mentre quasi un terzo per più di 30 minuti al giorno.

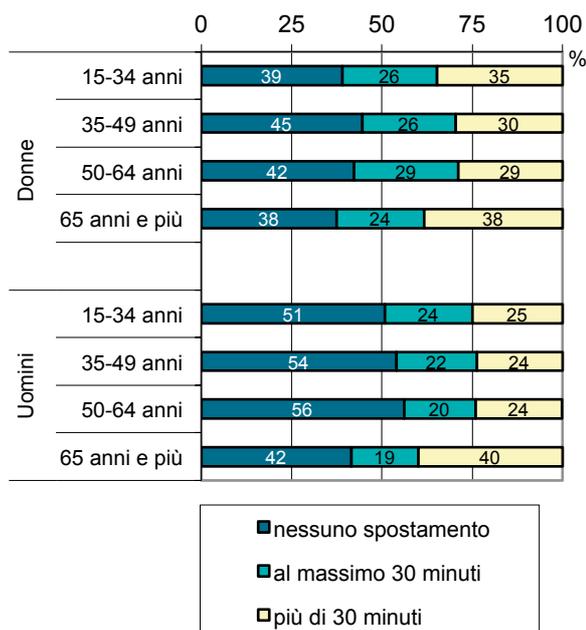
D) Percentuale della popolazione che compie ogni giorno spostamenti a piedi e/o in bicicletta, 2002-2012 (quote in percentuale)



Fonte: Indagini sulla salute in Svizzera 2002 (n=18 373), 2007 (n=17 471) und 2012 (n=20 676).

Dal grafico E risulta inoltre che le donne, in tutti i gruppi d'età qui rappresentati, si spostano più di frequente a piedi e/o in bicicletta rispetto agli uomini. Nel gruppo di media età (35-64 anni), più della metà degli uomini intervistati afferma di non spostarsi mai a piedi e/o in bicicletta, mentre per le donne la percentuale corrisponde al 42-45 per cento. Particolarmente attivo risulta essere il gruppo degli ultrasessantacinquenni, e ciò vale sia per le donne sia per gli uomini.

E) Durata degli spostamenti giornalieri medi a piedi e/o in bicicletta, in base all'età e al sesso 2012 (quote in percentuale)



Fonte: Indagini sulla salute in Svizzera dell'UST, 2012 (n=20 676).

### Altre informazioni

UST/ARE (2007): «Mobilità in Svizzera. Risultati del microcensimento sul comportamento nel traffico 2005» (in francese e tedesco). Neuchâtel: UST.

UST/ARE (2012): Mobilität in der Schweiz. Ergebnisse des Mikrozensus Mobilität und Verkehr 2010. Neuchâtel: UST.

Sauter, D. (2008): Mobilität von Kindern und Jugendlichen. Fakten und Trends aus den Mikrozensus zum Verkehrsverhalten 1994, 2000 und 2005. (Materialien Langsamverkehr Nr. 115), in tedesco, Berna: Ufficio federale delle strade.

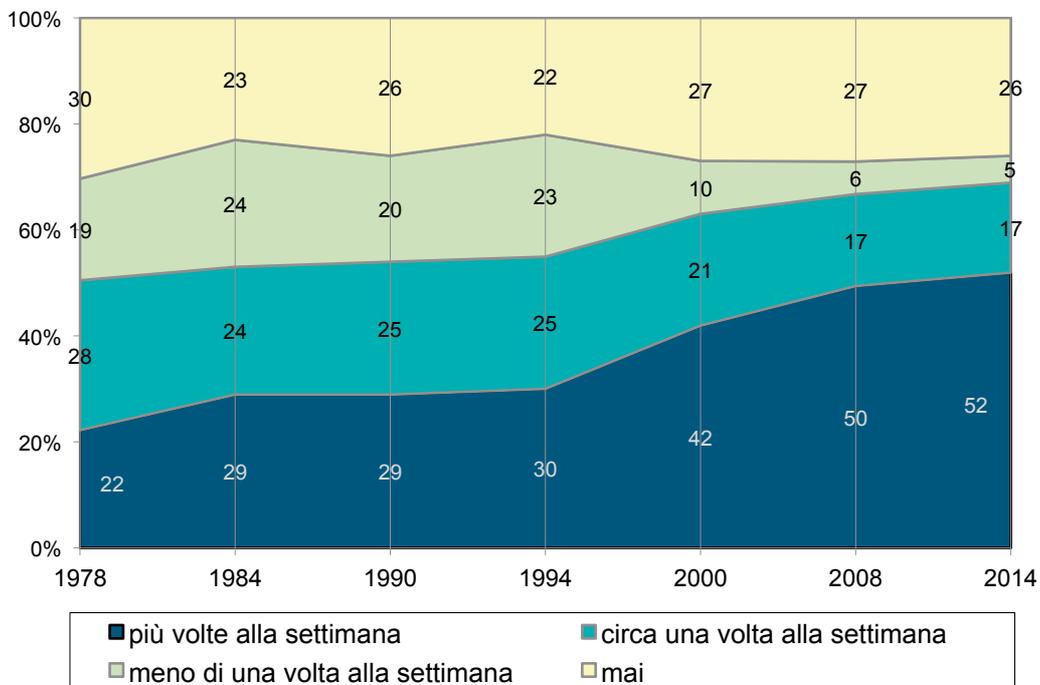
### Indicatore 3.5: attività sportiva

**Osservazione:** indicatore 1.3 dell'Osservatorio sport e movimento. Per maggiori raggugli: <http://www.sportobs.ch>

Lo sport è una componente importante del comportamento motorio e riveste un significato notevole per uno «stile di vita sano e attivo». Come risulta dal seguente grafico, dalla fine degli anni 1970 in Svizzera l'attività sportiva regolare ha acquistato sempre più importanza: se nel 1978 solo circa un quinto della popolazione praticava sport due o più volte alla settimana, nel 2012 tale quota è salita a più del 50 per cento.

Il «boom dello sport» degli scorsi decenni non ha tuttavia mutato un granché il fatto che oltre un quarto della popolazione non pratica sport: se nel 1978 tale quota era del 30 per cento ed è poi scesa al 22 per cento, attualmente la quota delle persone che non praticano sport è del 26 per cento. Il «boom dello sport» si è quindi tradotto soprattutto in un assottigliamento del segmento degli sportivi occasionali, che praticano sport al massimo una volta alla settimana, la cui percentuale si è più che dimezzata dal 1978.

#### A) Attività sportiva in Svizzera, 1978-2014



Fonte: studi di Swiss Olympic 1978-1994; Sport Svizzera 2000, 2008 e 2014.  
Risposte alla domanda: «Quante volte alla settimana pratica sport?»

#### Base di dati

Swiss Olympic, l'organizzazione che riunisce le federazioni sportive svizzere, ha realizzato indagini rappresentative sull'attività sportiva della popolazione svizzera negli anni 1978, 1984, 1990 e 1994 (n: circa 1000 persone ogni volta). A partire dal 1999, queste indagini sono state sostituite dagli studi «Sport Svizzera» dell'Osservatorio sport e

movimento. Le rilevazioni telefoniche dei dati per queste due indagini sono state effettuate negli anni 1999 (n=2064), 2007 (n=10262) e 2013 (n=10 652).

Altre informazioni sull'attività sportiva in Svizzera sono disponibili in particolare in: Lamprecht, Markus, Hanspeter Stamm e Adrian Fischer (2014): «Sport Svizzera 2014» - Attività sportiva e interesse per lo sport. Macolin: UFSP.

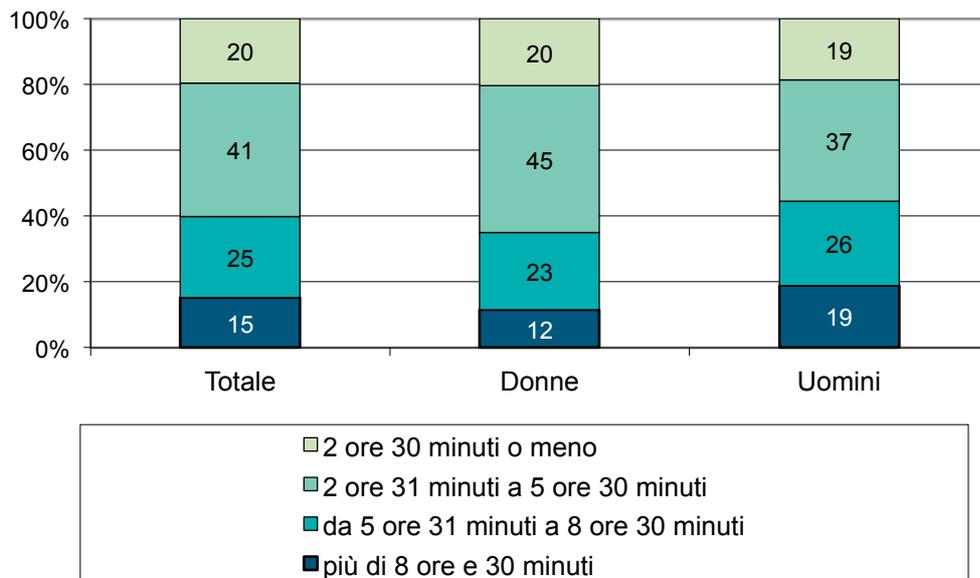
### Indicatore 3.6: sedentarietà, adulti

Al giorno d'oggi, le attività sedentarie sono molto diffuse, sul lavoro, a casa, nel tempo libero o nel settore dei trasporti. Lunghi tempi trascorsi seduti e a riposo si ripercuotono negativamente sulla salute e andrebbero quindi interrotti regolarmente da attività fisiche.

In mediagli intervistati dell'Indagine salute in Svizzera stanno seduti poco più di 5 ore in un normale giorno della settimana (valore medio: 317 minuti). Poco inferiore risulta tuttavia la mediana dal momento che, a differenza della media aritmetica, non è sensibile agli estremi: nel 2012 la metà degli intervistati ha indicato di riposarsi o stare seduta più di 5 ore al giorno, l'altra metà meno.

Secondo le analisi di cui al grafico A, la durata della sedentarietà e del riposo quotidiani è suddivisa in quattro categorie. Una persona su cinque (20 %) sta seduta quindi, secondo alcuni dati, 2,5 ore al giorno o meno; quasi il doppio delle persone invece (41 %) sta seduto tra le 2,5 e le 5,5 ore al giorno. Un quarto degli intervistati (25 %) ha indicato di stare seduto tra le 5,5, e le 8,5 ore al giorno, mentre un altro 15 per cento addirittura più di 8,5 ore al giorno. Tale quota è leggermente più elevata negli uomini che nelle donne (19 % contro il 12 %). In media gli uomini stanno seduti un'ora in più al giorno rispetto alle donne (mediana: 5 ore.).

A) Durata al giorno delle attività sedentarie, in base al sesso, 2012 (in percentuale)



Fonte: Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) 2012 (n=17 742).

#### Base di dati

Indagine sulla salute in Svizzera 2012 dell'Ufficio federale di statistica e Special Eurobarometer 412 «Sport and physical activity», di cui sono stati rilevati i dati del 2013.

menuCH dell'USAV in collaborazione con l'UFSP (2014/15, cfr. Bochud et al. 2017)

È raffigurata in primo luogo la mediana, che rispecchia il valore medio della distribuzione. La mediana e la media aritmetica possono essere differenti, poiché la seconda è fortemente influenzata dai «valori estremi». Per i dati in questione, vi sono persone che passano moltissimo tempo sedute, aumentando così la media aritmetica rispetto alla mediana.

## Altri risultati

Il grafico B riporta i risultati dello studio menuCH per gli anni 2014/15. In confronto all'ISS del 2012 e allo studio Eurobarometro del 2013 (cfr. grafico I qui sotto), menuCH è giunto a risultati indicanti una percentuale molto più elevata di persone che stanno sedute per più di 5,5 ore al giorno (il 57 %, contro il 40 % emerso dall'ISS del 2012). Il motivo di questo grande divario nei risultati può essere spiegato, benché solo condizionatamente, dal fatto che lo studio menuCH si è concentrato su una fascia d'età un po' diversa (dai 18 ai 75 anni) rispetto a quella dell'ISS (15 anni e oltre).

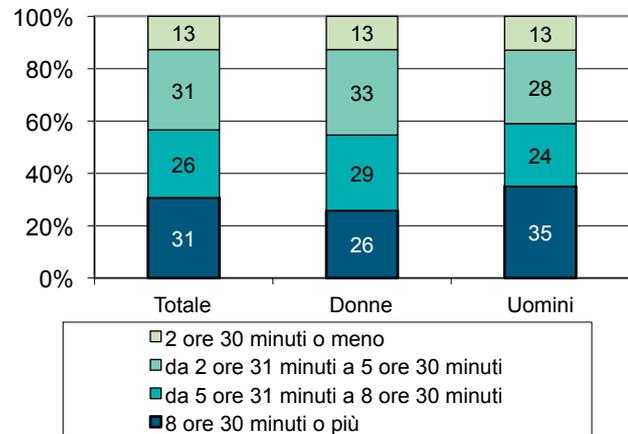
A parte tali differenze, invece per quanto riguarda l'età, la regione linguistica e il livello di istruzione scolastica menuCH ha ottenuto dati molto simili all'ISS 2012 (cfr. grafici da C a E).

In virtù della maggior ampiezza e completezza del campione, i dati dettagliati nei grafici da C a H provengono dall'ISS del 2012.

Come risulta dal grafico C, le persone più giovani trascorrono più tempo sedute rispetto a quelle di età superiore. In particolare tra le persone in età compresa tra i 15 e i 34 anni, la quota di coloro che trascorrono 8,5 o più ore al giorno seduti è del 21 per cento superiore alla media. Dal 65° anno d'età la durata delle attività sedentarie diminuisce sensibilmente: in questa fascia d'età soltanto un intervistato su sedici afferma di trascorrere più di 8,5 ore al giorno in attività sedentarie.

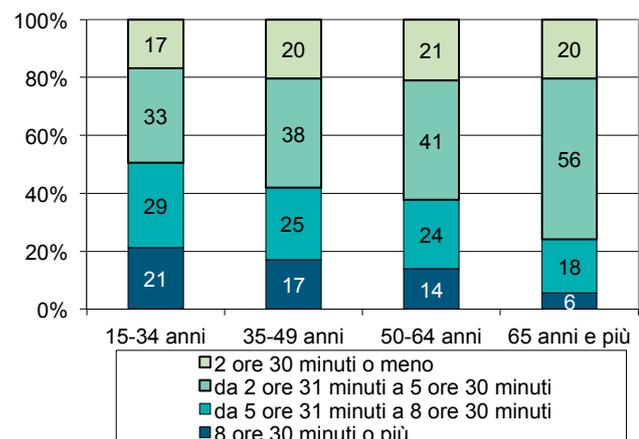
Anche tra i gruppi con un livello di formazione differente il tempo trascorso in attività sedentarie varia sensibilmente. Il grafico D illustra che le persone con un livello di formazione elevato stanno sedute oltre 8,5 ore al giorno, con una frequenza più di tre volte superiore (24 % contro 7 % risp. 10 %) e molto più raramente trascorrono solo 2,5 ore al massimo di sedentarietà e riposo, rispetto alle persone con un grado di formazione inferiore o medio (12 % contro 31 % risp. 23 %).

B) Durata delle attività sedentarie al giorno, per sesso, 2014/15 (in %, intervistati di età compresa tra 18 e 75 anni)



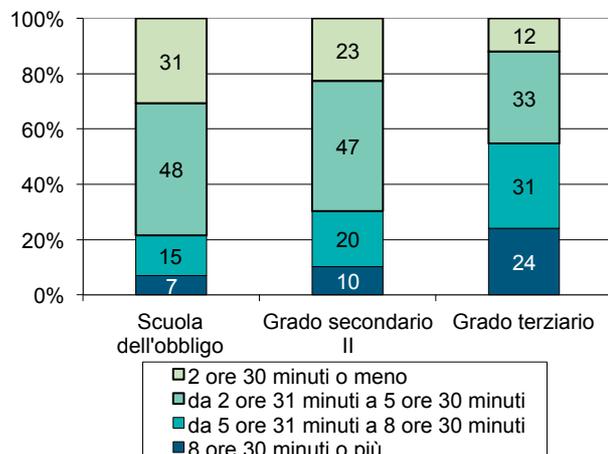
Fonte: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, Bochud et al. (2017).

C) Nesso tra l'età e le attività sedentarie al giorno (in percentuale), 2012



Fonte: ISS 2012 (n=17 742)

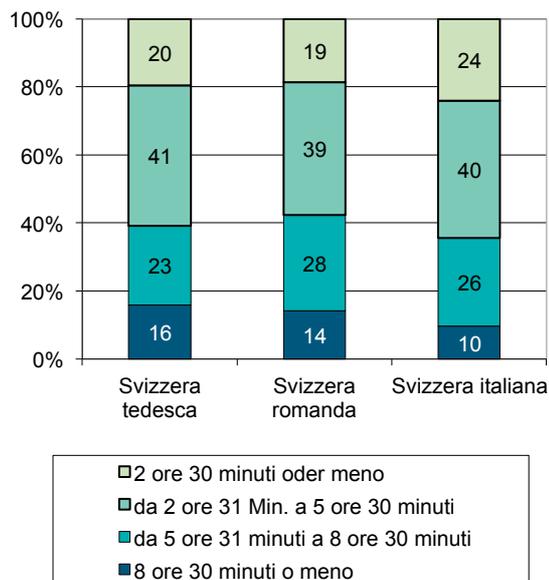
D) Nesso tra il livello di formazione e le attività sedentarie, al giorno (in percentuale), 2012 (persone a partire dai 25 anni)



Fonte: ISS 2012 (n=15 438)

Il grafico E illustra il tempo trascorso in attività sedentarie per le tre regioni linguistiche. Risulta che gli intervistati della Svizzera italiana trascorrono leggermente meno tempo in attività sedentarie rispetto a quelli della Svizzera tedesca o romanda.

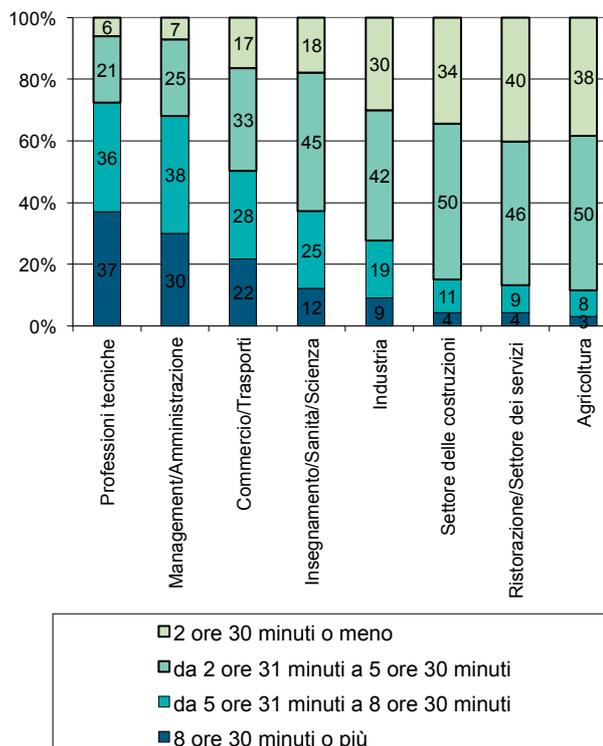
E) Nesso tra la regione linguistica e le attività sedentarie (in percentuale) al giorno, 2012



Fonte: ISS 2012 (n=17 742).

Il grafico F mostra il tempo trascorso seduti in funzione della professione. È evidente che le persone che lavorano nell'agricoltura, nel settore delle costruzioni, nell'industria alberghiera e nella ristorazione nonché nel settore dei servizi, o sono quelle che trascorrono meno tempo stando sedute e riposando al giorno. All'altra estremità della scala vi sono le persone che esercitano tipiche «professioni da ufficio» nel settore della tecnica nonché nell'amministrazione o nel management, di cui circa i tre quarti trascorre almeno 5,5 ore al giorno seduto.

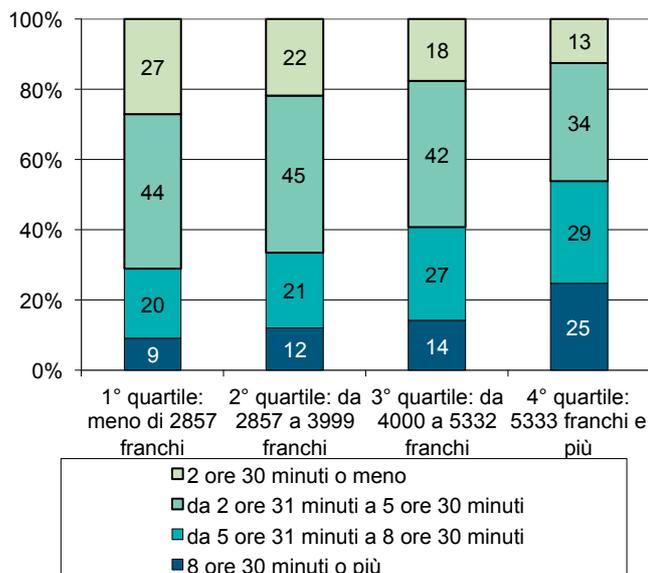
F) Nesso tra la professione e le attività sedentarie (in percentuale) al giorno, 2012



Fonte: ISS 2012 (n=17 742).

Come si evince dal grafico G, vi sono evidenti differenze anche tra i gruppi di reddito. Le persone, il cui reddito si trova nella quarta fascia più bassa della suddivisione, trascorrono molto meno tempo sedute, rispetto a quelle che rientrano nel gruppo di reddito posizionato più in alto. Occorre riconoscere che queste differenze sono correlate alle differenti attività professionali (cfr. grafico F).

G) Nesso tra il reddito e le attività sedentarie (in percentuale) al giorno, 2012

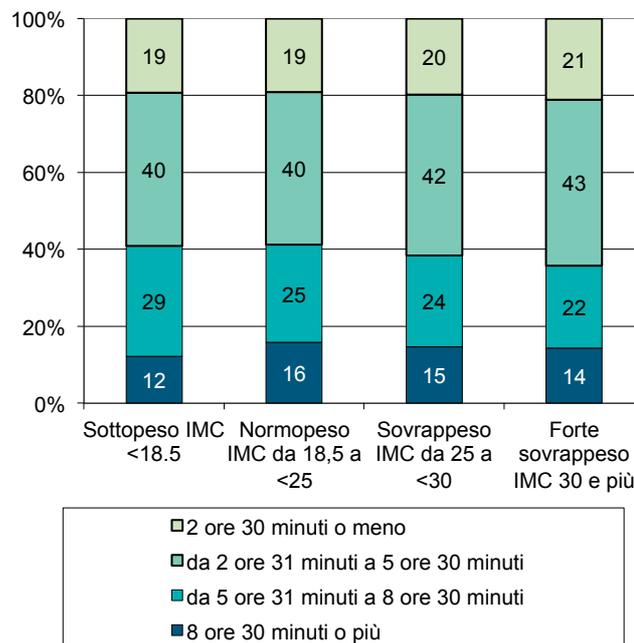


Fonte: ISS 2012 (n= 16 927)

Se in relazione allo status socio-economico si rilevano differenze molto evidenti nella durata giornaliera della sedentarietà, nell'IMC non vi è quasi alcun nesso (cfr. grafico H). Le persone sovrappeso o obese non trascorrono quindi più tempo sedute o a riposo di quelle normopeso o sottopeso.

H) Nesso tra l'IMC e le attività sedentarie (in percentuale) al giorno, 2012

Anche in considerazione della consapevolezza alimentare, l'attività fisica e la nazionalità degli intervistati rivelano pochissime differenze nella durata della sedentarietà giornaliera (i risultati non sono stati qui illustrati).



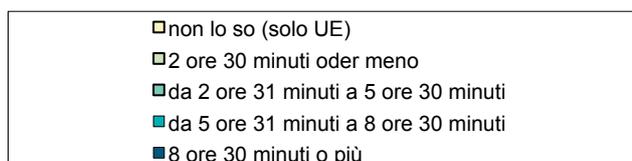
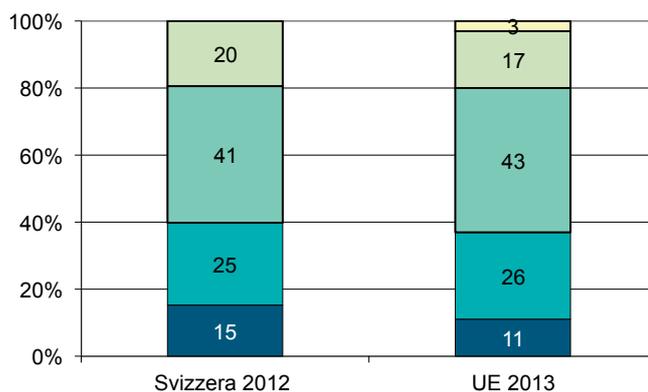
Fonte: ISS 2012 (n= 17 631)

Altre analisi mostrano che molte caratteristiche rilevanti per la salute dipendono solo in minima parte dalla durata della sedentarietà. Fanno eccezioni le abitudini di movimento: tendenzialmente quanto più una persona sta seduta, tanto meno pratica attività fisica.

Combinando durata della sedentarietà e attività fisica, secondo uno studio in preparazione emerge inoltre che solo circa un sesto della popolazione ha uno stile di vita «sedentario» con lunghi tempi di sedentarietà e poca attività fisica. Lo stile di vita di un quinto è «povero di movimento» (poco movimento e tempi di sedentarietà relativamente brevi), quello di un quarto è «compensatorio» (molto movimento e lunghi tempi di sedentarietà) e quello dei circa due quinti restanti è «movimentato» (molto movimento e tempi di sedentarietà relativamente brevi).

Anche se i dati dell'attuale studio Eurobarometro non sono comparabili, i risultati dei 28 Paesi UE si avvicinano a quelli dell'Indagine sulla salute in Svizzera. Inoltre anche le differenze di sesso, età, livello di formazione e professione sopra descritte sono presenti a livello europeo.

I) Durata delle attività sedentarie nel confronto europeo (in percentuale) al giorno



Fonte: ISS 2012 (n=17 742) e Special Eurobarometer 412 (cfr. dati della fonte sopra riportata).

### Altre informazioni

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studio su incarico dell'USAV e dell'UFSP. Losanna: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

European Commission, Directorate-General for Education and Culture (2014) Special Eurobarometer 412: Sport and physical activity. European Commission.

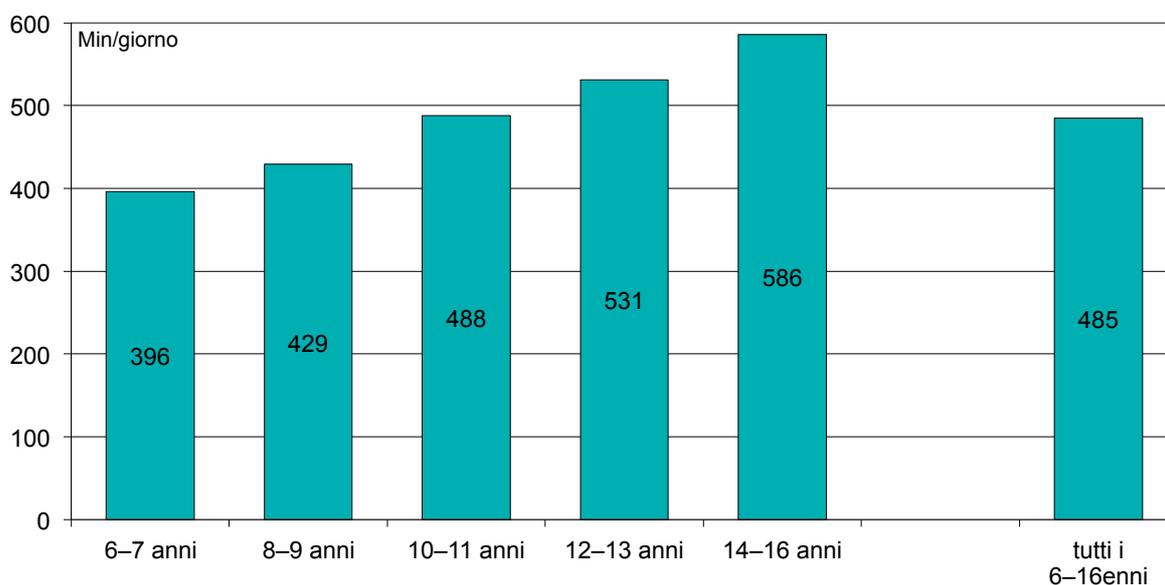
Uno studio di approfondimento sulla sedentarietà in Svizzera basato sull'Omnibus 2011 e sull'ISS 2012 dell'Ufficio federale di statistica è in preparazione e sarà disponibile a partire dall'estate 2015 sul sito Internet dell'UFSP.

### Indicatore 3.7: sedentarietà, bambini e adolescenti

Stare a lungo seduti non è problematico solo per gli adulti, ma anche per i bambini e gli adolescenti. Nello studio SOPHYA dello Swiss TPH dell'Università di Basilea è stata misurata con un accelerometro l'attività fisica di bambini e adolescenti dai 6 ai 16 anni (vedi indicatore 3.3). Nello studio, è stato definito «comportamento sedentario» (sedentary behaviour) il tempo in minuti durante il quale l'accelerometro ha registrato meno di 100 conteggi al minuto (p. es. leggere o guardare la televisione).

Come si nota nel seguente grafico, bambini e adolescenti trascorrono in media circa 8 ore al giorno (485 minuti) seduti o sdraiati, escluso il tempo in cui dormono. Spicca inoltre che la durata del comportamento sedentario aumenta nettamente con l'età. I bambini di 6 e 7 anni stanno fermi circa sei ore e mezza al giorno; questo valore cresce linearmente con l'età per raggiungere quasi 10 ore nella fascia dai 14 ai 16 anni. Anche l'indicatore 3.3 aveva evidenziato una netta diminuzione dell'attività fisica tra i 6 e i 16 anni.

A) Numero medio di minuti al giorno trascorsi in attività sedentarie da bambini e adolescenti dai 6 ai 16 anni, secondo l'età



Fonte: Bringolf-Isler et al. (2016), studio SOPHYA, n=1320.

Osservazione: misurazione del movimento durante il giorno, la fase del riposo notturno è esclusa.

#### Base di dati

I risultati sono tratti dallo studio SOPHYA (**S**wiss children's **O**bjectively measures **PHY**sical **A**ctivity), condotto nel 2014/15 dall'Istituto tropicale e di salute pubblica svizzero, cfr. Bringolf-Isler B., Probst-Hensch N., Kayser B. e Suggs S.(2016): Schlussbericht zur SOPHYA-Studie. Basilea: Swiss TPH

Per maggiori informazioni sullo studio SOPHYA si rimanda alla descrizione della base di dati dell'indicatore 3.3 e al sito: [www.swisstph.ch/de/sophya.html](http://www.swisstph.ch/de/sophya.html)

## Altri risultati

Diversamente dai risultati in base all'età, le differenze tra i sessi in termini di comportamento sedentario sono proporzionalmente esigue (grafico B): le ragazze rimangono sedute o sdraiate in media circa mezz'ora in più al giorno rispetto ai maschi, i quali peraltro secondo l'indicatore 3.3 hanno un livello medio di attività fisica lievemente più elevato. Inoltre, nelle ragazze si osserva un allungamento più marcato della durata dell'inattività sedentaria tra il gruppo d'età più giovane e quello più vecchio (118 minuti, rispetto ai 102 minuti dei ragazzi).

Anche la situazione familiare è correlata, seppur lievemente, con la sedentarietà.

I bambini e gli adolescenti che crescono con fratelli e sorelle o con altri bambini e adolescenti nella stessa economia domestica sono leggermente più attivi e trascorrono meno minuti al giorno seduti o sdraiati (grafico C).

Un lieve aumento dell'inattività è stato riscontrato anche in proporzione alla percentuale lavorativa della madre. Se è inferiore al 20 per cento i figli restano sedentari in media 479 minuti al giorno, mentre lo sono per 496 minuti quando la madre lavora all'80-100 per cento.

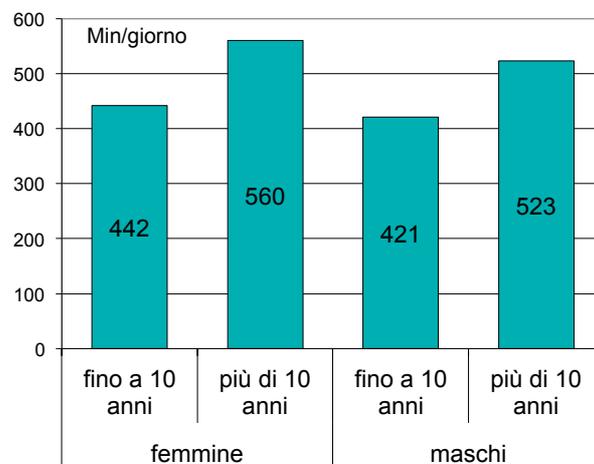
Infine, la sedentarietà di bambini e adolescenti aumenta in caso di elevata percentuale lavorativa di *entrambi* i genitori se questi ultimi non ricorrono a una forma di accudimento esterno. Se il bambino è accudito esternamente non si riscontra alcuna differenza dipendente dal carico lavorativo dei genitori.

Ulteriori analisi condotte nello studio SOPHYA non hanno evidenziato differenze statisticamente significative nel comportamento sedentario in base alla regione linguistica, alla formazione scolastica e al reddito dei genitori, nonché alla nazionalità.

## Altre informazioni:

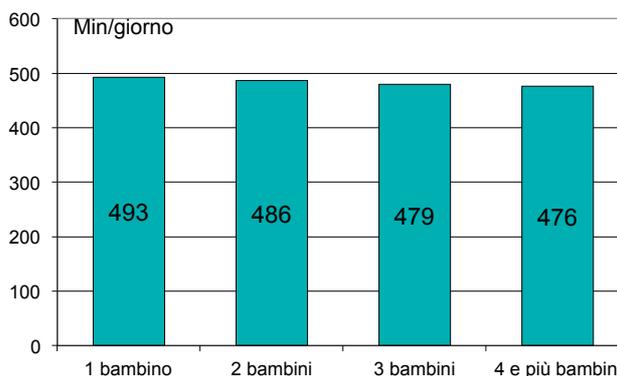
cfr. la fonte citata più sopra e il sito web:  
[www.swisstph.ch/de/sophya.html](http://www.swisstph.ch/de/sophya.html)

B) Numero medio di minuti trascorsi in attività sedentarie secondo il sesso (età 6-16 anni)



Fonte: Bringolf-Isler et al. (2016), studio SOPHYA, n=1320.

C) Numero medio di minuti trascorsi in attività sedentarie secondo il numero di bambini sotto i 18 anni nella stessa economia domestica



Fonte: Bringolf-Isler et al. (2016), studio SOPHYA, n=1320.

### Indicatore 3.8: prestazione sportiva di giovani adulti

**Osservazione:** indicatore 1.7 dell'Osservatorio sport e movimento. Per maggiori ragguagli: [www.sportobs.ch](http://www.sportobs.ch)

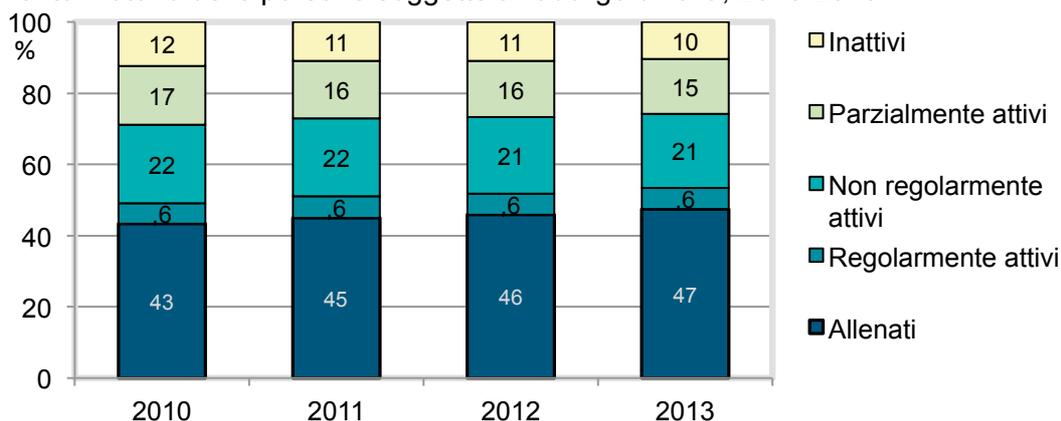
L'attività fisica e il movimento si ripercuotono favorevolmente sulla psiche e proteggono contro patologie molto diffuse, come le malattie cardiovascolari o il diabete mellito di tipo 2. In occasione del reclutamento, le persone soggette all'obbligo di leva sono sottoposte a una visita medica e a un test di fitness. Dal 2006 sono inoltre interrogate sul loro comportamento motorio.

I risultati delle indagini effettuate tra il 2010 e il 2013 sono riportati nel grafico seguente. I dati provengono da persone soggette all'obbligo di leva, che hanno compilato il questionario indipendentemente dalla partecipazione al test di fitness. Le risposte sono state classificate nelle seguenti categorie di attività, già utilizzate per l'indicatore 3.1:

- *allenati*: almeno 3 giorni alla settimana di attività fisica che provoca sudorazione
- *regolarmente attivi*: almeno 5 giorni con almeno 30 minuti di attività fisica di media intensità (accelerazione del respiro)
- *non regolarmente attivi*: almeno 150 minuti di media intensità alla settimana oppure 2 giorni con attività che provocano sudorazione. Questi ultimi e i gruppi precedenti seguono le raccomandazioni
- *parzialmente attivi*: almeno 30 minuti di media intensità alla settimana oppure 1 giorno con attività che provocano sudorazione
- *inattivi*: nessuna attività fisica degna di nota

Per il periodo 2010-2013, il grafico mostra una tendenza positiva: se nel 2010 si atteneva alle raccomandazioni attuali, che prevedono un minimo di 150 minuti di attività moderata alla settimana, il 71 per cento delle persone soggette all'obbligo di leva, nel 2013 tale percentuale è salita a esattamente tre quarti. Nello stesso periodo, la percentuale degli inattivi è scesa dal 12 al 10 per cento. Se si paragonano i dati delle persone soggette all'obbligo di leva a quelli dell'intera popolazione (cfr. indicatore 3.1), spicca il fatto che entrambi i gruppi si attengono alle raccomandazioni relative al movimento nella stessa misura (popolazione totale: 72 %). I giovani uomini presentano tuttavia una percentuale superiore di «allenati» (47 %) rispetto alla popolazione totale (28 %), in cui sono invece leggermente superiori le percentuali di persone regolarmente attive (15 %) e non regolarmente attive (29 %).

#### A) Comportamento motorio delle persone soggette all'obbligo di leva, 2010-2013



Fonte: Wyss et al. (2011-2014). Numero di casi: 2010: 34 866; 2011: 33 504; 2012: 33 084; 2013: 31 541.

#### Base di dati

I risultati del test di fitness al reclutamento sono pubblicati annualmente dal DDPS e dall'Ufficio federale dello sport. L'indicatore 1.7 dell'Osservatorio sport e movimento contiene dati supplementari sul «test di fitness al reclutamento» (TFR).

Cfr. Wyss, Thomas, Stephan Zehr e Urs Mäder (2011): Test Fitness bei der Rekrutierung (TFR). Resultate 2010 (in tedesco). Macolin: EHSM.

Wyss, Thomas, Urs Mäder e René Ahlmann (2014): Test Fitness bei der Rekrutierung (TFR). Resultate 2013. Macolin: EHSM.

### Indicatore 3.9: partecipazione a offerte Gioventù + Sport (G+S)

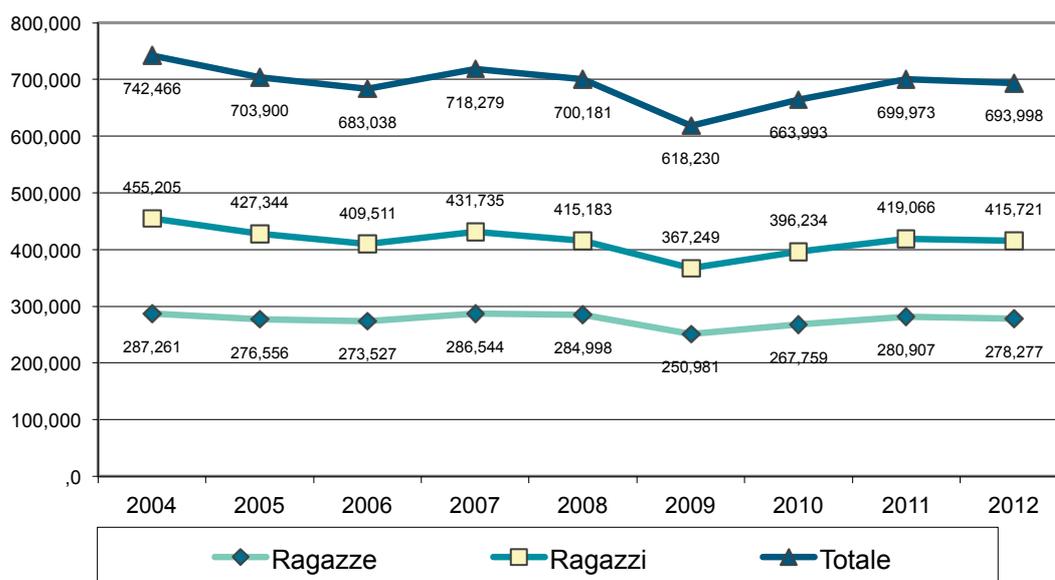
**Osservazione:** indicatore 1.5 dell'Osservatorio sport e movimento. Per maggiori raggugli: [www.sportobs.ch](http://www.sportobs.ch) (in tedesco)

Le attività sportive rappresentano una parte essenziale dell'attività fisica, importante per la salute fisica e psichica dei bambini e degli adolescenti. Gioventù + Sport (G+S) è il programma centrale di promozione dello sport lanciato dalla Confederazione e rivolto a bambini e adolescenti in età compresa tra i 10 e i 20 anni. G+S ha funzione di sostegno e allestisce le sue offerte con la collaborazione di Cantoni, società e altre istituzioni sportive. Dal 2008, con il programma «G+S-Kids», si offrono anche corsi e campi per i bambini in età compresa tra i 5 e i 10 anni.

Il grafico mostra che gli quasi 55 000 corsi e campi G+S del 2012 hanno registrato più di 700 000 partecipanti. Dopo che il numero di ragazzi partecipanti fino al 2009 era in diminuzione, a partire dal 2010 ha segnato nuovamente un leggero rialzo. Il numero di ragazze è rimasto un po' più stabile nel corso degli anni, ma anche qui nel 2009 è stato registrato un lieve calo. Il recente aumento non può essere una conseguenza dell'introduzione di «G+S-Kids».

Il numero netto dei partecipanti effettivi corrisponde a circa il 60 per cento delle partecipazioni lorde. I circa 420 000 bambini e giovani di età compresa tra 10 e 20 anni che hanno beneficiato nel 2011 e nel 2012 delle offerte di G+S corrispondono a quasi la metà di tutte le persone di questa fascia d'età che vivono in Svizzera.

#### A) Numero di partecipazioni alle offerte G+S, 2004-2012



Fonte: Statistica G+S, UFSPPO.

#### Base di dati

Statistica G+S, UFSPPO

Per maggiori raggugli sull'indicatore, consultare il sito dell'Osservatorio sport e movimento (indicatore 1.5).

## Ambito 4: Peso corporeo

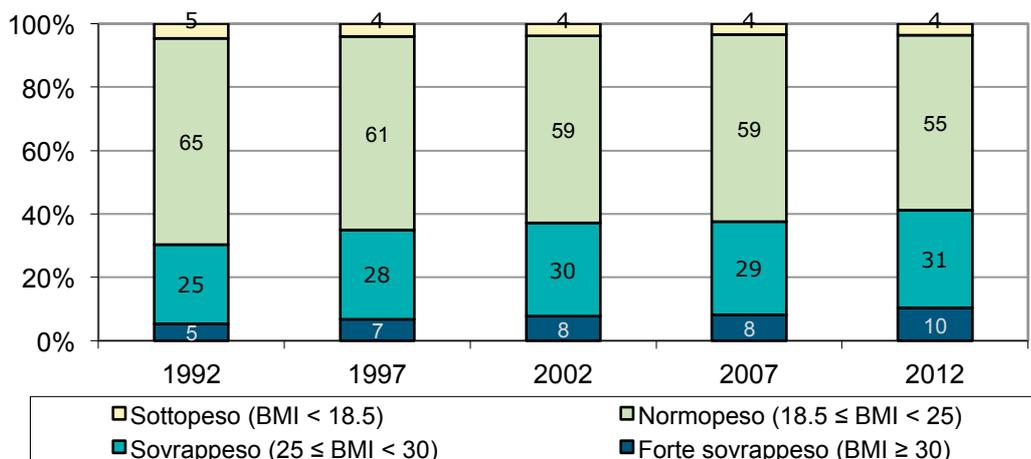
### Indicatore 4.1: IMC della popolazione residente adulta (dati del sondaggio)

**Osservazione:** questo indicatore è tratto dalla raccolta di indicatori dell'Obsan; per maggiori dettagli consultare la pagina web: <http://www.obsan.admin.ch/it/indicatori>

Il peso corporeo è considerato un buon indicatore del rischio di una serie di disturbi acuti e cronici ed è pertanto un elemento di centrale importanza delle iniziative promosse nel contesto dell'alimentazione e dell'attività fisica. Il sovrappeso e soprattutto l'obesità sono tra i fattori di rischio per le malattie non trasmissibili, come le malattie cardiovascolari, il diabete mellito di tipo 2 e alcune forme di tumore. Le definizioni di sovrappeso, obesità e sottopeso possono essere derivate dai valori limite dell'indice di massa corporea (IMC) in base alle raccomandazioni dell'OMS.

Dal grafico si evince che la percentuale di persone «normopeso» è diminuita di circa dieci punti percentuali, passando dal 65 al 55 per cento in soli 20 anni (1992-2012). Mentre la quota delle persone sottopeso è calata lievemente nel corso del tempo, nel 2012 il 41 per cento della popolazione era sovrappeso od obeso (contro il 30 % nel 1992). In questo lasso di tempo, si è registrato un aumento particolarmente marcato delle persone obese, pari a circa il 90 per cento. Dopo che tra il 2002 e il 2007 l'evoluzione si era stabilizzata a un livello elevato, recentemente si è osservato un nuovo aumento della quota di persone sovrappeso e obese (dal 38 % nel 2007 al 41 % nel 2012).

#### A) Categorie dell'indice di massa corporea (IMC) della popolazione svizzera in età superiore ai 15 anni, 1992-2012



Fonte: Indagini sulla salute in Svizzera dell'Ufficio federale di statistica 1992-2012. Numero di casi: 1992:14 899; 1997=12 821; 2002=19 471; 2007=18 473; 2012: n=21 382.

#### Base di dati

Indagini sulla salute in Svizzera 1992-2012 dell'Ufficio federale di statistica. I dati dell'ISS comprendono la popolazione residente in Svizzera di 15 e più anni. I dati sulla situazione dei bambini e degli adolescenti sono disponibili nell'indicatore 4.2.

Per stimare il peso corporeo si può utilizzare l'indice di massa corporea (IMC), dall'inglese *Body Mass Index*, che si calcola applicando la seguente formula:

$$\text{IMC} = (\text{peso corporeo in kg}) / (\text{altezza in m})^2$$

L'OMS ha definito una lista di valori limite (vedi al proposito la legenda del grafico) con i quali si

distinguono le categorie: persone sottopeso, normopeso e sovrappeso. Per le persone di età inferiore ai 18 anni sono stati utilizzati i valori limite di Cole et al. (2000, 2010).

Altre informazioni sono disponibili nella raccolta di indicatori dall'Osservatorio svizzero della salute.

## Indicatore 4.2: IMC di bambini e adolescenti (misurazione diretta)

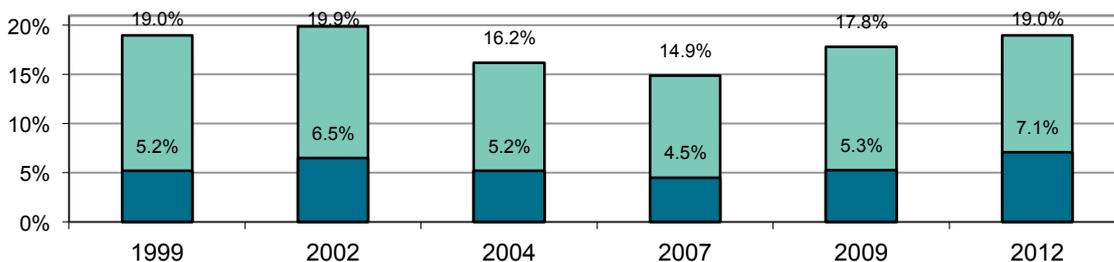
**Osservazione:** in origine l'indicatore proveniva dalla raccolta di indicatori di Promozione Salute Svizzera, che però per il momento è ferma. L'ultima versione aggiornata degli indicatori è documentata sulla pagina web del MOSEB.

L'obesità rappresenta un rischio per la salute anche per i bambini e gli adolescenti, che può provocare spesso sofferenze psichiche e fisiche. Per definire il sovrappeso e l'obesità si utilizza l'indice di massa corporea (IMC) commisurato all'età e al sesso.

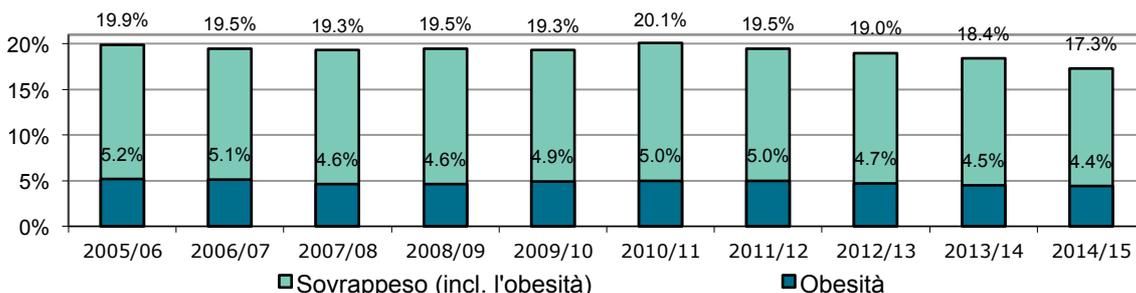
In Svizzera si dispone per il momento soltanto di un numero limitato di dati di misurazione comparabili relativi all'IMC di bambini e adolescenti. Nel grafico sottostante sono raffigurate le percentuali di bambini e adolescenti sovrappeso e obesi risultanti dallo studio nazionale del Politecnico federale di Zurigo e dal progetto Monitoraggio dell'IMC nelle tre città di Berna, Basilea e Zurigo. Dal primo grafico si evince che la percentuale di bambini e adolescenti sovrappeso e obesi è diminuita sul piano nazionale negli anni 2000, per poi però risalire nel 2012 ai livelli della fine degli anni 1990. I dati delle città di Basilea, Berna e Zurigo indicano un'evoluzione stabile a un livello elevato dal 2005/06 al 2011/12, seguita da una leggera flessione negli ultimi anni. Entrambi gli studi mostrano che oggi circa un quinto dei bambini in età scolastica è sovrappeso o obeso.

Se si analizza la distribuzione del sovrappeso secondo il grado scolastico si osserva che nella scuole dell'infanzia è in sovrappeso o obeso appena il 12 per cento dei bambini contro il 21 per cento nelle scuole medie e il 23 per cento nelle scuole secondarie superiori.

A) Percentuale di bambini e adolescenti sovrappeso o obesi in età compresa tra i 6 e i 12 anni, Svizzera dal 1999 al 2012



B) Percentuale di bambini e adolescenti sovrappeso e obesi nelle città di Berna, Basilea e Zurigo, anni scolastici dal 2005/06 al 2014/15 (quote in percentuale)



Osservazione: la categoria «sovrappeso (incl. l'obesità)» comprende sia i soggetti in sovrappeso che quelli obesi. La percentuale dei soggetti in sovrappeso non obesi è calcolata sottraendo il valore minore da quello maggiore.  
 Fonti: grafico A: Aeberli e Murer (2013); grafico B: Stamm et al. (2015).

### Base di dati

Grafico A: Murer, S.B., S. Saarsalu, M.B. Zimmerman und I. Aeberli (2014): Pediatric adiposity stabilized in Switzerland between 1999 and 2012. Eur J Nutr 53: 865-875.

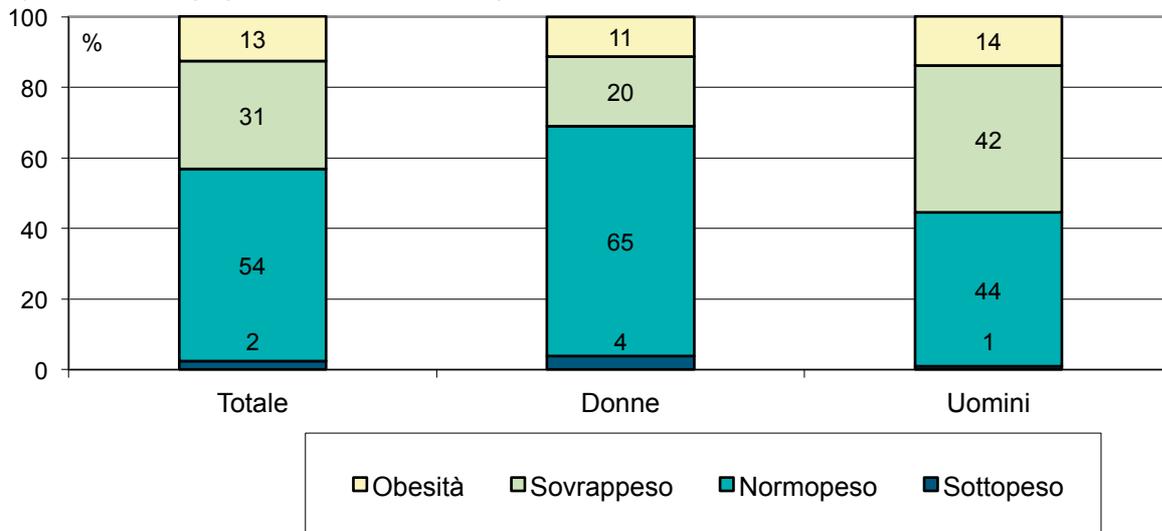
Grafico B: Stamm, H., A.-S. Bauschatz, M. Ceschi, L. Guggenbühl, M. Lamprecht, M. Ledergerber, N. Sperisen, K. Staehelin, S. Stronski Huwiler, A. Tschumper und D. Wiegand (2016): Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Schuljahr 2014/15. Berna: Promozione Salute Svizzera.

### Indicatore 4.3: IMC della popolazione residente adulta (misurazione diretta)

L'indice di massa corporea (IMC) è molto diffuso per determinare il sovrappeso e l'obesità negli studi epidemiologici a livello demografico soprattutto per la facilità con cui è misurato. Per gli adulti, l'IMC è calcolato in base al peso e all'altezza.

Nel frattempo in Svizzera sono state eseguite diverse indagini a campione sull'IMC misurato. Il grafico A riporta i risultati del più recente studio menuCH, il sondaggio nazionale sull'alimentazione svolto dall'USAV in collaborazione con l'UFSP. Dallo studio è emerso che, negli anni 2014/15, il 44 per cento della popolazione svizzera di età compresa tra 18 e 75 anni era in sovrappeso oppure obeso; inoltre la percentuale degli uomini sovrappeso o obesi era quasi doppia (il 56 %) rispetto a quella delle donne (31 %).

A) IMC della popolazione di età compresa tra 18 e 75 anni, 2014/15



Fonte: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, Bochud et al. (2017), n=2085.

#### Base di dati

Attualmente sono disponibili quattro fonti di dati: (le informazioni circa la fonte sono riportate alla fine dell'indicatore):

- menuCH, il sondaggio nazionale sull'alimentazione svolto dall'USAV e dall'UFSP per gli anni 2014/15 (intervistati di età compresa tra 18 e 75 anni, n=2085, cfr. Bochud et al. 2017).
- Studio sul consumo di sale dell'Ufficio federale della sanità pubblica: indagine sul consumo di sale nella popolazione residente in Svizzera per gli anni 2010/11 (intervistati a partire da 15 anni, n=1445, cfr. Chappuis et al. 2014). Negli anni 2010/2011 in occasione di un'indagine a campione su 1445 persone è stato misurato l'IMC (grafico D).
- Bus santé dal 1993 al 2007 (grafici A-C). Oltre alla misurazione dell'IMC, la rilevazione annua dello stato di salute della popolazione ginevrina effettuata dagli Hôpitaux Universitaires de Genève dal 1993 a oggi include l'attività fisica, le abitudini

alimentari, la misurazione della pressione arteriosa e il prelievo di sangue per la determinazione dei grassi presenti nel sangue.

L'indagine a campione è rappresentativa per la popolazione ginevrina in età compresa tra i 35 e i 74 anni, ma è generalizzabile per l'intera popolazione svizzera solo in misura limitata.

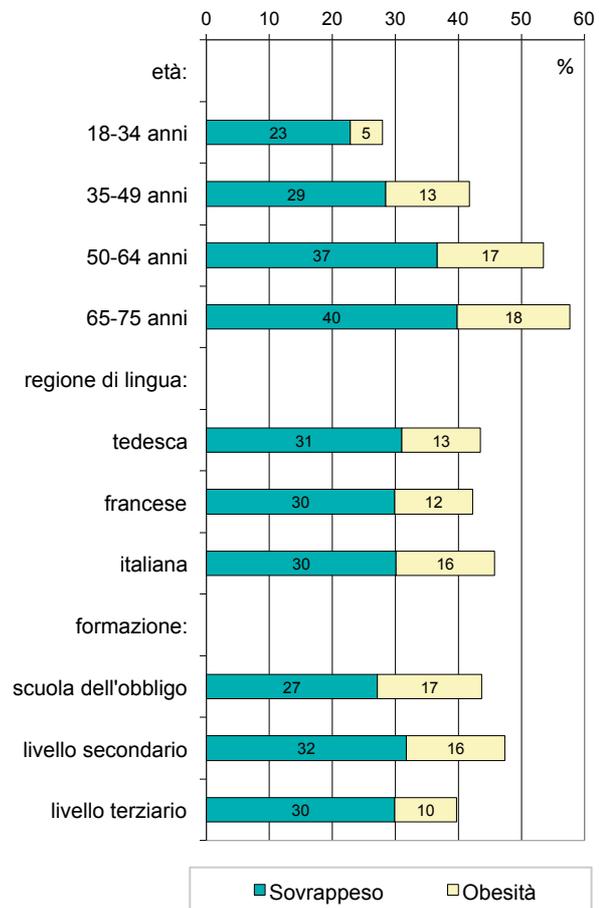
- Dati raccolti nell'ambito del reclutamento (grafico E): durante le visite di reclutamento sono misurate e registrate varie caratteristiche fisiche dei giovani soggetti all'obbligo di leva. Uno studio di Kaspar Staub e altri (2010) contiene risultati sull'evoluzione dell'IMC dalla seconda metà del Diciannovesimo secolo. L'evoluzione durante il periodo 2004-2015 è documentata negli studi di Panczak et al. (2013) e Floris et al. (2016).

## Altri risultati

Il grafico B illustra i risultati dettagliati emersi da menuCH in merito alla diffusione del sovrappeso e dell'obesità in base a età, regione linguistica e livello di istruzione scolastica. È opportuno attirare l'attenzione sul netto aumento della percentuale di persone sovrappeso e obese di pari passo con l'avanzare dell'età: lo stesso aumento era risultato anche dall'analisi dei dati dell'indagine nell'indicatore 4.1.

Invece non si riscontrano differenze comprovate in base alle regioni linguistiche. Per contro, considerando il livello di istruzione scolastica, si osserva che le persone con un'istruzione superiore sono meno spesso in (forte) sovrappeso rispetto alle altre.

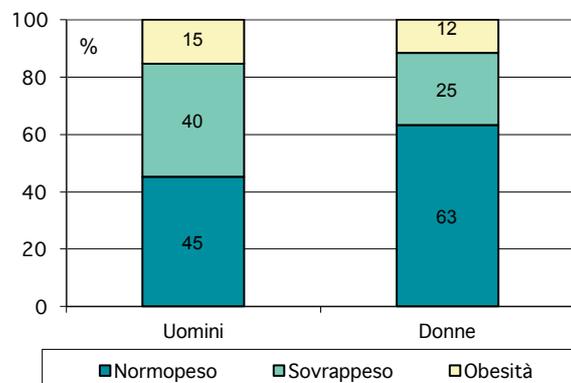
B) Prevalenza di sovrappeso e obesità, per sesso, per regione linguistica e per livello di istruzione scolastica, 2014/15



Fonte: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, Bochud et al. (2017)

I risultati illustrati nel grafico C a scopo di paragone sono tratti da uno studio dell'Ufficio federale della sanità pubblica sul consumo di sale nella popolazione residente in Svizzera per gli anni 2010/11. L'esito di tale studio è del resto in linea con i risultati emersi da menuCH, e mette parimenti in luce una percentuale di sovrappeso e obesità molto più marcata tra gli uomini rispetto alle donne.

C) Prevalenza del normopeso e del sovrappeso nonché dell'obesità in un campione della popolazione, secondo il sesso, 2010/11

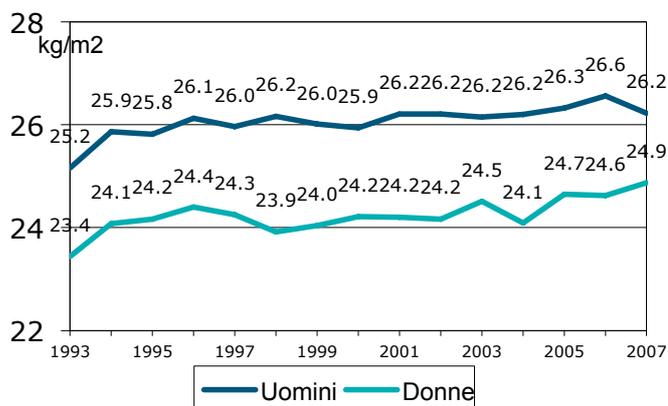


Fonte: Chappuis et al. (2011).

Una fonte di dati molto interessante è rappresentata dal cosiddetto «Bus Santé» della Città di Ginevra: qui, dal 1993, ogni anno viene analizzato su base medica uno spaccato rappresentativo della popolazione di età compresa tra 35 e 74 anni, tramite personale appositamente istruito in un'unità epidemiologica mobile.

Nel corso di tali esami vengono misurati l'altezza e il peso corporeo, parametri base per il calcolo dell'Indice di massa corporea (IMC). Il grafico D illustra l'evoluzione dell'IMC di donne e uomini di Ginevra negli anni d'indagine dal 1993 al 2007. Nell'arco dell'intero periodo si registra per entrambi i sessi un leggero incremento dell'IMC, con valori medi più elevati negli uomini che nelle donne.

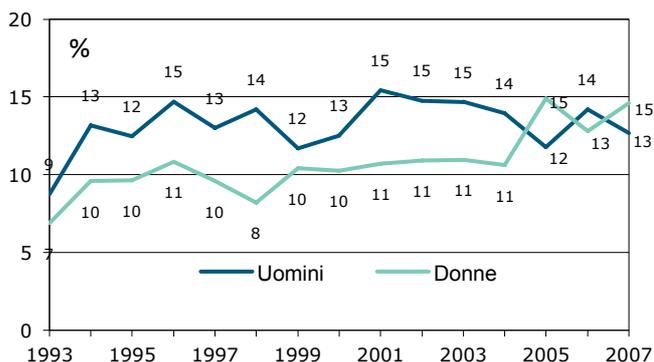
D) Evoluzione dell'IMC nelle donne e uomini di Ginevra di età compresa tra i 35 e i 74 anni, nel periodo dal 1993 al 2007 (media aritmetica)



Fonte: Bus Santé della Città di Ginevra, 1993-2007, numero di casi: uomini=7069; donne=7027.

Il grafico E indica l'evoluzione della quota di popolazione ginevrina affetta da obesità (IMC  $\geq 30$ ) tra il 1993 e il 2007. Nel corso degli ultimi anni, tale quota è sensibilmente aumentata sia per gli uomini sia per le donne: nel 2007, la percentuale degli uomini è di poco inferiore al 13 per cento, quella delle donne arriva quasi al 15 per cento, ma dal 2001 in poi la quota di uomini obesi sembra essersi stabilizzata a un livello elevato.

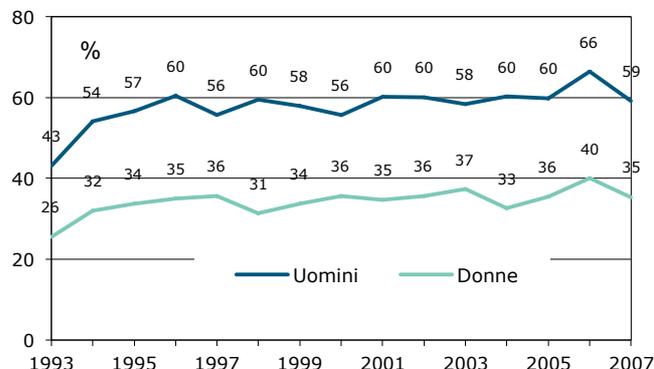
E) Evoluzione dell'obesità (IMC  $\geq 30$ ) nella popolazione ginevrina, 1993-2007, in per cento



Fonte: Bus santé 1993- 2007; n uomini=7069, donne=7027.

Il grafico F illustra l'evoluzione di sovrappeso e obesità tra il 1993 e il 2007. Anche in questo caso, soprattutto negli anni 1990, si osserva un incremento per entrambi i sessi, con una netta prevalenza del sovrappeso per gli uomini rispetto alle donne

F) Evoluzione del sovrappeso e dell'obesità (IMC  $> 25$ ) nella popolazione ginevrina, 1993-2007, in per cento

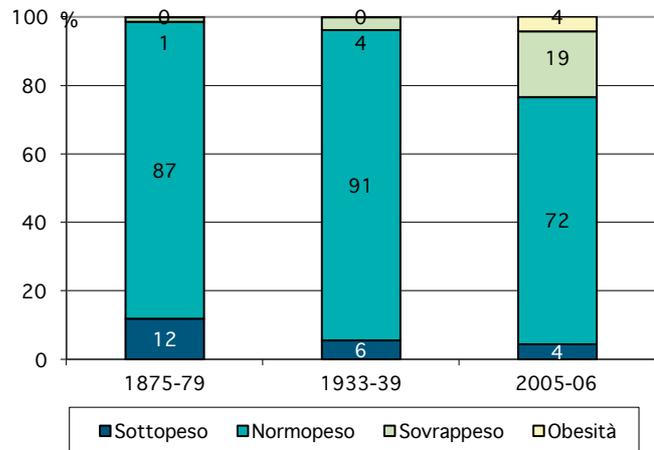


Fonte: Bus santé 1993- 2007; n uomini=7069, donne=7027. È rappresentata la quota complessiva delle persone sovrappeso ( $25 \leq \text{IMC} < 30$ ) e obese (IMC  $\geq 30$ ).

I grafici G-L contengono risultati di studi condotti dal Centro di medicina evolutivistica dell'Università di Zurigo in base ai dati delle persone soggette all'obbligo di leva in Svizzera.

Nel grafico G è raffigurata l'evoluzione dell'IMC delle persone svizzere soggette all'obbligo di leva dalla fine del Diciannovesimo secolo. Dal grafico si evince che nel Diciannovesimo secolo il sovrappeso non costituiva un problema: era in sovrappeso o obeso meno del 2 per cento degli uomini giovani. Questa percentuale è salita a oltre il 20 per cento all'inizio del Ventunesimo secolo. Nello stesso periodo, la quota di soggetti sottopeso è diminuita di circa due terzi, passando dal 12 per cento all'attuale poco più del 4 per cento.

G) Quota di persone soggette all'obbligo di leva sottopeso, normopeso, sovrappeso e obeso, dal 1875 a oggi, in per cento

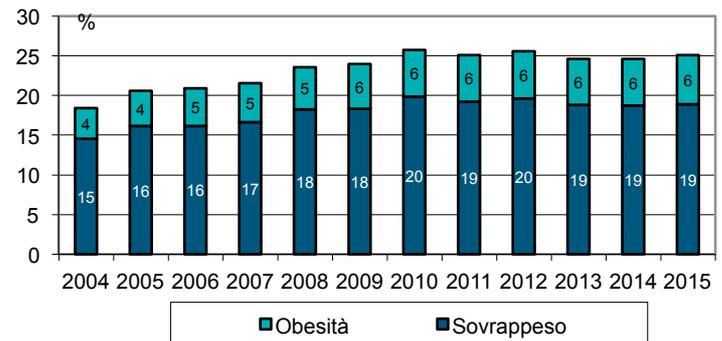


Fonte: Staub et al. (2010).

L'evoluzione attuale dell'IMC delle persone soggette all'obbligo di leva è documentata negli studi di Panczak et al. (2013), Staub e Rühli (2014) nonché Floris et al. (2016), che hanno analizzato i dati delle persone soggette all'obbligo di leva durante il periodo 2004-2015 combinandoli con altre caratteristiche.

Dal grafico H emerge che tra il 2004 e il 2010 la percentuale di persone di 19 anni soggette all'obbligo di leva in sovrappeso o obese è aumentata, passando da poco più del 18 a quasi il 26 per cento. Da alcuni anni si delinea tuttavia una stabilizzazione, a un livello elevato.

H) Quota di persone di 19 anni soggette all'obbligo di leva in sovrappeso e obese, 2004-2015, in per cento



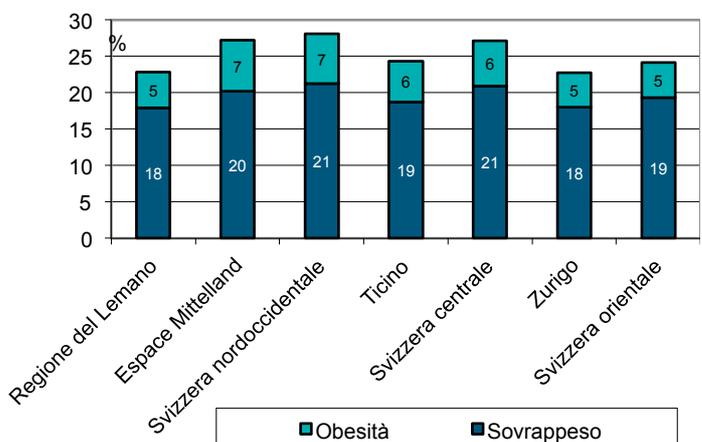
Fonte: Panczak et al. (2013), Staub e Rühli (2014).

Nota: la differenza rispetto ai dati del grafico E è dovuta a un campione ridotto nello studio del 2010.

I grafici I-L mostrano una serie di analisi dettagliate dei dati degli anni 2010-2012.

Dal grafico I emerge che la percentuale di persone in sovrappeso o obese più elevata si registra nell'Altipiano occidentale e nella Svizzera nordoccidentale, mentre la percentuale meno elevata si registra nella regione del Lago Lemano e a Zurigo.

I) Quota di persone di 19 anni soggette all'obbligo di leva in sovrappeso e obese secondo la grande regione, 2010-2012, in per cento



Fonte: Panczak et al. (2013).

Mettendo in relazione la prevalenza di sovrappeso e obesità con il reddito medio nei Comuni di provenienza delle persone soggette all'obbligo di leva, ne risulta quanto raffigurato nel grafico K, da cui è possibile evincere che esiste un nesso, anche se non stretto, tra reddito e sovrappeso.

Molto indicativi sono anche i risultati riportati nel grafico L: quelli sul sovrappeso sono stati messi a confronto con le cifre di vendita del commercio al dettaglio per quanto riguarda da un lato frutta e verdura e, d'altro lato, bibite edulcorate e patatine chips. Come indica il grafico, la percentuale di persone sovrappeso e obese laddove si vendono proporzionalmente più patatine chips e bibite edulcorate (primo terzile) supera il 27 per cento, mentre dove si vendono più frutta e verdura (terzo terzile) sfiora il 24 per cento.

### Altre informazioni

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studio su incarico dell'USAV e dell'UFSP. Losanna: Inst. Univ. de Médecine Sociale et Préventive.

Chappuis, A, M. Bochud, N. Glatz, P. Vuistiner, F. Paccaud e M. Burnier (2011): Swiss survey on salt intake: main results. Losanna: Centre Hospitalier Univ. Vaudois.

Floris, J., N. Koepke, N. Bender, F. Rühli und K. Staub (2016): Der Body-Mass-Index der Schweizer Stellungspflichtigen 2015. Zürich: Institut für evolutionäre Medizin der Universität Zürich.

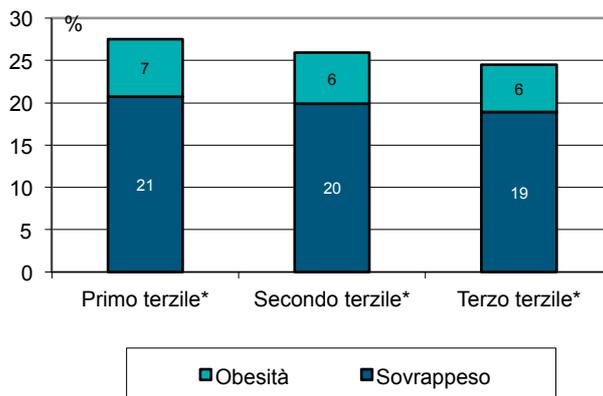
Gaspoz, J., S. Beer-Borst, M. Costanza e A. Morabia (2009): Suivi des facteurs de risque cardiovasculaire dans la population genevoise de 1993 à 2007. Unité d'épidémiologie populationnelle. Ginevra: Hôpitaux Universitaires de Genève.

Panczak, R., U. Woitek, F. J. Rühli e K. Staub (2013): Regionale und sozio-ökonomische Unterschiede im Body Mass Index von Schweizer Stellungspflichtigen 2004-2012. Studie im Auftrag des BAG. Zurigo: Zentrum für Evolutionäre Medizin der Universität Zürich.

Staub, K., F. Rühli, U. Woitek e C. Pfister (2010): «BMI distribution/ social stratification in Swiss conscripts from 1875 to present.» European Journal of Clinical Nutrition 2010: 1-6.

Staub, K. e F. Rühli (2014): «Weitere Stabilisierung von Übergewicht und Adipositas.» Schweiz. Ärztezeitung 2014, 95(48): 1826-1828.

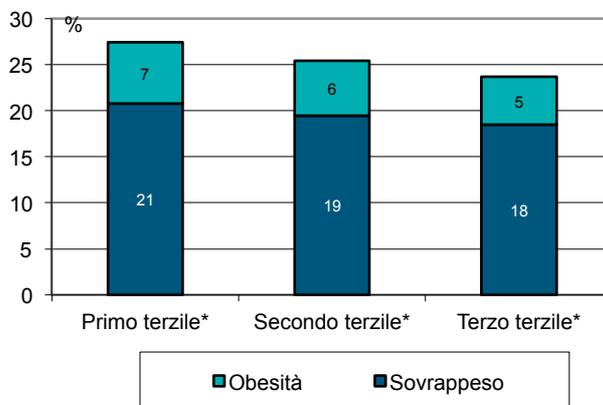
K) Quota di persone di 19 anni soggette all'obbligo di leva in sovrappeso e obese secondo il reddito imponibile equivalente, 2010-2012, in per cento



\* Il reddito imponibile medio nei Comuni svizzeri in base ai dati dell'Amministrazione federale delle contribuzioni è stato messo in relazione alla quota di persone in sovrappeso e obese. Il primo terzile comprende il terzo dei Comuni con il reddito medio più basso, mentre il terzo terzile comprende il terzo dei Comuni con il reddito medio più alto.

Fonte: Panczak et al. (2013).

L) Quota di persone di 19 anni soggette all'obbligo di leva in sovrappeso e obese secondo il «Healthy Food Ratio»\*, 2010-2012, in per cento



\* È stato calcolato il rapporto tra le vendite di frutta e verdura e quelle di bibite edulcorate e patatine chips in base al fatturato del commercio al dettaglio. Il primo terzile comprende le persone soggette all'obbligo di leva domiciliate nei Comuni con la minor percentuale di frutta e verdura venduta rispetto alle bibite edulcorate e patatine chips (terzo inferiore). Analogamente, il terzo terzile si riferisce alle persone soggette all'obbligo di leva domiciliate nei Comuni con la maggior percentuale di frutta e verdura venduta (terzo superiore).

Fonte: Panczak et al. (2013)

#### Indicatore 4.4: circonferenza/rapporto vita-fianchi (WHR)

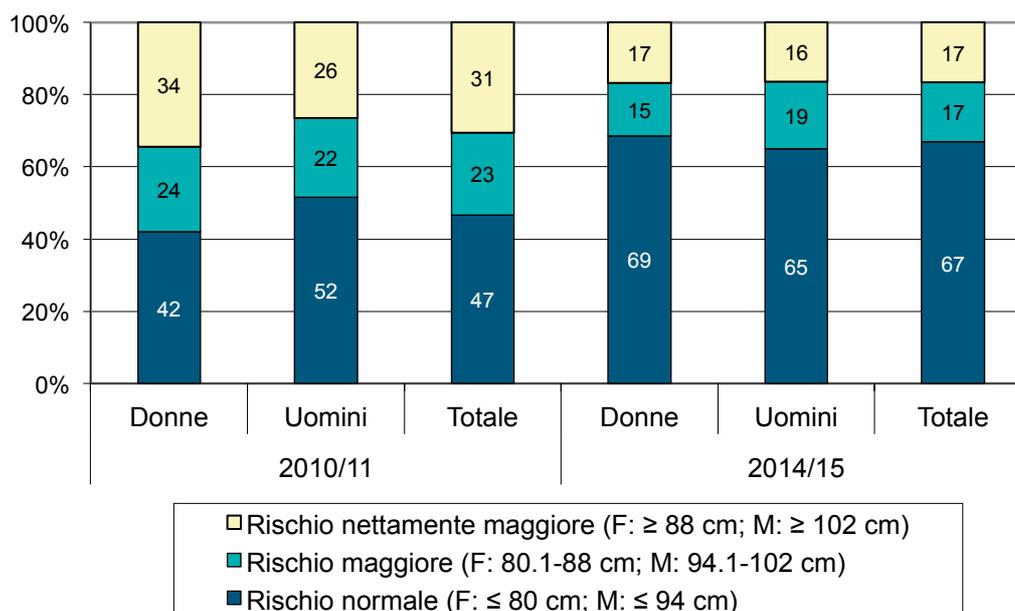
Il rischio di contrarre una serie di malattie non trasmissibili è correlato alla circonferenza/rapporto vita-fianchi (waist circumference). Per classificare tale rischio, l'Organizzazione mondiale della sanità (WHO 2011) propone i seguenti valori limite:

uomini > 94 cm; donne > 80 cm: maggior rischio di contrarre varie malattie, in particolare l'ipertensione e il diabete

uomini > 102 cm; donne > 88 cm: rischio nettamente maggiore di contrarre varie malattie

Nell'ambito del primo studio dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) sul consumo di sale della popolazione svizzera è stata determinata tra l'altro la circonferenza in un campione della popolazione svizzera. Come mostrano i risultati nel grafico A, oltre la metà degli intervistati ha una circonferenza/rapporto vita-fianchi tale da indicare un rischio (molto) più elevato nei confronti di diverse malattie non trasmissibili. Va notato che la percentuale delle donne con un rischio (molto) più elevato è maggiore rispetto a quella degli uomini. Dallo studio menuCH dell'USAV e dell'UFSP per gli anni 2014/15 è emersa una prevalenza nettamente inferiore di una più larga circonferenza/rapporto vita-fianchi (il 34 %), anche se ora tra le donne si riscontrano valori un po' migliori rispetto agli uomini. Il motivo di questo grande divario nei risultati non può essere ricercato nei campioni diversi; inoltre è in contraddizione anche con la tendenza all'aumento del numero di persone che presentano un IMC più alto (cfr. indicatori da 4.1 a 4.3)

A) Circonferenza secondo il sesso, 2010/11 e 2014/15 (quota dei gruppi di rischio in percentuale)



Fonte: 2011: studio sul consumo di sale dell'UFSP, cfr. Chappuis et al. (2011); 2014/15: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, cfr. Bochud et al. (2017).

#### Base di dati

Dati sugli adulti:

Studio dell'UFSP sul consumo di sale (campione della popolazione residente in Svizzera a partire da 15 anni, n=1445, cfr. Chappuis et al. 2011).

menuCH dell'USAV in collaborazione con l'UFSP (campione della popolazione di età compresa tra 18 e 75 anni, n= 2085, cfr. Bochud et al. 2017).

Dati sui bambini: misurazione della circonferenza/rapporto vita-fianchi in campioni

rappresentativi in bambini di età compresa tra 6 e 12 anni, negli anni 2007 e 2012 (cfr. Murer et al. 2014).

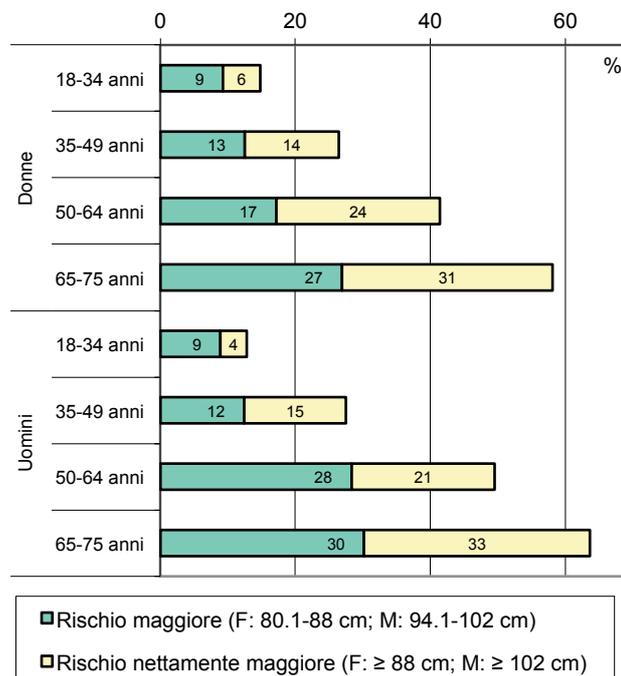
Dati sulle persone soggette all'obbligo di leva: analisi dei dati ottenuti dallo studio pilota nei centri di reclutamento di Mels e Windisch (n=1536, cfr. Koepke et al. 2016).

## Altri risultati

A complemento del grafico A, il grafico B mostra la distribuzione degli uomini e delle donne nei vari gruppi di rischio secondo l'età. Va messo in risalto che la quota delle persone che presentano un rischio di malattie notevolmente più elevato aumenta molto di più con l'avanzare dell'età rispetto alla quota delle persone con un rischio soltanto più elevato.

Dallo studio di Bochud et al. (2017) è inoltre possibile evincere che le donne con un livello di istruzione scolastica più alto rientrano molto più di rado nella categoria di rischio (notevolmente) più elevato, rispetto alle donne con basso livello di istruzione. Invece tra gli uomini non si riscontrano differenze significative dettate dal livello di istruzione.

B) Circonferenza/rapporto vita-fianchi per sesso e per età, 2014/15 (quota dei diversi gruppi di rischio, in %)



Fonte: Bochud et al. (2017).

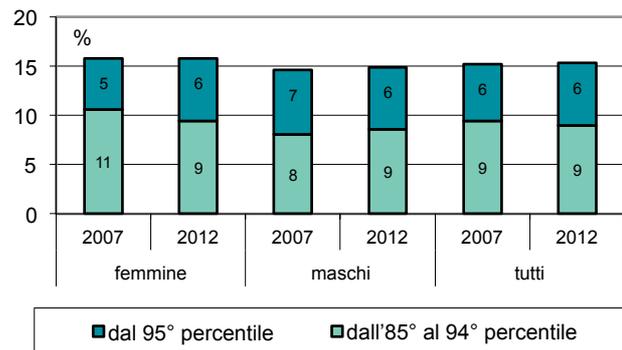
A tale proposito vale la pena rimandare anche a uno studio pilota di Koepke et al. (2016), in cui sono stati presi in esame sia la circonferenza sia il rapporto vita-fianchi (*waist to hip ratio*) di oltre 1500 giovani uomini soggetti all'obbligo di leva.

Da tale analisi è emerso che quasi il 10 per cento delle persone esaminate avevano una circonferenza più larga, e che quasi il 15 per cento presentavano un rapporto *waist to hip ratio* che può essere considerato rischioso.

Un recente studio di Murer et al. (2014) contiene dati sulla circonferenza/rapporto vita-fianchi di bambini dai 6 ai 12 anni. Nel 2007 sono stati calcolati i percentili\*, riutilizzati in seguito per la classificazione dei risultati del 2012.

Siccome i percentili sono stati definiti nel 2007, non stupisce che il 15 per cento dei bambini esaminati si situi sull'85° percentile o al di sopra dello stesso, poiché per definizione questo gruppo include esattamente il 15 per cento dei bambini con la circonferenza. Interessante è il raffronto con il 2012, dal quale risulta che la percentuale di bambini con la circonferenza più ampia non è aumentata rispetto a cinque anni prima. Questo risultato conferma i dati discussi nell'indicatore 4.2, ossia che la percentuale di bambini e adolescenti sovrappeso attualmente non è in ulteriore crescita.

C) Percentuale di bambini dai 6 ai 12 anni con circonferenza dall'85° percentile\*, 2007 e 2012



Fonte: Murer et al. (2014).

### Altre informazioni

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studio su incarico dell'USAV e dell'UFSP. Losanna: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Chappuis, A, M. Bochud, N. Glatz, P. Vuistiner, F. Paccaud und M. Burnier (2011): Swiss survey on salt intake: main results. Lausanne: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.

Koepke, N., J. Floris, N. Bender, F. Rühli und K. Staub (2016): Waist Circumference und Waist-to-Height-Ratio bei Schweizer Stellungspflichtigen 2016. Zürich: Insitut für Evolutionäre Medizin der Universität Zürich.

Murer, S.B., S. Saarsalu, M.B. Zimmerman und I. Aeberli (2014): Pediatric adiposity stabilized in Switzerland between 1999 and 2012. Eur J Nutr 53: 865-875.

WHO (2011): Waist-Circumference and Waist-Hip-Ratio. Report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 8-11 December 2008. Geneva: WHO.

\*I percentili informano sulla distribuzione di una serie di misure. Queste ultime sono ordinate secondo il valore e suddivise in 100 gruppi di grandezza uguale. Nel 1° percentile è compreso l'uno per cento delle persone esaminate con i valori più bassi, mentre sopra il 90° percentile è situato il 10 per cento delle persone con i valori più elevati. I percentili non danno indicazioni sulla percentuale di bambini effettivamente in sovrappeso, poiché anche in una popolazione di persone normopeso alcune sarebbero più pesanti di altre e rientrerebbero in un percentile più alto.

## Indicatore 4.5: grado di soddisfazione per il proprio peso corporeo degli adulti

**Osservazione:** in origine l'indicatore proveniva dalla raccolta di indicatori di Promozione Salute Svizzera, che però per il momento è ferma. L'ultima versione aggiornata degli indicatori è documentata sulla pagina web del MOSEB.

L'aspetto della «soddisfazione per il proprio peso corporeo» rappresenta un importante anello di congiunzione tra il comportamento alimentare e l'attività fisica da un lato e il peso corporeo dall'altro. In genere le misure atte a ridurre il peso corporeo si rivelano tanto più efficaci quanto più le persone sovrappeso sono sensibili al problema e insoddisfatte del proprio peso.

Il grafico A mostra che nel 2012 la maggioranza dei tre quarti della popolazione residente in Svizzera era (pienamente) soddisfatta del proprio peso corporeo. Confrontando gli anni dal 1997 al 2012, risulta che la quota è leggermente diminuita, per poi aumentare nettamente tra il 2007 e il 2012. Per contro, il numero di persone non soddisfatte del proprio peso è diminuito tra il 2007 e il 2012 del nove per cento, scendendo a meno di un quarto. Questi dati corrispondono ai risultati del sondaggio di Promozione Salute Svizzera del 2012, che rivela anch'esso una quota di persone soddisfatte più elevata di quella delle precedenti indagini sulla salute.

A destra nel grafico figurano inoltre i risultati ottenuti da menuCH, il sondaggio nazionale sull'alimentazione svolto dall'USAV in collaborazione con l'UFSP, che però si è concentrato unicamente sulla popolazione di età compresa tra 18 e 75 anni; come è risultato, tale fascia si è dichiarata un po' meno soddisfatta per il proprio peso corporeo rispetto alle persone di età superiore ai 15 anni, che sono state intervistate nel 2012 nell'ambito dell'ISS.

A) Grado di soddisfazione per il proprio peso corporeo, dal 1997 al 2012 (persone di età a partire da 15 anni), rispettivamente per gli anni 2014/15 (intervistati di età compresa tra 18 e 75 anni)

Anno	per niente soddisfatto	soddisfatto, ma non del tutto	abbastanza soddisfatto	pienamente soddisfatto
1997	7	25	30	39
2002	8	27	35	31
2007	7	26	33	35
2012	5	19	43	33
2014/15 (18-75 anni)	8	34	38	20

Fonte: 1997-2012: Indagini sulla salute in Svizzera (ISS) dell'UST; numeri di casi: 1997: 12755; 2002: 18741; 2007: 17904; 2012: 20841). 2014/15: menuCH dell'USAV e dell'UFSP, numero di casi: 2085. Risposte alla domanda: «Siete soddisfatti attualmente del vostro peso corporeo?». Le categorie di risposta nel 2014/15 erano leggermente diverse: «del tutto soddisfatto/a», «abbastanza soddisfatto/a», «non proprio soddisfatto/a» e «per nulla soddisfatto/a».

### Base di dati

Indagini sulla salute in Svizzera dell'Ufficio federale di statistica, 1997-2012.

menuCH dell'USAV e dell'UFSP secondo: Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017):

Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from menuCH 2014-15. Studio su incarico dell'USAV e dell'UFSP. Losanna: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

Sistema di monitoraggio alimentazione e attività fisica (MOSEB) • stato giugno 2017

/92

## Indicatore 4.6: grado di soddisfazione per il proprio peso corporeo dei bambini e degli adolescenti

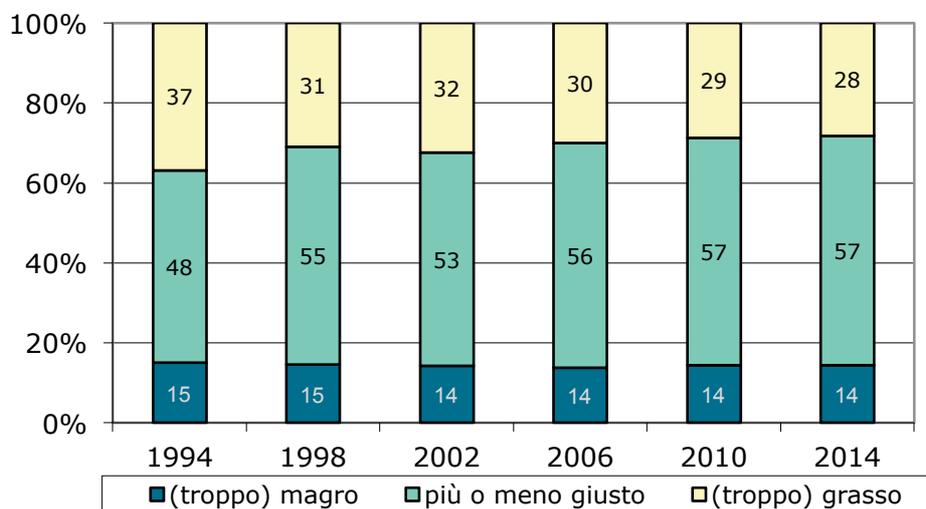
**Osservazione:** in origine l'indicatore proveniva dalla raccolta di indicatori di Promozione Salute Svizzera, che però per il momento è ferma. L'ultima versione aggiornata degli indicatori è documentata sulla pagina web del MOSEB.

Condizioni importanti per voler modificare il peso corporeo e per riuscirci sono l'autovalutazione corretta del proprio peso e la sensibilizzazione sui problemi legati ad esso. L'insoddisfazione per il proprio peso corporeo può quindi costituire una motivazione importante per cambiare abitudini. Il presente indicatore rappresenta la valutazione espressa dai bambini e dagli adolescenti in riferimento al proprio peso corporeo. I dati riportati provengono dallo studio HBSC realizzato da Dipendenze Svizzera.

Il grafico mostra che la percentuale di bambini e adolescenti che considerano il proprio peso «più o meno giusto» è aumentata considerevolmente tra il 1994 (48 %) e il 2014 (57 %), mentre la quota di coloro che si giudicano (troppo) magri è rimasta pressoché stabile (1994: 15 %; 2014: 14 %). Per contro, la quota di coloro che si sentono (troppo) grassi è diminuita sensibilmente, passando nello stesso periodo di tempo dal 37 al 28 per cento. Tuttavia, rispetto all'ultima indagine del 2010, non si registra quasi alcuna variazione.

Di primo acchito, il risultato sembra contraddire l'incremento del numero di bambini e adolescenti in sovrappeso. Come si può evincere dagli altri risultati pubblicati sul sito di Promozione Salute Svizzera, i cambiamenti sono riconducibili in primo luogo al fatto che oggi un numero maggiore di bambini e adolescenti con un peso nella norma considera giusto il proprio peso. Solo poco meno di un quarto (22 %) dei bambini si considera troppo grasso, mentre dodici anni fa era il 27 per cento.

### A) Valutazione del proprio peso corporeo nei bambini e negli adolescenti in età compresa tra gli 11 e i 15 anni, 1994-2014



Fonte: HBSC di Dipendenze Svizzera, 1994-2014; numero di casi (non ponderato): 1994=5853; 1998=8641; 2002=9332; 2006=9523; 2010=9906; 2014=9644; risposte alla domanda: «Pensi di essere parecchio sottopeso/un po' troppo magro/all'incirca del peso giusto/un po' sovrappeso/troppo grasso?». Nel 1994 e nel 1998, alla domanda è stata aggiunta la categoria di risposta «Non ci penso», non riportata nel grafico.

#### Base di dati

Health Behavior of School Aged Children (HBSC) di Dipendenze Svizzera, 1994, 1998, 2002, 2006, 2010 e 2014.

Altre informazioni sono disponibili sul sito di Promozione Salute Svizzera (indicatore 1C).

Siccome la ripartizione secondo l'età e il sesso varia leggermente tra gli anni d'indagine, per l'analisi dell'intera classe di età 11-15 anni è stata presa in considerazione la distribuzione secondo l'età e il sesso nella popolazione totale.

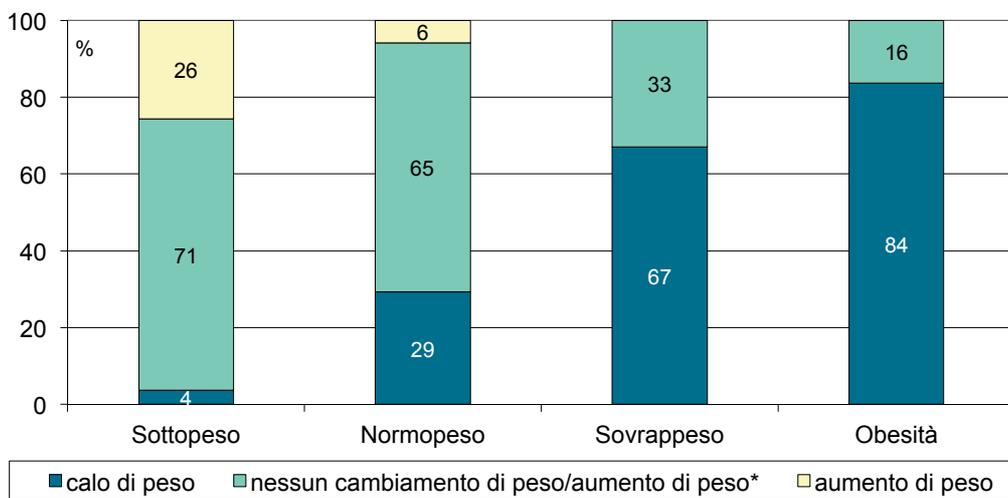
## Indicatore 4.7: desiderio di cambiare peso ed esperienze dietetiche

Per combattere il sovrappeso e l'obesità in maniera efficace, è indispensabile che i soggetti colpiti siano consapevoli dei problemi che un peso eccessivo comporta e abbiano la volontà di perdere peso. Il presente indicatore riassume risultati selezionati su questa tematica.

L'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) contempla un elenco di domande sul desiderio di ingrassare o dimagrire. I risultati scaturiti dalle domande sono messi in relazione all'IMC. Dall'ISS è inoltre possibile trarre delle indicazioni sulle esperienze dietetiche finora fatte.

Come risulta dal seguente grafico, due terzi delle persone sovrappeso e oltre quattro quinti delle persone obese dicono di voler dimagrire, mentre quasi il 30 per cento è normopeso. Circa una persona sottopeso su 25 esprime il desiderio di voler continuare a calare di peso, mentre circa un quarto vorrebbe aumentare di peso.

### A) Nesso tra il desiderio di cambiare peso e l'IMC, 2012



Fonte: Indagini sulla salute in Svizzera 2012 dell'Ufficio federale di statistica, n=20 647.

Risposte alle domande: «Vorrebbe cambiare il Suo peso? E quali tra le seguenti affermazioni La riguarda direttamente? Vorrei dimagrire, ma non è questa la mia massima preoccupazione. /Vorrei dimagrire e ci penso continuamente. / Vorrei ingrassare, ma non è questa la mia massima preoccupazione. /Vorrei ingrassare e ci penso continuamente.»

\* Dato il numero limitato di casi, nel gruppo dei sovrappeso e degli obesi sono state raggruppate le risposte «nessun cambiamento» e «aumento di peso».

### Base di dati

Indagini sulla salute in Svizzera 2007 e 2012 dell'Ufficio federale di statistica nonché menuCH 2014/15 dell'USAV in collaborazione con l'UFSP secondo Bochud et al. (2017, cfr. l'informazione riportata alla fine dell'indicatore).

L'indice di massa corporea (IMC), si definisce come segue:  $IMC = (\text{peso corporeo in kg}) / (\text{altezza in m})^2$ . Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, le persone con più di 18 anni si suddividono nelle seguenti categorie IMC:

se $IMC < 18.5 \text{ kg/m}^2$ :	sottopeso
se $18.5 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 25 \text{ kg/m}^2$ :	normopeso
se $25 \text{ kg/m}^2 \leq IMC$ fino a $< 30 \text{ kg/m}^2$ :	sovrappeso
se $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ :	obesità, (forte sovrappeso)

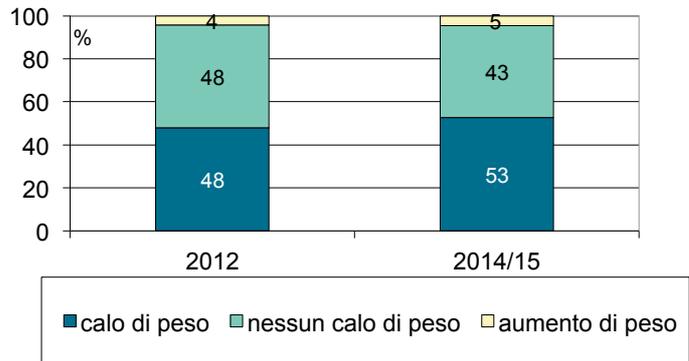
Per le persone minori di 18 anni esistono formule speciali per il calcolo dei valori limite.

Per mettere a confronto l'ISS del 2012 con menuCH per gli anni 2014/15, ai fini della comparabilità è stata presa in considerazione unicamente la popolazione di età compresa tra 18 e 75 anni. I dati circa il desiderio di cambiare peso tratti dall'ISS 2007 si riferiscono a una fascia di popolazione in età compresa tra i 15 e i 49 anni. Per il confronto temporale si fa riferimento a questo campione più ristretto di interpellati. Le domande inerenti alle esperienze dietetiche (grafici E ed F) sono state poste a tutti gli intervistati. Tuttavia, per poterne documentare il nesso con il desiderio di cambiare peso, si è potuto tener conto solo delle persone in età compresa tra i 15 e i 49 anni.

### Altri risultati

In menuCH, il sondaggio nazionale sull'alimentazione dell'USAV e dell'UFSP, vi è anche una domanda relativa al desiderio di cambiare peso, le cui risposte sono raffigurate nel grafico B e messe a confronto con l'esito dell'ISS del 2012. Si evince che in entrambe le indagini, circa la metà degli intervistati ha dichiarato di voler calare di peso, mentre gran parte del resto degli intervistati intende mantenerlo. Solo all'incirca una persona su 20 ha affermato di volerlo aumentare.

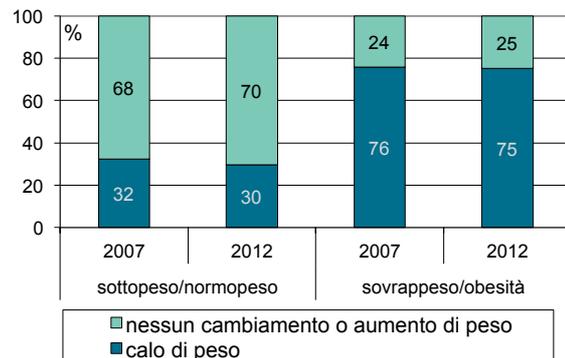
B) Desiderio di cambiare peso, nel 2012 e per gli anni 2014/15 (popolazione di età compresa tra 18 e 75 anni)



Fonte: 2012: Indagine sulla salute in Svizzera 2012 dell'Ufficio federale di statistica, n=18 362; 2014/15: menuCH dell'USAV e dell'UFSP (n=2085). Domande dell'ISS del 2012 come da grafico A; menuCH: risposte alla domanda: «Quale tra le seguenti affermazioni La riguarda direttamente? Vorrei dimagrire. / Vorrei mantenere il mio peso. / Vorrei ingrassare.»

C) Nesso tra l'IMC e il desiderio di cambiare peso, sondaggio effettuato sulla popolazione in età compresa tra i 15 e i 49 anni, 2007-2012

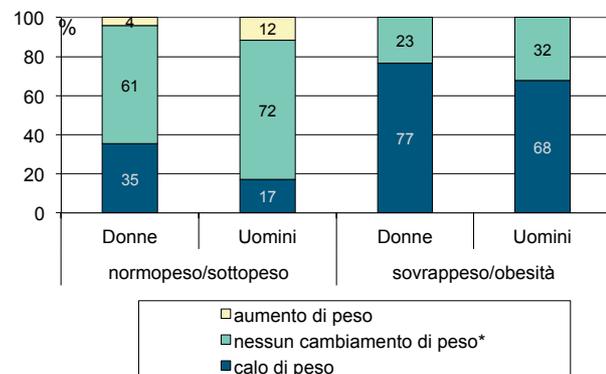
Il grafico C mostra che, tra il 2007 e il 2012, è praticamente rimasto invariato il numero di persone in età compresa tra i 15 e i 49 anni desiderosi di cambiare il proprio peso corporeo. In entrambi gli anni del sondaggio, circa tre quarti delle persone in (forte) sovrappeso hanno espresso il desiderio di calare di peso. Tra le persone normopeso e sottopeso invece era circa il 30 per cento.



Fonte: ISS 2007 (n=9 175) e 2012 (n=11 042).

D) Nesso tra l'IMC e il desiderio di cambiare peso, in base al sesso, 2012(n=20 647)

Dal grafico D si evince il nesso tra il desiderio di cambiare peso, l'IMC e il sesso. I dati si riferiscono al 2012. Dal grafico risulta che sono molto più spesso le donne a desiderare di perdere peso, indipendentemente dal fatto che siano in sovrappeso.



\* A causa del numero limitato di casi, per le persone sovrappeso e obese sono state unite le categorie di risposta «nessun cambiamento di peso» e «aumento di peso».

Il grafico E indica il nesso tra peso corporeo, desiderio di dimagrire e livello di formazione. In particolare tra le persone sovrappeso si denota un marcato effetto legato al livello di formazione: le persone con una formazione superiore desiderano maggiormente perdere peso rispetto a quelle con un titolo di studio inferiore. Questo risultato non è però emerso da menuCH: infatti in tale studio è stato il gruppo di intervistati con un livello medio di formazione a esprimere maggiormente il desiderio di dimagrire; tuttavia le differenze tra i tre gruppi sono risultate molto esigue.

Inoltre nell'ISS del 2012 figura anche un nesso relativo al reddito dell'economia domestica: le persone con reddito più elevato dichiarano più spesso di desiderare di dimagrire.

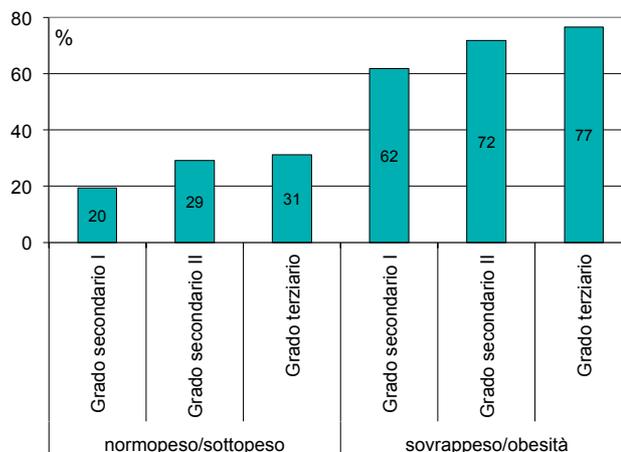
Dal grafico F emergono inoltre le differenze secondo la nazionalità e la regione d'origine, in base alle quali i migranti provenienti dall'Europa settentrionale e occidentale si dimostrano particolarmente «coscienti del peso». All'altra estremità della scala vi sono i migranti provenienti dall'Europa orientale e meridionale, che molto più raramente esprimono il desiderio di dimagrire.

In molti casi, il desiderio di perdere peso va di pari passo con l'osservanza di una o più diete. Secondo l'ISS 2012, l'8,9 per cento degli intervistati ha seguito una dieta nei 12 mesi precedenti il sondaggio. Tale valore corrisponde esattamente al valore scaturito dall'ISS del 2007; invece è inferiore a quello ottenuto da menuCH, pari al 12,5 per cento.

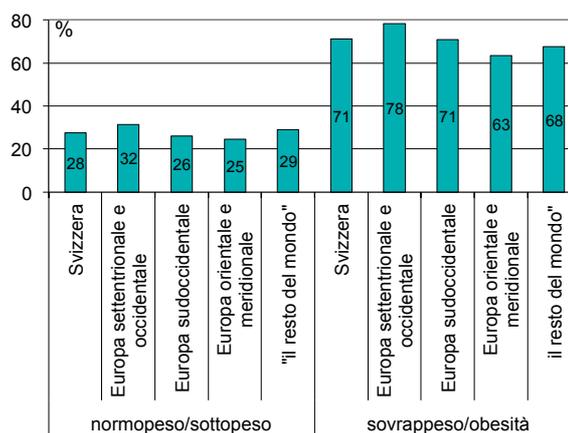
Il 61 per cento di coloro che hanno seguito una dieta era costituito da donne. Come illustrato nel grafico G, le donne perdono peso di propria iniziativa, cioè senza prescrizioni mediche più spesso degli uomini. Dal grafico emerge inoltre che i motivi di ordine medico per una dieta giocano un ruolo fondamentale con l'avanzare dell'età.

Da un'analisi del rapporto diretto tra il succitato desiderio di cambiare peso e le effettive esperienze dietetiche si evince che nello scorso anno il 13,1 per cento di coloro che desideravano calare di peso ha seguito una dieta. Per gli altri intervistati la percentuale era invece del 5,6 per cento.

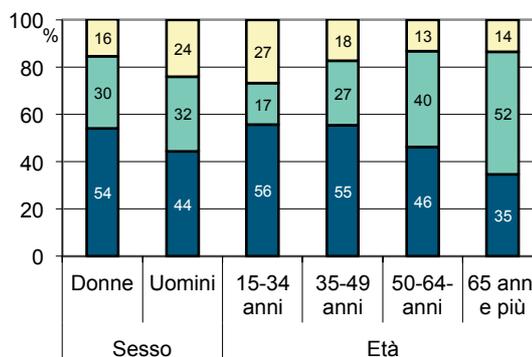
E) Nesso tra l'IMC e il desiderio di perdere peso, in base al livello di formazione, 2012 (persone a partire da 25 anni, n=17 707)



F) Nesso tra IMC, desiderio di perdere peso e background migratorio, 2012 (n=20 647)



G) Motivi dell'osservanza di una dieta negli scorsi 12 mesi, in base al sesso all'età, 2012 (n=1942)



Risposte alle domande: «Ha seguito una particolare dieta negli ultimi 12 mesi? Perché ha seguito una particolare dieta?»  
 Legenda: cfr. grafico G.

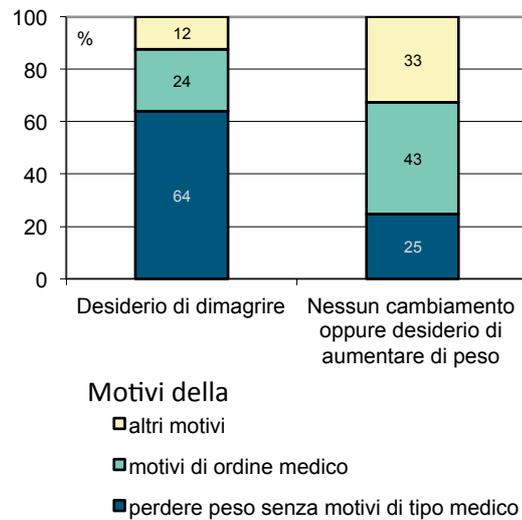
Il grafico H illustra i motivi di una dieta in funzione del suscitato desiderio di cambiare peso: ne emerge una chiara correlazione tra il desiderio di perdere peso e l'osservanza di una dieta con la motivazione «volontà di perdere peso senza che essa sia determinata da motivi di ordine sanitario». Per la restante quota di intervistati i motivi di ordine medico sono invece più diffusi: può succedere però che se la dieta procede con successo, non si desideri un'ulteriore perdita di peso.

### Altre informazioni

UST (2007): Il sovrappeso negli adulti in Svizzera: aspetti di una problematica multifattoriale. Risultati dell'Indagine sulla Salute in Svizzera 2002. Neuchâtel: UST.

Bochud, M., A. Chatelan und J.M. Blanco (2017): Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population. Results from Studie su incarico dell'USAV e dell'UFSP. Losanna: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.

H) Nesso tra il desiderio di cambiare peso e l'osservanza di una dieta negli scorsi 12 mesi, 2012 (n=1885)



## Indicatore 4.8: indice di massa corporea medio nel sottogruppo dei sovrappeso

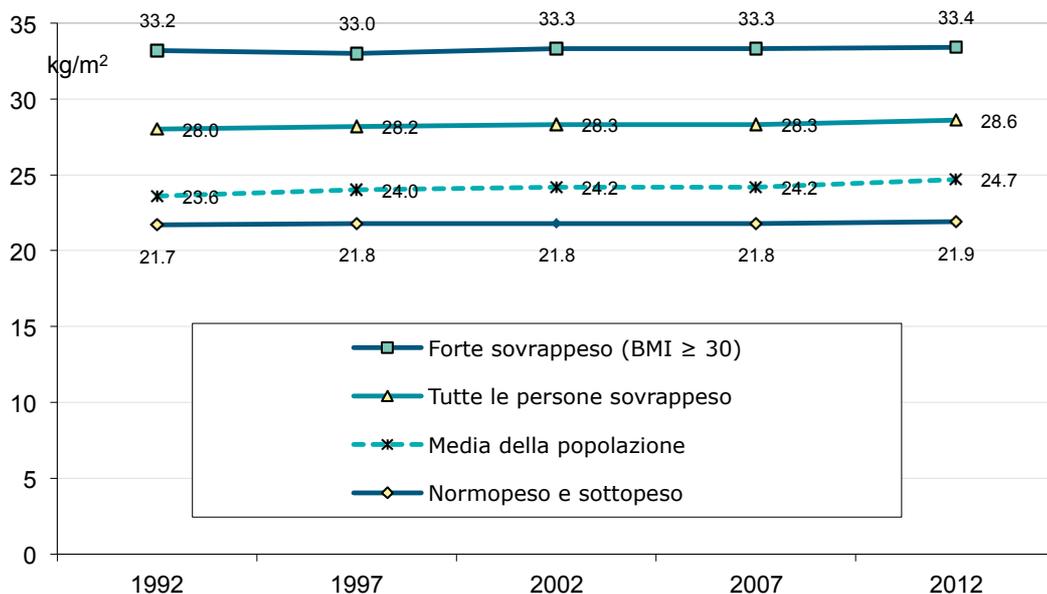
**Osservazione:** in origine l'indicatore proveniva dalla raccolta di indicatori di Promozione Salute Svizzera, che però per il momento è ferma. L'ultima versione aggiornata degli indicatori è documentata sulla pagina web del MOSEB.

Il sovrappeso è un fattore di rischio per l'obesità e a sua volta l'obesità ha notevoli effetti negativi sulla salute e sull'insorgenza di patologie non trasmissibili, come le malattie cardiovascolari. È pertanto interessante vedere come evolvono nel corso del tempo i gruppi di persone in sovrappeso e obese. Su questo sfondo, il grafico seguente illustra come è cambiato tra il 1992 e il 2012 l'indice di massa corporea medio nei diversi sottogruppi di popolazione.

Dal grafico emerge che le persone in sovrappeso aumentano di peso solo in minima parte: l'IMC medio del gruppo di persone obese non ha praticamente subito alcuna variazione tra il 1992 e il 2012. Nel gruppo delle persone sovrappeso, considerate nell'insieme, il leggero incremento dell'IMC medio, che è passato da 28,0 (1992) a 28,6 (2012), è riconducibile innanzitutto al fatto che, nello stesso arco di tempo, è cresciuta notevolmente la quota di persone obese (cfr. indicatore 4.1). Lo stesso sviluppo si riflette nell'evoluzione dell'IMC medio della popolazione totale (1992: 23,6; 2012: 24,7), mentre l'IMC medio nei gruppi normopeso e sottopeso è rimasto praticamente invariato.

I risultati indicano che, nel complesso, la popolazione residente in Svizzera aumenta sì di peso, visto l'incremento del gruppo dei sovrappeso, ma che anche nel 2012 i sovrappeso attestano un peso corporeo medio simile a quello rilevato 20 anni prima.

### A) IMC medio in diversi sottogruppi della popolazione residente in Svizzera, 1992-2012



Fonte: Indagini sulla salute in Svizzera dell'Ufficio federale di statistica, 1992-2012; numero di casi: 1992:14 899; 1997:12 821; 2002:19471; 2007:18 473; 2012: 21 382.

#### Base di dati

Indagini sulla salute in Svizzera dell'Ufficio federale di statistica, 1992-2007.

Altre informazioni sono disponibili sul sito di Promozione Salute Svizzera (indicatore 2D).

## Ambito 5: Stato di salute

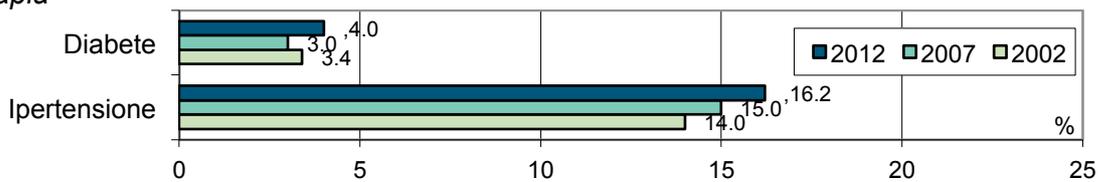
### Indicatore 5.1: malattie non trasmissibili legate all'alimentazione e all'attività fisica

Malattie non trasmissibili quali le malattie cardiovascolari, il diabete mellito e tutta una serie di malattie tumorali e respiratorie rappresentano la causa di morte più frequente. Secondo l'OMS, esse provocano complessivamente l'86 per cento dei decessi e il 77 per cento del carico di malattia nella regione europea dell'OMS. Questi problemi di salute presentano fattori di rischio e di conseguenza possibilità di prevenzione comuni. Cinque dei sette principali fattori di rischio sono legati all'alimentazione e all'attività fisica: ipertensione, tasso elevato di colesterolo nel sangue, sovrappeso/obesità, scarso consumo di frutta e verdura e inattività fisica. Gli altri due fattori di rischio sono costituiti dal consumo di tabacco e alcol. Questo indicatore fornisce informazioni su diverse malattie non trasmissibili e fattori di rischio (cfr. anche gli indicatori 2.1, 3.1, 4.1 e 4.4).

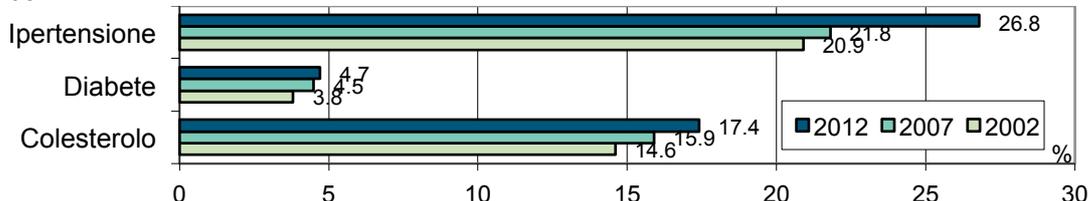
Il grafico A indica, sulla base dell'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS), la quota d'intervistati dal 2002 al 2012 che erano in cura per il diabete e l'ipertensione, nonché la quota delle relative diagnosi formulate dai loro medici curanti. Tra il 2002 e il 2012, il numero dei trattamenti e delle diagnosi è leggermente aumentato. Attualmente circa il 16 per cento della popolazione è in cura per ipertensione e il quattro per cento per il diabete.

#### A) Terapie mediche e diagnosi di varie malattie legate all'alimentazione e all'attività fisica, 2002-2012 (quote in percentuale)

##### Terapia\*



##### Diagnosi



\* nessun dato in relazione alla cura dell'ipercolesterolemia.

Fonte: Indagine sulla salute in Svizzera dell'UST 2002, 2007 e 2012, risposte alle domande: «È stato sotto terapia medica o è attualmente sotto cura a causa di una o più delle seguenti malattie?» (questionario scritto, n (2002) = 15 867; n(2007)=12 917-13 568; n (2012) = 17 847-17 909) e: «Un medico o altra persona del settore sanitario Le ha mai detto che la Sua pressione arteriosa/colesterolo sono troppo alti / che è diabetico?» (questionario telefonico, n (2002): 18 072-18 654; n (2007)= 18 501-18 665;n (2012)= 21 461-21 566).

#### Base di dati

Indagini sulla salute in Svizzera (ISS) 2002, 2007 e 2012 dell'Ufficio federale di statistica. Oltre ai dati riportati nei grafici A e M in relazione alle diagnosi e alle terapie, l'ISS contiene anche alcune domande sull'assunzione di farmaci che includono un più ampio numero di disturbi riconducibili all'alimentazione e all'attività motoria (cfr. grafici da B a G).

Il sistema di indicatori dell'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) contempla inoltre dati sulle malattie cardiovascolari e sulla prevalenza dell'ictus cerebrale (grafici da N a P), mentre i dati

sull'incidenza dei tumori del colon (grafico Q) sono rilevati dall'ISS.

Ulteriori dati derivano dallo studio dell'UFSP sul consumo di sale della popolazione in Svizzera (grafico C) e dal «Bus Santé» (grafici da H a L), nel cui quadro dal 1993 vengono esaminati campioni rappresentativi della popolazione del Cantone di Ginevra in età compresa tra i 35 e i 74 anni.

Osservazione: in questo contesto è utilizzata la definizione dell'OMS «malattie non trasmissibili», mentre nel rapporto di UST e Obsan si parla di «malattie croniche».

### Altri risultati

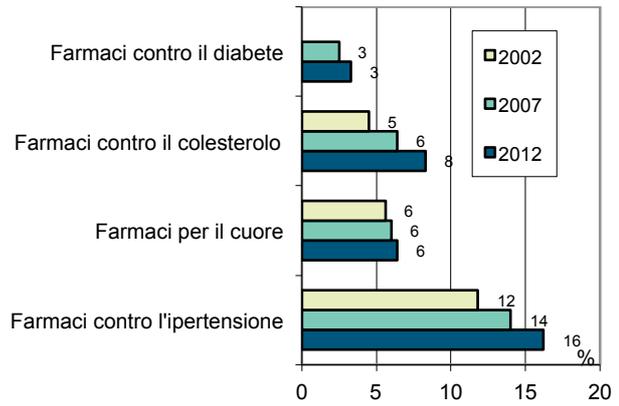
Il grafico B rappresenta l'assunzione di quattro farmaci durante un periodo d'osservazione di sette giorni e si riferisce agli anni 2002 e 2007. Nella lista figurano farmaci contro il diabete, i problemi cardiovascolari, il colesterolo e l'ipertensione. Nel 2002, l'assunzione di farmaci contro il diabete non ha costituito oggetto di sondaggio.

Nel 2012, circa una persona su sei tra gli intervistati ha ammesso di avere assunto una volta, nella settimana precedente il sondaggio, un medicinale contro l'ipertensione. Circa il 6 per cento dice invece di aver assunto un farmaco contro il colesterolo e/o contro i problemi cardiovascolari. Circa il tre per cento degli interpellati afferma di aver assunto farmaci contro il diabete. Rispetto al 2002 e al 2007, l'assunzione dei farmaci menzionati è aumentata lievemente, per lo più nel caso dei farmaci contro il colesterolo e di quelli contro l'ipertensione.

Il grafico C mostra la prevalenza dell'ipertensione misurata su un campione di circa 1500 persone secondo l'età: se i giovani sono praticamente immuni all'ipertensione, la prevalenza aumenta sensibilmente, soprattutto per gli uomini più anziani. Soffre di ipertensione complessivamente il 26 per cento delle persone considerate: la prevalenza misurata è quindi superiore a quella rilevata dall'ISS. I risultati sono al contempo analoghi a quelli del Bus Santé ginevrino (cfr. grafico J).

Il grafico D illustra la correlazione tra l'assunzione dei farmaci descritti sopra e il sesso nel 2012. Mentre per i farmaci contro l'ipertensione non vi è alcuna differenza legata al sesso, i restanti farmaci sono assunti più spesso dagli uomini.

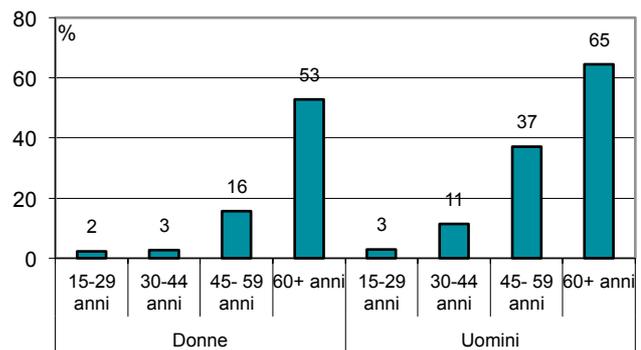
B) Assunzione dei vari farmaci nei 7 giorni precedenti il sondaggio, 2002-2012



Risposte alla domanda: «Negli ultimi 7 giorni, con quale frequenza ha assunto [i rispettivi farmaci]?»

Fonte: ISS 2002 (n=19 075-19 676); 2007 (n=18 696-18 720) e 2012 (n=21 558-21 579).

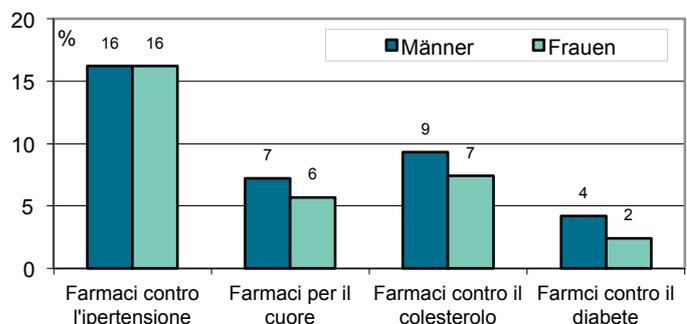
C) Prevalenza dell'ipertensione\* secondo il sesso e l'età, 2010/11, in per cento



Studio dell'UFSP sul consumo di sale della popolazione svizzera, cfr. Chappuis et al. (2011).

\* L'ipertensione è definita come pressione  $\geq 140/90$  mm Hg o assunzione di un farmaco che abbassa la pressione.

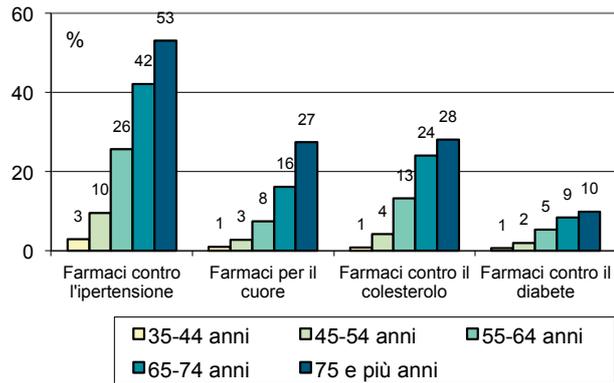
D) Nesso tra l'assunzione di farmaci e il sesso, 2012



Fonte: ISS 2012 (n=21 558-21 579).

Dal grafico E si può desumere che, come previsto, la frequenza di consumo dei farmaci elencati aumenta con l'aumentare dell'età degli intervistati (dato il troppo scarso numero di casi, i 15-34enni sono stati esclusi dalla presentazione grafica).

E) Nesso tra l'assunzione di farmaci e l'età, persone di 35 e più anni, 2012

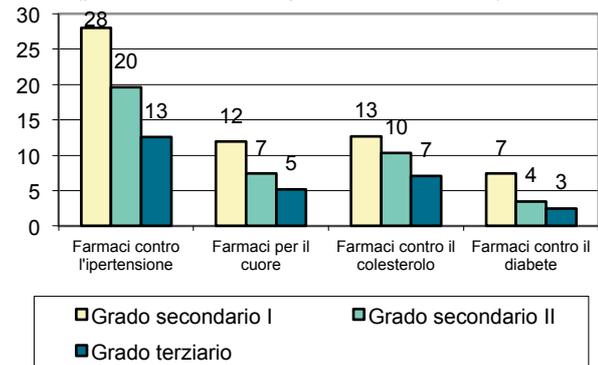


Osservazione: i dati relativi alle persone in età compresa tra i 35 e i 44 anni che assumono farmaci contro il diabete si riferiscono a meno di 30 casi.

Fonte: ISS 2012 (n tra 15 953 e 15 973 a seconda del farmaco).

Il grafico F descrive il nesso tra il grado d'istruzione scolastica e il consumo di farmaci. L'assunzione di medicinali misurata nei sette giorni precedenti il sondaggio è inversamente proporzionale al grado d'istruzione degli intervistati. Sono invece per lo più minime le differenze riscontrate tra le persone che hanno concluso una formazione di livello secondario o terziario rispetto a quelle riscontrate tra i due gradi d'istruzione inferiori. Le persone prive d'istruzione scolastica o che hanno frequentato soltanto le scuole dell'obbligo (livello secondario I) assumono invece i farmaci elencati nella maggior parte dei casi più di due volte più spesso delle persone che hanno concluso una formazione di grado terziario.

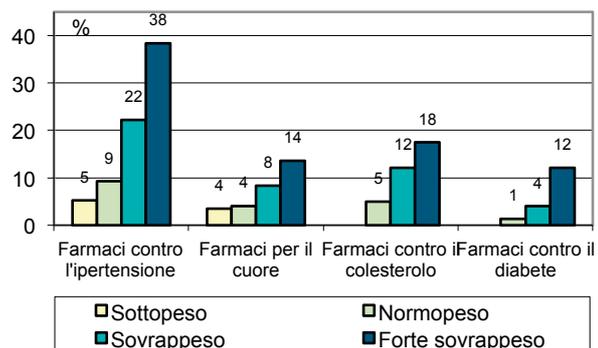
F) Nesso tra l'assunzione di farmaci e il grado d'istruzione, 2012 (persone di età superiore ai 25 anni)



Fonte: ISS 2012 (n tra 18 471 e 18 491 a seconda del farmaco).

Il grafico G illustra il rapporto tra l'IMC e l'assunzione di farmaci. Risulta che, nei sette giorni prima del sondaggio, le persone (fortemente) in sovrappeso hanno fatto ricorso ai farmaci di cui sopra nettamente più di frequente rispetto alle persone normopeso o sottopeso. Tale considerazione appare particolarmente evidente soprattutto nel caso dei medicinali contro il diabete e l'ipertensione.

G) Rapporto tra l'assunzione di farmaci e l'IMC, 2012



Tali dati non stupiscono dato che il (forte) sovrappeso rientra tra gli importanti fattori di rischio per l'ipertensione, le malattie cardiovascolari e il diabete.

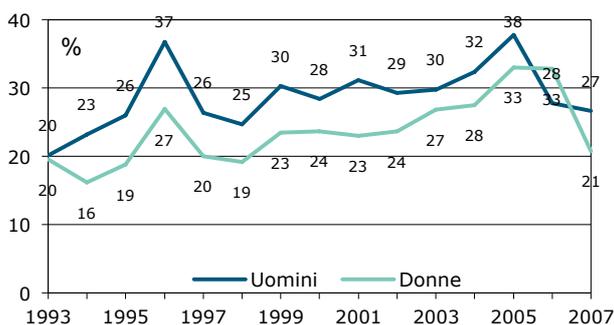
Osservazione: i dati concernenti le persone sottopeso che assumono farmaci contro il colesterolo e contro il diabete si riferiscono a meno di 30 casi e non sono illustrati.

Fonte: ISS 2012 (n tra 21 348 e 21 355 a seconda del farmaco).

I dati contenuti nei grafici seguenti, da H a L, provengono dal rapporto riguardante le analisi effettuate dal Bus Santé, negli anni dal 1993 al 2007, sulla popolazione ginevrina di età compresa tra i 35 e i 74 anni.

Il grafico H inizia con l'indicare le prevalenze per l'ipercolesterolemia misurata nel Bus Santé. Dopo l'aumento della percentuale di uomini e donne con alti valori di colesterolo, registrato tra il 1993 e metà anni 2000, dagli anni 2005 (uomini) e 2006 (donne) essa sembra riabbassarsi leggermente. Tuttavia, dato il mutato metodo di campionatura (dal 2005 vi è un minor numero di casi), tale flessione va interpretata con cautela.

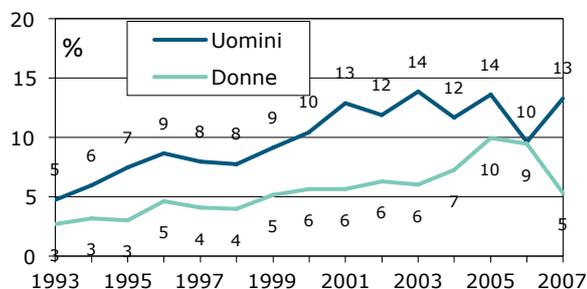
H) Prevalenza di ipercolesterolemia, popolazione ginevrina, 1993-2007, in per cento



Fonte: Bus santé 1993- 2007; n uomini=7069, donne=7027.

Analogamente alle prevalenze, tra il 1993 e il 2005 è costantemente aumentata anche la percentuale di trattamenti dell'ipercolesterolemia presso la popolazione ginevrina, dove gli uomini presentano una maggiore incidenza rispetto alle donne (grafico I). Negli ultimi due anni d'indagine è però leggermente diminuita la percentuale di donne sottoposte a cura contro l'ipercolesterolemia.

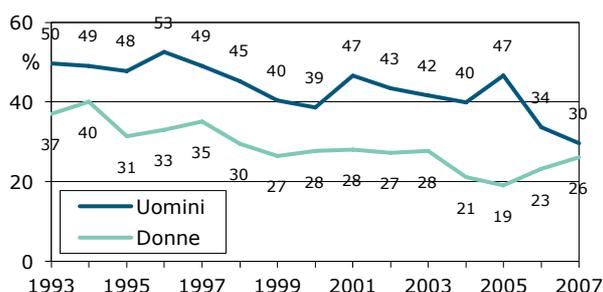
I) Trattamento dell'ipercolesterolemia, popolazione ginevrina, 1993-2007, in per cento



Fonte: Bus santé 1993- 2007; n uomini=7069, donne=7027.

Nel corso dei 15 anni presi in esame, è nettamente diminuita per entrambi i sessi la prevalenza dell'ipertensione di grado moderato o grave. Anche in questo caso, i valori degli uomini superano quelli delle donne (grafico J), sebbene negli anni 2006 e 2007 essi si siano abbastanza equiparati (2007: uomini 30 %, donne 26 %).

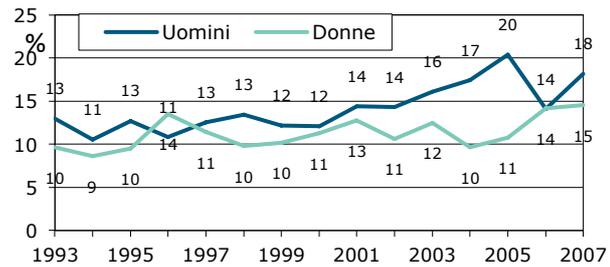
J) Prevalenze di moderata o grave ipertensione, popolazione ginevrina, 1993-2007, in per cento



Fonte: Bus santé 1993- 2007; n uomini=7069, donne=7027.

Come si può desumere dal grafico K, la flessione tendenziale dell'ipertensione di grado moderato o grave si accompagna a un incremento dei trattamenti. Oltre a soffrire più delle donne di moderata o forte ipertensione, gli uomini sono anche quelli che più di frequente ricorrono alle relative cure.

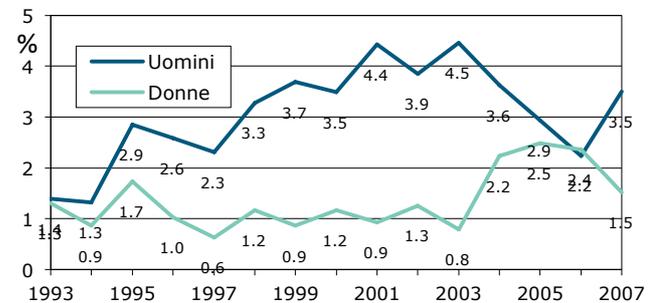
K) Trattamento dell'ipertensione, popolazione ginevrina, 1993-2007, in per cento



Fonte: Bus santé 1993- 2007; n uomini=7069, donne=7027.

Nel periodo dal 1993 al 2003, il trattamento del diabete presso la popolazione ginevrina segna anch'esso un incremento, ma dal 2003 in avanti si può notare una flessione dei valori (grafico L).

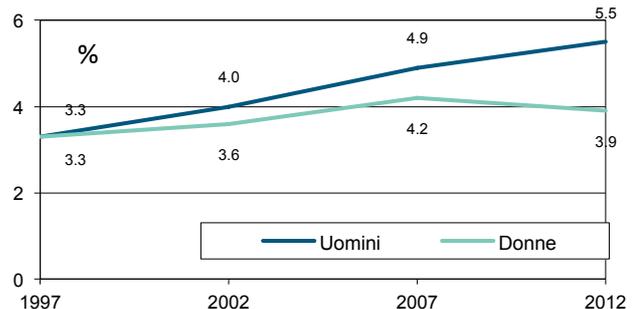
L) Trattamento del diabete, popolazione ginevrina, 1993-2007, in per cento



Fonte: Bus santé 1993- 2007; n uomini=7069, donne=7027.

Sulle prevalenze del diabete, nell'ambito di «Bus Santé» non è disponibile alcun dato. Invece l'ISS fornisce indicazioni sull'andamento tra il 1997 e il 2012. Come illustrato nel grafico M, le diagnosi di diabete tra il 1997 e il 2012 sono aumentate sensibilmente per gli uomini, mentre per le donne dal 2007 si delinea una stabilizzazione.

M) Prevalenza del diabete, popolazione residente in Svizzera, 1997-2012, in per cento



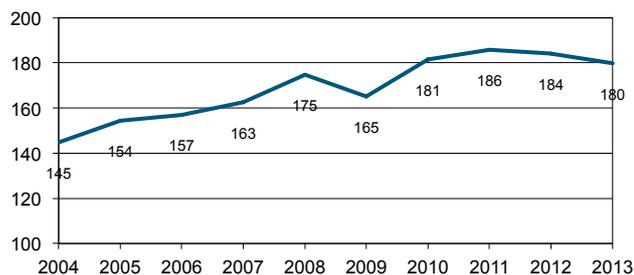
Fonte: ISS 1997, 2002, 2007, 2012.

Dallo studio CoLaus degli anni 2003 e 2004 è inoltre emersa una prevalenza, constatata con le misurazioni, del diabete mellito nella popolazione di Losanna, pari complessivamente al 6,6 per cento. Anche in questo caso, i valori per gli uomini (9,5 %) sono più elevati di quelli per le donne (4,0 %).

I rapporti pubblicati dall'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) contengono risultati sulla prevalenza di altre malattie collegate al comportamento alimentare e motorio (cfr. [www.obsan.admin.ch](http://www.obsan.admin.ch)).

I grafici da N a P sono stati ripresi dal sistema di indicatori dell'Obsan. I casi di infarto acuto del miocardio sono aumentati tra il 2004 e il 2013 del 24 per cento (grafico N). Una parte di tale aumento va ricondotta alle migliori possibilità diagnostiche per le malattie cardiovascolari.

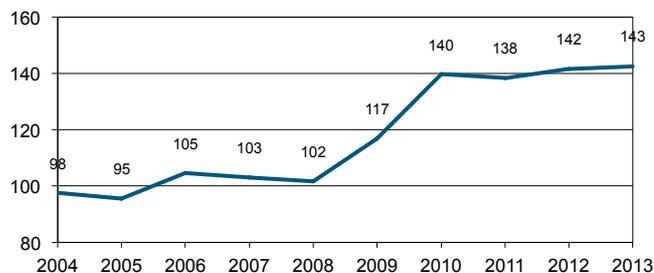
N) Prevalenza standardizzata per età dell'infarto acuto del miocardio in Svizzera, dal 2004 al 2013, numero di casi ogni 100 000 abitanti



Fonte: UST, Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri e Statistica delle cause di morte.

La prevalenza dell'insufficienza cardiaca che si era tendenzialmente stabilizzata tra il 2004 e il 2008, è tuttavia aumentata del 40 per cento nel 2010. Anche in questa evoluzione le migliori possibilità diagnostiche dovrebbero avere una rilevante importanza (grafico O).

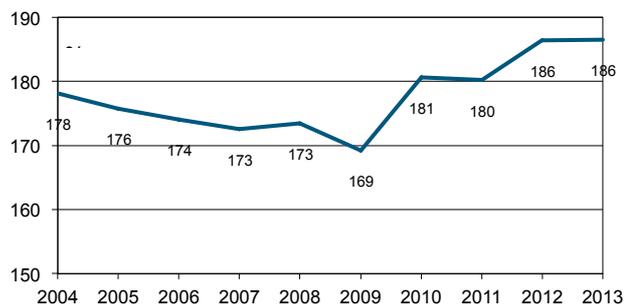
O) Prevalenza standardizzata per età dell'insufficienza cardiaca in Svizzera, dal 2004 al 2013, numero di casi ogni 100 000 abitanti



Fonte: UST, Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri e Statistica delle cause di morte.

Come si nota nel grafico P, la prevalenza dell'ictus cerebrale in Svizzera si è lievemente ridotta dal 2004 al 2009, per poi risalire nuovamente del 10 per cento circa fino al 2013. Tuttavia bisogna tenere presente che la variazione nel complesso è limitata, dato che la prevalenza standardizzata per età era di 178 casi per 100 000 abitanti nel 2004 e di 186 nel 2013. Tutto sommato, quindi, si può parlare di un'evoluzione stabile dell'ictus cerebrale nel periodo dal 2004 al 2013.

P) Prevalenza standardizzata per età dell'ictus cerebrale in Svizzera, dal 2004 al 2013, numero di casi ogni 100 000 abitanti



Fonte: UST, Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri e Statistica delle cause di morte.

Il grafico Q contiene infine informazioni sull'incidenza del tumore del colon in base ai dati estratti dai registri cantonali dei tumori elaborati dall'UST. Il tumore del colon assume rilievo in questo contesto poiché il relativo rischio è manifestamente legato a certi tipi di alimentazione (alimentazione ricca di carne e di grassi), all'inattività fisica e al sovrappeso.

Dal grafico emerge che per gli uomini il rischio di sviluppare un tumore del colon è nettamente più elevato che per le donne. Inoltre, dal periodo 1988-1992 si è assistito a un lieve aumento iniziale dei tassi di incidenza.

Per quanto riguarda i fattori di rischio qui non illustrati, ovvero il consumo di tabacco e alcol, è possibile trovare diverse informazioni in merito nel «Monitoraggio svizzero delle dipendenze» dell'UFSP e di altre organizzazioni (cfr. [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) --> Temi --> Alcol, tabacco, droghe, Strategia nazionale Dipendenze)

#### Altre informazioni

Cfr. i link menzionati sopra nonché:

UST (2012): Gesundheitsstatistik 2012. Neuchâtel: UST.

UST (2013). Indagine sulla salute in Svizzera 2012. Panoramica. Neuchâtel: UST.

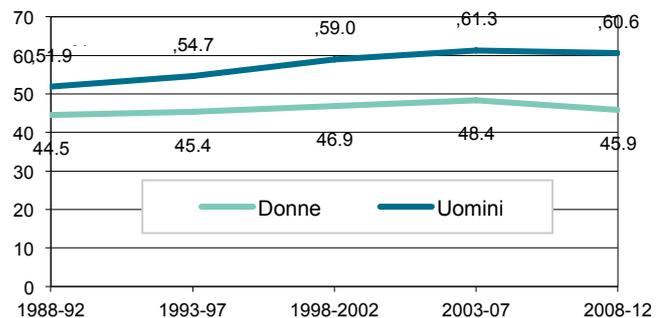
UST (diversi anni), Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri e Statistica delle cause di morte. Neuchâtel: UST.

Chappuis, A, M. Bochud, N. Glatz, P. Vuistiner, F. Paccaud e M. Burnier (2011): Swiss survey on salt intake: main results. Losanna: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.

Firmann M., V. Mayor, P. Marques Vidal et al. (2008): The CoLaus study: a population-based study to investigate the epidemiology and genetic determinants of cardiovascular risk factors and metabolic syndrome. BMC Cardiovasc Disord 2008;8:6

Gaspoz, J., S. Beer-Borst, M. Costanza und A. Morabia (2009): Suivi des facteurs de risque cardiovasculaire dans la population genevoise de 1993 à 2007. Unité d'épidémiologie populationnelle. Ginevra: Hôpitaux Universitaires de Genève.

Q) Tasso d'incidenza del tumore del colon secondo il sesso in periodi cinque anni, 1988-2012 (nuovi casi ogni 100 000 persone)



Fonte: UST sulla base dei registri cantonali dei tumori; dati presenti sul sito web dell'UST (scaricati il 27.1.2016).

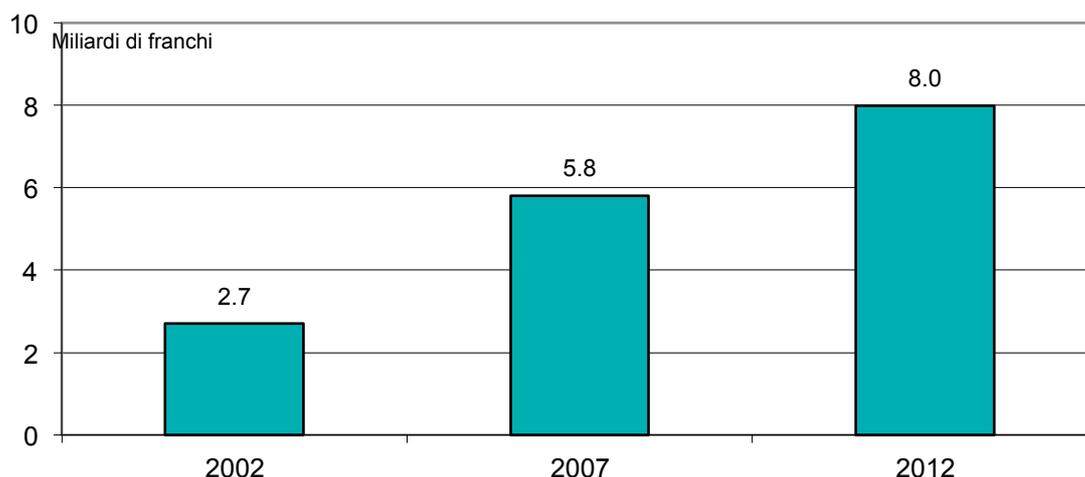
## Indicatore 5.2: costi generati da sovrappeso e obesità

Oltre ad avere conseguenze sulla salute dei diretti interessati, il sovrappeso e l'obesità hanno anche una notevole importanza economica. Il calcolo dei costi provocati dal sovrappeso e dall'obesità nonché dalle malattie a essi associate mostra che un intervento s'impone anche dal punto di vista finanziario.

Al sovrappeso e all'obesità sono attribuibili da un lato i costi risultanti da interventi diretti effettuati per ridurre il peso corporeo (p. es. costi di anoressizzanti, di interventi chirurgici e di consulenze mediche); dall'altro i costi diretti (p. es. terapie) e indiretti (p. es. perdita di produttività, invalidità, decessi prematuri) che derivano da malattie (tra cui diabete, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie) legate a queste due patologie.

L'attuale studio di Schneider e Venetz (2014) stima i costi diretti e indiretti complessivi generati dalle malattie legate al sovrappeso e all'obesità a circa otto miliardi di franchi nel 2012. In base al grafico, tali costi sono quasi triplicati dal 2002. Tuttavia, occorre tenere presente che per questo studio è stato preso in considerazione un maggior numero di malattie legate al sovrappeso e all'obesità rispetto agli anni 2002 e 2007.

### A) Costi relativi a sovrappeso e obesità in Svizzera, 2002-2012 (in miliardi di franchi)



Fonte: Schneider e Venetz (2014).

### Base di dati

I risultati qui illustrati si basano sulle seguenti valutazioni:

Schmid, A., H. Schneider, A. Golay e U. Keller (2005): «Economic burden of obesity and its comorbidities in Switzerland». *Medicina sociale e preventiva*. 50: 87-94.

Schneider, H., und W. Venetz (2014): *Cost of Obesity in Switzerland 2012*. Studie im Auftrag des BAG. Bern: BAG.

Schneider, H., W. Venetz e C Gallani Beradro (2009): *Overweight and obesity in Switzerland. Part 1: Cost burden of adult obesity in 2007*. Rapporto su incarico dell'UFSP. Basilea: HealthEcon. Stime dei costi riportate nella pagina seguente.

## Altri risultati

Come risulta dal grafico B, i costi diretti derivanti dalle terapie per le patologie di sovrappeso e obesità ammontavano nel 2012 a 77 milioni di franchi. Gli interventi operatori incidevano sui costi con una quota di 50 milioni di franchi. Dal 2007 tale quota è aumentata rappresentando la percentuale più elevata.

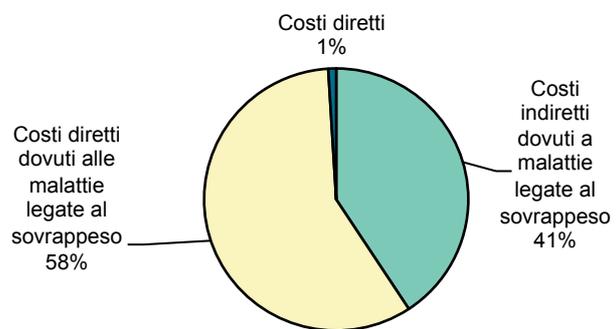
B) Costi diretti generati da sovrappeso e obesità, 2007 e 2012 (in milioni di franchi)

	2007	2012
Farmaci	25	24
Operazioni	19	50
Consultazioni	3	3
<b>Totale</b>	<b>47</b>	<b>77</b>

Fonte: Schneider et al. (2009: 26-29), Schneider e Venetz (2014)

Come risulta dal grafico C, i costi diretti generati dalle terapie, dagli interventi e dai consulti costituiscono tuttavia solo il dieci per cento circa dei costi complessivi delle malattie legate al sovrappeso e all'obesità. A fare la parte del leone sono i costi diretti delle malattie (4,7 miliardi di franchi), mentre i costi indiretti rappresentano una percentuale di poco più del 40 per cento (3,3 miliardi di franchi).

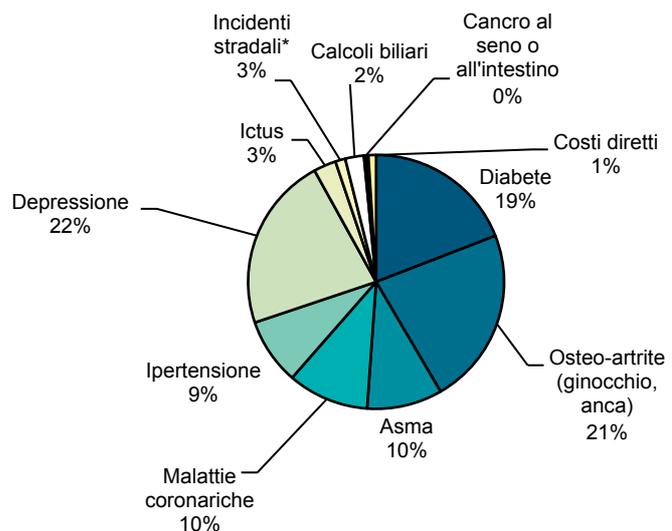
C) Diversi tipi di costi derivanti da malattie legate al sovrappeso e all'obesità, 2012 (quote in percentuale)



Fonte: Schneider e Venetz (2014)

Il grafico D illustra la ripartizione dei costi sulle varie malattie legate al sovrappeso. Ne risulta che diabete, problemi articolari, asma, affezioni cardiache e ipertensione incidono nel loro insieme per quasi due terzi sul totale dei costi sanitari connessi col sovrappeso.

D) Percentuale d'incidenza delle varie malattie sul costo complessivo di 5,8 miliardi di franchi delle malattie legate al sovrappeso, 2012



\* Per gli incidenti stradali, la percentuale di costo è stata calcolata in base alle probabilità di essere coinvolti in un evento di questo genere a seguito di apnea notturna.  
Fonte: Schneider e Venetz (2014)

## Altre informazioni

Cfr. i dati delle fonti sopra menzionati.

## Indicatore 5.3: stato di salute soggettivo

**Osservazione:** indicatore tratto dalla raccolta degli indicatori dell'Osservatorio svizzero della salute. Per maggiori raggugli: <http://www.obsan.admin.ch/de/indikatore>

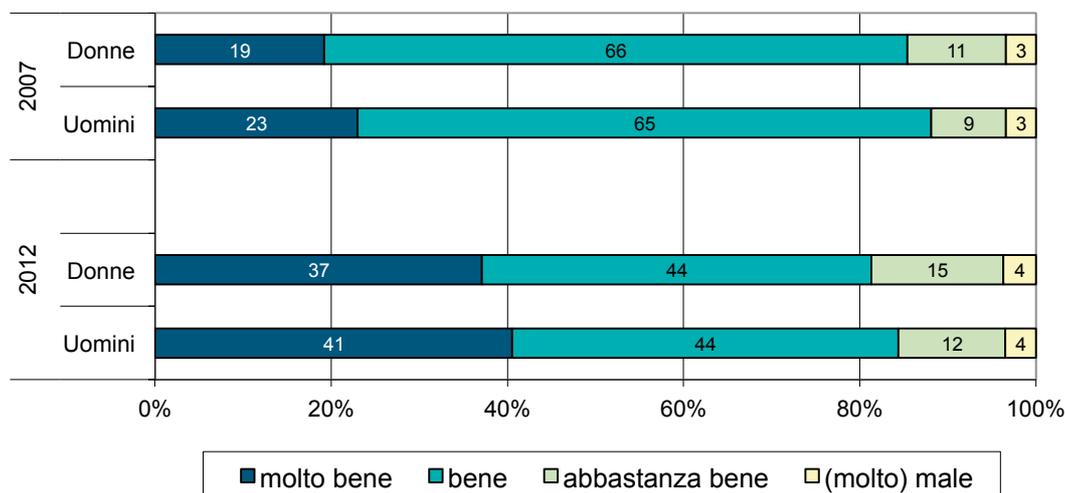
L'Obsan fornisce indicazioni in merito alle persone che giudicano «(molto) buono» il proprio stato di salute. Il grafico seguente le integra con i dati relativi a coloro affermano di sentirsi «abbastanza bene» o «(molto) male».

Il benessere fisico è un importante indicatore soggettivo per determinare lo stato di salute. Esso si presta inoltre come approssimazione dello stato di salute oggettivo.

Complessivamente la grande maggioranza della popolazione residente in Svizzera (di oltre l'80 %) si sente bene, o persino ottimamente. Il seguente grafico mostra che gli intervistati nel 2012 giudicano il proprio stato di salute ancora più positivamente rispetto al 2007 e lo definiscono più spesso «ottimo», invece di «buono».

In entrambi gli anni oggetto dell'indagine, la quota degli uomini in ottima salute supera leggermente quella delle donne che affermano invece più frequentemente di sentirsi «abbastanza bene». Meno del 5 per cento della popolazione dice di sentirsi «(molto) male».

### A) Benessere fisico in base al sesso, 2007 e 2012



Fonte: Indagine sulla salute in Svizzera dell'Ufficio federale di statistica, 2007 n=18 750; 2012 (n=21 571). Risposte alla domanda: «Come si sente in generale?».

### Base di dati

Indagini sulla salute in Svizzera (ISS) 2007 e 2012 dell'Ufficio federale di statistica.

Altre informazioni sono disponibili nel sito web dell'Obsan.

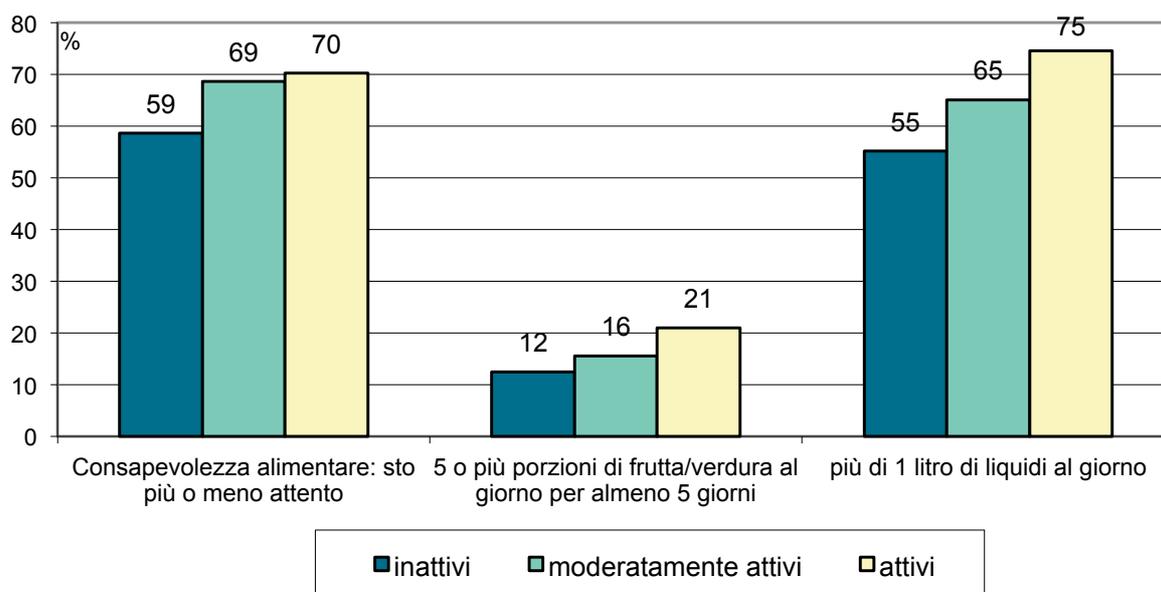
## Indicatore 5.4: nesso tra consapevolezza del proprio stato di salute, alimentazione e comportamento motorio

Negli indicatori precedenti, l'alimentazione e l'attività fisica, che costituiscono le componenti principali del Programma nazionale alimentazione e attività fisica (PNAAF), sono state discusse in modo sostanzialmente indipendente l'una dall'altra. Il presente indicatore illustra invece i vari nessi tra consapevolezza alimentare, alimentazione, comportamento motorio e sovrappeso, emersi dall'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) dell'Ufficio federale di statistica.

Il grafico A illustra il nesso tra il comportamento motorio (cfr. indicatore 3.1) e la consapevolezza alimentare (indicatore 1.1), come pure tra due indicatori concernenti l'osservanza delle raccomandazioni alimentari, ovvero la quota di persone che consumano giornalmente cinque o più porzioni di frutta o verdura (indicatore 2.1) e la quota di persone che assumono al giorno almeno un litro di bevande non alcoliche.

Dal grafico si può desumere una chiara (e molto significativa) corrispondenza tra il comportamento motorio e quello alimentare. Le persone che praticano regolarmente un'attività fisica sono anche quelle che fanno più spesso attenzione alla propria alimentazione, ovvero che mangiano più frutta e verdura e bevono più bevande non alcoliche.

### A) Nesso tra il livello di attività fisica e i diversi aspetti della consapevolezza e del comportamento alimentare (quote in percentuale, popolazione residente in età superiore ai 15 anni)



Fonte: Indagine sulla salute in Svizzera 2012 dell'Ufficio federale di statistica, n = 20 612 (consapevolezza alimentare); 20 537 (consumo di frutta e verdura); 20 566 (apporto di liquidi).

### Base di dati

Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) 2012 dell'Ufficio federale di statistica. I dati sono stati raccolti mediante un sondaggio telefonico.

## Altri risultati

I grafici da B a D illustrano i nessi tra l'osservanza della raccomandazione alimentare «5 al giorno» (B), il consumo settimanale di carne (C) e l'attività fisica (D) in caso di sovrappeso e obesità.

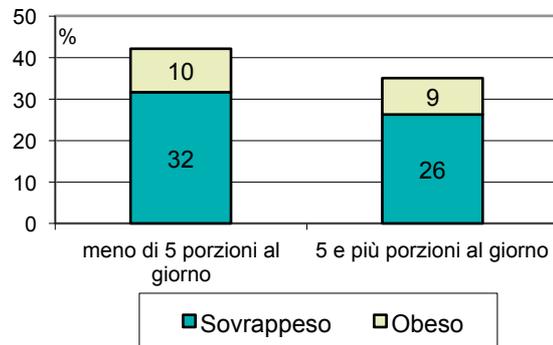
Il nesso con la consapevolezza alimentare non è stato rappresentato, poiché nell'ISS 2012 non si registra alcuna corrispondenza tra questo e la diffusione del sovrappeso e dell'obesità.

Anche la corrispondenza tra il consumo di frutta e verdura e il sovrappeso risulta, secondo il grafico B, relativamente moderata: circa il 42 per cento di coloro che mangiano meno di cinque porzioni al giorno di frutta e verdura è sovrappeso o obeso, mentre consuma più spesso frutta e verdura oltre il 35 per cento.

Più evidente è la correlazione con il consumo di carne e insaccati (grafico C): chi assume carne raramente è colpito molto meno da sovrappeso e obesità rispetto ai consumatori abituali di carne. A tale proposito, occorre tuttavia notare che la carne di per sé non fa ingrassare, bensì, e conformemente ad altri risultati scaturiti dall'ISS 2012 e qui non rappresentati, chi predilige i piatti a base di carne ama tendenzialmente anche una cucina ricca e abbondante.

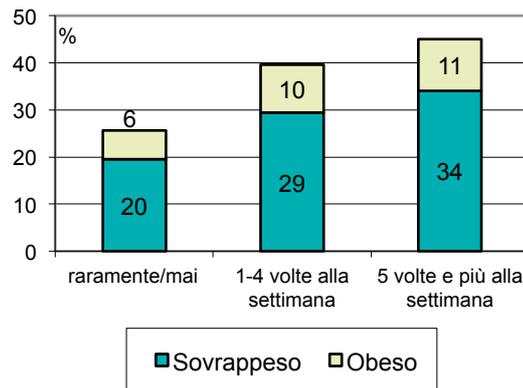
Da ultimo, è interessante anche il rapporto tra il sovrappeso e l'attività fisica, come illustrato dal grafico D. A questo proposito, si tenga presente che quanto minore è l'attività fisica tanto maggiore è il rischio di soffrire di sovrappeso o di obesità.

B) Rapporto tra la frequenza del consumo giornaliero di frutta e verdura e la diffusione del sovrappeso e dell'obesità (ISS 2012, n=20 604)

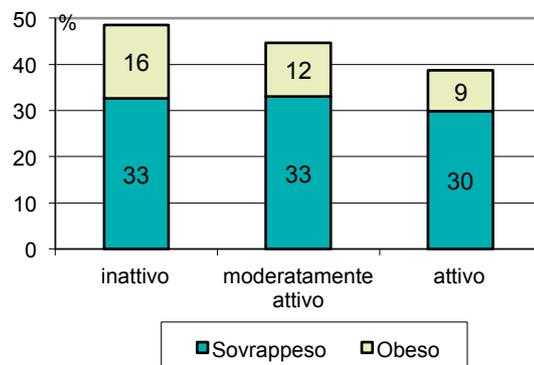


Osservazione: persone che dimostrano un comportamento appropriato per almeno cinque giorni alla settimana.

C) Rapporto tra la frequenza nel consumo settimanale di carne e insaccati e la diffusione del sovrappeso e dell'obesità (ISS 2012, n=21 357)



D) Rapporto tra il livello dell'attività fisica e la diffusione del sovrappeso e dell'obesità (ISS 2012, n=20 459)



## Indicatore 5.5: autonomia fisica degli anziani

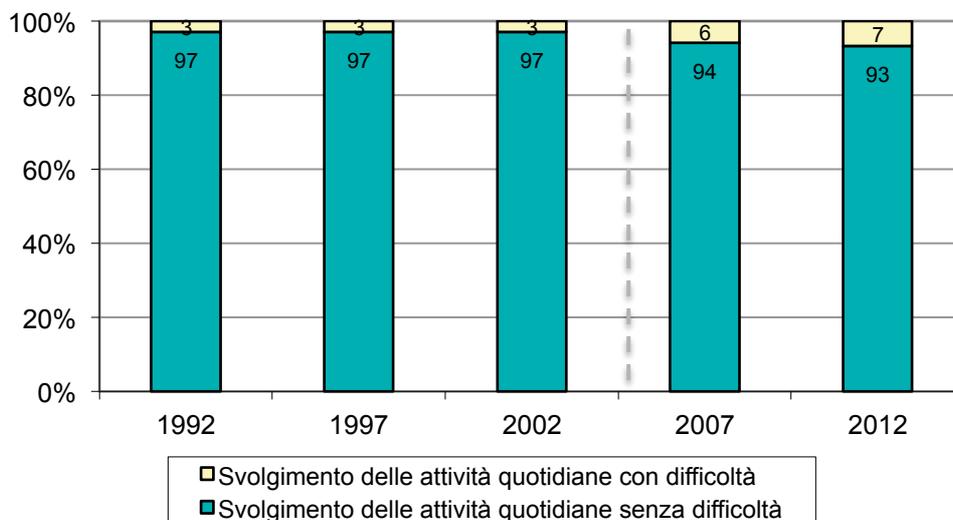
**Osservazione:** in origine l'indicatore proveniva dalla raccolta di indicatori di Promozione Salute Svizzera, che però per il momento è ferma. L'ultima versione aggiornata degli indicatori è documentata sulla pagina web del MOSEB. Altre informazioni sono disponibili sul sito dell'Osservatorio svizzero della salute: <http://www.obsan.admin.ch/it/indicatori>

Un obiettivo importante nella promozione della salute è il mantenimento di uno stile di vita autonomo anche in età avanzata. Una componente importante di questa autonomia è la possibilità di restare fisicamente attivi. L'autonomia fisica degli anziani nello svolgimento delle attività quotidiane assume pertanto rilievo anche per le misure legate all'attività fisica.

Al momento non sono ancora disponibili in Svizzera dati completi su questa tematica. Dalle Indagini sulla salute in Svizzera (ISS) pubblicate dall'Ufficio federale di statistica (UST) negli anni 1992-2012 si possono tuttavia estrapolare diverse indicazioni sulla diffusione di limitazioni fisiche di una certa importanza.

Il grafico sottostante riporta le risposte date dagli interpellati alla domanda: «È in grado di vestirsi e svestirsi da solo, vale a dire senza aiuto e senza difficoltà, di scendere da solo dal letto e di mangiare senza nessun aiuto?». Dal grafico risulta che la grande maggioranza degli ultrasessantacinquenni non accusa grandi difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane. La quota di persone che lamenta difficoltà in tal senso non ha subito variazioni tra il 1992 e il 2002 e si colloca attorno al 3 per cento. L'aumento a quasi il 7 per cento, rapportato per il 2007, è presumibilmente riconducibile sia a una leggera riformulazione della domanda del sondaggio sia al costante invecchiamento della popolazione svizzera.

### A) Autonomia fisica della popolazione ultrasessantacinquenne residente in Svizzera, 1992-2012



Fonte: Indagini sulla salute in Svizzera 1992-2012; numero di casi: 1992=2668; 1997=2575; 2002=4362; 2007=4504; 2012=4805.

#### Base di dati

Indagini sulla salute in Svizzera dell'Ufficio federale di statistica, 1992-2012.

1992-2002: risposte alla domanda: «È in grado di vestirsi e svestirsi da solo, vale a dire senza aiuto e senza difficoltà, di scendere da solo dal letto e di mangiare senza nessun aiuto?». Nel 2007 e nel 2012, non si è più posta la domanda degli anni precedenti. L'indice è stato estrapolato sulla base della seguente domanda: «Ora le cito alcune attività quotidiane. Mi dica, per ogni domanda, se riesce a

svolgere le singole attività senza difficoltà, con leggera difficoltà, con grande difficoltà oppure se non è in grado di svolgere l'attività. a) mangiare in modo autonomo; b) salire o scendere dal letto autonomamente oppure alzarsi da una sedia; c) vestirsi e svestirsi da solo».

Altre informazioni sono disponibili sul sito dell'Osservatorio svizzero della salute (vedi sopra).

## Indicatore 5.6: lesioni e infortuni sportivi

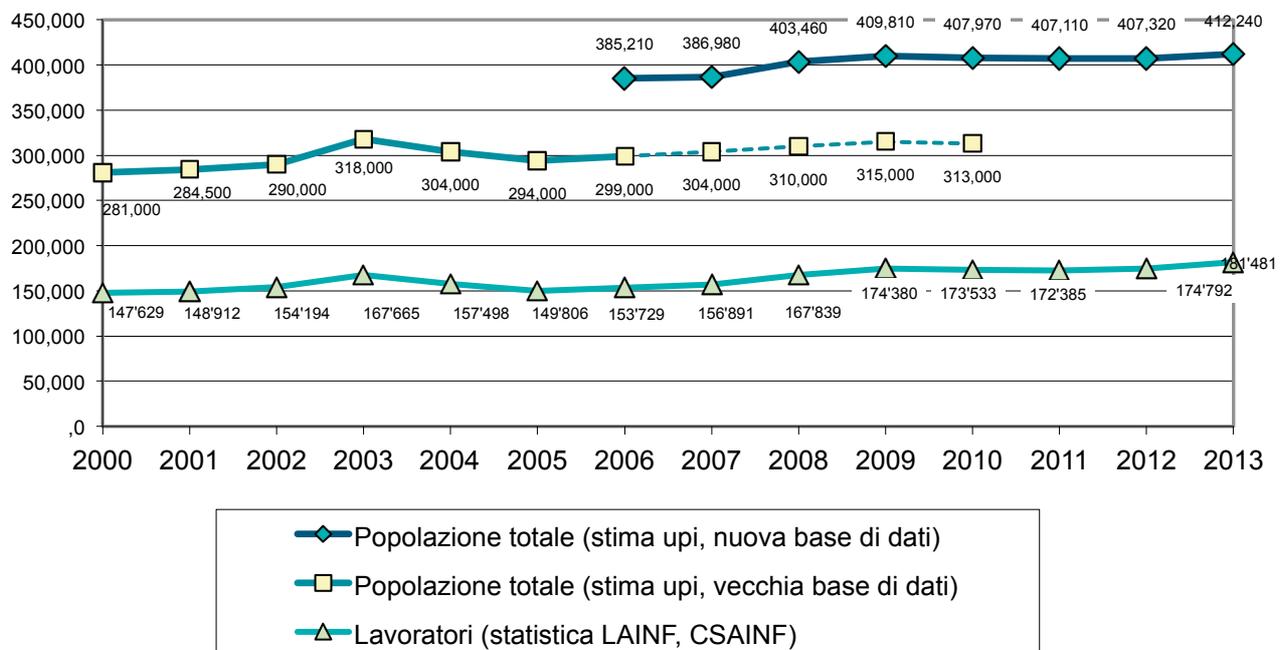
**Osservazione:** indicatori 4.1 e 4.2 pubblicati dall'Osservatorio sport e movimento. Per maggiori ragguagli: [www.sportobs.ch](http://www.sportobs.ch) (in tedesco)

Le attività sportive non comportano solo vantaggi: il rischio di infortunarsi e farsi male è sempre in agguato.

Come mostra il grafico A, in Svizzera ogni anno si verificano oltre 400 000 infortuni sportivi. Il 40 per cento circa di essi coinvolge lavoratori assicurati ai sensi della legge sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). Dopo il valore record del 2003, riconducibile alle condizioni meteorologiche, nei due anni successivi il numero di infortuni è sceso leggermente, per poi risalire costantemente fino al 2009. Da quel momento il numero annuo degli infortuni sportivi è rimasto all'incirca allo stesso livello.

A partire dal 2006 è possibile stimare gli infortuni sportivi nella popolazione svizzera su una base di dati aggiornata al 2011. Nel periodo dal 2006 al 2010 il grafico presenta due linee corrispondenti alle due stime del numero di infortuni. Con la nuova base di calcolo aumenta notevolmente la quantità di infortuni stimata nella popolazione totale.

A) Andamento degli infortuni sportivi, 1999-2013



Fonte: Servizio di centralizzazione delle statistiche dell'assicurazione contro gli infortuni (SSAINF); upi: Ufficio prevenzione infortuni: STATUS 2016.

### Base di dati

upi: Ufficio prevenzione infortuni; Suva, Servizio di centralizzazione delle statistiche dell'assicurazione contro gli infortuni LAINF (SSAINF).

I dati relativi agli infortuni sportivi poggiano innanzitutto sulla statistica dell'assicurazione contro gli infortuni. La statistica LAINF contempla tutti gli infortuni notificati (ossia tutti gli infortunati/casi sottoposti a cure mediche) subito da lavoratori assicurati (comprese le persone in cerca di lavoro iscritte).

Sulla base della statistica LAINF completata con altre fonti di dati, l'upi (Ufficio prevenzione infortuni) esegue una stima riferita alla popolazione totale, comprendente anche bambini, persone senza attività lavorativa, lavoratori indipendenti e pensionati. Grazie a un sondaggio tra la popolazione, nel 2011 è stata aggiornata la base di dati per la stima.

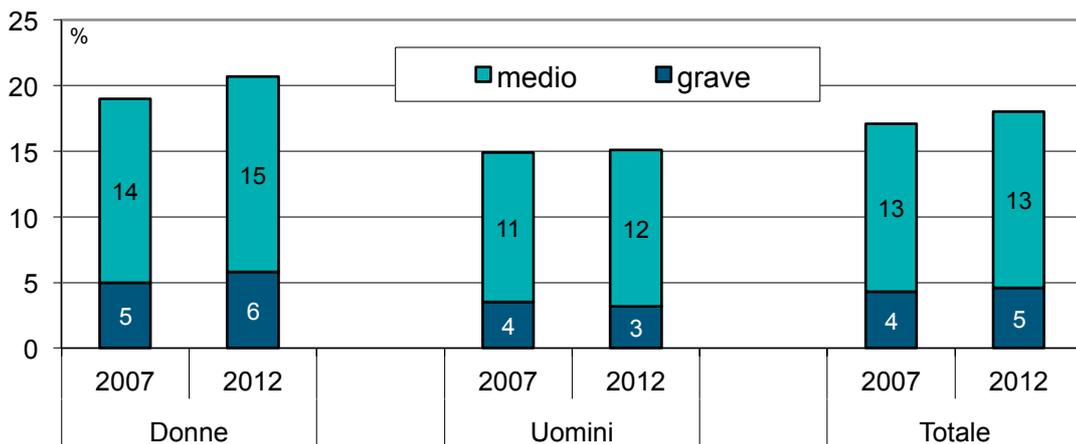
## Indicatore 5.7: benessere psichico

La salute non riguarda unicamente la condizione fisica, bensì anche la condizione psichica. Entrambe s'influenzano reciprocamente e hanno grandi effetti sulla qualità di vita. Vari studi mostrano inoltre una correlazione positiva tra l'attività fisica e il benessere psichico.

I dati sulla salute psichica sono disponibili sia nell'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) sia nel Panel svizzero delle economie domestiche (PSM). Nel primo caso, si tratta dell'indicatore «problemi psichici» definito sulla base di cinque singole domande. Nell'ambito del PSM, per contro, gli interpellati hanno dovuto rispondere direttamente in merito ad aspetti quali l'ottimismo e l'energia vitale. I grafici seguenti illustrano entrambi gli indicatori.

Sulla base dell'ISS 2012 si può osservare, secondo il grafico A, che solo una piccola minoranza del cinque per cento della popolazione soffre di gravi disturbi psichici. Il 13 per cento è colpito da disturbi di media entità e la restante quota (82 %) ne è interessata in misura leggera. Dal 2007 al 2012 questi valori sono cambiati in maniera minima. Dal grafico è tuttavia evidente che le donne soffrono di disturbi psichici in modo nettamente più frequente rispetto agli uomini e che la quota di donne interessate da disturbi di media e grave entità tra il 2007 e il 2012 è aumentata ancora leggermente dal 19 al 21 per cento.

A) Problemi psichici medi e gravi, in base al sesso, ISS 2007 e 2012 (in percentuale dell'intera popolazione)



Fonte: Indagine sulla salute in Svizzera 2007 (n=17 634) e 2012 (n= 20 652) dell'Ufficio federale di statistica. Per maggiori ragguagli sull'andamento, consultare i dati sotto indicati.

### Base di dati

Indagini sulla salute in Svizzera (ISS) 2007 e 2012 e Panel svizzero delle economie domestiche (PSM) 2002, 2007, 2012 e 2013 di FORs.

Dell'ISS è stato utilizzato l'indice relativo ai problemi psichici elaborato dall'UST. Si tratta dell'indice della salute mentale MHI-5 diffuso a livello internazionale e basato su cinque domande («Nelle ultime quattro settimane le è capitato di sentirsi nervoso/scoraggiato/tranquillo/abbattuto/felice?»), alle quali gli interpellati hanno potuto rispondere scegliendo tra cinque risposte (sempre/nella maggior parte dei casi/certe volte/raramente/mai).

L'indice risultante è stato standardizzato su una scala da 0 a 100. Un indice inferiore a 53 rappresenta un problema psichico grave, un indice inferiore a 73 un problema psichico di media gravità e un indice pari a 73 e più un problema psichico contenuto.

Nell'ambito del PSM, si è determinato il grado di ottimismo degli interpellati con la domanda: «Con quale frequenza Le capita di sentirsi in forze, pieno di energia e di ottimismo?». Gli intervistati hanno risposto con una scala da 0 (mai) a 10 (sempre). Per la rappresentazione grafica si sono attribuite le seguenti valutazioni. Valori da 0 a 4: grado di ottimismo limitato; da 5 a 6: grado medio; da 7 a 8: grado elevato; da 9 a 10: grado molto elevato. I dati si riferiscono alle persone di 15 anni e più.

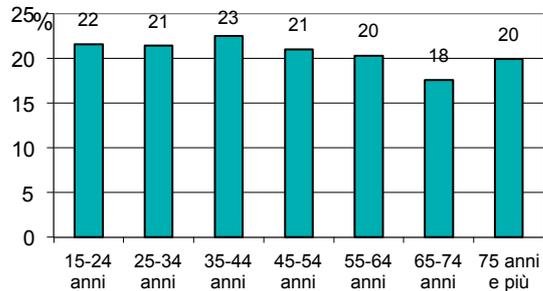
## Altri risultati

Le ulteriori analisi svolte dall'ISS nel 2012 sono riportate nei grafici da B a I.

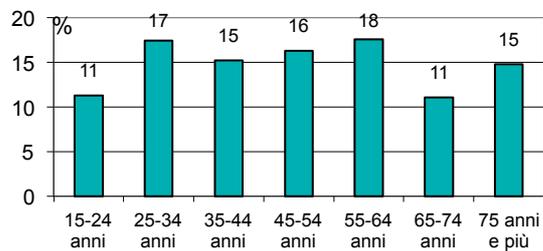
Dal grafico B emerge che i disturbi psichici che colpiscono le donne differiscono appena nei diversi periodi di vita. Le donne in età compresa tra i 65 e i 74 anni sembrano essere un po' meno toccate da questo problema. Negli uomini invece i disturbi sono chiaramente più gravi nel periodo di vita intermedio (dai 25 ai 64 anni).

B) Nesso tra i problemi psichici di media o grave entità, il sesso e l'età, ISS 2012 (n=20 652)

Donne:

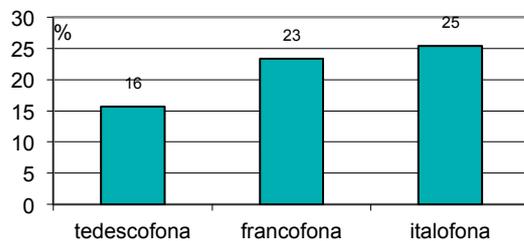


Uomini:



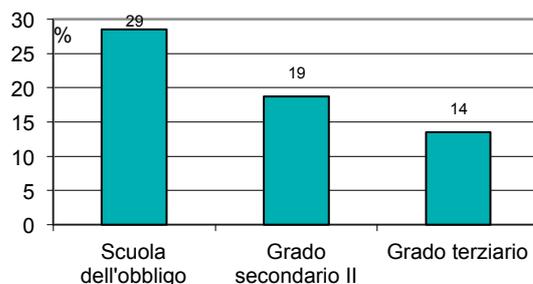
Il grafico C mostra che la quota di persone che soffrono di disturbi psichici di media e grave entità nelle regioni francofone e italofone è più elevata rispetto a quelle della Svizzera tedesca.

C) Nesso tra i problemi psichici di media o grave entità e la regione linguistica, ISS2012 (n=20 652)



Ancora più evidente risulta la differenza rappresentata nel grafico D tra i diversi livelli d'istruzione: le persone che non hanno assolto alcuna formazione post-obbligatoria soffrono di disturbi psichici di media e grave entità con una frequenza due volte superiore rispetto alle persone che sono titolari di un diploma universitario.

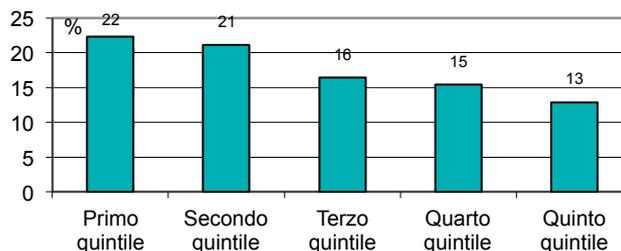
D) Nesso tra i problemi psichici di media o grave entità e il grado di istruzione, ISS 2012 (persone a partire da 25 anni, n=17 685)



Dai risultati appare evidente che i problemi psichici rappresentano una componente essenziale dello stato di salute soggettivo.

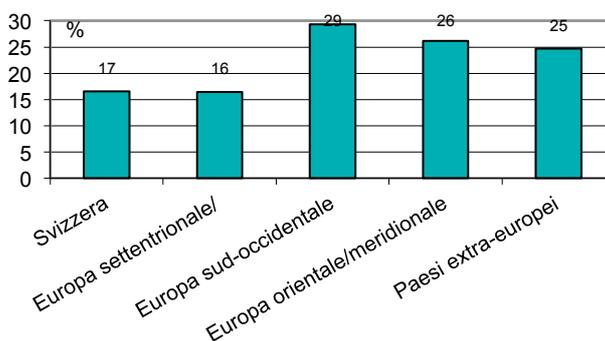
Inoltre per quanto riguarda il reddito, si può percepire una linea divisoria tra i due livelli di reddito inferiori con disturbi relativamente gravi e i tre livelli più elevati.

E) Nesso tra i problemi psichici di media o grave entità e il reddito equivalente delle economie domestiche, ISS 2012 (n=17 595)



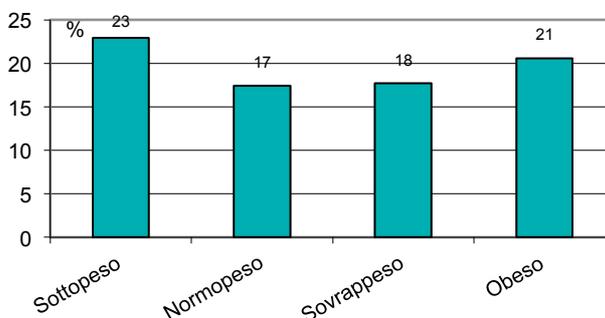
Allo stesso modo sono rilevanti le differenze in base alla nazionalità e alla regione d'origine della popolazione. Mentre non vi sono grosse differenze tra gli Svizzeri e i migranti dell'Europa settentrionale e occidentale, i migranti provenienti da altre regioni presentano in modo nettamente più frequente problemi psichici di grave o media entità. Particolarmente accentuati sono i problemi psichici delle persone dell'Europa sud-occidentale.

F) Nesso tra i problemi psichici di media o grave entità e la nazionalità, ISS 2012 (n=20 652)



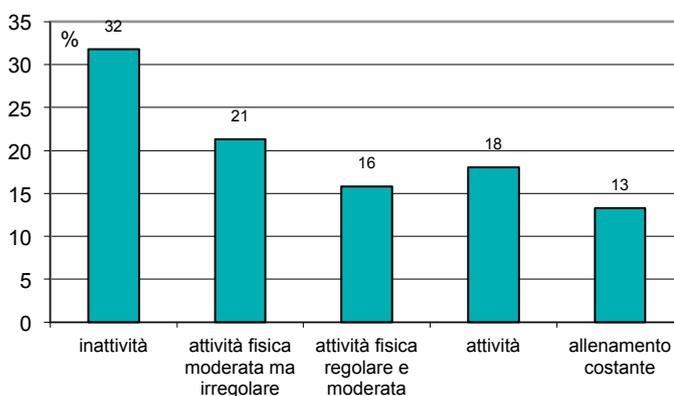
Un modello interessante è quello riguardante l'IMC (cfr. grafico G): le persone sottopeso e quelle obese sono colpite più spesso da disturbi psichici di media o grave entità rispetto alle persone normopeso o in sovrappeso. Non è possibile tuttavia valutare sulla base dei dati dell'ISS se i problemi di peso sono la causa o il risultato di disturbi psichici.

G) Nesso tra i problemi psichici di media o grave entità e l'IMC, ISS 2012 (n=20 490)



Lo stesso vale per la corrispondenza raffigurata nel grafico H tra i problemi psichici e l'attività fisica. In base a una serie di altri studi che riconoscono nel maggiore equilibrio psichico e nella limitata predisposizione per la depressione l'effetto principale di un'attività fisica regolare, si può tuttavia partire tendenzialmente da una corrispondenza causale, in cui un livello maggiore di attività fisica conduce a una riduzione del problema

H) Nesso tra i problemi psichici di media o grave entità e l'attività fisica, ISS 2012 (n=20 411)



Infine, dal grafico I si evince in modo chiaro la forte corrispondenza tra benessere fisico e psichico. Le persone che giudicano cattivo o pessimo il proprio stato di salute, affermano con una frequenza oltre quattro volte maggiore di soffrire di problemi psichici di grave o media entità rispetto alle persone che si considerano in buona od ottima salute.

Dai risultati appare evidente che i problemi psichici rappresentano una componente essenziale dello stato di salute soggettivo.

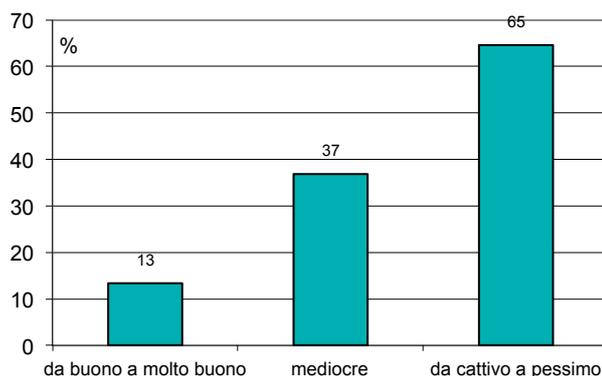
I risultati nei grafici J, K e L si basano sul grado di ottimismo proveniente dal Panel svizzero delle economie domestiche (PSM).

Dal confronto annuale nel grafico J, risulta che la quota di persone con un atteggiamento (molto) ottimistico è diminuita dal 77 al 71 per cento tra il 2002 e il 2013. In questo periodo ha subito un forte calo in particolare la percentuale di persone molto ottimiste (dal 24 al 15 %).

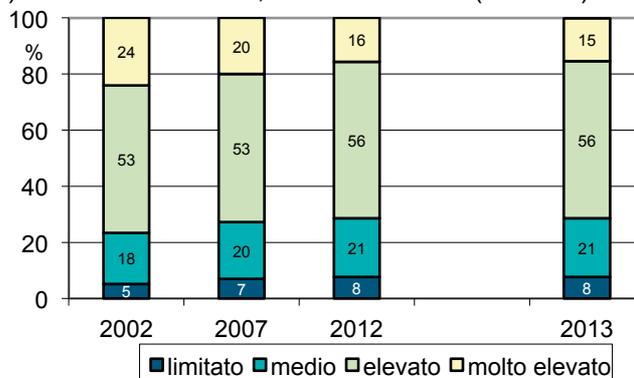
Altri dati, qui non rappresentati, indicano che le donne sono generalmente un po' meno ottimiste degli uomini. Nel 2013 soprattutto tra gli interpellati che affermano di essere poco o mediamente ottimisti prevalgono nettamente le donne (31 % contro il 26 %).

Come risulta dal grafico K, vi è una corrispondenza non particolarmente marcata tra l'atteggiamento ottimistico e l'età degli interpellati. Nelle classi di età più giovani la percentuale di persone poco o mediamente ottimiste varia tra il 25 e il 31 per cento, per poi salire al 37 per cento a partire dai 75 anni.

I) Nesso tra i problemi psichici di media o grave entità e lo stato di salute soggettivo, ISS 2012 (n=20 634)

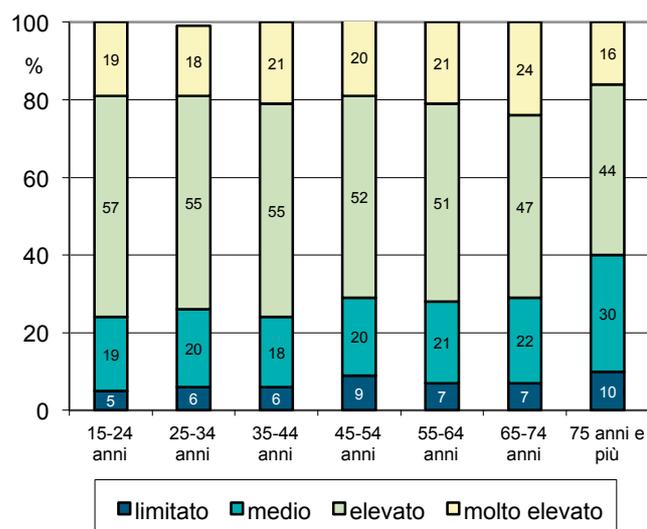


J) Grado di ottimismo, PSM 2002-2013 (n=9 270)



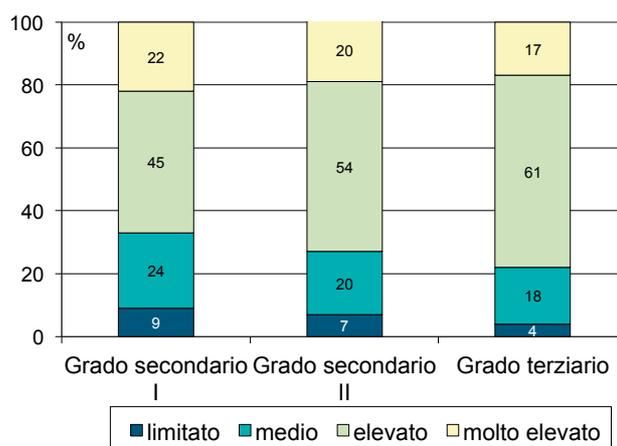
Fonte: PSM, numero di casi: 2002: 5607; 2007: 6868; 2012: 7338; 2013: 7112.

K) Nesso tra ottimismo ed età, PSM 2007 (n=6 868)



Il grafico L descrive il rapporto tra il grado d'istruzione e l'ottimismo. La corrispondenza non è subito evidente. Quanto maggiore è il grado d'istruzione, tanto minore risulta essere la quota di persone poco o mediamente ottimiste. Tuttavia, gli interpellati con un basso grado d'istruzione registrano una percentuale di persone molto ottimiste superiore a quella degli intervistati in possesso di un diploma universitario.

L) Nesso tra ottimismo e grado d'istruzione, 2013  
(persone a partire dai 25 anni, n=6006)



#### Altre informazioni

Cfr. anche i diversi indicatori del monitoraggio della salute psichica effettuato da Promozione Salute Svizzera nonché la raccolta di indicatori dell'Obsan ([www.obsan.admin.ch](http://www.obsan.admin.ch)).

Eurostat (2003): Health in Europe. Results from 1997-2000 surveys. Detailed tables. Eurostat, 2003.

Veit, C. T., e J.E. Ware (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*;51: 730-742.

## Indicatore 5.8: disturbi alimentari

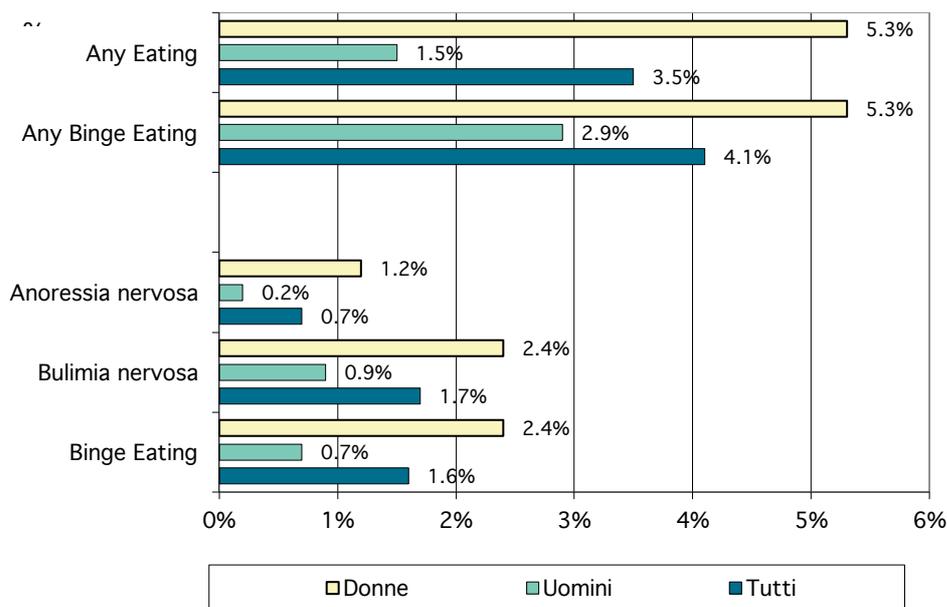
I disturbi alimentari possono avere gravi conseguenze fisiche, psichiche e sociali per chi ne soffre, che in casi estremi possano portare all'invalidità e alla morte. Queste malattie hanno quindi una grande rilevanza clinica e sociale.

Nel 2010, per la prima volta è stata rilevata la prevalenza di vari disturbi alimentari in Svizzera mediante un'indagine differenziata che ha coinvolto circa 10 000 persone (Schnyder et al. 2010). I dati sono stati raccolti da un'équipe dell'ospedale universitario e dell'università di Zurigo su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

Dai risultati, raffigurati nel grafico A, emerge che il 3,5 per cento circa della popolazione svizzera in età compresa tra i 15 e i 60 anni è stato affetto da un disturbo alimentare almeno una volta nella vita (prevalenza nell'arco della vita). Da un lato, lo studio distingue tra anoressia nervosa, bulimia nervosa e «Binge Eating». Sono inoltre stati formati due grandi complessi: «Any Binge Eating» si riferisce a varie forme di «attacchi di fame», mentre nel «Any Eating» rientrano tutte le persone che soffrono o hanno sofferto in passato di uno dei tre disturbi menzionati sopra.

Come mostra il grafico, le donne sono colpite da disturbi alimentari nettamente più spesso degli uomini. In base alla totalità dei disturbi alimentari («Any Eating») la differenza è di 3,5 volte e per l'anoressia nervosa addirittura di 6 volte.

A) Prevalenza nell'arco della vita di vari disturbi alimentari secondo il sesso, 2010 (popolazione in età compresa tra i 15 e i 60 anni)



Fonte: Schnyder et al. (2012).

### Base di dati

Per i grafici da A a C sono stati utilizzati i dati dei seguenti studi:

Schnyder, U., G. Milos, M. Mohler-Kuo e P. Dermota (2012): Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz. Studio su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica. Berna: UFSP.

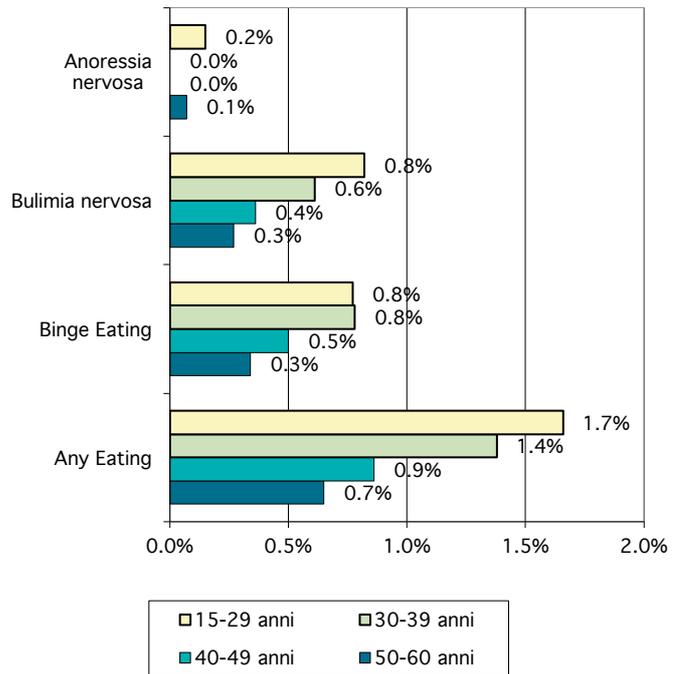
Lo studio si basa su un'indagine telefonica su un campione rappresentativo di 10 038 persone in età compresa tra i 15 e i 60 anni (interviste realizzate nel 2010). I disturbi alimentari sono stati rilevati mediante il sistema Composite International Diagnostic Interview (CIDI) dell'Organizzazione mondiale della sanità.

### Altri risultati

Come mostra il grafico B sono soprattutto i più giovani a soffrire di disturbi alimentari. La diminuzione con l'età è particolarmente netta per la bulimia nervosa e l'insieme dei disturbi alimentari («Any Eating»), mentre per il «Binge Eating» le differenze sono minori.

Per quanto riguarda il grafico occorre inoltre precisare che, a differenza dei grafici A e C, qui è raffigurata la prevalenza sull'arco di 12 mesi (e cioè i disturbi manifestatisi nel corso dell'ultimo anno), poiché l'osservazione della prevalenza nell'arco della vita provoca distorsioni.

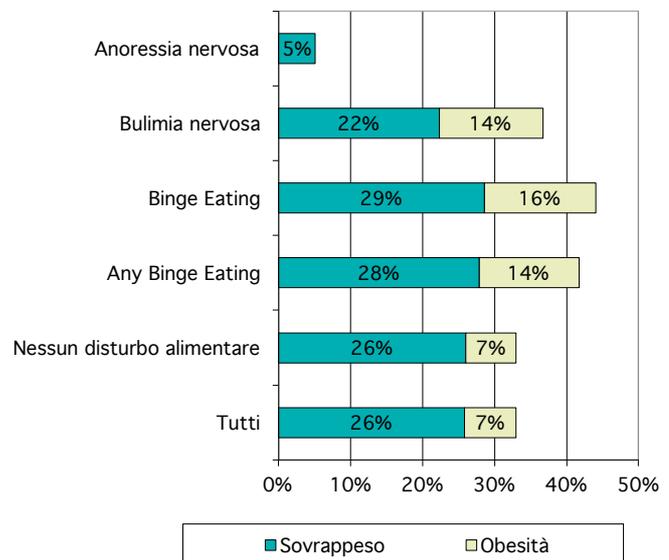
B) Nesso tra disturbi alimentari ed età, 2010 (prevalenza sull'arco di 12 mesi)



Fonte: Schnyder et al. (2012)

Come emerge dal grafico C, vi è una correlazione tra disturbi alimentari da un lato e sovrappeso e obesità dall'altro. Se le persone che soffrono o hanno sofferto di anoressia nervosa sono sovrappeso molto raramente, in particolare il «Binge Eating» è associato a un rischio nettamente maggiore di diventare sovrappeso o obesi.

C) Nesso tra disturbi alimentari e sovrappeso, 2010 (prevalenza nell'arco della vita, popolazione in età compresa tra i 15 e i 60 anni)



Fonte: Schnyder et al. (2012)

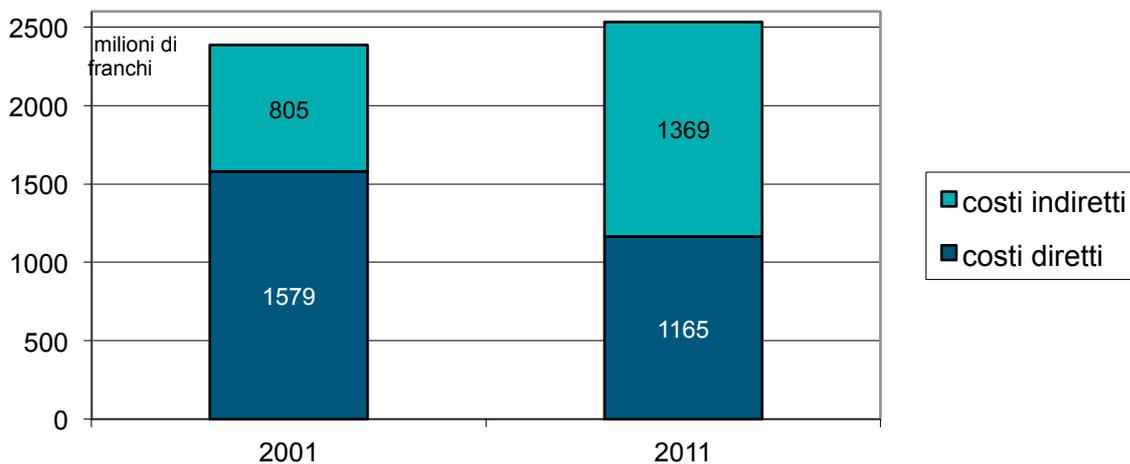
## Indicatore 5.9: costi generati dall'inattività fisica

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), l'inattività fisica è uno dei più importanti fattori di rischio per diverse malattie non trasmissibili (p. es. malattie cardiovascolari, diversi tipi di cancro) e di decessi prematuri (cfr. indicatore 5.1). L'attuale studio di Mattli et al. (2014) esamina i casi di malattia e i decessi in base all'inattività fisica in Svizzera e presenta le stime dei costi.

Secondo lo studio, l'inattività fisica ha causato nel 2011 oltre 300 000 malattie, più di 1 000 decessi e costi complessivi di circa 2,5 miliardi di franchi. Per quasi la metà della spesa (1 165 milioni di franchi, rispettivamente il 46 %) si trattava di costi diretti delle cure mediche, mentre la restante quota risultava dai costi indiretti, dovuti a giorni di malattia, decessi prematuri ecc.

È interessante constatare che dal 2011, nonostante il notevole aumento dei costi del settore della sanità pubblica, i costi complessivi siano aumentati soltanto del sei per cento circa e che il peso dei costi si sia spostato tuttavia in modo considerevole dai costi diretti a quelli indiretti. Questo è da un lato la conseguenza di una comprovata diminuzione della quota di persone inattive in Svizzera (cfr. indicatore 3.1), corrispondente al calo del numero di malattie e dei costi diretti delle cure mediche. In effetti, lo studio del 2001 ha individuato altri 1,4 milioni di malattie, che nel 2011 erano soltanto appena 330 000. Dall'altro, si calcola che oggi i costi indiretti, in base a stime migliori, siano tuttavia più elevati rispetto all'inizio degli anni 2000.

A) Costi generati dall'inattività fisica, 2001 e 2011 (in milioni di franchi)



Fonte: Mattli et al. (2014); i dati per il 2001 derivano da una rianalisi dello studio di Smala et al. (2001).

### Base di dati

I dati per il presente indicatore si basano sul seguente studio:

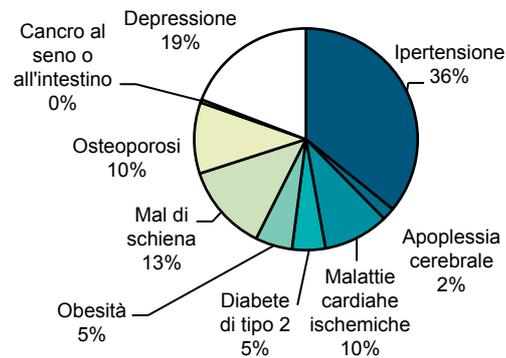
Mattli, R., S. Hess, M. Maurer, K. Eichler, M. Pletscher und S. Wieser (2014): *Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz* (Costi dell'inattività fisica in Svizzera). Studio su incarico dell'UFSP. Winterthur: Istituto di economia sanitaria di Winterthur (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW).

Occorre considerare che nello studio l'inattività fisica è definita come la mancata osservanza della raccomandazione minima di praticare un movimento efficace per la salute di 150 minuti di attività moderate alla settimana. Secondo l'indicatore 3.1 descritto in precedenza e in base a questa designazione, nel 2012 il 28 per cento della popolazione era inattivo («inattivi» e «parzialmente attivi» secondo l'indicatore 3.1).

## Altri risultati

Il grafico B mostra come le 326 310 malattie legate all'attività fisica, elencate nello studio di Mattli et al. (2014), si suddividano in base a quadri clinici differenti. Di particolare importanza sono le malattie cardiache e l'ipertonia (46 %), la depressione (19 %) e il mal di schiena (13 %).

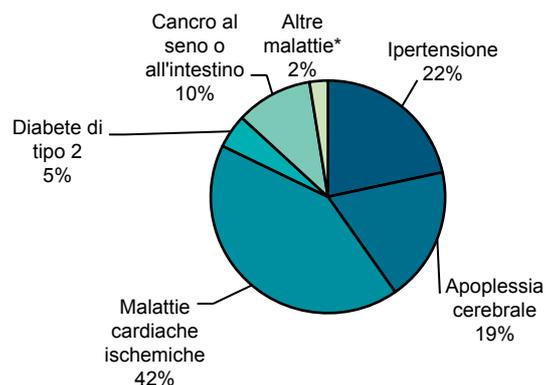
B) Percentuale d'incidenza delle diverse malattie sulle malattie dovute all'inattività fisica, 2011



Fonte: Mattli et al. (2014)

Le ultime due malattie presentano tuttavia soltanto un numero esiguo di 1 153 decessi prematuri dovuti all'inattività fisica. Le cause sono molto spesso l'ipertensione e le malattie cardiache (64 %), l'ictus cerebrale (19 %) e i tumori (10 %).

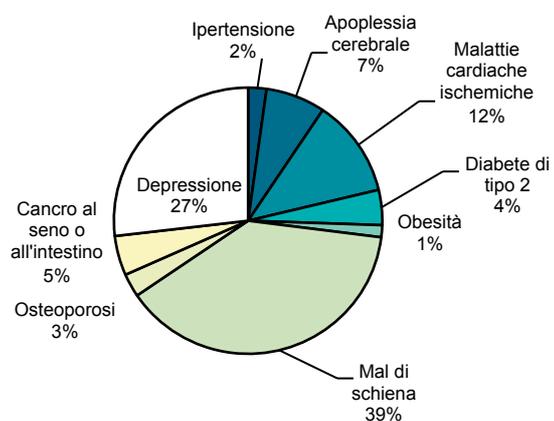
C) Percentuale d'incidenza dei decessi prematuri causati dall'inattività fisica su tutti i decessi legati all'inattività fisica, 2011



Fonte: Mattli et al. (2014); \*le altre malattie sono illustrate nel grafico B.

Diversa appare la situazione se si analizzano le percentuali d'incidenza delle diverse malattie sui costi diretti e indiretti delle malattie causate dall'inattività fisica (grafico D). Mal di schiena (39 %) e depressione (27 %) producono i costi complessivi più elevati.

D) Percentuale d'incidenza delle diverse malattie sui costi complessivi delle malattie causate dall'inattività fisica, 2011



Fonte: Mattli et al. (2014)

## Altre informazioni

Per lo studio originale del 2001 cfr.:

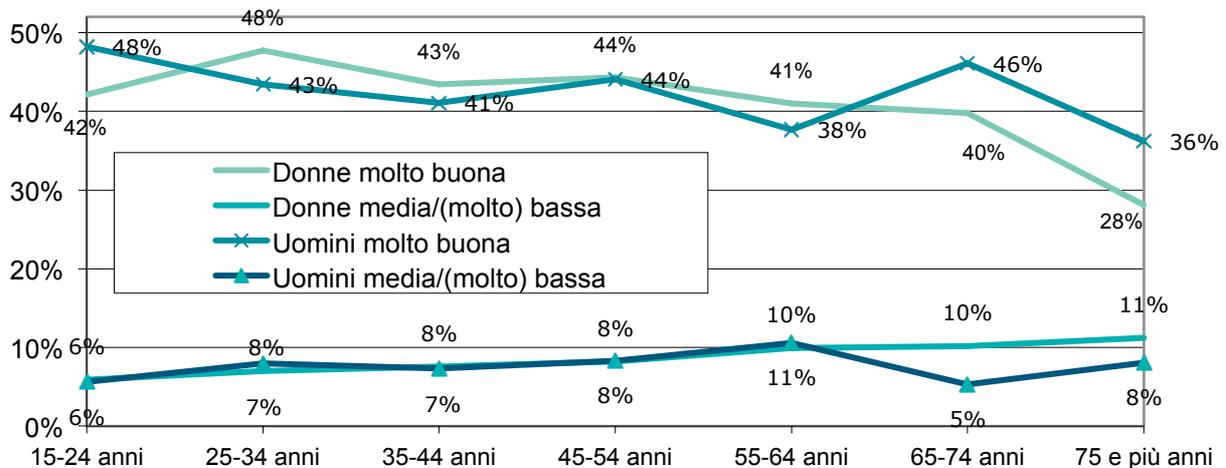
Smala, A., I. Beeler, und T.D. Szucs (2001): *Die Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz* (I costi dell'inattività fisica in Svizzera), Macolin, Lucerna e Berna: UFSPO, Suva, upi.

## Indicatore 5.10: qualità di vita degli adulti

Se nella ricerca sulla salute il concetto di qualità di vita è spesso legato intimamente ad altri concetti come «assenza di dolore» o «autonomia», nell'ambito delle scienze sociali sovente include varie dimensioni, come per esempio le risorse materiali (p. es. reddito), la situazione abitativa, lo stato di salute e la soddisfazione (di vita). Pertanto, la qualità di vita può essere sia una risorsa per la salute – un'elevata qualità di vita ha un influsso positivo sul benessere fisico – sia la conseguenza di un buono stato di salute. Nel quadro del MOSEB, la qualità di vita è un'ulteriore dimensione per valutare il benessere fisico generale.

Nell'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) 2012 dell'Ufficio federale di statistica, il 92 per cento della popolazione residente in svizzera ha definito la propria qualità di vita «buona» o «molto buona», mentre solo l'8 per cento l'ha giudicata nel migliore dei casi «media». Come risulta dal seguente grafico, che riporta solo la percentuale di persone con qualità di vita «molto buona» o al massimo «media», emergono poche differenze tra uomini e donne e tra i vari gruppi d'età. Solo nel gruppo «75 e più anni» diminuisce nettamente la quota di intervistati che hanno giudicato molto buona la loro qualità di vita. Per contro, la percentuale di persone con qualità di vita media o (molto) bassa cresce in modo continuo ma relativamente modesto. Spicca il chiaro miglioramento della qualità di vita percepito dagli uomini subito dopo il pensionamento, mentre subisce un netto calo nel gruppo delle donne più anziane. Quest'ultimo dato non è associato alla maggior aspettativa di vita delle donne, poiché le persone nel gruppo più anziano hanno in media circa la stessa età (donne: 80,8 anni, uomini: 80,5 anni).

### A) Autovalutazione della qualità di vita della popolazione residente in Svizzera secondo l'età, 2012



Fonte: Indagine sulla salute in Svizzera dell'UST 2012, n=20 858.

#### Base di dati

I dati per il presente indicatore si basano su un'elaborazione dell'Indagine sulla salute in Svizzera dell'UST del 2012.

La domanda posta al telefono era: «Adesso vorrei che valutasse in generale la sua qualità di vita.» Le risposte sono state classificate su una scala di cinque punti (da molto bassa a molto buona); a causa del numero esiguo di casi, le due categorie più basse sono state condensate in una.

Come menzionato in precedenza, il concetto di qualità di vita è definito e misurato in maniera

diversa a seconda della prospettiva da cui lo si guarda. La semplice domanda dell'ISS segue una serie di nutriti blocchi di domande sulle prestazioni mediche e su prestazioni assistenziali attive e passive, e precede un blocco di domande sul sostegno e sulla rete sociale. Di conseguenza, dovrebbe contenere una sostanziale «componente sanitaria».

### Altri risultati

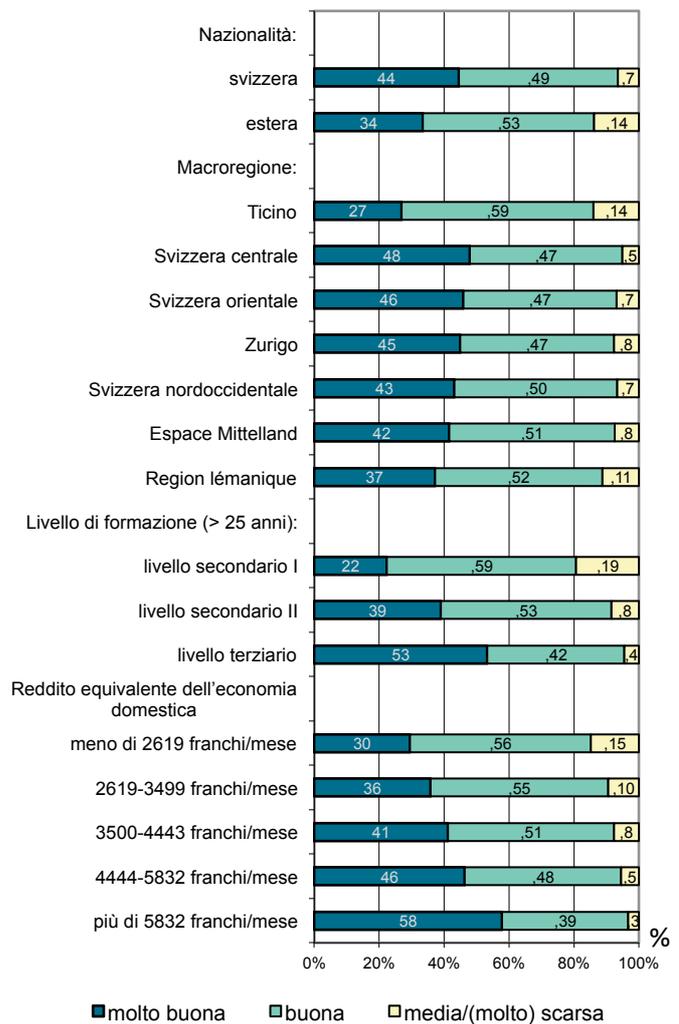
Diversamente dalla scarsa distinzione per età e sesso, sono emerse altre differenze chiare e statisticamente significative, riportate nel grafico B.

Per esempio, i cittadini svizzeri definiscono molto buona la loro qualità di vita con una frequenza nettamente superiore rispetto ai cittadini stranieri, che esprimono il doppio delle volte quale giudizio massimo «media».

Tenendo conto della regione di residenza, si nota una lieve tendenza decrescente da Est a Ovest, oltre a una quota particolarmente bassa di persone in Ticino che hanno dichiarato di avere una qualità di vita molto buona.

Inoltre, il grafico B evidenzia che la qualità di vita aumenta notevolmente in rapporto al livello di formazione e al reddito.

### B) Autovalutazione della qualità di vita in base a varie caratteristiche, 2012



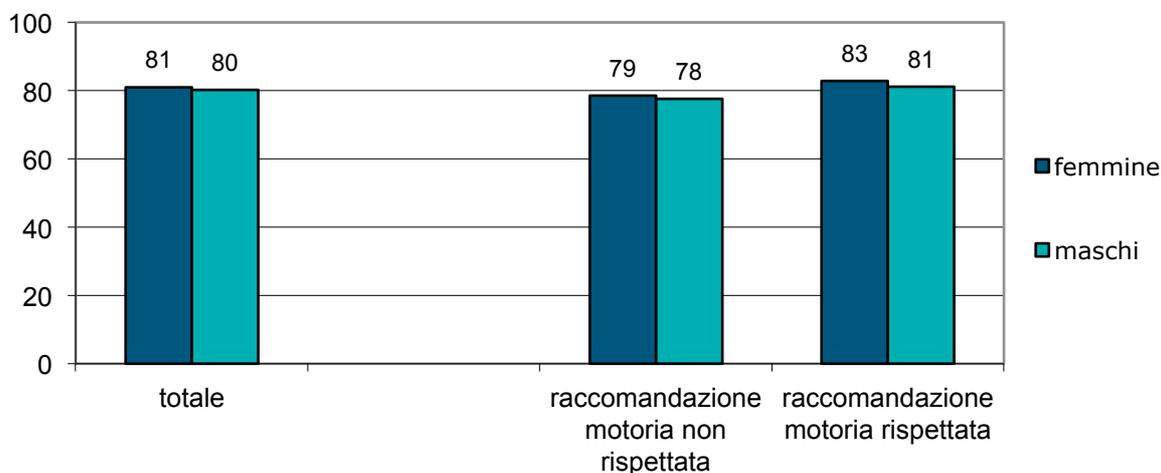
Fonte: ISS 2012; a seconda della caratteristica, n tra 17 674 (livello di formazione) e 20 858.

## Indicatore 5.11: qualità di vita di bambini e adolescenti

Diversamente che negli adulti, dove è stata registrata con un'unica semplice domanda nel quadro dell'Indagine sulla salute in Svizzera 2012 (cfr. indicatore 5.10), nello studio SOPHYA (**S**wiss children's **O**bjectively measured **PHY**sical **A**ctivity) dello Swiss TPH dell'Università di Basilea la qualità di vita è stata rilevata in modo differenziato con una serie di domande sul benessere fisico e psichico, sull'autostima, sulla famiglia, sugli amici e sulla scuola che hanno permesso di sintetizzare il tutto in un indice globale della qualità di vita.

In linea generale, la qualità di vita dei bambini esaminati è definibile come buona. In un indice con punteggio da 0 a 100, i bambini hanno raggiunto in media circa 80 punti. Come si nota nel grafico seguente, non emerge una differenza degna di nota tra la qualità di vita dei ragazzi e delle ragazze. Anche tra le persone che soddisfano le raccomandazioni sull'attività fisica (cfr. indicatore 3.3) e quelle più inattive le differenze, benché statisticamente significative, nel complesso risultano esigue.

### A) Qualità di vita nel gruppo d'età dai 6 ai 16 anni secondo il sesso e l'attività fisica



Fonte: Bringolf-Isler et al. (2016).

### Base di dati

I dati per il presente indicatore si basano sul seguente studio:

Bringolf-Isler B., Probst-Hensch N., Kayser B. e Suggs S. (2016): Schlussbericht zur SOPHYA-Studie. Basilea: Swiss TPH.

L'obiettivo dello studio SOPHYA era la misurazione e l'analisi del comportamento motorio di bambini e adolescenti dai 6 ai 16 anni. Oltre a ciò, ai bambini e ai loro genitori sono state poste domande su altri aspetti. I dati sulla qualità di vita sono tratti dalle interviste ai genitori e si riferiscono ai bambini dai 6 agli 16 anni che hanno partecipato allo studio SOPHYA.

Per maggiori informazioni sullo studio SOPHYA si rimanda all'indicatore 3.3 e al sito:

[www.swisstph.ch/de/sophya.html](http://www.swisstph.ch/de/sophya.html)

## Altri risultati

A completamento del grafico A, il grafico B riporta altre differenze relative alla qualità di vita partendo da varie caratteristiche. Uno sguardo alla figura fa capire che nel complesso si è trattato di differenze minime tra i gruppi. Ciò nonostante, alcune di queste si sono rilevate statisticamente significative: per esempio, la qualità di vita dei bambini e adolescenti sopra i 10 anni, degli svizzeri tedeschi e dei figli di genitori con formazione almeno di livello secondario si è rivelata superiore a quella degli altri bambini.

Il grafico C presenta i dati sulla qualità di vita in vari ambiti esistenziali. I valori relativi al benessere fisico e psichico sono più elevati rispetto a quelli di settori più specifici.

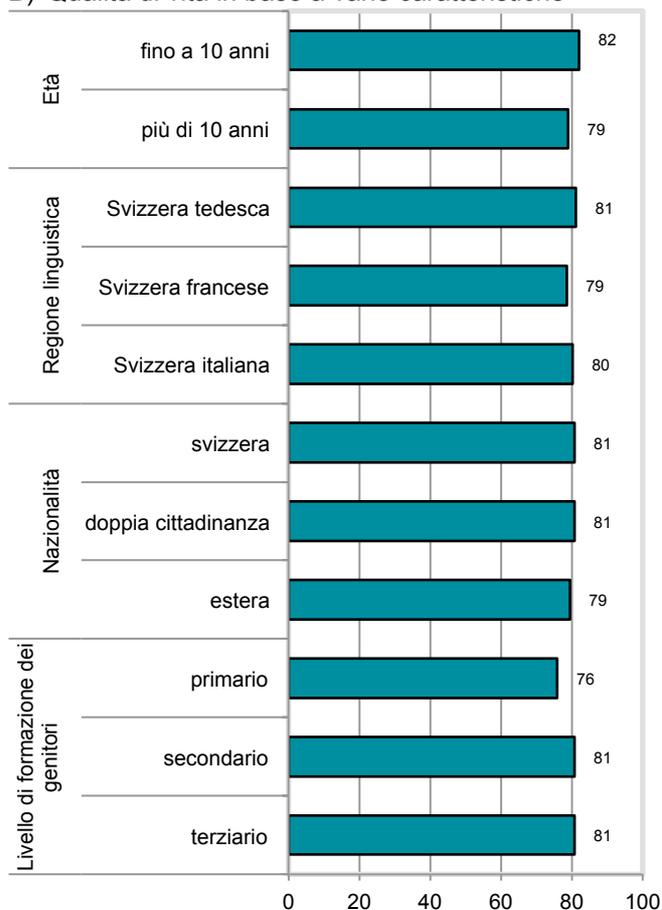
Le analisi dettagliate di Bringolf-Isler et al. (2016) mostrano inoltre una serie di differenze tra diversi gruppi di bambini:

- i bambini più giovani (fino a 10 anni) hanno esibito una qualità di vita più elevata nel settore «scuola/asilo» (84,9 vs. 73,1) e hanno raggiunto valori significativamente più alti nei settori «benessere fisico» (85,6 vs. 81,6) e «autostima» (76,8 vs. 73,6).
- I bambini della Svizzera tedesca hanno leggermente superato in qualità di vita i coetanei delle altre regioni linguistiche nel settore «benessere fisico» (84,3 vs. 82,6 nella Svizzera romanda e 82,9 nella Svizzera italiana). I bambini della Svizzera francese hanno riportato una qualità di vita più bassa nei settori «famiglia» (75,7 vs. 82,8 nella Svizzera tedesca e 82,2 nella Svizzera italiana) e «scuola» (72,1 vs. 81,7, rispettivamente 80,1).
- I figli di genitori che hanno frequentato solo la scuola dell'obbligo hanno raggiunto valori inferiori nei settori «autostima» (71,7 vs. 75,2 e 75,6) e «famiglia» (75,8 vs. 81,6 e 80,4). La qualità di vita nel settore «scuola» aumenta significativamente con il livello di formazione dei genitori (70,1 in caso di genitori con livello primario, 78,4 con livello secondario, 81,1 con livello terziario di formazione).
- Non sono state osservate differenze significative nei vari settori a seconda del sesso e della nazionalità.

## Altre informazioni

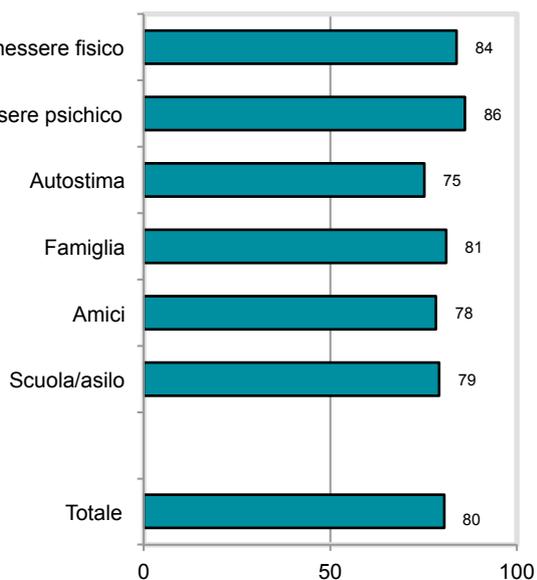
Cfr. la fonte citata più sopra e il sito web:  
[www.swisstph.ch/de/sophya.html](http://www.swisstph.ch/de/sophya.html)

## B) Qualità di vita in base a varie caratteristiche



Fonte: Dati supplementari dello studio di Bringolf-Isler et al. (2016) forniti gentilmente dalle autrici.

## C) Qualità di vita per settore



Fonte: Bringolf-Isler et al. (2016), p. 62.

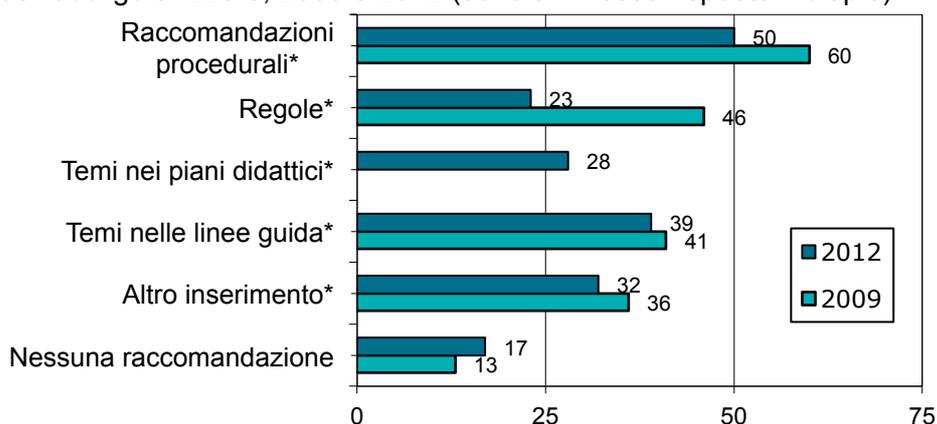
## Ambito 6: Condizioni quadro e offerte

### Indicatore 6.1: offerte per l'alimentazione e l'attività fisica in ambiti specifici

I temi alimentazione e attività fisica non riguardano solo i comportamenti e gli stili di vita individuali, venendo essi a inserirsi in strutture che possono favorire o intralciare un'alimentazione equilibrata e un'adeguata attività fisica. La «prevenzione della condizione», nel senso di un miglioramento di tali strutture, è applicabile in vari ambiti – ad esempio a scuola o sul posto di lavoro.

I dati relativi a offerte e misure sono per il momento disponibili solo per le scuole dell'obbligo svizzere, presso le quali l'Istituto di comunicazione e salute (ARCHE) dell'Università della Svizzera italiana ha condotto un'indagine nel 2009 e nel 2012. Dal grafico seguente si evince che nella metà delle scuole prese in esame esistono delle «raccomandazioni procedurali» per i temi alimentazione, attività fisica e peso corporeo sano e che in quasi la metà degli istituti scolastici esistono anche regole formali o disposizioni nei piani didattici. A non occuparsi di queste tematiche, al di là dell'insegnamento obbligatorio dell'educazione fisica e dell'economia domestica, è solo una minoranza pari a un sesto delle scuole. Le due indagini non sono del tutto paragonabili a causa della cerchia di partecipanti leggermente diversa (2009: 24 Cantoni, 2012: 22 Cantoni), ma tra il 2009 e il 2012 la sensibilità per queste tematiche sembra essersi leggermente indebolita, poiché è aumentato il numero di scuole che non hanno emanato alcuna raccomandazione.

A) Grado d'inserimento dei temi alimentazione, attività fisica e peso corporeo sano nelle scuole dell'obbligo svizzere, 2009 e 2012 (sono ammesse risposte multiple)



Fonte: Ehlig et al. (2009: 32) e Dubowicz et al. (2013); risposte alla domanda se nella scuola, oltre all'insegnamento obbligatorio dell'educazione fisica e dell'economia domestica, fossero inserite anche queste tematiche.

\* Leggenda: raccomandazioni procedurali: «Esistono delle raccomandazioni procedurali per il personale docente nello svolgimento dell'attività scolastica quotidiana, per esempio quelle di trascorrere le pause all'aria aperta o di preparare dei pasti salutarici in occasione di gite scolastiche.»

Regole: «Nella nostra scuola esistono delle regole in materia di alimentazione, attività fisica e peso corporeo sano, per esempio il divieto di installare distributori automatici di bevande zuccherate.»

Temi nelle linee guida: «Uno o più di questi temi sono inseriti nelle linee guida del programma scolastico pluriennale o annuale.»

Altra forma di inserimento: «Nella nostra scuola uno o più di questi temi sono inseriti, ma in una forma diversa.»

Temi nei piani didattici: «Sì, uno o più di questi temi sono inseriti in un'altra forma nella nostra scuola.» Questo punto non era previsto nel 2009.

Nessuna raccomandazione: «Nella nostra scuola non esistono regole né raccomandazioni su questi temi.»

#### Base di dati

I risultati si basano sui sondaggi presso i responsabili di istituti della scuola dell'obbligo (scuola materna, scuola elementare, livello secondario I) in 24 (2009, n=1383) risp. 22 (2012, n=916) Cantoni. I sondaggi sono stati finanziati da Promozione Salute Svizzera.

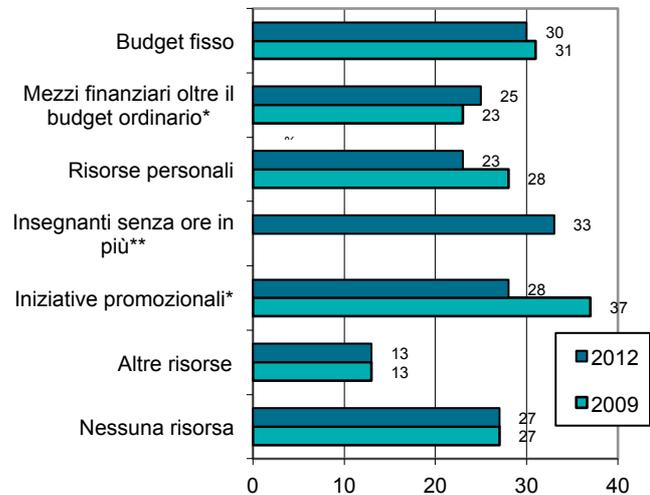
A causa della composizione leggermente diversa delle scuole partecipanti alle due indagini, il confronto nel tempo va interpretato con prudenza.

Dettagli: Ehlig et al. (2009) e Dubowicz et al. (2012) (cfr. pagina seguente).

## Altri risultati

Il grafico B illustra con quali mezzi finanziari e personali le scuole sondate promuovono le tematiche alimentazione, attività fisica e peso corporeo sano. Da quasi un quarto a un terzo delle scuole mette a disposizione risorse finanziarie e/o umane. Tuttavia, un buon quarto delle scuole non destina alcuna risorsa specifica alla promozione di queste tematiche.

B) Iniziative promozionali nelle scuole dell'obbligo in materia di alimentazione, attività fisica e peso corporeo sano, 2009 e 2012

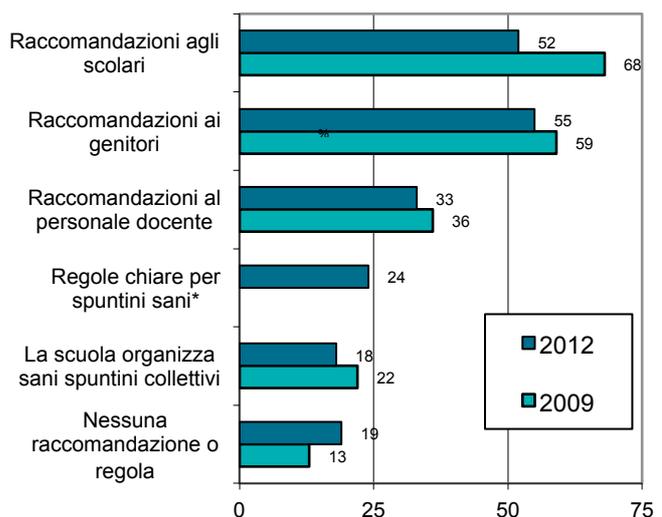


\* Altre spiegazioni riguardanti la legenda: Mezzi finanziari oltre il normale budget: «Fondi disponibili al di là del budget ordinario, per esempio erogati da Promozione Salute Svizzera, dal Cantone o dalla municipalità»; Iniziative promozionali: «per esempio aggiornamento professionale interno o esterno del personale docente, conferenze per genitori.»

\*\* Risposta non prevista nel 2009.

Per quanto riguarda gli spuntini sani, il grado di sensibilizzazione delle scuole appare complessivamente elevato: oltre la metà di esse diffonde raccomandazioni per gli scolari e i genitori (cfr. grafico C). La flessione tra il 2009 e il 2012 è probabilmente una conseguenza soprattutto della nuova categoria di risposta introdotta «regole chiare» (24 %). La percentuale delle scuole che non fa nulla è tuttavia effettivamente leggermente aumentata, passando dal 13 per cento nel 2009 al 19 per cento nel 2012.

C) Raccomandazioni e regole per uno spuntino sano presso le scuole dell'obbligo svizzere, 2009 (n=1383)



\* Risposta non prevista nel 2009.

Come mostra il grafico D, solo una minoranza delle scuole dispone di proprie offerte di spuntini. E per il momento le offerte esistenti rispondono solo in parte ai requisiti di uno spuntino sano ed equilibrato: prodotti di panetteria (panini, sandwich) sono offerti più spesso di frutta e verdura e, accanto alle bibite non edulcorate, in vari posti continuano a essere offerte bibite edulcorate e bevande a base di latte zuccherate.

Per quanto riguarda le bevande, nel grafico E spicca tuttavia il fatto che nettamente più della metà delle scuole sostiene la possibilità di bere anche durante le lezioni. Quasi l'80 per cento delle scuole intervistate adotta varie misure per promuovere l'assunzione di acqua.

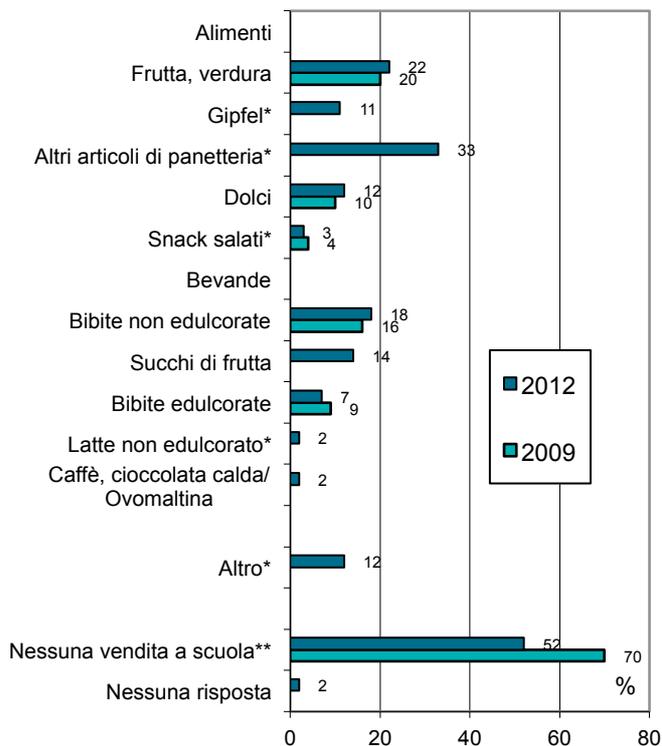
Al di là della promozione di un'alimentazione sana, molte scuole s'impegnano anche nella promozione dell'attività fisica. Gli indicatori 6.4 (offerta di attività fisiche per bambini e adolescenti) e 6.7 (sport scolastico obbligatorio) contengono maggiori informazioni in proposito.

### Altre informazioni

Ehmig, Simone C., Cristina Furrer e Janine Lenares (2009): *Bewegung und Ernährung an Schweizer Schulen*. Lugano: Istituto di Comunicazione e Salute (ARCHE).

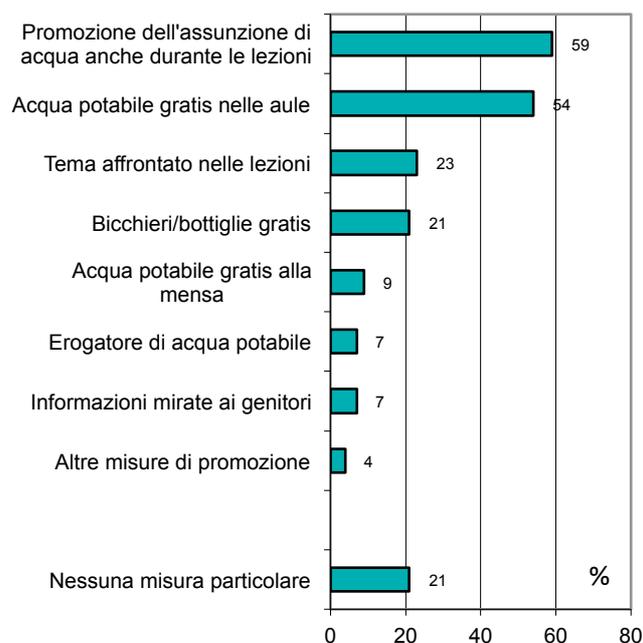
Dubowicz, A.; A.-L. Camerini,; R. Ludolph, J. Amann, e P.J Schulz, (2013): *Bewegung und Ernährung an Schweizer Schulen, Ergebnisse der zweiten Befragung von Schulleitungspersonen in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein*. Arbeitspapier 10, Berna/Losanna: Promozione Salute Svizzera.

D) Offerta di prodotti per lo spuntino della ricreazione, 2009 e 2012 (più risposte possibili, dati in % delle scuole)



\* Risposta non prevista nel 2009; \*\* Categoria nel 2009: «Nessuno di questi».

E) Promozione dell'assunzione di acqua, 2012 (più risposte possibili, dati in per cento delle scuole)



## Indicatore 6.2: spazi e superfici dedicati all'attività fisica

**Osservazione:** indicatore 5.11 dell'Osservatorio sport e movimento. Per maggiori ragguagli: [www.sportobs.ch](http://www.sportobs.ch)

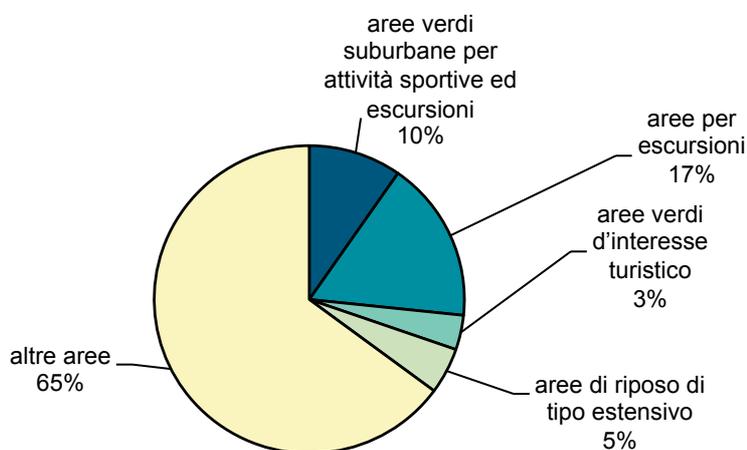
Per la pratica di attività sportive e motorie in generale non è importante solo la disponibilità di un'infrastruttura sportiva ufficiale (cfr. indicatore 6.6), bensì anche la possibilità di utilizzare spazi all'aperto, come boschi, prati, corsi d'acqua o montagne nei quali o sui quali poter svolgere svariate attività motorie (p. es. escursionismo, sport acquatici), oltre a sentieri e piste ciclabili che consentano di accedervi.

Inoltre, dato l'alto grado di urbanizzazione della Svizzera, sta aumentando l'importanza di «strutture d'insediamento che favoriscono il movimento» e che consentano di svolgere attività fisica anche nelle immediate vicinanze dell'ambiente residenziale, come per esempio zone d'incontro, parchi giochi, parchi, piste ciclabili e sentieri per passeggiate al riparo dal traffico motorizzato.

Il grafico A indica la quota di aree che in Svizzera, secondo un'analisi effettuata dall'Istituto di economia del turismo (ITW) della Scuola universitaria di Lucerna, possono essere utilizzate «essenzialmente per attività sportive e motorie». Questo prospetto consente di qualificare oltre un terzo della superficie della Svizzera come «superficie destinata all'attività fisica», con aree ricreative suburbane e aree escursionistiche che rappresentano oltre un quarto della superficie totale.

Nessun dato è finora disponibile sulle citate «strutture d'insediamento che favoriscono il movimento», ma l'esistenza di progetti per la promozione di tali strutture in molte città svizzere dovrebbe far sì che nei prossimi anni questa lacuna possa essere colmata.

### A) Percentuale di aree per attività sportive e ricreative in rapporto alla superficie totale della Svizzera, 2007



Fonte: ITW 2007.

#### Base di dati

Il grafico A è basato sullo studio «Importanza economica delle infrastrutture sportive in Svizzera» dell'ITW di Lucerna (2007).

Altri dati contenuti nel rapporto dettagliato dell'Osservatorio sport e movimento sono stati tratti dagli indicatori inerenti al programma «Rete d'osservazione del paesaggio svizzero» (LABES), dalle relazioni annuali della Federazione svizzera per i sentieri e dalle tabelle statistiche della fondazione SvizzeraMobile.

### Indicatore 6.3: azioni promosse in ambito economico

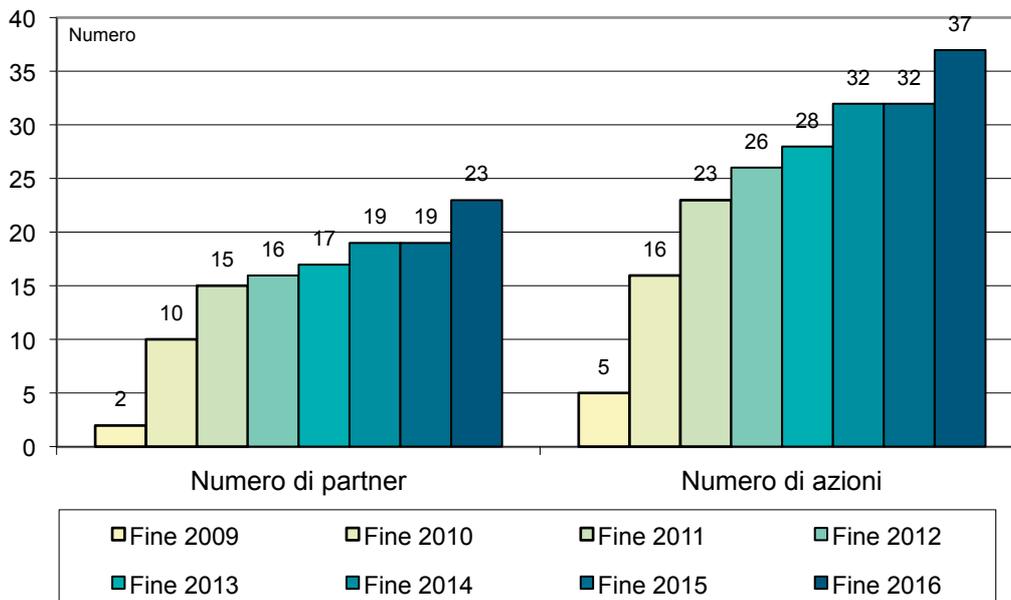
Il raggiungimento dell'obiettivo di un'alimentazione equilibrata e di una sufficiente attività fisica dipende anche dalla disponibilità o meno di adeguate offerte alimentari e di attività fisica. Questo significa poter usufruire di servizi molto differenziati, come ad esempio la messa a disposizione di un'adeguata e facilmente accessibile infrastruttura destinata all'attività sportiva e motoria, oppure poter contare su prodotti alimentari a basso costo che favoriscono un'alimentazione equilibrata e quindi un corretto bilancio energetico.

L'iniziativa «actionsanté» promossa dall'UFSP e dall'USAV mira a motivare le aziende a migliorare e ad adeguare le loro offerte nell'ambito dell'alimentazione e dell'attività fisica. Essa si rivolge a imprese disposte a presentare una promessa di azione volontaria e a definire iniziative concrete, ricevendo in contropartita supporto specialistico e l'autorizzazione a far uso del logo di actionsanté nell'ambito della comunicazione del proprio impegno.

Possono essere svolte azioni in quattro settori: 1) composizione e offerta di alimenti, 2) marketing e pubblicità, 3) promozione di un ambiente favorevole all'attività fisica e 4) alfabetizzazione sanitaria

Come mostra il grafico seguente, dall'avvio di actionsanté il numero delle imprese partner è passato da due a 23 e quello delle azioni da cinque a 37. 13 partner hanno aderito all'azione Swiss Pledge. La loro collaborazione con actionsanté si è conclusa alla fine del 2014 e attualmente sono in corso nuove trattative. Swiss Pledge designa l'impegno a rinunciare a pubblicizzare prodotti per bambini di età inferiore a 12 anni.

A) Numero cumulativo di partner di actionsanté e di azioni, dal 2009 a fine 2016



Fonte: dati di actionsanté.

#### Base di dati

Dati forniti dalla direzione di progetto di actionsanté.

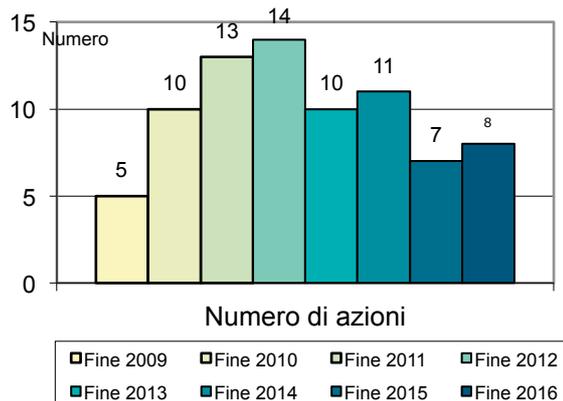
Informazioni dettagliate su actionsanté, promesse di azione e condizioni di partecipazione sono disponibili sul sito web di actionsanté:

<http://www.actionsante.ch>

## Altri risultati

L'interruzione (provvisoria) della collaborazione con Swiss Pledge e la conclusione di altre azioni ha determinato una riduzione delle azioni in corso nel 2015. Per fine 2015 nel quadro di actionsanté erano in atto sette promesse d'azione, e per fine 2016 otto promesse d'azione. Dal 2010 al 2014 si sono svolte almeno dieci azioni all'anno.

B) Azioni in corso per anno, 2009-2016



Osservazione: «Swiss Pledge» è stato conteggiato solo una volta all'anno.

Come mostra il grafico C, le attuali promesse di azione delle imprese aderenti ad actionsanté sono incentrate sul cambiamento della composizione e dell'offerta di generi alimentari (sale, grassi, zuccheri). Particolare importanza è attribuita alla riduzione del tenore di sale in alimenti selezionati, come previsto anche dalla Strategia sale dell'Ufficio federale della sicurezza alimentare e di veterinaria USAV (cfr. indicatore 2.5).

Per quanto riguarda le azioni in materia di marketing e pubblicità occorre tener presente che Swiss Pledge è un'iniziativa sottoscritta da 13 partner.

C) Punti chiave tematici delle azioni delle organizzazioni aderenti ad actionsanté (37 azioni di 23 organizzazioni partecipanti, stato fine 2016)



## Altre informazioni

Sito web di actionsanté:  
[www.actionsante.ch](http://www.actionsante.ch)

## Indicatore 6.4: offerta di attività fisiche per bambini e adolescenti

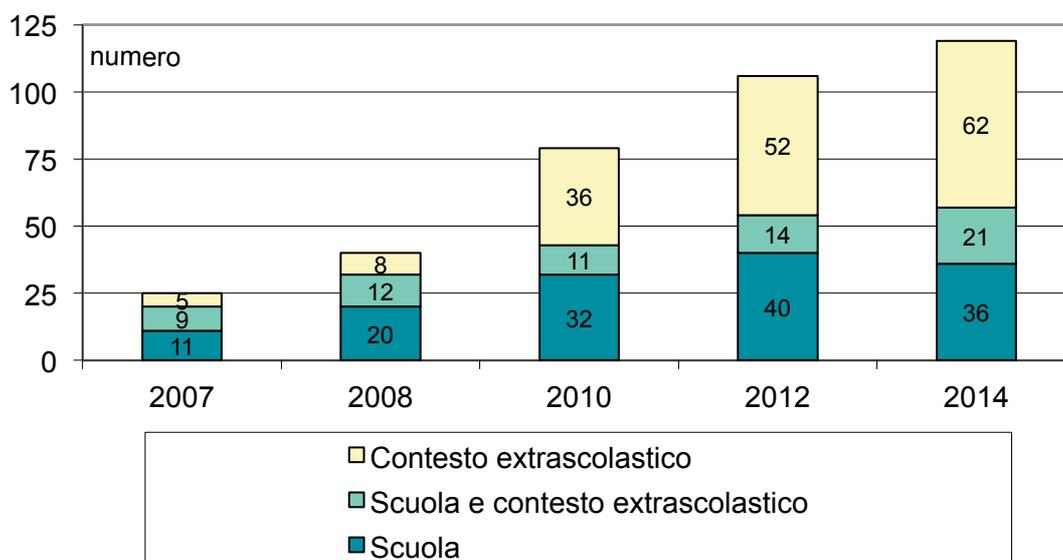
**Osservazione:** indicatore 1.6 dell'Osservatorio sport e movimento; maggiori dettagli figurano sulla pagina web: [www.sportobs.ch](http://www.sportobs.ch)

La promozione dell'attività fisica al di fuori delle ore obbligatorie di educazione fisica acquista un'importanza sempre maggiore, in considerazione della crescente scarsità di movimento che caratterizza il mondo dei bambini e degli adolescenti. Negli scorsi anni, sono state lanciate diverse campagne e vari programmi rivolti ai bambini, tesi in particolar modo a promuovere l'esercizio fisico.

Dal grafico A emerge che nel 2014 risultavano registrati nella banca dati della Scuola universitaria federale dello sport di Macolin (SUFSM) 119 progetti di promozione del movimento. Dal 2007, il numero dei progetti era quindi quasi quintuplicato. Circa la metà dei progetti (52 %) si occupa del contesto extrascolastico (p. es. offerte di consulenza per i genitori di bambini piccoli o le famiglie migranti), mentre 36 progetti (30 %) vedono nella scuola il partner più importante nella promozione dell'attività fisica e pongono l'istituzione scolastica al centro delle proprie attività. Un sesto dei progetti (18 %) collega l'ambito scolastico a quello extrascolastico (p. es. attraverso una società sportiva).

Occorre tuttavia tener presente che la raffigurazione nel grafico inganna leggermente, perché contiene anche i progetti conclusi, oltre a quelli in corso. Al contempo non essendovi alcun obbligo di registrare i progetti nella banca dati la panoramica potrebbe essere lacunosa.

A) Focalizzazione sui programmi di promozione del movimento registrati nella banca dati della SUFSM e rivolti ai bambini e agli adolescenti, 2007-2014



Fonte: Banca dati «Children on the Move» dell'UFSP.

### Base di dati

Panoramica dei progetti nella banca dati «Children on the Move» dell'UFSP.

Altre informazioni sono disponibili sul sito dell'Osservatorio sport e movimento.

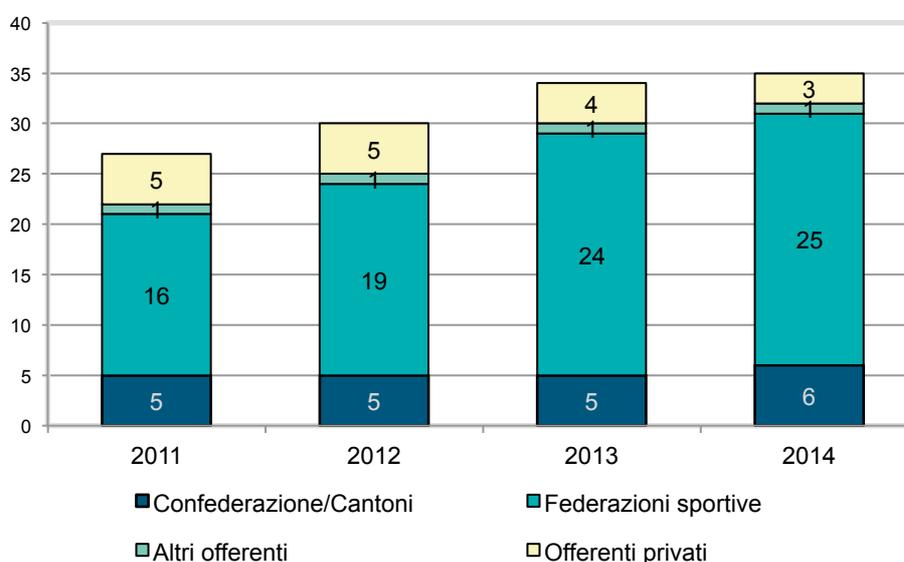
## Indicatore 6.5: offerta di attività sportive per adulti

**Osservazione:** indicatore 1.8 dell'Osservatorio sport e movimento; per maggiori raggugli: [www.sportobs.ch](http://www.sportobs.ch)

L'attività sportiva svolge un ruolo importante per la promozione della salute e la prevenzione anche in età adulta e devono quindi essere create condizioni quadro ottimali per sostenerla. Fino a qualche anno fa, lo «sport per adulti» era la cenerentola della politica svizzera in materia di sport. Con «G+S» era ed è proposta un'offerta ampia e ben radicata per i bambini e gli adolescenti; inoltre sotto l'etichetta «Sport nella terza età» la Confederazione si occupava, in collaborazione con altre organizzazioni, delle persone a partire dai 45 anni. Il gruppo dei giovani adulti era invece sempre stato trascurato. Su questo sfondo, nel 2009 l'Ufficio federale dello sport in collaborazione con varie organizzazioni partner ha varato un programma di promozione dello sport intitolato «Sport per gli adulti Svizzera» (esa), che si rivolge a persone a partire dai 20 anni, colmando la lacuna tra G+S e l'ex «Sport nella terza età». La Confederazione s'impegna in particolare nel coordinamento della formazione di base e continua dei monitori dello sport di massa, mentre le organizzazioni partner elaborano e realizzano le offerte concrete.

Finora al programma hanno aderito complessivamente 35 organizzazioni, una in più dell'anno precedente. Come mostra il grafico A, rivestono particolare importanza le federazioni sportive e altri offerenti (p. es. Pro Senectute). Sei organizzazioni partner sono tuttavia costituite da servizi ufficiali e tre da offerenti privati.

### A) Ripartizione delle organizzazioni partner di Sport per gli adulti Svizzera secondo il genere di organizzazione, 2011-2014



Fonte: Sport per gli adulti Svizzera.

### Base di dati

Dati di Sport per gli adulti Svizzera (esa) presso l'Ufficio federale dello sport (UFSP).

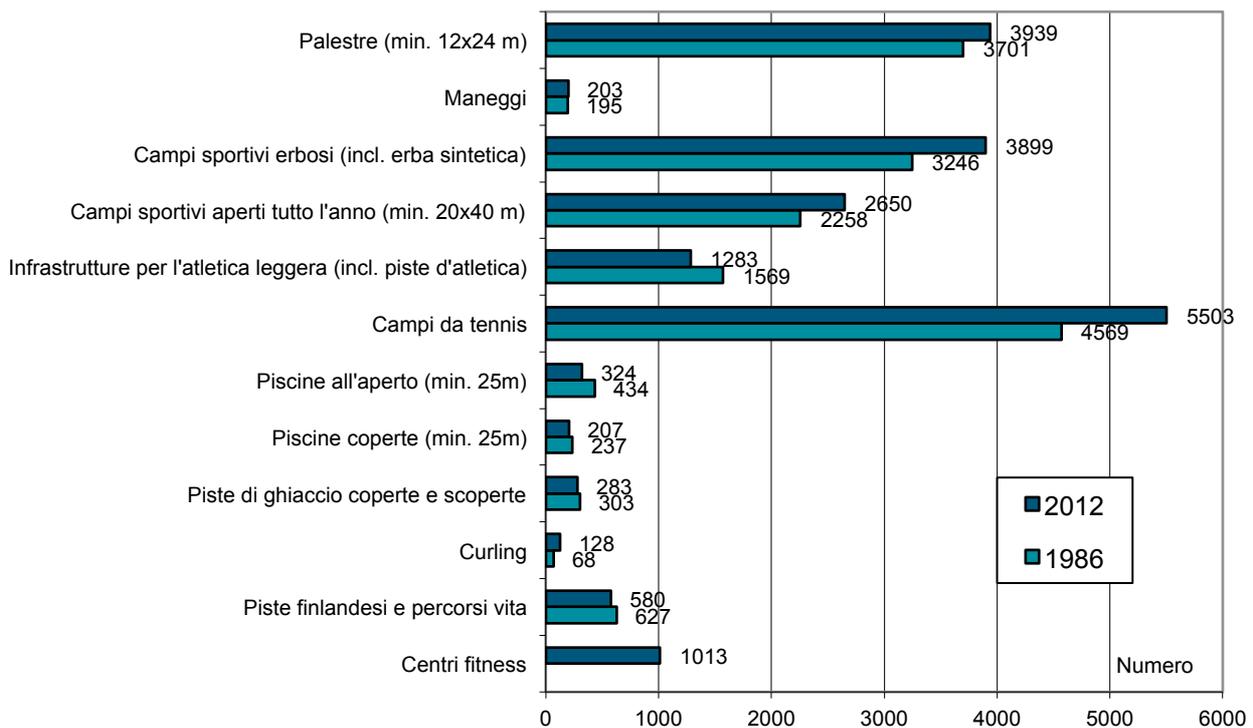
## Indicatore 6.6: impianti sportivi

**Osservazione:** indicatore 5.10 pubblicato dall'Osservatorio sport e movimento. Per maggiori raggugli: [www.sportobs.ch](http://www.sportobs.ch) (in tedesco)

Disporre di impianti sportivi adeguati è una premessa importante per promuovere lo sport e l'attività fisica. Mentre l'indicatore 6.2 include dati sugli spazi generalmente utilizzabili per l'attività fisica (come sentieri per escursionisti e percorsi ciclabili), questo capitolo concerne gli impianti sportivi in senso stretto.

Dopo che l'Ufficio federale di statistica (UST) ha rinunciato nel 1986 alla sua statistica sugli impianti sportivi, il tema è stato ripreso dall'Ufficio federale dello sport (UFSP) in una serie di nuovi studi. Secondo l'ultima di queste rilevazioni, riferita alla situazione del 2012, in Svizzera esistono quasi 32 000 unità di impianto\*, come palestre e campi sportivi erbosi, impianti di minigolf o poligoni di tiro. Il grafico mostra che negli ultimi 26 anni sono avvenuti alcuni importanti cambiamenti: ad esempio è aumentato nettamente il numero di impianti di curling, campi da tennis e campi sportivi erbosi, mentre si è ridotto quello delle grandi piscine all'aperto e delle infrastrutture per l'atletica leggera. È interessante anche la cifra dei centri fitness, l'ultima nella figura, i quali nel 1986 non figuravano nel censimento perché a quel tempo praticamente non esistevano ancora.

### A) Numero di impianti sportivi selezionati in Svizzera, 1986 e 2012



Fonte: UST (1989) e Balthasar et al. (2013). I dati sulle piscine all'aperto nel 1986 sono stati adeguati dopo consultazione di esperti dell'UFSP.

\* Nello studio di Balthasar et al. viene operata una distinzione tra unità di impianto sportivo (p. es. un campo da tennis) e impianti complessivi (diversi campi da tennis in un tennis club).

#### Base di dati

Ufficio federale di statistica (1989): Impianti ginnici e sportivi in Svizzera 1986. Berna: UST.

Balthasar, Andreas, Oliver Bieri, Brigit Laubereau, Tobias Arnold, Heinz Rütter, Christian Höchli, Andreas Rieser, Jürg Stettler e Roger Wehrli (2013):

Sportanlagenstatistik Schweiz 2012. Luzern, Rüslikon: Interface, HSLU, Rütter+Partner.

Per maggiori informazioni si rimanda al sito web dell'Osservatorio sport e movimento (indicatore 5.10) e alle fonti citate.

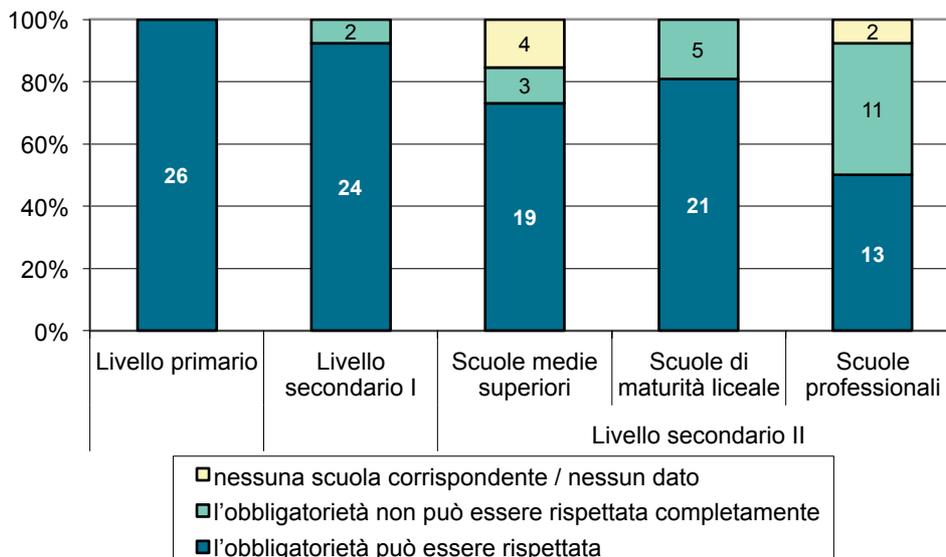
## Indicatore 6.7: sport scolastico obbligatorio

**Osservazione:** indicatore 2.1 pubblicato dall'Osservatorio sport e movimento. Per maggiori ragguagli: [www.sportobs.ch](http://www.sportobs.ch) (in tedesco)

L'insegnamento dell'educazione fisica è obbligatorio nelle scuole dell'obbligo svizzere. Dal 1987 quest'obbligo è sancito dall'ordinanza sulla promozione dello sport e dell'attività fisica (ordinanza sulla promozione dello sport, OPSpo). Nel 2012 è stato confermato anche dalla nuova legge sulla promozione dello sport. L'obbligo dello sport scolastico è precisato come segue. Nella scuola dell'infanzia a frequenza obbligatoria, rispettivamente nei primi due anni del livello primario della durata di otto anni, le attività fisiche e sportive vanno integrate nell'insegnamento quotidiano, senza specificare nel dettaglio le modalità. A livello primario e secondario I devono essere impartite almeno tre lezioni settimanali di educazione fisica, mentre a livello secondario II (licei, scuole medie superiori) vanno distribuite almeno 110 lezioni lungo l'anno scolastico. Per la formazione di base a impostazione aziendale (apprendistato professionale) l'insegnamento dell'educazione fisica comprende, a seconda del numero di lezioni annuali di cultura generale e in materie professionali specifiche (< 520 lezioni o ≥ 520 lezioni), almeno 40, rispettivamente 80 lezioni all'anno. Anche per la formazione di base a impostazione scolastica l'insegnamento dell'educazione fisica comprende almeno 80 lezioni per anno scolastico.

I dati del grafico A si basano sulle informazioni fornite dai Cantoni nel quadro del sondaggio cantonale 2014/15 della Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione (CDPE). A livello primario e secondario I, le prescrizioni di legge sono osservate dalla grande maggioranza dei Cantoni. In due Cantoni (GE e JU) gli allievi del livello secondario I, almeno in parte, frequentano solo due lezioni di educazione fisica alla settimana. In alcuni Cantoni le prescrizioni sull'obbligo non sono rispettate nelle scuole medie superiori (GE, NE, VD) e nelle scuole di maturità liceale (GE, NE, TI, VD, VS). Undici Cantoni ammettono di non poter offrire integralmente l'insegnamento obbligatorio dell'educazione fisica nelle scuole professionali di base. Spesso come motivo adducono il numero insufficiente di palestre disponibili.

### A) Osservanza dell'obbligo di insegnamento dell'educazione fisica secondo il livello scolastico nell'anno 2014/15 (numero di Cantoni)



Fonte: Sondaggio cantonale IDES 2014/2015 della CDPE.

#### Base di dati

I dati per l'anno scolastico 2014/15 (grafico A) provengono dal sondaggio cantonale IDES 2014/2015 della CDPE.

Per maggiori informazioni si rimanda al sito web dell'Osservatorio sport e movimento (indicatore 2.1).

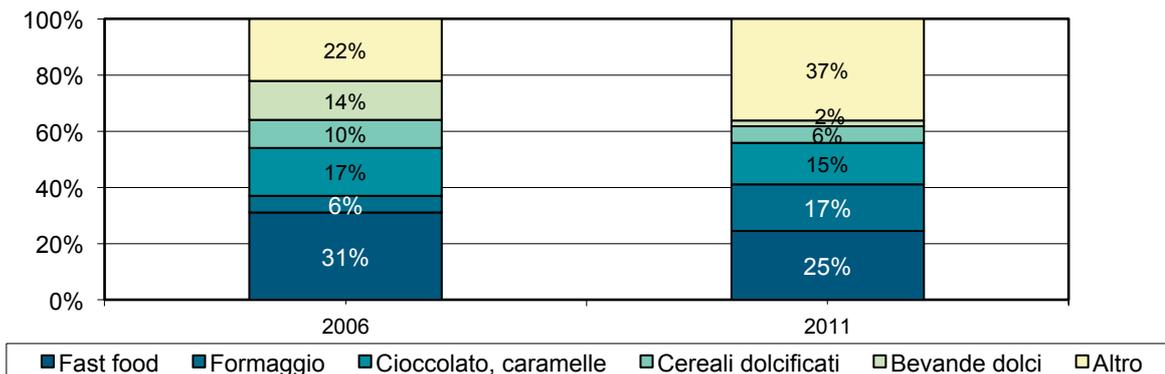
## Indicatore 6.8: pubblicità rivolta a bambini/adolescenti

Il comportamento in fatto di televisione e, in particolare, la pubblicità trasmessa in televisione può influire sulla scelta degli alimenti nei bambini. In particolare la pubblicità per prodotti contenenti zucchero e grassi è sospettata di contribuire al sovrappeso di bambini e adolescenti.

Nel 2006 in Svizzera sono stati esaminati il contenuto e il tipo di pubblicità nel quadro dei programmi televisivi per bambini (KIWI 1); nel 2011 è seguita una seconda indagine (KIWI 2). Nel lasso di tempo intercorso tra le due indagini, alcune aziende si sono volontariamente dichiarate disposte a porre un limite alla pubblicità televisiva rivolta ai bambini, aderendo all'iniziativa denominata Swiss Pledge (cfr. anche l'indicatore 6.3). Tuttavia, solo il 20 per cento di tutte le pubblicità di alimenti trasmesse in televisione durante i programmi per bambini proviene proprio da quelle aziende che si sono impegnate a raggiungere gli obiettivi di Swiss Pledge. Oltre tre quarti di questi spot pubblicitari non ottemperano alle raccomandazioni alimentari emanate dagli esperti internazionali. Complessivamente, nel 2011 la percentuale di pubblicità sulle trasmissioni esaminate ammontava all'11 per cento. Un bambino che guarda ogni giorno la televisione per un'ora, annualmente vede quasi 40 ore di pubblicità o 6750 spot pubblicitari. Sul totale delle pubblicità per bambini, quelle che pubblicizzano generi alimentari detengono la percentuale più consistente (il 24 %), piazzandosi prima delle pubblicità di giocattoli (il 12 %) e di quelle per servizi (il 9 %). Rispetto alla prima indagine KIWI del 2006, la quota delle pubblicità di alimenti sul totale è tuttavia notevolmente diminuita, regredendo 13 punti percentuali.

Nel grafico A viene effettuato un paragone tra i prodotti pubblicizzati nel 2006 e nel 2011. La percentuale dei prodotti *fast food* è calata significativamente, mentre quella dei prodotti caseari è quasi triplicata. Uno spot su tre pubblicizza prodotti ben poco salutari, come i dolci, gli snack salati e le bevande dolcificate o alcoliche. Comunque nel 2011 vi erano ancora solo molto poche pubblicità di bevande dolci (l'1,9 %), mentre nel 2006 quest'ultime figuravano ancora in uno spot su sette. Il motivo di tale diminuzione potrebbe essere ricercato in una ripercussione positiva di Swiss Pledge (cfr. anche l'indicatore 6.3) nonché nel calo generalizzato della pubblicità delle derrate alimentari.

### A) Percentuale dei gruppi di alimenti pubblicizzati sui canali televisivi svizzeri durante e dopo le trasmissioni per bambini, nel 2006 e nel 2011



Fonte: indagine KIWI, n 2006 = 1762, n 2011 = 2923. Soltanto prodotti con una percentuale  $\geq 3$  per cento in entrambi i momenti di misurazione.

#### Base di dati

I dati provengono dalla prima e dalla seconda indagine KIWI sulla pubblicità televisiva rivolta a bambini e adolescenti, effettuate nel 2006 e nel 2011.

Pfenniger, B. (2013): «Publicités alimentaires à l'attention des enfants sur les chaînes de télévision suisse des trois régions linguistiques. Octobre-novembre 2011. Etude KIWI 2». Fédération romande des consommateurs,

Stiftung für Konsumentenschutz, Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana, Lausanne, Bern, Breganzona.

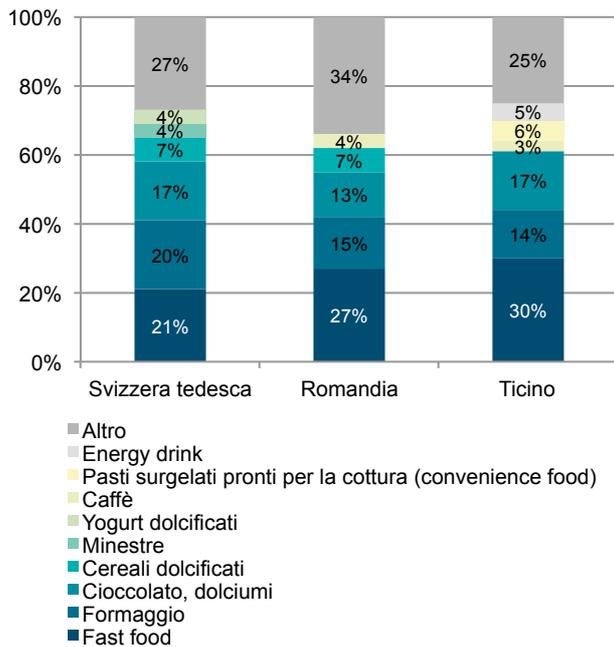
L'indagine è stata eseguita con il sostegno di Promozione Salute Svizzera, dei Cantoni francofoni CLASS, nonché di Simone Keller e Seraphina Zurbruggen dell'ICH.

Osservazione: gli studi KIWI 1 e KIWI 2 non sono completamente paragonabili tra loro a causa di alcune differenze nei periodi d'indagine.

### Altri risultati

Sui sei canali televisivi esaminati nell'indagine KIWI, due erano della Svizzera tedesca (SF1 e SF2), due della Svizzera francese (Romandia; RTS1 e RTS2) e due della Svizzera italiana (Ticino; RSI1 e RSI2). Nonostante dal grafico B risultino alcune differenze tra le regioni linguistiche, le pubblicità di *fast food*, formaggio e prodotti a base di cioccolato nel periodo di tempo preso in esame costituivano ovunque più della metà del totale degli spot. Sia il *fast food* sia i *cornflakes* e altri tipi di cereali vengono pubblicizzati soprattutto di mattina, durante le serie televisive per bambini. Per la frutta o la verdura non vi è praticamente nessuno spot pubblicitario.

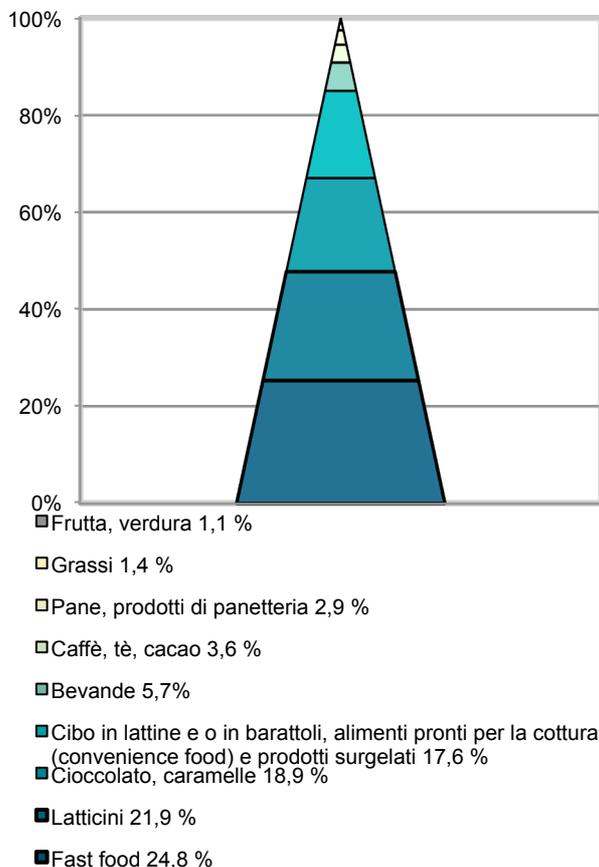
B) Percentuale dei gruppi di alimenti pubblicizzati sui canali televisivi regionali, nel 2011



Fonte: KIWI 2 2012. Soltanto prodotti con una percentuale  $\geq 3$  per cento.

Se i bambini o loro i genitori componessero la propria alimentazione in base alla frequenza delle pubblicità di alimenti trasmesse in televisione, la loro piramide alimentare sarebbe come nel grafico C. Quasi un quarto dell'alimentazione sarebbe costituito da *fast food*, mentre un ulteriore quinto del totale da dolciumi. Frutta o verdura non comparirebbero quasi mai in tavola. La piramide alimentare, simbolo di un'alimentazione equilibrata, risulterebbe pressoché ribaltata.

C) Piramide alimentare secondo la pubblicità televisiva, 2011



Fonte: KIWI 2 2012.

### Altre informazioni

Cfr. osservazioni sulla base di dati

## Appendice: panoramica dei precedenti aggiornamenti del rapporto sugli indicatori

Tabella A.1: Quadro generale degli aggiornamenti e integrazioni apportati al sistema di indicatori relativo al MOSEB tra dicembre 2009 e maggio 2010

N.	Indicatore	Tipo di modifica	Commento
-	Modifiche generali		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si rinuncia alla differenziazione tra «indicatori principali» e «Indicatori chiave» a favore delle definizioni «Indicatori chiave» e «Indicatori supplementari».</li> <li>• Nella tabella 1, oltre alla dipendenza da indicatori esistenti e indicatori ancora mancanti, viene ora annotato il grado di completezza con cui gli indicatori già esistenti hanno potuto essere rielaborati.</li> </ul>
CS.1	Orientamento del comportamento alimentare in base ai messaggi alimentari	Agg.	Completamento con dati tratti dallo studio Coop «Obiettivo sui trend alimentari» tramite raccolta di indicatori di Promozione Salute Svizzera
CS.2	Accettazione, percezione e comprensione dei temi di attualità nel contesto dell'alimentazione e dell'attività fisica	Agg.	Piccolo completamento con dati tratti dallo studio Coop «Obiettivo sui trend alimentari» tramite raccolta di indicatori di Promozione Salute Svizzera
CS.4	Conoscenza dei nessi esistenti tra alimentazione, attività fisica e peso corporeo sano	Agg.	Completamento con dati tratti dallo studio Coop «Obiettivo sui trend alimentari»
CS.5	Ostacoli per una alimentazione sana	Agg.	Completamento con dati tratti dallo studio Coop «Obiettivo sui trend alimentari»
CS.6	Conoscenza delle raccomandazioni alimentari	Agg.	Completamento con dati tratti dallo studio Coop «Obiettivo sui trend alimentari»
CS.10	Rapporto su alimentazione e attività fisica	Agg.	Inserimento dei risultati relativi al monitoraggio mediatico di Promozione Salute Svizzera tramite la sua raccolta di indicatori
CN.2	Consumo di generi alimentari	Nuovo	Prima versione basata sul 5° Rapporto sull'alimentazione in Svizzera
CN.5	Consumo di sale	Nuovo	Prima versione basata su dati del Bus Santé (studio di Beer-Borst et al. 2009)
CN.6	Comportamento culinario		Indicatore non ancora disponibile; nuovi dati inerenti al «comportamento culinario» sono tuttavia in programma per autunno 2010
CN.9	Colazione e altri pasti	Agg.	Completamento con dati tratti dallo studio Coop «Obiettivo sui trend alimentari»
CM.1	Comportamento motorio della popolazione residente adulta	Agg.	Inserimento di un link supplementare con la raccolta di indicatori dell'Obsan
CM.4	Attività fisiche quotidiane, durante il tempo e su tragitti percorsi giornalmente	Agg.	Eliminazione del rimando all'Obsan, non essendo accessibili le relative informazioni

Tabella A.1 (continuazione)

N.	Indicatore	Tipo di modifica	Commento
PC.1	IMC della popolazione residente adulta (dati del sondaggio)	Agg.	Aggiornamento del link con l'indicatore dell'Obsan
PC.3	IMC di bambini e adolescenti	Agg.	Aggiornamento con dati dell'anno scolastico 2008/09
PC.7	Desiderio di cambiare peso ed esperienze dietetiche	Agg.	Completamento di dati riguardanti le abitudini dietetiche e nuovo titolo
SS.1	Malattie non trasmissibili legate all'alimentazione e all'attività fisica	Agg.	Modifica della struttura; il grafico principale ora rimanda ai trattamenti e alle diagnosi; inserimento di un link supplementare con la raccolta indicatori dell'Obsan e dell'UST
SS.3	Autonomia fisica delle persone anziane nello svolgimento delle attività quotidiane	Agg.	Aggiornamento del link con la raccolta indicatori dell'Obsan
SS.4	Lesioni e infortuni sportivi	Agg.	Aggiornamento tramite l'Osservatorio sport e movimento
SS.5	Stato di salute soggettivo	Agg.	Aggiornamento del link con la raccolta indicatori dell'Obsan
SS.7	Costi generati da sovrappeso e obesità	Nuova voce	Nuovo inserimento basato sugli studi di HealthEcon
CQ.3	Campagne promosse in ambito economico e istituzionale	Nuovo	Prima versione con dati relativi ad actionsanté
CQ.4	Offerte per l'alimentazione e l'attività fisica in ambiti specifici	Nuovo	Prima versione con dati inerenti alla scuola dell'obbligo, basati sullo studio dell'ARCHE Lugano
CQ.8	Sport scolastico obbligatorio	Agg.	Aggiornamento tramite l'Osservatorio sport e movimento

Tabella A.2: Quadro generale degli aggiornamenti e integrazioni apportati al sistema di indicatori relativo al MOSEB tra giugno 2010 e gennaio 2011

N.	Indicatore	Tipo di modifica	Commento
	Adeguamenti generali		È stata inserita un'appendice da cui si evincono le precedenti fasi di aggiornamento.
CS.2	Accettazione/percezione dei temi relativi all'alimentazione e all'attività fisica	Agg.	Aggiornamento con dati del sondaggio 2009 di Promozione Salute Svizzera
CS.4	Conoscenza dei nessi tra alimentazione e attività fisica	Agg.	Aggiornamento con dati del sondaggio 2009 di Promozione Salute Svizzera
CS.5	Ostacoli per un'alimentazione sana	Agg.	Ampliamento con dati dello studio pilota NANUSS (grafico G)
CS.6	Conoscenza delle raccomandazioni alimentari	Agg.	Aggiornamento con dati del sondaggio 2009 di Promozione Salute Svizzera e ampliamento in base allo studio pilota NANUSS (grafico G)
CS.7	Percezione dell'offerta e delle informazioni alimentari	Agg.	Completamento con dati sull'attenzione verso i dati nutrizionali dello studio pilota NANUSS e sulla preferenza per i vari sistemi di etichettatura di uno studio della SSN
CN.5	Consumo di sale	Agg.	Completamento con dati sull'«aggiunta di sale» dello studio pilota NANUSS
CN.6	Comportamento culinario	Nuovo	Nuovo indicatore basato sui dati dello studio Coop «Obiettivo sui trend alimentari» e dello studio pilota NANUSS
PC.1	IMC della popolazione residente adulta (dati del sondaggio)	Agg.	Adeguamento dei limiti di età: la presentazione riguarda ora persone a partire dai 18 anni (invece dei 15 precedentemente contemplati)
PC.2	IMC della popolazione residente adulta (misurazione diretta)	Nuovo	Nuovo indicatore basato sui dati della popolazione ginevrina provenienti dal Bus Santé 1993-2007
PC.5	Grado di soddisfazione per il proprio peso corporeo	Agg.	Aggiornamento con dati del sondaggio 2009 di Promozione Salute Svizzera
PC.7	Desiderio di cambiare peso ed esperienze dietetiche	Agg.	Piccolo completamento con dati inerenti alle esperienze dietetiche tratti dallo studio pilota NANUSS
SS.1	Malattie non trasmissibili legate all'alimentazione e all'attività fisica	Agg.	Completamento basata sui dati della popolazione ginevrina tratti dal Bus Santé 1993-200
CQ.2	Spazi e superfici dedicati all'attività fisica	Nuovo	Nuovo indicatore proveniente dall'Osservatorio sport e movimento
CQ.3	Campagne promosse in ambito economico e istituzionale	Agg.	Completamento e aggiornamento basati su dati attuali di actionsanté

Tabella A.3: Panoramica degli aggiornamenti e integrazioni del sistema di indicatori per il MOSEB introdotti tra gennaio e ottobre 2011

N.	Indicatore	Tipo di modifica	Commento
	Modifiche generali		Nuova numerazione e ordine degli indicatori
CS.2	Accettazione/percezione dei temi relativi all'alimentazione e all'attività fisica	Eliminato	Eliminazione e Completamento negli indicatori 1.5 e 1.7
CM.8	Appartenenza a centri fitness/società sportive	Eliminato	Eliminazione e Completamento nel nuovo indicatore 3.5 «Attività sportiva»
B.5	Comportamento motorio: forza e mobilità	Eliminato	Eliminazione poiché nei prossimi anni non sono attesi particolari risultati
PC.9	IMC di adulti in giovane età	Eliminato	Eliminazione e Completamento negli indicatori 4.3 e 4.8
CQ.1	Offerte nell'ambito della prevenzione	Eliminato	Eliminazione poiché nei prossimi anni non sono attesi molti dati
2.2	Comportamento alimentare di bambini/adolescenti	Agg.	Completamento con dati dello studio HBSC 2010; aggiornamento tramite il monitoraggio di Promozione Salute Svizzera
2.3	Spesa per generi alimentari selezionati	Agg.	Aggiornamento in base all'IBED 2008 tramite il monitoraggio di Promozione Salute Svizzera
3.2	Comportamento motorio di bambini/adolescenti	Agg.	Completamento con dati dello studio HBSC 2010; aggiornamento tramite il monitoraggio di Promozione Salute Svizzera
3.5	Attività sportiva	Nuovo	Nuovo indicatore; è disponibile una prima versione, che nel 2012 sarà ampliata dall'Osservatorio sport e movimento.
3.6	Inattività fisica	Nuovo	Nuovo indicatore preparato; risultati dal sondaggio Omnibus dell'UFSP seguiranno nel 2012
3.7	Prestazione sportiva di giovani adulti	Nuovo	Nuovo indicatore dell'Osservatorio sport e movimento in collaborazione con l'UFSP
4.2	IMC di bambini/adolescenti	Agg.	Aggiornamento tramite il monitoraggio di Promozione Salute Svizzera
4.3	IMC della popolazione residente adulta (misurazione diretta)	Agg.	Aggiornamento con dati storici sulle persone soggette all'obbligo di leva (tramite l'indicatore 2B di Promozione Salute Svizzera)
6.3	Campagne promosse in ambito economico e istituzionale	Agg.	Aggiornamento
6.5	Offerta di attività sportive per adulti	Agg.	Aggiornamento tramite l'Osservatorio sport e movimento

Tabella A.4: Panoramica degli aggiornamenti e integrazioni del sistema di indicatori per il MOSEB introdotti tra ottobre 2011 e giugno 2012

N.	Indicatore	Tipo di modifica	Commento
1.4	Ostacoli per un'alimentazione sana	Agg.	Aggiunta di un commento sulla relazione tra gli ostacoli e il background migratorio
2.2	Comportamento alimentare di bambini/adolescenti	Agg.	Adeguamento della registrazione tramite Promozione Salute Svizzera
2.5	Consumo di sale	Agg.	Completamento con dati dello studio dell'UFSP sul consumo di sale della popolazione svizzera
2.8	Micronutrienti	Nuovo	Nuovo indicatore basato sullo studio pilota NANUSS, sullo studio sul selenio dell'UFSP e sul Quinto rapporto sull'alimentazione
2.9	Colazione e altri pasti	Agg.	Completamento con dati dello studio HBSC 2010
3.2	Comportamento motorio di bambini/adolescenti	Agg.	Adeguamento della registrazione tramite Promozione Salute Svizzera
3.4	Mobilità fisicamente attiva	Agg.	Aggiornamento con dati dell'Omnibus 2011 dell'UST (GPAQ)
3.5	Attività sportiva	Agg.	Aggiornamento tramite l'Osservatorio sport e movimento
3.6	Sedentarietà	Nuovo	Dati provenienti dall'Omnibus 2011 dell'UST (GPAQ)
3.8	Partecipazione a offerte G+S	Agg.	Aggiornamento tramite l'Osservatorio sport e movimento
4.1	IMC della popolazione residente adulta	Agg.	Aggiornamento con dati dell'Omnibus 2011 dell'UST (GPAQ)
4.2	IMC di bambini/adolescenti	Agg.	Aggiornamento tramite Promozione Salute Svizzera in base al monitoraggio dell'IMC a Basilea, Berna e Zurigo, anno scolastico 2010/11
4.3	IMC della popolazione residente adulta (misurazione diretta)	Agg.	Aggiornamento con dati dello studio dell'UFSP sul consumo di sale della popolazione svizzera
4.4	Circonferenza/rapporto vita-fianchi (WHR)	Nuovo	Dati provenienti dallo studio dell'UFSP sul consumo di sale della popolazione svizzera
4.6	Grado di soddisfazione per il proprio peso corporeo (bambini/adolescenti)	Agg.	Completamento con nuovi dati provenienti dallo studio HBSC 2010, tramite Promozione Salute Svizzera
5.1	Malattie non trasmissibili	Agg.	Completamento con dati sull'ipertensione provenienti dallo studio dell'UFSP sul consumo di sale della popolazione svizzera
5.6	Livello ed evoluzione degli infortuni sportivi	Agg.	Aggiornamento tramite l'Osservatorio sport e movimento
5.8	Disturbi alimentari	Nuovo numero	Nuovo numero (ex indicatore 2.8) e spostamento; integrazioni in base allo studio dell'UFSP sulla prevalenza dei disturbi alimentari.
6.3	Azioni promosse in ambito economico	Agg.	Aggiornamento in base a dati della direzione del progetto

Tabella A.5: Panoramica degli aggiornamenti e integrazioni del sistema di indicatori per il MOSEB introdotti tra giugno 2012 e gennaio 2013

N.	Indicatore	Tipo di modifica	Commento
1.1	Orientamento del comportamento alimentare in base ai messaggi alimentari	Agg.	Piccola aggiunta concernente i dati emersi dalla meta-indagine della SSN
1.6	Percezione dell'offerta alimentare	Agg.	Completamento con dati dello studio MACH Consumer e dello studio del Politecnico federale sull'etichettatura del valore nutritivo
2.1	Comportamento alimentare della popolazione adulta	Agg.	Aggiunta del nesso tra il consumo di frutta/verdura e il background migratorio tramite Promozione Salute Svizzera
2.3	Spesa per generi alimentari selezionati	Agg.	Aggiornamento con dati dell'IBED 2010 tramite il monitoraggio di Promozione Salute Svizzera
2.4	Consumo di derrate alimentari	Agg.	Aggiornamento in base al 6° Rapporto sull'alimentazione in Svizzera
2.6	Comportamento culinario	Agg.	Completamento in base al Panel sull'alimentazione del Politecnico federale
2.7	Allattamento	Agg.	Piccola aggiunta concernente il background migratorio
2.8	Micronutrienti	Agg.	Integrazioni in base al 6° Rapporto sull'alimentazione in Svizzera
2.10	Approvvigionamento energetico e apporto di sostanze nutritive	Nuovo	Nuovo indicatore basato sui dati emersi dal 6° Rapporto sull'alimentazione in Svizzera
3.1	Comportamento motorio della popolazione adulta	Agg.	Il grafico principale ora è identico a quello dell'Osservatorio sport e movimento
3.2	Comportamento motorio di bambini/adolescenti	Agg.	Completamento con dati sul movimento praticato quotidianamente e sul 1994 tramite il monitoraggio di Promozione Salute Svizzera
3.4	Mobilità fisicamente attiva	Agg.	Aggiornamento in base al Microcensimento 2010 mobilità e trasporti
4.1	IMC della popolazione adulta	Agg.	Piccolo completamento relativa al background migratorio
4.5	Grado di soddisfazione per il proprio peso corporeo (adulti)	Agg.	Piccolo completamento con dati sul background migratorio tramite il monitoraggio di Promozione Salute Svizzera
4.7	Desiderio di cambiare peso ed esperienze dietetiche	Agg.	Integrazioni con dati sul background migratorio in base all'ISS 2007
4.8	IMC medio nel sottogruppo dei sovrappeso	Agg.	Piccolo completamento con dati sul background migratorio tramite il monitoraggio di Promozione Salute Svizzera
5.1	Malattie non trasmissibili legate all'alimentazione e all'attività fisica	Agg.	Adeguamento del testo introduttivo. Completamento di ulteriori risultati e link relativi a diabete e malattie cardiovascolari nonché a consumo di tabacco e alcol
5.7	Benessere psichico	Agg.	Piccolo completamento con dati sul background migratorio in base all'ISS 2007
6.3	Azioni promosse in ambito economico	Agg.	Aggiornamento. Stato: autunno 2012
6.8	Pubblicità rivolta a bambini/adolescenti	Nuovo	Nuovo indicatore basato sugli studi KIWI

Tabella A.6: Panoramica degli aggiornamenti e integrazioni del sistema di indicatori per il MOSEB introdotti tra febbraio 2013 e gennaio 2014

N.	Indicatore	Tipo di modifica	Commento
1.1	Orientamento del comportamento alimentare in base ai messaggi alimentari	Agg.	Completamento con dati del sondaggio 2012 di Promozione Salute Svizzera (PS-CH) attraverso la raccolta di indicatori di PS-CH
1.3	Conoscenza dei nessi esistenti tra alimentazione e attività fisica	Agg.	Completamento con dati del sondaggio 2012 di PS-CH
2.3	Spesa per generi alimentari selezionati	Agg.	Aggiornamento in base alla IBED attraverso la raccolta di indicatori di PS-CH
2.11	Bibite edulcorate	Nuovo	Nuovo indicatore in base a dati dello studio HBSC e del sondaggio 2012 di Promozione Salute Svizzera
2.12	Vegetarianismo	Nuovo	Nuovo indicatore basato essenzialmente sull'ISS 1997-2007
3.1	Comportamento motorio della popolazione adulta	Agg.	Aggiornamento in base all'ISS 2012 attraverso l'Osservatorio sport e movimento
4.2	IMC di bambini/adolescenti	Agg.	Completamento con dati del monitoraggio dell'IMC 2011/12 nonché risultati dello studio del Politecnico di Zurigo sull'IMC e del monitoraggio comparativo dell'IMC in 11 Città e Cantoni, attraverso la raccolta di indicatori di PS-CH
4.3	IMC della popolazione residente adulta	Agg.	Completamento con risultati dello studio di Staub et al. (2013)
4.5	Grado di soddisfazione per il proprio peso corporeo	Agg.	Completamento con dati del sondaggio 2012 di PS-CH attraverso la raccolta di indicatori di PS-CH
5.1.	Malattie non trasmissibili legate all'alimentazione e all'attività fisica	Agg.	Completamento relativa all'incidenza dei tumori del colon, 1986/90 - 2006/10 in base a dati dell'UST
5.6	Lesioni e infortuni sportivi	Agg.	Aggiornamento attraverso l'Osservatorio sport e movimento
6.1	Offerte A & AF in ambiti specifici	Agg.	Aggiornamento in base al sondaggio nelle scuole 2012 di Promozione Salute Svizzera
6.2.	Spazi e superfici dedicati all'attività fisica	Agg.	Piccolo aggiornamento attraverso l'Osservatorio sport e movimento
6.3	Azioni promosse in ambito economico	Agg.	In collaborazione con actionsanté
6.4	Offerta di attività fisiche per bambini/adolescenti	Agg.	Completamento in base al sondaggio nelle scuole 2012 di Promozione Salute Svizzera, attraverso l'Osservatorio sport e movimento
6.7	Sport scolastico obbligatorio	Agg.	Completamento in base al sondaggio nelle scuole 2012 di Promozione Salute Svizzera (PS-CH) attraverso l'Osservatorio sport e movimento

Tabella A.7: Panoramica degli aggiornamenti e integrazioni del sistema di indicatori per il MOSEB introdotti tra febbraio e agosto 2014

N.	Indicatore	Tipo di modifica
1.1	Orientamento del comportamento alimentare in base ai messaggi sull'alimentazione	Completamento dei risultati dell'ISS 2012 attraverso il monitoraggio di PS-CH
1.2	Motivazioni a favore e contro l'attività fisica	Completamento dei risultati di Sport Svizzera 2014
1.4	Ostacoli a un'alimentazione sana	Completamento dei risultati dell'ISS 2012
1.7	Conoscenza delle raccomandazioni sull'attività fisica	Completamento dei dati dell'ISS 2007 e 2012 e aggiornamento dei dati di Sport Svizzera 2008
1.8	Percezione dello sport	Completamento dei risultati di Sport Svizzera 2014 attraverso l'Osservatorio sport e movimento
2.1	Comportamento alimentare della popolazione adulta	Completamento dei risultati dell'ISS 2012 tramite il monitoraggio di PS-CH
2.7	Allattamento	Completamento dei risultati dell'ISS 2012
2.11	Bibite edulcorate	Registrazione dei dati del nuovo rapporto di Promozione Salute Svizzera (2013).
2.12	Vegetarianismo	Completamento dei risultati dell'ISS 2012 e lieve ampliamento del rapporto
3.1	Comportamento motorio della popolazione residente adulta	Adeguamento dei risultati dell'ISS 2002-2012 attraverso l'Osservatorio sport e movimento
3.4	Mobilità fisicamente attiva	Completamento dei risultati dell'ISS 2012
3.5	Attività sportiva	Completamento dei risultati di Sport Svizzera 2014 attraverso l'Osservatorio sport e movimento
3.6	Sedentarietà	Completamento dei risultati dell'ISS 2012
3.8	Partecipazione a offerte Gioventù e Sport (G+S)	Aggiornamento attraverso l'Osservatorio sport e movimento
4.1	IMC della popolazione residente adulta (dati del sondaggio)	Completamento dei risultati dell'ISS 2012 tramite il monitoraggio di PS-CH
4.2	IMC di bambini/adolescenti (misurazione diretta)	Piccoli adeguamenti
4.5	Grado di soddisfazione per il proprio peso corporeo (adulti)	Completamento dei risultati dell'ISS 2012 tramite il monitoraggio di PS-CH
4.7	Desiderio di cambiare peso ed esperienze dietetiche	Completamento dei risultati dell'ISS 2012
4.8	IMC medio nel sottogruppo dei sovrappeso	Completamento dei risultati dell'ISS 2012 tramite il monitoraggio di PS-CH
5.1	Malattie non trasmissibili legate all'alimentazione e all'attività fisica	Completamento dei risultati dell'ISS 2012 e del sistema di indicatori dell'Obsan
5.2	Costi generati da sovrappeso e obesità	Aggiornamento in base allo studio di Scheider e Venetz (2014)
5.3	Stato di salute soggettivo	Completamento dei risultati dell'ISS 2012
5.4	Nesso tra coscienza della propria salute, alimentazione e attività fisica	Completamento dei risultati dell'ISS 2012
5.5	Autonomia fisica	Completamento dei risultati dell'ISS 2012 tramite il monitoraggio di PS-CH
5.7	Benessere psichico	Completamento dei risultati dell'ISS 2012
5.9	Costi generati dall'inattività fisica	Nuovo indicatore in base allo studio di Mattli et al. (2014)
6.3	Azioni promosse in ambito economico	Aggiornamento tramite i dati di actionsanté

Tabella A.8: Panoramica degli aggiornamenti e integrazioni del sistema di indicatori per il MOSEB introdotti tra settembre 2014 e giugno del 2015

N.	Indicatore	Tipo di modifica
1.1	Orientamento del comportamento alimentare in base ai messaggi sull'alimentazione	Piccoli adeguamenti del testo introduttivo e aggiornamento in base all'Omnibus 2014 dell'UST tramite il sistema di indicatori di Promozione Salute Svizzera
1.3	Conoscenza dei nessi esistenti tra alimentazione, attività fisica e peso corporeo sano	Integrazione dei risultati dell'Omnibus 2014 dell'UST
1.4	Ostacoli per un'alimentazione sana	Piccoli adeguamenti del testo con rimandi agli indicatori 1.5 e 1.6 e modifica dei grafici D e E
1.5	Conoscenza delle raccomandazioni alimentari	Integrazione dei risultati dell'Omnibus 2014 dell'UST
1.6	Percezione dell'offerta e delle informazioni alimentari	Integrazione dei risultati dell'Omnibus 2014 dell'UST
2.3	Spesa per generi alimentari selezionati	Integrazione dei risultati dell'IBED 2012 tramite il sistema di indicatori di Promozione Salute Svizzera
2.5	Consumo di sale	Piccola integrazione in base all'Omnibus 2014 dell'UST
2.6	Comportamento culinario	Integrazione dei risultati dell'Omnibus 2014 dell'UST
2.7	Allattamento	Aggiornamento in base allo studio SWIFS
2.8	Micronutrienti	Integrazioni in base all'Omnibus 2014 e allo studio SWIFS
2.9	Colazione e altri pasti	Integrazione dei risultati dell'Omnibus 2014 dell'UST
3.2	Comportamento motorio di bambini e adolescenti	Piccola integrazione in base a Sport Svizzera 2014
3.6	Sedentarietà	Risultati complementari dell'ISS 2012
3.7	Prestazione sportiva di giovani adulti	Aggiornamento con nuovi dati dell'UFSPPO tramite l'Osservatorio sport e movimento
4.2	IMC di bambini/adolescenti (misurazione diretta)	Aggiornamento tramite il sistema di indicatori di Promozione Salute Svizzera
4.3	IMC della popolazione residente adulta (misurazione diretta)	Piccola integrazione in base ai risultati del 2013 (Staub e Rühli 2014)
5.7	Benessere psichico	Completamento con dati del Panel svizzero delle economie domestiche (2012, 2013)
6.3	Azioni promosse in ambito economico	Aggiornamento a fine 2014
6.4	Offerta di attività fisiche per bambini e adolescenti	Aggiornamento tramite l'Osservatorio sport e movimento
6.5	Offerta di attività sportive per adulti	Aggiornamento tramite l'Osservatorio sport e movimento

Tabella A.9: Panoramica degli aggiornamenti e integrazioni del sistema di indicatori per il MOSEB introdotti tra luglio 2015 e marzo 2016

N.	Indicatore	Tipo di modifica
2.2	Comportamento alimentare di bambini e adolescenti	Aggiornamento in base allo studio HBSC di Dipendenze Svizzera tramite il sistema di indicatori di Promozione Salute Svizzera
2.9	Colazione e altri pasti	Aggiornamento in base allo studio HBSC di Dipendenze Svizzera
2.11	Bibite edulcorate	Aggiornamento in base allo studio HBSC di Dipendenze Svizzera
3.2	Comportamento motorio di bambini e adolescenti	Aggiornamento in base allo studio HBSC di Dipendenze Svizzera tramite l'Osservatorio sport e movimento
4.6	Grado di soddisfazione per il proprio peso corporeo dei bambini e degli adolescenti	Aggiornamento in base allo studio HBSC di Dipendenze Svizzera tramite il sistema di indicatori di Promozione Salute Svizzera

Tabella A.10: Panoramica degli aggiornamenti e integrazioni del sistema di indicatori per il MOSEB introdotti tra marzo e maggio 2016

N.	Indicatore	Tipo di modifica
2.3	Spesa per generi alimentari selezionati	Aggiornamento con dati dell'IBED 2013 (tramite Promozione Salute Svizzera)
2.9	Colazione e altri pasti, adulti	Dati sui bambini spostati al nuovo indicatore 2.10
2.10	Colazione e altri pasti, bambini e adolescenti	Nuovo indicatore creato in seguito allo spostamento di dati dall'indicatore 2.9
2.11 2.12 2.13	Approvvigionamento energetico e apporto di sostanze nutritive Bibite edulcorate Vegetarianismo	Nuovi numeri in seguito alla creazione del nuovo indicatore 2.10
3.3	Attività fisica: misurazioni oggettive	Aggiornamento basato sullo studio SOPHYA
3.7	Sedentarietà, bambini e adolescenti	Nuovo indicatore basato sullo studio SOPHYA
3.8 3.9	Prestazione sportiva dei giovani adulti / Partecipazione a offerte Gioventù e Sport (G+S)	Nuovi numeri in seguito alla creazione del nuovo indicatore 3.7
4.2	IMC di bambini e adolescenti (misurazione diretta)	Aggiornamento con dati del monitoraggio dell'IMC 2014/15 (tramite Promozione Salute Svizzera)
4.4	Circonferenza/rapporto vita-fianchi (WHR)	Completamento con dati su bambini dai 6 ai 12 anni provenienti dallo studio di Murer et al. (2014)
5.1	Malattie non trasmissibili legate all'alimentazione e all'attività fisica	Aggiornamento di varie prevalenze basato su dati di Obsan e dell'UST
5.6	Lesioni e infortuni sportivi	Aggiornamento tramite l'Osservatorio sport e movimento
5.10	Qualità di vita degli adulti	Nuovo indicatore basato sull'ISS 2012
5.11	Qualità di vita di bambini e adolescenti	Nuovo indicatore basato sullo studio SOPHYA
6.3	Azioni promosse in ambito economico	Aggiornamento basato su informazioni di actionsanté
6.6	Impianti sportivi	Aggiornamento tramite l'Osservatorio sport e movimento
6.7	Sport scolastico obbligatorio	Aggiornamento tramite l'Osservatorio sport e movimento