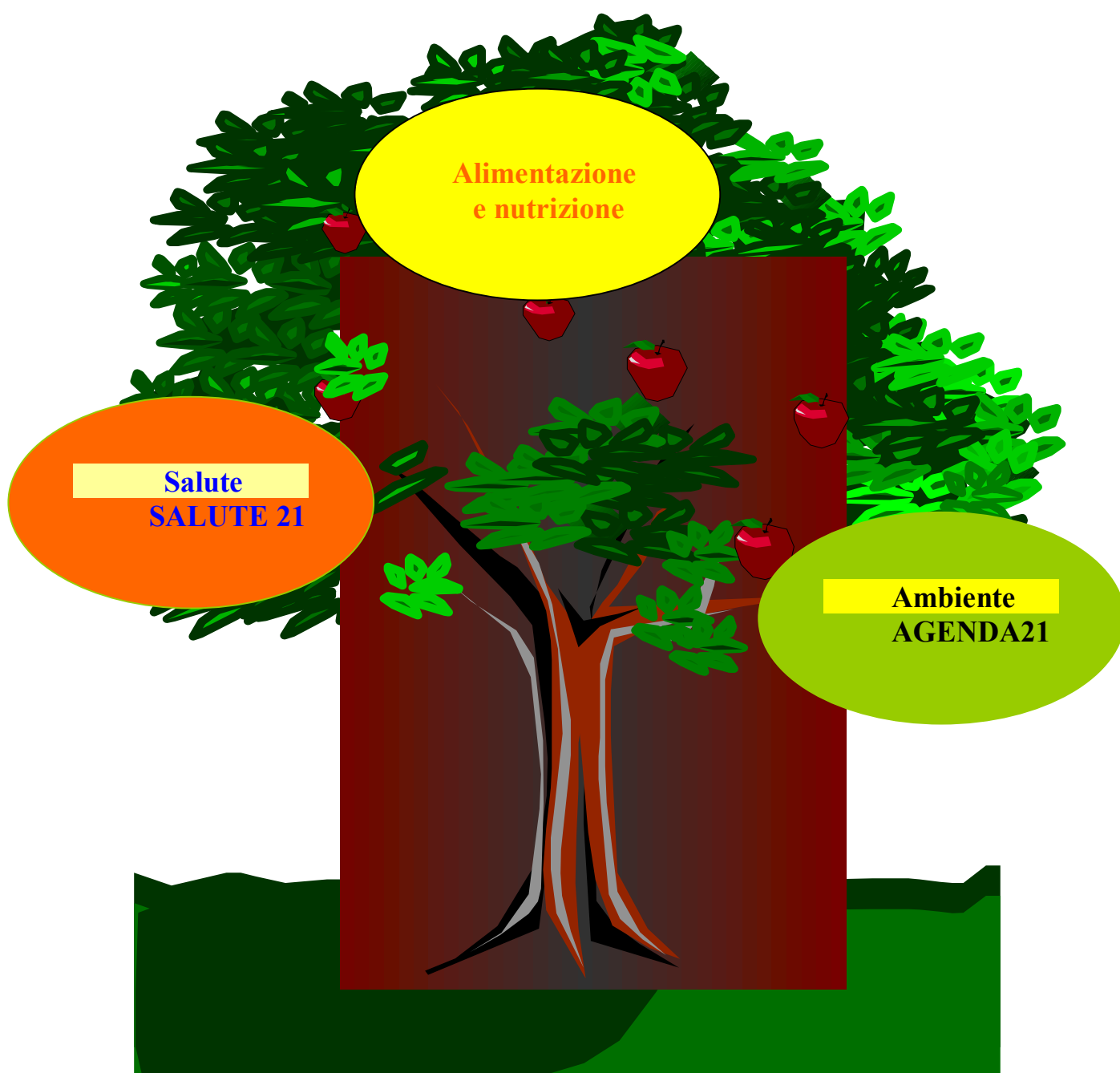


**IL PRIMO PIANO D'AZIONE PER UNA
Politica Alimentare e Nutrizionale
2000 - 2005
ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA'
Regione Europea**



a cura di Germana Muscolo

Copyright - World Health Organisation - 2001

Il traduttore di questo documento è responsabile della precisione della traduzione.

Producendo, acquistando e mangiando i giusti tipi di alimenti si può ridurre il rischio di malattia e contemporaneamente promuovere lo sviluppo sostenibile

**Programma di Certezza Alimentare e Nutrizionale
Divisione di Supporto Tecnico e Sviluppo Strategico**

LA SALUTE IN EUROPA : OBIETTIVO 11

UNO STILE DI VITA PIU' SALUTARE

Nell'anno 2015, la gente dovrebbe aver adottato degli stili di vita più salutari.
(WHO Comitato Regionale Europeo, Copenaghen, Settembre 1998)

INTRODUZIONE

L'accesso a una varietà di alimenti sani e sicuri, come diritto umano fondamentale, è stato evidenziato dalla Conferenza Internazionale sulla Nutrizione nel 1992 e dal World Food Summit del 1996. La disponibilità di cibi nutrienti e controllati è un prerequisito per la protezione e la promozione della salute. Nonostante gli impegni espressi e gli sforzi compiuti a livello nazionale e internazionale, c'è ancora un bisogno di politiche che alleggeriscano il fardello di malattie e disfunzioni legate all'alimentazione e i relativi costi per la società e i servizi sanitari. Questo documento sottolinea la necessità dello sviluppo di politiche alimentari e nutrizionali che proteggano e promuovano la salute e riducano il carico di malattie connesse all'alimentazione , contribuendo allo sviluppo socioeconomico e alla salvaguardia dell'ambiente. Questo documento insiste sui ruoli complementari giocati dai diversi settori nella formulazione e nell'implementazione di tali politiche. Esso fornisce una struttura all'interno delle quali ogni Paese Membro può cominciare a indirizzare le varie tematiche. Viene inoltre proposto un piano d'azione per il periodo 2000 – 2005 , con gli approcci e le attività per supportare i Paesi Membri che vogliono sviluppare, implementare e valutare le proprie politiche alimentari e nutrizionali.

PAROLE CHIAVE

**POLITICA NUTRIZIONALE
PIANIFICAZIONE SANITARIA REGIONALE
PROGRAMMA DI VALUTAZIONE
IGIENE ALIMENTARE
CONTAMINAZIONE ALIMENTARE – prevenzione e controllo
BENESSERE DEL BAMBINO
BENESSERE MATERNO
NUTRIZIONE INFANTILE
EUROPA**

CONTENUTI

Obiettivi e impegni politici attuali

Ineguaglianze sociali e peso delle patologie legate all'alimentazione

Patologie alimentari

Malnutrizione

Obesità e malattie non trasmissibili

Strategie alimentari e nutrizionali

Una strategia per la sicurezza alimentare

Una strategia nutrizionale

Una strategia sostenibile di riserva alimentare (certezza alimentare)

Proposta di piano d'azione

Approcci

Attività programmate

Una Task Force per la Regione Europea della WHO

Bibliografia

Allegato 1: Accordi politici degli ultimi dieci anni

Allegato 2: Definizione dei termini selezionati

Allegato 3: Risoluzione WHA sulla Sicurezza Alimentare

Allegato 4: Comitato Regionale per la Risoluzione Europea

L'accesso a una varietà di alimenti sani e sicuri, come diritto umano fondamentale, è stato evidenziato dalla Conferenza Internazionale sulla Nutrizione nel 1992 e dal World Food Summit del 1996. La disponibilità di cibi nutrienti e controllati è un prerequisito per la protezione e la promozione della salute. Nonostante gli impegni espressi e gli sforzi compiuti a livello nazionale e internazionale, c'è ancora un bisogno di politiche che alleggeriscano il fardello di malattie e disfunzioni legate all'alimentazione e i relativi costi per la società e i servizi sanitari.

Le stime ci informano dei 130 milioni di Europei che ogni anno sono affetti da malattie di origine alimentare. La diarrea, una delle cause principali della morte e dei ritardi della crescita infantili, è il sintomo più comune delle patologie alimentari. Nascono nuovi agenti patogeni, come l'agente dell'encefalopatia spongiforme bovina. L'utilizzo degli antibiotici sugli animali e il possibile trasferimento della resistenza agli antibiotici sugli agenti patogeni umani sono argomenti di interesse primario per la salute pubblica.

La progressiva riduzione dell'allattamento al seno e le scarse pratiche di svezzamento portano alla malnutrizione e a disordini quali i ritardi della crescita, lo scarso sviluppo cognitivo e le infezioni digestive e respiratorie infantili. Le disfunzioni causate dalla deficienza di iodio affliggono il 16 % della popolazione Europea e sono la causa maggiore dei ritardi mentali. L'anemia, causata da deficienza di ferro, si manifesta in milioni di individui compromettendo lo sviluppo cognitivo dei bambini e aumentando il rischio di morte nelle donne in gravidanza.

La percentuale di obesi è del 20 – 30 % negli adulti e addirittura maggiore nei bambini, l'obesità aumenta il rischio di contrarre malattie cardiovascolari, alcuni tipi di cancro e diabete. Si stima che l'obesità costi ai contribuenti intorno al 7 % del budget sanitario pubblico. Circa un terzo delle malattie cardiovascolari, che costituiscono la prima causa di morte in molti Paesi, sono derivate da un'alimentazione non bilanciata e il 30 – 40 % dei cancro potrebbero essere prevenuti attraverso una dieta migliore.

NOTE GENERALI

L'accesso a una varietà di alimenti sani e sicuri, come diritto umano fondamentale, è stato evidenziato dalla Conferenza Internazionale sulla Nutrizione nel 1992 e dal World Food Summit del 1996. La disponibilità di cibi nutrienti e controllati è un prerequisito per la protezione e la promozione della salute. Nonostante gli impegni espressi e gli sforzi compiuti a livello nazionale e internazionale, c'è ancora un bisogno di politiche che alleggeriscano il fardello di malattie e disfunzioni legate all'alimentazione e i relativi costi per la società e i servizi sanitari.

Le stime ci informano dei 130 milioni di Europei che ogni anno sono affetti da malattie di origine alimentare. La diarrea, una delle cause principali della morte e dei ritardi della crescita infantili, è il sintomo più comune delle patologie alimentari. Nascono nuovi agenti patogeni, come l'agente dell'encefalopatia spongiforme bovina. L'utilizzo degli antibiotici sugli animali e il possibile trasferimento della resistenza agli antibiotici sugli agenti patogeni umani sono argomenti di interesse primario per la salute pubblica.

La progressiva riduzione dell'allattamento al seno e le scarse pratiche di svezzamento portano alla malnutrizione e a disordini quali i ritardi della crescita, lo scarso sviluppo cognitivo e le infezioni digestive e respiratorie infantili. Le disfunzioni causate dalla deficienza di iodio affliggono il 16 % della popolazione Europea e sono la causa maggiore dei ritardi mentali. L'anemia, causata da deficienza di ferro, si manifesta in milioni di individui compromettendo lo sviluppo cognitivo dei bambini e aumentando il rischio di morte nelle donne in gravidanza.

La percentuale di obesi è del 20 – 30 % negli adulti e addirittura maggiore nei bambini, l'obesità aumenta il rischio di contrarre malattie cardiovascolari, alcuni tipi di cancro e diabete. Si stima che l'obesità costi ai contribuenti intorno al 7 % del budget sanitario pubblico. Circa un terzo delle malattie cardiovascolari, che costituiscono la prima causa di morte in molti Paesi, sono derivate da un'alimentazione non bilanciata e il 30 – 40 % dei cancri potrebbero essere prevenuti attraverso una dieta migliore.

Un'analisi preliminare dell'Istituto Svedese per la Sanità Pubblica afferma che i cittadini dell'Unione Europea perdono, in media, il 4.5 % della loro possibilità di vita a causa di un'alimentazione povera il 3.7 % e l'1.4 % a causa della obesità e dell'inattività fisica per un totale del 9.6 %. La percentuale di possibilità di vita persa a causa del fumo è del 9 %.

Questo documento sottolinea la necessità dello sviluppo di politiche alimentari e nutrizionali che proteggano e promuovano la salute e riducano il carico di malattie connesse all'alimentazione, contribuendo allo sviluppo socioeconomico e alla salvaguardia dell'ambiente. Questo documento insiste sui ruoli complementari giocati dai diversi settori nella formulazione e nell'implementazione di tali politiche. Esso fornisce una struttura all'interno delle quali ogni Paese Membro può cominciare a indirizzare le varie tematiche. Questa struttura consiste in tre strategie correlate:

- Una strategia di sicurezza alimentare che metta in primo piano il bisogno di prevenire la contaminazione, sia chimica che biologica, a tutti i livelli della catena alimentare. L'impatto potenziale di un alimento non sicuro sulla salute umana è un argomento importante e si stanno sviluppando dei nuovi sistemi di sicurezza alimentare che forniscano più garanzie al consumatore.
- Una strategia nutrizionale mirata ad assicurare uno stato di salute ottimale, soprattutto nelle fasce di popolazione più disagiate e durante i periodi più critici della vita quali la gravidanza e l'allattamento, l'infanzia, l'adolescenza e la terza età.
- Una strategia di sovvenzionamento alimentare sostenibile (certezza alimentare) che assicuri abbastanza alimenti di buona qualità, aiutando a stimolare le economie rurali e a promuovere gli aspetti sociali e ambientali dello sviluppo sostenibile.

Viene inoltre proposto un piano d'azione per il periodo 2000 – 2005, con gli approcci e le attività per supportare i Paesi Membri che vogliono sviluppare, implementare e valutare le proprie politiche alimentari e nutrizionali.

Aumenta il bisogno di coordinazione tra i settori e le organizzazioni economiche, scientifiche e sociali che si prefiggono l'obiettivo comune di migliorare la salute pubblica. I vari Paesi possono considerare i meccanismi necessari a facilitare una migliore coordinazione tra i diversi settori e assicurare che la salute e i problemi ambientali vengano considerati quando sono decise le politiche alimentari e nutrizionali.

E' stata proposta la creazione di una task – force alimentare – nutrizionale, allo scopo di facilitare la coordinazione tra l'Unione Europea, il Consiglio Europeo, le agenzie delle Nazioni Unite (specialmente l'UNICEF e la FAO) e tutte le organizzazioni ambientali, internazionali, governative e non. Il Regional Office è pronto ad assicurare il segretariato per questa task – force.

OBIETTIVI E IMPEGNI POLITICI ATTUALI

Lo scopo della politica alimentare e nutrizionale è di proteggere e promuovere la salute e di ridurre il peso delle malattie relative all'alimentazione, contribuendo allo sviluppo socioeconomico e alla salvaguardia dell'ambiente. Uno degli obiettivi principali del settore salute è di promuovere la stessa attraverso una dieta bilanciata, l'eliminazione delle deficienze nutrizionali e il controllo delle malattie alimentari. E' inoltre essenziale un approccio multisettoriale che comprenda l'agricoltura, l'ambiente, l'industria alimentare, i trasporti, la pubblicità e il commercio al fine di inserire gli argomenti alimentazione e nutrizione in cima alle liste dei programmi politici. La salute dovrebbe essere un atteso risultato delle politiche alimentari e nutrizionali e contribuire al successo di rilevanti settori commerciali.

Un'azione intersettoriale è necessaria a livello internazionale. L'Agenda 21 (1), adottata dai governi nel 1992 nell'ambito della Conferenza sull'Ambiente e lo Sviluppo delle Nazioni Unite,

contiene il principio che gli insostenibili modelli di produzione e di consumo debbano essere ridotti. Nel 2000, la Commissione per lo Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite ha focalizzato i suoi sforzi sull'agricoltura e l'ambiente. L'Organizzazione Mondiale per la Sanità (WHO) pone la questione della "Transizione nutrizionale globale: implicazioni politiche per la sanità e l'agricoltura sostenibile nel ventunesimo secolo", riunendo gli aspetti sanitari, agricoli e ambientali dell'alimentazione.

Gli altri impegni politici annunciati negli ultimi dieci anni (allegato 1) evidenziano il bisogno di politiche comprensive e intersettoriali che promuovano la salute pubblica. L'UNICEF organizzò la Convenzione per i Diritti del Bambino nel 1989 ed il Summit Mondiale per i Bambini nel 1990, entrambi gli incontri sottolinearono l'importanza della nutrizione. Dopo la Conferenza Internazionale sulla Nutrizione (ICN) del 1992 (organizzata dalla WHO e dalla FAO) è stata nominata un'Assemblea Mondiale per la Sanità con il compito di applicare dei piani d'azione comprensivi indirizzati sia alla nutrizione che alla sicurezza alimentare. L'Ufficio Regionale pubblicò nel 1995 un rapporto sull'implementazione della Dichiarazione dell'ICN negli Stati Membri (2).

All'interno dell'Unione Europea, il Trattato di Amsterdam stabilisce che "un livello alto di protezione della salute umana dovrebbe essere assicurato nella definizione e nell'implementazione di tutte le politiche e le attività Comunitarie". Elementi di politica alimentare e nutrizionale sono inclusi nella carta bianca sulla sicurezza alimentare della Commissione Europea (2000) e nel nuovo programma per la sanità pubblica (2001-2006). "Salute e nutrizione – elementi per l'azione Europea" era uno slogan prioritario per la Commissione e il governo Francese durante la presidenza transalpina (luglio – dicembre 2000). Il Consiglio Europeo è attivo anche nello sviluppo degli aspetti delle politiche alimentari e nutrizionali.

L'Ufficio Regionale lavora anche sulle politiche alimentari e nutrizionali con la Banca Asiatica per lo Sviluppo e la banca Mondiale. L'intenzione è di rafforzare queste collaborazioni, particolarmente all'interno della Task Force Europea proposta in questo documento.

L'impegno della WHO è definito in varie risoluzioni dell'Assemblea Mondiale per la Sanità riguardanti la sicurezza alimentare, le malattie non contagiose, l'alimentazione infantile (notevole il Codice Internazionale di Commercializzazione dei sostituti del latte materno e le conseguenti rilevanti risoluzioni) e i problemi causati dalla deficienza di iodio. Health21 (3), la struttura della politica sanitaria per la Regione Europea adottata dagli Stati Membri nel 1998, sottolinea l'importanza di rivolgersi ai fattori determinanti della salute, quali l'alimentazione e la nutrizione.

In un contesto multisetoriale, il ruolo della WHO nella Regione Europea è di sostenere l'argomento sanità al centro di tutte le politiche e le attività che possono avere un impatto sulla salute pubblica; di cercare, identificare e disseminare prove scientifiche sulla relazione tra alimentazione e salute; di sostenere gli sforzi per valutare l'impatto sulla salute e le conseguenze economiche delle politiche alimentari; di fornire informazioni e supporto ai Paesi

Membri nel campo delle politiche alimentari e nutrizionali e di promuovere e facilitare le collaborazioni tra tutte le organizzazioni e i settori rilevanti.

LE DISEGUAGLIANZE SOCIALI E IL PESO DELLE PATOLOGIE LEGATE ALL'ALIMENTAZIONE

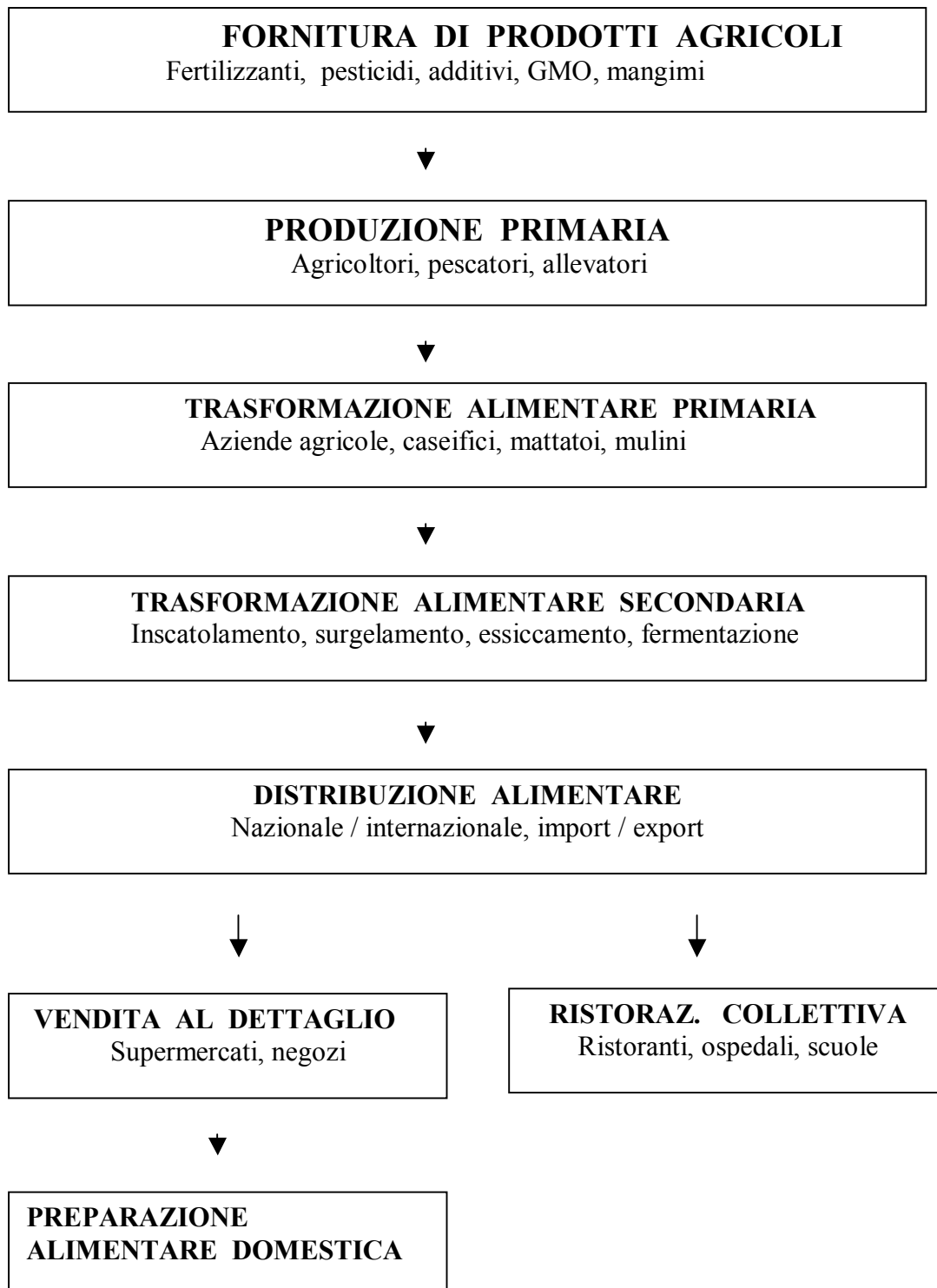
Il settore pubblico generale, i professionisti sanitari e le autorità nazionali della Regione Europea esprimono tutti interesse per la crescente incidenza delle malattie correlate all'alimentazione. I mali legati all'alimentazione, la malnutrizione, l'obesità e le patologie ad essa correlate costituiscono un grosso peso per la società, particolarmente per le fasce più vulnerabili. Le diete delle classi sociali meno abbienti sono spesso inadeguate. Le persone più povere e i gruppi specifici come i bambini, gli adolescenti, le donne incinte o in periodo di allattamento, spesso faticano ad accedere a una sana varietà di cibi sicuri. Ci sono esempi in tutta la Regione di come il consumo alimentare sia influenzato dalla povertà e dalle disuguaglianze sociali (4).

PATOLOGIE ALIMENTARI

Nel 1995 è stato stimato che, ogni anno, circa 130 milioni di Europei sono affetti da episodi di patologie alimentari. Le fonti di contaminazione del cibo, sia chimiche (pesticidi, metalli pesanti e altri) che biologiche (salmonella, *Campylobacter*, *Listeria* ecc...) possono trovarsi a tutti i livelli della catena alimentare. La diarrea, che è la principale causa di morte e di ritardi della crescita infantile, è il sintomo più comune di patologia alimentare. Insufficienze renali, disordini mentali e nervosi, artriti e paralisi sono altre serie conseguenze. Nuovi tipi di agenti patogeni quali i prioni che causano l'encefalopatia spongiforme bovina (sindrome della mucca pazza) sono ora considerati la causa della variante della patologia di Creutzfeldt – Jacob sugli esseri umani.

Il cibo può essere contaminato durante i vari livelli della produzione agricola primaria, stoccaggio, trasporto, trasformazione, confezionamento e preparazione finale. Ogni legame della catena può essere forte quanto gli altri se la salute dei consumatori viene tenuta in considerazione (vedi schema 1). Inoltre, l'aumento del commercio alimentare globale crea il potenziale per grandi quantità di cibo prodotte da una singola fonte che verranno distribuite a grandi distanze come mai prima d'ora. Questo permette di produrre cibi variati ed economici ma porta anche ad un rischio maggiore di nascita e diffusione delle patologie alimentari.

Schema 1. I livelli principali della catena alimentare



Nella maggioranza della Regione Europea del WHO, la catena alimentare sta subendo sostanziali cambiamenti quali l'intensificazione dell'agricoltura e dell'allevamento; l'aumento della produzione alimentare di massa; l'aumento del commercio alimentare su lunghe distanze; la diminuzione del numero dei piccoli negozi e dei mercati di quartiere; la maggiore difficoltà nell'accedere a cibi nutrienti e di buona qualità, specialmente per le classi più disagiate; l'aumento dell'interesse e la perdita di fiducia dei consumatori che portano alla domanda di alimenti sicuri a prezzi accessibili. In vista della crescente complessità della catena alimentare e dell'impatto che l'approvvigionamento ha sulla sicurezza alimentare, c'è la necessità di considerare come stabilire degli efficaci meccanismi di controllo.

MALNUTRIZIONE

La progressiva riduzione dell'allattamento al seno e le scarse pratiche di svezzamento portano alla malnutrizione e a disordini quali i ritardi della crescita, lo scarso sviluppo cognitivo e le infezioni digestive e respiratorie infantili. Nel 1995, il Dipartimento della Sanità del Regno Unito stimò che se tutti i neonati del Paese fossero allattati al seno, si potrebbero risparmiare circa 50 milioni di Euro all'anno grazie alla grande riduzione delle spese per le gastroenteriti (5).

Le due principali deficienze nutritive nella Regione Europea sono quella di iodio (IDD) e quella di ferro (IDA). L'IDD colpisce il 16 % della popolazione Europea e costituisce una delle cause maggiori dei ritardi mentali. L'IDA colpisce milioni di persone e compromette lo sviluppo cognitivo dei bambini e, durante la gravidanza, aumenta i rischi per le madri. Altre deficienze, quali quelle di vitamina A, altre vitamine antiossidanti e nutrienti presenti nella frutta e verdura, sono legate all'aumento dei rischi di cancro e di malattie cardiovascolari.

Si stanno sviluppando delle pubbliche politiche sanitarie che siano provatamente efficaci per eliminare l'IDD con il supporto della WHO, dell'UNICEF e del Consiglio Internazionale per il Controllo dell'IDD (6). Analogamente esistono delle strategie di controllo per l'IDA (7).

OBESITA' E MALATTIE NON TRASMISSIBILI

Una dieta ricca di grassi saturi e zuccheri e povera di alimenti di origine vegetale, insieme a uno stile di vita sedentario, è la causa principale dell'epidemia paneuropea di obesità e sovrappeso; inoltre aumenta i rischi di malattie non trasmissibili quali quelle cardiovascolari, alcuni tipi di cancro e il diabete. Altri disturbi relativi alla dieta sono le carie dentali (causate dall'eccessivo e frequente consumo di zuccheri e da una scarsa igiene dentale) e l'ipertensione (causata dall'uso eccessivo di sale da parte di alcune fasce sensibili della popolazione).

La percentuale di obesi è del 20 – 30 % negli adulti e addirittura maggiore nei bambini. Le malattie cardiovascolari e il cancro, insieme al diabete costituiscono il 30 % degli anni di vita persi nella Regione Europea della WHO (8).

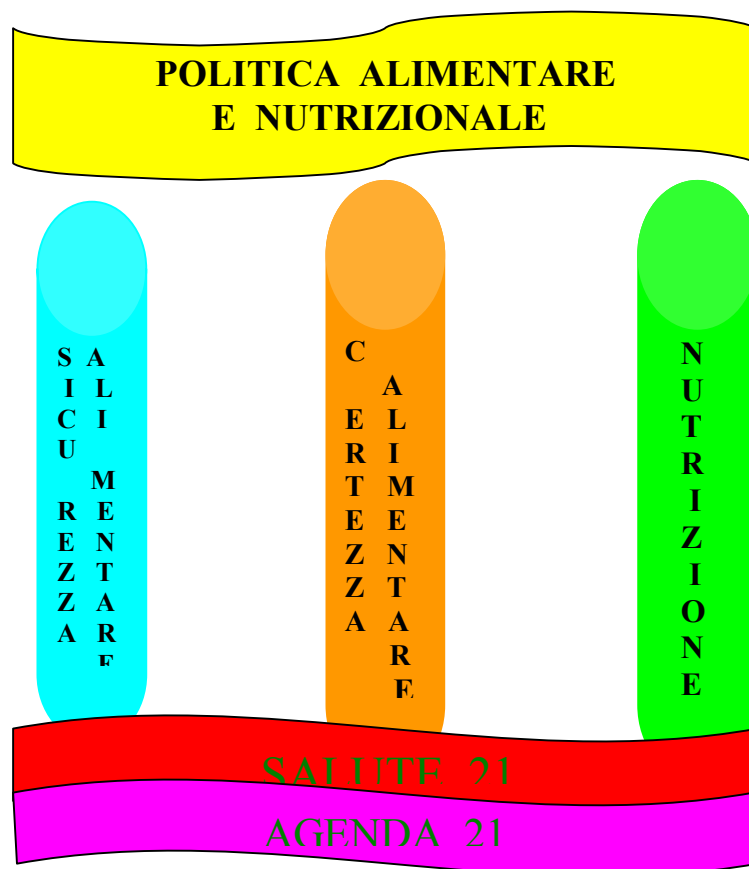
Prudenti stime suggeriscono che circa un terzo delle malattie cardiovascolari siano dovute a un'alimentazione non bilanciata, ma si necessitano più analisi. Il cancro uccide circa un milione di adulti all'anno in Europa e il 30/40 % dei tumori nel mondo potrebbero essere prevenuti attraverso una dieta migliore (9). Si stima che l'obesità costi ai contribuenti intorno al 7 % del budget sanitario pubblico. Nei primi anni novanta, il Ministro della Sanità della Germania stimò in 50 miliardi di Euro le spese affrontate dal suo Paese per disturbi legati alla dieta (10). Questa cifra costituiva il 30 % delle spese totali per curare le malattie in Germania. Il costo più alto derivava dal trattamento delle malattie cardiovascolari, seguito dalle carie dentali e dal cancro.

Un'analisi preliminare dell'Istituto Svedese per la Sanità Pubblica afferma che i cittadini dell'Unione Europea perdono, in media, il 4.5 % della loro possibilità di vita a causa di un'alimentazione povera il 3.7 % e l'1.4 % a causa della obesità e dell'inattività fisica per un totale del 9.6 %. La percentuale di possibilità di vita persa a causa del fumo è del 9 %. Un'analisi successiva, iniziata dall'Ufficio Regionale della WHO, si sta occupando di accertare il peso totale sulla salute delle patologie legate all'alimentazione in Europa.

STRATEGIE ALIMENTARI E NUTRIZIONALI

Una comprensiva politica alimentare e nutrizionale comprende tre strategie : una riguardante la nutrizione, una la sicurezza alimentare e una strategia sostenibile di riserva alimentare (certezza alimentare), basatesi principi dell'Health21 e dell'Agenda 21 (per le definizioni dei termini selezionati vedi l'Allegato 2). Questa struttura (vedi schema 2) costituisce un punto di partenza per risolvere la questione del come promuovere la salute pubblica attraverso il cibo. Le tre strategie sono correlate, in quanto l'approvvigionamento alimentare influenza sia la sicurezza che la composizione dei cibi. Una stretta collaborazione tra i responsabili della nutrizione, della sicurezza e della certezza alimentare è necessaria al fine di sviluppare politiche comprensive e intersettoriali e azioni concordate.

Schema 2. Una comprensiva politica alimentare comprende nutrizione, sicurezza alimentare e strategie sostenibili di riserva alimentare



I consumatori vogliono prodotti buoni e sani da poter consumare senza paura e molti non sanno distinguere la sicurezza alimentare dalla nutrizione. La coordinazione è dunque necessaria al fine di evitare di dare al consumatore informazioni conflittuali su quali siano i cibi sia nutrienti che sicuri. Inoltre, un aumento della collaborazione può portare a un migliore utilizzo delle risorse, se le attività di monitoraggio, gestione del rischio e promozione della salute (12) vengono intraprese dall'insieme delle autorità responsabili della sicurezza alimentare e della nutrizione.

UNA STRATEGIA PER LA SICUREZZA ALIMENTARE

Esistono diversi dipartimenti governativi interessati alla sicurezza degli alimenti: sanità, agricoltura, pesca, commercio, turismo, educazione, ambiente, finanza. E' necessario un approccio comprensivo e integrato a livello nazionale e internazionale per assicurare un'efficace politica di controllo alimentare. Nel 1963, l'Assemblea Mondiale della Sanità approvò una sorta di statuto della Commissione per un Codice Alimentare della FAO / WHO, che ha elaborato molti standard internazionali.

Nel maggio 2000, l'Assemblea Mondiale della Sanità, riconoscendo che i rischi sanitari derivanti da cibi non sani stavano aumentando e che i tradizionali sistemi di igiene alimentare

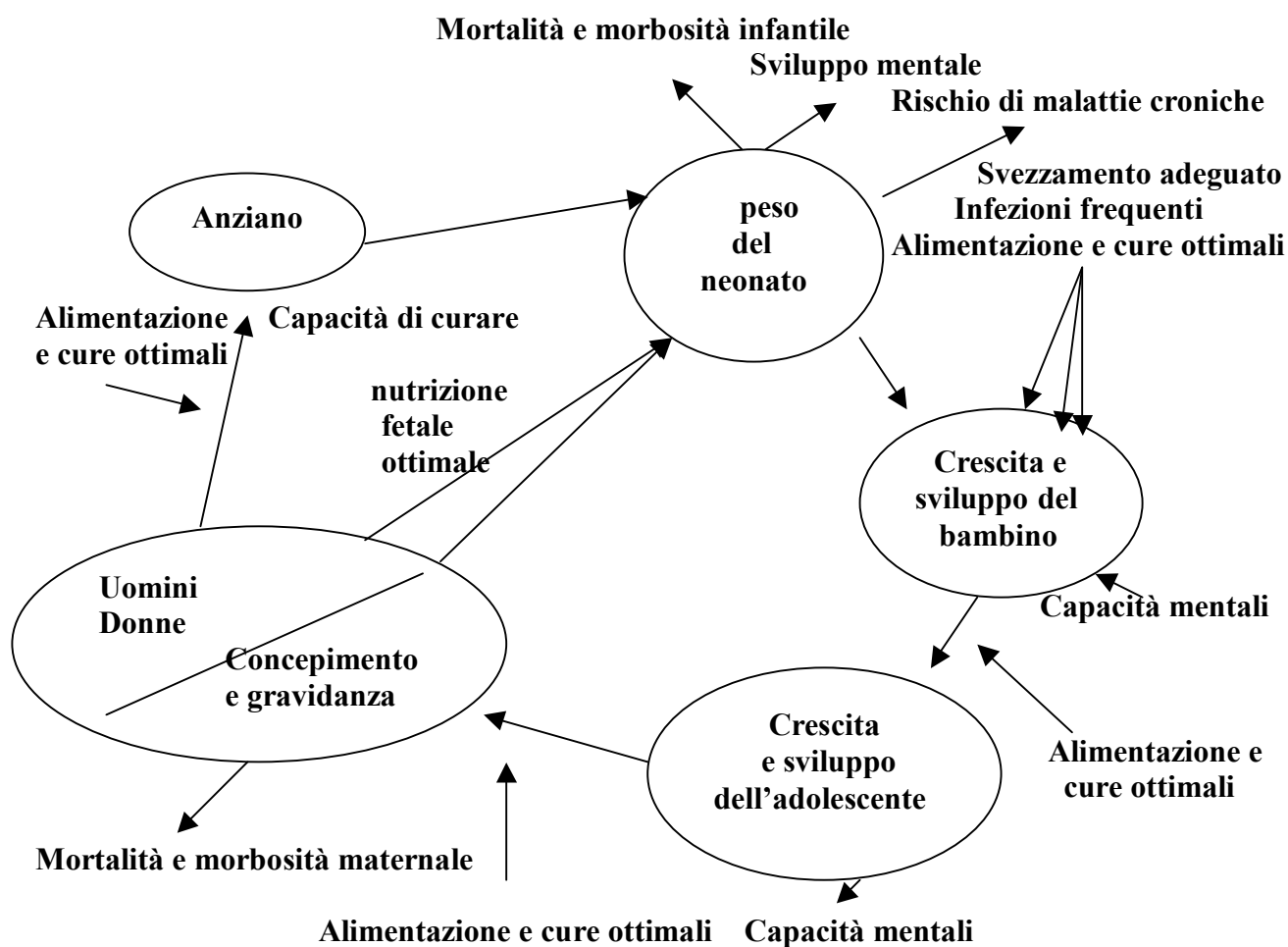
non erano più adeguati, esortò gli Stati Membri (risoluzione WHA53.15 – Allegato 3) a integrare la sicurezza alimentare come parte integrante delle loro pubbliche funzioni sanitarie e a sviluppare dei programmi di sicurezza alimentare in collaborazione con tutti i settori interessati.

Il potenziale impatto della sicurezza alimentare sulla salute sta accrescendo l'interesse dell'opinione pubblica e diminuendo la fiducia dei consumatori. Un buon esempio è l'uso di antibiotici negli allevamenti che fa crescere la paura del trasferimento della resistenza agli antibiotici agli agenti patogeni umani. L'applicazione della biotecnologia in relazione ai cibi geneticamente modificati può cambiare drammaticamente l'approvvigionamento alimentare. La WHO sta sviluppando delle strategie per aiutare i Paesi a gestire questa situazione dinamica e il suo potenziale impatto sulla sanità pubblica.

UNA STRATEGIA NUTRIZIONALE

Le sfide nutrizionali variano con il progredire del ciclo vitale (vedi schema 3). Una buona alimentazione nei primi anni di vita darà i suoi frutti nel corso di tutta la vita (13). Tutto inizia con la nutrizione materna, che è fondamentale per il feto; è inoltre dimostrato che i bambini che nascono sottopeso per motivi nutrizionali hanno più probabilità di contrarre malattie cardiovascolari nell'età adulta. Il fatto che una donna incinta non riesca a reperire una sana varietà di cibi avrà delle conseguenze socio – economiche a lungo termine. L'Ufficio Regionale, insieme all'UNICEF, ha sviluppato dei materiali formativi per aiutare i professionisti a migliorare la salute delle donne e dei loro bambini con alimenti sicuri e buona nutrizione.

Schema 3. Il ciclo vitale: i legami casuali proposti



Le analisi dimostrano che l'esclusivo allattamento al seno e l'introduzione di sani e adeguati alimenti complementari a partire dall'età di circa sei mesi, ma non prima dei quattro, mentre continua l'allattamento, possono ridurre il carico dei disturbi alla salute a breve e a lungo termine. La Innocenti Declaration sulla protezione, promozione e supporto dell'allattamento al seno è stata adottata come base per la politica dell'Assemblea Mondiale della Sanità del 1991 (Allegato 1), e l'Ufficio Regionale monitora la sua implementazione nei Paesi Membri (14). Più recentemente l'Ufficio, insieme all'UNICEF e con il supporto dei governi di Olanda e Regno Unito, ha pubblicato delle nuove guide alla nutrizione dei neonati e dei bambini (15).

Nell'adolescenza, l'impatto della nutrizione sulla salute è pronunciato. Durante questo periodo di rapida crescita, gli adolescenti hanno crescenti bisogni energetici. Molti di loro, specialmente quelli meno agiati, scelgono delle fonti di energia relativamente economiche e piene di grassi e zuccheri che conducono potenzialmente alla deficienza di micronutrienti, all'obesità e alle carie dentali.

E' inoltre provato che una povera nutrizione dovuta a disuguaglianze economiche risulta in disparità sanitarie (16). La Rete Europea delle Scuole Promotrici della Salute, in collaborazione con l'Ufficio Regionale e la Commissione dell'UE, ha prodotto un manuale

formativo per insegnanti (17). Oltre a questo, è stata condotta un'indagine estensiva e regolare in almeno 30 Paesi riguardo le abitudini alimentari degli adolescenti e le loro opinioni sull'immagine del proprio corpo (18).

Nell'età adulta, la sfida principale è di evitare una morte prematura causata da malattie cardiovascolari o cancro. Per prevenire questi pericoli, la guida dietetica promulgata dalla WHO con il programma di intervento integrato sulle malattie non trasmissibili (CINDI), raccomanda “ Dodici passi per una sana alimentazione “ tra cui l'abitudine di mangiare almeno 400 grammi di frutta e verdura al giorno (19). La WHO ha anche sviluppato delle guide che incoraggiano ad aumentare l'attività fisica come parte della vita quotidiana (20). Lo scopo è quello di rendere l'attività fisica quotidiana una scelta facile e così prevenire l'obesità, ridurre il rischio di diabete, malattie cardiache e infarti e promuovere la salute e il benessere.

La questione di una sana terza età è di grande interesse. Con la riduzione dei livelli di attività i bisogni energetici diminuiscono, quindi gli alimenti consumati dagli anziani devono essere ricchi di micronutrienti per compensare la riduzione di calorie assunte. Anche per gli anziani la dose giornaliera di frutta e verdura raccomandata dalla WHO è di 400 grammi. La degenerazione della vista, la bassa resistenza alle infezioni e altre patologie legate alla scarsità di micronutrienti possono coesistere con l'obesità, rendendo la gestione della salute degli anziani difficile anche per i professionisti.

UNA STRATEGIA SOSTENIBILE DI RISERVA ALIMENTARE (CERTEZZA ALIMENTARE)

Il cibo è un prodotto sia agricolo che industriale. Il contributo del settore alimentare al commercio globale è diventato così importante che nel 1994 è stato incluso nell'Accordo Commerciale Mondiale. Nonostante i metodi di produzione e distribuzione alimentare non siano sotto il mandato della WHO, l'impatto del cibo sulla salute pubblica è un interesse legittimo del settore sanitario. Nella Commissione sullo Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite, la WHO ha richiesto legami più stretti tra agricoltura e settori sanitari. Il settore sanitario può stimolare il dibattito sul come un approvvigionamento alimentare sostenibile possa prevenire le malattie e promuovere la salute.

Una riserva alimentare sostenibile potrebbe assicurare abbastanza cibo di buona qualità, aiutando a stimolare le economie rurali e promovendo la coesione sociale all'interno delle società rurali. In Ungheria, per esempio, lo sviluppo intensivo del settore frutticolo (coltivazione e lavorazione) può garantire lavoro al 5 / 10 % della popolazione delle aree con più disoccupazione. Simili sviluppi sono stati gestiti in Finlandia negli ultimi vent'anni. Con la crescente urbanizzazione, c'è bisogno di politiche alimentari e nutrizionali che dispongano i metodi per nutrire le grandi popolazioni urbane in modo sostenibile. L'ufficio Regionale della WHO sta sviluppando un piano d'azione urbano sull'alimentazione e la nutrizione per aiutare le autorità locali a gestire le diverse situazioni (21).

Le politiche alimentari che promuovono alti consumi di carni e latticini, combinate alle politiche che distruggono enormi quantità di frutta e verdura, sono tanto nemiche dell'ambiente quanto contrarie agli obiettivi nutrizionali (22). Questi ultimi, infatti, promuovono un grande consumo di verdure e frutti, insieme alla bassa assunzione di grassi saturi animali e prodotti caseari. Accertamenti sull'impatto di queste politiche sulla salute pubblica e sull'ambiente sono stati effettuati dagli ambientalisti nella Banca Mondiale, in Svezia (23) e dalla Commissione UE (24). Questi accertamenti hanno fornito la prova che la coltivazione del giusto tipo di prodotto per la salvaguardia dell'ambiente può anche aiutare a promuovere la salute. Come è già stato fatto in Svezia (25), ogni Paese può identificare i modelli di approvvigionamento alimentare sostenibile più adatti alle proprie esigenze. La WHO supporterà gli Stati Membri abilitandoli a scambiare informazioni su come gestire al meglio gli accertamenti dell'impatto sulla salute dei diversi tipi di riserve alimentari.

L'Ufficio Regionale ha sviluppato dei metodi di sorveglianza per accertare il livello di sicurezza alimentare e nutrizionale durante i disastri e le emergenze (26). Partendo dai dati raccolti, sono state sviluppate delle politiche specifiche per la Regione europea (27). Questo lavoro d'emergenza iniziò in Jugoslavia nel 1992 ed è ora in fase di integrazione nelle politiche alimentari e nutrizionali del sud – est Europeo (28) in stretto legame con le associazioni umanitarie e il lavoro di sviluppo.

PROPOSTA DI PIANO D'AZIONE

Approcci

Sviluppo di un approccio comprensivo

E' riconosciuto come l'agricoltura e altri settori non sanitari abbiano una responsabilità primaria nella catena alimentare. Le diverse parti in casa possono assumere opinioni opposte: produttori e consumatori; ministeri dell'economia e responsabili delle questioni sociali; rappresentanti della consumo domestico e dei mercati esteri; teorici dei vecchi valori alimentari e cultori delle abitudini più moderne. Per essere efficace, una politica alimentare e nutrizionale deve cercare di armonizzare il più possibile queste opinioni. Le prove che evidenziano l'impatto dell'alimentazione sulla salute pubblica possono essere un punto di partenza per stimolare l'armonia e l'accordo.

Trovare un accordo tra interessi potenzialmente conflittuali è una sfida. Rafforzare la collaborazione tra i vari settori è un modo per attaccare (vedi fig.4). Per aiutare gli Stati Membri, e i ministri della sanità in particolare, l'Ufficio Regionale, con l'aiuto dei dirigenti della WHO, sta sviluppando delle guide sullo sviluppo di una politica intersettoriale per i dirigenti, in collaborazione con la Thames Valley University of London. Seminari intersettoriali sui metodi per fare politica si sono svolti in un considerevole numero di Paesi nell'Europa centrale, nei

Balcani e nella regione Baltica durante l'anno 2000, con il supporto del governo Francese. L'UNICEF e la FAO stanno collaborando con la WHO per questa iniziativa.

Schema 4. Un approccio integrato all'alimentazione e alla pubblica sanità



Monitoraggio delle informazioni sanitarie

Solo un numero limitato di paesi possiede un sistema comprensivo di monitoraggio del consumo di cibo e di nutrienti, dello stato nutrizionale e dell'incidenza delle patologie alimentari. L'Ufficio Regionale incoraggerà lo sviluppo di questi sistemi proponendo degli indicatori di costi ed efficacia per aiutare i vari paesi a tenere sotto controllo le proprie politiche. Un buon esempio esiste nei paesi baltici, avviato dall'Ufficio Regionale con l'assistenza della London School of Hygiene e il supporto del governo del Lussemburgo. Mancano anche i dati sul costo dei disturbi legati all'alimentazione e il relativo peso sulla società. L'Ufficio Regionale ha iniziato una ricerca su quest'argomento.

Ampliamento delle conoscenze

Uno dei ruoli più importanti del settore sanitario e della WHO sarà quello di fornire le prove scientifiche dell'impatto positivo o negativo del cibo e delle abitudini alimentari sulla salute.

Esiste una necessità di raccogliere, verificare e diffondere le conoscenze esistenti e di identificare le aree dove occorre fare chiarezza e proporre ulteriori ricerche.

Mobilizzazione dei partners

Le partnerships a livello locale, nazionale ed Europeo sono la chiave per ridurre i disturbi legati all'alimentazione. L'Ufficio Regionale già collabora con le Nazioni Unite (UNICEF, FAO, UNDP in Kazakistan), le banche di investimenti, la Commissione Europea, e altre organizzazioni impegnate sul fronte della politica alimentare e nutrizionale. L'Ufficio mira a rafforzare e ampliare queste partnerships e a condividere le proprie informazioni, capacità ed esperienze con questi e nuovi partners.

Molti professionisti sanitari non ricevono un'adeguata formazione sull'igiene alimentare, la nutrizione e i benefici dell'attività fisica. La WHO supporterà la loro educazione pre e post laurea fornendo informazioni e materiale formativo. Inoltre, c'è bisogno di politiche che chiariscano il ruolo e la formazione necessaria per ogni differente specialista sanitario che si occupi di alimentazione e nutrizione, al fine di promuovere la salute attraverso tutto il ciclo vitale. I professionisti sanitari, collettivamente tramite le loro associazioni, rappresentano una considerevole forza di cambiamento e forniscono un buon esempio per questa promozione. L'Ufficio Regionale userà le sue relazioni con queste organizzazioni per aumentare il coinvolgimento del settore sanitario in tutti gli aspetti dell'alimentazione e della salute.

I consumatori hanno bisogno di informazioni consistenti e precise per effettuare le scelte corrette riguardo a cosa costituisce una dieta sana e sicura.

Assicurarsi che i bambini facciano delle sane scelte alimentari può voler dire affrontare i messaggi pubblicitari che reclamizzano prodotti pieni di grassi e zuccheri. Alcuni paesi hanno approvato delle leggi allo scopo di prevenire gli spot televisivi indirizzati ai minori di 12 anni. In altri, le campagne di promozione della salute, in collaborazione con i media, sono organizzate dalle autorità sanitarie che forniscono informazioni consistenti sulle scelte alimentari più sane. Il settore educativo gioca un ruolo importante nell'assicurare che i bambini abbiano le competenze appropriate per promuovere la loro salute attraverso il cibo.

Le organizzazioni non governative sono esperte nel sostenere politiche nutrizionali e di miglioramento dell'alimentazione. Nello specifico, la pubblica consapevolezza può essere migliorata da quelle organizzazioni che hanno a che fare con la salute dei neonati e dei bambini, la prevenzione delle malattie cardiovascolari, cancro e diabete, la gestione delle intolleranze alimentari e la protezione dell'ambiente attraverso una riserva alimentare sostenibile oltre che dalle associazioni come quella dei consumatori.

Le industrie agricole e alimentari hanno formato delle corporazioni nazionali e internazionali. Attraverso queste, le autorità nazionali e le organizzazioni internazionali possono mantenere un dialogo con i settori della produzione e della vendita alimentare. Il settore privato è

probabilmente il maggiore determinante della riserva alimentare ed è quindi nell'interesse di questo settore partecipare allo sviluppo e all'attuazione delle politiche che promuovono la salute.

Formulazione di piani d'azione nazionali sull'alimentazione e la nutrizione

Un'analisi comparativa della WHO tra i Paesi dell'UE mostra come molti paesi abbiano sviluppato dei piani d'azione nazionali molto efficaci (29). I piani d'azione che sono basati fermamente sulla situazione nazionale, che hanno dei chiari tempi di attuazione e sono adeguatamente consolidati sono quelli di maggior successo. L'Ufficio Regionale sta aiutando un considerevole numero di Stati Membri, che lavorano insieme in rete, per costruire sul processo lanciato dalla Conferenza Internazionale sulla Nutrizione e per rafforzare i loro piani d'azione. Questo iniziò a seguito di una consultazione del 1999, organizzata dalla WHO e ospitata dal Ministro della Sanità di Malta, a cui parteciparono i rappresentanti di 46 Paesi Europei, UNICEF, FAO, Commissione Europea, Banca Mondiale e a cui fu invitata anche l'Organizzazione Mondiale per il Commercio (30).

Promozione dello stabilimento di meccanismi di consulenza e coordinazione

Basandosi su una nuova analisi svolta dall'Ufficio Regionale, sembra che i paesi dove esistono dei meccanismi di coordinazione siano i più efficaci nello sviluppo e attuazione delle politiche alimentari e nutrizionali. Il ruolo chiave di questi meccanismi, quali i Consigli sull'Alimentazione e la Nutrizione, è di informare e consigliare il governo riguardo sviluppo, attuazione, monitoraggio e valutazione comprensiva di politiche intersettoriali, guide e piani d'azioni. Inoltre, un tale apparato nazionale può essere responsabile di giudicare la consistenza delle informazioni che le varie agenzie rivolgono ai cittadini; agevolare l'istituzione di un istituto di ricerca interdisciplinare che risponda ai quesiti e alle perplessità dei consumatori; consigliare il governo su come adempiere ai propri impegni internazionali. L'esperienza di alcuni paesi, in particolare del Nord Europa, dimostra che questi meccanismi sono efficaci, particolarmente dove un segretariato tecnico raccoglie e coordina gli esperti dei diversi settori.

COORDINAZIONE DELLE ATTIVITA' ALL'INTERNO DEL SEGRETARIATO DELLA WHO

Molti programmi della WHO, compresi quelli sulla sicurezza alimentare, salute infantile e sviluppo, CINDI, piani d'azione nazionali per la salute ambientale (NEHAPs), sanità nazionale, politica nutrizionale, nutrizione infantile e certezza alimentare stanno lavorando insieme e in stretta collaborazione con la sede centrale della WHO, sullo sviluppo e l'attuazione di politiche alimentari e nutrizionali. Questo lavoro fornisce ai paesi un valore aggiunto, permettendo un utilizzo più efficace delle risorse per raggiungere il massimo impatto attraverso attività sinergiche. Quest'ultime stimolano, a turno, i diversi specialisti del settore

sanitario a collaborare più efficacemente assicurando la consistenza dell'informazione a livello nazionale.

Attività programmate

Al fine di promuovere e supportare lo sviluppo e l'attuazione di politiche alimentari e nutrizionali comprensive, l'Ufficio Regionale Europeo della WHO agirà seguendo le linee descritte in precedenza. Alcune attività sono di natura generale e si svolgeranno nel periodo 2000 – 2005. Le attività più specifiche avranno luogo perlopiù nel 2000 – 2001. Per i due bienni successivi, la lista è provvisoria e sarà completata sulla base dei progressi fatti, dei bisogni emersi, delle richieste degli Stati Membri e delle opportunità di collaborazione con i vari partners.

Durante il periodo 2000 – 2005, l'Ufficio Regionale:

- raccoglierà conoscenze e prove scientifiche per supportare lo sviluppo e l'attuazione delle politiche alimentari e nutrizionali;
- stimolerà la ricerca nelle aree dove c'è carenza di conoscenze, informazioni e prove scientifiche;
- svilupperà metodi innovativi per comunicare conoscenze scientifiche e informazioni;
- collaborerà con i paesi, su loro richiesta, per trasformare le conoscenze in azioni, lavorando con le controparti nazionali e fornendo le informazioni, le esperienze e gli esperti necessari;
- svilupperà degli indicatori di costi – efficacia per il monitoraggio e la verifica delle politiche alimentari e nutrizionali;
- produrrà regolarmente una lista aggiornata di nuove informazioni, documenti e materiale formativo;
- faciliterà il monitoraggio e lo scambio di informazioni, utilizzando moderni sistemi di comunicazione e mantenendo un meccanismo di aggiornamento rapido.

Più specificamente l'Ufficio regionale:

nel 2000 – 2001

- svilupperà e promuoverà un piano d'azione per la politica alimentare e nutrizionale in Europa;

- ❑ rafforzerà, con la sede centrale della WHO, le capacità nazionali riguardo la gestione delle politiche alimentari e nutrizionali intersettoriali usando le guide allo sviluppo delle politiche intersettoriali per dirigenti, nei paesi del sud – est Europeo e della regione baltica;
- ❑ presenterà, nel 2000, un'analisi comparativa della situazione regionale riguardo le politiche alimentari e nutrizionali, in modo che gli Stati Membri abbiano un riferimento con cui misurare i loro progressi nei cinque anni successivi;
- ❑ collaborerà con la Commissione UE e il governo Francese durante la sua presidenza del Consiglio Europeo (Luglio - Dicembre 2000) sullo sviluppo di “ Elementi di alimentazione e nutrizione per un'azione Europea “;
- ❑ fornirà guide dietetiche sull'alimentazione e la nutrizione dei neonati, dei bambini e degli adulti;
- ❑ fornirà manuali formativi e strumenti per i professionisti sanitari e per tutte le persone interessate (*Cibi sani e nutrizione per la donna, Sicurezza alimentare per nutrizionisti, Competenze per i cambiamenti dietetici...*);
- ❑ pubblicherà un libro che spiegherà le basi scientifiche di una politica alimentare e nutrizionale, intitolato provvisoriamente *Cibo e salute in Europa: una base per l'azione*;
- ❑ inizierà un'analisi sul peso delle patologie e disturbi alimentari nella Regione Europea della WHO e presenterà i risultati preliminari;
- ❑ stabilirà una task force per l'alimentazione e la nutrizione della Regione Europea della WHO;

nel 2002 – 2003

- ❑ stimolerà lo sviluppo di nuovi metodi per l'accertamento dell'impatto delle politiche alimentari sulla salute pubblica;
- ❑ pubblicherà degli studi su casi di sviluppo e attuazione di politiche alimentare e nutrizionale nella Regione Europea della WHO;
- ❑ pubblicherà delle guide per le autorità locali sui piani d'azione urbani e locali delle politiche alimentari e nutrizionali;
- ❑ organizzerà degli incontri delle controparti governative per effettuare una valutazione a medio termine dei progressi dell'attuazione del Piano d'Azione per la Regione Europea della WHO;

nel 2004 – 2005

- valuterà i risultati e l'impatto del Piano d'Azione per la Regione Europea;
- organizzerà una conferenza ministeriale sulla politica alimentare e nutrizionale, per analizzare le valutazioni e orientare l'azione futura.

Una task force per l'alimentazione e la nutrizione della Regione Europea della WHO

Il settore della sanità pubblica non è stato abbastanza coinvolto nelle decisioni sulla politica alimentare. C'è bisogno di meccanismi che assicurino che la salute pubblica non sia trascurata nell'ambito della crescente economia globale. Una nuova task force può facilitare una migliore coordinazione tra gli apparati e le organizzazioni quali l'Unione Europea, il Consiglio Europeo, le agenzie delle Nazioni Unite (specialmente l'UNICEF e la FAO), associazioni ambientaliste e altre agenzie e organizzazioni internazionali, intergovernative e non governative. Il bisogno di coordinazione crescerà in quanto l'etica e i diritti umani, oltre alla scienza e all'economia, saranno tenute in maggiore considerazione nel prendere delle decisioni politiche.

Gli scopi della Task Force per l'Alimentazione e la Nutrizione della Regione Europea della WHO vogliono essere:

- agevolare la collaborazione tra le agenzie internazionali e le organizzazioni Europee che si occupano di politiche alimentari e nutrizionali;
- creare un forum dove ogni paese possa esprimere le proprie opinioni sulla salute pubblica riguardo le politiche alimentari internazionali e trovare dei passaggi per promuovere la salute e prevenire crisi alimentari;
- assicurare che le agenzie di sviluppo supportino i paesi sinergicamente. Durante le loro transizioni economiche, i nuovi stati indipendenti dell'Europa centrale e orientale (compresi quelli che stanno per entrare nell'UE) hanno bisogno di supporto per fare sì che le politiche alimentari e nutrizionali abbiano un ruolo prioritario;
- rafforzare gli impegni politici sulle politiche alimentari e nutrizionali a livello Europeo e consigliare su come ridurre il peso delle patologie e dei disturbi alimentari nella Regione Europea della WHO.

La Task Force comprenderà i rappresentanti delle diverse organizzazioni che lavorano nella Regione europea sulle politiche alimentari e nutrizionali. La task force potrà avvalersi della collaborazioni dei migliori scienziati in relazione al problema affrontato in un dato momento. La Task Force sarà costituita dall'Ufficio Regionale Europeo della WHO, che stabilirà i suoi punti di riferimento insieme a tutti i partners.

BIBLIOGRAFIA

1. *Earth Summit Agenda 21: the United Nations Programme of Action from Rio*. New York, United Nations Department of Public Information, 1992.
2. *Nutrition policy in WHO European Member States: progress report following the 1992 International Conference on Nutrition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/LVNG 94 01/PB04).
3. *HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No. 6).
4. SHAW, M. ET AL. Poverty, social exclusion and minorities. *In: Marmot, M. & Wilkinson, R.G. Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
5. DEPARTMENT OF HEALTH. *Review of Welfare Foods Scheme*. London, HMSO (in press).
6. *Comparative analysis of progress on the elimination of iodine deficiency disorders*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (document EUR/ICP/LVNG/01 01 01).
7. *Prevention and control of iron deficiency anaemia in women and children: report of the UNICEF/WHO regional consultation*. New York, United Nations Children's Fund, 1999.
8. *Obesity – preventing and managing the global epidemic: report on a WHO Consultation*. Geneva, World Health Organization, 1998 (document WHO/NUT/NCD/98.1).
9. *Food, nutrition and the prevention of cancer – a global perspective*. Washington, American Institute for Cancer Research, 1997.
10. KOHLMEIER, L. ET AL. *Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten [Nutrition-dependent diseases and their costs]*. Baden Baden, Nomos, 1993.
11. *Determinants of the burden of disease in the European Union*. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997.
12. NARHINEN, M. ET AL. Healthier choices in a supermarket – municipal food control can promote health. *British food journal*, 101(2): 99–107 (1999).
13. HEAVER, R.A. & HUNT, J.M. *Improving early childhood development: an integrated program for the Philippines*. Washington, International Bank for Reconstruction and Development, 1995.
14. *A comparative analysis of implementation of the Innocenti*

- Declaration in WHO European Member States*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (document EUR/ICP/LVNG 01 01 02).
15. FLEISHER MICHAELSEN, K. ET AL. *Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
16. ROOS, G. & PRATTALA, R. *Disparities in food habits – Review of research in 15 European countries*. Helsinki, Hakapaino Oy, 1999.
17. DIXEY, R. ET AL. *Healthy eating for young people in Europe: a school-based nutrition education guide*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999.
18. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (document EUR/ICP/IVST 06 03 05(A)).
19. *CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention) dietary guide*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (document EUR/00/5018028).
20. *Active living: physical activity for health*. Geneva, World Health Organization, 1997 (document HPR/97.8).
21. *Draft urban food and nutrition action plan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (document EUR/ICP/LVNG 03 01 02).
22. LOBSTEIN, T. & LONGFIELD, J. *Improving diet and health through European Union food policies*. London, Health Education Authority, 1999.
23. DAHLGREN, G. ET AL., ED. *Health impact assessment of the European Union Common Agricultural Policy*. Stockholm, Swedish National Institute of Public Health, 1996.
24. *Agriculture, environment, rural development: facts and figures – a challenge for agriculture*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1999.

Allegato 1

Accordi politici degli ultimi dieci anni

Risoluzione WHA53.15 – Sicurezza alimentare (2000) – vedi allegato 3

L'adozione di questa risoluzione dall'Assemblea Mondiale della Sanità è un passo avanti verso lo sviluppo sostenibile di sistemi integrati di sicurezza alimentare per la riduzione del rischio lungo tutto la catena alimentare, dal produttore primario al consumatore.

Carta Bianca della Commissione Europea sulla Sicurezza Alimentare (2000)

La Commissione Europea ha proposto una serie di misure per organizzare la sicurezza alimentare in maniera più coordinata e integrata, cercando di raggiungere i livelli più alti possibili di protezione sanitaria. Sono descritte un certo numero di iniziative politiche, compresa la nomina di un'autorità alimentare Europea e lo sviluppo di guide dietetiche e politiche nutrizionali Europee. Questo documento propone anche un'indagine Europea sui modelli di consumo alimentare.

Risoluzioni WHA51.18 e WHA53.17 sulla prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili (1998 e 2000)

Health21 (1998)

Nel 1998, il Comitato Regionale Europeo della WHO approvò l'Health21, la salute per tutte le strutture politiche della Regione Europea della WHO. Almeno 12 dei 21 obiettivi esortano gli Stati Membri ad aumentare le attività intersettoriali. Lo sviluppo e l'attuazione dei piani d'azione sull'alimentazione e nutrizione costituiscono un esempio concreto di come l'Health21 possa essere messa in pratica.

Convenzione di Aarhus (1998)

I firmatari della Convenzione di Aarhus, adottata alla Quarta Conferenza Ministeriale “ Ambiente in Europa “, organizzata dalla Commissione Economica Europea delle Nazioni Unite, concordano sul miglioramento del pubblico accesso all'informazione, pubblica partecipazione alle decisioni politiche e accesso alla giustizia delle questioni ambientali. Alla Terza Conferenza Ministeriale su Ambiente e Salute, a Londra nel 1999, i ministeri della sanità e dell'ambiente riuniti riaffermarono il loro impegno a migliorare il pubblico accesso all'informazione, assicurare il ruolo de cittadini nelle decisioni politiche e fornire accesso alla giustizia sociale alle questioni ambientali

Trattato di Amsterdam (1997)

Il Trattato di Amsterdam dell'Unione Europea sancisce che le questioni sanitarie saranno considerate in tutte le politiche dell'UE e che la salute pubblica dovrà essere assicurata. Il Trattato fornisce ai Paesi Membri l'opportunità di accertare l'impatto sulla salute delle politiche UE relative alla produzione, distribuzione e controllo alimentare.

Summit Mondiale sull'Alimentazione (1996)

Al Summit Mondiale sull'Alimentazione, la comunità internazionale riaffermò l'impegno preso alla Conferenza Internazionale sulla Nutrizione: regolare gli sforzi per eliminare fame e malnutrizione e raggiungere la certezza alimentare e nutrizionale per tutti.

Convenzione sui Diritti del Bambino (1989), Summit Mondiale per i Bambini (1990), Quarta Conferenza Mondiale sulle Donne (1995)

Queste conferenze internazionali trattarono, nell'ambito di questioni diverse, l'importanza della certezza alimentare e nutrizionale, dell'informazione, educazione e promozione, della protezione e del supporto dell'allattamento al seno.

Conferenza Internazionale sulla Nutrizione (1992)

Nel 1992, la Conferenza Internazionale sulla Nutrizione adottò la Dichiarazione Mondiale e il Piano d'Azione per la Nutrizione. Da allora, l'azione è stata sostenuta da più di 30 risoluzioni dell'Assemblea Sanitaria Mondiale. Una consultazione seguente fu tenuta dalla Regione Europea nel 1996 per verificare i progressi e l'Ufficio Regionale pubblicò i rapporti di valutazione dei progressi compiuti dagli Stati Membri sull'attuazione delle politiche.

Agenda 21 e Conferenza delle Nazioni Unite su Ambiente e Sviluppo

Lo sviluppo sostenibile fu definito nel 1992 come lo sviluppo che soddisfa le necessità del presente senza compromettere la possibilità delle future generazioni di fare lo stesso. Molte politiche alimentari e nutrizionali sono state incorporate nelle attività dell'Agenda21 negli Stati Membri. La WHO, in qualità di gestore dell'incarico del Capitolo 6 dell'Agenda21, ha giocato un ruolo chiave nell'indirizzare gli obiettivi sanitari dell'Agenda21.

Dichiarazione Innocenti sulla Protezione, Promozione e Supporto dell'Allattamento al Seno

La Dichiarazione Innocenti dispone alcuni traguardi per raggiungere la salute ottimali dei bambini e delle mamme negli Stati Membri:

- Nominare un coordinatore nazionale per l'allattamento di appropriata autorità e stabilire un comitato nazionale multisetoriale per l'allattamento composto dai rappresentanti dei dipartimenti governativi interessati, dalle organizzazioni non governative e dalle associazioni di professionisti sanitari.
- Assicurare che ogni struttura che fornisce servizi di maternità diventi " amica del bambino " e pratichi pienamente tutti i dieci passi dell'allattamento di successo, come disposto dallo statuto della WHO / UNICEF su " Protezione, promozione e supporto dell'allattamento al seno: il ruolo speciale dei servizi di maternità " .
- Decretare una legislazione ingegnosa che protegga il diritto di allattamento delle lavoratrici e stabilire i mezzi per la sua applicazione.
- Agire in modo da rendere effettivi i principi e gli scopi di tutti gli articoli del Codice Internazionale di Vendita dei Sostituti del Latte Materno e le successive risoluzioni rilevanti dell'Assemblea Mondiale della Sanità nella loro interezza.

Codice Internazionale del Marketing dei Sostituti del Latte Materno e risoluzioni successive dell'Assemblea Mondiale della Sanità

Il Codice e le risoluzioni successive dell'Assemblea della sanità sono mirati a limitare la promozione del latte per neonati e dei prodotti associati che potrebbero indebolire la pratica dell'allattamento al seno. I provvedimenti sono i seguenti:

- E' vietata la pubblicità di qualsiasi sostituto del latte materno (qualsiasi prodotto commercializzato per rimpiazzare il latte materno), compresi biberon e tettarelle.
- E' vietata la distribuzione di campioni gratuiti o a basso prezzo.
- E' vietata la promozione all'interno e attraverso i servizi sanitari.
- E' vietato il contatto tra il personale di marketing e le madri (ostetriche o nutrizionisti pagati dalle compagnie per consigliare o insegnare).
- E' vietato distribuire regali o campioni gratuiti al personale sanitario e alle rispettive famiglie.
- Le etichette dei prodotti devono usare un linguaggio appropriato, senza parole o immagini che idealizzino l'allattamento artificiale.
- Il personale sanitario deve ricevere solo le informazioni scientifiche e reali.

- I governi devono garantire che venga fornita un'informazione obiettiva e consistente sul nutrimento dei neonati e dei bambini;
- Tutte le informazioni sul nutrimento dei neonati, comprese le etichette, devono spiegare chiaramente i benefici dell'allattamento al seno ed evidenziare i costi e i pericoli dell'allattamento artificiale.
- E' vietata la promozione di prodotti inadeguati per i neonati come ad esempio il latte condensato dolcificato.
- Tutti i prodotti devono essere di alta qualità e tenere in considerazione le condizioni climatiche e di conservazione del paese dove sono usati.
- I produttori e i distributori devono seguire le norme del Codice (e di tutte le risoluzioni) indipendentemente dalle azioni compiute dai governi per attuarle.

Allegato 2

Definizione dei termini selezionati

Politica alimentare: una politica che non incorpora necessariamente in maniera esplicita gli interessi della salute pubblica.

Politica alimentare e nutrizionale: un termine comprensivo usato per incorporare gli interessi della salute pubblica nella politica alimentare, al fine di arrivare ad una più concertata azione intersettoriale.

Piano d'azione alimentare e nutrizionale: un piano che mostra come sviluppare e attuare le politiche alimentari e nutrizionali.

Consiglio e per l'alimentazione e la nutrizione (o meccanismo equivalente): un meccanismo nazionale che sovrintenda lo sviluppo, l'attuazione e la valutazione dei piani d'azione nazionali attraverso un approccio intersettoriale.

Controllo alimentare: un mandato di attività regolatoria di rinforzamento da parte delle autorità locali o nazionali per proteggere il consumatore e assicurare che tutti gli alimenti, durante la produzione, il confezionamento, lo stoccaggio, la lavorazione e il trasporto, siano conformi alle esigenze di qualità e sicurezza e siano etichettati onestamente e accuratamente come previsto dalla legge.

Sicurezza alimentare: l'assicurazione che l'alimento non causi un danno al consumatore quando preparato e / o consumato secondo l'uso consueto.

Certezza alimentare:

- Tutti hanno accesso fisico ed economico ad una quantità di cibo sufficiente per condurre una vita sana e attiva.
- I metodi e i mezzi attraverso i quali vengono gli alimenti vengono prodotti e distribuiti devono essere rispettosi del naturale processo dell'ambiente e quindi sostenibili.
- Sia la produzione che il consumo alimentare sono basati su e governati da valori sociali che sono giusti e ragionevoli, oltre che morali e etici.
- Viene assicurata la capacità di reperire gli alimenti.
- Gli alimenti stessi sono nutrizionalmente adeguati e personalmente e culturalmente accettabili.
- Gli alimenti vengono ottenuti senza offendere la dignità umana.

Allegato 3

Risoluzione WHA sulla Sicurezza Alimentare

Cinquantatreesima Assemblea Mondiale della Sanità

WHA53.15

Articolo dell'Agenda 12.3 20 Maggio 2000

Sicurezza alimentare

La Cinquantatreesima Assemblea Mondiale della Sanità,

Profondamente convinta che i disturbi alimentari associati agli agenti patogeni microbici, biotossine e contaminanti chimici negli alimenti rappresentino una minaccia per la salute di milioni di persone nel mondo;

Riconoscendo che le malattie alimentari influiscono significativamente sulla salute e il benessere delle persone e hanno conseguenze negative sugli individui, le famiglie, le comunità, gli affari e i paesi;

Convenendo l'importanza di tutti i servizi – incluso quello sanitario – nell'assicurare la sicurezza degli alimenti e nell'armonizzare gli sforzi di tutti i componenti della catena alimentare;

Consapevole del crescente interesse dei consumatori nei confronti della sicurezza alimentare, particolarmente dopo le recenti malattie alimentari comparse a livello internazionale e globale e l'emergenza dei nuovi prodotti alimentari derivanti dalla biotecnologia;

Riconoscendo l'importanza degli standard, delle guide e delle altre raccomandazioni della Commissione Codice Alimentare per proteggere la salute dei consumatori e assicurare chiare pratiche commerciali;

Notando il bisogno di sistemi di sorveglianza per l'accertamento del peso delle malattie alimentari e dello sviluppo di strategie di controllo nazionali e internazionali basate sulle prove;

Conscia del fatto che i sistemi di sicurezza alimentare devono tenere conto dell'evoluzione in ambito di integrazione agricola e industria alimentare e dei conseguenti cambiamenti nelle pratiche produttive, industriali e commerciali e nelle abitudini alimentari, sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo;

Conscia della crescente importanza degli agenti microbiologici nella comparsa di nuove patologie alimentari a livello internazionale e della crescente resistenza di alcuni batteri alimentari alle terapie comuni, specialmente a causa dell'uso indiscriminato di antimicrobici nell'agricoltura e nella pratica clinica;

Consapevole dei miglioramenti nella protezione della salute pubblica e nello sviluppo sostenibile dei settori agricoli e alimentari che può risultare da un rafforzamento delle attività della WHO sulla sicurezza alimentare;

Riconoscendo che i paesi in via di sviluppo basano il loro approvvigionamento alimentare primariamente sull'agricoltura tradizionale e su industrie alimentari di piccole e medie dimensioni e che in molti di questi paesi i sistemi di sicurezza alimentare sono ancora deboli,

□ ESORTA gli Stati Membri:

(1) a integrare la sicurezza alimentare nell'ambito delle funzioni essenziali della salute e nutrizione pubblica e di fornire risorse adeguate per stabilire e rafforzare i loro programmi di sicurezza alimentare in stretta collaborazione con i loro programmi applicati di sorveglianza nutrizionale ed epidemiologica;

(2) a sviluppare e attuare misure di prevenzione sistematiche e sostenibili mirate alla riduzione significativa della frequenza delle patologie alimentari;

(3) a sviluppare e mantenere a livello nazionale e, dove necessario, a livello regionale, mezzi di sorveglianza delle patologie alimentari e sistemi di monitoraggio e controllo dei microrganismi e delle sostanze chimiche negli alimenti; allo scopo di rinforzare la responsabilità primaria dei produttori e distributori per la sicurezza alimentare e di aumentare i finanziamenti per le ricerche di laboratorio in campo alimentare, specialmente nei paesi in via di sviluppo;

(4) a integrare nelle loro politiche di sicurezza alimentare delle misure dirette a prevenire lo sviluppo di agenti microbici resistenti agli antibiotici;

(5) a supportare lo sviluppo della scienza nell'accertamento dei rischi legati all'alimentazione, compresa l'analisi dei fattori di rischio rilevanti per le patologie alimentari;

(6) a integrare i problemi di sicurezza alimentare nei programmi di educazione e informazione nutrizionale per consumatori, particolarmente nei curriculum della scuola primaria e secondaria, oltre ad avviare programmi specifici di educazione alla salute e alla nutrizione per lavoratori dell'agricoltura, operai dell'industria alimentari, produttori e consumatori;

(7) a sviluppare programmi per il settore privato che possano migliorare la sicurezza alimentare a livello del consumatore, evidenziando la prevenzione dei rischi e l'orientamento verso buone pratiche manifatturiere, specialmente nei mercati alimentari urbani, tenendo conto dei bisogni e delle caratteristiche specifiche delle piccole industrie alimentari e di analizzare le opportunità di cooperazione con l'industria alimentare e le associazioni di consumatori al fine di aumentare la consapevolezza riguardo l'uso di pratiche agricole e industriali sicure ed ecologiche;

(8) a coordinare le attività per la sicurezza alimentare di tutti i settori nazionali rilevanti che hanno a che fare con problemi di sicurezza alimentare, particolarmente quelli relativi all'accertamento del rischio dei pericoli alimentari, tra cui l'influenza del confezionamento, stoccaggio e manipolazione dei cibi;

(9) a partecipare attivamente al lavoro della Commissione Codice Alimentare e dei suoi comitati, comprese le attività nell'area emergente dell'analisi dei rischi per la sicurezza alimentare;

(10) ad assicurare una divulgazione appropriata, completa e accurata nell'etichettatura dei prodotti alimentari, compresi gli avvertimenti e le date di scadenza;

(11) a legiferare in materia di controllo del riutilizzo dei contenitori per alimenti e di proibizione di false affermazioni;

□ SOLLECITA IL DIRETTORE GENERALE

(1) a dare maggior enfasi alla sicurezza alimentare, in vista della leadership globale della WHO sulla salute pubblica, in collaborazione e coordinazione con le altre organizzazioni internazionali tra cui la FAO, all'interno della Commissione Codice Alimentare, a lavorare per l'integrazione della sicurezza alimentare nell'ambito delle funzioni sanitarie pubbliche essenziali della WHO, allo scopo di sviluppare dei sistemi di sicurezza alimentare sostenibili e integrati per la riduzione del rischio per la salute lungo tutta la catena alimentare, dal produttore primario fino al consumatore;

(2) a supportare gli Stati Membri nell'identificazione delle patologie alimentari e nell'accertamento dei pericoli alimentari e delle questioni dello stoccaggio, confezionamento e manipolazione;

(2 bis) fornire ai paesi in via di sviluppo il supporto per la formazione dei loro staff, tenendo conto del contesto tecnologico di produzione di questi paesi;

(3) ad occuparsi dei problemi emergenti relativi allo sviluppo di microrganismi resistenti agli antimicrobici derivanti dall'utilizzo di antimicrobici nella produzione alimentare e nella pratica clinica;

(4) a mettere in atto una strategia globale per la sorveglianza delle patologie alimentari e per un'efficiente raccolta e scambio di informazioni a livello regionale, nazionale e internazionale, tenendo conto della revisione in corso dei Regolamenti Internazionali della Salute;

(5) a organizzare, il più presto possibile, un incontro iniziale di programmazione strategica per gli esperti di sicurezza alimentare degli Stati Membri e delle organizzazioni internazionali, governative e non, interessate alle tematiche della sicurezza alimentare;

(6) a fornire, in stretta collaborazione con le altre organizzazioni internazionali attive in quest'area, in particolare la FAO e l'Ufficio Internazionale delle Malattie Epizootiche, il supporto tecnico ai paesi in via di sviluppo nell'accertare l'importanza della salute e nel priorizzare le strategie di controllo delle malattie attraverso lo sviluppo di sistemi di sorveglianza di laboratorio per i principali agenti patogeni alimentari, come i batteri resistenti agli antimicrobici, e nel monitorare i contaminanti negli alimenti;

(7) a rafforzare, in collaborazione con la FAO e altri apparati competenti, l'applicazione della scienza nell'accertamento dei rischi sanitari acuti e a lungo termine relativi all'alimentazione, specificamente supportando lo stabilimento di un'apparato consultivo sull'accertamento del rischio microbiologico e rafforzando gli apparati consultivi di esperti che forniscono una guida scientifica sulle questioni della sicurezza alimentare relative agli agenti chimici e mantenendo una banca dati aggiornata di queste prove scientifiche allo scopo di supportare gli Stati Membri nel prendere le decisioni relative a queste tematiche sanitarie;

(8) ad assicurare che le procedure per la designazione degli esperti e la preparazione delle opinioni scientifiche siano tali da garantire la trasparenza, l'eccellenza e l'indipendenza delle delibere;

(9) a incoraggiare la ricerca per supportare le strategie basate sulle prove scientifiche per il controllo delle patologie alimentari, particolarmente la ricerca sui fattori di rischio relativi all'emergenza e all'aumento delle malattie alimentari e sui semplici metodi per la gestione e il controllo dei rischi sanitari legati all'alimentazione;

(10) a esaminare il corrente rapporto di collaborazione tra la WHO e la FAO, con riferimento particolare all'aumento del coinvolgimento e del supporto della WHO nella Commissione Codice Alimentare e i suoi comitati;

(11) a supportare gli Stati Membri per quanto riguarda la fornitura di basi scientifiche per le decisioni relative alla salute sugli alimenti geneticamente modificati;

(12) a supportare l'inclusione delle considerazioni sanitarie nel commercio e nelle donazioni internazionali di generi alimentari;

(13) a fare il più largo uso possibile di informazioni provenienti dai paesi in via di sviluppo nell'accertamento del rischio per la definizione degli standard internazionali e di rafforzare la formazione tecnica nei paesi in via di sviluppo fornendo loro un documento comprensivo nei linguaggi operativi della WHO, nei limiti del possibile.

(14) a proseguire continuativamente l'azione, nell'interesse dei paesi in via di sviluppo, in modo che il livello dello sviluppo tecnologico di questi paesi sia considerato nell'adozione e applicazione degli standard internazionali di sicurezza alimentare;

(15) a provvedere immediatamente alle emergenze alimentari nazionali e internazionali e ad assistere i paesi nella gestione delle crisi;

(16) a esortare tutti gli amministratori – specialmente quelli del settore privato – ad assumersi la responsabilità della qualità e sicurezza della produzione alimentare e della protezione ambientale lungo tutta la catena alimentare;

(17) a supportare la formazione delle capacità negli Stati Membri, specialmente quelli del mondo in via di sviluppo e facilitare la loro piena partecipazione al lavoro della Commissione Codice Alimentare, comprese le attività sui processi di analisi dei rischi nella sicurezza alimentare.

Ottavo incontro plenario, 20 Maggio 2000
A53 / VR / 8

Allegato 4

Comitato Regionale per la Risoluzione Europea

COMITATO REGIONALE PER L'EUROPA

Cinquantesima sessione, Copenaghen, 11 – 14 Settembre 2000

EUR / RC50 / R8

14 Settembre 2000

Lingua originale : Inglese

RISOLUZIONE

L'IMPATTO DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE SULLA SALUTE PUBBLICA, LA TESI PER UNA POLITICA ALIMENTARE E NUTRIZIONALE E UN PIANO D'AZIONE PER LA REGIONE EUROPEA DELLA WHO 2000 – 2005

Il Comitato Regionale,

Preoccupato dalla minaccia per la salute pubblica rappresentata dalla carenza di cibi sani e sicuri;

Riconoscendo i ruoli di altre organizzazioni internazionali e settori interessati all'alimentazione;

Rifacendosi alla risoluzione dell'Assemblea Sanitaria WHA46.7, che richiedeva l'attuazione di piani d'azione nutrizionali comprensivi e sottoscriveva i quattro obiettivi della quarta Decade di Sviluppo delle nazioni Unite e del Summit Mondiale per i Bambini;

Rifacendosi inoltre alle precedenti risoluzioni dell'Assemblea Sanitaria e in particolare la WHA49.15 sulla nutrizione dei neonati e dei bambini e la WHA52.24 sulla prevenzione e il controllo della deficienza di iodio, che dimostrano il bisogno di politiche alimentari e nutrizionali comprensive;

Avendo considerato il documento EUR / RC50 / 8, intitolato *L'impatto dell'alimentazione e della nutrizione sulla salute pubblica, la tesi per una politica alimentare e nutrizionale e un piano d'azione per la regione europea della WHO 2000 – 2005*;

1. SOTTOSCRIVE il Piano d’Azione per la Regione Europea della WHO per il periodo 2000 – 2005;
 2. RACCOMANDA che gli Stati Membri stabiliscano dei traguardi progressivi per la messa in atto del Piano d’Azione, tenendo conto dei loro ambienti culturali, sociali, legali ed economici;
 3. CHIEDE alle organizzazioni Europee, governative e non, di intraprendere un’azione comune con gli Stati Membri e l’Ufficio Regionale per massimizzare gli sforzi della Regione intera volti a promuovere la salute pubblica attraverso una politica alimentare e nutrizionale;
 4. CHIEDE al Direttore Regionale:
 - (a) di assicurare al Piano d’Azione il supporto appropriato dell’Ufficio Regionale Europeo della WHO;
 - (b) di supportare e cooperare con gli Stati Membri e le altre organizzazioni negli sforzi comuni per promuovere la salute pubblica attraverso appropriate politiche alimentari e nutrizionali;
 - (c) di esaminare la possibilità di costituire, in collaborazione con le agenzie internazionali, la Commissione Europea e il Consiglio Europeo, una Task Force per le Politiche Alimentari e Nutrizionali nella Regione Europea della WHO;
 - (d) di organizzare una conferenza ministeriale nel 2005 per valutare l’attuazione delle politiche alimentari e nutrizionali comprensive a livello regionale e nazionale;
 5. ESORTA gli Stati Membri a comunicare, nella conferenza ministeriale che si terrà nel 2005, i passi compiuti per promuovere la salute della loro popolazione attraverso una politica alimentare e nutrizionale;
 6. CHIEDE al Direttore Regionale di presentare al Comitato Regionale, nel 2002, un rapporto sui progressi compiuti nell’attuazione del Piano d’Azione.
-