

Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Settembre 2023



Rapporto 8

Promozione della salute per e con i bambini

Risultati scientifici e raccomandazioni per la prassi

Promozione Salute Svizzera è una fondazione sostenuta da cantoni e assicuratori. Su incarico della Confederazione, essa coordina e valuta le misure volte a promuovere la salute (art. 19 della Legge federale sull'assicurazione malattie). La Fondazione sottostà alla vigilanza della Confederazione. L'organo decisionale supremo è il Consiglio di fondazione. Promozione Salute Svizzera ha due sedi operative, situate negli uffici di Berna e Losanna. Ogni persona residente in Svizzera versa annualmente CHF 4.80 a favore di Promozione Salute Svizzera, importo che viene prelevato dagli assicuratori malattia. Ulteriori informazioni: www.promozionesalute.ch

Nell'ambito della serie «Rapporti Promozione Salute Svizzera» vengono pubblicate informazioni di fondo allestite o commissionate da Promozione Salute Svizzera. I rapporti, sottoposti a un controllo della qualità (reviewboard, gruppo di affiancamento), servono agli specialisti in campo pratico e scientifico nonché ai media e agli attori della politica sanitaria. Responsabili della redazione dei contenuti dei rapporti sono i rispettivi autori. I rapporti di Promozione Salute Svizzera sono in genere disponibili in formato elettronico (PDF).

Impressum

Editrice

Promozione Salute Svizzera

Autrici e autori

- **Capitolo 1 Introduzione:** Dr. phil. Fabienne Amstad
- **Capitolo 2 Ambienti di vita:** Dr. phil. Gisela Unterweger, Prof. Dr. phil. Anja Sieber
- **Capitolo 3 Principi e metodi:** Prof. Dr. med. Julia Dratva, Matthias Meyer, dipl. SozÖk, Prof. Dr. phil. Karin Nordström
- **Capitolo 4 Pari opportunità:** lic. phil. Dominik Weber
- **Capitolo 5 Sostegno alla prima infanzia:** Prof. Dr. phil. hist. Martin Hafen
- **Capitolo 6 Attività fisica:** Prof. Dr. med. Susi Kriemler, PD Dr phil. Thomas Radtke
- **Capitolo 7 Alimentazione:** Dr. Sophie Bucher Della Torre
- **Capitolo 8 Salute psichica:** Prof. Edouard Gentaz
- **Capitolo 9 Interazione:** MSc Ronia Schifftan, MSc Anne-Françoise Wittgenstein Mani
- **Capitolo 10 Conclusioni e raccomandazioni:** lic. phil. Florian Koch, Dr. phil. Fabienne Amstad

Direzione del progetto Promozione Salute Svizzera

- Fabienne Amstad, responsabile del progetto Rapporti di base
- Florian Koch, responsabile del progetto Rapporto di base bambini
- Christa Rudolf von Rohr, pubblicazione

Gruppo di accompagnamento

- Nina Baldinger, Cantone d'Argovia, Dipartimento della salute pubblica e degli affari sociali
- Lucas Gross, Cantone di Zurigo, Promozione della salute e prevenzione
- Martina Durrer, Cantone di Nidvaldo, Promozione della salute e integrazione
- Marion Forel, consulente e formatrice in salute pubblica
- Erika Dähler, Alliance Enfance
- Cornelia Conrad-Zschaber, RADIX Fondazione svizzera per la salute
- Divisione Programmi, Promozione Salute Svizzera

Redazione

Christa Rudolf von Rohr

Serie e numero

Promozione Salute Svizzera, Rapporto 8

Citazione

Amstad, F., Unterweger, G., Sieber, A., Dratva, J., Meyer, M., Nordström, K., Weber, D., Hafen, M., Kriemler, S., Radtke, T., Bucher Della Torre, S., Gentaz, E., Schifftan, R., Wittgenstein Mani, A.-F. & Koch, F. (2023). *Promozione della salute per e con i bambini – Risultati scientifici e raccomandazioni per la prassi*. Rapporto 8. Promozione Salute Svizzera.

Foto di copertina

iStock

Informazioni

Promozione Salute Svizzera, Wankdorfallée 5, CH-3014 Berna, tel. +41 31 350 04 04, office.bern@promotionsante.ch, www.promozionesalute.ch

Testo originale

Tedesco e francese

Numero d'ordinazione

02.0450.IT 09.2023

La presente pubblicazione è disponibile anche in francese e in tedesco (numeri d'ordinazione 02.0450.FR 11.2022 e 02.0450.DE 11.2022).

Scarica PDF

www.promozionesalute.ch/pubblicazioni

© Promozione Salute Svizzera, agosto 2023

Editoriale

La salute è un bene prezioso

La situazione pandemica degli ultimi anni ha evidenziato chiaramente quanto sia importante la salute per noi tutti. La salute è un bene particolarmente prezioso perché ci mette nelle condizioni di svolgere delle attività e di condurre una vita appagante. La pandemia ha rivelato e rafforzato la rilevanza sociale della promozione della salute. La Fondazione Promozione Salute Svizzera vuole utilizzare questa consapevolezza per rafforzare ulteriormente la promozione della salute, proseguendo sulla scia dei successi finora ottenuti.

Programmi d'azione cantonali – una storia di successi

Nel 2007 la Fondazione Promozione Salute Svizzera, in collaborazione con i Cantoni, ha iniziato a pianificare e realizzare i programmi d'azione cantonali sul tema del peso corporeo sano, destinati a bambini e adolescenti. Questi programmi hanno dato un impulso positivo alla promozione della salute in tutto il paese. Cinque anni più tardi, alla luce dei successi ottenuti, il Consiglio di fondazione ha deciso di sviluppare ulteriormente i programmi d'azione cantonali, estendendo il raggio d'azione al gruppo target delle persone anziane e integrando il tema della salute psichica. Ad oggi quasi tutti i Cantoni conducono con successo un programma d'azione cantonale.

Informazioni basate sulle evidenze e orientate alla pratica

Il presente rapporto rappresenta la base per le attività di Promozione Salute Svizzera in relazione agli specifici ambiti tematici e gruppi target e, di conseguenza, costituisce la base anche per i programmi d'azione cantonali. Le basi scientifiche sono state aggiornate e per la prima volta è stato redatto un rapporto separato per ciascun gruppo target della Fondazione, ovvero

- bambini;
- adolescenti e giovani adulti;
- persone anziane.

I tre rapporti hanno una struttura analoga e racchiudono al loro interno ampie conoscenze specialistiche. Numerosi esperti hanno contribuito alla redazione dei singoli capitoli, redigendo dei testi sugli stessi argomenti (salute psichica, attività fisica e alimentazione) per i diversi gruppi target.

Il presente rapporto dedicato all'infanzia illustra quali opportunità offre la promozione della salute per questo gruppo target e come si possono realizzare degli interventi basati sulle evidenze.

La Fondazione desidera esprimere la propria gratitudine agli autori nonché ai membri del gruppo di accompagnamento per l'eccellente lavoro svolto e augura a tutti un'interessante e proficua lettura.



Thomas Mattig
Direttore



Bettina Abel
Vicedirettrice

Indice

Management Summary	8
1 Introduzione	12
2 Ambienti di vita nell'infanzia	14
2.1 Principi e definizioni	14
2.2 Il concetto dell'ambiente di vita	14
2.3 Cambiamenti e transizioni all'interno dell'ambiente di vita	16
3 Principi e metodi della promozione della salute nell'infanzia	18
3.1 Promozione della salute e prevenzione	18
3.2 Valutazione e gestione degli impatti	21
3.3 Salute infantile in Svizzera: la situazione attuale	23
3.4 Concetto di salute specifico per gruppo target	24
3.5 Obiettivi della promozione della salute nell'infanzia	25
3.6 Setting e attori	26
3.7 Sfide, potenziali e approcci della promozione della salute e della prevenzione nell'infanzia	26
4 Pari opportunità di salute	35
4.1 Promuovere le pari opportunità di salute attraverso misure adeguate	36
4.2 Fattori sociali all'origine delle disparità di salute	36
4.3 Cosa può fare la promozione della salute	37
4.4 Misure di comprovata efficacia e criteri di successo	38
4.5 Definizione dei gruppi target	39
5 Sostegno alla prima infanzia	43
5.1 Definizione	43
5.2 Argomenti scientifici a favore del sostegno alla prima infanzia	43
5.2.1 La prospettiva della promozione della salute e della prevenzione	43
5.2.2 La prospettiva della teoria dei sistemi	44
5.2.3 La prospettiva della teoria dell'attaccamento	45
5.2.4 La prospettiva delle scienze naturali	45
5.2.5 La prospettiva delle competenze di vita	45
5.2.6 La prospettiva della teoria della povertà	46
5.2.7 La prospettiva economica	46
5.3 La situazione del sostegno alla prima infanzia in Svizzera e possibili approcci per migliorare la situazione	47
5.3.1 Policy e comunicazione	48
5.3.2 Interventi e messa in rete	50
5.4 Conclusioni	51
6 Promozione di un'attività fisica regolare	52
6.1 Principi e definizioni	52
6.2 Perché è utile promuovere l'attività fisica nell'infanzia?	52
6.3 Raccomandazioni di movimento e comportamento motorio nell'infanzia	54
6.4 Comportamento motorio e sedentario in età infantile in Svizzera	55
6.5 Promozione dell'attività fisica nell'infanzia	60
6.6 Pari opportunità nella promozione dell'attività fisica	62
6.7 Conclusioni	62

7	Promozione di un'alimentazione equilibrata	64
7.1	Perché è utile promuovere un'alimentazione equilibrata nell'infanzia?	64
7.2	Raccomandazioni nutrizionali e alimentari	64
7.3	Cosa mangiano i bambini?	67
7.4	Fattori che influenzano il consumo alimentare	67
	7.4.1 Fattori biologici	67
	7.4.2 Esperienze legate all'alimentazione	67
	7.4.3 Fattori intrapersonali e interpersonali	67
	7.4.4 Fattori sociali e ambientali	68
7.5	Possibili interventi e impatti previsti	69
	7.5.1 Esempi di interventi	69
	7.5.2 Competenze medialti	73
	7.5.3 Interventi durante la gravidanza e sostegno all'allattamento	73
	7.5.4 Considerazioni generali sugli interventi	73
7.6	Pari opportunità nella promozione dell'alimentazione equilibrata	74
7.7	Conclusioni	75
8	Promozione della salute psichica	76
8.1	La salute psichica nell'infanzia (0-12 anni) in Svizzera	76
8.2	Lo sviluppo psicologico del bambino e l'ambiente in età infantile	78
8.3	Come si può promuovere o rafforzare la salute psichica dei bambini?	79
	8.3.1 Le risorse interne	79
	8.3.2 Le risorse esterne	83
8.4	Conclusioni	87
9	Interazione tra attività fisica, alimentazione e salute psichica	88
9.1	Introduzione	88
9.2	Interazione tra alimentazione, attività fisica e salute psichica	88
	9.2.1 Salute psichica e attività fisica	88
	9.2.2 Movimento e alimentazione	90
	9.2.3 Alimentazione e salute psichica	91
9.3	Il gioco è una porta d'accesso fondamentale per promuovere la salute psichica	93
10	Conclusioni e raccomandazioni	95
10.1	Argomenti a favore della promozione della salute: PERCHÉ	95
10.2	Raccomandazioni	95
11	Fonti	98

Indice delle figure e tabelle

Figura 2.1	Concetto dell'ambiente di vita	15
Figura 3.1	La Behaviour Change Wheel	20
Figura 3.2	Modello d'impatto per un progetto	22
Figura 3.3	Attori coinvolti nel settore della salute durante l'infanzia e l'adolescenza	27
Figura 3.4	Periodi sensibili per interventi	28
Figura 3.5	Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico (Basilea, Berna, Zurigo, insieme, anno scolastico 2017/18, n = 13 916)	33
Figura 3.6	Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico (Basilea, Berna, Zurigo, insieme, anno scolastico 2018/19, n = 14 531)	33
Figura 3.7	Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico (Basilea, Berna, Zurigo, insieme, anno scolastico 2019/20, n = 14 197)	33
Figura 3.8	Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico (Basilea, Berna, Zurigo, insieme), confronto temporale tra quattro periodi	33
Figura 3.9	Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico, dal 2018/19 fino al 2020/21 (Basilea, Berna e Zurigo, insieme)	34
Figura 4.1	Distinzione tra pari opportunità e eque opportunità	35
Figura 4.2	Modello esplicativo dell'inequità di salute	37
Figura 5.1	L'importanza del sostegno alla prima infanzia	44
Figura 5.2	L'impatto economico degli investimenti nel sostegno alla prima infanzia	46
Figura 6.1	Ambiti della vita che implicano un'attività fisica	52
Figura 6.2	Percentuale di bambini e adolescenti che rispettano le linee guida relative all'attività fisica, per fascia di età	56
Figura 6.3	Probabilità di ottenere un punteggio di rischio cardiovascolare sfavorevole a fronte di un aumento dei fattori di rischio negativi legati allo stile di vita	58
Figura 6.4	Differenze nelle competenze motorie di base (valori medi) tra scuole dell'infanzia ordinarie e scuole dell'infanzia che promuovono il movimento	60
Figura 7.1	Il disco alimentare	65
Figura 7.2	Fattori che condizionano le scelte alimentari dei bambini	68
Figura 8.1	Le dimensioni (comprovate dalla ricerca) sulle quali si può intervenire per promuovere e rafforzare le risorse interne (del bambino) ed esterne (genitori, professionisti) e di conseguenza la salute psichica dei bambini	87
Figura 9.1	Dai determinanti della salute alle tematiche comuni tra alimentazione, attività fisica e risorse psichiche	89
Tabella 6.1	Benefici dell'attività fisica per la salute di bambini e adolescenti	53
Tabella 6.2	Osservanza delle raccomandazioni di movimento da parte di bambine e bambini nel 2014 e nel 2020 in funzione dei possibili fattori d'influenza (in percentuale)	57
Tabella 6.3	Effetti di un programma di promozione dell'attività fisica multimodale, realizzato nelle scuole elementari durante un anno scolastico	58
Tabella 6.4	Esempi di prevenzione comportamentale e contestuale attraverso la promozione dell'attività fisica e la riduzione dello stile di vita inattivo nell'infanzia e nell'adolescenza	61
Tabella 7.1	Principi di possibili interventi per promuovere un'alimentazione equilibrata dei bambini in età prescolare e scolastica	70
Tabella 8.1	Percentuali relative alla prima comparsa dei disturbi psichici (selezione) secondo la fascia d'età	76

Indice dei riquadri

Definizioni

Definizione 3.1 Empowerment e partecipazione	21
Definizione 3.2 Modelli d'impatto per la misurazione dell'efficacia	23
Definizione 3.3 Dual continuum model	25
Definizione 3.4 Competenze di vita	25

Excursus

Peso corporeo sano nell'infanzia – si profila una tendenza positiva	32
Monitoraggio dell'IMC in relazione alla pandemia di coronavirus	34
Crescere in salute in diversi modelli di famiglie	41
Attività fisica in gravidanza	61

Conoscenze di base, fatti e cifre

La Carta di Ottawa per la promozione della salute (OMS, 1986)	18
La Dichiarazione di Jakarta (1997)	19
Interazione tra approccio comportamentale e approccio contestuale	19
Return on Investment (ROI) – un parametro di valutazione economico	29
Scuola sana	31
Limitazioni individuali e pari opportunità	40

Management Summary

Il gruppo target dei bambini è stato integrato fin dall'inizio nei programmi d'azione cantonali. È importante verificare e aggiornare, ad intervalli regolari, i fondamenti scientifici alla base delle misure e degli interventi, per garantire che programmi e progetti siano sempre efficaci e al passo con i tempi. Il presente rapporto mette in luce i motivi per cui è fondamentale impegnarsi a favore della salute dei bambini e, sulla scorta delle più recenti conoscenze scientifiche, spiega perché le tematiche dell'attività fisica, dell'alimentazione e della salute psichica sono pilastri importanti per la salute infantile. Infine presenta interventi e approcci di comprovata efficacia e fornisce alcune utili raccomandazioni.

Il capitolo 2 sulla fase di vita presenta il concetto dell'ambiente di vita che, con le sue prospettive della situazione di vita e dello stile di vita, illustra da un punto di vista diverso una nota suddivisione (contesto e comportamento) delle basi classiche della promozione della salute. Il fatto che ogni individuo sia inserito nel proprio ambiente di vita e abbia una situazione di vita individuale, mette in luce l'importanza dello stile di vita per la salute in età infantile. È altresì importante tenere in considerazione l'ampliamento naturale degli ambienti di vita nella prima infanzia, prestando particolare attenzione alle transizioni. I luoghi di accoglienza dedicati alla prima infanzia sono un ambiente di vita centrale accanto a quello della famiglia e delle figure di riferimento primarie ed è pertanto importante che siano strutturati in modo tale da favorire la salute in maniera integrale. È inoltre evidente che anche il gruppo dei pari può avere una forte influenza a partire da una giovane età. Nell'ambito dello sviluppo di interventi e programmi è determinante disporre di una consapevolezza nonché di conoscenze solide riguardo alle norme e alle routine in uso negli ambienti di vita dei bambini, così da sviluppare delle strategie di promozione della salute mirate che tengono conto delle differenze.

Il capitolo 3 illustra i principi e i metodi della promozione della salute nell'infanzia. La promozione della salute comprende tutte le forme di intervento finalizzate a migliorare le condizioni di vita che incidono sulla salute e si pone l'obiettivo di rafforzare i fattori di protezione nonché le risorse. La prevenzione, per contro, mira a evitare l'insorgenza delle malattie nonché a limitarne la progressione e ad arginare le conseguenze. La combinazione di misure comportamentali e strutturali si è dimostrata efficace e conferma le considerazioni fatte al capitolo 2. Se, da un lato, le misure strutturali, ovvero le misure incentrate sul contesto, possono favorire un cambiamento comportamentale, al tempo stesso le misure strutturali risultano essere più efficaci quando sono combinate con misure orientate al comportamento. La promozione della salute dovrebbe idealmente prendere in considerazione diversi livelli; non solo i fattori psichici e quelli legati al comportamento, ma anche i fattori sociali, economici e ambientali. I quattro livelli dei PAC (interventi, messa in rete, policy e comunicazione) rispondono a questo requisito. Empowerment e partecipazione sono elementi centrali per la promozione della salute; garantiscono che le offerte siano adeguate ai bisogni dei gruppi target e promuovano la coesione sociale, le pari opportunità e l'ancoraggio a lungo termine dei programmi e progetti.

La salute infantile è la misura in cui singoli bambini o gruppi di bambini sono in grado o sono messi nelle condizioni di: (a) sviluppare e valorizzare il proprio potenziale, (b) soddisfare i propri bisogni e (c) sviluppare le capacità che consentono loro di interagire efficacemente con il proprio ambiente biologico, fisico e sociale.

Prima del 2020 il quadro relativo alla salute infantile in Svizzera era tutto sommato positivo. La maggior parte dei bambini era in salute e si sentiva bene. In Svizzera un bambino su 5 risulta essere affetto da una malattia cronica o da un problema di salute cronico. A seguito della pandemia la salute soggettiva è

peggiorata. Diversi studi hanno infatti riscontrato un aumento delle preoccupazioni, dei timori e del disagio psichico. Il sovrappeso risulta essere molto più frequente rispetto all'obesità. In questo contesto sono incoraggianti i risultati del monitoraggio dell'indice di massa corporea (IMC), effettuato da alcuni servizi medici scolastici, che indicano un calo del sovrappeso e dell'obesità nella prima infanzia. L'osservanza delle raccomandazioni di movimento in età infantile rappresenta un problema solo per pochi bambini, ma il loro numero aumenta con l'età. Attualmente in Svizzera non sono disponibili dati sulla resilienza e sulle competenze di salute dei bambini. I capitoli 5, 6 e 7 approfondiscono le singole tematiche e, nella misura in cui sono disponibili, presentano i dati dettagliati relativi all'attività fisica, all'alimentazione e alla salute psichica dei bambini in Svizzera.

Il **capitolo 4** sulle **pari opportunità** esordisce spiegando che le opportunità di salute sono ripartite in modo impari anche in età infantile e illustra le correlazioni con diversi fattori sociali. Il livello di istruzione dei genitori, il sesso e l'origine migratoria sono alcuni esempi di determinanti sociali che hanno un comprovato effetto negativo sulla salute dei bambini. In relazione alla questione LGBTQI+ è opportuno intervenire precocemente, rafforzando le risorse dei bambini per prevenire l'accresciuto tasso di suicidi in età adolescenziale. Bisogna tuttavia tenere presente che anche le famiglie con altre caratteristiche possono essere vulnerabili, ad esempio quando i genitori sono affetti da malattie psichiche o hanno problemi legati all'alcolismo. Il nesso tra famiglie monoparentali e povertà è una questione importante da tenere in considerazione, ma non bisogna dimenticare che il problema della povertà riguarda anche le famiglie biparentali con un basso status socioeconomico. In questo contesto è importante evitare la stigmatizzazione. Alcuni importanti criteri di successo che contribuiscono a rafforzare le pari opportunità nell'ambito degli interventi sono la partecipazione del gruppo target, il lavoro basato sulle relazioni, l'adattamento culturale e linguistico delle offerte, lo sviluppo di offerte a bassa soglia, la collaborazione multisettoriale e il coordinamento su piccola scala. Un riquadro informativo sulle limitazioni individuali illustra alcuni approcci concreti per gruppi target specifici.

Il **capitolo 5** affronta l'importante questione del **sostegno alla prima infanzia**. Questa forma di intervento è stata oggetto di diversi studi, dai quali sono emersi molteplici argomenti a favore di un intervento in età precoce. Si osservano anche diverse sovrapposizioni con la questione delle pari opportunità. È stato dimostrato che è vantaggioso investire nel sostegno alla prima infanzia. È importante garantire a tutti i bambini un buon inizio di vita e fornire un sostegno ai genitori in tal senso. Questo capitolo illustra alcune possibilità – al di fuori della discussione politica – che consentono di migliorare la situazione, tra le quali figurano la creazione di spazi all'aperto a misura di bambino, il finanziamento di programmi che prevedono visite a domicilio per le famiglie in condizione di svantaggio, il potenziamento delle reti interprofessionali, la garanzia della qualità nei nidi dell'infanzia e nei gruppi di gioco, l'istituzione di punti di contatto che permettano alle famiglie di orientarsi nel settore della prima infanzia e da ultimo la sensibilizzazione dell'opinione pubblica e della politica all'importanza della prima infanzia. L'analisi, tuttavia, mette in luce anche il fatto che le condizioni quadro strutturali per il sostegno alla prima infanzia sono ancora scarsamente sviluppate in Svizzera.

Il **capitolo 6** verte sulla questione della promozione di un'**attività fisica** regolare nell'infanzia. I bambini hanno un bisogno innato di muoversi. Se possono seguire liberamente questo loro istinto naturale, il raggiungimento delle raccomandazioni di movimento diventa un obiettivo realizzabile per tutti i bambini. Nella prima infanzia è quindi importante creare le condizioni che permettano ai bambini di esprimere il loro bisogno di muoversi, incoraggiando i genitori e le persone responsabili dell'educazione a portare i bambini regolarmente all'aria aperta e predisponendo degli spazi all'aperto dove i bambini possano giocare in sicurezza; in tal modo si sgravano anche i genitori. I bambini che frequentano le scuole dell'infanzia che promuovono il movimento presentano risultati migliori nelle competenze motorie di base e questo dimostra l'efficacia della promozione del movimento nelle scuole dell'infanzia. Considerato che le competenze motorie di base sono importanti per lo sviluppo del concetto fisico di sé e per la pratica di un'attività sportiva durante il resto della vita, la promozione del movimento nell'infan-

zia risulta essere un buon investimento. È stata inoltre comprovata l'importanza dello svolgimento di un'attività fisica regolare per il successo scolastico e sarebbe pertanto utile tenerne maggiormente conto nel contesto scolastico. È stato infatti dimostrato che dedicare più tempo al movimento a scapito di altre materie non si traduce in un calo del rendimento nelle materie principali. Offerte come «lezioni all'aperto» o «scuole in movimento» offrono ai bambini un valido complemento alle classiche lezioni di ginnastica. È altresì importante creare percorsi casa-scuola sicuri che siano accessibili in tutta sicurezza a piedi o in bicicletta affinché i genitori possano permettere ai loro figli di andare a scuola a piedi o in bicicletta il prima possibile. A tal fine occorre anche predisporre sufficienti parcheggi per biciclette ed evitare di imporre divieti di utilizzo della bicicletta. Esistono già diversi progetti di questo genere che contribuiscono a ridurre il numero di genitori che portano i bambini a scuola in automobile (genitori-tassisti). Le palestre aperte durante il periodo scolastico sono un'offerta di accoglienza a bassa soglia che contribuisce a promuovere l'attività fisica. Ogni bambino dovrebbe disporre di un'offerta di questo genere vicino a casa per poterla frequentare con i suoi genitori o altre figure di riferimento. Per quanto concerne la discussione sull'indice di massa corporea, si mette in luce il fatto che i bambini fisicamente attivi possono presentare un IMC più elevato a fronte di una minore circonferenza addominale.

Nel **capitolo 7** si discute di promozione dell'**alimentazione** equilibrata. Il capitolo identifica e descrive i fattori che influenzano le abitudini alimentari dei bambini. Le premesse per poter aiutare i genitori e le altre persone responsabili dell'educazione a trasmettere ai bambini abitudini alimentari sane sono favorevoli. In questo contesto si sottolinea l'importante funzione di modello di riferimento dei genitori e delle persone responsabili dell'educazione. Infatti i bambini osservano e imitano gli adulti, riprendendo le loro abitudini alimentari. È pertanto legittimo rivolgersi ai genitori e alle principali figure di riferimento per sfruttare la fase sensibile del «volere il meglio per il proprio figlio». È altresì importante non concentrarsi unicamente sull'alimentazione dei bambini, ma anche su quella dei genitori e delle altre persone responsabili dell'educazione ricordando

loro che spesso, seppur involontariamente (a causa dell'imitazione da parte dei bambini), si trasmettono sia le abitudini alimentari sane che quelle malsane. Anche il piacere di mangiare e la condivisione dei pasti sono due aspetti importanti che vanno incoraggiati. Nonostante queste premesse, i dati indicano che i bambini mangiano tuttora troppa frutta e verdura a fronte di un consumo eccessivo di bevande zuccherate. Parrebbe che i genitori e le persone responsabili dell'educazione non siano ancora consapevoli delle molteplici conseguenze negative di un consumo eccessivo di zuccheri. Servono quindi ulteriori sforzi per far arrivare questo messaggio ai gruppi target interessati. Ma si può anche iniziare a sensibilizzare i bambini piccoli all'importanza di un'alimentazione sana e variata, ad esempio cucinando insieme a loro. Vale sicuramente la pena creare offerte che vanno in questa direzione. È molto importante anche proporre ai bambini un'offerta alimentare sana, variata ed equilibrata – sia nel contesto familiare che nelle strutture dedicate all'accoglienza extrafamiliare come i nidi dell'infanzia. Non bisogna inoltre sottovalutare gli effetti che la pubblicità può avere sui nostri comportamenti alimentari. Per questo è importante limitare le campagne promozionali rivolte al pubblico infantile che pubblicizzano cibi pieni di zuccheri, grassi, sale o alimenti ipercalorici.

Il **capitolo 8** sulla **promozione della salute psichica** verte sulle risorse psichiche interne ed esterne dei bambini. All'inizio del capitolo si mette in luce la presenza di numerosi disturbi psichici in età infantile, ma si ribadisce che in Svizzera esistono pochissimi dati sulla salute psichica generale dei bambini. In questo contesto è importante promuovere le competenze emotive dei bambini e offrire loro ampio spazio da dedicare al gioco. Si può anche prendere in considerazione l'approccio della mindfulness in età infantile, realizzando interventi basati sulla consapevolezza. Analogamente alle altre due tematiche – alimentazione e attività fisica – anche nel caso della salute psichica svolgono un ruolo importante le competenze genitoriali. Tali competenze si possono promuovere attraverso un'adeguata offerta formativa. Tuttavia, il tema della formazione dei genitori o persino di una formazione obbligatoria risulta essere ancora un tabù; una circostanza sorprendente se si considera l'influenza che i genitori e le altre per-

sono responsabili dell'educazione possono avere sulla salute dei bambini. Idealmente, oltre a partecipare a un corso di preparazione al parto, i neogenitori dovrebbero avere la possibilità di frequentare un corso di preparazione alla genitorialità. In alternativa si potrebbero intraprendere degli sforzi per integrare questi due elementi in un'unica offerta. Un fattore decisivo e importante per la buona riuscita degli interventi è l'utilizzo di un approccio volto a sviluppare le risorse, che miri a rafforzare i fattori di protezione per una psiche sana. Al tempo stesso è importante essere consapevoli che il principale fattore di rischio per lo sviluppo di un disagio psichico in età infantile è la malattia psichica di un genitore.

Il **capitolo 9** affronta la questione dell'**interazione tra alimentazione, attività fisica e salute psichica**. I moduli dei programmi d'azione cantonale hanno come obiettivo il rafforzamento dei fattori di protezione per la salute fisica e psichica. In questo capitolo vedremo che l'alimentazione e l'attività fisica rappresentano dei fattori di protezione (e a seconda del caso anche di rischio) sia per la salute fisica che per quella psichica. Ma, viceversa, anche le risorse psichiche, come ad esempio l'autoefficacia, sono importanti per produrre cambiamenti sul piano delle abitudini alimentari e motorie. L'attività fisica, ad esempio, contribuisce ad aumentare il benessere, a ridurre lo stress e rafforzare l'autoefficacia. Sia l'alimentazione che l'attività fisica concorrono allo sviluppo motorio e psichico. D'altro canto, lo stress incide negativamente sui comportamenti alimentari e le emozioni spesso influenzano il nostro modo di mangiare, mentre un'alimentazione squilibrata può favorire l'insorgere di una depressione. In particolare per quanto concerne la prevenzione del sovrappeso, l'Obesity Map indica che bisogna considerare questo fenomeno nella sua integralità. In questo capitolo il gioco viene indicato come un importante fenomeno universale che favorisce lo sviluppo sano dei bambini e si ribadisce l'importanza di promuovere le diverse forme di gioco in tutti i setting. I bambini devono avere tempo a sufficienza per giocare. Genitori ed educatori devono pertanto essere incoraggiati a concedere questo tempo ai bambini invece di concentrarsi unicamente sulla trasmissione strutturata di conoscenze.

In **conclusione** il **capitolo 10** riassume i principali argomenti per la promozione della salute nell'infanzia e fornisce delle raccomandazioni riguardo ai contenuti e ai metodi da applicare nella promozione della salute con questo specifico gruppo target.

Argomenti:

- L'infanzia è una «window of opportunities».
- Gli eventi critici della vita si accumulano nei bambini.
- La scoperta di nuovi ambienti di vita rappresenta un'opportunità.
- I dati relativi alla salute infantile sono insufficienti.

Raccomandazioni di carattere contenutistico:

- L'autoefficacia è fondamentale per la salute.
- Promuovere le competenze di vita equivale a promuovere la salute psichica.
- L'attività fisica regolare è benefica per un sano peso corporeo e molto altro.
- È importante promuovere il piacere di mangiare insieme.
- Giocare, giocare, giocare...

Raccomandazioni di carattere metodologico:

- Serve una responsabilità intersettoriale per la salute infantile.
- I genitori e le persone responsabili dell'educazione dei bambini sono moltiplicatori efficaci.
- È importante promuovere l'integrazione sociale di tutta la famiglia.
- Le misure strutturali sono fondamentali.
- La scuola è un setting importante.
- Non bisogna limitare i comportamenti naturali.
- È opportuno integrare le tematiche invece di separarle.
- È importante rafforzare le pari opportunità.

1 Introduzione

• **Fabienne Amstad**, Promozione Salute Svizzera

Promozione Salute Svizzera collabora con i Cantoni per promuovere la salute della popolazione in Svizzera. Progetti e programmi d'azione cantonali collaudati e di successo promuovono la salute psichica di bambini, giovani e persone anziane, un'attività fisica regolare e un'alimentazione equilibrata. La fondazione pubblica, a intervalli regolari, documenti di base sui quali fondare questi programmi d'azione e progetti, documenti che costituiscono la base scientifica della sua attività. I rapporti di base sono rivolti a gruppi target specifici:

- bambini
- adolescenti e giovani adulti
- persone anziane

Questo rapporto si occupa del gruppo target dei bambini.

Definizione del gruppo target «bambini»

Il rapporto di base dedicato ai bambini affronta la fase di vita che si estende approssimativamente fino ai 12 anni oppure fino al termine del grado primario. Questa fase di vita comprende la gravidanza, il periodo neonatale, la prima infanzia e l'età prescolare, la scuola dell'infanzia (prima età scolastica) e le scuole elementari (età scolastica intermedia).

Obiettivi e destinatari dei rapporti

I rapporti di base forniscono una sintesi delle evidenze scientifiche sui temi dell'attività fisica, dell'alimentazione e della salute psichica e sono redatti con un occhio di riguardo alla pratica. Essi si propongono di mostrare quali aree presentano necessità d'intervento e quali approcci si sono dimostrati efficaci per i vari gruppi target e argomenti. Partendo da dati scientifici, i rapporti di base offrono un aiuto per trasferire nella pratica le evidenze di cui attualmente disponiamo. Il rapporto rappresenta un primo passaggio dalla teoria alla realizzazione operativa. In fase di attuazione intervengono altri

servizi come le consulenze, le liste di controllo e i materiali predisposti da Promozione Salute Svizzera ai fini della pratica.

I destinatari dei rapporti sono principalmente:

- specialiste e specialisti di Cantoni, Comuni e ONG responsabili della strategia e dell'attuazione di programmi e progetti di promozione della salute
- altre persone specializzate attive sul campo o impegnate nello studio e nella ricerca

Interdisciplinarietà del rapporto

Per via della natura interdisciplinare del rapporto, il documento è stato revisionato da diverse persone esperte dei rispettivi settori scientifici (università e università di scienze applicate). Un gruppo di sostegno ha assicurato la vicinanza alle esigenze del pubblico cui sono destinati i rapporti.

Pandemia di coronavirus

La pandemia di coronavirus influisce sulla salute e sul comportamento sanitario dei bambini nonché sulle attività di promozione della salute nell'infanzia. I suoi effetti sono quindi esaminati sistematicamente in tutti i capitoli del rapporto.

Struttura del rapporto

Il rapporto dedicato al gruppo target dei bambini inizia illustrando le caratteristiche della fase di vita dell'infanzia e prosegue descrivendo i principi e i metodi della promozione della salute in età infantile, per poi approfondire la questione delle pari opportunità in relazione alla salute e il tema del sostegno alla prima infanzia. Seguono quindi tre capitoli separati sui temi dell'attività fisica, dell'alimentazione e della salute psichica. Per finire il rapporto termina con un capitolo sull'interazione tra questi temi.

Per una lettura veloce

I contenuti più importanti sono riassunti nel **Management Summary**. Le principali conclusioni e raccomandazioni sono raccolte nel capitolo 10 **«Conclusioni e raccomandazioni»**.

Guida alla lettura

I tre rapporti, specifici per gruppo target, sono simili nella forma e in parte anche nei contenuti al fine di facilitare l'orientamento all'interno del testo. Le seguenti istruzioni forniscono utili indicazioni per un'efficace consultazione dei rapporti.

Abbiamo voluto strutturare i rapporti in modo tale da ottenere una vera e propria opera di consultazione. Oltre a mettere l'accento sulla natura pratica dei contenuti, ci siamo quindi adoperati per redigere dei testi di facile consultazione e lettura. Ciascun rapporto offre una panoramica autonoma e completa in tema di promozione della salute nel rispettivo gruppo target.

I rapporti dedicati ai gruppi target bambini nonché adolescenti e giovani adulti contengono alcuni passaggi identici, contrassegnati da una linea arancione al margine del testo. Un'indicazione in merito sarà fornita anche all'inizio dei rispettivi capitoli.

Nei riquadri colorati si trovano definizioni, ulteriori riferimenti bibliografici, considerazioni sulla pandemia di coronavirus, indicazioni per l'attuazione, conoscenze di base come pure dei brevi excursus su argomenti di particolare interesse.

Riquadro: definizione

Nelle caselle colorate di verde si trovano le definizioni dei termini chiave.



Riquadro: bibliografia di approfondimento

Nelle caselle colorate di arancione si trovano riferimenti bibliografici per l'approfondimento degli argomenti trattati. I fogli di lavoro e gli opuscoli di Promozione Salute Svizzera sono segnalati per primi. Basta un semplice clic sul prodotto desiderato per trovare le informazioni rapidamente.



Riquadro: prassi

Una selezione di esempi pratici illustra come vengono attuate le raccomandazioni in Svizzera.



Riquadro: pandemia di coronavirus

Nelle caselle colorate di rosso si trovano informazioni specifiche sulla pandemia di coronavirus.



Riquadro: conoscenze di base, fatti e cifre

I riquadri con questa icona propongono conoscenze approfondite e dati interessanti su un argomento specifico.



Riquadro: excursus

Nelle caselle colorate di blu sono indicati altri argomenti di interesse.



2 Ambienti di vita nell'infanzia

- **Gisela Unterweger**, Alta scuola pedagogica di Zurigo
- **Anja Sieber Egger**, Alta scuola pedagogica di Zurigo

2.1 Principi e definizioni

L'infanzia è un costrutto sociale

Nell'ambito delle scienze sociali, l'infanzia è rappresentata come un concetto sfuggente, che a prima vista designa una fase di vita chiaramente definita, che oggi generalmente corrisponde alla **fascia d'età compresa tra gli 0 e i 12 anni**. Ad uno sguardo più attento, la questione si fa tuttavia più complessa. Se si osserva il fenomeno da una prospettiva storica e culturale, il concetto di infanzia assume connotazioni diverse; si osservano delle differenze in termini di chi è considerato bambino e in termini di caratteristiche, diritti e doveri associati a questa categoria sociale. Philippe Ariès aveva già analizzato la questione infantile da una prospettiva storica nella sua opera «Padri e figli nell'Europa medievale e moderna» [2.1], pubblicata nel 1960 e divenuta pietra miliare in questo contesto. In poche parole: i bambini, l'infanzia e tutte le questioni associate a questa fascia d'età sono un costrutto sociale. Nei suoi studi sull'infanzia Helga Kelle [2.2] distingue **quattro prospettive dell'infanzia**, che illustriamo brevemente qui di seguito:

- 1) Infanzia come situazione di vita e categoria sociale
- 2) Infanzia come fase di vita
- 3) Infanzia come stile di vita
- 4) Infanzia come discorso

La prospettiva dell'«**infanzia come situazione di vita**» pone l'accento sulle condizioni di vita dei bambini, che sono considerati come un gruppo sociale a sé stante e non come futuri adulti da educare e formare. In questa accezione, l'infanzia non è neppure associata direttamente al concetto più ampio di «fa-

miglia». Da questa prospettiva si può, ad esempio, osservare un fenomeno come quello della povertà infantile. La seconda prospettiva, ovvero l'«**infanzia come fase di vita**», fa riferimento, da un lato, alla rappresentazione dell'infanzia nell'ambito della psicologia evolutiva, che studia lo sviluppo delle capacità individuali dei bambini – in ambito cognitivo, emotivo, linguistico, motorio, ecc. – nonché lo sviluppo delle capacità sociali, quali la comprensione dei ruoli, le capacità relazionali, la comprensione dei valori e delle norme sociali. Dall'altro lato, l'infanzia come fase di vita è intesa anche come l'appartenenza a una fascia d'età socialmente istituzionalizzata, che si può analizzare, ad esempio, attraverso la ricerca biografica. La terza prospettiva, che considera l'infanzia come uno «**stile di vita**», si sofferma sulle forme culturali e sui comportamenti dei bambini nonché sulla loro capacità di agire nella quotidianità, ad esempio all'interno di gruppi di coetanei. Infine, va menzionata la prospettiva dell'«**infanzia come discorso**». Da tale prospettiva si possono studiare le immagini, le rappresentazioni e le norme relative alla questione infantile presenti e affermate nella società.

2.2 Il concetto dell'ambiente di vita

Situazione di vita (1) e stile di vita (3) riuniti in un unico concetto

Le prospettive incentrate sulla situazione di vita e sullo stile di vita dei bambini possono essere raggruppate nel concetto sociologico di «Lebenswelt» (che in italiano significa letteralmente «mondo della vita», ma si traduce generalmente con i termini «ambiente di vita» o «contesto di vita»), secondo la definizione di Schütz e Luckmann [2.3]. Il **concetto dell'ambiente di vita** focalizza l'attenzione sull'individuo e sulle sue percezioni, interpretazioni e azioni nel contesto quotidiano, considerandolo all'interno dell'ambiente in cui vive. **Per ambiente di vita si intende lo spazio di esperienza quotidiano** nel quale gli individui vivono, sviluppando uno **stile di vita** specifico, ad esempio a casa e in famiglia, a scuola,

all'asilo o al nido, in una chatroom online e in molteplici altri luoghi. L'ambiente di vita è caratterizzato da condizioni sociali, socioeconomiche e giuridiche o, in termini più generici, dalla **situazione di vita**. Il figlio di una donna divorziata a beneficio dell'assistenza sociale, ad esempio, vive in un ambiente molto diverso rispetto al figlio di una donna laureata e benestante. La configurazione concreta degli ambienti di vita, l'agire individuale all'interno di essi nonché le interpretazioni e le valutazioni che circolano al loro interno sono sempre da intendersi in relazione alle condizioni esterne. **La situazione di vita e lo stile di vita sono strettamente interconnessi.**

Questa interconnessione è rilevante per il settore della salute quando, ad esempio, famiglie che vivono in condizioni di vita sottoprivilegiate sviluppano stili di vita che hanno conseguenze negative sulla salute. Secondo il concetto dell'ambiente di vita avrebbe poco senso fare leva unicamente sullo stile di vita e sulle azioni individuali; è importante considerare anche la situazione di vita e, se possibile, modificarla in modo tale da ampliare i margini di manovra e favorire l'empowerment. L'approccio per setting perseguito dalla promozione della salute [2.4] va proprio in questa direzione. Nella **figura 2.1** è illustrato il concetto dell'ambiente di vita.

FIGURA 2.1

Concetto dell'ambiente di vita

- I cerchi bianchi illustrano l'ambiente di vita di un soggetto, con alcuni possibili microcosmi sociali.
- I cerchi arancioni raffigurano le realtà sociali nelle quali si inserisce l'ambiente di vita individuale e che sono all'origine della situazione di vita, che può essere più o meno privilegiata.

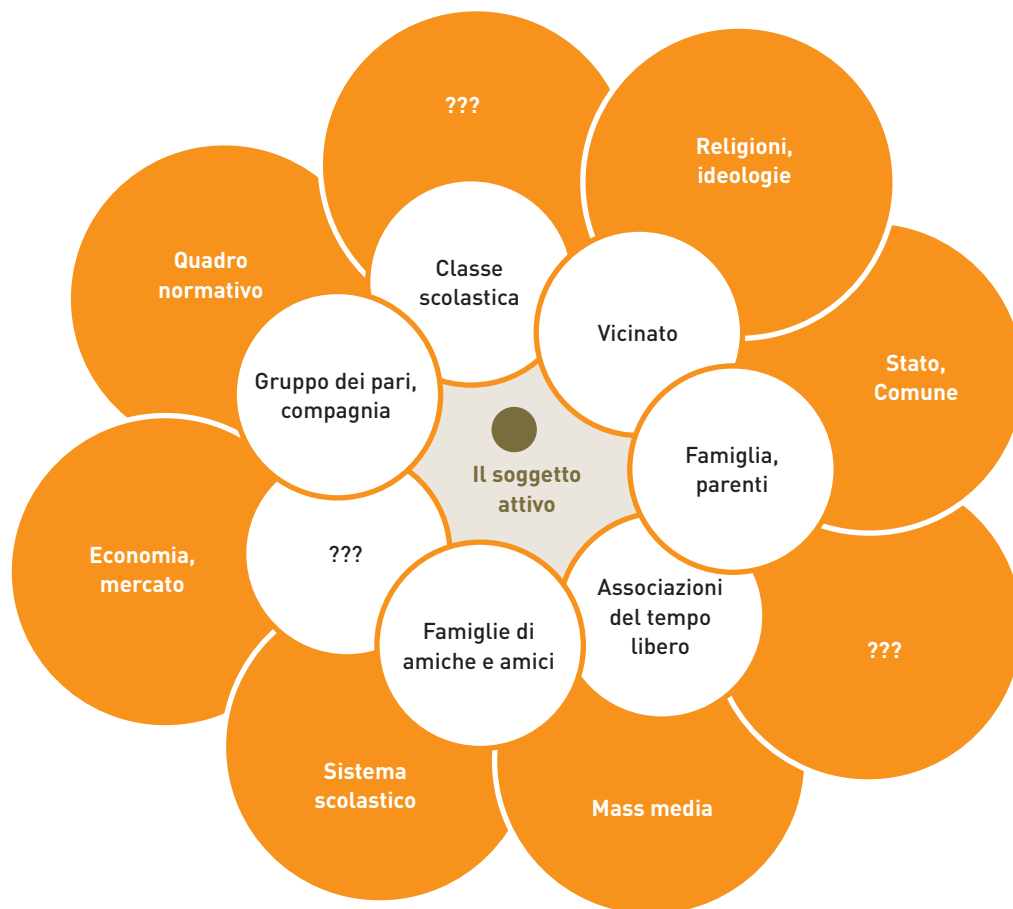


Illustrazione: Marianna Jäger (tratta da una relazione inedita sul concetto dell'ambiente di vita, ASP Zurigo)

2.3 Cambiamenti e transizioni all'interno dell'ambiente di vita

Ambiente di vita, socializzazione primaria e secondaria

L'ambiente di vita non è immutabile; si tratta piuttosto di una struttura in continua evoluzione. Durante l'infanzia, la crescita stessa implica continui cambiamenti e ampliamenti dell'ambiente di vita. Oltre ad attraversare diversi stadi di sviluppo individuali, durante la loro crescita i bambini sono considerati diversamente anche dalle istituzioni. L'obbligo scolastico, ad esempio, con il passaggio dal mondo ristretto della famiglia al mondo della scuola, comporta inevitabilmente un ampliamento dell'ambiente di vita del bambino [2.5]. Durante la fase di vita dell'infanzia, che si estende da 0 a 12 anni, si assiste normalmente a una continua diversificazione dei microcosmi sociali nei quali vivono i bambini, con la transizione dalla socializzazione primaria – in seno alla famiglia – alla socializzazione secondaria, che avviene nelle istituzioni educative. Come si può intuire dal termine stesso, per socializzazione si intende in particolare la «trasmissione di competenze sociali pratiche» [2.6]. Queste competenze si differenziano nei singoli microcosmi sociali. Nell'ambito della socializzazione secondaria, all'interno delle istituzioni, i bambini iniziano a familiarizzare con norme e valori sociali, comportamenti e abitudini fondamentali per la propria vita. Il microcosmo sociale della classe, ad esempio, diventa un luogo chiave fondamentale per la socializzazione [2.7]. Anche altri luoghi di socializzazione secondaria assumono una certa importanza per la realizzazione di interventi nel campo della salute e sono interessanti per la società nel suo insieme. Nel contesto della scuola e di altre strutture educative istituzionali, i bambini possono acquisire e consolidare nuove abitudini e conoscenze, come ad esempio nel caso dello «spuntino sano», che viene proposto nelle scuole dell'infanzia [2.8].

L'ambiente di vita – un (affascinante) patchwork

L'ambiente di vita dei bambini più grandi si presenta come un patchwork di molteplici microcosmi sociali che si inseriscono sia in un contesto pubblico che in ambito privato [2.9] e nei quali la quotidianità segue uno schema tipico e ricorrente. In ciascun microcosmo sociale vigono regole, norme e valori diversi, si coltivano abitudini differenti e si attribuisce un'importanza diversa alle cose. In alcuni casi, queste dif-

ferenze sono molto marcate e si osservano regole, norme e valori contrastanti o che addirittura si escludono a vicenda. In questi casi il bambino può percepire la presenza di tensioni o conflitti tra i diversi ambienti di vita. Conflitti di questo genere si avvertono molto chiaramente nell'ambito delle opportunità di istruzione, quando la famiglia attribuisce all'istruzione un'importanza diversa rispetto a quella trasmessa dalla scuola. I bambini sono generalmente in grado, fin da piccoli, di fare una distinzione tra i diversi ambienti di vita e di adattarsi in maniera flessibile ai differenti requisiti posti dagli stessi. Ma come dimostrano diversi studi effettuati in ambito scolastico [2.10], se vi è una corrispondenza tra i diversi contesti di vita, la transizione da un ambiente di vita all'altro risulta essere molto più semplice. Prendere maggiormente in considerazione tali transizioni nonché le caratteristiche dei diversi ambienti di vita, contemplando e cercando in maniera attiva le corrispondenze, potrebbe risultare utile non solo nell'ottica dell'istruzione bensì anche della promozione della salute. In questo contesto appare fondamentale rivolgere una particolare attenzione alle transizioni istituzionali perché queste possono generare grandi tensioni, ad esempio quando i bambini passano da una scuola dell'infanzia «movimentata» a un contesto scolastico nel quale, tutto ad un tratto, è consentito poco movimento.



Conseguenze di eventuali contrasti tra i diversi ambienti di vita

L'esempio dell'alimentazione sana si presta particolarmente bene per illustrare le conseguenze di tali contrasti. Per alcuni bambini può infatti risultare difficile adattarsi alle diverse regole in materia di alimentazione «sana». La presenza di un rapporto di corrispondenza sfavorevole può portare a conseguenze indesiderate come l'esclusione e un posizionamento di svantaggio sociale. Prendiamo l'esempio di una bambina dell'asilo che per molto tempo porta a scuola uno spuntino «sbagliato»: troppi zuccheri, troppo sale, poca frutta e verdura [2.11]. La bambina non viene ripresa con insistenza solo dai docenti, ma viene anche additata come «la bambina con la merenda sbagliata» dai compagni di classe. La bambina, in risposta, smette di mangiare uno spuntino durante la pausa.

Appartenenze e processi di trasformazione negli ambienti di vita

Se osserviamo gli interventi realizzati nel campo della salute attraverso la lente del concetto dell'ambiente di vita, possiamo notare che spesso tali interventi mirano a modificare azioni e interpretazioni, ormai divenute parte di uno stile di vita che non viene praticamente più messo in discussione nel quotidiano. Questo approccio ostacola i processi di trasformazione. Per avviare un processo di cambiamento efficace occorre adottare approcci che tengano conto in maniera attiva e rispettosa delle diverse condizioni di partenza legate all'ambiente di vita, tentando – ad esempio attraverso strategie partecipative – di creare un ponte tra i diversi ambienti di vita. In questo contesto occorre creare una consapevolezza per la logica insita nelle regole, norme, interpretazioni e competenze pratiche presenti nei microcosmi sociali più importanti per i bambini: in genere il microcosmo principale in questa fase di vita è la famiglia, ma diversi studi sull'infanzia han-

no dimostrato che anche il gruppo dei pari diventa relativamente presto un fattore importante [2.12]. Le abitudini e le norme che si sono consolidate in questi ambienti di vita potrebbero a prima vista apparire in contrasto con gli obiettivi dell'intervento – ad esempio l'alimentazione sana. Tale consapevolezza, unita a conoscenze solide sulle norme e abitudini in uso nei diversi ambienti di vita importanti per i gruppi target, consentono di elaborare delle strategie mirate che tengono conto delle differenze, anche e soprattutto nell'ambito della promozione della salute. Se prendiamo l'esempio menzionato in precedenza della bambina che porta uno spuntino «sbagliato» all'asilo, la scuola potrebbe avviare una collaborazione generale con le famiglie, caratterizzata dal rispetto e dall'apertura nei confronti delle abitudini alimentari della famiglia in questione. Su questa base si potrebbe quindi procedere, con un approccio partecipativo, a identificare uno spuntino che risponda alle esigenze di tutte le parti coinvolte.

3 Principi e metodi della promozione della salute nell'infanzia

- **Julia Dratva**, Università di scienze applicate di Zurigo
- **Matthias Meyer**, Università di scienze applicate di Zurigo
- **Karin Nordström**, Università di scienze applicate di Zurigo

I passaggi di questo capitolo contrassegnati con una linea arancione verticale sono identici a quelli presenti nel capitolo 3 del rapporto 9 [Promozione della salute per e con gli adolescenti e i giovani adulti](#).

3.1 Promozione della salute e prevenzione

Approcci complementari con un obiettivo comune

La promozione della salute e la prevenzione sono due strategie complementari che si distinguono in termini di origini e principi di azione. Se da un lato il concetto di prevenzione (delle malattie) risale alle conoscenze in campo medico e scientifico che sottolineavano l'importanza dell'igiene a fronte delle condizioni di vita gravose nel 19° e all'inizio del 20° secolo, dall'altro il concetto di promozione della salute è emerso più recentemente, nell'ambito di un dibattito sulla politica sanitaria in seno all'OMS, e fa riferimento alle più moderne conoscenze nel campo delle scienze mediche e sociali.

La promozione della salute e la prevenzione sono unite dall'obiettivo comune del «guadagno di salute». Entrambe le strategie sono forme di intervento che prevedono «l'intervento mirato di attori, generalmente persone o istituzioni pubbliche e/o con un'autorizzazione professionale, allo scopo di in-

fluenzare l'insorgere o l'evolvere di un peggioramento della salute di singoli individui o gruppi della popolazione» oppure al fine di rafforzare il loro stato di salute o i comportamenti favorevoli alla salute. L'intervento prevede spesso anche una «compensazione delle disuguaglianze nel campo della salute legate alla condizione di vita sociale» [3.1]. Mentre il principio d'azione della prevenzione fa riferimento alla patogenesi, la promozione della salute si basa sull'approccio della salutogenesi [3.1].

La promozione della salute

L'ampio concetto di salute formulato dall'OMS nel 1946 è all'origine del concetto di promozione della salute, che si può definire come il «rafforzamento delle opportunità individuali nel campo della salute». La promozione della salute indica le forme di intervento finalizzate a migliorare le condizioni di vita che hanno un impatto sulla salute della popolazione e persegue l'obiettivo di rafforzare i fattori di protezione nonché le risorse interne ed esterne [3.1-3.4]. Le principali pietre miliari della promozione della salute sono la Carta di Ottawa e la Dichiarazione di Jakarta.



La Carta di Ottawa per la promozione della salute (OMS, 1986)

- definisce la salute come un'«importante risorsa di vita quotidiana»;
- persegue un modello di politica sanitaria orientata alla salutogenesi;
- associa la promozione della salute alla «promozione di condizioni di vita sane e di un benessere generale». [3.5]



La Dichiarazione di Jakarta (1997)

La Dichiarazione di Jakarta prende spunto dalla Carta di Ottawa per definire le priorità della promozione della salute nel 21° secolo e pone l'accento sull'evidenza e sulla comparabilità degli interventi nel campo della promozione della salute. Le priorità sono:

- promuovere la responsabilità sociale per la salute;
- aumentare gli investimenti per il miglioramento della salute;
- ampliare le partnership per la promozione della salute;
- accrescere le capacità delle comunità;
- attribuire maggiore potere agli individui;
- garantire un'infrastruttura per la promozione della salute.

La prevenzione

La prevenzione mira a «evitare l'insorgere delle malattie, ridurre la loro diffusione e attenuare le loro conseguenze» [3.1]. L'approccio della prevenzione si prefigge di «anticipare» le malattie [3.6] oppure «contenere o eliminare del tutto i fattori scatenanti all'origine delle malattie» [3.1], attraverso una «valutazione delle probabilità di insorgenza» di una malattia. La prevenzione identifica i fattori di rischio per poi intervenire con azioni mirate nella «dinamica della patogenesi» [3.1]. Esistono diverse forme di prevenzione, che si possono classificare in base al fattore temporale, al gruppo target a cui si rivolge e alle misure di prevenzione adottate.

Oltre alle malattie, la prevenzione mira anche a prevenire gli infortuni.

Fattore temporale della prevenzione

Per quanto concerne il fattore temporale si distingue tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Queste tre categorie non sono sempre chiaramente distinguibili l'una dall'altra e talvolta si assiste a una sovrapposizione tra di esse [3.6].

- **Prevenzione primaria** – misure atte a ridurre la probabilità di insorgenza di una nuova patologia e/o misure volte a ridurre i fattori di rischio legati a un determinato comportamento
- **Prevenzione secondaria** – misure atte a individuare e curare tempestivamente patologie ancora silenti dal punto di vista clinico

- **Prevenzione terziaria** – misure atte a evitare il peggioramento o la progressione di una patologia conclamata, nonché a prevenire le recidive nel processo di guarigione

Gruppi target della prevenzione

La classificazione secondo il gruppo target fa una distinzione tra prevenzione universale, selettiva e indicata (www.dipendenzesvizzera.ch).

- Prevenzione universale – le misure sono rivolte a tutta la popolazione o a segmenti della stessa
- Prevenzione selettiva – le misure sono rivolte a gruppi della popolazione a rischio
- Prevenzione indicata – le misure sono rivolte a soggetti con un rischio manifesto

Livello delle misure di prevenzione

Un'ulteriore classificazione opera una distinzione tra prevenzione comportamentale e prevenzione contestuale (o strutturale). Mentre la prevenzione comportamentale interviene a livello dell'individuo, stimolandolo ad adottare comportamenti volti a prevenire le malattie e gli infortuni nonché a ridurre al minimo i comportamenti nocivi alla salute, la prevenzione strutturale interviene a livello di condizioni di vita e agisce per mezzo di misure normative che mirano a modificare l'infrastruttura e l'ambiente [3.6]. Entrambi gli approcci sono importanti nell'infanzia e nell'adolescenza.



Interazione tra approccio comportamentale e approccio contestuale

La combinazione di misure di prevenzione comportamentale e misure di prevenzione contestuale è considerata generalmente efficace e si esprime nel cosiddetto «approccio per setting». Le misure strutturali possono favorire o persino rendere possibile un cambiamento comportamentale, ad esempio se permettono di accedere a una scelta sana, rendendola quella più semplice o più ovvia. D'altro canto, gli interventi strutturali risultano essere più efficaci quando sono combinati con misure orientate al comportamento (ad es. incrementare la motivazione o le conoscenze delle persone affinché fruiscono effettivamente di determinate offerte strutturali oppure osservino le regole introdotte o siano quantomeno intenzionate a farlo) [3.6].

Le scoperte fatte nel campo della psicologia della salute permettono di comprendere e influenzare i comportamenti che hanno un impatto sulla salute

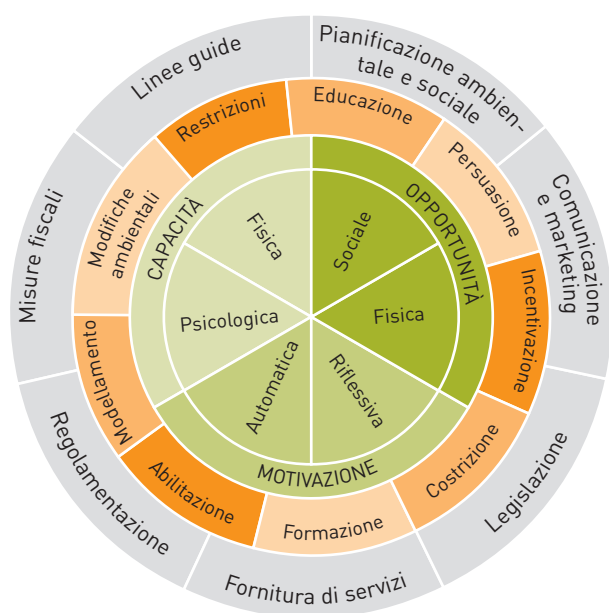
I modelli e gli approcci d'intervento della psicologia della salute stanno assumendo una crescente importanza per la prevenzione. La psicologia della salute studia le percezioni e i comportamenti degli individui in relazione alla salute e alla malattia, prestando una particolare attenzione ai comportamenti a rischio e a quelli preventivi, ai fattori d'influenza psichici e sociali nonché al modo in cui questi interagiscono con le patologie e le disabilità fisiche [3.7]. Si possono sviluppare misure di prevenzione efficaci attingendo alle teorie e alle conoscenze sui comportamenti di salute, che analizzano gli elementi in grado di spiegare e, di conseguenza, condizionare i processi di cambiamento comportamentale [3.8].

Due importanti pietre miliari della psicologia della salute sono la cosiddetta Behaviour Change Wheel [3.9] e la Behaviour Change Technique Taxonomy [3.10].

FIGURA 3.1

La Behaviour Change Wheel

- Origini del comportamento
- Possibili interventi
- Politiche pubbliche



Fonte: [3.9]

Behaviour Change Wheel (BCW):

- Metodo per la sistematizzazione e la pianificazione degli interventi volti a ottenere un cambiamento comportamentale.
- I tre elementi alla base di un cambiamento del comportamento sono la capacità, l'opportunità e la motivazione.
- Sulla base di questi tre elementi, il modello identifica nove forme di intervento e sette policy che consentono di implementare gli interventi.

Behaviour Change Technique Taxonomy (BCTT):

- Tassonomia delle tecniche di cambiamento del comportamento.
- Nell'ambito di una procedura complessa sono state identificate e analizzate 93 tecniche di cambiamento del comportamento.

Approcci di promozione della salute efficaci

Le misure di promozione della salute si basano spesso sul cosiddetto approccio per setting (cfr. 3.7), secondo il quale le persone devono essere considerate parte dei sistemi sociali nei quali vivono [3.2]. Al fine di migliorare lo sviluppo della salute, la promozione della salute mira a rafforzare quattro categorie di fattori di protezione [3.1]:

- fattori sociali ed economici;
- fattori ambientali;
- fattori legati al comportamento e fattori psichici;
- accesso alle prestazioni rilevanti per la salute.

Al fine di garantire l'efficacia della promozione della salute si è dimostrata valida l'adozione del sistema multilivello, che ripartisce le misure di promozione della salute in base al legame con i diversi livelli sociali. In Svizzera oltre ai tre obiettivi nazionali, ovvero contesto materiale, contesto sociale nonché risorse personali e comportamento del gruppo target, si fa riferimento ai quattro livelli dei PAC, ovvero:

- Interventi
- Policy
- Messa in rete
- Comunicazione



Definizione 3.1

Empowerment e partecipazione

L'empowerment e la partecipazione sono elementi centrali nella promozione della salute. Per empowerment si intende l'acquisizione della capacità di autodeterminarsi e di perseguire i propri interessi in maniera autonoma e responsabile. A tal fine le persone devono essere in grado di riconoscere e utilizzare le proprie risorse. Per partecipazione si intende coinvolgere le persone e permettere loro di prendere parte alle decisioni e ai processi che li riguardano [3.6]. Empowerment e partecipazione sono due approcci che si arricchiscono e si rafforzano reciprocamente. La partecipazione genera molteplici effetti positivi, tra i quali figurano [3.11]:

- un maggiore orientamento alle esigenze dei gruppi target e di conseguenza un maggiore attaccamento dei gruppi target ai progetti;
- rafforzamento della coesione sociale;
- maggiori pari opportunità, a condizione che i soggetti più vulnerabili ricevano un'attenzione particolare;
- rafforzamento dei processi intersettoriali;
- effetto moltiplicatore;
- ancoraggio a lungo termine di programmi o progetti.



Letture e approfondimenti sul tema della promozione della salute e della prevenzione

- Document de travail 60: [L'application des approches comportementales aux mesures gouvernementales](#)
- [Argomentario Promozione della salute e prevenzione delle malattie](#) (Foglio di lavoro 53, infografiche e video)
- Foglio di lavoro 48: [Partecipazione e promozione della salute](#)
- Brochure: [Soutien financier à des projets consacrés à la promotion de la santé et à la prévention en Suisse](#)



Letture e approfondimenti dell'UFSP sul tema della promozione della salute e della prevenzione

- [Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili 2017-2024 \(Strategia MNT\)](#), Versione breve
- [Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili \(Strategia MNT\) 2017-2024](#)
- [Guide d'économie comportementale](#)

3.2 Valutazione e gestione degli impatti

Le misure di promozione della salute e prevenzione intervengono in molteplici modi negli ambienti di vita dei gruppi target e generalmente beneficiano di finanziamenti pubblici. Gli ambienti di vita rilevanti per i bambini sono soprattutto la famiglia e la scuola.

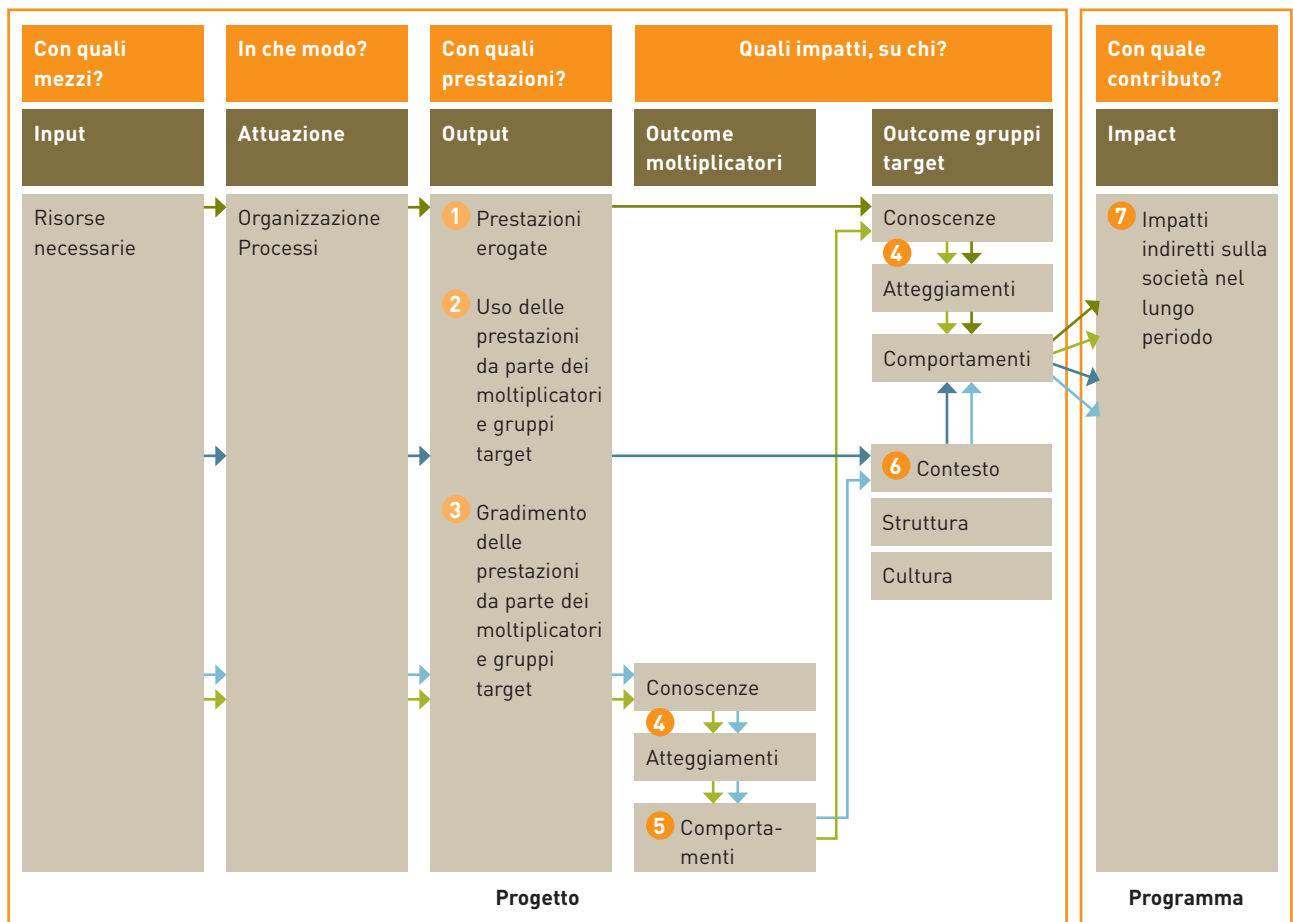
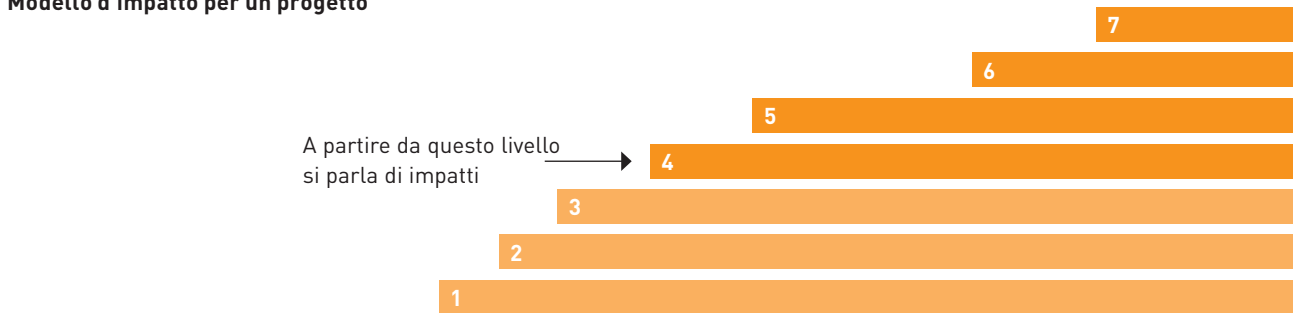
Per questo motivo le misure di promozione della salute e prevenzione devono presentare un ottimo rapporto costi-benefici, laddove il beneficio consiste in un impatto che si vuole ottenere a livello sociale e/o individuale. Weare e Nind hanno appurato che la tematizzazione della salute psichica nelle scuole attraverso misure specifiche consente di ottenere solo lievi cambiamenti sul piano statistico, ma questi piccoli cambiamenti riescono a produrre un grande miglioramento della situazione per i soggetti direttamente interessati [3.12]. Tuttavia, non è per niente facile comprovare questo genere di impatto perché spesso mancano indicatori e parametri facilmente accessibili, di cui dispongono invece le organizzazioni a scopo di lucro con i loro risultati finanziari [3.13]. Così come altri settori che mirano a ottenere un impatto sociale, anche la promozione della salute e la prevenzione si avvalgono dei cosiddetti modelli d'impatto [3.14-3.16]. Tali modelli forniscono la base teorica per la misurazione degli impatti e, al tempo stesso, consentono di dimostrare in che modo le diverse misure contribuiscono, singolarmente o collettivamente, al raggiungimento di un obiettivo in termini d'impatto sul lungo periodo. Il modello d'impatto può legittimare l'attuazione di singole misure

o la combinazione di diverse misure oppure, altrettanto importante, la può delegittimare. Oltre a contribuire all'ulteriore sviluppo di misure esistenti nonché all'elaborazione di nuove misure, la rappresentazione degli impatti permette di individuare eventuali lacune nella catena d'impatto e di identifi-

care le attività che hanno un orientamento poco preciso. Promozione Salute Svizzera ha iniziato molto presto ad affrontare la questione degli impatti prodotti dai suoi programmi e dai progetti sostenuti, integrando il monitoraggio degli impatti nei programmi e progetti (figura 3.2).

FIGURA 3.2

Modello d'impatto per un progetto



- ➔ Prevenzione comportamentale diretta
- Prevenzione comportamentale indiretta tramite i moltiplicatori
- ➔ Prevenzione contestuale diretta
- Prevenzione contestuale indiretta tramite i moltiplicatori

Fonte: [3.21]



Nonostante la buona base teorica e la presenza di modelli d'impatto, la valutazione degli impatti non è un compito semplice. Come si possono misurare gli indicatori definiti e valutare gli impatti senza dover ricorrere a metodi complessi e all'occorrenza costosi? Una possibilità consiste nel prevedere la misurazione degli impatti fin dalle fasi preliminari di un progetto. Procedendo in tal modo si possono rilevare su base continuativa i dati di processo e altri dati necessari. Inoltre, ai fini della valutazione, ci si può anche avvalere dei dati di routine.

Il metodo del *goal attainment scaling*, sviluppato nell'ambito della psicologia clinica e impiegato in Svizzera nel campo della riabilitazione e della psichiatria, è stato adottato nel settore della promozione della salute, dove sono state maturate le prime esperienze [3.18]. Prima di realizzare una misura, questo metodo prevede di definire un obiettivo chiaro (risultato auspicato in termini di output o impact), diversi scenari per gli obiettivi (2 gradini più in alto o 2 gradini più in basso rispetto all'obiettivo auspicato) nonché degli indicatori per misurare il raggiungimento dell'obiettivo. Per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo si ricorre a una scala da 0 a 5, dove lo 0 rappresenta l'obiettivo auspicato [3.17]. Una particolarità di questo metodo è rappresentata dal coinvolgimento, in tutte le fasi, del gruppo target nonché degli addetti ai lavori [3.17].



Definizione 3.2

Modelli d'impatto per la misurazione dell'efficacia

Il modello d'impatto rappresenta la base per la valutazione e la misurazione degli impatti. Per determinare in modo affidabile se le singole misure hanno permesso di conseguire l'impatto desiderato, è necessario prima definire le misure e i percorsi che si vogliono attuare per ottenere tale risultato. Per la valutazione e la misurazione concreta si fa riferimento a obiettivi definiti in termini di impact, outcome e output [3.19-3.21].

Letture e approfondimenti sul tema della valutazione degli impatti

- Foglio di lavoro 46: [Valutazione d'impatto degli interventi](#)
- Foglio d'informazione 26: [Promozione della salute e prevenzione: analizzare l'efficacia delle misure](#)
- Document de travail 42: [Démontrer et optimiser les impacts de la promotion de la santé](#)

3.3 Salute infantile in Svizzera: la situazione attuale

Il compito di illustrare lo stato di salute dei bambini in Svizzera è stato recentemente assunto dagli autori del [Rapporto nazionale sulla salute 2020](#) [3.22]. Il rapporto descrive in maniera esaustiva e particolareggiata le conoscenze disponibili nel 2019 in relazione alla salute di bambini, adolescenti e giovani adulti, seppur con la consapevolezza che anche un rapporto così recente presenta dati «obsoleti». È quindi fondamentale interrogarsi costantemente sulla salute dei bambini: qual è il loro stato di salute oggi, come sarà domani?

Anche se raramente si assiste a un cambiamento repentino della salute di un'intera fascia d'età, la pandemia di coronavirus dimostra in che misura cambiamenti improvvisi nell'ambiente di vita dei bambini possono avere importanti conseguenze sulla loro salute in tempi molto brevi.

Il rapporto nazionale sulla salute di bambini, adolescenti e giovani adulti, che fa riferimento ai dati **precedenti** l'anno 2020, ha dipinto tutto sommato un quadro positivo: la maggior parte dei bambini era in salute e si sentiva bene. Al momento del sondaggio la valutazione soggettiva del proprio benessere differiva secondo l'età, il sesso e la condizione sociale dei genitori. Secondo lo studio HBSC, che analizza ad intervalli regolari lo stato di salute di bambini e adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 15 anni, nel 2018 il 10,4% dei bambini di 11 anni ha dichiarato di sentirsi abbastanza bene, mentre l'1,1% ha affermato di non sentirsi bene [3.23]. Nel 2022 non si può fare a meno di richiamare l'attenzione sul peggioramento dello stato di salute soggettivo legato alla situazione pandemica. Diversi studi e gruppi d'interesse hanno riscontrato, sia in Svizzera che all'estero, un notevole incremento in termini di preoccupazioni, timori e pro-

blemi di natura psichica tra bambini e adolescenti [3.24]. È tuttavia ancora troppo presto per valutare quali saranno le conseguenze a lungo termine della pandemia sulla salute e sul benessere dei bambini in Svizzera.



La promozione della salute durante la pandemia di coronavirus

- Foglio di lavoro 56: [Impatto della pandemia del coronavirus sulla promozione della salute](#)
- Foglio di lavoro 52: [Impatto della pandemia di coronavirus sui limiti e sulle risorse della popolazione in materia di salute](#)

I cambiamenti sociali tendono a ripercuotersi sulla salute con un tempo di latenza e in modo continuo. Possiamo citare a tal proposito l'epidemia di obesità, che a partire dal tardo 20° secolo preoccupa gli addetti ai lavori [3.25, 3.26]. In questo contesto si può osservare che gli interventi di promozione della salute spesso producono l'effetto desiderato – in questo caso la riduzione del sovrappeso – lentamente e con un certo ritardo.

Il Rapporto nazionale sulla salute 2020 stima che circa un quinto dei bambini ha una malattia cronica o un problema di salute cronico [3.22]. Una stima attuale dell'UST presume che il 5% dei bambini e adolescenti al di sotto dei 14 anni vive con una disabilità [3.1, 3.27], mentre secondo l'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) solo il 3,3% delle persone intervistate di età compresa tra i 15 e i 75 anni afferma di vivere con un bambino al di sotto dei 14 anni che presenta uno stato di salute compreso tra non buono e pessimo. Questa discrepanza è riconducibile, da un lato, al fatto che l'ISS non fornisce dati rappresentativi relativi ai bambini in Svizzera, dall'altro che le disabilità o patologie croniche non sempre sono associate a un cattivo stato di salute da una prospettiva soggettiva.

Tra le patologie croniche figurano relativamente spesso le malattie delle vie respiratorie o altre patologie associate a un'ipersensibilità congenita (asma, dermatite atopica). Anche i rischi cardiometabolici come l'obesità e l'ipertonia sono piuttosto frequenti (1-5%). Queste patologie sono riconducibili sia al contesto strutturale che al comportamento indivi-

duale. Il sovrappeso è molto più frequente rispetto all'obesità. In questo contesto sono incoraggianti i risultati del monitoraggio dell'indice di massa corporeo (IMC), effettuato da alcuni servizi medici scolastici, che indicano un calo del sovrappeso e dell'obesità nella prima infanzia e una stagnazione a un livello elevato in età adolescenziale [3.26]. Al grado primario (scuola dell'infanzia, prima elementare; 1-3 Harnos) l'8,7% dei bambini presenta un problema di sovrappeso, mentre il 3,7% è affetto da obesità; nel secondo ciclo della scuola elementare (dalla terza alla quinta, 5-7 Harnos) il 13,9% è sovrappeso mentre il 3,5% è obeso, mentre nel grado secondario (terza e quarta media, 10-11 Harnos) le quote si attestano al 16,6% per il sovrappeso e al 4,8% per l'obesità. Anche l'osservanza delle raccomandazioni relative all'attività fisica diminuisce in maniera considerevole con l'avanzare dell'età [3.28]. Bisogna tuttavia tenere presente che le basi per l'adozione di un comportamento consapevole in relazione alla salute vengono gettate durante l'infanzia. Attualmente in Svizzera non sono disponibili dati sulla resilienza e sulle competenze di salute dei bambini.

3.4 Concetto di salute specifico per gruppo target

«La salute infantile è la misura in cui singoli bambini o gruppi di bambini sono in grado o sono messi nelle condizioni di (a) sviluppare e valorizzare il proprio potenziale, (b) soddisfare i propri bisogni nonché (c) sviluppare le capacità che consentono loro di interagire efficacemente con il proprio ambiente biologico, fisico e sociale.» [3.29]

Questa definizione della salute relativa all'infanzia e all'adolescenza, formulata dal National Research Council, Institute of Medicine (USA), fa riferimento alla definizione di salute sancita nella Carta di Ottawa [3.5], che considera la salute come una risorsa importante della vita quotidiana e la promozione della salute come un processo volto a conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale (cfr. 5.4). Durante l'infanzia e l'adolescenza la salute è molto più della semplice assenza di malattia. Il «dual continuum model», adottato nell'ambito della salute psichica, si può applicare anche alla salute fisica. Secondo tale modello, la salute e la malattia sono due condizioni distinte che coesistono con intensità diverse in momenti diversi [3.30, 3.31].



Definizione 3.3

Dual continuum model

Il «dual continuum model» fornisce una prospettiva moderna in relazione alla salute psichica e alle malattie psichiche. Secondo questo modello, salute e malattia sono due concetti distinti che coesistono. La salute psichica si esprime attraverso la presenza di sentimenti positivi e un buon funzionamento, mentre la malattia psichica è esattamente l'opposto. Il termine «flourishing» (fiorire), che indica un elevato grado di salute psichica, sottolinea l'effetto positivo della salute mentale sullo sviluppo infantile nonché il suo effetto protettivo in relazione alle malattie psichiche. (<https://cspm.csyw.qld.gov.au>)

Il termine «sviluppo» assume una particolare importanza in questo concetto di salute. Un sano sviluppo fisico, mentale, intellettuale e sociale è, da un lato, l'obiettivo della promozione della salute e, al tempo stesso, è un fattore fondamentale per il suo successo. La promozione della salute non deve pertanto limitarsi ad adattare i temi e i contenuti allo stadio di sviluppo dei diversi gruppi target, bensì anche i metodi.

L'età e lo stadio di sviluppo sono alla base del concetto di salute nell'infanzia anche nell'Unione Europea. Nell'ambito del progetto europeo «Child Health Indicators of Life and Development (CHILD)» [3.32], 15 Stati membri hanno elaborato alcuni «key topics» e una serie di indicatori della salute che analizzano i bisogni e gli indicatori specifici in termini di salute seguendo lo sviluppo e l'avanzare dell'età di bambini e adolescenti. Tra i «key topics» figurano, tra le altre cose, una politica favorevole alla salute, la salute psichica, il benessere, l'alimentazione e la crescita. Disporre di dati relativi alla salute e allo sviluppo dei bambini è fondamentale per la promozione della salute poiché permette di individuare le necessità d'intervento nonché di valutare il successo delle misure attuate.

Le «social and ecological theories» [3.33], applicate nel campo della promozione della salute, descrivono la presenza di un'interazione continua tra singoli individui o gruppi della popolazione e l'ambiente fisico, culturale, sociale e politico, sottolineando la componente dinamica del concetto di salute. Una comprensione olistica della salute durante l'infanzia, oltre a considerare i genitori e altre figure di riferimento vicine al bambino, deve contemplare

anche i vicini di casa, il comune e i sistemi sociali, politici ed educativi nei quali vive il bambino.

3.5 Obiettivi della promozione della salute nell'infanzia

Come accennato in precedenza (cfr. 3.1) la promozione della salute persegue un duplice obiettivo, ovvero creare condizioni quadro favorevoli alla salute e fornire alle persone i mezzi che consentono loro di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute [3.1, 3.34]. In quest'ultimo caso si usa spesso il termine empowerment. Da questi due obiettivi globali si possono ricavare alcuni obiettivi concreti per la promozione della salute nell'infanzia:

- trasmettere conoscenze (cosa è sano, cosa fa bene alla mia salute?);
- acquisire competenze di vita (cfr. definizione 3.4);
- rafforzare l'autostima.



Definizione 3.4

Competenze di vita

Con il termine competenze di vita (*life skills*), l'Organizzazione mondiale della sanità OMS fa riferimento alle seguenti competenze fondamentali, che favoriscono la salute e il benessere delle persone giovani [3.35]:

- capacità di prendere decisioni e risolvere i problemi;
- pensiero creativo e pensiero critico;
- abilità comunicative e relazionali;
- consapevolezza di sé e empatia;
- capacità di gestire le proprie emozioni e lo stress.

Sia l'OMS che altre ONG attribuiscono una grande importanza alla trasmissione delle competenze di vita. Le competenze di vita, oltre a permettere ai bambini di affrontare meglio e/o evitare i problemi, consentono loro di trasformare conoscenze, opinioni e valori in abilità concrete (cosa devo fare e come posso farlo), diventando così sempre più responsabili nei confronti della propria salute.

Parallelamente, la promozione della salute punta anche alla creazione di condizioni quadro favorevoli alla salute. L'importanza di questo approccio strutturale per il raggiungimento degli obiettivi è stata sotto-

lineata in occasione della nona Conferenza internazionale per la promozione della salute, svoltasi a Shanghai nel 2016, che ha chiamato in causa la politica e la società [3.36]. Prendendo spunto dagli obiettivi di sviluppo sostenibile definiti dalle Nazioni Unite nel contesto dell'Agenda 2030, in occasione della conferenza di Shanghai sono stati definiti i tre pilastri prioritari della promozione della salute, ovvero:

- città sane (*healthy cities*)
- buon governo (*good governance*)
- competenze di salute (*health literacy*)

Queste priorità affrontano la questione che molte condizioni quadro che incidono sulla vita dei bambini e delle famiglie non sono influenzabili. Nel contesto delle «città sane» bisogna anche tenere in considerazione l'elevata vulnerabilità dei bambini in termini biologici, chimici e fisici. I bambini, ad esempio, hanno una frequenza respiratoria più elevata e di conseguenza assorbono maggiormente le sostanze inquinanti presenti nell'aria, il che può avere conseguenze sulla loro crescita polmonare. Inoltre, essendo più piccoli di statura, corrono maggiori pericoli nel traffico stradale. La terza priorità, ovvero le competenze di salute, sono un importante determinante della salute. Se, da un lato, le competenze di salute dei bambini sono associate ad abilità specifiche per la loro età (competenze di lettura, di calcolo e di comprensione) nonché alla loro capacità di affrontare malattie tipiche della loro età e la condizione di vita sociale [3.38], dall'altro lato svolgono un ruolo centrale in questo contesto anche le competenze di salute dei genitori [3.37].

Tuttavia, ad oggi solo pochi studi hanno approfondito la questione delle competenze di salute, della concezione di salute o della promozione della salute durante l'infanzia [3.39]. Questi indicano che in età scolastica si osservano già delle notevoli differenze tra i bambini in termini di comprensione di salute e comportamenti legati alla salute [3.39-3.41]. I bambini più piccoli, in particolare, hanno una concezione positiva della salute e tendono ad associarla ad aspetti come l'alimentazione, il movimento o il sole [3.42]. Con l'avanzare degli anni, la comprensione del concetto di salute diventa via via più complessa e assume molteplici sfaccettature [3.43]. Almqvist et al. sottolineano che i bambini associano la salute alla loro partecipazione alla vita quotidiana e al tempo libero nonché alle attività che svolgono. Questa considerazione potrebbe essere utile per la promozione della salute [3.44].

3.6 Setting e attori

La promozione della salute si basa sull'apprendimento sociale e cognitivo [3.33]. In età infantile l'apprendimento sociale è fondamentale. Nella prima infanzia tale forma di apprendimento avviene prevalentemente in famiglia, per poi estendersi ad altri contesti come l'asilo nido, la scuola dell'infanzia e la scuola, oltre che al tempo libero e allo spazio pubblico. In questi setting, che forniscono diversi spunti per la promozione della salute (cfr. 3.7), è impegnata una grande varietà di attori.

Un gran numero di attori, impegnati in diversi settori, è responsabile, nell'ambito di una responsabilità intersettoriale, per la salute in età infantile. La figura 3.3 illustra come, a livello nazionale, siano sostanzialmente coinvolti tutti i settori dell'amministrazione federale, dalla sanità all'istruzione, dal diritto all'ambiente, ai trasporti. A livello cantonale e comunale, le responsabilità per il benessere dei bambini si possono attribuire a organismi esecutivi e ruoli concreti. Anche a questo livello, il tema della salute si estende ben oltre i settori classici legati alla sanità e riguarda, tra gli altri, la pianificazione urbana, il settore dell'istruzione e la polizia. Il terzo livello è quello delle numerose ONG e organizzazioni private che si impegnano a favore dei bambini e dei giovani, dando loro una voce e creando offerte mirate.

3.7 Sfide, potenziali e approcci della promozione della salute e della prevenzione nell'infanzia

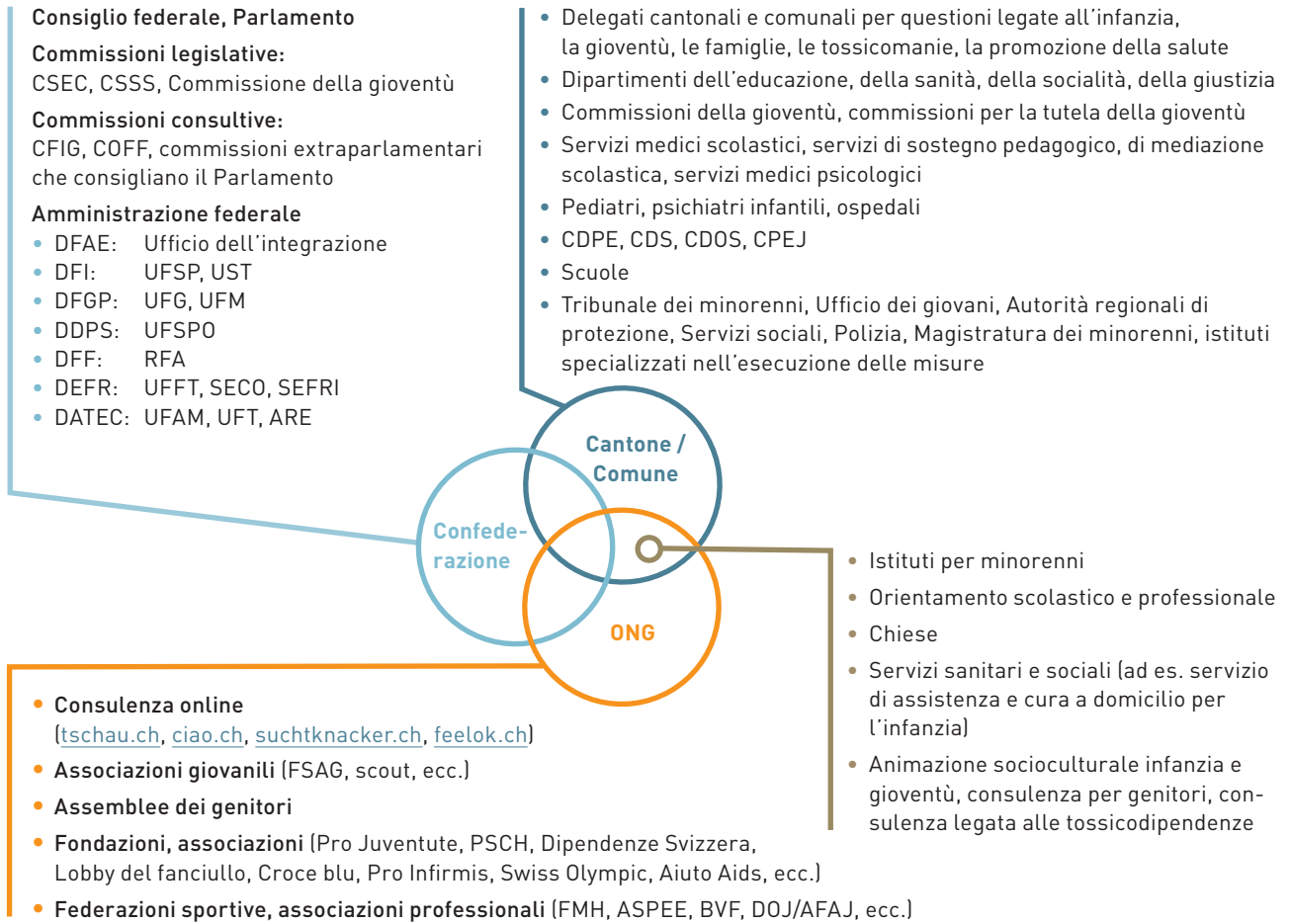
In un'accezione positiva del termine, dietro ogni sfida si cela sempre un'opportunità. In questo contesto, ad esempio, le sfide offrono degli spunti che consentono di ottenere un migliore accesso a un gruppo target, migliorare i metodi e ripartire meglio le risorse.

• Accesso alle famiglie con fattori di vulnerabilità [3.46]

Una sfida per la promozione della salute consiste nel riuscire a raggiungere le famiglie con le proprie offerte. Il sostegno alla prima infanzia, in particolare, ha dato buoni risultati in questo senso. I limiti in questo specifico ambito sono rappresentati da 1) una concezione liberale e ampiamente diffusa che la famiglia e i figli siano una questione privata, 2) una diversa disponibilità dei Comuni ad investire in offerte di consulenza a bassa soglia (ad es. consultori genitori-bambino), 3) una caren-

FIGURA 3.3

Attori coinvolti nel settore della salute durante l'infanzia e l'adolescenza



Fonte: adattato da [3.44]

za di evidenze scientifiche nonché una scarsa panoramica delle offerte e dei loro contenuti.

• Aumento dei problemi legati alla salute psichica [3.47]

Ben una persona su cinque è interessata da una crisi psichica o una malattia psichica nei primi 25 anni di vita. I bambini possono, già in tenera età, sperimentare situazioni di disagio psichico o disturbi psichici in prima persona o in un contesto vicino a loro. La prevalenza di queste situazioni è aumentata, almeno in un contesto a breve termine, a seguito della pandemia di coronavirus. Per contrastare questo aumento occorre rafforzare la resilienza e i meccanismi di coping dei bambini nei contesti di vita famiglia, scuola e tempo libero.

• Insufficienti competenze di salute dei genitori [3.48, 3.49]

Disporre di elevate competenze di salute è un importante fattore protettivo e pone gli individui nelle condizioni di prendere delle decisioni ponderate per la propria salute nel corso dell'intera vita. Oltre alla comprensione di testi, le competenze di salute comprendono le competenze mediali, scientifiche e digitali. Se i genitori possiedono scarse competenze di salute possono sentirsi insicuri e di conseguenza ne risente il loro potenziale in termini di promozione della salute.

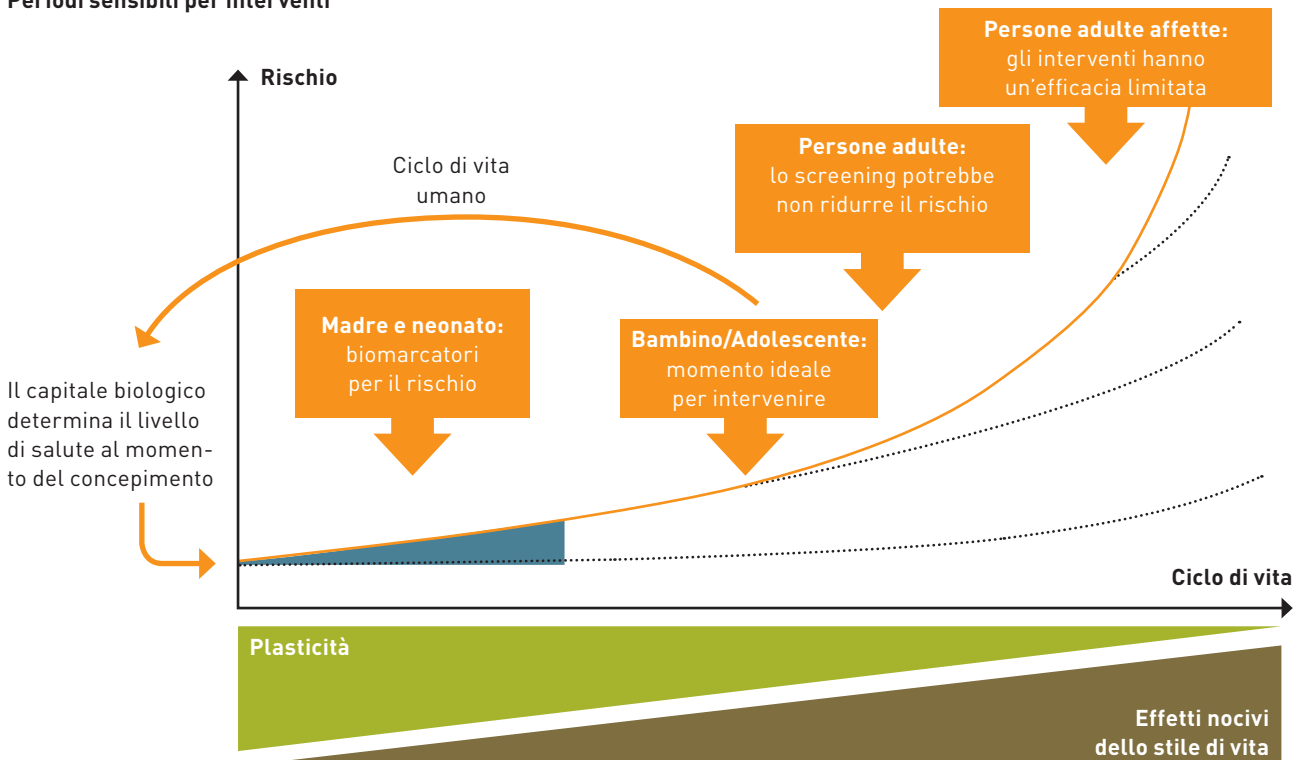
L'utilizzo dei media non è stato considerato una sfida in questo rapporto perché lo studio MIKE più recente, che analizza il comportamento mediatico degli allie-

vi delle scuole elementari a livello nazionale, indica che i bambini tendono tuttora a preferire le attività non-mediali alle attività medialì [3.50]. L'utilizzo dei media è diffuso, ma a livello delle scuole elementari non rappresenta l'attività di svago più frequente. In relazione all'utilizzo dei singoli media, il consumo televisivo risulta essere più elevato rispetto all'utilizzo dello smartphone. La disponibilità dei media è tuttavia elevata ed è importante continuare a monitorare l'evoluzione del loro utilizzo da parte dei bambini. Influencer, ma anche aziende, si rivolgono in modo mirato al pubblico infantile con le loro campagne di marketing. Per questo è importante che la promozione della salute sia presente anche in questo ambiente di vita dei bambini, al fine di rafforzare tempestivamente le loro competenze medialì. Un altro aspetto da tenere in considerazione è l'utilizzo dei media da parte dei genitori, perché incide sull'interazione tra genitori e figli e, al tempo stesso, i genitori sono un modello di riferimento anche in questo contesto. Oltre alle sfide succitate, nella fase di vita compresa tra gli 0 e i 14 anni vi sono enormi potenziali ai quali la promozione della salute può attingere.

- Un inizio sano e uno sviluppo sano hanno effetti duraturi che si ripercuotono sulla salute in età adulta [3.51, 3.52].
La prospettiva dell'arco di vita (*life-span perspective*) riferita alla salute e alla malattia sottolinea l'importanza e le potenzialità di un'infanzia sana per il resto della propria vita. Dalla nascita fino al raggiungimento della prima età adulta, l'essere umano attraversa diversi stadi di sviluppo fisici, psicologici, sociali e intellettuali, facendo prova di un'elevata plasticità [3.53]. La fase di vita dell'infanzia viene spesso contemplata da una prospettiva del rischio ed è considerata uno stadio caratterizzato dalla vulnerabilità. In realtà l'infanzia è una «window of opportunities», una finestra delle opportunità, o un periodo sensibile, ovvero una fase nella quale si possono rafforzare i comportamenti favorevoli alla salute e frenare quelli nocivi.
- Investire nella salute e in condizioni quadro favorevoli alla salute per i bambini conviene sul piano economico e sociale [3.55].
Nonostante spesso manchino le evidenze riguardo all'efficienza economica delle misure di pro-

FIGURA 3.4

Periodi sensibili per interventi



Fonte: [3.54]

mozione della salute e di prevenzione, oppure non sia possibile provarla a causa dell'eterogeneità degli approcci usati, alcune recenti rassegne sistematiche indicano che le misure di promozione della salute e di prevenzione sono efficienti in termini di costi [3.55-3.58]. L'efficienza economica si misura non solo in funzione dei costi della salute, ma anche dei costi sociali. Nei paesi occidentali, ad esempio, i costi sociali del sovrappeso risultano essere più elevati dei costi sociali legati al fumo [3.59, 3.60]. Inoltre il rischio di sviluppare il sovrappeso è considerevolmente più elevato nei gruppi della popolazione economicamente più deboli rispetto alla popolazione benestante [3.60]. A causa degli elevati costi sociali provocati dal sovrappeso, si presume che il «Return on Investment» (ROI) delle misure messe in atto per contrastare questo problema sia equivalente a quello delle misure adottate per la prevenzione del tabagismo (ROI = 41) [3.55].



Return on Investment (ROI) – un parametro di valutazione economico

Una forma di valutazione utilizzata nel campo dell'economia aziendale è il cosiddetto ROI, che misura l'effetto monetario di un investimento. Il ROI calcola la differenza tra i costi prima e dopo l'investimento, confrontandoli con i costi dell'investimento stesso. Un ROI positivo indica che un investimento permette di risparmiare a lungo termine. Un limite di questo sistema di valutazione è che di solito è difficile rilevare in maniera completa altri fattori d'influenza, non riconducibili all'investimento stesso (ad es. una misura di promozione della salute). In Svizzera sono disponibili calcoli del ROI solo per i seguenti temi: infortuni della circolazione (ROI = 9,4), alcol (ROI = 23), tabagismo (ROI = 41) [3.55]. Questi valori indicano chiaramente qual è il potenziale di risparmio offerto dalla promozione della salute e della prevenzione.

$$\text{ROI} = (\text{costi attuali} - \text{costi dopo l'investimento}) / \text{costi d'investimento}$$

I seguenti ambienti di vita sono particolarmente importanti per la promozione della salute nell'infanzia: spazio pubblico, famiglia, scuola e associazioni.

Potenziati nell'ambiente di vita «spazio pubblico»

Le misure strutturali attuate nello spazio pubblico mirano spesso a creare o modificare delle condizioni quadro al fine di migliorare l'ordine e la sicurezza, ma possono anche influenzare il comportamento dei bambini in modo duraturo e favorevole alla salute. L'attuazione di misure di questo genere è generalmente conveniente in termini economici e presenta quindi un ottimo rapporto costi-benefici.

La riorganizzazione di aree e spazi pubblici permette di ottenere ottimi risultati:

- aree verdi e campi sportivi di vario genere nei quartieri favoriscono l'esercizio fisico [3.61];
- spazi di incontro pubblici (centri per famiglie, parchi giochi) permettono a chi ne fruisce di acquisire competenze sociali e rafforzano le risorse familiari [3.62];
- la creazione di percorsi sicuri riduce il rischio di incidenti [3.63];
- l'offerta e l'accessibilità di cibi sani influenzano il comportamento alimentare [3.60];
- la riduzione delle emissioni atmosferiche e foniche favorisce la salute respiratoria e cardiovascolare [3.64].

Gli esempi menzionati, oltre a ridurre il rischio di contrarre malattie sia in età infantile che nel resto della vita, contribuiscono a contrastare le disparità sociali in relazione alle opportunità di salute e al carico di malattia.

Nella sua accezione più ampia, il concetto di spazio pubblico può includere anche la società e le condizioni quadro sociali. Le misure adottate a questo livello possono riguardare in modo specifico il gruppo target dei bambini (prevenzione selettiva o promozione della salute) oppure essere indirizzate alla società nel suo complesso (prevenzione universale o promozione della salute). Alcuni esempi di misure selettive sono il divieto di pubblicizzare determinati prodotti in luoghi frequentati dai bambini, l'integrazione di temi legati alla salute psichica nel programma scolastico obbligatorio o l'attuazione di misure di movimento e alimentazione nelle scuole. Nella loro analisi sistematica della letteratura, Weare e Nind sottolineano che è più efficace integrare i contenuti relativi alla promozione della salute nel programma scolastico piuttosto che trattare questi temi in contenitori separati [3.12].

Alcuni esempi di misure universali sono la riduzione di sale e zucchero negli alimenti o la cura dei denti nelle scuole [3.65]. L'esempio dell'obesità dimostra

quanto possono essere efficaci le modifiche sociali apportate nell'ambiente. È stato comprovato che il contesto legato all'alimentazione, che comprende l'offerta, i prezzi e la pubblicità per alimenti (sani e meno sani), è correlato alla prevalenza del sovrappeso e dell'obesità [3.60]. Un altro esempio: bambini e adolescenti sviluppano, già in giovane età, un proprio insieme di valori e anche una consapevolezza dei marchi. In uno studio ben il 22% dei bambini di cinque e sei anni era in grado di riconoscere il marchio Marlboro [3.66]. Questo studio, insieme ad altri, indica che la regolamentazione della pubblicità ha un forte potere preventivo [3.67-3.69].

I bambini (così come gli adulti) hanno anche bisogno di potersi rivolgere a qualcuno che possa aiutarli in caso di problemi, difficoltà o preoccupazioni. È quindi importante predisporre delle offerte di consulenza e sostegno facilmente accessibili al pubblico infantile. Queste contribuiscono a ridurre il rischio di sviluppare patologie gravi, in particolare in presenza di una situazione di disagio psichico.

Lo spazio pubblico è un contesto importante per la promozione della salute perché consente di offrire un accesso a bassa soglia alla promozione della salute, favorendo le pari opportunità.

Potenziali nell'ambiente di vita «famiglia»

Nell'approccio per setting dell'OMS le famiglie non costituiscono un setting autonomo, ma presentano enormi potenzialità sia per la promozione della salute che per la prevenzione a livello comportamentale e contestuale. La promozione della salute a livello di famiglia comprende anche aspetti quali il rafforzamento delle risorse familiari [3.62]. Riconoscere le necessità e predisporre offerte sanitarie e sociali su misura per le famiglie è un importante compito che spetta ai Comuni, alle ONG e ai Cantoni (cfr. figura 3.3).

L'ambiente di vita della famiglia incide in maniera determinante sulla salute dei bambini. Le regole imposte dai genitori e il comportamento da loro adottato influenzano e plasmano a lungo termine il comportamento dei figli, ad esempio: i tragitti brevi si percorrono a piedi o in bici; a tavola non si guarda la TV; durante una conversazione non si interrompe chi sta parlando, ecc. I genitori sono moltiplicatori estremamente importanti per la promozione della salute e la prevenzione, ma non sono sempre facilmente raggiungibili. Per veicolare determinati messaggi serve una grande perseveranza, un'elevata attenzione dei media sul tema e partenariati su lar-

ga scala, come dimostra bene l'esempio dell'obbligo di indossare il casco in bicicletta. Le classiche serate informative rivolte ai genitori e gli opuscoli informativi sono strumenti importanti, ma da soli non sono sufficienti. Nei primi anni di vita si sono rivelate particolarmente efficaci le offerte di sostegno della prima infanzia e di formazione dei genitori, che in alcuni casi sono disponibili anche a domicilio (ad es. «[familystart](#)», «[Zeppelin](#)», «[Schenk mir eine Geschichte](#)») [3.46].

Nell'ambito della prevenzione degli infortuni, ad esempio, si possono usare messaggi semplici e di facile comprensione, sia per i bambini che per i genitori. In altri ambiti, più complessi, è molto più difficile formulare messaggi semplici che permettono di ottenere un impatto (cfr. «[10 passi per la salute psichica](#)», «[Take care](#)»). I genitori cercano sempre più spesso aiuto su internet, ma sono sovente sopraffatti dalla quantità eccessiva di informazioni che trovano in rete [3.49]. In questi casi può rivelarsi utile, da un lato, il contatto personale con una figura professionale o con altri genitori più esperti e, dall'altro, la possibilità di fare una ricerca guidata in internet o il rafforzamento delle competenze medialie nel campo della salute, tenendo conto del fatto che anche i genitori instaurano e coltivano contatti personali in misura crescente attraverso i social media [3.49].

I membri della famiglia sono il primo modello di riferimento per i bambini piccoli e in questa veste possono rafforzare determinati comportamenti. La «famiglia» e altri contesti «infantili» sono setting appropriati per la promozione della salute nella prima infanzia. La crescente digitalizzazione e la quantità di informazioni relative alla salute richiedono da parte dei genitori elevate competenze digitali e di salute.

Potenziali nell'ambiente di vita «asilo nido, scuola dell'infanzia e scuola»

Quando i bambini iniziano ad andare al nido, alla scuola dell'infanzia o a scuola si avvicinano a un nuovo ambiente di vita, nel quale acquisiscono competenze tecniche e trasversali. Il Piano di studio 21 si è posto l'obiettivo di promuovere anche le competenze di vita, tra le quali figurano le competenze sociali nonché le competenze in materia di salute e di rischi. Considerato che i bambini trascorrono molto tempo al nido, all'asilo e a scuola, è importante che l'ambiente in questi contesti sia favorevole alla salute.



Scuola sana

Secondo l'OMS una scuola sana tiene in debita considerazione i seguenti aspetti [3.35]:

- l'ambiente fisico (l'edificio scolastico e le aule);
- l'offerta alimentare;
- il contesto psicosociale (cultura scolastica, atteggiamenti e convinzioni di allievi e insegnanti);
- le condizioni sociali e psichiche che incidono sull'istruzione e sulla salute.

La rete delle scuole 21 mette in relazione la promozione della salute con lo sviluppo della qualità nelle «scuole sane», creando così le condizioni quadro e i contenuti ideali per rendere la scuola un luogo di vita, di apprendimento e di lavoro sano (www.rete-scuole21.ch). È fondamentale tenere presente che la scuola è importante tanto per lo sviluppo sociale quanto per quello intellettuale.

Gran parte degli scambi sociali con i propri coetanei avviene a scuola. In questo contesto i bambini, indipendentemente dai genitori, fanno amicizia con altri fanciulli, si inseriscono in una classe e possono anche trovare nel docente un'altra persona di fiducia adulta al di fuori del contesto familiare. Bisogna però ricordare che a scuola si possono presentare anche molti fattori di stress (aspettative di prestazione, stress scolastico, pressioni da parte dei compagni, ecc.) [3.70].

La promozione della salute e la prevenzione si possono attuare in molteplici forme nel contesto scolastico. Una forma che si è rivelata essere particolarmente efficace sono le misure strutturali (ad es. le regole per uno spuntino sano all'asilo, come la campagna «Znüni-Box»). È stato inoltre dimostrato che le misure perseguite per un periodo prolungato risultano essere più efficaci. Gli interventi volti a promuovere la coesione sociale e i rapporti interpersonali consentono, ad esempio, di ridurre il rischio di mobbing e sono anche efficienti in termini di costi [3.71]. Per contro, interventi puntuali in classe, che non prevedono un approfondimento, sono perlopiù inefficaci [3.72].

Dopo la scuola, il secondo ambiente di vita nel quale i bambini apprendono norme e competenze sociali al di fuori del contesto familiare sono le associazioni.

Per questo motivo sono necessari sforzi per implementare misure di promozione della salute e di prevenzione anche nel contesto delle associazioni, dove si sono rivelate particolarmente efficaci le misure di natura strutturale (ad es. «Cool and Clean»). Gli interventi puntuali, analogamente a quelli nelle scuole, producono un impatto limitato anche a livello di associazioni.

L'ambiente di vita nido, scuola dell'infanzia o scuola garantisce un'elevata accessibilità al gruppo target dei bambini, favorendo così le pari opportunità. Educatori e docenti possono veicolare i contenuti tesi a promuovere la salute e a rafforzare le competenze in un clima di «apprendimento condiviso e divertente», contribuendo così alla loro accettazione e diffusione (cfr. riquadro).



Purzelbaum, Youp'là bouge, Capriola

«[Purzelbaum](#)» è un progetto di prevenzione comportamentale e strutturale che si può implementare nei nidi e nelle scuole dell'infanzia. Il progetto prevede la riorganizzazione degli spazi per favorire il movimento nonché la sensibilizzazione dei genitori in merito all'importanza dell'attività fisica. I nidi e le scuole dell'infanzia che aderiscono al progetto «Purzelbaum» promuovono anche l'alimentazione sana. Le équipes educative ricevono una formazione specifica e possono quindi trasmettere le loro conoscenze, in veste di moltiplicatori, al resto del personale, ai bambini e ai loro genitori. Nei nidi e nelle scuole dell'infanzia che hanno adottato il progetto «Purzelbaum», i bambini soddisfano le raccomandazioni relative al movimento e, a detta del personale e dei genitori, si divertono a muoversi e fare attività fisica.

Il progetto «Capriola» esiste anche in Ticino, dove si rivolge unicamente ai nidi nell'infanzia. In Ticino il tema dell'alimentazione è trattato da un progetto complementare «[Alimentazione equilibrata nei nidi dell'infanzia](#)», mentre il tema dell'alimentazione, del movimento e dell'equilibrio/benessere nelle scuole dell'infanzia ed elementari è affrontato dal progetto «[Movimento e gusto con l'equilibrio giusto!](#)».



Excursus

Peso corporeo sano nell'infanzia – si profila una tendenza positiva

- **Florian Koch**, Promozione Salute Svizzera
- **Dominik Steiger**, EvaluableScience

Situazione di partenza

I grafici del monitoraggio dell'indice di massa corporea (IMC), effettuato in diverse città svizzere, indicano che è in atto una riduzione della problematica del sovrappeso al livello della scuola dell'infanzia e della prima elementare (cfr. [figure 3.5 a 3.8](#)). Anche nelle scuole elementari si può osservare una flessione, ma a un livello più elevato. L'insieme delle misure attuate negli ultimi anni al fine di ridurre il sovrappeso infantile sembrano dare i primi frutti.

Evoluzione dell'IMC

La predisposizione genetica all'obesità è limitata: una meta-analisi indica che solo il 5% della varianza è riconducibile alle varianti genetiche identificate [3.76]. Il modo in cui si manifestano i geni dipende pertanto in larga misura dall'ambiente e dal comportamento di una persona. È pertanto fondamentale continuare a monitorare l'evoluzione dei fattori ambientali che favoriscono il sovrappeso e l'obesità («obesogenic environment»). Inoltre, se si considera che solo il 3% dei bambini e degli adolescenti passa a una categoria di IMC inferiore durante la crescita, mentre il 10,8% passa a una categoria superiore, risulta evidente quanto siano determinanti la prevenzione e, all'occorrenza, l'intervento [3.77]. È interessante notare come l'86,2% dei bambini e degli adolescenti rimanga nella stessa categoria di peso durante la crescita.

La promozione dell'alimentazione equilibrata e di uno stile di vita attivo non è finalizzata tanto al raggiungimento di un determinato indice di massa corporea quanto al rafforzamento di questi fattori di protezione, che agiscono in molteplici modi sul corpo umano, nell'ottica di una prevenzione globale delle malattie non trasmissibili (MNT) [3.76].

Raccomandazioni

- La prevenzione in relazione all'attività fisica e all'alimentazione nella prima infanzia e nell'infanzia è una questione della massima importanza.
- La condizione socioeconomica e socioculturale ha un peso considerevole e deve essere tenuta in debita considerazione nella selezione dei gruppi target e nello sviluppo degli interventi.
- Il riconoscimento precoce è fondamentale in relazione alla problematica del sovrappeso e all'evoluzione individuale del sovrappeso nell'infanzia; è importante riconoscere tempestivamente la tendenza a sviluppare il sovrappeso. Un grande problema in questo contesto è la mancanza di percorsi di terapia e intervento: i pediatri riconoscono il problema, ma mancano i processi che consentono l'adozione di misure successive. In questo contesto vale la pena prevedere un maggiore coordinamento con gli sforzi intrapresi nel settore d'intervento Prevenzione nell'ambito delle cure (PADC), ad esempio con il progetto «[Starke Familie](#)».
- Un altro aspetto fondamentale è la sensibilizzazione dei genitori e delle figure professionali.

FIGURA 3.5

Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico (Basilea, Berna, Zurigo, insieme, anno scolastico 2017/18, n = 13 916)¹

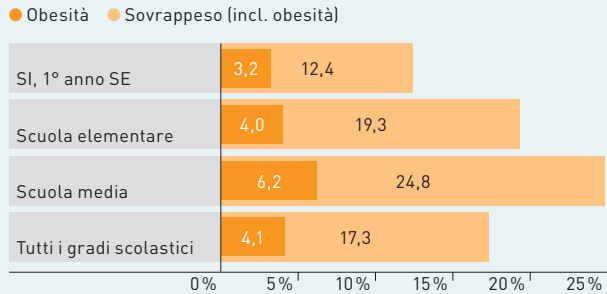
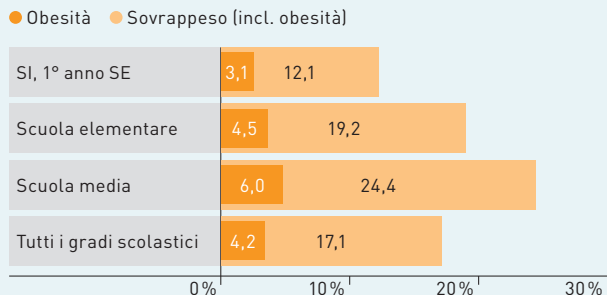


FIGURA 3.7

Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico (Basilea, Berna, Zurigo, insieme, anno scolastico 2019/20, n = 14 197)¹



¹ Nota bene: in tutti questi grafici la categoria «sovrappeso» comprende sempre anche i bambini e adolescenti obesi. Le differenze tra i diversi gradi scolastici sono statisticamente significative, sia per il sovrappeso che per l'obesità, con $p < .05$.

Fonte: dati del monitoraggio dell'IMC effettuato in diverse città svizzere negli anni 2017/18, 2018/19 e 2019/20, raffiguranti le quote di bambini affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico in un confronto temporale [3.73-3.75]

FIGURA 3.6

Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico (Basilea, Berna, Zurigo, insieme, anno scolastico 2018/19, n = 14 531)¹

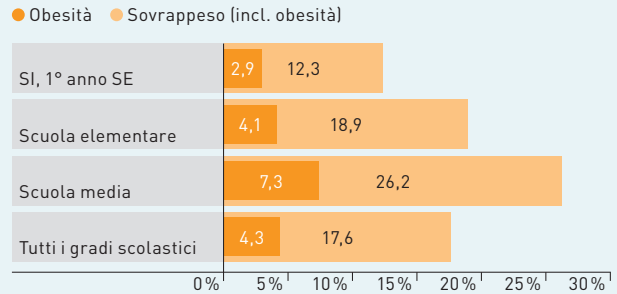
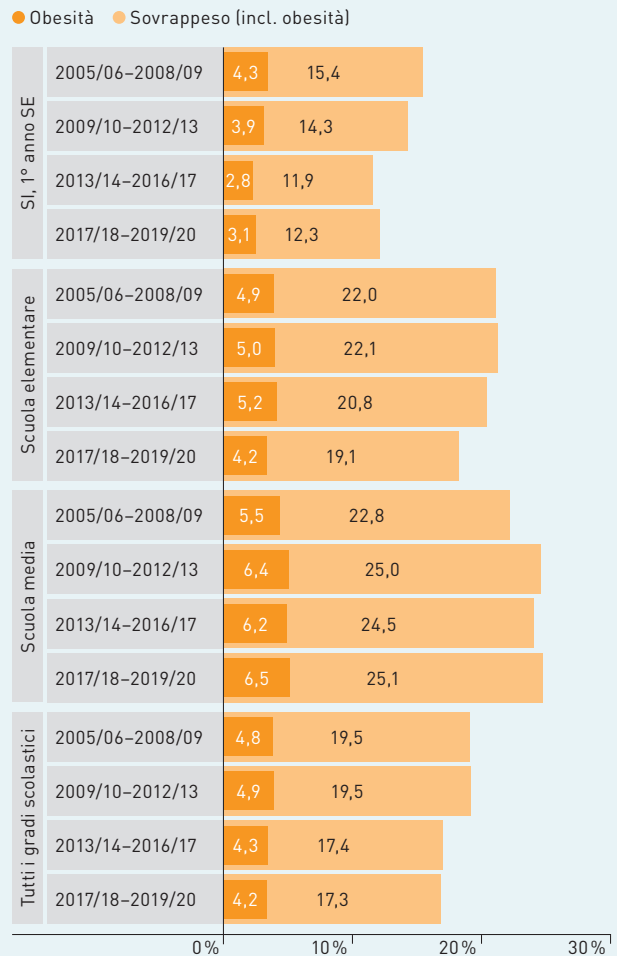


FIGURA 3.8

Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico (Basilea, Berna, Zurigo, insieme), confronto temporale tra quattro periodi*



* I primi tre periodi hanno una durata di 4 anni, mentre l'ultimo periodo in esame si estende solo sull'arco di 3 anni.



Excursus

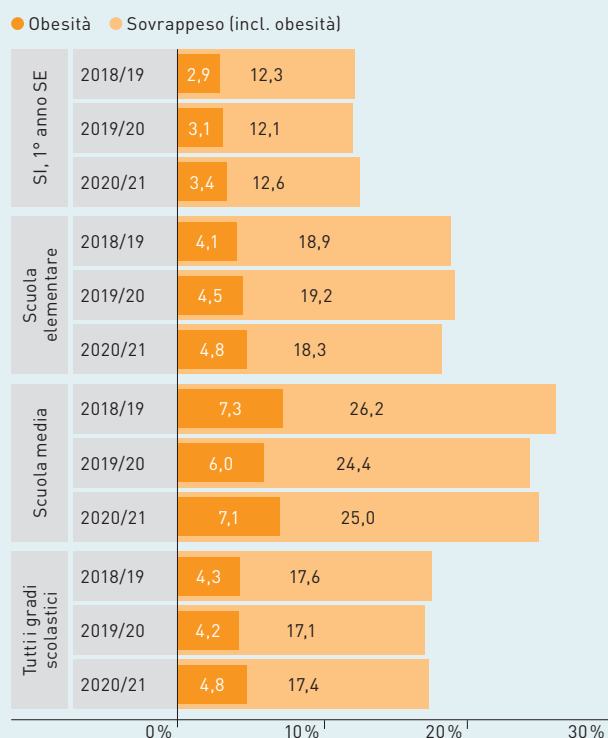
Monitoraggio dell'IMC in relazione alla pandemia di coronavirus

- **Hanspeter Stamm**, Lamprecht & Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zurigo

Dall'analisi del monitoraggio dell'IMC [3.78] si evince che nell'anno scolastico 2020/21 la prevalenza totale del sovrappeso e dell'obesità, pari al 17,4%, era solo di poco superiore al valore registrato nell'anno precedente, ovvero il 17,1% (figura 3.9). A prima vista i risultati non indicano la presenza di un «effetto coronavirus»: sembrerebbe che il lockdown, le chiusure delle scuole nella primavera del 2020 e le restrizioni relative alle attività sportive e fisiche durante la pandemia di Covid-19 non abbiano finora prodotto un aumento della prevalenza del sovrappeso. Un'ulteriore analisi mette tuttavia in luce un «effetto coronavirus» temporaneo: è stato osservato un incremento considerevole della quota di bambini e adolescenti sovrappeso e soprattutto obesi proprio in quelle scuole dove i servizi medici scolastici hanno eseguito i controlli poco dopo le vacanze estive del 2020 e quindi a poca distanza dal lockdown, mentre non è stato osservato un incremento analogo nelle scuole dove i controlli sono stati effettuati in un momento successivo. A prescindere da questo dato, è significativo l'aumento della quota di bambini obesi registrata subito dopo il lockdown. Parrebbe che le misure adottate per contrastare la pandemia di coronavirus abbiano avuto forti ripercussioni sui bambini che già presentavano un problema di sovrappeso.

FIGURA 3.9

Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico, dal 2018/19 fino al 2020/21 (Basilea, Berna e Zurigo, insieme)



Numero di casi in esame: anno scolastico 2018/19: n = 14 531; anno scolastico 2019/20: n = 14 197; anno scolastico 2020/21: n = 12 843. Anno scolastico 2020/21 senza il primo ciclo SE a Basilea.

Le differenze tra i diversi gradi scolastici sono statisticamente significative nei tre anni scolastici in esame, con $p < .05$. Si osservano differenze significative in relazione all'obesità a livello di scuola media tra gli anni scolastici 2018/19 e 2019/20 e per tutti i gradi scolastici per gli anni scolastici 2019/20 e 2020/21. Le altre differenze osservate non sono significative.

Ulteriori informazioni sul monitoraggio dell'IMC

- Sito web [Monitoraggio dell'IMC](#)
- Feuille d'information 69: [Monitoring des données pondérales effectué par les services de santé scolaires des villes de Bâle, Berne et Zurich 2020/21](#)
- Document de travail 58: [Monitoring comparatif des données relatives au poids des enfants et des adolescent-e-s en Suisse](#)
- Document de travail 45: [Poids corporel sain chez les enfants et les adolescent-e-s](#)



4 Pari opportunità di salute

- **Dominik Weber**, Promozione Salute Svizzera

I passaggi di questo capitolo contrassegnati con una linea arancione verticale sono identici a quelli presenti nel capitolo 4 del rapporto 9 [Promozione della salute per e con gli adolescenti e i giovani adulti](#).

In Svizzera le premesse per una vita lunga e sana sono tra le migliori al mondo. Ma le condizioni non sono uguali per tutti i sottogruppi della popolazione. Anche in Svizzera, così come in altri paesi, la possibilità di crescere, vivere e invecchiare in salute dipende in modo decisivo da diversi fattori sociali:

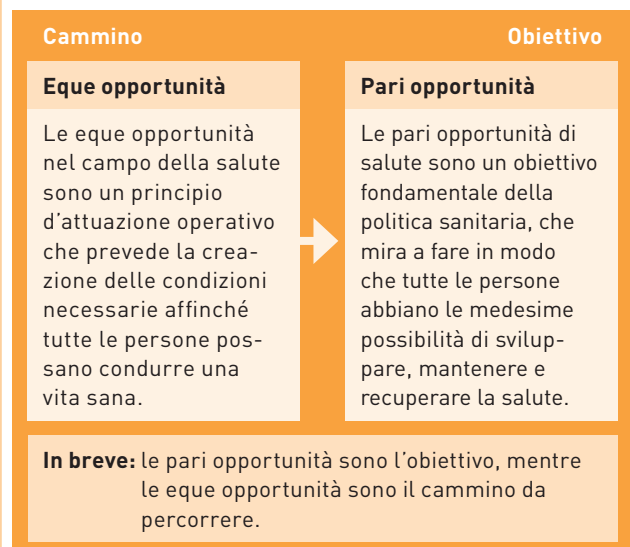
- a livello della scuola dell'infanzia il sovrappeso si manifesta tre volte più spesso nei figli di genitori senza una formazione post-obbligatoria rispetto ai figli di genitori con un titolo di istruzione superiore [4.1];
- le bambine di età compresa tra i 6 e i 12 anni osservano con maggiore frequenza le raccomandazioni relative al consumo di frutta e verdura rispetto ai coetanei di sesso maschile [4.2], mentre i bambini e i ragazzi tra i 6 e i 16 anni tendono a osservare maggiormente le raccomandazioni di movimento (75%) rispetto alle loro coetanee (55%) [4.3];
- in Svizzera madri e neonati con un passato migratorio sviluppano più frequentemente problemi di salute rispetto a madri e neonati di nazionalità svizzera [4.4];
- rispetto ai coetanei eterosessuali, gli adolescenti omosessuali sono cinque volte più propensi a sviluppare una depressione e a commettere un tentativo di suicidio [4.5]. Mancano dati rappresentativi per i bambini più piccoli. È tuttavia opportuno intervenire già in età infantile per rafforzare tempestivamente le risorse e ridurre i carichi.

Queste differenze non sono né casuali né imputabili a fattori biologici. Sono piuttosto legati a fattori sociali e/o seguono uno schema sociale chiaro: in genere le persone socialmente svantaggiate hanno uno stato di salute peggiore e un'aspettativa di vita inferiore rispetto alle persone con una posizione sociale migliore. Poiché sono determinate dalle condizioni sociali, queste differenze sono considerate in ampia misura evitabili e ingiuste [4.6, 4.7]. In questo contesto si parla di iniquità di salute («health inequalities») [4.8].

La società è chiamata a intervenire per contrastare le iniquità di salute, perché le disparità nel campo della salute sono in netto contrasto con i valori e i principi fondamentali della Svizzera (si veda ad esempio l'articolo 2, capoverso 3 della Costituzione federale, che prevede, in termini generali, di assicurare quanto possibile pari opportunità ai cittadini), minacciano la coesione sociale e provocano inutili costi aggiuntivi [4.8]. Nessun Paese si può permettere di non affrontare la questione delle disparità nel campo della salute [4.9].

FIGURA 4.1

Distinzione tra pari opportunità e eque opportunità





Pari opportunità e coronavirus

La pandemia agisce come una lente d'ingrandimento sulle condizioni di svantaggio nella società: non ha creato nuove disparità, ma ha accentuato le disuguaglianze esistenti.

Nel settore della salute vale l'affermazione «same script, different illness»: gli effetti del coronavirus seguono modelli epidemiologici comuni, il che significa che vi è una correlazione tra i fattori sociali menzionati nell'introduzione di questo capitolo e l'incidenza del coronavirus.

A livello empirico sono state individuate delle differenze dovute a fattori sociali in relazione ai seguenti indicatori:

- contagio da Covid-19 e gravità del decorso [4.29-4.31];
- competenze di salute in relazione al Covid-19 [4.32];
- effetti delle misure restrittive [4.33-4.35];
- volontà di farsi vaccinare [4.36-4.39].

Durante la pandemia molti bambini e adolescenti in età scolastica sono aumentati di peso [4.40]. A livello internazionale le evidenze suggeriscono che l'aumento ponderale sia stato particolarmente marcato nei bambini già in sovrappeso prima della pandemia [4.41-4.43] nonché nei soggetti di sesso femminile e in quelli appartenenti a minoranze etniche [4.41, 4.44].



Letture e approfondimenti sul tema delle pari opportunità

- Rapporto di base [Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione in Svizzera](#)
- Versione breve per la prassi: [Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione](#)

4.1 Promuovere le pari opportunità di salute attraverso misure adeguate

Le misure di promozione della salute e prevenzione tendono a raggiungere più facilmente i gruppi della popolazione con uno statuto socioeconomico medio o alto [4.10-4.12], mentre fanno più fatica a raggiungere quei gruppi sociali che ne trarrebbero il maggior beneficio [4.12].

Migliorare le pari opportunità nel campo della salute rientra tra gli obiettivi prioritari della promozione della salute. In Svizzera questo obiettivo è sancito, tra le altre cose, nella strategia di politica sanitaria del Consiglio federale Sanità2030, nella Strategia MNT e nella Strategia nazionale Dipendenze.

Pari opportunità di salute non significa che tutte le persone debbano godere dello stesso stato di salute: con le pari opportunità non si mira ad ottenere lo stesso risultato («salute uguale per tutti»), bensì si punta alla parità in termini di possibilità e condizioni («pari opportunità di salute per tutti»).

4.2 Fattori sociali all'origine delle disparità di salute

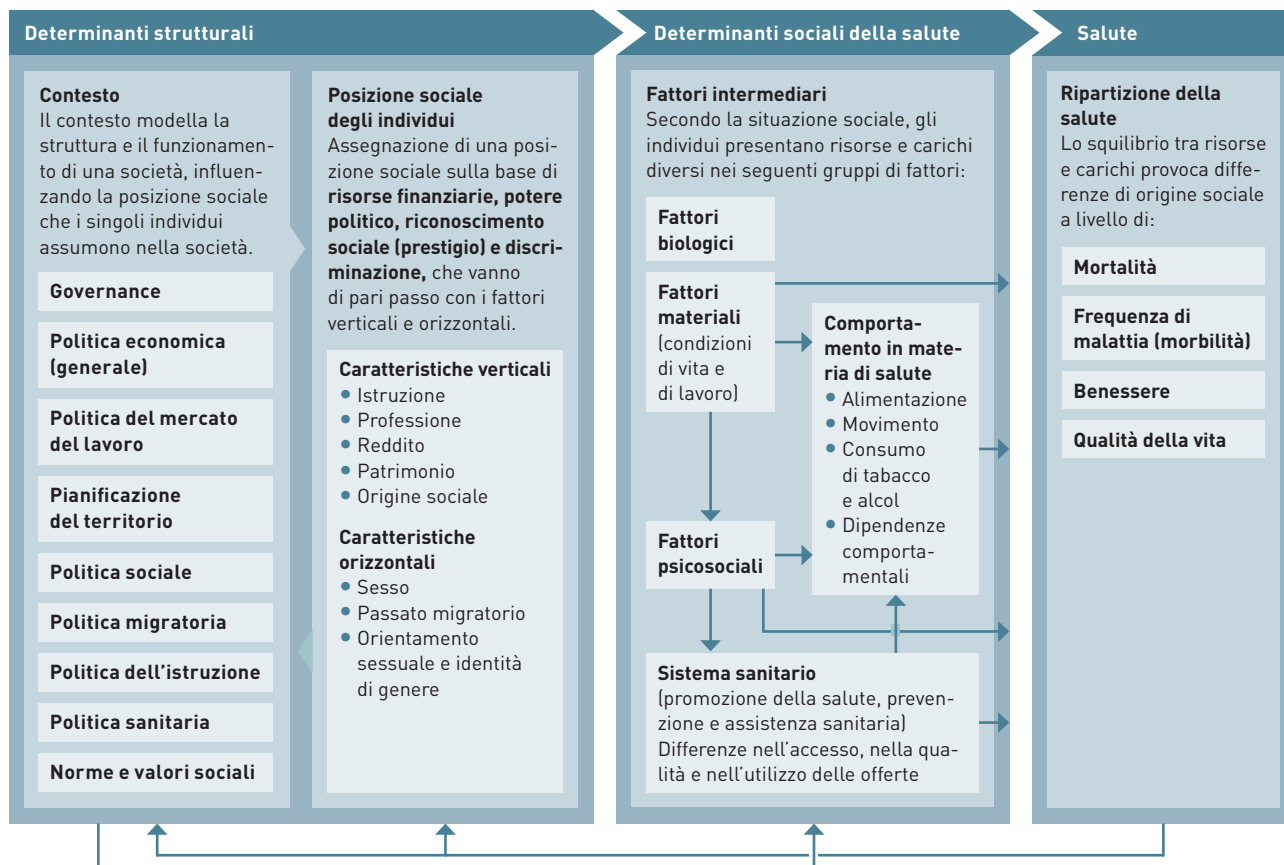
Per capire dove la promozione della salute e la prevenzione possono fare leva per ridurre l'inequità di salute occorre innanzitutto comprendere come la stessa si sviluppa e si riproduce. Di seguito presentiamo un modello esplicativo generale, che si può applicare a tutti i gruppi target.

Un reddito elevato, ad esempio, non ci rende automaticamente più sani. Cionondimeno, le disparità economiche incidono in maniera complessa, e spesso incomprensibile, sulla nostra vita e pertanto anche sulla nostra salute. Il seguente modello (figura 4.2) tenta di illustrare le origini dell'inequità di salute in quattro passaggi (per un'analisi approfondita cfr. [4.8]).

Il modello indica che la disparità sociale, ovvero la ripartizione impari delle risorse materiali e immateriali in seno a una società, si ripercuote in modo evidente sulla salute. L'inequità di salute non è quindi un problema individuale, bensì anche e soprattutto un problema sociale. Anche il comportamento in materia di salute – spesso causa diretta di diverse malattie – non dipende unicamente da una grande forza di volontà, ma è determinato in modo decisivo dalle condizioni sociali quadro.

FIGURA 4.2

Modello esplicativo dell'inequità di salute



Nel modello sono state illustrate soltanto le interazioni che determinano l'inequità di salute. Ve ne sono inoltre numerose altre (ad es. tra i fattori biologici e il comportamento sanitario o, in senso opposto, tra quest'ultimo e i fattori psicosociali).

Fonte: [4.8]

Naturalmente la responsabilità individuale è fondamentale anche nell'ambito della salute e va pertanto rafforzata in modo mirato. Al contempo dobbiamo tuttavia riconoscere che non si può risolvere un problema sociale unicamente adottando provvedimenti incentrati sui singoli individui (livello comportamentale). È fondamentale creare le condizioni che permettano a tutte le persone di essere, rimanere e tornare in salute (livello contestuale).

4.3 Cosa può fare la promozione della salute

Per consolidare le pari opportunità nel campo della salute è necessario in primo luogo ridurre le disparità sociali imputabili a fattori come il reddito, l'istruzione, il genere, il passato migratorio, l'orientamento sessuale e l'identità di genere. Di norma, le misure specifiche non sono di competenza della politica sanitaria e rientrano piuttosto nella sfera d'influenza della politica del mercato del lavoro, della socialità e dell'educazione. Il compito degli attori del settore sanitario consiste nel sensibilizzare gli altri ambiti politici (*agenda setting*) e nell'avviare collaborazioni (multisettoriali) mirate.

In secondo luogo, si raccomanda di intervenire sui determinanti sociali della salute, ovvero le condizioni nelle quali le persone crescono, vivono, giocano, lavorano e invecchiano, affinché siano favorevoli alla salute per tutti. Le misure in questo ambito rientrano anche nella sfera d'influenza della promozione della salute e della prevenzione. In questo contesto è fondamentale sia promuovere le risorse e la capacità di agire sia ridurre i carichi delle persone socialmente svantaggiate, intervenendo nei seguenti ambiti [4.8]:

- condizioni materiali di vita e di lavoro;
- fattori psicosociali;
- comportamento e competenze in materia di salute;
- sistema sanitario.

In questo contesto è importante riconoscere precocemente i fattori di carico per poter intervenire tempestivamente. Sul sito web dell'UFSP sono pubblicate conoscenze pratiche nonché diverse linee guida per il riconoscimento e l'intervento precoce nell'infanzia e nell'adolescenza.

4.4 Misure di comprovata efficacia e criteri di successo

Alla luce dei diversi processi di invecchiamento e delle disparità nel campo della salute, le misure universali, ovvero quelle indirizzate a tutta la popolazione, devono tenere conto della diversità sociale e delle possibilità di azione individuali («apertura delle offerte»). Può essere altresì opportuno elaborare e attuare misure mirate per gruppi target specifici.

Nei capitoli successivi presenteremo alcuni approcci d'intervento che si sono rilevati efficaci nel migliorare le opportunità di salute delle persone svantaggiate in relazione alle seguenti tematiche prioritarie:

- attività fisica ([capitolo 6](#))
- alimentazione ([capitolo 7](#))
- salute psichica ([capitolo 8](#))

Il successo degli approcci dipende in larga misura dal modo in cui sono stati elaborati, attuati e valutati. La [versione breve](#) del rapporto «Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione» illustra i principali criteri di successo che consentono di aumentare l'efficacia delle misure rivolte a gruppi della popolazione socialmente svantaggiati.

I seguenti criteri di successo risultano essere particolarmente decisivi in questo contesto:

- La **partecipazione** del gruppo target in tutte le fasi dell'intervento o del progetto (elaborazione, pianificazione, attuazione e valutazione) [4.13, 4.14].
- Il **lavoro basato sulle relazioni**: si è dimostrato efficace il ricorso a figure di collegamento, ovvero singoli individui o istituzioni, professionali e informali. Tali figure sono validi «costruttori di ponti» che permettono di raggiungere più facilmente i gruppi svantaggiati [4.15, 4.16]. Un fattore decisivo in questo contesto è il rapporto di fiducia tra il gruppo target e le figure di collegamento (ad es. figure professionali attive nel settore della salute e della medicina, ONG come la CRS, la Caritas e l'ACES, associazioni e persone chiave come pure familiari e vicini di casa). È importante che le prestazioni fornite dalle figure di collegamento, siano esse formali o informali, ottengano un riconoscimento materiale o simbolico [4.17].
- Un altro approccio promettente è la **diversificazione dell'offerta**, che deve essere **adattata in termini di contenuti e lingua** al gruppo target e al suo contesto socioculturale. Rientrano in questa categoria i materiali informativi redatti in un linguaggio semplice o nelle diverse lingue delle persone migranti, i contenuti orientati all'ambiente di vita del gruppo target, l'impiego di formatori provenienti dal contesto socioculturale dei partecipanti («peer educators») nonché lo svolgimento di attività nei setting delle comunità interessate (ad es. nelle chiese e presso le associazioni di migranti) [4.13, 4.18-4.22].
- Risulta più semplice usufruire delle offerte se queste sono **il più possibile concrete e a bassa soglia**. Le informazioni devono essere pratiche e di facile utilizzo, ad esempio istruzioni passo per passo per avviare cambiamenti del comportamento [4.21, 4.22].
- Le misure strutturali – ad esempio nel settore dell'alimentazione e dell'attività fisica – generalmente si rivelano efficaci solo se sono combinate con interventi a livello individuale, ad esempio sotto forma di informazione e sensibilizzazione (**combinazione di misure contestuali e comportamentali**) [4.23-4.27].
- Per promuovere le pari opportunità di salute in modo duraturo ed efficace è fondamentale l'impegno di diversi settori politici. Occorre rafforzare sia il principio «**Health in All Policies**»

(salute in tutte le politiche) che **la collaborazione multisettoriale e il coordinamento su piccola scala** [4.14].

- Per meglio comprendere lo sviluppo dell'iniquità di salute e promuovere misure efficaci sono importanti il **monitoraggio** e la **valutazione** delle misure e dei progressi compiuti.



Esempi tratti dalla prassi in Svizzera

«Mamamundo» [CH]; «schritt:weise» [CH]; «Miges Balù» [CH]; «FemmesTische» e «MännerTische» [CH]; «Geschwisterkinder» [CH]; «Kinder im seelischen Gleichgewicht» [CH]; «Unterstützungsplattform: Kinder und Jugendliche psychisch belasteter Eltern» [CH]; «PAT – Mit Eltern Lernen» [CH]; «Ponto – Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern» [CH]; «Mini-Move» [CH]; «OpenSunday» [CH]



Lista di orientamento di Promozione Salute Svizzera

La [lista di orientamento](#) di Promozione Salute Svizzera è una pubblicazione periodica che fornisce una panoramica di misure e progetti, validi e attuali, realizzati nel campo della promozione della salute. La raccolta comprende misure attuate ai livelli interventi, policy, messa in rete e comunicazione.

4.5 Definizione dei gruppi target

L'obiettivo della promozione della salute e della prevenzione è sempre il miglioramento della salute dell'intera popolazione. Tuttavia, l'intensità degli sforzi idealmente dovrebbe corrispondere al grado di svantaggio dei singoli gruppi della popolazione (principio del cosiddetto **universalismo proporzionale**) [4.9].

All'origine di una condizione di svantaggio vi possono essere numerosi fattori, i quali dipendono dall'argomento considerato e differiscono in base a quale aspetto si prende in considerazione, come ad esempio comportamento motorio, tendenze suicide oppure ricorso alla diagnosi precoce.

Le statistiche svizzere mostrano che per analizzare le disparità di salute bisogna prendere in particolare considerazione le seguenti caratteristiche rilevanti per le disparità [4.28]: lo statuto socioeconomico – che comprende l'istruzione, la professione, il reddito, il patrimonio e l'estrazione sociale (la famiglia) – ma anche il genere, un eventuale passato migratorio nonché l'orientamento sessuale e l'identità di genere (comunità LGBTIQ).

Nell'ambito della definizione dei gruppi target occorre tenere conto dei seguenti aspetti:

- In genere la situazione di vita, le risorse e i carichi di una persona non sono riconducibili a un'unica caratteristica. Se prendiamo l'esempio della popolazione migrante, è chiaro che la situazione di vita di un'allieva di origini germaniche sia fondamentalmente diversa rispetto a quella di un giovane profugo eritreo. La salute di una persona non è influenzata unicamente o prevalentemente dalla caratteristica «passato migratorio», bensì anche e soprattutto da fattori come l'istruzione, il reddito, il genere e l'origine migratoria. Pertanto, la definizione «popolazione migrante» usata per il gruppo target di un progetto è spesso insufficiente e inadeguata. In genere vale la seguente regola: più caratteristiche rilevanti per la disparità presenta una persona, maggiori saranno le sue probabilità di ammalarsi e minore sarà la sua aspettativa di vita. Ai fini della definizione del gruppo di destinatari occorre pertanto prestare particolare attenzione alla sovrapposizione delle caratteristiche sociali (**intersezionalità**).
- I dati sanitari indicano che vi è un nesso tra le caratteristiche rilevanti per la disparità e la salute (ad es. «alcune fasce della popolazione migrante sono più spesso affette da malattie»), ma in genere i dati non sono in grado di spiegare la presenza di tale nesso. Servono quindi analisi più approfondite per individuare i fattori che conducono a un rischio accresciuto di malattia. Se prendiamo l'esempio della popolazione migrante, potrebbe essere decisivo l'insufficiente conoscenza di una lingua nazionale, oppure la carente integrazione sociale ed economica oppure ancora uno statuto di soggiorno precario.

Più ampia e differenziata sarà la nostra comprensione del gruppo target, maggiore sarà l'efficacia delle misure attuate, soprattutto se si tiene debitamente conto delle risorse concrete e dei carichi specifici del gruppo target.



Letture e approfondimenti sul tema delle pari opportunità

Il rapporto [Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione in Svizzera](#) [4.8] approfondisce i seguenti aspetti:

- fornisce argomenti a favore di un rafforzamento delle pari opportunità di salute;
- chiarisce termini e concetti in un tema complesso e spesso vago;
- fornisce spunti per la pianificazione sistematica di una promozione della salute volta alle pari opportunità;
- individua approcci d'intervento basati sull'evidenza e criteri di successo pratici.

Versione breve per la prassi: [Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione](#)

Altre pubblicazioni sul tema:

- Feuille d'information 19: [Les minorités sexuelles et de genre dans la promotion de la santé et la prévention](#)
- Document de travail 59: [Comment recueillons-nous des informations sur le sexe, le passé migratoire et le statut socio-économique?](#)
- Rapport: [Les compétences en santé dans des contextes difficiles](#)
- Feuille d'information 62: [Évaluation 2019-2021 «Femmes-Tische et Hommes-Tische»](#)
- Foglio di lavoro 48: [Partecipazione e promozione della salute](#)



Limitazioni individuali e pari opportunità

Sono due i motivi all'origine della vulnerabilità in relazione alla salute individuale: lo svantaggio sociale e/o una limitazione individuale [4.7]. Il presente capitolo è incentrato sulla vulnerabilità legata a una condizione di svantaggio sociale (dovuta ad esempio al livello di istruzione, al reddito, al passato migratorio, all'identità di genere o all'orientamento sessuale). Tuttavia, la vulnerabilità nel campo della salute può essere riconducibile anche alle cosiddette limitazioni individuali. La presenza di limitazioni fisiche (come una malattia o una disabilità) o psichiche (la presenza di traumi o la cura di familiari) può favorire l'insorgere di (altre) malattie e limitazioni [4.7]. È altresì importante tenere conto del fatto che le limitazioni individuali (come le disabilità) possono essere associate a una condizione di svantaggio sociale. Prendiamo l'esempio delle limitazioni fisiche: l'[Ufficio federale di statistica](#) stima che nel 2019 ben il 22% delle persone residenti in Svizzera vivesse con una disabilità e circa il 5% presentasse limitazioni gravi. Le quote percentuali risultano essere più basse nella popolazione giovane, per poi aumentare con l'avanzare dell'età. Le persone con disabilità presentano un rischio accresciuto di sviluppare (altre) malattie e limitazioni psichiche, fisiche, cognitive e sensoriali (OMS). Anche i genitori di bambini disabili si trovano spesso ad affrontare sfide importanti. Sul sito dell'Agenzia federale tedesca per l'educazione sanitaria si trova un interessante testo introduttivo sul tema [«Inclusione e promozione della salute»](#) (in tedesco).



Excursus

Crescere in salute in diversi modelli di famiglie

- **Heidi Simoni**, Istituto per l'infanzia Marie Meierhofer

I bambini crescono in diversi modelli di famiglie, che possono anche cambiare nel corso della vita. Secondo le statistiche demografiche, dei nuclei familiari con figli di età inferiore ai 25 anni registrati in Svizzera, quasi il 74% sono cosiddette prime famiglie, il 10% sono cosiddette famiglie ricomposte e ben il 16% sono economie domestiche monoparentali. [4.45] Tuttavia, nel caso di bambini che vivono in due luoghi, solo uno viene registrato come economia domestica familiare. Da notare a questo riguardo che il 18% dei bambini in Svizzera ha genitori separati. [4.46] Secondo un'indagine rappresentativa realizzata a livello nazionale, circa il 70% di questi bambini vive regolarmente con entrambi i genitori, anche se le proporzioni variano notevolmente. [4.47] Di conseguenza ci sono più «economie domestiche monoparentali» di quanto riportano i dati statistici. Ciò nonostante, le economie domestiche monoparentali non si possono equiparare alle «famiglie monoparentali», perché ogni modello di famiglia e ogni tipo di economia domestica è caratterizzato da carichi e risorse specifici.

I bambini possono crescere in salute nelle diverse forme di famiglie, a prescindere dal numero di genitori, dal loro sesso e dallo stato civile. [4.48, 4.49] Tuttavia, ogni bambino ha bisogno di cure, attenzioni e di un ambiente stimolante in funzione della sua età e della sua personalità. Altrettanto fondamentale è la protezione dai pericoli, dagli abusi e dall'abbandono. In definitiva, ciò che conta sono le esperienze e il vissuto del bambino e come riesce a elaborare il tutto.

Le situazioni di stress psicosociale acuto e cronico portano a pressioni familiari e possono compromettere le capacità genitoriali. La ricerca sul rischio indica che le condizioni di vita avverse nella prima infanzia si ripercuotono negativamente sotto molti aspetti per tutta la vita. [4.50] Per quanto riguarda la salute infantile e le pari opportunità durante l'infanzia, risultano essere particolarmente critici due gruppi di carichi relativi al contesto familiare.

Povertà familiare e infantile

In Svizzera, 133 000 bambini sono colpiti dalla povertà e 317 000 sono a rischio povertà. [4.51] Questa realtà ha molteplici effetti negativi sulla salute, sul percorso scolastico e formativo nonché sulla partecipazione sociale di questi bambini. [4.52] All'origine della povertà familiare vi sono il lavoro precario, le difficoltà a conciliare vita familiare e vita professionale nonché i costi elevati degli alloggi. Le famiglie con un solo genitore, con due economie domestiche, con più di tre figli o con uno statuto giuridico incerto sono particolarmente colpite da questi problemi strutturali. Per contrastare la povertà familiare sono necessari rimedi strutturali: servono misure che permettano di conciliare meglio famiglia e lavoro e che garantiscano la parità di genere per tutte le classi sociali. Le strutture di accoglienza complementari alla famiglia a prezzi accessibili e di qualità, oltre a rappresentare un prezioso ambiente di vita per i bambini, consentono di raggiungere questi obiettivi. Altrettanto importanti sono le misure che contrastano l'isolamento e promuovono l'incontro di bambini e genitori, come ad esempio i luoghi di ritrovo per famiglie con bambini piccoli.

Violenza e conflitti ostili

Una leva importante per la promozione della salute nel contesto familiare è la prevenzione della violenza e della sua trasmissione di generazione in generazione. L'esperienza della violenza fisica e psicologica, compresi i conflitti ostili tra i genitori, è una forma di abuso con conseguenze altrettanto distruttive per i bambini. Sebbene lo stress psicosociale e il sovraccarico possano provocare un abbassamento della soglia per l'esercizio della violenza, non sono la causa scatenante. All'origine della violenza vi sono piuttosto l'esercizio del potere, lo scarso controllo degli impulsi e la mancanza di strategie di gestione dei conflitti alternative. Anche le punizioni corporali, che riguardano in particolare i bambini più piccoli, si basano spesso su false aspettative. [4.53] La separazione dei genitori può interrompere ma anche alimentare la violenza. Per i bambini e i genitori non sono tanto stressanti i conflitti in sé o le emozioni come

la rabbia o la collera quanto l'ostilità e il modo distruttivo di affrontare i conflitti. [4.54, 4.55]

Conclusione

I bambini possono crescere bene in modelli di famiglie molto diversi. Per riconoscere e ridurre i carichi cumulativi nonché per sfruttare e rafforzare le risorse, è importante considerare il tipo di economia domestica, il modello di famiglia e le capacità di cooperazione dei genitori. Dal punto di

vista strutturale, la lotta alla povertà familiare e la prevenzione della violenza sono approcci che possono avere un forte effetto leva al fine di promuovere uno sviluppo sano e migliorare le pari opportunità. A livello individuale è invece fondamentale la presenza di relazioni positive e di reti sociali stabili. Un ambiente attento può aiutare le persone che stanno vivendo un disagio psicosociale a trovare soluzioni e a sviluppare la propria resistenza psichica (resilienza).

5 Sostegno alla prima infanzia

- **Martin Hafen**, Scuola universitaria professionale di Lucerna

Il periodo che intercorre tra la gravidanza e l'ingresso nel sistema scolastico formale è di fondamentale importanza per la salute e lo sviluppo sociale della persona [5.1]. Di conseguenza, la prima infanzia è una fase di vita centrale per la promozione della salute e la prevenzione [5.2] e il sostegno alla prima infanzia è un'importante strategia preventiva [5.3]. A seguito di una definizione introduttiva del termine «sostegno alla prima infanzia», il presente capitolo passa in rassegna i principali argomenti scientifici che avvalorano l'importanza del sostegno alla prima infanzia come strategia di promozione della salute e prevenzione. Successivamente fornisce un quadro della situazione attuale relativa al sostegno alla prima infanzia in Svizzera e in conclusione illustra diversi approcci per migliorare l'offerta nel settore della prima infanzia.

5.1 Definizione

Attualmente in Svizzera esistono diverse definizioni del termine «sostegno alla prima infanzia» [5.4]. Il presente capitolo utilizza una definizione generica del concetto di sostegno alla prima infanzia, che è da intendersi come l'insieme delle misure professionali (nel quadro della consulenza prenatale, dell'assistenza sanitaria o del sostegno pedagogico) e delle misure statali (come gli assegni familiari, il congedo parentale retribuito o i modelli di orario di lavoro favorevoli alle famiglie) erogate a favore dei bambini e delle loro famiglie, nel periodo che va dalla gravidanza fino al quarto anno di vita [5.5]. Il termine sostegno alla prima infanzia usato in questo capitolo è quindi volutamente più ampio del concetto di «Formazione, Educazione e Accoglienza della Prima Infanzia» (FEAPI), che pone l'accento sugli aspetti pedagogici. Nel concetto di sostegno alla prima

infanzia utilizzato in questo testo prevalgono gli aspetti legati al setting, poiché la maggior parte delle misure proposte mira a migliorare le condizioni quadro familiari ed extra-familiari che incidono sullo sviluppo infantile. La «promozione della salute nella prima infanzia» è un elemento importante del sostegno alla prima infanzia e in quanto tale non comprende solo attività nell'ambito del sistema sanitario, ma contempla anche misure in altre aree d'intervento professionali che hanno un impatto sullo sviluppo infantile (educazione, socialità, pianificazione del territorio, ecc.) [5.2].

5.2 Argomenti scientifici a favore del sostegno alla prima infanzia

Sono numerose le discipline scientifiche che si occupano di sostegno alla prima infanzia. I risultati di questa ricerca interdisciplinare, presentati nelle prossime pagine, forniscono importanti argomenti che avvalorano l'importanza del sostegno alla prima infanzia e che possono essere utili ai fini dell'elaborazione di misure concrete (figura 5.1).

5.2.1 La prospettiva della promozione della salute e della prevenzione

La salute e lo sviluppo sociale dell'essere umano sono condizionati dall'interazione complessa tra fattori di rischio e di protezione, tra carichi e risorse [5.6]. Quando i carichi prevalgono sulle risorse (deficit di fattori protettivi) generalmente si delinea uno sviluppo sfavorevole. Questo spiega perché i bambini che provengono da famiglie in situazioni di disagio presentano, rispetto ai bambini che crescono in famiglie senza carichi eccessivi, una maggiore probabilità di incontrare delle difficoltà al momento dell'ingresso nel sistema educativo formale e successivamente nel mondo del lavoro. Al contempo, nella prima infanzia si sviluppa la resilienza, una caratteristica che servirà ai bambini per affrontare future situazioni difficili [5.7]. Le offerte di sostegno alla prima infanzia producono un effetto preventivo

FIGURA 5.1

L'importanza del sostegno alla prima infanzia

Prospettiva	Effetto
La prospettiva della promozione della salute e della prevenzione	La promozione della salute nella prima infanzia ha un impatto positivo su tutta la vita.
La prospettiva della teoria dei sistemi	Le strutture create nella prima infanzia rappresentano la base per la formazione di strutture nel resto della vita.
La prospettiva della teoria dell'attaccamento	La capacità di attaccamento di un individuo dipende dalle esperienze di attaccamento vissute nei primi anni di vita.
La prospettiva delle scienze naturali	Le scienze naturali confermano le scoperte della psicologia evolutiva e di altri rami tradizionali della ricerca, come la ricerca sullo stress.
La prospettiva delle competenze di vita	La possibilità di giocare in un ambiente stimolante nei primi anni di vita favorisce lo sviluppo delle competenze di vita.
La prospettiva della teoria della povertà	Il sostegno alla prima infanzia contribuisce a contrastare l'ereditarietà della povertà.
La prospettiva economica	Gli investimenti nel sostegno alla prima infanzia sono economicamente efficienti.

(e di promozione della salute) poiché riducono i carichi dei bambini e delle loro famiglie e rafforzano le loro risorse.

La promozione della salute nella prima infanzia ha un impatto positivo su tutta la vita.

5.2.2 La prospettiva della teoria dei sistemi

Secondo la teoria sociologica dei sistemi [5.8], la psiche e il corpo dei bambini evolvono attraverso il contatto diretto e continuo con l'ambiente circostante. Durante la gravidanza l'ambiente circostante è rappresentato soprattutto dalla madre, che a sua volta è in contatto con l'ambiente a lei circostante. Un forte stress materno durante la gravidanza, ad esempio, può essere un fattore ambientale potenzialmente dannoso per il nascituro. Di conseguenza, tutte le misure che si prefiggono di migliorare il benessere delle gestanti e delle neomamme hanno ripercussioni positive sui loro figli.

Lo sviluppo della psiche e del corpo in età infantile avviene attraverso la creazione di strutture che, a loro volta, rappresentano la base per la creazione di nuove strutture. Se la costruzione di strutture nella prima infanzia risulta essere sfavorevole, gli effetti negativi si possono protrarre fino in età adulta. La ricerca sulla resilienza [5.9] indica che si possono produrre sviluppi positivi anche a fronte di condizioni di partenza avverse e, al contrario, che condizioni di vita favorevoli nella prima infanzia possono essere seguite da una vita piena di problemi. Tuttavia, dal punto di vista statistico, una partenza difficile nella vita è correlata in maniera evidente con una maggiore incidenza di problemi nel resto della vita.

Le strutture create nella prima infanzia rappresentano la base per la formazione di strutture nel resto della vita.

5.2.3 La prospettiva della teoria dell'attaccamento

La psicologia evolutiva ha riconosciuto molto tempo fa l'esistenza di un nesso tra le esperienze vissute nella prima infanzia e le fasi di vita successive, descrivendolo ampiamente nella letteratura scientifica. Un'area di ricerca fondamentale in questo ambito è la ricerca sull'attaccamento [5.10]. Subito dopo la nascita, i neonati non hanno solo bisogno di essere nutriti e avvolti in pannolini. Hanno anche un bisogno elementare di ricevere nutrimento affettivo, sotto forma di contatto fisico, visivo e uditivo, da parte della mamma, del papà e di altre figure di riferimento primarie. Queste attenzioni permettono ai bambini di sviluppare la consapevolezza che il mondo è un luogo sicuro e che possono fare affidamento su altre persone. Se questa esperienza viene loro negata, non saranno in grado di sviluppare un senso di fiducia primordiale e la capacità di attaccamento. Questa lacuna nella prima infanzia condiziona in maniera determinante il loro comportamento sociale nelle fasi successive della vita e si ripercuoterà anche sui loro eventuali figli.

La capacità di attaccamento di un individuo dipende dalle esperienze di attaccamento vissute nei primi anni di vita.

5.2.4 La prospettiva delle scienze naturali

Negli ultimi decenni si sono affermati due filoni di ricerca scientifica che confermano in ampia misura i risultati della ricerca sull'attaccamento, ovvero la neurobiologia e l'epigenetica. Attraverso le sue tecniche di imaging, la **neurobiologia** riesce a documentare i processi e i danni che si verificano nel cervello dei bambini piccoli esposti a stress cronico a causa di trascuratezza emotiva o violenza [5.11]. La neurobiologia mette in luce anche l'enorme potenziale dei circuiti neuronali, che viene attivato nei bambini che ricevono amore e che crescono in un ambiente stimolante.

L'**epigenetica**, ovvero la teoria dell'attivazione genica, è una branca piuttosto recente delle scienze naturali [5.12]. L'epigenetica ha dimostrato che ci sono fattori esterni in grado di attivare o disattivare determinati geni del nostro patrimonio genetico e ha illustrato, ad esempio, l'esistenza di un nesso tra lo stress vissuto dai genitori e la futura capacità dei

figli di gestire lo stress. Oltre ai circuiti neuronali nel cervello, anche l'epigenoma permette quindi di dimostrare l'esistenza di un legame tra la trascuratezza emotiva e l'accresciuta sensibilità allo stress. I geni adibiti alla regolazione dello stress rimangono disattivati nelle persone che non sperimentano amore e cure a sufficienza nei primi anni di vita. L'epigenetica dimostra inoltre che l'insorgere di malattie legate all'alimentazione è correlato al comportamento alimentare della madre durante la gravidanza. Un'alimentazione poco favorevole della madre può influenzare i geni responsabili delle malattie ereditarie legate all'alimentazione, come il diabete mellito di tipo 2.

Le scienze naturali confermano le scoperte della psicologia evolutiva e di altri rami tradizionali della ricerca, come la ricerca sullo stress.

5.2.5 La prospettiva delle competenze di vita

La promozione della salute nella prima infanzia incide in maniera positiva sullo sviluppo delle competenze di vita (cfr. [definizione 3.4](#)) [5.7]. Le competenze di vita, come tutte le competenze, si sviluppano attraverso l'esperienza acquisita nell'affrontare determinate situazioni. Lo sviluppo delle competenze è condizionato, da un lato, dal patrimonio genetico accumulato nel corso di molteplici generazioni, che viene trasmesso a un individuo attraverso i geni dei genitori («*nature*»). Dall'altro lato, le condizioni quadro ambientali possono facilitare o ostacolare lo sviluppo delle competenze di vita («*nurture*»). Un ambiente stimolante, a misura di bambino, ad esempio, è un fattore che favorisce lo sviluppo di molteplici competenze di vita [5.13]. Per permettere ai bambini di crescere in un ambiente stimolante si possono, ad esempio, esortare i genitori a trascorrere molto tempo nella natura con i loro figli oppure si possono allestire spazi all'aria aperta privi di traffico, nei quali i bambini a partire dai 3 anni d'età possono giocare e socializzare con i loro coetanei, senza aver bisogno di essere accompagnati da persone adulte.

La possibilità di giocare in un ambiente stimolante nei primi anni di vita favorisce lo sviluppo delle competenze di vita.

5.2.6 La prospettiva della teoria della povertà

«La povertà è ereditaria» – la ricerca sul sostegno alla prima infanzia conferma questa affermazione. È stato infatti ampiamente dimostrato che i bambini hanno un'elevata probabilità di avere, in età adulta, uno statuto socioeconomico paragonabile a quello dei loro genitori [5.14]. Fattori sociali come il livello d'istruzione, il reddito dei genitori o il contesto abitativo hanno un impatto significativo sull'ereditarietà della «povertà», che non si ripercuote solo sullo statuto sociale ma anche sullo stato di salute nel corso della vita [5.15]. Dal punto di vista della teoria della prevenzione, le famiglie che vivono in una condizione di svantaggio sociale dispongono di meno risorse e sono al tempo stesso maggiormente esposte a fattori di carico. Questo fa sì che i bambini provenienti da famiglie in condizione di svantaggio presentino, rispetto ai loro coetanei, diversi deficit di competenze (linguistiche, motorie, sociali, ecc.) già al momento dell'ingresso a scuola. Si tratta di lacune difficili da colmare, in particolare all'interno di sistemi scolastici nei quali il rendimento degli allievi dipende in larga misura dalle condizioni quadro familiari. Fornire un sostegno concreto alle famiglie socialmente svantaggiate con bambini in età prescolare non favorisce solo i bambini; ne beneficiano anche il sistema scolastico e, in una prospettiva a medio-lungo termine, anche il sistema sociale e quello sanitario.

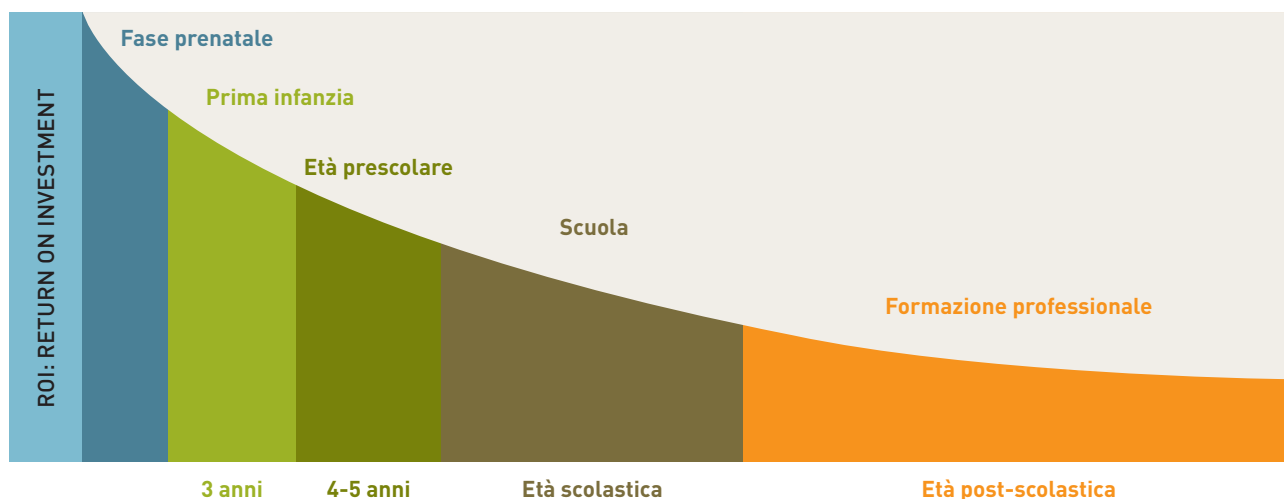
Il sostegno alla prima infanzia contribuisce a contrastare l'ereditarietà della povertà.

5.2.7 La prospettiva economica

Lo svantaggio sociale non è un problema che riguarda solo i bambini e le famiglie svantaggiate, bensì l'intera società. Le problematiche che tendono a insorgere con maggiore probabilità a seguito di condizioni sfavorevoli nella prima infanzia gravano pesantemente sul sistema educativo, sociale, giuridico e sanitario. Per questo motivo, investire nel sostegno alla prima infanzia è particolarmente vantaggioso in termini economici. Soprattutto se non si punta unicamente a realizzare misure per la collettività, ma in aggiunta ad esse si predispongono delle offerte specifiche per le famiglie in condizione di svantaggio sociale. I risultati delle ricerche effettuate dal premio Nobel per l'economia James Heckman [5.16] sull'efficienza economica del sostegno alla prima infanzia trovano conferma ancora oggi [5.17]: prima interviene il sostegno, maggiore sarà il cosiddetto «Social Return on Investment» (SROI), un indicatore che descrive il rapporto tra il denaro investito e il denaro risparmiato grazie all'investimento fatto (figura 5.2). Una rassegna di studi sull'efficienza economica degli interventi realizzati nei primi anni di vita ha accertato che fornire un sostegno precoce (selettivo) alle famiglie in condizione di svantaggio

FIGURA 5.2

L'impatto economico degli investimenti nel sostegno alla prima infanzia



Fonte: The Heckman Equation [5.20]

sociale può produrre un SROI pari a 1:23,5 [5.18]. Ma anche le misure (universali) destinate a tutte le famiglie risultano essere economicamente vantaggiose in una prospettiva a medio termine. Per la Svizzera si stima che ulteriori investimenti in questo settore, sotto forma di una combinazione di misure universali e selettive, potrebbero iniziare ad essere redditizi già dopo dieci anni [5.19].

Gli investimenti nel sostegno alla prima infanzia sono economicamente efficienti.

5.3 La situazione del sostegno alla prima infanzia in Svizzera e possibili approcci per migliorare la situazione

Al più tardi dal 2009, quando è stato pubblicato lo studio di Stamm [5.21], che ha messo in luce le lacune nel settore dell'accoglienza complementare alla famiglia nei primi anni di vita, il mondo professionale e, in misura crescente, il mondo politico si sono resi conto come l'offerta nel settore della prima infanzia fosse insufficiente. Da allora numerosi Cantoni e Comuni hanno sviluppato delle strategie mirate nel settore della prima infanzia [5.22]. Gli sforzi intrapresi in questo ambito hanno sicuramente prodotto dei miglioramenti, ma la situazione nel suo complesso non è ancora soddisfacente. Diverse iniziative della società civile, come la campagna [«Ready!»](#) e [«Alliance Enfance»](#), stanno quindi facendo pressione sulla politica affinché si impegni a migliorare i servizi di accoglienza per la prima infanzia in una prospettiva a lungo termine. L'obiettivo è creare una politica intersettoriale della prima infanzia finalizzata all'ottenimento di miglioramenti nelle seguenti quattro aree d'intervento [5.23]:

- Garantire offerte per tutti
- Coordinare e creare una rete di contatti
- Consolidare e migliorare la qualità
- Finanziare

Tutti i settori politici sono chiamati ad impegnarsi per contribuire a questi miglioramenti. Portare la situazione dell'offerta nella prima infanzia al livello dei paesi vicini o addirittura al livello dei paesi scandinavi sarebbe di beneficio per tutti.

Il settore del sostegno alla prima infanzia in Svizzera è fortemente caratterizzato dal federalismo. La Confederazione interviene solo in casi eccezionali e generalmente fa riferimento alla competenza di Cantoni e Comuni [5.4], i quali adempiono ai loro compiti in maniera differenziata. Il risultato di questa politica federalista nel settore della prima infanzia è un mosaico di offerte, caratterizzato da grandi differenze tra le diverse regioni linguistiche nonché tra città e campagna. Generalmente si osserva una migliore struttura dell'offerta nelle regioni francofone e italofone rispetto alla Svizzera tedesca, mentre le città tendono ad offrire un sostegno più completo alle famiglie rispetto ai Comuni rurali. Ma persino le città che, per gli standard svizzeri, dispongono di un'offerta ampia presentano notevoli lacune in un confronto internazionale: ad esempio nell'ambito del sovvenzionamento dell'accoglienza complementare alla famiglia nella prima infanzia oppure del riconoscimento precoce delle famiglie che hanno un particolare bisogno di sostegno [5.24-5.26].

Diversi sondaggi indicano che le famiglie si sentono spesso abbandonate a sé stesse quando si tratta di conciliare lavoro e famiglia [5.27, 5.28]. Questo vale in particolare per le famiglie a beneficio dell'assistenza sociale e per i genitori con una scarsa qualifica professionale oppure con un passato migratorio [5.29]. La mancanza di un congedo parentale retribuito dopo il parto e la custodia complementare alla famiglia gravano pesantemente sul bilancio familiare [5.30]. Anche la qualità nel settore della FEAPI non è sempre sufficiente [5.31]; questo è dovuto alle condizioni quadro strutturali nei nidi dell'infanzia e nei gruppi di gioco, ma anche al livello di formazione e alle condizioni di lavoro in questo settore [5.32]. Alcune iniziative, come il «Quadro d'orientamento per la formazione, l'educazione e l'accoglienza nella prima infanzia» [5.33], [«Kibesuisse»](#) e [«QualiNido»](#), propongono alcuni possibili approcci per migliorare la qualità anche a fronte di premesse non particolarmente favorevoli.

Facendo riferimento ai quattro livelli dei PAC, ovvero policy, comunicazione, interventi e messa in rete, illustriamo di seguito alcuni possibili approcci per migliorare la situazione nel settore della prima infanzia.

5.3.1 Policy e comunicazione

Le molteplici sfide nel settore della FEAPI richiedono senza dubbio un maggiore impegno da parte dell'ente pubblico. Stern et al. [5.34] stimano, sulla base di tre scenari (basso, medio, alto), che potrebbero essere necessari investimenti supplementari compresi tra 1,38 a 2,2 miliardi di franchi su base annua per potenziare l'accoglienza complementare alla famiglia nel settore della prima infanzia, rafforzare il congedo parentale e il sostegno mirato alle famiglie in condizione di svantaggio sociale. A prima vista questi importi possono apparire elevati, ma la consapevolezza che gli investimenti in questo settore sono economicamente redditizi in una prospettiva a medio termine permette di relativizzare questa prima valutazione [5.19]. Inoltre, sulla scorta delle considerazioni precedenti, si può affermare che la prima infanzia è la principale fase formativa dell'individuo, fermo restando che in questo contesto il concetto di formazione fa riferimento, nell'accezione più ampia del termine, allo sviluppo di competenze di vita e non alla semplice trasmissione di conoscenze. Il sostegno alla prima infanzia è pertanto il primo passo di un processo che mira a contrastare la selettività relativamente elevata del sistema educativo svizzero [5.35]. Oltre a rafforzare la posizione delle donne sul mercato del lavoro [5.36], un altro aspetto fondamentale del sostegno alla prima infanzia è che gli investimenti vanno a beneficio soprattutto delle famiglie in condizione di svantaggio sociale, contribuendo così a prevenire, in una prospettiva a lungo termine, l'insorgere di problemi di natura sociale che spesso sono legati a un percorso scolastico difficile [5.37]. Infine, considerando che molti problemi di natura fisica e psichica hanno le loro origini nei primi anni di vita, il sostegno alla prima infanzia risulta essere una strategia fondamentale per ridurre i problemi di salute.



Lecture e approfondimenti sul tema delle condizioni quadro

- Infografica [Promozione precoce](#)
- Argumentaire [Encouragement précoce: un bon démarrage pour une vie en bonne santé](#) de Promotion Santé Suisse
- Grundlagenpapier: [Zur Bedeutung professioneller Arbeit im Kleinkindbereich – ein Grundlagenpapier mit Blick auf theoretische Überlegungen, empirische Evidenz und erfolgreiche Praxis](#)
- Scheda informativa: [L'impegno di Promozione Salute Svizzera a favore della prima infanzia](#)

Tutte le informazioni:

www.promozionesalute.ch/miapas



Informazioni complementari di altre organizzazioni sul tema delle condizioni quadro

- Volantino [Promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia](#) dell'UFSP
- [Per una politica della prima infanzia](#) della Commissione svizzera per l'UNESCO (INFRAS 2019)

Alla luce dei numerosi argomenti che corroborano l'importanza di una politica intersettoriale per la prima infanzia nonché l'importanza del sostegno alla prima infanzia per le priorità tematiche dei PAC, ovvero l'alimentazione, l'attività fisica e la salute psichica, risulta particolarmente opportuno che le persone attive nel campo della promozione della salute nella prima infanzia e le persone responsabili delle decisioni si impegnino al fine di migliorare la struttura dell'offerta in questo settore. Queste figure centrali dispongono delle conoscenze necessarie, conoscono i principali argomenti tecnici e sono in contatto sia con la politica e l'amministrazione che con la popolazione. Le attività di comunicazione mirate, oltre a migliorare la conoscenza delle offerte esistenti presso le giovani famiglie, gettano le basi per migliorare le condizioni quadro dell'offerta, in quanto sensibilizzano la politica, l'amministrazione e l'opinione pubblica al tema della prima infanzia.



Raccomandazioni per le persone attive nel settore della promozione della salute nella prima infanzia

- Brochure [Collaborer avec les parents et promouvoir ensemble la santé des enfants](#)

Attività fisica

- [Movimento e salute durante e dopo la gravidanza](#)
- [Muoversi fa bene alla salute dei più piccoli: dai lattanti ai bambini in età prescolare](#)
- [Comment bouger Paprica – Informations et recommandations concernant les supports didactiques](#)
- [Paprica – Prise en charge thérapeutique centrée sur la collaboration](#)
- [Projet Paprica Petite enfance – concept de formation](#)

Alimentazione durante la gravidanza e l'allattamento

- Manuel [Alimentation et grossesse](#)
- Présentation [Alimentation et grossesse](#)
- Manuel [Alimentation et allaitement](#)
- Présentation [Alimentation et allaitement](#)
- [Conseils pour acheter des produits bons, sains et avantageux](#)

Alimentazione nei primi 4 anni di vita

- Manuel [L'alimentation durant la première année de vie](#)
- Présentation [L'alimentation durant la première année de vie](#)
- Manuel [L'alimentation durant la petite enfance \(1-4 ans\)](#)
- Présentation [L'alimentation durant la petite enfance \(1-4 ans\)](#)

Salute psichica

- [Promozione della salute psichica nella prima infanzia](#)
- [Sostenere la salute psichica dei futuri genitori](#)



Raccomandazioni destinate ai genitori per la promozione della salute nella prima infanzia

- Dépliant [Offres de soutien aux mères et aux pères](#)

Attività fisica

- [Consigli per fare movimento durante la gravidanza e dopo il parto](#)
- [Fitness pendant la grossesse \(vidéo\)](#)
- [Apprendre à connaître le plancher pelvien \(vidéo\)](#)
- [Perception du plancher pelvien après la naissance \(vidéo\)](#)
- [Renforcement du plancher pelvien après l'accouchement \(vidéo\)](#)
- [Pratiquer une activité physique après l'accouchement \(vidéo\)](#)
- [In movimento con i bimbi da 0 a 9 mesi](#)
- [In movimento con i bimbi da 9 a 18 mesi](#)
- [In movimento con i bimbi da 18 a 2 anni e mezzo](#)
- [In movimento con i bimbi da 2 anni e mezzo a 4 anni](#)

Alimentazione

- [L'alimentation du nourrisson durant la première année de vie](#)
- [bimbiatavola](#)
- [Guide d'alimentations végétarienne et végétalienne pour nourrissons et enfants en bas âge](#)
- [L'alimentation durant la première année de vie](#)
- [L'alimentation durant la 2^e et 3^e année de vie](#)

Salute psichica

- [Così posso essere una mama o un papà mentalmente forte!](#)
- [Così mio figlio cresce mentalmente forte!](#)
- [Opportunità di apprendimento per bambini fino a 4 anni](#)
- [Lettere ai genitori di Pro Juventute](#)
- [Lettere extra su vari argomenti, ad esempio, l'età della sfida, la conciliazione tra famiglia e carriera](#)

5.3.2 Interventi e messa in rete

I progetti che prevedono visite a domicilio, come «Zeppelin» [5.38], «Gustaf» (Nidvaldo), «Zämä uf e Wäg» (Obvaldo) o «schritt:weise» [5.39], sono orientati esplicitamente alle famiglie che hanno un particolare bisogno di sostegno. Questi progetti, che prevedono un sostegno alle famiglie basato sulla fiducia e orientato alle risorse, contribuiscono a garantire uno sviluppo del bambino adatto all'età. Questa speciale forma di sostegno facilita l'ingresso dei bambini nella scuola dell'infanzia e la loro integrazione nei livelli successivi del sistema educativo formale. In questo contesto sono interessanti anche i progetti che si rivolgono in modo specifico alle famiglie con un passato migratorio, come le iniziative «Femmes-Tische im Frühbereich», ovvero gruppi di parola per donne migranti incentrati sulla prima infanzia, oppure la promozione linguistica nella prima infanzia [5.40]. Si tratta in quest'ultimo caso di un'offerta promossa in misura crescente nei nidi dell'infanzia e nei gruppi di gioco di diverse città e comuni, che contribuisce in maniera determinante alla creazione di pari opportunità.



Lista di orientamento di Promozione Salute Svizzera

La [lista di orientamento](#) di Promozione Salute Svizzera è una pubblicazione periodica che fornisce una panoramica di misure e progetti, validi e attuali, realizzati nel campo della promozione della salute. La raccolta comprende misure attuate ai livelli interventi, policy, messa in rete e comunicazione.

Le reti sono un ulteriore importante elemento dell'offerta nel settore della prima infanzia. Le reti forniscono un orientamento alle famiglie, favoriscono la condivisione a livello professionale e consentono di riconoscere tempestivamente le famiglie che hanno un bisogno di sostegno particolare. Alla luce di queste considerazioni è importante che le professioni mediche (ginecologia, pediatria) siano meglio integrate nelle reti interprofessionali dedicate alla prima infanzia [5.26]. Lo stesso vale per le professioni nel settore dell'assistenza sociale [5.41]. L'approccio degli «aiuti precoci», ovvero «Frühe Hilfen», adottato in Austria e oggetto di numerosi studi, ha

dimostrato che una messa in rete «incentrata sulle famiglie» di tutte le figure professionali attive nel settore permette di riconoscere precocemente il disagio psicosociale nelle famiglie e di intervenire tempestivamente [5.42]. In questo specifico approccio il coordinamento della rete è affidato a un servizio specializzato, aperto a tutta la popolazione, che offre alle famiglie in condizione di disagio un servizio di accompagnamento volontario e basato sulla fiducia. In molti casi gli aiuti precoci rendono superflua l'adozione di future misure di protezione dei minori. Quando riconoscono una situazione di bisogno, le figure professionali attive nella rete indirizzano le famiglie al servizio specializzato e al tempo stesso chiedono alle famiglie di poter trasmettere i loro dati personali al servizio affinché le possa contattare. In Austria oltre il 90% delle famiglie accetta questa offerta di sostegno, alleggerendo il carico degli operatori del settore [5.43].



Esempio pratico: Miapas

- Volantino [Il progetto di messa in rete Miapas](#)
- Scheda informativa: [Promozione della salute psichica nella prima infanzia](#)

Tutte le informazioni:

www.promozionesalute.ch/miapas

Uno studio preliminare ha esaminato la situazione relativa alla messa in rete incentrata sulle famiglie in Svizzera appurando che, secondo gli addetti ai lavori, in Svizzera vi è un grande bisogno di questa forma di rilevamento precoce e di sostegno per le famiglie in situazione di disagio [5.26]. La messa in rete incentrata sulle famiglie potrebbe essere un utile complemento alle reti esistenti, come «Primokiz» [5.34], e a numerose altre valide iniziative, che puntano alla messa in rete di istituzioni e figure attive nel settore della prima infanzia, fornendo alle famiglie un orientamento nel complesso mosaico di offerte per la prima infanzia grazie alla presenza di enti di coordinamento accessibili al pubblico e di altre figure di riferimento [5.26]. Alcuni Cantoni, come il Canton Nidvaldo con il suo progetto «Gustaf» (Guter Start ins Familienleben – una buona partenza nella vita di famiglia), stanno già sviluppando le loro reti in questa direzione. Vi sono poi diverse iniziative

di messa in rete a livello professionale, come «Mia-pas» o «TIPI», che svolgono un importante ruolo nel contesto della messa in rete professionale e della garanzia della qualità.

5.4 Conclusioni

Diverse branche della ricerca hanno dimostrato quanto sia importante la prima infanzia per lo sviluppo dell'essere umano. In questa fase si gettano le basi per le principali competenze di vita ed è stato appurato che lo stress cronico ha un impatto negativo che può accompagnare una persona per tutta la vita. Per questo motivo è particolarmente importante sostenere le famiglie, e soprattutto le famiglie in condizione di svantaggio sociale, affinché possano garantire ai propri figli una buona partenza nella vita. Il termine usato per definire questa particolare forma di sostegno è «sostegno alla prima infanzia».

Nonostante la presenza di solide evidenze scientifiche e la situazione economica favorevole, il sostegno alla prima infanzia è (tuttora) poco sviluppato in Svizzera rispetto ad altri paesi. Questo significa che

i Comuni e i Cantoni hanno molteplici possibilità a disposizione per migliorare la situazione, tra le quali figurano in particolare:

- creare spazi all'aperto a misura di bambino,
- finanziare programmi che prevedono visite a domicilio per le famiglie in condizione di svantaggio sociale,
- potenziare le reti interprofessionali, integrando le figure professionali del settore medico,
- sostenere i nidi dell'infanzia e i gruppi di gioco al fine di garantire la qualità,
- istituire servizi di consulenza che permettano alle famiglie di orientarsi nel settore della prima infanzia, e
- sensibilizzare l'opinione pubblica e la politica all'importanza della prima infanzia.

Per finire, un sostegno alla prima infanzia maggiormente sviluppato non va unicamente a beneficio dei bambini e delle loro famiglie; ne trae beneficio la Svizzera intera. Le bambine e i bambini di oggi rappresentano il potenziale per risolvere le sfide sociali, sanitarie e ambientali con le quali sono confrontate la Svizzera e il mondo intero.

6 Promozione di un'attività fisica regolare

- **Susi Kriemler**, Università di Zurigo
- **Thomas Radtke**, Università di Zurigo

6.1 Principi e definizioni

Il termine **attività fisica** fa riferimento a tutte le attività svolte dall'apparato muscolo-scheletrico che comportano un aumento del dispendio energetico, portandolo al di sopra del tasso metabolico a riposo. Nell'infanzia tutte le attività come il gioco, lo sport, gli spostamenti, le attività ricreative, lo sport scolastico o altre attività motorie nel setting della famiglia, della scuola o del tempo libero sono da considerarsi attività fisica (figura 6.1). Lo sport è una forma particolare di attività fisica: le attività sportive sono spesso strutturate, sono caratterizzate da un'intensità da moderata a elevata e generalmente prevedono il gioco di squadra nonché la competizione. Oggigiorno, anche diverse attività fisiche praticate nel tempo libero come lo street hockey, lo skateboard o l'inline skating sono considerate attività sportive. Gli **effetti sulla salute** dello sport e dell'attività fisica dipendono dal volume complessi-

vo e dall'intensità dell'attività praticata durante un determinato periodo di tempo. Le attività sedentarie o il **comportamento sedentario** fanno riferimento a tutte quelle attività durante le quali il dispendio energetico non si discosta di molto dal metabolismo basale a riposo.

6.2 Perché è utile promuovere l'attività fisica nell'infanzia?

Un livello sufficiente di attività fisica è essenziale per lo sviluppo fisico, psichico e sociale di bambini e adolescenti [6.1]. I benefici per la salute prodotti dall'attività fisica nell'infanzia e nell'adolescenza si manifestano in tutti gli aspetti della definizione di salute dell'OMS (ovvero uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale) e non solo nell'assenza di malattia o infermità [6.2]. La **tabella 6.1** illustra i principali benefici di una sufficiente attività fisica durante l'infanzia.

Vi sono numerose rassegne scientifiche di recente pubblicazione che mettono in evidenza gli effetti benefici dell'attività fisica sulla salute [6.3-6.5] nonché gli effetti nocivi dell'inattività fisica [6.5-6.7]. I bambini fisicamente attivi hanno **più resistenza e forza**

FIGURA 6.1

Ambiti della vita che implicano un'attività fisica



TABELLA 6.1

Benefici dell'attività fisica per la salute di bambini e adolescenti**Benessere fisico**

- ↑ fitness cardiorespiratorio e muscolare
- ↑ salute cardiometabolica (pressione arteriosa, livelli di lipidi e glucosio nel sangue, sensibilità insulinica)
- ↓ sovrappeso
- ↑ salute delle ossa

Benessere mentale

- ↑ salute psichica (meno depressioni)
- ↑ capacità e funzioni cognitive

Benessere sociale

- ↑ integrazione e competenze sociali

dei bambini che non si muovono a sufficienza. Inoltre, la pratica di un'attività fisica regolare incide positivamente su diversi **indicatori di rischio** per future patologie, in particolare per le malattie cardiometaboliche come l'ipertensione, le dislipidemie e la resistenza insulinica. Oltre a ridurre la percentuale di grasso corporeo, l'attività fisica diminuisce il rischio di sviluppare il sovrappeso. Le attività che prevedono piegamenti, compressioni o torsioni delle ossa concorrono ad aumentare la **massa ossea** e a rafforzare le ossa.

I bambini fisicamente attivi denotano una maggiore **stabilità psichica** e presentano meno sintomi associati all'ansia e alla depressione [6.8]. L'evidenza suggerisce inoltre che un'attività fisica regolare ha effetti positivi sul rendimento scolastico e sulle **capacità cognitive**, come concentrazione e memoria [6.9, 6.10].

Se praticata all'interno di un gruppo, l'attività fisica favorisce anche l'**integrazione sociale**. In un contesto di gruppo, oltre a imparare ad interagire con gli altri e a gestire i fallimenti, i bambini apprendono l'importanza della lealtà nel gioco e nello sport (fair play) [6.8].

Diverse recensioni sistematiche documentano la comparsa, già nei primi cinque anni di vita, di effetti collaterali a breve e lungo termine associati a un livello insufficiente di attività fisica [6.11, 6.12], quali uno sviluppo ponderale sfavorevole o livelli più bassi di salute psicosociale e sviluppo cognitivo [6.11]. Per contrastare questi sviluppi è fondamentale con-

siderare la prima infanzia come un periodo cruciale nel quale si deve promuovere e consolidare uno stile di vita sano. Questa considerazione è confermata dai cosiddetti studi di tracking (ovvero studi che consentono di prevedere il comportamento in un determinato momento in base al comportamento precedente). Tali studi dimostrano che si può prevedere l'attività fisica e l'inattività fisica dall'età prescolare all'età scolastica [6.13, 6.14]. Il **tracking** e la comparsa precoce di conseguenze potenzialmente negative per la salute implicano che è opportuno adottare tempestivamente misure preventive. Tuttavia, siccome il legame tra il comportamento precedente e quello successivo non è così marcato, si può sicuramente intervenire in qualsiasi momento.

Il comportamento sedentario è in contrasto con gli aspetti positivi dell'attività fisica. La sedentarietà, e in particolar modo il tempo trascorso davanti a uno schermo nel tempo libero, si ripercuote negativamente sulla salute. Un utilizzo prolungato dei media (consumo televisivo compreso), ad esempio, è associato a una peggiore forma fisica e una peggiore salute cardiometabolica di bambini e adolescenti. L'uso dei media è inoltre spesso accompagnato da un comportamento alimentare malsano («snacking»). I primi segnali degli effetti negativi del comportamento sedentario sul benessere e sulla qualità di vita si possono già riconoscere in età precoce. È stato appurato ad esempio che l'utilizzo prolungato di schermi è associato a sintomi depressivi, mentre il consumo televisivo e i videogiochi incidono negativamente sui comportamenti sociali. L'evidenza suggerisce che gli effetti nocivi sulla salute del comportamento sedentario sono associati maggiormente alla sedentarietà nel tempo libero, legata al consumo televisivo o alla visione di altri schermi, rispetto al tempo sedentario complessivo.

Il sonno è una forma particolare di comportamento inattivo e va considerato separatamente in relazione alla salute. Contrariamente all'inattività fisica nelle ore di veglia, che incide negativamente sulla salute, il sonno è essenziale per lo sviluppo cognitivo, fisico e psicosociale. Una durata del sonno troppo breve è correlata a diversi effetti negativi sulla salute quali una ridotta capacità di concentrazione, un calo del rendimento scolastico, il sovrappeso e l'obesità e persino la depressione nonché una maggiore frequenza di infortuni [6.15-6.18]. Non vi sono tuttavia evidenze sufficienti che permettano di determinare la durata ottimale del sonno nell'infanzia

e nell'adolescenza [6.19]. Gli esperti, oltre a riconoscere la connotazione culturale del sonno, concordano sul fatto che **il fabbisogno di sonno varia fortemente da un individuo all'altro**. Non ha pertanto senso formulare delle raccomandazioni volte a definire una durata del sonno favorevole alla salute [6.19].

Promuovere l'attività fisica nell'infanzia a fini preventivi è opportuno anche in termini economici perché garantisce le migliori prospettive di successo nell'ottica del «Return on Investment». Durante l'infanzia le malattie non sono ancora presenti e le abitudini non sono così radicate come in età adulta. I bambini hanno inoltre un bisogno naturale di muoversi che bisogna solo coltivare e mantenere nel tempo. In particolare **tre fattori condizionano il comportamento motorio nella prima infanzia**: l'età, il sesso e l'indole del bambino [6.20, 6.21]. Il bisogno innato di muoversi del bambino è legato a un sistema di regolazione centrale [6.22], il cui scopo è fare in modo che i bambini possano fare il maggior numero possibile di esperienze di movimento, facendo attività fisica nelle sue più diverse forme. A tal fine i bambini necessitano di un ambiente che favorisca il movimento. Il movimento e l'attività fisica nei primi anni di vita sono una premessa fondamentale per sviluppare la plasticità cerebrale basata sull'esperienza [6.23].

Il nostro sistema scolastico e il crescente utilizzo dei media non favoriscono l'innato bisogno di muoversi dei bambini: l'ingresso a scuola segna l'inizio del declino graduale e costante del volume di attività fisica, un declino che si osserva maggiormente nelle femmine rispetto ai maschi e nei bambini sovrappeso rispetto a quelli normopeso [6.24, 6.25].

Alla luce dei numerosi effetti positivi dell'attività fisica sulla salute e delle molteplici conseguenze negative dell'inattività fisica o della mancanza di sonno è evidente che sia opportuno, da un punto di vista economico, promuovere l'attività fisica in maniera globale e integrale. Le evidenze scientifiche forniscono solidi argomenti a favore di questo impegno. Esse suggeriscono infatti che la promozione dell'attività fisica in età precoce, oltre ad essere benefica per la salute pubblica, è anche efficiente in termini economici [6.26-6.31].

A causa della mancanza di ricerche a lungo termine è difficile determinare l'efficienza economica della promozione dell'attività fisica nell'infanzia, ma **la prevenzione primaria è senza dubbio l'approccio**

giusto da adottare in età infantile [6.32]. Per analizzare gli impatti della promozione dell'attività fisica nell'infanzia, alcuni ricercatori statunitensi hanno simulato quali risultati si potrebbero ottenere attuando sei programmi, collaudati ed efficaci, di promozione dell'attività fisica (nei nidi, nelle scuole e nel contesto extrascolastico) a livello nazionale per un periodo di dieci anni. Dall'analisi è emerso che investendo al massimo 3 dollari per bambino nella promozione dell'attività fisica si potrebbe prevenire il sovrappeso in un numero compreso tra 2500 e 110000 bambini. In questa valutazione non sono stati considerati tutti gli altri effetti positivi di un'attività fisica regolare sulla salute fisica, psichica e sociale, che andrebbero a completare l'impatto positivo in molteplici modi. Questo sarebbe un buon esempio di prevenzione primaria dell'obesità in età infantile. La promozione dell'attività fisica durante l'infanzia contribuisce inoltre a fare in modo che i bambini non debbano successivamente, in età adolescenziale o adulta, seguire terapie dispendiose e spesso inefficaci per contrastare il sovrappeso e tutte le sue conseguenze secondarie (diabete, ipertensione, dolori a carico dell'apparato locomotore, depressione, isolamento, stigmatizzazione, reddito più basso, minori opportunità formative). È importante evitare che i bambini entrino nel circolo vizioso dell'inattività fisica e del sovrappeso poiché, anche se non impossibile, è infinitamente difficile uscirne.

6.3 Raccomandazioni di movimento e comportamento motorio nell'infanzia

Le raccomandazioni svizzere relative all'attività fisica sono in fase di rielaborazione e terranno conto, nella misura del possibile, delle più recenti evidenze sulle quali si basano le raccomandazioni pubblicate dall'OMS nel 2019 e nel 2020 [6.33, 6.34]. Di seguito passiamo in rassegna gli elementi principali. Ulteriori informazioni, corredate da esempi pratici, si trovano nelle [raccomandazioni di movimento specifiche](#) per fascia di età [6.35].

Sull'arco di una giornata di 24 ore, i bambini sotto 1 anno di vita

- dovrebbero essere attivi fisicamente più volte al giorno e in vari modi; più si muovono meglio è; i bambini che non sono ancora in grado di muoversi dovrebbero essere sistemati in diverse posi-

zioni (ad es. sulla pancia), più volte al giorno, in funzione del loro stadio di sviluppo;

- nei momenti di veglia non dovrebbero rimanere nella stessa posizione per più di 1 ora di seguito (in passeggini, seggiolini, marsupi, ecc.); non è raccomandata la visione di schermi.

Sull'arco di una giornata di 24 ore, i bambini tra 1 e 2 anni

- dovrebbero trascorrere almeno 180 minuti (3 ore) al giorno in movimento, ripartiti sull'arco della giornata, svolgendo attività a loro discrezione di diversa intensità; più si muovono meglio è;
- non dovrebbero rimanere legati più di 1 ora di seguito (ad es. nel passeggino, nel seggiolino o in un marsupio/zaino) e nemmeno rimanere seduti per lunghi periodi di tempo.

Sull'arco di una giornata di 24 ore, i bambini tra 3 e 4 anni

- dovrebbero trascorrere almeno 180 minuti (3 ore) al giorno in movimento, ripartiti sull'arco della giornata, svolgendo attività di diversa intensità, di cui almeno 60 minuti (1 ora) di attività fisica da moderata a intensa; più si muovono meglio è;
- non dovrebbero trascorrere più di 1 ora di seguito nel passeggino o rimanere seduti per lunghi periodi di tempo. Non dovrebbero trascorrere più di 1 ora seduti davanti a uno schermo; più è breve l'esposizione allo schermo meglio è.

Sull'arco di una settimana, i bambini e i ragazzi tra 5 e 17 anni

- dovrebbero trascorrere in media almeno 60 minuti (1 ora) al giorno in movimento, svolgendo attività fisica da moderata a intensa;
- dovrebbero integrare attività motorie intense almeno 3 giorni alla settimana, includendo anche esercizi volti a rafforzare i muscoli e le ossa. Le attività sedentarie vanno limitate, in particolare la visione di schermi durante il tempo libero (cfr. le raccomandazioni di [Giovani e media](#)).

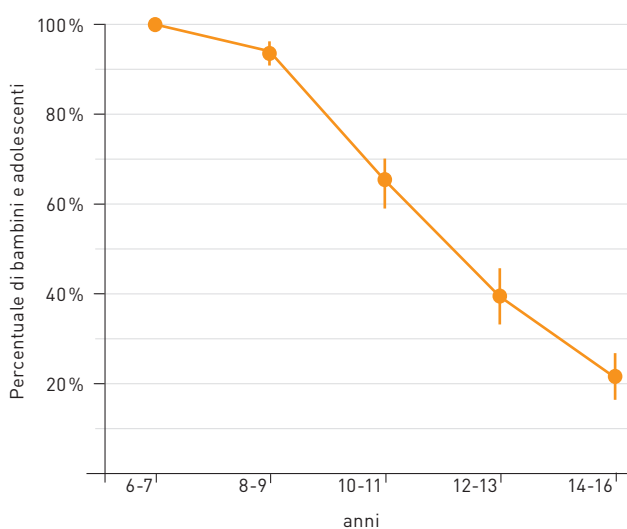
Un comportamento motorio e sportivo diversificato in età infantile, comprendente attività che stimolano il sistema cardiovascolare, rafforzano i muscoli e le ossa e migliorano l'agilità (coordinazione), è fondamentale per assicurare uno sviluppo ottimale del bambino.

6.4 Comportamento motorio e sedentario in età infantile in Svizzera

Nell'ambito di uno **studio che prevedeva l'uso di un accelerometro**, al quale hanno partecipato 47000 bambini e adolescenti di età compresa tra i 4 e i 17 anni di 30 paesi, è emerso che circa il 70% di loro non era sufficientemente attivo, ed è stato osservato un **calo graduale dell'attività fisica a partire dall'età di 6-7 anni**, momento che corrisponde all'ingresso a scuola [6.36]. Sebbene gli adolescenti svizzeri risultino essere relativamente attivi nel confronto internazionale [6.37, 6.38], anche nel nostro paese **una quota rilevante di ragazzi di ogni fascia d'età non si muove a sufficienza**. Di seguito passiamo in rassegna i principali risultati delle ricerche svizzere che hanno analizzato il comportamento motorio di bambini e adolescenti in relazione alla salute.

Lo studio **SOPHYA** (Swiss children's Objectively measured PHYsical Activity) [6.24] ha misurato il comportamento motorio di bambini e ragazzi in età scolastica in Svizzera nel 2014 (SOPHYA 1) e nel 2019/20 (SOPHYA 2). La misurazione è stata effettuata in modo obiettivo tramite sensori di movimento nonché il rilevamento di dati sociodemografici e ambientali relativi al luogo di residenza. Sono stati inoltre integrati dati longitudinali (2014: da 6 a 10 anni, 2019: da 11 a 16 anni) nonché i risultati di uno studio comparato ripetitivo (in entrambe le misurazioni per bambini dai 6 ai 10 anni). Parallelamente è stato rilevato anche il comportamento sportivo mediante delle interviste (SOPHYA 2). Le informazioni riassuntive illustrate in questo capitolo si limitano all'analisi dei dati misurati nel 2014 e nel 2020 nell'ambito dello studio comparato dei bambini di età compresa tra 6 e 11 anni, siccome i dati longitudinali non facevano una distinzione tra bambini e adolescenti. **Risultati:** il volume di attività fisica è calato progressivamente dai 6 ai 16 anni. Se, da un lato, praticamente tutti i bambini di età compresa tra i 6 e i 7 anni rispettavano le raccomandazioni, nella fascia di età 14-16 anni solo il 22% degli adolescenti le rispettava (figura 6.2). I risultati sono paragonabili ai dati rilevati nell'ambito dello studio HBSC (studio internazionale con una partecipazione svizzera), se si prende in considerazione l'osservanza delle linee guida relative all'attività fisica, che prevedono di praticare 60 minuti di attività fisica da moderata a intensa, da 5 a 7 volte alla settimana [6.39].

FIGURA 6.2

Percentuale di bambini e adolescenti che rispettano le linee guida relative all'attività fisica, per fascia di età

La [tabella 6.2](#) fornisce delle indicazioni sui fattori associati al comportamento motorio nel 2014 e nel 2020. Le femmine sono risultate nettamente meno attive rispetto ai maschi. Nello studio longitudinale e nello studio comparato ripetitivo si osserva una diminuzione dello scarto tra maschi e femmine in termini assoluti, anche se la differenza rimane significativa.

Altri fattori come l'andare attivamente in bicicletta, l'adesione a una società sportiva o a Gioventù+Sport, lo sport facoltativo a scuola, il percorso casa-scuola attivo, un contesto abitativo sicuro e inserito nel verde con accesso a parchi giochi nonché una qualità di vita più elevata, sono associati a un livello più elevato di attività fisica e una maggiore osservanza delle linee guida. I bambini sovrappeso tendono ad essere meno attivi fisicamente rispetto ai bambini con un peso nella norma.

I bambini si muovono di più se vivono in un contesto abitativo sicuro e se nei dintorni sono accessibili aree verdi e parchi giochi.

Non sono state riscontrate differenze a livello di attività fisica in relazione alla condizione familiare se non le bambine e ragazze con un passato migratorio risultano essere meno attive fisicamente rispetto alle femmine di origini svizzere e ai maschi provenienti da un contesto migratorio, con una tendenza al rialzo. Nel 2014 sono state osservate delle

differenze tra le regioni linguistiche, con bambini più attivi fisicamente nella Svizzera tedesca, meno nella Svizzera romanda e ancora meno nella Svizzera italiana. Nel 2019/20 tale differenza si era assottigliata ed era ancora solo parzialmente significativa sul piano statistico.

Dal 1994 il **Microcensimento mobilità e trasporti** rileva, ad intervalli di cinque anni circa, il comportamento in materia di mobilità e trasporti durante l'infanzia [6.40]. **Risultati (2015):** se si considera la mobilità attiva complessiva, ovvero la mobilità pedonale o con un mezzo di trasporto attivo, si osserva un **tempo di percorrenza** superiore ai 60 minuti nel 20% dei bambini. Questo significa che **circa un quinto dei bambini di età compresa tra i 6 e i 12 anni riesce a raggiungere il valore raccomandato di 60 minuti di attività fisica al giorno solo con la mobilità mirata**. Un ulteriore quarto dei bambini presenta una mobilità attiva compresa tra i 30 e i 60 minuti, mentre nel giorno dell'indagine i tempi di percorrenza attivi risultano essere inferiori ai 30 minuti o addirittura uguali a 0 nella restante metà dei bambini. Il censimento ha anche constatato un calo del numero di bambini di età compresa tra i 6 e i 12 anni che avevano a disposizione una bicicletta: se 9 bambini su 10 avevano libero accesso a una bicicletta nel 1994, lo stesso valeva per soli 7 bambini su 10 nel 2015.

Lo studio sullo sport nell'infanzia e nell'adolescenza (**KISS**), compreso il follow-up [6.41-6.46], aveva l'obiettivo di rilevare il comportamento motorio, la forma fisica e la salute dei bambini di età compresa tra i 7 e gli 11 anni in Svizzera. Oltre a valutare gli effetti di un progetto di promozione dell'attività fisica multimodale (che prevedeva anche un'ora di ginnastica al giorno nel contesto scolastico), verificando in che misura un'ora di ginnastica contribuisca al volume quotidiano di attività fisica e alla riduzione del rischio cardiovascolare, lo studio ha analizzato la correlazione tra l'adesione a una società sportiva e il volume di attività fisica tra gli allievi delle scuole elementari. **Risultati:** i bambini risultavano più attivi (nella misura del 20%) nei giorni in cui era pianificata un'ora di ginnastica rispetto ai giorni in cui non era prevista [6.45] e l'adesione a una società sportiva era correlata a una migliore forma fisica (dal 20% al 35%) [6.46]. Un'ora di ginnastica al giorno nel contesto scolastico ha prodotto molteplici effetti positivi sulla salute (meno grasso corporeo, meno fattori di rischio cardiovascolare), sul comportamento moto-

TABELLA 6.2

**Osservanza delle raccomandazioni di movimento da parte di bambine e bambini nel 2014 e nel 2020
in funzione dei possibili fattori d'influenza (in percentuale)**

		2014	2020	
Sesso	maschi	94,1	97,0	
	femmine	80,5	84,5	* differenza significativa rispetto ai maschi
Peso	sovrapeso	83,0	78,6	* differenza significativa rispetto ai bambini normopeso (2014)
	normopeso	87,8	92,1	
Qualità di vita (terzile)	basso	84,0	87,3	
	medio	87,2	91,6	
	alto	91,2	95,1	* differenza significativa rispetto al terzile più basso (2014)
Adesione a società sportive	sì	88,3	92,7	* significativamente più <i>counts per minute</i> tra affiliati di società sportive
	no	85,2	86,9	
Uso della bicicletta	>2 ore	85,4	100,0	differenza significativa rispetto a chi non usa la bicicletta (2020) e nel tempo
	1 ora	90,6	85,0	* significativamente più <i>counts per minute</i> rispetto a chi non usa la bicicletta (2014)
	0	85,6	86,8	
Percorso casa-scuola attivo	sì	87,6	92,4	*\$ differenza significativa rispetto al percorso casa-scuola non attivo e nel tempo
	no	87,0	84,9	
Contesto abitativo sicuro (terzile)	sicuro	90,7	91,0	
	mediamente sicuro	85,9	93,4	*\$ differenza significativa rispetto al contesto abitativo insicuro e nel tempo
	insicuro	83,9	86,3	* differenza significativa rispetto al contesto abitativo sicuro
Accesso ad aree verdi / parchi giochi (terzile)	alto	89,6	92,0	
	medio	85,3	93,8	\$
	basso	85,9	83,0	* differenza significativa rispetto a accesso medio, significativamente meno <i>counts per minute</i> rispetto a accesso alto (2014)
Regioni linguistiche	Svizzera tedesca	89,4	93,4	\$ differenza significativa nel tempo
	Svizzera francese	84,5	84,1	* differenza significativa rispetto a Svizzera tedesca
	Svizzera italiana	81,1	92,4	* differenza significativa rispetto a Svizzera tedesca (2014)

* differenza significativa rispetto ad un'altra categoria nello stesso periodo

\$ differenza significativa nel tempo

rio e sulla forma fisica (tabella 6.3) [6.41, 6.42]. Tuttavia non tutti gli effetti positivi sulla salute si sono protratti oltre il termine del programma. Considerando che approssimativamente il 90% dei bambini ha dichiarato di essere favorevole a un proseguimento del programma, si potrebbe sicuramente integrare questo progetto multimodale nel contesto scolastico. L'ora di ginnastica – associata a delle pause di movimento nelle altre materie (www.scuolainmovimento.ch), alla promozione dell'attività fisica durante la ricreazione, alla consegna di compiti di attività fisica da svolgere a casa nonché alla formazione dei docenti in relazione alla forma e ai contenuti delle lezioni di ginnastica – **non ha avuto un impatto negativo sul rendimento scolastico dei bambini, nonostante si sia resa necessaria la soppressione di due ore di lezione delle materie di base sull'arco di una settimana.** Il seguente modello predittivo mostra quanto sia importante promuovere l'attività fisica e contrastare i fattori negativi legati allo stile di vita in maniera continuativa. Per ogni fattore di rischio supplementare legato allo stile di vita al momento 0 si osserva un aumento del punteggio di rischio cardiovascolare («*risk score*») 4 anni più tardi (figura 6.3). Studi analoghi che hanno analizzato gli effetti sulla salute dei bambini di un'ora di ginnastica al giorno e di altri progetti generici di promozione dell'attività fisica nelle scuole indicano che la promozione dell'attività fisica nel contesto scolastico risulta essere un promettente approccio di prevenzione contestuale [6.47].

Lo studio **Ballabeina** [6.48-6.54] ha analizzato gli effetti che un **intervento multidisciplinare incentrato sullo stile di vita** e realizzato nelle scuole dell'infanzia con bambini di età compresa tra i 4 e i 6 anni (intervento teso principalmente a sviluppare le funzioni motorie, aumentare l'attività fisica, promuovere un comportamento alimentare più sano e migliorare la qualità del sonno) potrebbe produrre sulla percentuale di grasso corporeo, sulla forma fisica, sull'attività fisica, sui parametri metabolici e psicologici. **Risultati:** nelle valutazioni di base l'attività fisica è stata associata a una migliore forma fisica e a migliori abilità motorie. Inoltre una buona forma fisica e buone abilità motorie sono state associate a una migliore esecuzione degli esercizi. Per contro, è stata osservata una correlazione tra l'elevata inattività, il sovrappeso, un'alimentazione malsana e una qualità di vita più bassa. Hanno partecipato all'intervento 40 scuole dell'infanzia nella Svizzera tedesca

e francese, selezionate casualmente, con una percentuale elevata di bambini provenienti da famiglie con un basso livello di istruzione. Lo scopo dell'intervento, della durata di un anno scolastico, era ottenere un miglioramento dello stile di vita dei bambini (in termini di attività fisica, alimentazione e

TABELLA 6.3

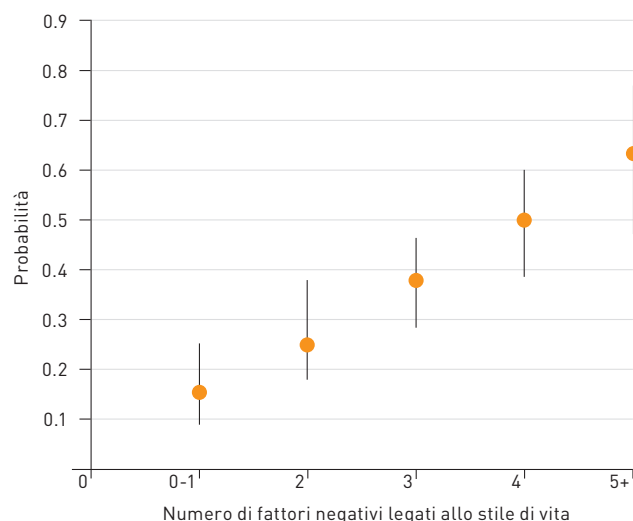
Effetti di un programma di promozione dell'attività fisica multimodale, realizzato nelle scuole elementari durante un anno scolastico

	Al termine dell'intervento, della durata di 1 anno	3 anni più tardi
Attività fisica	+18%*	-
Fattori di rischio cardiovascolare	-8%	-
% grasso corporeo	-6%	-
Capacità aerobica	+5%	+14%
Contenuto minerale osseo (femore)	+5%	+7%

* I dati percentuali indicano la differenza a favore del gruppo di intervento (delta prima-dopo nel gruppo di intervento meno delta prima-dopo nel gruppo di controllo).

FIGURA 6.3

Probabilità di ottenere un punteggio di rischio cardiovascolare sfavorevole a fronte di un aumento dei fattori di rischio negativi legati allo stile di vita



sonno). L'intervento, indipendentemente dalla regione linguistica, dal peso corporeo o dalla forma fisica iniziale dei bambini, è riuscito a ottenere un aumento della forma fisica e di alcune abilità motorie (agilità) nonché una riduzione del grasso corporeo e dell'utilizzo dei media. L'intervento ha raggiunto tutti i bambini. **Questi dati indicano in primo luogo che gli interventi di promozione dell'attività fisica in età precoce sono efficaci e in secondo luogo che, soprattutto se realizzati nel setting scolastico, permettono di raggiungere anche le fasce della popolazione con un basso livello di istruzione.**

L'obiettivo dello studio **SPLASHY** (studio svizzero che ha analizzato la salute di bambini in età prescolare) [6.20, 6.21, 6.55-6.61] era comprendere meglio gli effetti dello stress e dell'attività fisica sulla salute e sul benessere psichico, come pure sullo sviluppo motorio e cognitivo dei bambini nei nidi dell'infanzia in Svizzera. **Risultati:** i bambini che frequentano i nidi dell'infanzia in Svizzera si muovono molto e spesso a sufficienza. Nell'ambito dello studio si è osservato un aumento dell'attività fisica tra i 2 e i 5 anni, un livello di attività fisica più elevato nei maschi che nelle femmine, un livello più elevato nella Svizzera tedesca rispetto alla Svizzera francese e più elevato (con meno inattività) in presenza di buone abilità motorie, di un ambiente sicuro e di più tempo trascorso all'aria aperta. Nei bambini che hanno partecipato allo studio, che presentavano prevalentemente un peso nella norma, l'attività fisica era correlata positivamente con l'indice di massa corporea (IMC) e negativamente con la circonferenza addominale. In altre parole: i bambini fisicamente attivi avevano un IMC più elevato a fronte di una circonferenza addominale inferiore. Questi risultati indicano che l'indice di massa corporea non è sempre un buon parametro per determinare il sovrappeso in età infantile. Lo studio ha identificato diversi fattori che possono essere associati a un maggior livello di attività fisica e un minor livello di inattività nei nidi dell'infanzia, tra i quali figurano la presenza di una «politica» di promozione dell'attività fisica, la creazione di gruppi eterogenei per età nonché la disponibilità di spazio sufficiente nella struttura. Lo studio SPLASHY ha messo in luce il fatto che, all'interno dello stesso sistema politico e dello stesso paese, si possono osservare differenze sociolinguistiche e socioeconomiche in relazione al comportamento motorio già a partire dai primi anni di vita. È tuttavia necessario realizzare ulteriori studi per analizzare

in modo più approfondito il comportamento motorio dei bambini in età prescolare in Svizzera e i fattori che possono incidere su di esso, anche quelli al di fuori del setting dei nidi d'infanzia. Purtroppo questo studio si è dovuto limitare ad analizzare la situazione nei nidi dell'infanzia, non riuscendo così a determinare in che modo la frequenza al nido incide sugli aspetti esaminati rispetto alla non frequentazione di un asilo nido. Questo aspetto potrebbe essere particolarmente importante nell'ottica del sostegno alla prima infanzia, al quale il setting dei nidi dell'infanzia potrebbe dare un valido contributo.

Nei primi anni di vita l'attività fisica permette al bambino, attraverso l'esecuzione di movimenti ripetitivi, di acquisire diverse competenze e abilità motorie, sollecitando al tempo stesso il suo piacere di fare movimento [6.23]. Non essendo stata riscontrata una forte correlazione tra attività fisica e motricità/forma fisica [6.58], anche la motricità (intesa come abilità) e la forma fisica (che si misura in base ad aspetti come agilità, velocità, forza e resistenza) risultano essere ulteriori importanti indicatori della salute. Nell'ambito di due analisi delle capacità motorie (**Sportmotorische Bestandaufnahme** e **MOBAK**) sono state sviluppate delle batterie di test per le diverse fasce di età al fine di valutare le **competenze motorie di base** nei bambini dalla scuola dell'infanzia fino al termine della scuola elementare [6.62-6.64]. Un nuovo studio, promosso di recente dal Fondo nazionale svizzero per la ricerca scientifica, procederà a mettere in relazione queste batterie di valutazione, convalidate e accessibili a livello internazionale, con i dati scolastici. Tutti i Cantoni possono utilizzare queste batterie di valutazione. **Risultati:** in uno studio realizzato con questi test nei Cantoni Zurigo, Uri, Nidvaldo e Ticino si è proceduto a confrontare le scuole dell'infanzia che promuovo-



Lecture e approfondimenti sul tema dell'attività fisica nell'infanzia per i professionisti

- [Muoversi fa bene alla salute dei più piccoli: dai lattanti ai bambini in età prescolare](#)
- [Activité physique favorable à la santé chez les enfants et les adolescents](#)
- [Activité physique favorable à la santé – document de base](#)

no l'attività fisica (Purzelbaum/Capriola) con le scuole dell'infanzia ordinarie. I bambini delle scuole dell'infanzia che aderiscono al progetto Capriola hanno dimostrato di possedere abilità motorie di gran lunga migliori nelle attività «muovere un oggetto» (palla) e «muoversi» (saltellare, rotolarsi, correre) (figura 6.4).

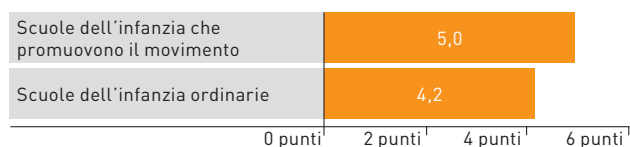
6.5 Promozione dell'attività fisica nell'infanzia

Per promuovere l'attività fisica e contrastare lo stile di vita inattivo si predilige in genere una combinazione di misure di prevenzione comportamentale e contestuale. Tuttavia, la prevenzione contestuale sta assumendo un'importanza sempre maggiore, innanzitutto perché permette di raggiungere più bambini e in secondo luogo perché consente di raggiungere anche quei bambini che le misure individuali di prevenzione comportamentale non riescono a raggiungere. Questo approccio contribuisce inoltre ad evitare la discriminazione e la stigmatizzazione dei bambini che maggiormente hanno bisogno di tali misure e, in terzo luogo, permette di modificare il contesto o il sistema sociale, favorendo i cambiamenti comportamentali dei singoli. Nelle scuole senz'auto, ad esempio, tutti i bambini sono costretti a recarsi a scuola a piedi o in bicicletta. Secondo la prospettiva dell'arco di vita (*«life-span perspective»*), la gravidanza stessa deve essere considerata come una fase evolutiva fonda-

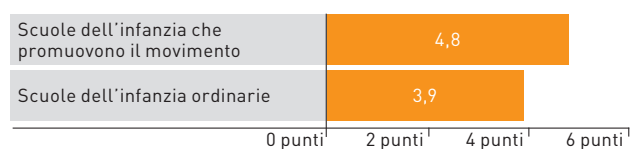
FIGURA 6.4

Differenze nelle competenze motorie di base (valori medi) tra scuole dell'infanzia ordinarie e scuole dell'infanzia che promuovono il movimento

Muovere un oggetto



Muoversi



tale a sé stante dell'infanzia. Da quando Barker ha formulato l'ipotesi della programmazione precoce (*«early programming»*) per la salute e la malattia lungo l'intero arco della vita [6.65] sono aumentate le evidenze che testimoniano l'importanza degli influssi nelle primissime fasi di vita, confermate anche dalle più recenti scoperte dell'epigenetica [6.66].



Lista di orientamento di Promozione Salute Svizzera

La [lista di orientamento](#) di Promozione Salute Svizzera è una pubblicazione periodica che fornisce una panoramica di misure e progetti, validi e attuali, realizzati nel campo della promozione della salute. La raccolta comprende misure attuate ai livelli interventi, policy, messa in rete e comunicazione.



Excursus

Attività fisica in gravidanza

La Federazione Svizzera delle Levatrici ha realizzato, su mandato del Canton Argovia, un [breve video esplicativo](#), della durata di un minuto, che illustra gli effetti positivi che un'alimentazione sana, associata a sufficiente attività fisica, durante la gravidanza può avere sul nascituro. Nell'ambito del progetto di messa in rete Miapas Promozione Salute Svizzera, in collaborazione con diverse organizzazioni professionali, ha elaborato delle [raccomandazioni per i professionisti](#) che sottolineano l'importanza dell'attività fisica durante la gravidanza e dopo il parto. In aggiunta sono stati realizzati un [opuscolo](#), disponibile in diverse lingue, e alcuni [video-tutorial](#) destinati alle donne in gravidanza. Il progetto *«PAPRICA Petite enfance»* (Physical activity promotion in primary care) approfondisce invece l'importanza dell'attività fisica dei bambini nei primi sei anni di vita, con un manuale per gli addetti ai lavori e alcuni opuscoli per i genitori.

TABELLA 6.4

Esempi di prevenzione comportamentale e contestuale attraverso la promozione dell'attività fisica e la riduzione dello stile di vita inattivo nell'infanzia e nell'adolescenza

Prevenzione comportamentale

- Consulenze professionali da parte di esperti di salute nei consultori genitore-bambino, negli studi medici, nei nidi dell'infanzia e nelle scuole (Förderung ab Geburt, Früh-effekte Aarau, Primano, schritt:weise, Miges Balù, PAPRICA Petite enfance, PEPS Buggyfit)
- Motivare i genitori, le scuole, i gruppi di gioco e i nidi dell'infanzia a far giocare i bambini all'aria aperta, a fare lezione all'aperto o a portare i bambini al parco giochi o in palestra (Capriola, Radix, Silviva, Naturama) [6.67]
- Esortare i genitori a programmare momenti in famiglia all'insegna del movimento (gite in bicicletta, passeggiate in montagna, giocare a nascondino, caccia al tesoro) [6.68, 6.69]
- Offrire consulenza e sostegno ai Comuni per promuovere l'accoglienza nei nidi dell'infanzia dei bambini provenienti da famiglie con un basso livello di istruzione oppure dei bambini con difficoltà linguistiche o motorie
- Offrire un sostegno ai genitori per promuovere i percorsi casa-scuola attivi (Bike2school, Pedibus)
- Offrire una consulenza ai genitori per promuovere l'adesione dei bambini alle società sportive (Sportgutschein Baden-Württemberg, MiTu) [6.46]

Prevenzione contestuale

Famiglia

- Promuovere lo stile di vita attivo dei genitori (andare a fare la spesa a piedi, recarsi nella natura con i bambini, fare programmi attivi durante il finesettimana)
- Stimolare i genitori a promuovere l'attività fisica dei propri figli in molteplici forme (adesione a società sportive, campi estivi, eventi comunali, attività del tempo libero)
- Ridurre al minimo il tempo sedentario nel passeggiare e far camminare il più possibile il bambino

Nidi e scuole dell'infanzia, scuola

- Proporre regolarmente dei momenti di attività fisica (Fit4future, MiniMove, Movimento e Gusto, Purzelbaum, Youp'là bouge, Capriola, Scuola in movimento) [6.70, 6.71]
- Introdurre un'ora di ginnastica al giorno (KISS, Ballabeina) [6.41, 6.54]
- Inserire brevi pause di movimento durante le lezioni oppure organizzare lezioni in movimento [6.72, 6.73]
- Integrare attività sportive nel contesto scolastico [6.74] (sport scolastico facoltativo G+S, campi polisportivi) [6.75]
- Proporre giornate di porte aperte nelle palestre e nei campi di gioco (MiniMove, OpenSunday, Ä Halle wo's fägt, ecc.)
- Realizzare sedimi scolastici senz'auto, promuovere percorsi casa-scuola attivi (Pedibus, Alleanza Scuola+Bici)

Comuni

- Offrire gratuitamente oppure a prezzi accessibili l'adesione a società e campi sportivi a bambini provenienti da un contesto socioeconomico svantaggiato o da famiglie con un basso livello di istruzione (CartaCultura)
- Realizzare percorsi pedonali e ciclabili sicuri, attraenti (ad es. rinverditi) e collegati tra loro
- Realizzare parchi giochi, campi sportivi e strade senz'auto per giocare
- Ancorare a livello strutturale l'esame per andare in bicicletta
- Promuovere eventi di «sport per tutti»
- Proporre offerte sportive gratuite per le famiglie e i bambini (Roundabout kids, Sant«e»scalade)
- Proporre programmi di movimento intergenerazionali (Hopp-la)

Letture e approfondimenti sul tema della promozione dell'attività fisica a livello contestuale



- Sito web [Attività fisica e ambiente](#): offerte e materiale informativo per i professionisti
- Feuille d'information 63: [Fondation Hopp-la: Promotion de la participation sociale des personnes âgées par le biais d'offres inter-générationnelles d'activité physique](#)
- Foglio d'informazione 57: [Valutazione di «Scuola in movimento»](#)
- Feuille d'information 55: [Compétences de base en motricité de base à l'école enfantine](#)

6.6 Pari opportunità nella promozione dell'attività fisica

Le pari opportunità devono essere un obiettivo anche nell'ambito della promozione dell'attività fisica. Ma non è un obiettivo sempre facile da raggiungere, soprattutto in età prescolare, quando i bambini sono generalmente accuditi a casa, oppure con le ragazze in giovane età che non fanno molta attività fisica. I **bambini in età prescolare** provenienti da famiglie svantaggiate da un punto di vista sociale e dell'istruzione dovrebbero poter beneficiare di un posto in un nido dell'infanzia a un prezzo accessibile o persino gratuito, in modo tale che possano fare attività fisica insieme ad altri bambini e al tempo stesso imparare la nostra cultura e la nostra lingua. La raggiungibilità di questi bambini e delle loro famiglie è il principale ostacolo in questo contesto e lo si può superare solo attraverso l'impegno congiunto di una rete multiprofessionale (www.fruehehilfen.at). In alcuni casi può essere utile prevedere un ancoraggio strutturale nel sistema, come nel caso dell'insegnamento precoce del tedesco nel Cantone di Basilea-Città. In alternativa si possono realizzare delle offerte a bassa soglia come i corsi di ginnastica genitore-bambino, i gruppi di gioco oppure i progetti Mini-Move/MiTu. Anche i **bambini delle scuole elementari** dovrebbero poter beneficiare di offerte a prezzi accessibili, come l'adesione al movimento scout, la partecipazione a attività giovanili oppure lo sport scolastico. Alcuni buoni esempi in questo senso sono la CartaCultura, le offerte gratuite proposte da alcune associazioni oppure i campi sportivi a prezzi accessibili durante le vacanze. La scuola o i servizi sociali possono rivolgersi in modo proattivo ai **ragazzi e in particolare alle ragazze in età adolescenziale**, offrendo loro la possibilità di partecipare gratuitamente alle attività di associazioni o ad altre offerte del tempo libero. Non è mai troppo presto per promuovere l'integrazione e le pari opportunità, come dimostrano i progetti MiniMove, OpenSunday, Ä Halle wo's fägt, che prevedono anche il coinvolgimento attivo dei genitori. Particolarmente difficile è **l'integrazione di bambini con disabilità fisiche e psichiche**. In base alla costellazione specifica, in questi casi bisogna trovare delle offerte individuali insieme ai professionisti del settore sociosanitario (ad es. Procap), contemplando la possibilità di ottenere un sostegno finanziario. Progetti come MiTu o OpenSunday Inclusion (idéesport) promuovono

esplicitamente l'inclusività. Noi tutti, come società, abbiamo il compito di impegnarci al fine di promuovere le pari opportunità e dobbiamo impegnarci a vivere l'integrazione in prima persona.

6.7 Conclusioni

Una crescente certezza scientifica indica che

- 1) esiste una correlazione diretta tra la forma fisica (che è un marcatore indiretto dell'attività fisica) e le prestazioni/funzioni cognitive, quali la **memoria di lavoro** e la **flessibilità cognitiva**, che si traducono in voti e prestazioni migliori (matematica, grammatica, ortografia e vocabolario) nei bambini di tutte le età [6.76, 6.77];
- 2) i bambini con una buona forma fisica tendono ad avere un **atteggiamento meno antisociale e meno violento** a scuola [6.78];
- 3) l'attività fisica e sportiva ha effetti positivi sulla salute fisica, sui pensieri, sulle azioni e sulla socializzazione [6.79, 6.80].

Inoltre, il comportamento motorio durante l'infanzia determina almeno in parte il comportamento motorio in età adulta e quest'ultimo è un fattore decisivo per la salute [6.81]. La sedentarietà, l'inattività e il conseguente sviluppo del sovrappeso si stanno insinuando nella nostra società, in tutte le fasce d'età. Alcune riviste di fama internazionale affermano che è il momento di agire e invitano in particolare la scuola e la politica a dare maggiore importanza all'attività fisica e a parificare le competenze fisico-motorie alle prestazioni accademiche [6.82, 6.83].

Sebbene sia difficile misurare i fattori che determinano il successo delle misure di promozione dell'attività fisica e di riduzione dell'inattività, risultano essere promettenti gli approcci su larga scala (approcci strutturali che permettono di raggiungere tanti bambini e adolescenti), gli interventi di lunga durata (lungo l'intero percorso scolastico), i programmi che prevedono la durabilità (continuità garantita), l'ancoraggio nel sistema scolastico o politico (consolidamento e finanziamento garantiti) nonché una collaborazione multisettoriale tra assemblee dei genitori, associazioni, istituti scolastici, servizi sociali, Comuni e Cantoni. Occorre inoltre prevedere una valutazione periodica e possibilmente obiettiva che consenta di migliorare e adeguare

costantemente i programmi. Il pilastro fondamentale sono le competenze motorie, che vengono acquisite in età prescolare e che costituiscono la base per il futuro comportamento motorio.

Alla luce delle attuali evidenze scientifiche si possono individuare due pilastri principali per la promozione dell'attività fisica in futuro:

- 1) riconoscere l'importanza dell'attività fisica come elemento fondamentale per la salute fisica, psichica e sociale e promuoverla a partire dall'età prescolare;
- 2) adeguare il nostro sistema sociale affinché tutti possano adottare comportamenti motori favorevoli alla salute e osservare le raccomandazioni di movimento cosicché la società nel suo complesso percepisca l'attività fisica come un bene importante e piacevole.

A tal fine serve una **collaborazione multisettoriale e in definitiva un maggiore impegno da parte della politica**, che deve riconoscere l'inattività fisica come un comportamento nocivo per la salute pubblica e affrontare questa problematica, identificando possibili soluzioni. In conclusione riassumiamo alcuni progetti prioritari che permettono di raggiungere un elevato numero di bambini di diverse età, di ottenere un grande impatto e che presentano realistiche possibilità di attuazione:

- promozione dell'attività fisica su larga scala durante la gravidanza;
- formazione e sostegno a favore dei consultori genitori-bambino (Miges Balù);
- formazione strutturata dei responsabili delle strutture d'accoglienza per la prima infanzia (PAPRICA Petite enfance);

- promozione dell'attività fisica nei nidi e nelle scuole dell'infanzia e nelle scuole, con una politica di istituto favorevole al movimento e offerte integrate, strutturali per tutti (Purzelbaum, Youp'là bouge, Capriola, Scuola in movimento, sport scolastico G+S);
- offerta strutturale e quotidiana di attività fisiche e sportive a scuola (lezioni di ginnastica, lezioni in movimento e/o lezioni all'aperto, programmi per il tempo libero);
- a livello comunale:
 - offerta di posti gratuiti nei nidi dell'infanzia per bambini svantaggiati dal punto di vista sociale e dell'istruzione, che hanno uno stile di vita malsano e presentano fattori di rischio per la salute;
 - realizzazione di parchi giochi e spazi che favoriscono il movimento, percorsi per biciclette nei Comuni, nelle aree residenziali, nelle scuole;
 - riunire bambini ed anziani sotto lo stesso tetto, ad esempio nidi dell'infanzia e residenze per anziani (Hopp-la);
 - porte aperte nelle palestre e offerte di attività fisica (MiniMove, OpenSunday, MidnightSports, roundabout, Ä Halle wo's fägt);
 - andare a scuola senz'auto (Pedibus, Meglio a piedi, Bike2school).
- Da ultimo è necessario che le persone attive in politica considerino la promozione dell'attività fisica come una priorità meritevole di attenzione e agiscano di conseguenza.

7 Promozione di un'alimentazione equilibrata

- **Sophie Bucher Della Torre**, Haute école de santé, Ginevra

L'infanzia è un periodo privilegiato per esplorare l'universo alimentare ed è il momento ideale per sviluppare abitudini sane e un rapporto positivo con il cibo. Nel periodo che intercorre tra la gravidanza e l'adolescenza l'atto di nutrirsi si colloca a un crocevia tra l'appagamento dei bisogni fisiologici primari e un gesto conviviale e sociale. È inoltre oggetto di un processo di apprendimento basato sull'esperienza e sull'osservazione.

7.1 Perché è utile promuovere un'alimentazione equilibrata nell'infanzia?

Un'alimentazione equilibrata è fondamentale perché, oltre ad apportare all'organismo l'energia e le sostanze nutritive di cui ha bisogno per funzionare in maniera ottimale, favorisce la crescita e la salute a breve, medio e lungo termine. Se, da un lato, lo squilibrio alimentare, sia in termini di qualità che di quantità degli alimenti consumati, è riconosciuto come un fattore di rischio per l'insorgenza di malattie croniche [7.1], dall'altro lato un rapporto positivo con il cibo è considerato un fattore importante per la salute e il benessere [7.2].

Le abitudini alimentari sviluppate durante l'infanzia rappresentano la base per le abitudini future e influenzano in larga misura i comportamenti alimentari durante l'adolescenza e l'età adulta. È quindi fondamentale, fin dalla nascita e persino durante la gravidanza, promuovere abitudini sane e un rapporto positivo con il cibo nonché stimolare lo sviluppo del gusto e delle preferenze alimentari.

I bambini dipendono tuttavia in larga misura dai genitori e da altre figure adulte che definiscono l'offerta alimentare come pure le condizioni quadro per l'assunzione dei pasti e degli spuntini. Nei primi anni di vita, i bambini sono in grado di regolare la quan-

tità di alimenti consumati sulla base delle reazioni fisiologiche che seguono il consumo e facendo affidamento sul proprio senso di fame e di sazietà. Crescendo, cominciano a lasciarsi influenzare da altri segnali esterni come le dimensioni delle porzioni o da alcune pratiche controproducenti come il ricorso a premi e ricompense. Per questo motivo è necessario coinvolgere negli interventi anche le figure adulte di riferimento, affinché contribuiscano a creare un ambiente favorevole tramite scelte consapevoli e adottino pratiche costruttive che sostengano i bambini nel loro percorso di apprendimento.

Sono numerosi i fattori che influenzano le scelte e le abitudini alimentari. Le conoscenze, da sole, non bastano per avviare un cambiamento comportamentale. Gli interventi volti a promuovere un'alimentazione sana devono tenere conto della complessità dell'atto alimentare e devono essere orientati ai bambini, ai loro genitori e alle altre persone adulte di riferimento nonché considerare l'ambiente nel quale si muovono.

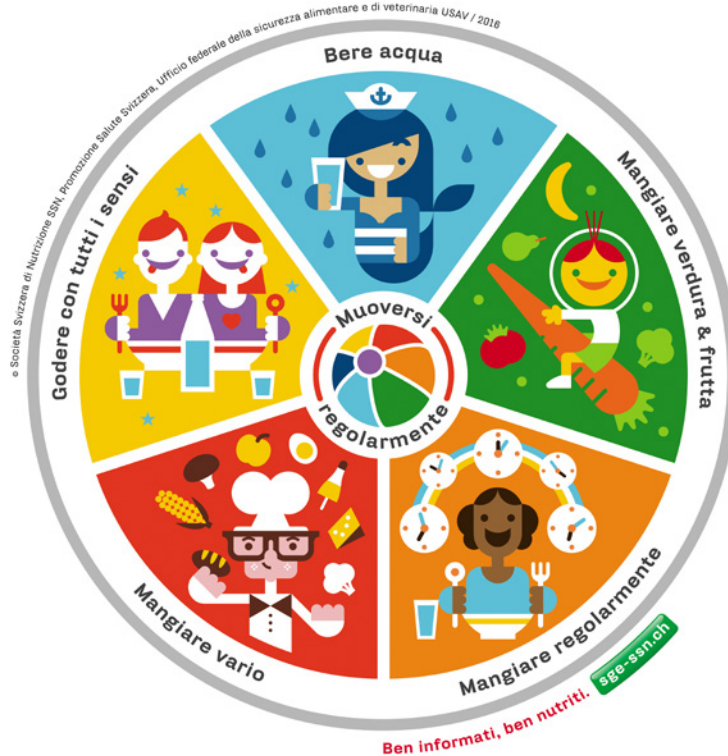
7.2 Raccomandazioni nutrizionali e alimentari

La crescita e gli importanti sviluppi che caratterizzano l'infanzia incidono sul fabbisogno energetico e nutrizionale in età infantile. **Un apporto energetico e nutrizionale** (proteine, lipidi, glucidi, vitamine, minerali, ecc.) **commisurato all'età favorisce il buon funzionamento dell'organismo nonché una crescita e uno sviluppo adeguati.** Per contro, un'alimentazione poco variata o squilibrata può provocare delle carenze che si ripercuotono sul benessere e, potenzialmente, sullo stato di salute attuale o futuro del bambino.

[Il disco alimentare](#) (figura 7.1), pubblicato dalla [Società Svizzera di Nutrizione \(SSN\)](#) illustra i principali messaggi per i bambini di età compresa tra i 4 e i 12 anni, esortandoli a seguire un'alimentazione equilibrata e a praticare un'attività fisica sufficiente [7.3].

FIGURA 7.1

Il disco alimentare



Fonte: [7.3]

Concretamente, i bambini dovrebbero consumare dei **pasti equilibrati**, integrati da **spuntini sani**. Un pasto principale equilibrato è composto da:

- verdura e/o frutta;
- un farinaceo, possibilmente integrale, ad esempio patate, pane, riso, pasta, cereali;
- una fonte di proteine, ad esempio carne, pollame, pesce, uova, formaggio, ricotta, tofu o leguminose;
- una piccola quantità di grassi di buona qualità, ad esempio olio di colza, olio d'oliva ed eventualmente, in aggiunta, un pugno di frutta oleaginosa;
- una bevanda non zuccherata.

Gli spuntini permettono di completare l'equilibrio alimentare e di ripartire l'assunzione del cibo sull'arco della giornata. Uno spuntino sano è composto da:

- una bevanda non zuccherata (acqua, tisana alla frutta o alle erbe);
- un frutto o una verdura, crudi o cotti (secondo la stagione: mela, pera, pesca, cetriolo, carota, peperone, cavolo-rapa, ecc.);

integrati, in funzione dei bisogni individuali, dell'attività fisica praticata e della fame, da:

- un prodotto a base di cereali (ad es. pane, cracker);
- un latticino (ad es. formaggio, yogurt, ricotta);
- oppure frutta oleaginosa senza sale.

I dolci, le bevande zuccherate, le barrette di cereali zuccherate, i prodotti a base di latte contenenti zucchero, i croissant così come gli snack ricchi di grassi e molto salati dovrebbero essere consumati solo in quantità limitate. Questi alimenti, onnipresenti nel nostro ambiente, non dovrebbero tuttavia essere banditi completamente dall'alimentazione perché è importante che i bambini imparino le «istruzioni per l'uso».



Informazioni complementari sull'alimentazione equilibrata

Ulteriori dettagli sulle raccomandazioni, le informazioni sulle dimensioni adeguate delle porzioni in base all'età come pure esempi di menù equilibrati e spuntini sani sono disponibili sul [sito](#) della SSN.



Promozione Salute Svizzera consiglia la lettura dei documenti seguenti:

- [Conseils pour un dix-heures ou un goûter sain](#)
- [Zucchero: meno è meglio](#)
- «[Sucre: moins il y en a, mieux c'est](#)» en langage simple
- [Fiche d'accompagnement du dépliant sur le sucre](#) en langage simple

Raccomandazioni per la gravidanza, l'allattamento, i neonati e i bambini piccoli

Seguire un'alimentazione varia ed equilibrata prima e durante la gravidanza come pure durante l'allattamento permette di coprire il fabbisogno energetico e nutrizionale della madre e del bambino in queste fasi critiche. In presenza di una carenza di alcuni nutrienti specifici (vitamina D, ferro, iodio e acidi grassi omega 3) si può prevedere un apporto supplementare. L'integrazione dell'acido folico sotto forma di compresse (400 microgrammi al giorno) è raccomandata prima del concepimento e almeno fino alla fine della 12^a settimana di gravidanza perché si tratta di una vitamina indispensabile per lo sviluppo del sistema nervoso del bambino. Oltre a prediligere il consumo di piccoli pasti e spuntini frequenti per ripartire l'apporto alimentare sull'arco della giornata, è importante prestare particolare attenzione alla prevenzione delle infezioni alimentari. Inoltre, considerato che il feto fa le sue prime esperienze sensoriali in base all'alimentazione della madre, è fondamentale variare l'alimentazione e prediligere il consumo di frutta e verdura. Il periodo prenatale è cruciale anche per la **programmazione metabolica: una sovralimentazione o una sottoalimentazione della madre durante la gravidanza** può influenzare la regolazione del metabolismo energetico del nascituro nonché il suo rischio di sviluppare un'obesità in futuro. Per questo motivo l'aumento di peso raccomandato durante la gravidanza varia in base alla corporatura della madre prima della gravidanza. Un'alimentazione varia ed equilibrata è particolarmente importante per la madre anche durante la fase dell'allattamento. Per coprire il fabbisogno energetico leggermente aumentato durante questa fase è sufficiente, ad esempio, aggiungere una porzione supplementare di farinacei al pasto oppure inserire uno spuntino equilibrato aggiuntivo.

Il latte materno è l'alimento ideale per il neonato e apporta tutte le sostanze necessarie al suo sviluppo fino all'età di sei mesi. Se l'allattamento al seno non è possibile o non è desiderato, si può ricorrere a una formula per lattanti. Gli alimenti complementari al latte dovrebbero essere introdotti gradualmente, al più presto a partire dal quinto mese e al più tardi all'inizio del settimo mese di vita. Questo [grafico](#) fornisce delle indicazioni utili per lo svezzamento, mentre di seguito sono elencati diversi documenti che illustrano le raccomandazioni alimentari e forniscono consigli ai genitori per il periodo della prima infanzia.



Per saperne di più:

- Opuscolo [Alimentazione durante la gravidanza e l'allattamento](#), pubblicato dall'Ufficio federale della sicurezza alimentare e di veterinaria (USAV)
- Opuscolo [Alimentazione dei lattanti e dei bambini in tenera età](#) dell'USAV
- [L'alimentation du nourrisson durant la première année de vie](#)
- Sito web dell'USAV [Bimbi a tavola](#)
- Rapporto della Commissione federale per la nutrizione [La nutrizione nei primi 1000 giorni di vita](#) (2015) e modifica a partire da maggio 2021
- [Guida all'alimentazione vegetariana e vegana nei lattanti e nei bambini in tenera età](#), pubblicato dalla Swiss Society of Pediatrics



Promozione Salute Svizzera consiglia la lettura dei documenti seguenti:

- [Alimentazione nel primo anno di vita](#)
- [Alimentazione nel secondo e terzo anno di vita](#)

7.3 Cosa mangiano i bambini?

In assenza di un monitoraggio su larga scala dell'alimentazione infantile in Svizzera, si può fare riferimento ai risultati di diversi studi realizzati in alcuni sottogruppi della popolazione. Questi indicano che, analogamente alla popolazione adulta, anche nei bambini si osserva uno scarto importante tra le raccomandazioni e l'effettivo consumo alimentare. Uno studio ticinese realizzato nel 2012 con un campione di oltre 300 bambine e bambini di età compresa tra i 5 e i 12 anni [7.4] indica che le raccomandazioni non sono state osservate per nessun gruppo di alimenti, anche se diverse tendenze indicano che è in atto un miglioramento delle abitudini alimentari rispetto ai dati precedenti; ad esempio in relazione al consumo di verdure (osservanza pari al 4,5% contro lo 0% nel 2010) o di dolci, snack e bevande zuccherate (osservanza pari al 12,5% rispetto al 9,5% nel 2010). Malgrado i miglioramenti osservati, dallo studio emerge che **i bambini consumano una quantità insufficiente di frutta, verdura, cereali, latte e derivati del latte a fronte di una quantità eccessiva di bevande zuccherate e di carne** [7.5]. Da notare a tal proposito che sono in corso i preparativi per avviare un sondaggio nazionale sull'alimentazione ([menu-CH-Kids](#)), commissionato dall'USAV, che fornirà informazioni dettagliate sulla situazione alimentare di bambini e adolescenti tra i 6 e i 17 anni in Svizzera. Per quanto concerne l'alimentazione nella primissima infanzia, lo studio Swiss Infant Feeding Study, realizzato nel 2014, indica che le madri si attengono scrupolosamente alle raccomandazioni nazionali relative all'allattamento e all'alimentazione infantile (svezzamento e integrazione di vitamina D). Per quanto concerne l'allattamento, è stata osservata un'elevata prevalenza nel periodo iniziale (il 95% delle madri ha allattato fin dalla nascita) e successivamente oltre il 50% dei bambini ha ricevuto **esclusivamente latte materno per almeno 12 settimane, mentre la durata mediana totale dell'allattamento è pari a 31 settimane**. Un'eccessiva stanchezza della madre, la ripresa dell'attività professionale, una situazione socioeconomica legata a un basso reddito e a un'origine migratoria sono considerati determinanti sfavorevoli in relazione alla durata dell'allattamento e allo svezzamento [7.6].

7.4 Fattori che influenzano il consumo alimentare

Le scelte alimentari sono complesse e sono influenzate da numerosi fattori che si possono suddividere in categorie in base al livello d'influenza: i fattori biologici, le esperienze individuali, i fattori intrapersonali e interpersonali, l'ambiente sociale e l'ambiente costruito (figura 7.2).

7.4.1 Fattori biologici

Le preferenze alimentari hanno un forte impatto diretto sulle scelte e sui consumi alimentari dei bambini. Le preferenze si sviluppano nel tempo e sono condizionate dalle risposte sensoriali ed emotive al gusto, all'odore, all'aspetto e alla consistenza degli alimenti. Tutti gli esseri umani nascono con una predisposizione innata che li porta a prediligere i cibi dolci e a rifiutare gli alimenti aspri e amari, ma vi sono delle differenze genetiche in relazione alle soglie di percezione dei diversi gusti.

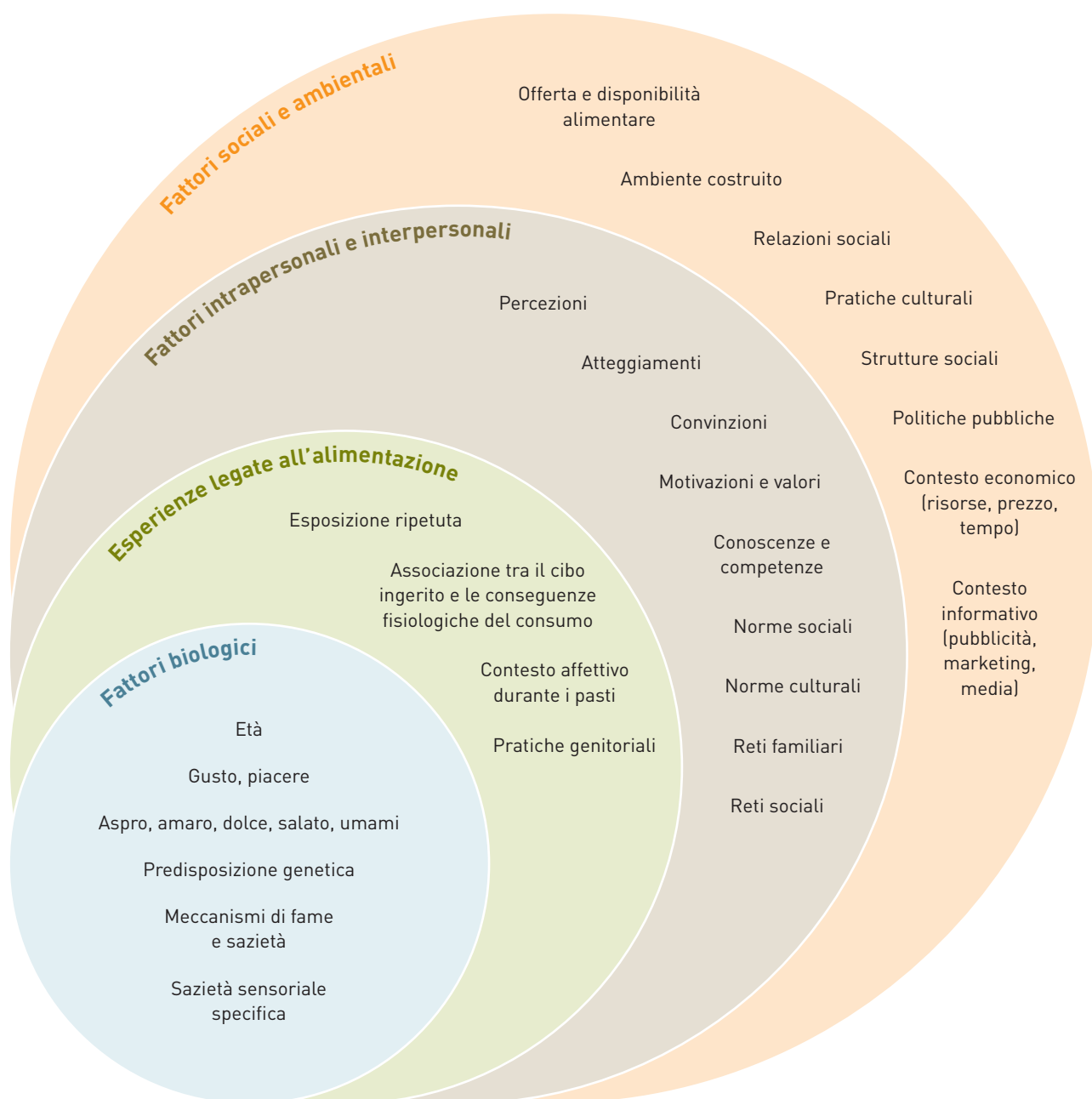
7.4.2 Esperienze legate all'alimentazione

Le nostre esperienze, che iniziano ancor prima della nascita, ci portano ad apprezzare o a rifiutare determinati alimenti. Le preferenze e le sensazioni di sazietà associate a un determinato alimento, ad esempio, sono influenzate dalle conseguenze derivanti dal suo consumo. Il condizionamento sociale, ovvero la risposta emotiva all'alimentazione in relazione al contesto socio-affettivo, ha un impatto particolarmente forte durante l'infanzia. Il condizionamento sociale è legato anche ai modelli sociali e alle pratiche adottate dai genitori, come l'attribuzione di ricompense. Le pratiche genitoriali (e di altre persone adulte) incidono in larga misura sullo sviluppo delle preferenze alimentari e delle scelte alimentari durante l'infanzia. Le pratiche genitoriali, a loro volta, sono influenzate dalle abitudini alimentari dei genitori stessi, dalla loro corporatura e dalle caratteristiche del bambino [7.8].

7.4.3 Fattori intrapersonali e interpersonali

Le percezioni individuali, gli atteggiamenti, le convinzioni, i valori, le emozioni e il significato che attribuiamo al cibo sono tutti potenti determinanti del comportamento alimentare. Allo stesso livello si collocano anche le «competenze alimentari e nutrizionali» (*«food and nutrition literacy»*). Nei bambini, tutte queste dimensioni sono ancora in fase di costruzione e sono fortemente condizionate dall'am-

FIGURA 7.2

Fattori che condizionano le scelte alimentari dei bambini

Fonte: tradotto e adattato da [7.7]

biente circostante. Nella vita di tutti i giorni, questi elementi personali interagiscono con gli stimoli ambientali descritti di seguito, condizionando le scelte alimentari.

7.4.4 Fattori sociali e ambientali

I bambini e i loro genitori si muovono all'interno di contesti sociali e culturali che condizionano le loro scelte e i loro comportamenti alimentari, in particolare perché l'atto di mangiare è un gesto altamente sociale. I rapporti sociali, le pratiche culturali e la

famiglia d'origine, le strutture sociali e le condizioni quadro politiche incidono sulla disponibilità e sulla possibilità di accedere a un'alimentazione sana e di adottare uno stile di vita attivo. Anche il livello di istruzione è un importante fattore determinante. Diversi studi hanno appurato che gli individui e le famiglie che dispongono di un migliore accesso al reddito e all'istruzione tendono a seguire un'alimentazione più sana (cfr. 7.6) [7.9].

A livello ambientale l'offerta alimentare, caratterizzata dalla disponibilità, dall'accessibilità e dalla qualità del cibo offerto nei mercati e supermercati, nelle scuole e in altre strutture come pure nelle case private, è un altro importante determinante dell'apporto alimentare. Determinate caratteristiche come la presentazione in negozio o le informazioni nutrizionali indicate sulle confezioni influenzano le scelte d'acquisto e di consumo. In un ambiente favorevole, le scelte più sane dovrebbero anche essere le più facili da compiere. La capacità individuale di fare scelte sane risulta tuttavia compromessa a fronte del numero crescente di alimenti ricchi di calorie, grassi, sodio e zucchero offerti in diversi contesti. Per contrastare questa situazione e indirizzare la popolazione verso scelte sane, negli ultimi anni si fa leva sull'economia comportamentale. Anche il contesto economico può influenzare le scelte e le pratiche alimentari, segnatamente attraverso il prezzo, il reddito, il tempo e l'istruzione.

7.5 Possibili interventi e impatti previsti

La promozione di un'alimentazione equilibrata richiede molto più della semplice trasmissione di conoscenze. Occorre tenere conto di molteplici fattori, che entrano in gioco a diversi livelli. Ogni intervento deve essere inoltre adeguato al livello di sviluppo cognitivo dei bambini ai quali è destinato. Nella [tabella 7.1](#) (adattata da [7.7]) sono illustrati i diversi principi alla base degli interventi rivolti a bambini in età prescolare e scolastica.

7.5.1 Esempi di interventi

A Promuovere le conoscenze e le competenze

Le conoscenze nutrizionali sono necessarie ma da sole non sono sufficienti per promuovere comportamenti sani. Il concetto di «competenze alimentari» («*food literacy*») fa riferimento a «un insieme di co-

noscenze, competenze e comportamenti interdipendenti e necessari per pianificare, gestire, selezionare, preparare e consumare gli alimenti al fine di soddisfare i propri bisogni e determinare l'introito alimentare» [7.10]. Secondo questa definizione, le competenze alimentari non si limitano a semplici conoscenze nutrizionali, ma comprendono anche svariate competenze pratiche nonché la capacità di prendere decisioni importanti a livello alimentare, che vanno dalla provenienza degli alimenti alla capacità di selezionare e preparare gli alimenti fino all'osservanza delle raccomandazioni alimentari. L'educazione alimentare nelle scuole elementari da parte di docenti qualificati è una misura importante per rafforzare le competenze alimentari. Interventi di questo genere devono tuttavia essere completati dall'attuazione di altre misure coerenti, come quelle descritte di seguito nel presente capitolo [7.11].

Educazione sensoriale

Nella prima infanzia, i bambini hanno una preferenza innata per i cibi dal gusto dolce, mentre rifiutano i cibi aspri o amari. Le preferenze alimentari a quest'età sono tuttavia malleabili e modificabili attraverso l'esperienza. Gli interventi che fanno leva sull'esposizione ripetuta sono utili al fine di accrescere la preferenza e il consumo di frutta e verdura nei bambini. Da una meta-analisi risulta che il consumo aumenta in base al numero di esposizioni e quando le verdure vengono proposte nella loro forma naturale e non abbinate a un condimento o a un altro aroma. L'esposizione gustativa ripetuta è pertanto una tecnica semplice che può essere applicata sia nel contesto dell'accoglienza extra-familiare che in ambito familiare. L'evidenza indica che proporre verdure nuove e poco gradite dalle 8 alle 10 volte favorisce la loro accettazione [7.12].

Sostegno ai genitori

I genitori, oltre ad essere responsabili dell'offerta alimentare disponibile in casa e a essere un modello di riferimento, influenzano le preferenze e le abitudini dei propri figli attraverso il loro stile educativo e le loro pratiche alimentari. Le preoccupazioni da parte dei genitori in relazione all'alimentazione o al peso possono condurre a pratiche controproducenti [7.13]. Ecco perché è importante offrire un sostegno ai genitori, esortandoli a: [7.14]

- evitare di fare pressione sui propri figli affinché mangino determinati cibi o mangino in generale;

TABELLA 7.1

Principi di possibili interventi per promuovere un'alimentazione equilibrata dei bambini in età prescolare e scolastica**Età prescolare**

- Mondo cognitivo con ampio spazio per la creatività e la fantasia.
- Strutture e capacità cognitive in fase di sviluppo: comprensione del mondo, abilità motorie, competenze sociali e strategie di adattamento emotivo.
- Ragionamento causale e capacità di concettualizzazione possibili, senza generalizzazione astratta o concetti logici.
- Capacità di attenzione limitata.
- Difficoltà a distinguere tra le proprie percezioni e quelle delle altre persone.
- Apprendimento attraverso la manipolazione dell'ambiente e l'osservazione piuttosto che attraverso l'ascolto passivo.

Età scolastica

- Desiderio di comprendere il mondo e le persone che li circondano.
- Capacità di impegnarsi in un pensiero più causale, ma limitatamente a oggetti concreti ed esperienze specifiche. Tendenza a riflettere in «bianco o nero».
- Scelta del cibo in base a criteri precisi e immediati.
- Acquisizione graduale di una migliore comprensione di sé (autostima).
- Padronanza delle abilità fisiche e sviluppo delle abilità sociali.
- Crescente importanza dei compagni di gioco e delle amicizie tra pari.
- Fiducia nel mondo adulto e al tempo stesso sviluppo dell'autonomia.

- **Promuovere le attività legate al cibo:** assaggiare, preparare, usare i sensi per scoprire i diversi alimenti. Favorire l'esposizione quotidiana a cibi sani durante i pasti e gli spuntini, prestando attenzione a creare un'atmosfera positiva durante gli stessi. L'esposizione ripetuta permette di familiarizzare con gli alimenti, superare la neofobia alimentare e contribuisce a un'alimentazione varia e diversificata.
- **Creare esperienze di apprendimento adeguate al livello di sviluppo:** la lettura di libri adeguati o l'uso di schemi semplici permettono di spiegare ai bambini cosa succede agli alimenti nel corpo e a cosa servono. Questo genere di informazioni stimola la curiosità dei più piccoli maggiormente rispetto alle informazioni sui gruppi alimentari o sulla classificazione degli alimenti.
- **Utilizzare metodi di apprendimento attivi e ludici:** le attività di questo genere, svolte in un ambiente rassicurante e accompagnate da un messaggio chiaro e coerente con l'obiettivo dell'intervento, favoriscono la partecipazione infantile. Alcune attività che si sono rivelate efficaci in diversi studi, in funzione dell'età dei bambini, sono: progetti artistici, canzoni, giochi di ruolo, marionette o puzzle, come pure l'utilizzo di cucine o negozi giocattolo. Rientrano in questa categoria anche la pratica del giardinaggio o la coltivazione di frutta e/o verdura.
- **Concentrarsi sui comportamenti:** si possono incoraggiare comportamenti mirati come il fatto di assaggiare nuovi cibi, mangiare più verdure, consumare spuntini equilibrati o bere acqua.
- **Incoraggiare l'autoregolazione:** oltre ad offrire cibi sani in un contesto sano, i genitori e le altre persone adulte di riferimento dovrebbero incoraggiare i bambini a mangiare la quantità di cui hanno bisogno, tenendo conto del proprio senso di fame e di sazietà.
- **Coinvolgere i genitori, le famiglie e le équipe educative:** i bambini più piccoli dipendono in larga misura dal cibo che viene offerto loro nel contesto familiare o educativo. Ecco perché il coinvolgimento dei genitori e delle équipe educative è fondamentale se si vuole modificare il comportamento alimentare durante l'infanzia.
- **Affrontare i comportamenti modificabili:** porre l'accento su comportamenti o pratiche sulle quali i bambini hanno un certo controllo.
- **Affrontare le motivazioni significative e importanti per i bambini:** le loro motivazioni potrebbero essere, ad esempio, avere abbastanza energia, buone prestazioni fisiche e cognitive, essere forti. I benefici diretti possono essere gli aspetti pratici, il gusto o il costo.
- **Utilizzare metodi attivi e, nel limite del possibile, usare alimenti veri:** le attività di preparazione e degustazione del cibo sono molto efficaci, ma le singole attività devono avere uno scopo preciso, in linea con l'obiettivo dell'intervento. La realizzazione di ricette semplici è un mezzo efficace che contribuisce ad accrescere la motivazione dei bambini e che permette loro di superare le barriere percepite e sviluppare le competenze culinarie. È importante scegliere ricette facili e veloci di modo che ogni bambino si senta coinvolto e partecipe.
- **Veicolare i contenuti tenendo conto del livello di sviluppo cognitivo:** le attività non dovrebbero essere troppo difficili. Dovrebbero essere tuttavia abbastanza stimolanti e invogliare i bambini a partecipare attivamente. L'utilizzo di ricompense, di elementi ludici, di personaggi o storie fantastiche possono essere un ulteriore stimolo per i bambini.
- **Tenere in considerazione le norme sociali e l'influenza del gruppo di pari:** gli interventi in gruppo sono una buona occasione per far riflettere i bambini sulle pressioni esterne che agiscono su di loro (pubblicità, marketing, ecc.), affinché siano in grado di valutare l'influenza dell'ambiente circostante.
- **Integrare la dimensione affettiva:** consentendo ai bambini di fare delle esperienze positive in un ambiente sicuro si permette loro di sviluppare anche l'autostima.
- **Favorire l'autoregolazione cognitiva:** i bambini sono esposti a numerosi fattori esterni che incidono sulle loro scelte alimentari. Gli interventi nutrizionali aiutano i bambini a definire un obiettivo personale, concreto e ragionevole nonché a trovare soluzioni creative per raggiungere tale obiettivo.

- evitare di imporre restrizioni eccessive per determinati cibi;
- evitare di usare il cibo come ricompensa;
- usare ricompense non alimentari (ad es. degli autoadesivi) per incoraggiare i propri figli ad assaggiare determinati alimenti.

È importante che i genitori adottino un comportamento alimentare positivo affinché i loro figli possano imitare tale comportamento. I genitori influenzano l'alimentazione dei propri figli maggiormente attraverso il proprio comportamento che mediante l'imposizione di regole o divieti [7.15].

Giardinaggio

Oltre a promuovere il consumo di frutta e verdura, gli interventi di giardinaggio possono perseguire altri obiettivi pedagogici, rafforzare il senso di comunità o promuovere la sostenibilità e l'attività fisica. Spesso gli interventi di giardinaggio si possono associare ad attività di cucina o di degustazione. In una recente analisi della letteratura, i progetti di giardinaggio scolastico hanno mostrato un impatto modesto ma positivo sulle misure antropometriche e, più in generale, sulla salute dei bambini [7.15, 7.16]. Altri autori hanno riscontrato un effetto positivo sulla preferenza e sul consumo di verdura (ma non di frutta). Inoltre, rispetto ai programmi basati sull'educazione alimentare, i programmi di giardinaggio, oltre ad essere più efficaci nel promuovere la preferenza e il consumo di verdure, presentano effetti collaterali positivi come il «lavoro in gruppo» e la «comprensione di sé» [7.17].

Laboratori di cucina

Le attività pratiche che prevedono il coinvolgimento attivo dei bambini in cucina e nella preparazione dei pasti favoriscono l'esposizione e la familiarizzazione con nuovi alimenti, in particolare frutta e verdura. I laboratori di cucina, oltre a influenzare positivamente le preferenze e il consumo di determinate pietanze, permettono ai bambini di sviluppare competenze di vita come la preparazione del cibo e il senso di autoefficacia [7.15, 7.18-7.21]. Tuttavia, a causa delle scarse evidenze disponibili, non si può trarre alcuna conclusione in relazione alle migliori pratiche di attuazione. Pochi studi hanno analizzato gli effetti a lungo termine dei laboratori di cucina, ma uno studio svizzero realizzato con un campione di oltre 3500 adulti ha evidenziato che la partici-

zione ad attività di cucina durante l'infanzia si traduce, sia per gli uomini che per le donne, in migliori capacità culinarie in età adulta. In entrambi i casi, le migliori capacità culinarie sono state associate a una migliore qualità dell'alimentazione [7.22].

B Modificare l'offerta alimentare, facilitare l'accesso e la disponibilità

Numerosi esperti concordano nel sottolineare l'importanza di creare un ambiente che favorisca le scelte sane nei contesti dove vi sono dei bambini. In questi contesti le scelte più sane dovrebbero essere anche le più facili da prendere. Al centro dell'attenzione vi sono le scuole, i nidi dell'infanzia e altre strutture d'accoglienza. Siccome i bambini trascorrono una parte significativa del loro tempo in questi luoghi si tratta di un modo efficace per raggiungere tutti i bambini, a prescindere dalle loro origini o dalla loro condizione socioeconomica.

Le scuole offrono alimenti e bevande nei ristoranti scolastici, ma anche attraverso eventuali distributori automatici o altri punti di vendita puntuali. In questo contesto si possono attuare diversi interventi, a più livelli:

- ampliamento dell'offerta: distribuzione di frutta, verdura o acqua nelle scuole;
- restrizione dell'offerta: introduzione di standard alimentari per la vendita di cibo e bevande nelle scuole;
- introduzione di regolamenti che definiscano le tipologie di alimenti che possono essere consumati all'interno degli istituti scolastici.

Studi realizzati in diversi paesi sono giunti alla conclusione che gli interventi volti a creare un ambiente alimentare sano sono una misura efficace per migliorare le abitudini alimentari [7.23, 7.24]. In Svizzera, ad esempio, esistono degli standard di qualità per i pasti serviti nei servizi di ristorazione collettiva (cfr. riquadro sottostante). Da uno studio effettuato nelle scuole elementari ginevrine è emerso che i bambini tendono a portare a scuola degli spuntini più sani nelle scuole dove è in vigore un regolamento basato su indicazioni positive (cibi e bevande consentiti) rispetto alle scuole dove il regolamento è basato su divieti o rispetto alle scuole che non hanno un regolamento [7.25]. L'introduzione di un regolamento in materia alimentare talvolta si scontra con l'opinione che l'alimentazione è una questione privata e che misure di questo genere interferiscono



Esempi di programmi in Svizzera

- [Fit4future](#): Questo programma, proposto gratuitamente nelle scuole elementari e destinato a bambini, insegnanti e genitori, mette a disposizione una vasta gamma di strumenti didattici, eventi e materiali sui temi dell'alimentazione, dell'attività fisica come pure laboratori di cucina.
- [Movimento e gusto con l'equilibrio giusto!](#) Questo progetto, destinato alle scuole, oltre a sensibilizzare e formare i docenti, fornisce strumenti e materiali per la realizzazione di attività, coinvolgendo anche i genitori.
- [Nutrikids](#): moduli messi a disposizione dalla Società Svizzera di Nutrizione per l'educazione alimentare dei bambini di età compresa tra i 9 e i 12 anni.
- Materiali didattici relativi al [disco alimentare svizzero](#)
- [Guide-École](#): questo sito offre alle persone attive nel contesto scolastico gli strumenti per attuare nel proprio istituto una politica di promozione della salute completa e coerente, includendo il tema dell'alimentazione. (in francese)
- [PEP – Mangiare insieme](#): progetto destinato alle équipes impegnate nelle strutture di accoglienza e volto a promuovere la creazione di una buona atmosfera a tavola. Attraverso informazioni specializzate e dibattiti moderati da un animatore, il progetto stimola le strutture a rivedere le proprie regole e ad adottare un atteggiamento consono alle esigenze dei bambini. (in tedesco)
- [Schulgarten](#): sostegno didattico e concreto per la pratica del giardinaggio, destinato ai docenti della scuola dell'obbligo. (in tedesco)
- [Senso5](#): materiale didattico per l'educazione alimentare e sensoriale compatibile con il piano di studi romando (PER), destinato ai docenti insegnanti del primo e secondo ciclo (4 a 12 anni). Approccio basato sui 5 sensi e sul piacere alimentare con supporti didattici multisensoriali per l'educazione alimentare in relazione alle diverse materie scolastiche e proponendo la degustazione di vari alimenti in classe. (in francese e tedesco)
- [Znüni](#)box: operatori appositamente formati veicolano messaggi alimentari nell'ambito del servizio di profilassi dentaria. I bambini ricevono una «scatoletta per la merenda», mentre i genitori ricevono una scheda contenente consigli per gli spuntini. (in tedesco)

con la libertà individuale. È quindi importante coinvolgere tutte le parti interessate e attuare le misure in maniera progressiva per ottenere una maggiore accettazione [7.25].

Esistono anche altre misure su larga scala che consentono di creare un ambiente favorevole a un'alimentazione sana ed equilibrata, come ad esempio [7.26]:

- migliorare l'etichettatura degli alimenti con etichette nutrizionali o con le cosiddette etichette a semaforo per agevolare la scelta al momento dell'acquisto;
- limitare le attività di marketing indirizzate al pubblico infantile;
- fare leva su strumenti economici (tasse, sovvenzioni) che favoriscono l'accesso a prodotti sani e riducono l'attrattiva di altri prodotti;
- incoraggiare i produttori a migliorare la composizione nutrizionale dei loro prodotti.



Alcuni esempi

- [Fourchette verte](#): marchio conferito ai servizi di ristorazione che servono un piatto del giorno equilibrato, presente in molti istituti scolastici
- [Standard di qualità](#) per pranzi equilibrati e sostenibili
- [Standard di qualità per la ristorazione collettiva](#), pubblicati dall'Ufficio federale della sicurezza alimentare e di veterinaria
- [Znüni-Määrt](#): offerta di spuntini sani nelle scuole lucernesi almeno una volta a settimana per un mese all'anno (in tedesco)
- Direttive o raccomandazioni per rimuovere i distributori automatici dalle scuole o per modificare l'offerta di tali distributori, ad esempio nel Canton [Vaud](#) o nel Canton [Vallese](#)
- Distribuzione di frutta nelle scuole norvegesi [7.27]

7.5.2 Competenze medial

L'educazione ai media è una componente importante delle competenze alimentari. Sperimentata a partire dall'età di 9 anni, si è rivelata una misura di prevenzione universale efficace al fine di prevenire lo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare. I programmi che prevedono un'analisi critica dei media mirano, tra l'altro, a raggiungere i seguenti obiettivi:

- sensibilizzare in merito ai messaggi veicolati dai media concernenti il peso, il fisico ideale, gli stereotipi di genere e l'oggettificazione del corpo (cfr. [capitolo 5](#), Rapporto 9 [Promozione della salute per e con gli adolescenti e i giovani adulti](#));
- stimolare lo spirito critico in relazione ai messaggi alimentari (diete, ecc.) e alle «fake news» divulgate dai media nonché alle strategie di marketing e alle tecniche di manipolazione usate dai media per creare ideali di bellezza.

L'educazione ai media ha anche dei benefici più ampi, illustrati nel capitolo 5 del Rapporto 9 [Promozione della salute per e con gli adolescenti e i giovani adulti](#) [7.28, 7.29].

7.5.3 Interventi durante la gravidanza e sostegno all'allattamento

L'alimentazione della madre prima e durante la gravidanza influenza la salute del bambino per molti anni [7.30]. Alla luce di questa consapevolezza, si stanno sviluppando sempre più interventi volti a promuovere un'alimentazione equilibrata in questa fase della vita. Questi interventi, finalizzati a promuovere uno stile di vita sano in generale, contribuiscono a migliorare l'apporto alimentare e a contenere l'aumento di peso durante la gravidanza, a prescindere dal fatto che siano associati o meno ad interventi più ampi. Consentono inoltre di ridurre il rischio di macrosomia fetale (peso alla nascita superiore ai 4 kg), anche se è ancora poco chiaro l'effetto che questi interventi possono avere sul rischio che il bambino sviluppi un'obesità nei primi anni di vita [7.31]. Inoltre non è ancora possibile definire con precisione quali sono le modalità più efficaci in termini di intensità, durata, frequenza o metodi di attuazione. Tutti gli interventi basati su un approccio equilibrato risultano essere equivalenti in termini d'efficacia. La consulenza può essere individuale o di gruppo e si può proporre sia nel contesto clinico che in un ambiente familiare [7.32, 7.33]. Quando le donne ricevono un sostegno all'allattamento, si riscontra un aumento della durata dell'al-

lattamento esclusivo (solo latte materno) o completo (latte materno e altri liquidi non nutritivi). Per essere efficace, un sostegno all'allattamento deve comprendere le seguenti caratteristiche [7.34]:

- è proposto da personale formato e si svolge nell'ambito delle cure pre- o postnatali;
- le visite sono programmate affinché le donne sappiano quando è disponibile il sostegno;
- è adeguato al contesto e alle esigenze della popolazione.

Il sostegno può essere offerto da figure professionali o non professionali, ad esempio da pari, o da una combinazione di queste due figure. Le strategie che si basano principalmente su un sostegno «faccia a faccia» offrono migliori possibilità di riuscita con le donne che praticano l'allattamento esclusivo [7.34].

7.5.4 Considerazioni generali sugli interventi

Numerosi esperti raccomandano di combinare tra loro diverse strategie per migliorare l'efficacia degli interventi volti a promuovere un'alimentazione equilibrata. Un intervento di educazione alimentare potrebbe, ad esempio, essere completato da misure di sostegno sociale a livello familiare. In ambito scolastico, l'intervento potrebbe prevedere la collaborazione tra insegnanti e figure specializzate esterne alla scuola, mentre un programma educativo potrebbe risultare più efficace se fosse associato a un cambiamento dell'ambiente [7.35]. È stato inoltre appurato che gli interventi con componenti multiple si sono rivelati più efficaci nell'incrementare il consumo di frutta e verdura nei bambini al di sotto dei cinque anni [7.36].

La premessa per lo sviluppo di nuovi interventi dovrebbe essere la disponibilità delle risorse e dei finanziamenti necessari allo svolgimento di una valutazione, al fine di poter trarre il massimo vantaggio



Lista di orientamento di Promozione Salute Svizzera

La [lista di orientamento](#) di Promozione Salute Svizzera è una pubblicazione periodica che fornisce una panoramica di misure e progetti, validi e attuali, realizzati nel campo della promozione della salute. La raccolta comprende misure attuate ai livelli interventi, policy, messa in rete e comunicazione.

dai singoli interventi. La valutazione, inoltre, non dovrebbe solo considerare il comportamento alimentare come unico criterio di successo, ma dovrebbe anche tenere conto di altri fattori quali lo sviluppo delle competenze di vita o del senso di autoefficacia.

7.6 Pari opportunità nella promozione dell'alimentazione equilibrata

L'obesità, che costituisce un importante fattore di rischio per l'insorgenza di malattie croniche, colpisce in misura sproporzionata le persone con uno statuto socioeconomico basso [7.37]. Uno studio svizzero ha dimostrato che l'alimentazione squilibrata è una delle cause all'origine dell'obesità, ma che vi sono anche altri fattori in gioco [7.38]. I sottogruppi della popolazione che vivono in una condizione di svantaggio sociale devono superare numerosi ostacoli per poter seguire un'alimentazione sana [7.39] ed è importante tenere conto di questo aspetto nell'ambito della realizzazione degli interventi.

Le misure strutturali volte a promuovere l'alimentazione equilibrata hanno il pregio di riuscire a raggiungere tutta la popolazione e risultare particolarmente efficaci per i gruppi della popolazione con uno statuto socioeconomico basso. È stato dimostrato che gli interventi realizzati nelle scuole o nelle strutture d'accoglienza per l'infanzia consentono di raggiungere i bambini in condizione di svantaggio sociale, in particolare i progetti che mirano a migliorare l'offerta alimentare all'interno dell'istituto stesso o a integrare le misure di promozione dell'alimentazione equilibrata nel piano di studi o nel concetto pedagogico [7.40]. Le misure risultano inoltre essere più efficaci se sono combinate a interventi realizzati a livello individuale. Da qui l'importanza di combinare tra loro misure comportamentali e misure strutturali [7.40].

La definizione di un gruppo target specifico e la partecipazione del gruppo target allo sviluppo e alla realizzazione del progetto sono ulteriori fattori di successo. Anche il coinvolgimento dei genitori è importante, in particolare nel quadro di progetti che mirano a modificare le abitudini alimentari dei bambini provenienti da contesti di svantaggio socioeconomico. Uno studio recente ha dimostrato che un elevato livello di stress e un umore depressivo durante la giornata possono influenzare le pratiche educative che i genitori mettono in atto alla sera con i figli, ad esempio insistendo affinché mangino oppure servendo loro cibi pronti [7.41].

Gli interventi che mirano a promuovere il ruolo dei genitori quale modello di riferimento si sono rivelati particolarmente efficaci in questo ambito. Il successo dipende essenzialmente dai seguenti criteri [7.40]:

- Utilizzare approcci educativi:
 - basati su tecniche comportamentali;
 - che favoriscono l'acquisizione di capacità concrete come le abilità culinarie o le capacità comunicative;
 - che favoriscono l'apprendimento sulla base di esempi (vignette) che illustrano situazioni e soluzioni concrete.
- Realizzare gli interventi nei Comuni, nelle famiglie, negli studi pediatrici o nelle strutture di accoglienza.
- Proporre alle madri la consulenza sull'allattamento e sullo svezzamento durante la gravidanza o subito dopo il parto.
- Mettere l'accento contemporaneamente su più temi, aiutare le persone a definire degli obiettivi, promuovere i contatti sociali e informare su altre offerte di sostegno disponibili.

Tra le misure di promozione delle competenze alimentari, gli interventi che prevedono lo svolgimento di laboratori di cucina risultano essere promettenti al fine di migliorare l'alimentazione dei bambini provenienti da fasce della popolazione a basso reddito [7.42]. Per agevolare l'accesso dei genitori ai programmi di educazione alimentare, bisogna puntare su materiali didattici visivi (redatti per lettori con scarse competenze di salute) e su immagini di cibi (reali, fittizi o confezioni alimentari).

Nel quadro della promozione di un'alimentazione equilibrata e nell'ottica delle pari opportunità, vi sono altri tre aspetti importanti da tenere in considerazione. In primo luogo, occorre tenere presente che le abitudini alimentari sono profondamente legate alla cultura d'origine. Nessuno deve essere costretto a scegliere tra la propria cultura e la propria salute. Le competenze culturali sono quindi fondamentali nell'ambito dello sviluppo di misure volte a promuovere un'alimentazione equilibrata [7.43]. In secondo luogo, la promozione delle competenze alimentari, in particolare lo sviluppo delle competenze culinarie, può essere considerato un mezzo per contrastare gli stereotipi di genere e la ripartizione iniqua del lavoro domestico tra uomini e donne [7.44]. Da ultimo, l'insicurezza alimentare è una realtà della quale bisogna tenere conto nell'ambito degli

interventi volti a promuovere un'alimentazione equilibrata [7.45], ad esempio:

- mettendo a disposizione informazioni sulle offerte di sostegno disponibili nella regione;
- usando alimenti di stagione, ma anche frutta e verdura surgelata o in conserva;
- insegnando ai genitori come pianificare dei menù e fare la lista della spesa;
- proponendo delle ricette a base di uova o legumi;
- promuovendo il consumo di acqua del rubinetto.



Alcuni esempi

- **Femmes-Tische e Hommes-Tische:** programma destinato a persone provenienti da un contesto socioeconomico svantaggiato e/o con un passato migratorio che affronta, nell'ambito di gruppi di parola, diverse tematiche, tra cui l'alimentazione. (in francese)
- **Mamamundo:** corso di preparazione al parto alla presenza di interpreti interculturali che affronta, tra le altre cose, anche il tema dell'alimentazione.
- **Miges Balù:** misura di sostegno proposta nei consultori genitori-bambino con mediatori interculturali per promuovere, tra le altre cose, un'alimentazione equilibrata fin dalla nascita nelle famiglie provenienti da un contesto migratorio.
- **Bien manger à petit prix:** progetto che mira a promuovere le competenze alimentari, in particolare un'alimentazione equilibrata a basso prezzo nel quotidiano grazie all'offerta di materiali gratuiti.
- Sito web «**Gut, gesund und günstig essen**»: promozione delle competenze alimentari nel quotidiano grazie alla disponibilità di materiali gratuiti.
- Ricettario «**Mangiare bene spendendo poco**»



Per saperne di più

Rapporto [Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione in Svizzera. Definizioni, introduzione teorica, raccomandazioni per la prassi](#), redatto da D. Weber. Berna: PSCH, UFSP, CDS (2020)

7.7 Conclusioni

Per promuovere abitudini alimentari sane ed equilibrate in età infantile, gli esperti hanno identificato quattro tematiche chiave [7.46] che possono essere messe in pratica sia nel contesto familiare che nelle strutture di accoglienza per l'infanzia:

- **Educazione alimentare positiva:** evitare le restrizioni alimentari, permettere ai bambini di fare le proprie scelte, incoraggiarli ad assaggiare e a regolare le dimensioni delle loro porzioni.
- **Mangiare insieme:** promuovere la socializzazione alimentare attraverso il consumo di pasti in famiglia o in gruppi regolari, proporre ai bambini modelli di riferimento positivi ed esempi di comportamenti sani.
- **Ambiente alimentare sano:** favorire la disponibilità e l'accessibilità di cibi sani e promuovere i comportamenti favorevoli alla salute, in particolare nelle scuole, negli asili nido e in altre strutture d'accoglienza, allo scopo di promuovere le pari opportunità.
- **Piacere di mangiare:** associare l'alimentazione sana al piacere attraverso l'esposizione ripetuta a alimenti sani, pasti all'insegna della convivialità nonché attraverso la promozione di idee e atteggiamenti positivi verso il cibo sano.

In conclusione, il modello di divisione delle responsabilità di Ellyn Satter riassume bene gli elementi principali del presente capitolo. Rappresenta una guida preziosa che si può rivelare utile anche nella discussione con i genitori o con gli educatori. Il modello stabilisce che la persona adulta è responsabile di quale cibo viene proposto da mangiare (cosa) ed è garante delle condizioni quadro (quando e dove si mangia), mentre il bambino può decidere quanto vuole mangiare e cosa vuole assaggiare. In relazione a quest'ultimo punto, l'idea di fondo è di incoraggiare il bambino ad assaggiare tutto, ma senza costrizioni [7.47]. Le persone adulte o le équipes educative hanno quindi la responsabilità di mettere a disposizione cibi sani e di incoraggiare un'alimentazione equilibrata, in un clima di calore emotivo e di sensibilità, ma senza forzare i bambini al consumo. I bambini, dal canto loro, possono decidere quanto vogliono mangiare. Queste pratiche favoriscono lo sviluppo del gusto e del piacere di mangiare, promuovono un regime alimentare vario ed equilibrato e al tempo stesso permettono ai bambini di sviluppare un senso di autoregolazione.

8 Promozione della salute psichica

• **Edouard Gentaz**, Università di Ginevra

8.1 La salute psichica nell'infanzia (0-12 anni) in Svizzera

L'OMS definisce la salute mentale come «uno stato di benessere nel quale una persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità» [8.1]. Questa definizione concerne principalmente le persone adulte, ma si può applicare anche ai bambini e alle caratteristiche specifiche del loro ambiente. Il termine «stato» non deve essere inteso come un elemento statico, bensì come un processo complesso, mutevole e dinamico, influenzato sia dalle caratteristiche individuali sia, in misura non trascurabile, da fattori esogeni come le condizioni sociali e il contesto nel quale vivono le persone. La salute psichica si manifesta attraverso il benessere emotivo, l'autostima, la soddisfazione, le prestazioni nonché la capacità di partecipare alla vita sociale e di coltivare relazioni sociali appaganti.

La salute psichica deriva dalla capacità di mobilitare risorse interne ed esterne per affrontare le molteplici esigenze e difficoltà che si incontrano quotidianamente e nel corso della vita [8.2].

In Svizzera sono disponibili pochi dati rappresentativi sulla salute psichica in età infantile. Non esistono indagini periodiche che valutano la qualità di vita o il grado di soddisfazione per la propria vita, l'energia e la vitalità, il senso di padronanza e il senso di autoefficacia per un campione rappresentativo della popolazione di età compresa tra 0 e 10 anni in Svizzera.

Il benessere dei bambini può essere valutato indirettamente attraverso un'analisi del loro stato di salute generale [8.3]. Nel 2017, i genitori del 98% dei bambini di età compresa tra 0 e 10 anni hanno valutato il loro stato di salute generale come buono o molto buono/eccellente.

Non esistono dati recenti rappresentativi per il contesto svizzero relativi ai tassi di prevalenza dei disturbi psichici durante l'infanzia. Gli unici dati disponibili, che l'Osservatorio svizzero della salute ha analizzato nel suo Rapporto nazionale [8.3], provengono da studi internazionali (tabella 8.1).

TABELLA 8.1

Percentuali relative alla prima comparsa dei disturbi psichici (selezione) secondo la fascia d'età

(dati sulla prevalenza attinti da studi internazionali; estratto dalla T5.2 [8.3])

Diagnosi	1-5 anni	6-9 anni	10-13 anni
Disturbo di regolazione (pianto eccessivo, disturbi legati al sonno e all'alimentazione)	>24 %	<1 %	<1 %
Disturbo dell'attaccamento	>24 %	<1 %	<1 %
Disturbo dello spettro autistico	>24 %	<1 %	<1 %
ADD/ADHD	10-24 %	>24 %	10-24 %
Disturbo d'ansia	1-10 %	>24 %	10-24 %
Disturbo del comportamento/disturbo oppositivo provocatorio	1-10 %	10-24 %	>24 %
Depressione grave	1-10 %	1-10 %	1-10 %
Disturbo legato al consumo di sostanze psicotrope	1-10 %	1-10 %	1-10 %
Disturbo ossessivo-compulsivo	<1 %	1-10 %	1-10 %
Anoressia mentale e bulimia	<1 %	<1 %	>24 %

I risultati della [tabella 8.1](#) indicano che l'età in cui compaiono i primi sintomi dipende dal tipo di disturbo psichico: i disturbi di regolazione si presentano principalmente nella prima infanzia (1-5 anni), i disturbi d'ansia tra i 6 e i 9 anni, mentre i disturbi del comportamento sociale e i disturbi oppositivi si manifestano tra i 6 e i 13 anni.

Esistono alcuni dati recenti sull'«instabilità psichica» in età infantile, ottenuti a partire da questionari o scale di valutazione compilati dai genitori. Nel 2014, lo studio Swiss Preschoolers' Health Study (SPLASHY), al quale hanno partecipato genitori di cinque Cantoni svizzeri (Argovia, Berna, Friburgo, Vaud e Zurigo), ha appurato che circa il 7% dei bambini di età compresa tra 2 e 6 anni (n = 511) presenta segni di instabilità psichica [8.4]: secondo le indicazioni dei genitori l'8,2% dei bambini ha problemi con i propri compagni, il 7,6% presenta disturbi del comportamento, il 5,3% iperattività e il 4,3% problemi emotivi. Dopo 12 mesi i problemi persistono solo nel 3% dei 383 bambini che ancora partecipano allo studio. I risultati indicano che esiste un legame significativo tra questi disturbi del comportamento e il basso livello socioeconomico dei genitori, uno stile educativo incoerente e l'uso di punizioni corporali. Questi risultati sono analoghi ai dati osservati in altri paesi europei. Nell'ambito dell'Indagine sulla salute in Svizzera, realizzata nel 2017, i genitori hanno dichiarato che il 7,6% dei bambini da 0 a 10 anni soffre di instabilità psichica, il 5,9% presenta segni di iperattività, il 2,3% problemi comportamentali mentre lo 0,9% manifesta problemi di natura emotiva [8.2].



La salute psichica dei bambini in Svizzera durante la pandemia di Covid-19

La pandemia di Covid-19 e le misure adottate per tutelare la salute pubblica hanno cambiato radicalmente la vita quotidiana e le interazioni sociali, con importanti conseguenze per la salute psichica della popolazione. Secondo un rapporto dell'UFSP, pubblicato nel 2021 [8.5], le giovani generazioni sono state maggiormente colpite dalle conseguenze psicologiche della pandemia rispetto alla popolazione in età avanzata. Nei bambini più piccoli l'accresciuto carico di stress tende a tradursi in problemi comportamentali, mentre tra i bambini più grandi e gli adolescenti risultano essere più frequenti i sintomi di depressione e ansietà. Nella prima infanzia il benessere è fortemente influenzato dalla situazione familiare e dalla resilienza dei genitori di fronte allo stress. Il rapporto sottolinea il forte aumento del numero di ricoveri nei reparti ospedalieri di pedopsichiatria e mette in evidenza il consenso generale degli esperti riguardo alla necessità di intervenire a livello di presa a carico delle giovani generazioni [8.5]. Questi risultati preliminari sono stati in gran parte confermati da studi più recenti relativi a bambini e adolescenti [8.6].



Ulteriori informazioni sul tema del coronavirus

- Foglio di lavoro 56: [Impatto della pandemia del coronavirus sulla promozione della salute](#)
- Foglio di lavoro 52: [Impatto della pandemia di coronavirus sui limiti e sulle risorse della popolazione in materia di salute](#)

8.2 Lo sviluppo psicologico del bambino e l'ambiente in età infantile

Uno degli obiettivi delle ricerche internazionali consiste nell'identificare i principali determinanti della salute psichica dei soggetti in età evolutiva, mettendo in evidenza la presenza di legami significativi tra la salute psichica e i cosiddetti «fattori di protezione o di rischio». I determinanti, che si influenzano reciprocamente e in maniera dinamica, possono avere un effetto benefico o nocivo sulla salute psichica dei bambini durante lo sviluppo.

Se, da un lato, mancano ancora le conoscenze relative alla natura dei processi psico-fisiologici che fanno sì che certi bambini si avvicinino al campo dei disturbi psichici mentre altri risultino essere resilienti, dall'altro si conoscono bene le tempistiche dei diversi fattori di protezione e di rischio e i loro effetti sulla traiettoria evolutiva [8.7]. Uno dei principali fattori di rischio per la salute psichica in età infantile è la presenza di un disturbo psichiatrico dei genitori. Tuttavia non sono solo i fattori genetici che svolgono un ruolo chiave nei diversi meccanismi di trasmissione del rischio in relazione ai disturbi psichiatrici. Anche la qualità dell'ambiente sociale e le prime esperienze relazionali del bambino giocano un ruolo cruciale nel suo sviluppo e nella personalizzazione della sua traiettoria evolutiva. La vulnerabilità neurobiologica, da un lato, e l'ambiente educativo e socioculturale dall'altro, non sono due dimensioni indipendenti. Al contrario, questi due fattori si influenzano reciprocamente, con dinamiche complesse nelle diverse fasi della vita [8.8].

Ogni fase dello sviluppo infantile ha le proprie caratteristiche, un suo contesto ambientale e sfide specifiche che si possono ripercuotere sulla salute psichica.

La prima infanzia è un periodo particolarmente sensibile per l'apprendimento e lo sviluppo psicologico, anche se l'essere umano ha a disposizione una lunga finestra temporale in termini di plasticità cerebrale che gli consente di imparare per tutta la vita. Un ambiente «impoverito» o poco stimolante sul piano cognitivo, affettivo e sociale in questo periodo «sensibile» dello sviluppo può avere conseguenze negative sul piano psicologico e neuronale [8.9]. Tali conseguenze possono essere attenuate se si interviene in età precoce compensando le lacune [8.10]. Durante i primi anni di vita il rapporto genitore-figlio è particolarmente importante per lo sviluppo psico-

logico del bambino [8.11, 8.12]. Occorre tenere presente che i modelli familiari sono cambiati significativamente dal 1970: è aumentato il numero di famiglie monoparentali o ricostituite, mentre è diminuito il numero di figli per famiglia [8.3].

La prima infanzia può anche essere l'occasione per il bambino di essere accolto in un contesto extrafamiliare. Un rapporto dell'UNICEF [8.13] definisce l'accoglienza complementare alla famiglia come una «rivoluzione» poiché «questa generazione è la prima in cui la maggioranza dei bambini trascorre gran parte della prima infanzia in una struttura d'accoglienza esterna alla famiglia». Nei 150 anni di esistenza in Svizzera, gli istituti per la prima infanzia hanno vissuto una costante evoluzione in termini istituzionali, finanziari e politici [8.14]. Se nel 1963 circa il 2% dei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni frequentava un asilo nido nella città di Ginevra, oggi le strutture di accoglienza accolgono il 39% della popolazione tra 0 e 4 anni [8.15]. L'aspetto educativo nelle strutture di accoglienza per la prima infanzia è legato al concetto di «qualità» [8.13, 8.16, 8.17]. Diversi rapporti di organizzazioni internazionali mettono l'accento sul fatto che la qualità dell'accoglienza extrafamiliare incide in modo determinante sulle possibilità e sulle opportunità dei bambini e contribuisce al loro sviluppo psicologico (sensomotorio, cognitivo, linguistico, emotivo e sociale).

In sintesi, la prima infanzia è ampiamente riconosciuta come una tappa della vita nel corso della quale si possono dare impulsi decisivi allo sviluppo sensomotorio, cognitivo, linguistico, emotivo e sociale del bambino [8.18]. Le caratteristiche delle diverse forme di accoglienza extrafamiliare possono anche contribuire in maniera determinante allo sviluppo psicologico dei bambini.

Naturalmente anche le scuole dell'obbligo sono importanti per la salute psichica nell'infanzia, poiché tutti i bambini, a prescindere dall'estrazione sociale, vi trascorrono una parte importante del loro tempo. La maggior parte dei contatti sociali con i coetanei avviene nel contesto scolastico. I bambini e gli adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 15 anni valutano il clima in classe come soddisfacente e positivo [8.19], mentre nella fascia d'età 11-13 anni, il 70% dei bambini considera i docenti come persone di fiducia e di sostegno fondamentali, a fianco dei genitori [8.19]. Questo studio presenta i risultati per fascia d'età senza fornire dati precisi per ogni singola età.

Un altro fattore che incide sulla salute psichica nell'infanzia è l'ambiente socioeconomico del bambino. Lo stesso è riconducibile in ampia misura allo statuto socioeconomico dei genitori, che si può misurare in base al livello di formazione, alla professione e al reddito. In genere, le persone con uno statuto socioeconomico basso tendono ad avere una salute psichica meno buona e presentano un rischio più elevato di sviluppare una malattia psichica. Le disparità sociali interagiscono fortemente anche con le caratteristiche dell'ambiente di vita individuale. Piketty [8.20] osserva che la distribuzione della ricchezza è sempre più ingiusta nel mondo. In Svizzera, nel 2014 circa il 5% dei bambini viveva in famiglie esposte al rischio di povertà, con un tasso che sale al 15% tra le famiglie monoparentali. Altri fattori di rischio per la povertà infantile in Svizzera sono le famiglie numerose (tre o più figli), il passato migratorio, genitori senza formazione post-obbligatoria o attività professionale [8.21].

8.3 Come si può promuovere o rafforzare la salute psichica dei bambini?

Lo stato di salute psichica dei bambini durante lo sviluppo dipende dalla loro capacità di mobilitare le risorse interne (proprie) ed esterne (famiglia, figure professionali, ecc.). L'infanzia è un periodo ideale per adottare comportamenti «salutogenici». È quindi fondamentale sviluppare e rafforzare tali risorse a diversi livelli. Vi sono numerose dimensioni (comprovate dalla ricerca) sulle quali si può intervenire per promuovere e rafforzare queste risorse e, di conseguenza, la salute psichica dei bambini. In genere, per ragioni di carattere scientifico e pedagogico, si tende a descrivere queste dimensioni in maniera analitica, ma è evidente che interagiscono tra loro in termini di effetti e che bisogna considerarle con un approccio sistemico (figura 8.1).

8.3.1 Le risorse interne

A Sviluppare le competenze emotive

Il termine competenze emotive fa riferimento generalmente al modo in cui le persone identificano, comprendono o regolano le emozioni [8.22].

- 1) La capacità di percepire e riconoscere le espressioni facciali legate alle emozioni (gioia, sorpresa, paura, collera, disgusto, tristezza) si manifesta nel primo anno di vita [8.23]. A partire dai 2 anni, il bambino è in grado di effettuare una prima categorizzazione verbale di alcune emozioni di base. In seguito, tale capacità di categorizzazione continua a evolvere e il bambino è in grado di riconoscere e categorizzare un numero crescente di emozioni in modo sempre più dettagliato.
- 2) La comprensione del linguaggio emotivo, degli indici situazionali, fisiologici e mentali che permettono a qualcuno di riconoscere un'emozione e le situazioni che possono generare delle emozioni migliora progressivamente con l'età [8.24]. A partire dai 2 anni, il bambino inizia a comprendere gli effetti che i fattori esterni e alcuni ricordi di eventi hanno sulle emozioni. A partire dai 5 anni, inizia a fare una distinzione tra l'apparenza e la realtà di un'emozione. A partire dagli 8-9 anni, il bambino comprende l'influenza che le regole morali possono avere su alcune emozioni, come il senso di colpa che insorge a seguito di un'azione moralmente riprovevole.
- 3) La capacità di regolare le emozioni permette a un soggetto di modificare la natura, l'intensità, la durata o la componente espressiva delle proprie emozioni [8.25]. Nel primo anno di vita, i neonati dispongono di pochi meccanismi come la stimolazione tattile o distogliere lo sguardo per attenuare gli stati emotivi negativi. A quest'età i bambini dipendono in larga misura dagli adulti per regolare le proprie emozioni. Dai 3 ai 6 anni, i bambini sviluppano la capacità di generare emozioni e mascherare o contenere le proprie espressioni in alcune circostanze. In questo periodo, che precede l'ingresso a scuola, sviluppano anche il repertorio linguistico e imparano a pensare e a parlare delle proprie emozioni. In età scolastica, lo sviluppo delle abilità cognitive e del controllo dell'attenzione è importante per lo sviluppo delle capacità di regolazione. Con l'età, i bambini iniziano a percepire la presenza

di un nesso tra i loro sforzi di regolazione e la modulazione delle loro emozioni. In seguito, durante la preadolescenza saranno in grado di implementare strategie di regolazione specifiche come la risoluzione di problemi, la ricerca di sostegno, la distrazione o la rivalutazione [8.26].

Le competenze emotive rappresentano un insieme di risorse efficaci e funzionali che permettono alle persone di adattarsi all'ambiente circostante [8.22, 8.27]. Un elevato livello di competenze emotive è correlato a un basso tasso di disturbi psichici e somatici; le competenze emotive sono associate positivamente ai comportamenti prosociali e negativamente ai comportamenti antisociali. Infine, i bambini che dispongono di buone competenze emotive tendono ad avere un migliore rendimento scolastico [8.28].

Le competenze emotive sono fondamentali per lo sviluppo psicologico del bambino e devono essere oggetto di un apprendimento e di un insegnamento esplicito nelle scuole fin dai primi anni [8.29-8.32]. Tra le competenze emotive, la **«conoscenza delle emozioni»** contribuisce in maniera determinante alla futura riuscita scolastica e a un'interazione sociale adeguata. Nei primi anni di scuola, la «conoscenza delle emozioni» è generalmente definita come la capacità di riconoscere le emozioni, le espressioni facciali legate alle stesse e di identificare le situazioni che generano delle emozioni. Uno studio longitudinale ha appurato che le conoscenze relative alle emozioni, misurate a 5 anni, permettono di prevedere quali saranno le competenze sociali e scolastiche a 9 anni [8.33]. Anche l'**attività motoria**, in particolare nel contesto del gioco (cfr. seguito e [capitolo 9](#)) può incidere sullo sviluppo delle capacità di comprensione delle emozioni, sul comportamento sociale e, di conseguenza, sul rendimento scolastico. Oltre ad avere un impatto sulle capacità cognitive e sui risultati scolastici [8.34], l'attività motoria sembra favorire la regolazione delle emozioni nei bambini più piccoli [8.35]. Risultati recenti osservati in giovani allievi, di età compresa tra i 3 e i 6 anni, rivelano che l'ottenimento di punteggi elevati nei test che valutano la conoscenza delle emozioni, l'attività motoria e il comportamento sociale è associato a un migliore rendimento in matematica in futuro [8.36].

Considerata l'importanza delle competenze emotive per lo sviluppo del bambino, diversi studi hanno tentato di elaborare dei programmi di promozione delle competenze emotive al fine di favorire lo sviluppo di tali competenze nei bambini [8.37-8.39].

Educare o insegnare coinvolge le **emozioni delle figure professionali** (educatori, insegnanti), implica la comprensione delle emozioni degli allievi nonché l'insegnamento delle emozioni in quanto oggetto di apprendimento. Prima di essere in grado di rafforzare in maniera efficace le competenze emotive degli allievi, i docenti devono sviluppare le proprie competenze emotive, in particolare per imparare a lasciare spazio alle emozioni, evitare che interferiscano con l'insegnamento, ascoltare le emozioni con empatia o gestire qualsiasi forma di contagio emotivo. Gli insegnanti con un livello più elevato di competenze socio-emotive riescono a gestire la classe in maniera più efficace, usano in maniera più abile le espressioni emotive e il sostegno verbale per promuovere il piacere di imparare nonché per gestire il comportamento degli allievi. Più in generale, rafforzare le competenze emotive degli insegnanti, oltre a migliorare le loro pratiche educative, potrebbe contribuire allo sviluppo delle competenze emotive del bambino [8.29] (cfr. anche la [piattaforma di informazione](#)).

B Promuovere il gioco, nelle sue diverse forme

Negli ultimi decenni, sono cambiate radicalmente le condizioni di vita socioculturali dei bambini e si osserva in particolare una diminuzione progressiva del tempo dedicato al gioco [8.40]. L'utilizzo precoce delle nuove tecnologie dell'informazione, la diminuzione delle interazioni tra bambini di età differenti (un fatto questo che ostacola la naturale trasmissione delle attività ludiche da una generazione di bambini all'altra), la riduzione della partecipazione delle persone adulte all'educazione dei bambini e l'aumento del tempo passato a praticare attività strutturate dopo la scuola invece di giocare liberamente all'aria aperta sono tutti fattori che possono spiegare la diminuzione del tempo dedicato al gioco. Nel [capitolo 9](#) del presente documento, Wittgenstein mette in luce questa tendenza soprattutto in relazione alla prima infanzia. Il gioco occupa un posto importante nella vita di un bambino. L'attività ludica permette al bambino di dare un senso al mondo che

lo circonda e di sviluppare delle conoscenze. Per Wittgenstein, il gioco è una porta d'accesso fondamentale per promuovere la salute psichica. Il gioco fornisce al bambino l'occasione di controllare ciò che succede e ciò che sa [8.40]. Soprattutto sul piano affettivo, i bambini di età compresa tra i 3 e i 5 anni presentano un benessere emotivo accresciuto se percepiscono un'attività come un gioco [8.41]. Le ricerche indicano che il gioco ha un effetto significativo sullo sviluppo cognitivo, linguistico e sociale del bambino [8.42]. Il gioco contribuisce ai progressi compiuti nel corso dello sviluppo precoce in quanto permette di ridurre le difficoltà legate alla scolarizzazione, a problemi di carattere linguistico nonché le difficoltà socio-emotive.

Esistono diverse forme di gioco, con funzioni diverse, che i bambini con uno sviluppo tipico mobilitano «spontaneamente» durante il loro percorso di sviluppo:

Il **gioco d'esercizio** (toccare gli oggetti, manipolarli, farli cadere, ripetere dei movimenti o dei suoni, ecc.), tipico dei primi due anni di vita, caratterizza la fase dello sviluppo preverbale. Questa forma di gioco permette al bambino di esplorare l'ambiente che lo circonda e di sperimentare diversi movimenti, favorendo la scoperta del proprio corpo. Quando il bambino fa questi esercizi insieme a una persona adulta, impara anche ad interagire con l'adulto, spesso in maniera cooperativa.

I **giochi di movimento** (correre, saltare, arrampicarsi, inseguirsi, spingersi, azzuffarsi, ecc.), il cui numero aumenta progressivamente da 1 a 5 anni con un picco verso i 4-5 anni (per i giochi fisici in particolare), possono assumere una connotazione sociale (con i genitori o i pari) o solitaria. I giochi di movimento presentano diversi benefici sul piano psicologico; il gioco della «lotta», in particolare, influenza l'espressività emotiva e la regolazione delle emozioni nei bambini in età prescolare.

I **giochi di costruzione** (frequenti nei bambini di età compresa tra i 3 e i 6 anni) si riferiscono all'utilizzo di materiali per costruire o creare un oggetto, come blocchi o mattoncini da assemblare o paste da modellare. Questi giochi, oltre a favorire lo sviluppo sensomotorio, contribuiscono allo sviluppo delle capacità prosociali quando si gioca in gruppo.

Il **gioco di finzione**, detto anche gioco simbolico, è una forma di gioco che il bambino applica anche nei giochi di costruzione. Il bambino mette in atto un comportamento simulato, simbolico, facendo «finta che». In questa forma di gioco, le azioni (mimare i gesti di una persona che beve un tè), gli oggetti (un pezzo di carta che diventa un biglietto per entrare in un museo) e le verbalizzazioni (*ding-dong* rappresenta il suono di una campanella) assumono un significato figurato. Il gioco di finzione può anche assumere una forma più elaborata quando implica un gioco di ruolo e la partecipazione di più persone. Il gioco di finzione contribuisce allo sviluppo dell'auto-regolazione, favorisce il decentramento nonché lo sviluppo delle funzioni cognitive (attenzione, memorizzazione, pianificazione, flessibilità mentale). Questo gioco rappresenta anche un contesto privilegiato in cui il bambino può sperimentare emozioni complesse in un ambiente sicuro, senza esporsi alle conseguenze del mondo reale. Sono stati osservati numerosi effetti benefici del gioco di finzione sullo sviluppo dei bambini piccoli, in particolare in relazione alle loro capacità di regolazione emotiva [8.43]. Giocare regolarmente con un compagno di gioco più esperto (come un genitore) favorisce l'empatia e l'autoconsapevolezza emotiva nelle interazioni quotidiane (cfr. riquadro seguente).

L'ultima categoria di gioco è il **gioco con regole**. Le regole costituiscono dei simboli derivanti dai contratti sociali. In questa forma di gioco non è il bambino a creare le regole e ad adattare in funzione dell'evoluzione del suo gioco, come succede nel gioco di finzione. Nel gioco con regole il bambino deve accettare delle regole predefinite e adeguarsi. Al tempo stesso impara che le regole sono necessarie per il funzionamento sociale.

L'adulto ha un ruolo fondamentale nel promuovere le diverse forme di gioco. È importante ricordare che l'adulto può intervenire nel gioco in quattro modi diversi [8.44, 8.45].

- Il primo modo è «far fare»: l'adulto dice al bambino cosa fare, pilota l'attività, definisce le regole e i compiti e arbitra il gioco.
- La seconda forma di intervento è «fare con»: l'adulto gioca con il bambino, mettendosi al suo livello.



Esempio di una ricerca-intervento volta a sviluppare le competenze socio-emotive in bambini di età compresa tra i 5 e i 6 anni nel contesto scolastico del Canton Vallese

Nell'ambito di questa ricerca sono stati valutati gli effetti di un programma educativo basato sul gioco di finzione e finalizzato a promuovere lo sviluppo delle competenze socio-emotive nelle scuole vallesane [8.46, 8.47]. Il programma, che mirava a sviluppare delle competenze socio-emotive predefinite, prevedeva delle sessioni di gioco di finzione alternate a fasi di insegnamento/apprendimento più sistematiche. I docenti che hanno partecipato al programma hanno frequentato una formazione della durata di circa 20 ore. Il programma prevedeva undici sessioni di 60 minuti circa, al ritmo di una sessione a settimana per classe (gruppo sperimentale), mentre un altro gruppo di allievi (gruppo di controllo) seguiva il programma scolastico normale, che prevedeva anche il gioco di finzione, ma senza un intervento specifico in classe. Il programma è stato valutato in tre tappe:

- 1) valutazione della fattibilità con un piccolo campione [8.46];
- 2) valutazione degli impatti presso un gruppo di 79 allievi del secondo anno Harnos [8.47];
- 3) valutazione degli impatti presso un campione di 180 allievi nonché valutazione del grado di attuazione nelle classi [8.48].

Nel complesso, i risultati indicano che è possibile formare gli insegnanti a lavorare con il gioco di finzione nel contesto scolastico, attuando un programma che si è rivelato efficace. A seguito dell'intervento è stato osservato un miglioramento della capacità di comprendere le proprie emozioni in misura maggiore negli insegnanti del gruppo sperimentale rispetto a quelli che non hanno beneficiato delle misure dell'intervento [8.49].

- La terza forma di intervento consiste nel «dare da fare»: dopo aver predisposto il materiale per il gioco in un contesto sicuro, l'adulto si mette in disparte durante il gioco stesso. L'adulto allestisce dei laboratori, degli spazi, ma non guida l'attività. Il bambino gioca da solo e si arrangia.
- Il quarto tipo di intervento consiste nel «lasciar fare»: l'adulto non interviene, se non per garantire la sicurezza del bambino.

La combinazione di queste quattro forme di intervento da parte degli adulti è indispensabile. Le differenze risiedono nel dosaggio, che rappresenta il «marcatore» dello stile educativo dell'adulto come pure dello sviluppo e delle capacità del bambino. Il dosaggio delle diverse forme di intervento varia in funzione dell'età del bambino, del suo sviluppo e del contesto; inoltre evolve con il tempo e in base all'esperienza dell'adulto.

C Attuare interventi basati sulla consapevolezza (*mindfulness*)

Negli ultimi 15 anni circa, diversi studi si sono interessati agli effetti che gli interventi basati sulla consapevolezza producono sulla salute fisica e psicologica, sul benessere nonché sulle competenze cognitive, sociali o emotive dei bambini. La *mindfulness* (in italiano piena consapevolezza o attenzione consapevole) è definita come uno stato di consapevolezza che si raggiunge prestando attenzione alla realtà nel momento presente, in maniera intenzionale e non giudicante [8.50]. I ricercatori hanno adattato i programmi basati sulla consapevolezza originariamente concepiti per le persone adulte, come i programmi per la riduzione dello stress *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR; [8.50]) e i programmi di terapia cognitiva *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT), per poterli proporre a un pubblico infantile. Gli interventi e gli esercizi sono commisurati al livello di sviluppo psicologico del bambino.

Più recentemente questo interesse si è esteso al settore della scuola, con diverse ricerche che mirano a sviluppare e realizzare interventi basati sulla consapevolezza nel contesto scolastico. Sono stati sviluppati e realizzati diversi programmi nelle scuole di alcuni paesi europei (ad es. *Mindup; Calme et attentif comme une grenouille*) e in Svizzera (ad es. [MoMento Schulprogramm](#)). I risultati indicano che l'attuazione di interventi basati sulla *mindfulness* nel contesto scolastico è utile al fine di prevenire diverse problematiche psicologiche nei bambini, tra cui la depressione e l'ansia [8.51]. La maggior parte dei programmi, oltre a produrre un effetto benefico sui sintomi ansiosi e depressivi negli allievi, ottengono una diminuzione dei comportamenti esternalizzanti come l'aggressività nonché un miglioramento del benessere generale.

D Incoraggiare l'autoefficacia

Il termine autoefficacia indica la convinzione soggettiva di essere in grado di affrontare con successo determinate situazioni grazie alle proprie competenze [8.52]. Il senso di autoefficacia incide sulla salute psichica [8.53] perché contribuisce a un bisogno psicologico fondamentale, ovvero il bisogno di competenza, che è alla base dell'autodeterminazione. L'autoefficacia si sviluppa a partire dalla prima infanzia [8.54]. I seguenti 4 fattori (elencati in funzione dell'impatto prodotto, in ordine decrescente) possono rafforzare il senso di autoefficacia:

- **Fattore 1: esperienze personali.** Dopo aver fatto personalmente l'esperienza di risolvere un problema o superare una sfida con i propri mezzi, il bambino si riterrà in grado di portare a termine nuovi compiti e nuove sfide, di volta in volta più complesse.
- **Fattore 2: osservazione e imitazione (apprendimento sociale).** Per valutare le proprie capacità il bambino può anche trarre delle conclusioni osservando le azioni compiute da altre persone in una situazione analoga [8.55].
- **Fattore 3: incoraggiamento da parte di terzi.** L'incoraggiamento da parte di altre persone rafforza la fiducia del bambino nelle sue capacità, in particolare se il bambino le considera persone credibili.

- **Fattore 4: stato emotivo.** Le emozioni associate a una determinata situazione incidono sul senso di autoefficacia del bambino: le emozioni positive rafforzano il senso di autoefficacia, mentre quelle negative possono inibire determinati comportamenti e indurre il bambino a pensare di non essere in grado di portare a termine il compito.



Ulteriori informazioni sul tema dell'autoefficacia

Promozione Salute Svizzera [8.56] formula delle raccomandazioni per la pratica e menziona alcuni progetti realizzati in Svizzera che indicano come si può rafforzare il senso di [autoefficacia nei bambini](#).

Pubblicazioni di Promozione Salute Svizzera sul tema dell'autoefficacia:

- Video [Introduzione all'autoefficacia](#)
- Video [Autoefficacia nei bambini](#)
- Opuscolo [Autoefficacia](#)

8.3.2 Le risorse esterne

A Promuovere le competenze genitoriali

Diventare genitori implica un vero e proprio scombussolamento psicologico per la neomamma e il neopapà. La genitorialità, ovvero la capacità di un genitore di prendersi cura del proprio figlio, presenta molteplici sfide [8.12]. È quindi importante che i genitori abbiano fiducia in sé stessi e si sentano in grado di assolvere al loro ruolo sia nel quotidiano, ovvero nello svolgimento delle attività giornaliere, sia nelle loro interazioni con il bambino, con tutto ciò che questo implica sul piano emotivo: stimolarlo, sorridere, condividere il piacere che si prova a giocare insieme, consolarlo quando è triste, rispondere alle sue sollecitazioni, trasmettere delle regole di vita e definire dei limiti. Una visione completa dello sviluppo psicologico del bambino può aiutare i genitori a comprendere le diverse situazioni e a superare i momenti difficili. È fondamentale sostenere i genitori e le altre figure di riferimento nella scoperta e nell'esercizio della genitorialità, nel rispetto del loro punto di vista personale. Esistono numerose

iniziative sia in Svizzera (cfr. lista completa nel capitolo 9 del [rapporto Obsan, 2020](#)) che in Europa. In [Francia](#), ad esempio, nel 2021 sono stati avviati 200 progetti che contribuiscono a rafforzare le competenze genitoriali.

La promozione delle competenze genitoriali si può articolare su quattro livelli d'intervento, ovvero informare, formare a distanza o in presenza, preparare e accompagnare in presenza.

Informare/divulgare. È importante trasmettere ai genitori le conoscenze più aggiornate attraverso tutti i canali possibili (ad es. libri, opuscoli, documentari, social network). Queste conoscenze contribuiscono alla formazione delle opinioni e delle rappresentazioni sociali che gli adulti (non solo i genitori, ma anche tutte le altre persone vicine al bambino) hanno dei bambini e delle loro competenze. Tali conoscenze e opinioni influenzano il modo in cui gli adulti accompagnano i bambini nel loro sviluppo. Alla luce dell'ingente mole di informazioni disponibili, la sfida per i genitori consiste nel trovare informazioni affidabili. Esistono numerose fonti di informazioni affidabili e professionali. In Svizzera, ad esempio, il progetto [Miapas](#), promosso da Promozione Salute Svizzera, diffonde raccomandazioni volte a promuovere la salute psichica nella prima infanzia attraverso le associazioni professionali: www.promozionesalute.ch/miapas. Anche le [lettere ai genitori](#) di Pro Juventute sono un'iniziativa consolidata. In Francia, nel 2021 è stata lanciata una [piattaforma nazionale](#) interattiva che persegue l'obiettivo di informare i genitori.

Formare a distanza tramite un MOOC (*Massive Open Online Course*). Si tratta di corsi di formazione di livello universitario, gratuiti e accessibili a tutti, nell'ambito dei quali si trasmettono ai partecipanti conoscenze attuali e scientificamente comprovate. Queste formazioni interattive, cadenzate nel tempo, si svolgono online, non hanno criteri di ammissione e sono aperte a tutti. Un ciclo di formazione prevede una serie di brevi filmati, test a scelta multipla per verificare l'acquisizione delle conoscenze, esercizi pratici e lavori collaborativi. Attualmente non esiste ancora un MOOC specifico sul tema della salute psichica nell'infanzia e sulle competenze genitoriali destinato ai genitori. Esiste tuttavia un MOOC sullo «sviluppo psicologico del bambino», promosso dall'Università di Ginevra nel 2019 [8.57]. Questo [corso](#) (in lingua francese) affronta questioni importanti relative allo sviluppo infantile come la sicurezza affettiva, la consapevolezza e la padronanza di sé,

le competenze emotive, il gioco, la creatività, l'empatia, il senso morale e la genitorialità. Alla luce del numero di iscrizioni (più di 22000 ad oggi, in due anni) e delle caratteristiche delle persone iscritte (il 50% circa ha un'età compresa tra i 25 e i 34 anni e circa il 63% non è uno studente), è evidente che questo corso risponde ai bisogni e alle esigenze dei genitori, contribuendo a rafforzare le loro competenze genitoriali.

Formare in presenza in Svizzera. L'associazione svizzera per l'educazione familiare [Formazione dei Genitori CH](#) propone delle formazioni in presenza che perseguono l'obiettivo di promuovere la genitorialità e rafforzare le competenze educative dei genitori.

Preparare e accompagnare. Lo sviluppo e l'introduzione di programmi di preparazione alla prima infanzia e alla genitorialità è in linea con le raccomandazioni dell'OMS [8.58], che prevedono un accompagnamento postnatale oltre a corsi di preparazione al parto. Sarebbe opportuno proporre questo genere di accompagnamento a tutti i neogenitori – e alle altre «figure di accoglienza nel contesto familiare», ad esempio i nonni [8.59] – nei primi tre anni di vita del bambino per aiutarli ad approfondire alcune dimensioni psicologiche che incidono sulla salute psichica, come gli effetti benefici del gioco, gli effetti deleteri delle punizioni corporali [8.60] o la questione della co-visione, ovvero la fruizione di schermi in presenza dei genitori [8.61, 8.62]. In Svizzera esistono diverse iniziative di questo genere, come www.giovanimedia.ch o www.actioninnocence.org.

In Svizzera, il progetto «Zeppelin 0-3», promosso dall'Università di Zurigo, è destinato alle famiglie che si trovano in difficoltà al momento della nascita di un figlio (comprese le famiglie migranti). Consulenti genitoriali-pediatrie con una formazione specifica lavorano con le famiglie applicando il metodo «Parents as Teachers PAT», che garantisce la formazione dei genitori. Per individuare le famiglie bisognose si fa capo a una rete interdisciplinare (formata da pediatri, consultori genitore-bambino, reparti di maternità, ecc.). I consulenti genitoriali PAT visitano regolarmente le famiglie a domicilio e, con l'aiuto dei diversi membri della famiglia, analizzano la vita familiare quotidiana e insieme cercano delle soluzioni alle varie problematiche. I consulenti informano anche i genitori sulle offerte di sostegno disponibili e li invitano ad usufruirne, ad esempio accompagnandoli presso i servizi competenti. I ri-



Ulteriori informazioni per genitori

- [Così mio figlio cresce mentalmente forte!](#)
- [Così posso essere una mamma o un papà mentalmente forte!](#)



Ulteriori informazioni per genitori

- Occasioni di apprendimento per bambini fino a 4 anni ([filmati](#))
- [Lettere extra](#) su vari argomenti, ad esempio l'età della sfida, la conciliazione tra famiglia e carriera
- [Comment renforcer la santé mentale de mon enfant?](#) Pour les parents d'enfants âgés de 6 à 12 ans!
- [Lettere ai genitori](#) su tematiche dal 4° al 6° anno di vita
- [Lettere extra](#) su vari argomenti, come adolescenti, denaro e consumi, pressione e stress
- [Campagna per la salute mentale](#)

Organizzazioni specializzate per le questioni dei genitori:

- www.projuventute.ch/it
- www.kinderschutz.ch/it
- <https://www.formazioneideigenitori.ch/it/>

sultati indicano che i bambini del gruppo di intervento presentano un vocabolario più ricco e una migliore padronanza di sé rispetto ai bambini del gruppo di controllo. Sono stati osservati effetti positivi anche nei genitori, quali una maggiore frequenza della ludoteca o della biblioteca [8.63]. Il programma «PAT – Imparo con i genitori» esiste anche in Ticino, mentre altri Cantoni hanno sviluppato e attuato programmi che adottano una prospettiva di prevenzione analoga, come i programmi [«petits:pas»](#).



Lista di orientamento di Promozione Salute Svizzera

La [lista di orientamento](#) di Promozione Salute Svizzera è una pubblicazione periodica che fornisce una panoramica di misure e progetti, validi e attuali, realizzati nel campo della promozione della salute. La raccolta comprende misure attuate ai livelli interventi, policy, messa in rete e comunicazione.

Alcune ricerche internazionali hanno valutato gli effetti dei programmi di educazione dei genitori. Si tratta di programmi che mirano a prevenire la comparsa e il progredire dei disturbi del comportamento nei bambini piccoli nonché a favorire il rapporto tra genitori e figli. Non è raro che i bambini piccoli manifestino comportamenti di agitazione, impulsività, aggressività, disobbedienza o opposizione [8.64], ma questi fanno parte dello sviluppo infantile tipico. Lo sviluppo delle funzioni cognitive (come la lingua), affettive (come la regolazione emotiva) e sociali (come le esperienze di interazione sociale con i pari) nonché le pratiche genitoriali svolgono un ruolo centrale nella regolazione e diminuzione dei disturbi comportamentali nei bambini piccoli. I bambini che non hanno imparato a regolare i comportamenti problematici prima di andare a scuola entrano in un circolo vizioso di interazioni negative, dove il rifiuto da parte dei pari porta a un aumento dei comportamenti aggressivi. Queste difficoltà, se non trattate adeguatamente, tendono a persistere nel tempo e generalmente sono predittive di comportamenti antisociali nell'adolescenza [8.65]. Questi comportamenti (cfr. [tabella 8.1](#)) sono considerati problematici quando sono frequenti, intensi e compromettono lo sviluppo e l'adattamento del bambino ai diversi ambienti di vita [8.66]. I fattori all'origine di tali disturbi sono molteplici e complessi. Tra di questi figurano i fattori legati al modo in cui i genitori rispondono ai bisogni del bambino in funzione del suo sviluppo psicologico [8.66].

I quattro seguenti programmi sono stati sottoposti a una valutazione con un metodo sperimentale (*Evidence-Based Intervention*): *Helping the Noncompliant Child (HNC)* [8.67], *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)* [8.68], *The Incredible Years: Early Childhood BASIC Parent Training Program (BASIC)* [8.69] e *Triple P-Positive Parenting Program (Triple P)* [8.70]. Dalle valutazioni è emerso che i programmi che mirano a rafforzare le competenze genitoriali sono efficaci

nell'ottica della presa a carico dei bambini piccoli [8.71] e presentano effetti preventivi significativi in relazione alla comparsa di ulteriori comportamenti problematici. I programmi di educazione dei genitori hanno un impatto a diversi livelli: aiutano i genitori ad adattare le loro pratiche genitoriali quando si trovano di fronte a un bambino con disturbi di natura comportamentale, contribuiscono a migliorare la comunicazione intrafamiliare nonché a ridurre i comportamenti di aggressività e disobbedienza dei propri figli. Contribuiscono inoltre a diminuire lo stress genitoriale, ad accrescere il senso di competenza genitoriale e a migliorare i rapporti tra genitori e figli.

B Ridurre le disuguaglianze

Abbiamo già sottolineato in precedenza che l'ambiente socioeconomico del bambino, riconducibile principalmente allo statuto socioeconomico dei genitori, incide in maniera significativa sulla sua salute psichica. L'attuale tendenza legata alle disparità di reddito ha delle conseguenze sullo sviluppo infantile [8.73]. In effetti, numerosi dati epidemiologici internazionali indicano che vi sono delle correlazioni tra il grado di disuguaglianza dei redditi in diversi paesi (misurato ad esempio mediante lo scarto tra il 20% più ricco e il 20% più povero della popolazione) e altri indicatori che permettono di misurare il benessere e la felicità nelle nostre società (alimentazione, salute, livello di vita, ambiente, livello di fiducia negli altri, condizione femminile, ecc.). Tra questi numerosi indicatori ne figurano molti che riguardano lo sviluppo psicologico nell'infanzia. I dati indicano la presenza di correlazioni tra il grado di disuguaglianza e la salute, il benessere mentale o educativo dei bambini [8.72]. Questi risultati sono validi sia per i paesi ricchi che per i paesi in via di sviluppo. La riduzione delle disuguaglianze è uno strumento che consente di migliorare la qualità dell'ambiente sociale e la qualità di vita dei bambini e, di conseguenza, la loro salute psichica [8.73].

In Svizzera, un rapporto recente [8.74] illustra diverse misure di promozione della salute e di prevenzione che consentono di promuovere le pari opportunità in relazione alla salute psichica. Si tratta di misure che agiscono sui determinanti strutturali e sociali, destinate a persone con uno statuto socio-economico basso. Per quanto concerne il periodo della prima infanzia, i programmi di sostegno ai genitori (in gruppo e/o attraverso visite a domicilio) risultano essere il principale approccio che permet-

te di migliorare le competenze educative dei genitori e di conseguenza il benessere psichico dei bambini che vivono in una condizione di svantaggio sociale. I principali criteri di successo per i programmi di sostegno destinati ai genitori in condizione di svantaggio sociale sono:

- 1) avviare il programma già durante la gravidanza,
- 2) coinvolgere i genitori e attuare le misure a livello comunale,
- 3) proporre il programma nel quadro della scolarizzazione del bambino,
- 4) adeguare i contenuti del programma ai bisogni del gruppo target e
- 5) coinvolgere tempestivamente le organizzazioni del gruppo target nello sviluppo o nell'adattamento del programma.

Per quanto concerne il periodo dell'infanzia, oltre agli aspetti menzionati in precedenza, si sono rivelati efficaci gli interventi realizzati nelle scuole e finalizzati a migliorare le conoscenze sulla salute psichica, a cambiare opinioni e atteggiamenti nei confronti della salute psichica o a produrre cambiamenti comportamentali. Questi approcci si sono dimostrati validi anche per i bambini con uno statuto socio-economico basso e per quelli provenienti da un contesto migratorio. I criteri di successo per gli interventi che mirano a promuovere la salute psichica dei bambini svantaggiati nelle scuole sono:

- 1) attuazione da parte di pari,
- 2) focalizzazione sulle attività interattive,
- 3) follow-up periodici,
- 4) coinvolgimento di più livelli (genitori, docenti, allievi) e
- 5) combinazione di più temi.

Le seguenti tematiche, affrontate da sole o combinate tra loro, si sono rivelate efficaci: salute psichica, comportamenti aggressivi, alimentazione sana e attività fisica.

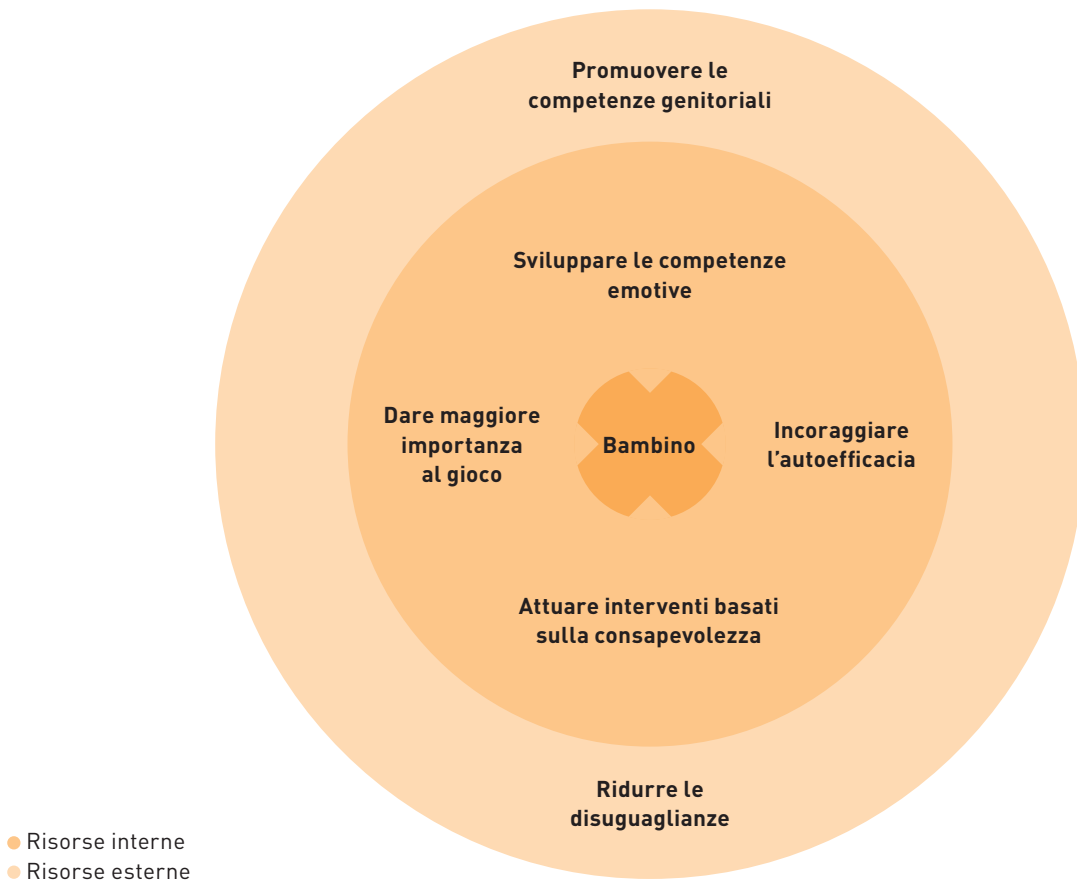


Ulteriori informazioni sul tema della salute psichica

- [Compétences de vie](#)
- [Ressources sociales](#)
- Scheda informativa [10 passi per la salute mentale](#)
- [10 pas pour votre santé psychique](#)
- Rapporto 6: [La santé psychique au cours de la vie](#)

FIGURA 8.1

Le dimensioni (comprovate dalla ricerca) sulle quali si può intervenire per promuovere e rafforzare le risorse interne (del bambino) ed esterne (genitori, professionisti) e di conseguenza la salute psichica dei bambini



8.4 Conclusioni

È difficile disporre di conoscenze precise, affidabili e rappresentative della salute psichica dei bambini in Svizzera nel 2020 [8.3]. Anche se risulta molto complessa e difficile da acquisire, tale conoscenza merita indubbiamente l'interesse e l'attenzione dei poteri pubblici. Promuovere la salute psichica in età infantile, identificare precocemente i disturbi o i segni di instabilità psichica e garantire una presa a ca-

rico adeguata è di cruciale importanza non solo per i bambini direttamente interessati e le loro famiglie, ma per tutta la società, a breve e a lungo termine (cfr. [iniziativa locale](#) a Ginevra). Le ricerche teoriche e applicate presentate in questo capitolo indicano che vi sono numerose dimensioni che interagiscono tra di loro e sulle quali si può intervenire in maniera efficace per promuovere e rafforzare le risorse interne ed esterne e di conseguenza la salute psichica dei bambini.

9 Interazione tra attività fisica, alimentazione e salute psichica

- **Ronia Schifan**, PEP Prävention Essstörungen Praxisnah
- **Anne-Françoise Wittgenstein Mani**, Haute école de travail social Genève, filière psychomotricité

I passaggi di questo capitolo contrassegnati con una linea arancione verticale sono identici a quelli presenti nel capitolo 9 del rapporto 9 [Promozione della salute per e con gli adolescenti e i giovani adulti](#).

«Bambini e adolescenti non hanno mai problemi isolati con l'alimentazione, lo stress o il loro comportamento motorio.» [9.1]

9.1 Introduzione

A partire dalla prima infanzia l'attività fisica e l'alimentazione sono intimamente legate alle cure. Movimento e alimentazione contribuiscono allo sviluppo infantile attraverso il loro ruolo fisiologico e metabolico ma anche attraverso il senso di benessere che suscitano nonché la loro implicazione nei processi di attaccamento e di comunicazione affettiva [9.2]. Avendo la capacità fisica e psichica di sfidare sé stessi e di sperimentare una moltitudine di gusti e consistenze, la salute psichica dei bambini è sostenuta dallo sviluppo della curiosità, dell'attenzione e delle capacità di regolazione, della flessibilità e dell'autonomia, che sono a loro volta supportate da una buona alimentazione e da un corpo sano e competente.

9.2 Interazione tra alimentazione, attività fisica e salute psichica

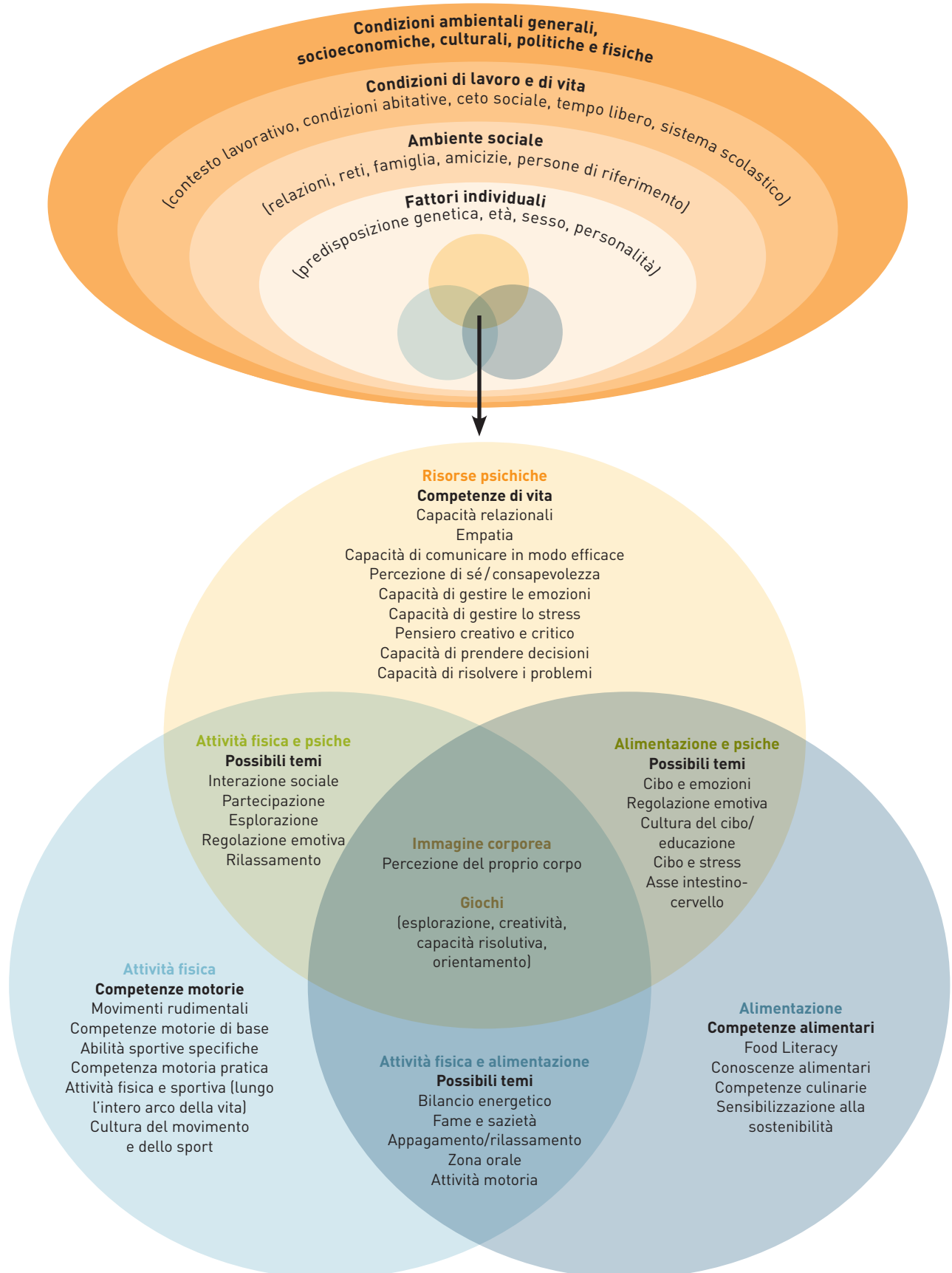
A livello scientifico, i temi dell'alimentazione, dell'attività fisica e della salute psichica si possono attribuire a discipline diverse. Ma nella pratica la situazione è diversa. Isolare i singoli argomenti nel lavoro pratico con i bambini e gli adolescenti non è per nulla sensato. La [figura 9.1](#) illustra i legami tra i diversi temi e la visione in un concetto più ampio di salute. Nelle intersezioni che si formano tra i tre settori sono indicate, a titolo di esempio, alcune possibili interazioni, che possono servire da ispirazione per la realizzazione pratica dei progetti. Al centro delle intersezioni sono raffigurati i temi chiave, che integrano tutti gli aspetti e che si prestano come tema sia per l'applicazione pratica che per quella teorica.

9.2.1 Salute psichica e attività fisica

Spesso si tende ad analizzare gli effetti del movimento sul benessere in relazione all'attività sportiva e, in particolare, alla sua intensità [9.3]. Nel bambino, tuttavia, il corpo e il movimento rappresentano fin dall'inizio i principali mediatori per lo sviluppo delle competenze motorie, affettive, sociali e cognitive [9.4]. Se, da un lato, attraverso il movimento i neonati e i bambini consumano energia, rafforzano i sistemi fisiologici, diventano forti, agili e precisi nei gesti, imparano a orientarsi nel tempo e nello spazio, dall'altro sperimentano anche l'intimità degli scambi corporei, la reciprocità delle relazioni, l'attaccamento, l'interesse per l'esplorazione e i limiti sociali [9.5]. In questo contesto il ruolo dei genitori è fondamentale perché sono loro che incoraggiano i figli a esplorare le proprie competenze motorie, facendo loro scoprire il piacere di sentire il proprio

FIGURA 9.1

Dai determinanti della salute alle tematiche comuni tra alimentazione, attività fisica e risorse psichiche



corpo in movimento e testare la propria motricità e al tempo stesso consentendo al bambino di sperimentare un certo potere d'azione come l'integrazione fisica della propria identità e dell'alterità. Offrendo ai bambini l'accesso a spazi sicuri dove si possono muovere liberamente e fare «da soli», lasciando loro il tempo di esercitarsi, spiegando loro le regole, incoraggiandoli e sostenendoli quando ne hanno bisogno, i genitori offrono ai figli l'accesso a numerose competenze che si inseriscono nell'[evoluzione cronologica delle acquisizioni motorie](#) ma che riflettono anche la complessità del processo di organizzazione psicomotoria del neonato e del bambino. Le competenze motorie, cognitive, affettive e sociali che si acquisiscono attraverso il corpo e il movimento rappresentano le fondamenta sulle quali si costruisce la consapevolezza del proprio corpo, la fiducia nel proprio ambiente, il senso di autostima nonché l'apertura sul mondo. Si tratta di vere e proprie basi per l'apprendimento futuro, come l'apprendimento scolastico. In questa fase della vita, **muoversi è un modo per affermarsi, prendere il proprio posto, condividere e affrontare delle sfide** [9.6].

In questa prospettiva, i legami tra movimento e psiche sono indissolubili: la fluidità e l'ampiezza dell'uno riflettono la mobilità e la flessibilità dell'altro; le esperienze vissute attraverso il corpo aprono la mente alla conoscenza del tempo e dello spazio. Dare ai bambini la possibilità di camminare, saltare, scivolare, essere portati ma anche nascondersi o ritirarsi li aiuta a imparare, a regolare le proprie energie, a rilassarsi, ad incontrare gli altri, a esprimere le proprie emozioni, a superare le proprie paure o ancora a creare dei punti di riferimento e di appoggio che consentono loro di orientarsi quando sono confrontati con qualcosa di nuovo. Sono tutte opportunità che permettono loro di esplorare il mondo e di crescere.

Queste esperienze sensoriali ed emotive, legate agli stati del corpo, si possono anche considerare come l'espressione di una danza interattiva con il cervello, all'origine della consapevolezza e del concetto di sé [9.7].

In questo contesto è bene ricordare la seguente considerazione che si applica ai più piccoli: «Il movimento implica l'assunzione di un rischio. Mettersi in movimento significa abbandonare uno stato di stabilità e talvolta uscire dalla propria zona di comfort. Fin da quando compie i primi movimenti volontari, il bambino scopre che il movimento apre la porta a

campi di esplorazione stimolanti, ma talvolta anche pericolosi. Dal superare un ostacolo al trovarsi con un bernoccolo sulla fronte il passo è breve...» [9.6].

9.2.2 Movimento e alimentazione

Sin dalla nascita, alimentazione e movimento sono intimamente legati tra loro. Mangiare, nutrirsi e essere nutriti sono fondamentali per la crescita e per il funzionamento di tutti gli organi nonché per la salute nel senso più ampio del termine. Ma la bocca è anche uno spazio di integrazione multisensoriale, di esperienza, di relazione e di piacere, cruciale per lo sviluppo globale del bambino, ma in particolare per lo sviluppo dell'asse corporeo, della regolazione tonica e del movimento, che a loro volta consentono al bambino di esplorare in svariati modi l'ambiente che lo circonda. I momenti dedicati al nutrimento, oltre a rispondere ai bisogni alimentari del bambino, favoriscono il contatto mani-bocca e di conseguenza l'adozione di determinate posture che permettono al bambino di vivere esperienze sensomotorie che stimolano le sue abilità e la sua curiosità. In questi momenti si compie un dialogo tonico tra il neonato e il suo ambiente, un dialogo fatto di accompagnamento affettivo e della qualità delle cure [9.8, 9.9].

È quindi possibile, ad esempio, che in alcuni bambini confrontati con reazioni di irritabilità o ipersensibilità sensoriale, i disturbi dell'organizzazione gestuale, dell'adattamento posturale e della comunicazione affondino le loro radici in un funzionamento arcaico e disturbato dell'oralità [9.4].

Oltre a contribuire allo sviluppo motorio e psichico, l'alimentazione e il movimento possono fornire degli spunti per formulare delle ipotesi di comprensione in caso di difficoltà. Se, da un lato, proporre attività corporee favorisce l'integrazione della zona orale nella globalità del corpo, dall'altro, lavorare sull'alimentazione arricchisce le esperienze sensoriali che favoriscono lo sviluppo motorio [9.10]. Più tardi durante lo sviluppo, nel contesto scolastico, i docenti sono chiamati a incoraggiare le esperienze corporee degli allievi affinché imparino non solo a conoscere il proprio corpo ma anche a prendersene cura e a riconoscere i suoi bisogni fisiologici e nutrizionali (*Lehrplan 21* [9.11] e *Plan d'études cadre romand* [9.12]).

Allo stesso tempo, l'atto di nutrirsi rende possibile il movimento grazie all'apporto energetico che assicura le funzioni metaboliche necessarie all'attività fisica e alla metabolizzazione dell'energia, ovvero la termogenesi (*NIT, nutrition-induced thermogenesis*).

Il bilancio energetico indica l'equilibrio tra il consumo e il fabbisogno di energia in termini di omeostasi fisiologica [9.13].

In questo equilibrio è importante tenere conto del momento in cui l'energia viene usata per la metabolizzazione, in particolare perché questo processo può comportare una distensione, quando il corpo passa a uno stato di rilassamento e di sonnolenza dopo un pasto. Il sistema che calma il corpo in seguito a una sua attivazione per conservare l'energia (il sistema parasimpatico) innesca un rilassamento fisiologico, segnatamente una diminuzione del ritmo cardiaco, nonché un aumento della produzione di saliva e la stimolazione della funzione digestiva dello stomaco e dell'intestino. La questione del bilancio energetico, nelle sue dimensioni di consumo e di immagazzinamento, indica la presenza di forme fisiologiche di interazione tra il corpo e l'alimentazione, sia durante l'esercizio fisico che a riposo [9.14].

Quando si assume o si consuma troppa, o troppo poca, energia, questo equilibrio viene meno e si può verificare una variazione di peso. Il metabolismo così come il fabbisogno e il consumo di energia sono caratteristiche altamente individuali, che dipendono da numerosi fattori, sia individuali che ambientali. I complessi meccanismi d'azione legati alle variazioni di peso sono illustrati ad esempio nell'**Obesity System Atlas** [9.15]. Gli autori illustrano in che modo diversi fattori legati all'alimentazione (produzione e consumo alimentare), all'attività fisica (contesto e comportamento motorio individuale), alla psiche (aspetti sociopsicologici, percezioni e comportamenti individuali) e alla fisiologia individuale influenzano il bilancio energetico, con conseguenti ripercussioni sulla salute. Questo permette di determinare dove può intervenire la promozione della salute e di capire l'impatto decisivo che i fattori ambientali possono avere sui comportamenti di salute delle persone.

9.2.3 Alimentazione e salute psichica

Spinto dalla fame, il neonato piange cercando il latte che beve avidamente fino a saziarsi e ad addormentarsi con un'espressione beata. L'appagamento del bisogno primario di nutrirsi spinge il neonato a mangiare [9.16]. I bisogni secondari acquisiscono maggiore importanza solo dopo lo svezzamento. I

bambini nascono in una cultura e in una società che determina le loro scelte alimentari e i loro comportamenti alimentari in generale. In questo contesto il singolo bambino sviluppa i propri gusti e le proprie preferenze, gli interessi e le avversioni in campo alimentare e al tempo stesso impara a conoscere il proprio corpo e le sue caratteristiche [9.16, 9.17].

Il comportamento alimentare individuale evolve lungo l'intero arco della vita e non si forma tra le quattro mura della propria stanza. Secondo il modello bio-psico-sociale [9.18, 9.19] il comportamento alimentare è il risultato dell'interazione tra fattori biologici (genetica, sesso, età, ecc.), psicologici (percezioni, *imprinting*, emozioni, educazione, ecc.) e sociali (cultura, statuto socioeconomico, digitalizzazione, ecc.) [9.17]. Considerato che nella vita di tutti i giorni alimentazione e psiche sono strettamente interconnesse, la promozione della salute dovrebbe sfruttare il grande potenziale rappresentato dall'interazione di questi due elementi.

In che modo la psiche influenza il comportamento alimentare

Alimentazione emotiva significa «mangiare in funzione di stati emotivi come la rabbia o la paura» [9.16]. Per contrastare i sentimenti negativi e ripristinare l'equilibrio psicologico l'essere umano tenta di regolare lo squilibrio percepito attraverso il cibo, in genere consumando alimenti ad alto tenore calorico (ad es. cibi dolci, salati, grassi, *comfort food*) [9.20-9.22]. L'interazione tra emozioni e alimentazione è reciproca: «le emozioni possono regolare l'assunzione di cibo e l'assunzione di cibo può regolare le emozioni» [9.23]. Possiamo sviluppare sentimenti positivi in relazione al cibo anche attraverso momenti di interazione sociale, come la fondue mangiata in compagnia, oppure attraverso eventi positivi che associamo al cibo, come lo zucchero filato alla festa di paese. Il cibo e l'atto di cibarsi sono strettamente connessi con l'esperienza psicologica.

Anche lo stress può incidere sul comportamento alimentare. Alcuni studi sullo stress e sulle esperienze negative vissute nella prima infanzia indicano che possono influenzare il comportamento alimentare e di conseguenza incidere sullo stato di salute futuro [9.24].

Anche l'educazione ha un impatto sulla biografia alimentare individuale: il cibo veniva usato per punire o ricompensare? [9.17] Quando facevamo i bravi ricevevamo un gelato? Quando ci comportavamo male ci veniva negato il dessert? Oppure dovevamo sempre mangiare tutto anche se il corpo dava segnali di sazietà? Le abitudini alimentari sono il risultato del nostro vissuto e del nostro comportamento individuale nonché del nostro ambiente.

L'apprendimento avviene tramite l'osservazione di modelli di riferimento. Diversi studi hanno dimostrato che anche l'alimentazione si apprende seguendo dei modelli. I bambini tendono a riflettere il comportamento che vedono nei loro modelli di riferimento [9.25, 9.26]. Questo vale sia per la cultura a tavola che per le preferenze alimentari o altri aspetti del comportamento alimentare come la velocità con cui si mangia, l'utilizzo dei media durante i pasti, gli atteggiamenti o la regolazione delle emozioni in relazione al cibo. Un rapporto sano e rilassato con il cibo non solo si trasmette, ma va anche vissuto in prima persona per dare l'esempio.

Diversi studi hanno dimostrato che i social media hanno un impatto considerevole sulle informazioni relative all'alimentazione e alla salute, sul cambiamento delle abitudini alimentari o sulla soddisfazione con la propria immagine corporea [9.27-9.40] (cfr. anche capitolo 5 del rapporto [Promozione della salute per e con gli adolescenti e i giovani adulti](#)). I bambini e gli adolescenti hanno bisogno di un sostegno per riuscire a gestire le immagini idealizzate; devono imparare a pensare in maniera critica e a mettere in discussione le informazioni che ricevono.

Quando l'alimentazione influenza la psiche

All'origine dei segnali di fame vi è una complessa interazione [9.41] fra tratto gastrointestinale, cervello e circolazione sanguigna; la fame si manifesta a livello fisico (ad es. brontolio o dolori allo stomaco, calo della pressione sanguigna), psichico-cognitivo (sotto forma di un'accresciuta attenzione selettiva nei confronti di tutto ciò che è commestibile, visione a tunnel) [9.41] ed emotivo (impazienza, sovraeccitazione o persino rabbia oppure sentimenti positivi come desiderio e attesa). L'espressione *hangry* – un neologismo inglese coniato dalla combinazione dei termini affamato (*hungry*) e arrabbiato (*angry*) – descrive in maniera ironica l'esperienza psichica della fame che viene innescata da un meccanismo fisico.

La domanda di fondo sulla quale si interrogano le scienze dell'alimentazione è «Cosa dobbiamo mangiare?». Tuttavia è importante considerare anche il percorso dal piatto alla mente. Una dieta poco equilibrata, ad esempio, può favorire l'insorgere di sintomi depressivi, che a loro volta possono provocare altre malattie fisiche [9.42]. Una meta-analisi di diversi studi ha riscontrato effetti positivi per la salute di un intervento alimentare su diverse forme di depressione clinica e subclinica [9.43]. Una possibile spiegazione di questo effetto la fornisce la ricerca sull'asse intestino-cervello. L'asse intestino-cervello fa riferimento al collegamento tra il sistema nervoso centrale e il tratto gastrointestinale, segnatamente il microbioma [9.44, 9.45]. Nell'ambito della ricerca si sta consolidando l'ipotesi che il microbioma abbia un impatto diretto sull'umore, sulla cognizione, sulla percezione del dolore e anche sul sovrappeso [9.44].

9.3 Il gioco è una porta d'accesso fondamentale per promuovere la salute psichica

All'intersezione tra attività fisica e alimentazione si situa il gioco, un fenomeno universale che svolge un importante ruolo nello sviluppo della salute psichica del bambino a partire dalla più tenera età. Da molto tempo il mondo della ricerca e della medicina, come la pedagogia, hanno descritto in che modo il gioco agisce da mediatore, contribuendo allo sviluppo e alla costruzione dell'intelligenza e delle competenze motorie, emotive, relazionali e sociali (Piaget [9.46], Winnicott [9.47], Pikler, ecc.). Le esperienze che suscita il gioco stimolano la conoscenza, l'esplorazione di nuove strategie e l'appropriazione del proprio corpo. Nel [capitolo 8](#) del presente documento Gentaz sottolinea l'importanza delle diverse forme di gioco, indicandole come attività che permettono al bambino di meglio comprendere il mondo che lo circonda e di acquisire nuove conoscenze in funzione del suo stadio di sviluppo.

Osservare il modo in cui un neonato o un bambino si pone a livello corporeo nelle interazioni durante il gioco o durante i pasti permette anche di riconoscere eventuali problematiche. Rimane poi la questione del rapporto con il gioco come espressione della personalità, che in alcuni casi richiede il ricorso a specialisti.

Ma nella maggior parte delle situazioni, il piacere individuale o collettivo che accompagna il momento del gioco nei neonati o nei bambini, seppur connotato da una grande serietà, motiva e giustifica l'investimento per affrontare le diverse sfide che si presentano a tutte le età. Il bambino può anche servirsi del gioco per esprimere la sua visione del mondo, per raccontare ciò che lo preoccupa o per sollevare degli interrogativi.

Oltre alle caratteristiche multisensoriali che contribuiscono all'integrazione delle sensazioni, delle emozioni e delle percezioni, il gioco presenta delle caratteristiche interattive che favoriscono la condivisione emotiva (cfr. ad es. Stern [9.48]), l'imitazione, l'attenzione congiunta, la collaborazione nonché la regolazione dei conflitti nelle relazioni interpersonali e sociali con i pari o gli adulti. In questa dinamica evolutiva, i pasti svolgono un ruolo fondamentale nella primissima infanzia. A prescindere dalla qualità dell'alimentazione, i pasti rappresentano uno spazio di incontro ludico che suscita una regolazione fisiologica e affettiva, che è alla base dei primi lega-

mi affettivi [9.49-9.51]. Queste esperienze, così come tutte le esperienze di accudimento dove i corpi si incontrano, oltre a favorire lo sviluppo di un senso di fiducia nelle figure di attaccamento, favoriscono anche lo sviluppo dell'autostima, che è un fattore essenziale per la salute psichica.

Ma cosa si intende con il concetto di gioco? Partiamo da una definizione secondo la quale si può parlare di gioco quando un bambino è impegnato in un'attività che lo interessa e che lo spinge ad esplorare l'ambiente che lo circonda (Tait, citato in Lejeune, 2020, p. 136 [9.52]). Ma il gioco è anche un'attività dove coesistono piacere, curiosità, senso dell'umorismo, gusto della sfida, intraprendenza e spontaneità (Ferland, citato in Lejeune, 2020, p. 136 [9.52]); uno spazio di esperienza nel quale il neonato e il bambino possono giocare secondo le loro regole, ad esempio sdraiati per terra con giochi sparsi intorno a loro, esercitandosi a manipolare degli oggetti oppure, per i più grandi, impegnandosi insieme ad altri bambini in giochi di costruzione o giochi con regole. Le diverse forme di gioco sono descritte in maniera approfondita da Gentaz nel [capitolo 8](#). Il gioco permette ai bambini di comprendere l'ambiente fisico e multisensoriale che li circonda, esplorare il proprio corpo e la varietà di movimenti, manipolare e utilizzare degli oggetti, confrontarsi con gli altri, esercitare il proprio desiderio di agire sul mondo e trasformarlo. Una ricerca condotta nel 2014 [9.53] ha constatato che le emozioni suscitate dalla condivisione di un pasto con i propri pari rispondono spesso a questi criteri, alla stregua del gioco libero praticato all'interno o all'aperto. Durante i pasti i bambini si organizzano per definire il ruolo degli alimenti, inventando attività ludiche con gli oggetti presenti sul tavolo o con il cibo stesso. Sono tutti modi per dare un significato all'esperienza del pasto al di là della sua funzione nutritiva.

Tuttavia, lo possiamo constatare tutti, il gioco libero trova sempre meno spazio nell'organizzazione temporale delle famiglie, dei nidi dell'infanzia, della scuola o del tempo libero [9.54-9.57]. Oggigiorno il quotidiano è sempre più strutturato, come se fosse assoggettato alle esigenze di una vita cadenzata dalle diverse attività che ciascuno di noi deve svolgere. Servono quindi spazi di incontro tra genitori e figli come le ludoteche o aree destinate al gioco nei quartieri; nelle scuole i docenti devono ripensare l'organizzazione dell'aula, le strutture d'accoglienza per la prima infanzia devono riflettere sull'impor-

tanza del movimento; servono incontri tra esperti e famiglie per discutere di tematiche come «il bambino e la strada», «la città e il gioco»; sono necessarie ricerche che analizzino in che modo l'uso dei media agisce sulle interazioni tra genitori e figli o sullo sviluppo psicomotorio, ecc. La questione del gioco e la sua importanza per lo sviluppo delle competenze sociali, motorie e cognitive dei bambini di tutte le età nonché per la salute psichica stanno tornando al centro dell'attenzione.

Ma in questo contesto quali raccomandazioni potrebbero essere utili al fine di elaborare nuovi progetti di promozione della salute psichica basati sul gioco? Progetti che incoraggino i bambini a muoversi, stimolino la loro fiducia e curiosità, favorendo così lo sviluppo delle loro abilità, dei loro interessi e delle loro competenze motorie, sociali e cognitive. Naturalmente è importante tenere conto dei bisogni e dell'età dei bambini nonché del quadro di riferi-

mento stabilito, proponendo attività in gruppi misti per età, genitori-figli, ecc. È altresì fondamentale creare delle condizioni che sostengano il progetto ma che soprattutto offrano ai neonati, ai bambini e alle loro persone di riferimento l'opportunità di vivere delle esperienze ludiche in contesti che stimolano la creatività nonché la fiducia in sé stessi e che rafforzano i legami tra i compagni di gioco.

È quindi evidente che il gioco, essendo un'attività naturale e seria durante l'infanzia, rappresenta lo strumento per eccellenza per coinvolgere neonati e bambini al fine di promuovere la loro salute psichica e, di riflesso, intensificare le interazioni tra salute psichica, movimento e alimentazione. «Attraverso il gioco il bambino dimostra che è capace di vivere e diventare finalmente un essere umano completo. [...] È giocando, e solo giocando, che l'individuo, bambino o adulto, è in grado di essere creativo e di fare uso di tutta la sua personalità.» [9.58]

10 Conclusioni e raccomandazioni

- **Florian Koch**, Promozione Salute Svizzera
- **Fabienne Amstad**, Promozione Salute Svizzera

Il presente capitolo, oltre a passare in rassegna i principali argomenti a favore della promozione della salute nell'infanzia descritti in questo rapporto, fornisce delle raccomandazioni che consentono di mettere in pratica le considerazioni emerse nell'ambito di questa revisione scientifica. Le raccomandazioni indicano *come* si deve procedere e *cosa* occorre tenere in considerazione, vale a dire quali devono essere i contenuti delle misure.

10.1 Argomenti a favore della promozione della salute: PERCHÉ

L'infanzia è una «*window of opportunities*»

L'importanza dell'infanzia per la promozione della salute è indiscutibile. L'infanzia è un periodo sensibile durante il quale si possono rafforzare i comportamenti favorevoli alla salute e arginare quelli nocivi. Un'ampia base di dati conferma che un inizio di vita sano e uno sviluppo sano hanno effetti positivi che possono perdurare fino in età adulta. Prima si interviene (sostegno alla prima infanzia), maggiore sarà il «Social Return on Investment» (SROI), ossia migliore sarà il rapporto tra il denaro investito e il denaro risparmiato in seguito all'investimento. A livello strutturale il sostegno alla prima infanzia è ancora poco sviluppato in Svizzera.

Gli eventi critici della vita si accumulano nei bambini

Un evento critico che riguarda una persona di riferimento nell'ambito familiare rappresenta spesso un evento critico e drammatico anche per i bambini. La malattia psichica di un genitore, ad esempio, spesso ha un forte impatto anche sui figli e pone un elevato rischio per la loro salute. Per mitigare i potenziali rischi risultano fondamentali la collaborazione intersettoriale e multidisciplinare nonché la messa in

rete tra gli attori impegnati sul campo. Le prestazioni di sostegno devono essere rivolte all'intera famiglia, non a un singolo individuo.

La scoperta di nuovi ambienti di vita rappresenta un'opportunità

Durante l'infanzia i bambini compiono enormi progressi sul piano dello sviluppo individuale e il loro ambiente di vita si estende. Con l'ingresso nella scuola dell'obbligo l'ambiente di vita della prima infanzia, che comprende generalmente la famiglia e il vicinato, si estende automaticamente, andando a includere l'ambiente della scuola. I diversi ambienti di vita offrono ai bambini l'opportunità di acquisire e mettere in pratica nuove competenze.

I dati relativi alla salute infantile sono insufficienti

In Svizzera disponiamo di pochissimi dati sulla salute infantile. Non vi sono ad esempio dati rappresentativi sulla salute psichica dei bambini sotto i 10 anni in Svizzera. Sappiamo anche ben poco riguardo all'attività fisica praticata dai bambini o alla loro alimentazione. Fortunatamente in Svizzera vi sono numerosi progetti che promuovono la salute dei bambini la cui efficacia è stata comprovata (nell'ambito di valutazioni). La lista di orientamento di Promozione Salute Svizzera fornisce una panoramica di tali progetti.

10.2 Raccomandazioni

Per promuovere la salute psichica, l'attività fisica regolare e l'alimentazione equilibrata in età infantile bisogna tenere in particolare considerazione i seguenti punti:

Tematiche prioritarie per la promozione della salute: COSA

L'autoefficacia è fondamentale per la salute

La convinzione del bambino di essere in grado di affrontare determinate situazioni autonomamente – ovvero il senso di autoefficacia del bambino – incide

in maniera determinante sul modo in cui si comporta in relazione alla salute. Il senso di autoefficacia di un bambino determina ad esempio in che misura svolge un'attività fisica regolare o segue un'alimentazione sana, a condizione che possa decidere autonomamente a riguardo.

Promuovere le competenze di vita equivale a promuovere la salute psichica

Le competenze di vita mettono i bambini nelle condizioni di esercitare un controllo sulla propria vita, di sviluppare le proprie capacità, di affrontare i cambiamenti che si verificano nel proprio ambiente e di produrre dei cambiamenti in prima persona. Disporre di competenze di vita significa conoscersi e piacersi, essere empatici, pensare in modo critico e creativo, essere in grado di comunicare e relazionarsi con gli altri, di prendere decisioni ponderate, risolvere con successo i problemi e gestire i sentimenti e lo stress. Le competenze emotive sono particolarmente importanti per i bambini più piccoli.

L'attività fisica regolare è benefica per un sano peso corporeo e molto altro

La pratica di un'attività fisica regolare è associata direttamente al successo scolastico, a un atteggiamento meno antisociale e violento a scuola e a una migliore salute fisica in generale. L'attività fisica regolare incide positivamente sui pensieri e sulle azioni nonché sulla socializzazione dei bambini.

È importante promuovere il piacere di mangiare insieme

Per sviluppare abitudini alimentari sane non basta seguire un'alimentazione sana. È altrettanto importante veicolare il piacere di mangiare e creare un'atmosfera piacevole a tavola affinché il momento del pasto diventi un'esperienza di gusto condivisa.

Giocare, giocare, giocare...

Il gioco è un fenomeno universale che svolge un importante ruolo nel garantire un sano sviluppo del bambino e va pertanto promosso in tutti i contesti. Il gioco consente di affrontare congiuntamente le tre tematiche – attività fisica, alimentazione e salute psichica – che si influenzano reciprocamente, rafforzando così la salute in modo integrale.

Principi metodologici: COME

Oltre a sapere *perché* è importante promuovere la salute nell'infanzia e *cosa* bisogna promuovere, è utile sapere *come* bisogna procedere. È importante tenere conto delle caratteristiche specifiche del gruppo target e sfruttarle come un'opportunità. Di seguito passiamo in rassegna le principali considerazioni menzionate in questo rapporto.

Serve una responsabilità intersettoriale per la salute infantile

Gli ambienti di vita primari dei bambini, oltre alla famiglia e al vicinato, sono le strutture di accoglienza complementari alla famiglia (i nidi dell'infanzia), la scuola, le associazioni e lo spazio pubblico. La responsabilità politica per assicurare che gli ambienti di vita infantili siano favorevoli alla salute è ripartita tra diversi settori, quali la sanità, la socialità, l'istruzione, la pianificazione del territorio, ecc. I determinanti della salute infantile non rientrano unicamente nella sfera di competenza del settore sanitario, bensì richiedono una responsabilità intersettoriale.

I genitori e le persone responsabili dell'educazione dei bambini sono moltiplicatori efficaci

I bambini dipendono in larga misura dai genitori e da altre figure di riferimento primarie. Questa circostanza può essere considerata un'opportunità perché significa che i genitori e le principali figure di riferimento dei bambini possono essere efficaci moltiplicatori per le misure di promozione della salute. Lo dimostra bene l'esempio dell'alimentazione: i genitori e le altre persone responsabili dell'educazione che si alimentano in maniera sana tenderanno ad offrire un'alimentazione sana ai bambini. Si può quindi, ad esempio, affrontare la questione del comportamento alimentare dei genitori all'interno di una discussione più ampia sul ruolo genitoriale. Il tema della formazione dei genitori è tuttavia ancora considerato un tabù e c'è ancora molto da fare in questo ambito.

È importante promuovere l'integrazione sociale di tutta la famiglia

È stato ripetutamente dimostrato quanto sia fondamentale il ruolo dei genitori per la salute dei propri figli. Affinché l'influenza dei genitori sia positiva è importante rafforzare tutta la famiglia all'interno di un contesto di sostegno. In quest'ottica si ribadisce l'importanza della conciliabilità tra lavoro e famiglia per la salute dei bambini. Anche le strutture di accoglienza per l'infanzia e la loro qualità sono elementi importanti in questo contesto.

Le misure strutturali sono fondamentali

L'ambiente di vita della famiglia incide in maniera determinante sullo sviluppo sano dei bambini; sia le condizioni familiari che il comportamento dei genitori condizionano i bambini e influenzano i loro comportamenti a lungo termine. Le misure strutturali sono particolarmente importanti perché consentono di promuovere la salute dei bambini a prescindere dal loro contesto familiare. Le offerte che prevedono visite a domicilio si sono dimostrate particolarmente efficaci e sono cruciali nell'ottica delle pari opportunità.

La scuola è un setting importante

La scuola è un setting ideale che consente di promuovere la salute dei bambini attraverso misure strutturali. A scuola i bambini possono anche acquisire e mettere in pratica comportamenti favorevoli alla salute. È fondamentale coinvolgere tutta la scuola nelle misure di promozione della salute, a partire dalla direzione dell'istituto scolastico, passando per i docenti e gli allievi e prendendo in considerazione anche l'ambiente, il clima e l'offerta scolastici.

Non bisogna limitare i comportamenti naturali

I bambini hanno un bisogno innato di muoversi nonché un'innata curiosità per tutto ciò che è nuovo. Nel limite del possibile bisogna evitare di frenare questi loro istinti naturali. Concedere un margine di manovra ai bambini permette loro di fare delle preziose esperienze di autoefficacia. In quest'ottica è importante tenere sempre in considerazione anche i genitori e le altre figure di riferimento in quanto rappresentano l'ambiente di vita primario dei bambini piccoli.

È opportuno integrare le tematiche invece di separarle

Nei neonati e nei bambini piccoli è evidente che la salute psichica, il movimento e l'alimentazione sono tre elementi inscindibili. Lo si può vedere durante i momenti dedicati all'allattamento al seno oppure con il biberon in braccio alla mamma o al papà. L'interazione tra questi tre elementi è evidente anche nei bambini più grandi, ad esempio quando giocano in movimento con gli amici.

È importante rafforzare le pari opportunità

Soprattutto durante l'infanzia è importante tenere conto dei legami che esistono tra diverse caratteristiche sociali e individuali come povertà, famiglie monoparentali, malattia di un genitore o livello di istruzione dei genitori (intersezionalità). Durante l'infanzia i bambini possono accumulare in maniera pressoché impercettibile diversi fattori di vulnerabilità.

11 Riferimenti bibliografici

Capitolo 2

- [2.1] Ariès, P. (1978). *Geschichte der Kindheit* (C. Neubaur & K. Kersten, Übers.). DTV.
- [2.2] Kelle, H. (2005). Kinder in der Schule: zum Zusammenhang von Schulpädagogik und Kindheitsforschung. In G. Breidenstein & A. Prengel (Hg.), *Studien zur Schul- und Bildungsforschung: Bd. 20. Schulforschung und Kindheitsforschung – ein Gegensatz?* (S. 139–160). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-322-80990-2_8
- [2.3] Schütz, A. & Luckmann, T. (2017). *Strukturen der Lebenswelt*. Hg. von M. Endreß (2. Aufl.). UVK. <https://doi.org/10.36198/9783838548333>
- [2.4] Hartung, S. & Rosenbrock, R. (2015). *Settingansatz – Lebensweltansatz*. BZgA. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/> <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i106-1.0>;
vgl. auch: Pädagogische Hochschule Zürich (PHZH). *Planungshilfen Gesundheitsförderung und Prävention*. <https://phzh.ch/de/Dienstleistungen/materialien-fuers-schulfeld/planungshilfen-gesundheit-praevention/>
- [2.5] Sieber Egger, A. & Unterweger, G. (2019). «Jetzt gilt's richtig ernst»: Eine ethnografische Perspektive auf die Inszenierung des Schulbeginns. In A. Sieber Egger, G. Unterweger, M. Jäger, M. Kuhn & J. Hangartner (Hg.), *Kindheit(en) in formalen, nonformalen und informellen Bildungskontexten: Ethnografische Beiträge aus der Schweiz* (S. 153–174). Springer VS.
- [2.6] Grundmann, M. (2011). Sozialisation – Erziehung – Bildung: Eine kritische Begriffsbestimmung. In R. Becker (Hg.), *Lehrbuch der Bildungssoziologie* (2. Aufl., S. 63–85). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92759-6_3
- [2.7] Suter, S. (2016). *Im Namen der Gesundheit: Gesundheitsförderung an Schulen zwischen Disziplinierung und Ermächtigung*. Eine soziologische Studie. Transcript.
- [2.8] Sieber Egger, A., Unterweger, G., Kaiser, F. & Buser, F. (2022). The mid-morning snack between public discourse health norms, school public and family habits: an ethnographic look at eating situations in kindergarten. In B. Hünersdorf, G. Breidenstein, J. Dinkelaker, O. Schnoor & T. Tyagunova (Hg.), *Going public? Erziehungswissenschaftliche Ethnographie und ihre Öffentlichkeiten* (S. 49–67). Springer VS.
- [2.9] Hitzler, R. & Honer, A. (1988). Der lebensweltliche Forschungsansatz. *Neue Praxis*, 18, 496–501.
- [2.10] Helsper, W., Kramer, R.-T. & Thiersch, S. (2014). *Schülerhabitus: Theoretische und empirische Analysen zum Bourdieuschen Theorem der kulturellen Passung*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-00495-8>
- [2.11] Sieber Egger, A., Unterweger, G. & Kaiser, F. (2021). Snack time in kindergarten as a cultural practice: Implications for processes of subjectivation. *Child Soc*, 35(4), 563–576. <https://doi.org/10.1111/chso.12436>
- [2.12] Corsaro, W. A. (1987). *Friendship and peer culture in the early years* (2. Aufl.) (Language and learning for human service professions). Ablex.

Capitolo 3

- [3.1] Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T., Stock, S., Altgeld, T., Knesebeck, O. von dem, Ottova, V., Ravens-Sieberer, U., Süß, W. & Trojan, A. (Hg.) (2018). *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5. Aufl.). Hogrefe.
- [3.2] Gollner, E., Szabo, B., Schnabel, F., Schnitzer, B. & Thaller-Schneider, M. (Hg.) (2017). *Gesundheitsförderung konkret: ein forschungsgelitetes Lehrbuch für die Praxis*. Holzhausen.
- [3.3] Jungbauer-Gans, M. & Hackauf, H. (2000). Die Bedeutung von Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. In H. Hackauf & M. Jungbauer-Gans (Hg.), *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen: Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmaßnahmen* (S. 9–14). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/3-531-90798-0_1
- [3.4] Naidoo, J. & Wills, J. (2019). *Lehrbuch Gesundheitsförderung* (3. Aufl.). Hogrefe.
- [3.5] World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa charter for health promotion*. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>
- [3.6] Habermann-Horstmeier, L. (2017). *Gesundheitsförderung und Prävention: Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer*. Hogrefe.
- [3.7] Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Springer.
- [3.8] Brinkmann, R. D. (2014). *Angewandte Gesundheitspsychologie*. Pearson.
- [3.9] Michie, S., Stralen, M. M. van & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- [3.10] Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J. & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*, 46(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- [3.11] Ischer, P. & Saas, C. (2019). *Partizipation in der Gesundheitsförderung*. GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Arbeitspapier_048_GFCH_2021-06_-_Partizipation_in_der_Gesundheitsfoerderung.pdf
- [3.12] Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int*, 26(Suppl. 1), i29–69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
- [3.13] Kaplan, R. S. (2001). Strategic performance measurement and management in nonprofit organizations. *Nonprofit Management Leadership*, 11(3), 353–370. <https://doi.org/10.1002/NML.11308>
- [3.14] Ackermann, G. (2016). *Evaluation und Komplexität: Wirkungskonstruktion in der Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention* [Diss., Universität Basel]. Schweizerische Nationalbibliothek. <https://guenterackermann.ch/wp-content/uploads/2013/02/Ackermann-2016-Evaluation-und-Komplexität.pdf>
- [3.15] Stiftung Zewo (2011). *Wirkungsmessung in der Entwicklungszusammenarbeit: Zewo-Leitfaden für Projekte und Programme*. https://zewo.ch/wp-content/uploads/2020/03/Brosch_Wirkungsmessung.pdf
- [3.16] Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. *Health Promot Int*, 13(1), 27–44. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.27>
- [3.17] Stocker, D., Jäggi, J., Berset, M., Schläpfer, D., Németh, P., Kaeslin, S. & Goebel, S. (2021). *Junge Erwerbstätige: Arbeitsbedingungen und Gesundheit* (Arbeitspapier 55). https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2021/2021_AP_55_Junge_Erwerbstaetige_Gesundheit_de_web.pdf
- [3.18] Schaefer, I. & Kolip, P. (2010). Unterstützung der Qualitätsentwicklung mit Goal Attainment Scaling (GAS). *Prävention*, 33, 66–69. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2564478>
- [3.19] Rieder, S. (2003). *Integrierte Leistungs- und Wirkungssteuerung: eine Anleitung zur Formulierung von Leistungen, Zielen und Indikatoren in der Öffentlichen Verwaltung*. Erstellt im Auftrag der Programmleitung FLAG. https://ub.unibas.ch/digi/a125/sachdok/2012/BAU_1_5753021.pdf
- [3.20] Kurz, B. & Kubek, D. (2013). *Kursbuch Wirkung: Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen*. Phineo; Bertelsmann-Stiftung. <http://www.phineo.org/fuer-organisationen/kursbuch-wirkung>

- [3.21] Fässler, S. & Studer, S. (2019). *Wirkungsevaluation von Interventionen: Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit* (Arbeitspapier 46). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [3.22] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht. www.gesundheitsbericht.ch/de/04-koerperliche-gesundheit-und-entwicklung
- [3.23] Sucht Schweiz (2018). *HBSC Ergebnisse 2018*.
- [3.24] Dratva, J. & Wieber, F. (2021). *Secondary health impact of COVID-19 containment measures in children, adolescents, and young adults*. SSPH; BAG.
- [3.25] Lee, E.-Y. & Yoon, K.-H. (2018). Epidemic obesity in children and adolescents: risk factors and prevention. *Front Med*, 12(6), 658–666. <https://doi.org/10.1007/s11684-018-0640-1>
- [3.26] Stamm, H., Bürgi, R., Lamprecht, M. & Walter, S. *Vergleichendes Monitoring der Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Analyse von Daten aus den Kantonen Aargau, Basel-Stadt, Genf, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, St. Gallen und Uri sowie den Städten Bern, Freiburg, Winterthur und Zürich* (Arbeitspapier 58). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/arbeitspapiere/Arbeitspapier_058_GFCH_2021-09_-_Vergleichendes_BMI-Monitoring.pdf
- [3.27] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Kinder und Behinderung 2017* [Tabelle]. www.bfs.admin.ch/asset/de/11107565
- [3.28] Bringolf, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B. & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Swiss TPH. www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Schlussbericht_SOPHYA.pdf
- [3.29] National Research Council, Institute of Medicine (2004). *Children's health, the nation's wealth: assessing and improving child health*. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/10886>
- [3.30] Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? *Am J Orthopsychiatry*, 76(3), 395–402. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395>
- [3.31] Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *J Adult Dev*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- [3.32] Rigby, M. J., Köhler, L. I., Blair, M. E. & Metchler, R. (2003). Child health indicators for Europe: a priority for a caring society. *Eur J Public Health*, 13(3 Suppl.), 38–46. https://doi.org/10.1093/eurpub/13.suppl_1.38
- [3.33] Korin, M. R. (2016). Introduction: What is health promotion for children and adolescents? In M. R. Korin (Hg.), *Health Promotion for Children and Adolescents* (S. 3–8). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7711-3_1
- [3.34] Nutbeam, D. (1989). *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories* (3. Aufl.). McGraw-Hill.
- [3.35] World Health Organization (WHO) (2020). *Life skills education school handbook: prevention of noncommunicable diseases*. Introduction. <https://www.who.int/publications/i/item/97-8924-000484-9>
- [3.36] Blair, M. E., Stewart-Brown, S., Waterston, T. & Crowther, R. (2010). *Child public health* (2. Aufl.). Oxford Univ. Press.
- [3.37] World Health Organization (WHO). *Promoting health in the SDGs: all for health, health for all*. Report on the 9th global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259183>
- [3.38] Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Schlupp, S. & Pinheiro, P. (2020). Advancing perspectives on health literacy in childhood and youth. *Health Promot Int*, 35(3), 575–585. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz041>
- [3.39] Okan, O., Bröder, J., Pinheiro, P. & Bauer, U. (2018). Gesundheitsförderung und Health Literacy. In A. Lange, H. Reiter, S. Schutter & C. Steiner (Hg.), *Handbuch Kindheits- und Jugendsoziologie* (S. 635–654). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-04207-3_48
- [3.40] Mouratidi, P.-S., Bonoti, F. & Leondari, A. (2016). Children's perceptions of illness and health: an analysis of drawings. *Health Educ J*, 75(4), 434–447. <https://doi.org/10.1177/0017896915599416>

- [3.41] Piko, B. F. & Bak, J. (2006). Children's perceptions of health and illness: images and lay concepts in preadolescence. *Health Educ Res*, 21(5), 643–653. <https://doi.org/10.1093/her/cyl034>
- [3.42] Burkert, N., Unterleitner, K., Rásky, É. & Sprenger, M. (2020). Health concepts of elementary school pupils in Austria: an explorative study using the draw and write technique. *Wien Med Wochenschr*, 170(9–10), 203–211. <https://doi.org/10.1007/s10354-019-0702-2>
- [3.43] Bir, J. E. & Podmore, V. N. (1990). Children's understanding of health and illness. *Psychol Health*, 4(2), 175–185. <https://doi.org/10.1080/08870449008408151>
- [3.44] Almqvist, L., Hellnäs, P., Stefansson, M. & Granlund, M. (2006). 'I can play!': young children's perceptions of health. *Pediatr Rehabil*, 9(3), 275–284. <https://doi.org/10.1080/13638490500521303>
- [3.45] Dratva, J., Späth, A. & Zemp, E. (2013). *Child and Adolescent Health Monitoring Report for the Federal Office of Statistics*. BFS.
- [3.46] Dratva, J., Grylka, S., Volken, T. & Zysset, A. E. (2019). *Wissenschaftliche Übersichtsarbeit frühe Kindheit (0-4j.) in der Schweiz: Gesundheit und Prävention*. Schlussbericht. ZHAW. <https://www.aramis.admin.ch/Dokument.aspx?DocumentID=50035>
- [3.47] Pro Juventute Schweiz (2021). *Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Kinder, Jugendliche und ihre Familien in der Schweiz*. Pro Juventute Corona-Report Update. <https://www.aramis.admin.ch/Dokument.aspx?DocumentID=69043>
- [3.48] DeGani, S., Jaks, R., Bieri, U. & Hocher, J. P. (2021). *Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021: Schlussbericht*. BAG; Careum Stiftung.
- [3.49] Jaks, R., Baumann, I., Juvalta, S. & Dratva, J. (2019). Parental digital health information seeking behavior in Switzerland: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1), 225. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6524-8>
- [3.50] Waller, G., Suter, L., Bernath, J., Külling, C., Wilemse, I. & Martel, N. (2019). *MIKE – Medien, Interaktion, Kinder, Eltern: Ergebnisbericht zur MIKE-Studie 2019*. ZHAW.
- [3.51] Kolip, P. (2020). *Lebenslagen und Lebensphasen (BZgA-Leitbegriffe)*. BZgA. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i071-2.0>
- [3.52] Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Ezra, S. & Ben Shlomo, Y. (Hg.) (2004). *A life course approach to chronic disease epidemiology*. [Life course approach to adult health series] (2. Aufl.). Oxford Univ. Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198578154.001.0001>
- [3.53] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht*. Bericht 6. GFCH. https://www.prevention.ch/files/publicimages/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf
- [3.54] World Health Organization (WHO) (2013). *Nurturing human capital along the life course: investing in early child development*. Meeting report WHO, Geneva, Switzerland, 10–11 January 2013. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87084>
- [3.55] Wieser, S., Kauer, L., Schmidhauser, S., Pletscher, M. & Brügger, U. (2010). *Synthesebericht: Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz*. ZHAW; BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-ncd-sucht/2001-2010/2010-oeconomische-evaluation-praevention-synthesebericht-zusammenfassung.pdf>
- [3.56] Bandurska, E., Brzeziński, M., Metelska, P. & Zarzeczna-Baran, M. (2020). Cost-effectiveness of an obesity management program for 6- to 15-year-old children in Poland: data from over three thousand participants. *Obes Facts*, 13(5), 487–498. <https://doi.org/10.1159/000509130>
- [3.57] Brown, V., Ananthapavan, J., Sonntag, D., Tan, E. J., Hayes, A. & Moodie, M. (2019). The potential for long-term cost-effectiveness of obesity prevention interventions in the early years of life. *Pediatr Obes*, 14(8), e12517. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12517>
- [3.58] Jacob, V., Chattopadhyay, S. K., Reynolds, J. A., Hopkins, D. P., Morgan, J. A., Brown, D. R., Kochtitzky, C. S., Cuellar, A. E. & Kumanyika, S. K. (2021). Economics of interventions to increase active travel to school: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*, 60(1), e27–e40. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.08.002>

- [3.59] Effertz, T., Engel, S., Verheyen, F. & Linder, R. (2016). The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *Eur J Health Econ*, 17(9), 1141–1158. <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0751-4>
- [3.60] Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M. L., Hall, K. D., Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., James, W. P. T., Wang, Y. & McPherson, K. (2015). Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*, 385(9986), 2510–2520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61746-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61746-3)
- [3.61] Jimenez, M. P., DeVille, N. V., Elliott, E. G., Schiff, J. E., Wilt, G. E., Hart, J. E. & James, P. (2021). Associations between nature exposure and health: a review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094790>
- [3.62] Blümel, S., Franzkowiak, P., Kaba-Schönstein, L., Nöcker, G., Plaumann, M. & Trojan, A. (2018). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA. https://leitbegriffe.bzga.de/fileadmin/user_upload/leitbegriffe/e-Books/E-Book_Leitbegriffe_2018_08.pdf
- [3.63] Laflamme, L., Burrows, S. & Hasselberg, M. (2009). *Socioeconomic differences in injury risks: a review of findings and a discussion of potential countermeasures*. WHO Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350275>
- [3.64] Kim, J. B., Prunicki, M., Haddad, F., Dant, C., Sampath, V., Patel, R., Smith, E., Akdis, C., Balmes, J., Snyder, M. P., Wu, J. C. & Nadeau, K. C. (2020). Cumulative lifetime burden of cardiovascular disease from early exposure to air pollution. *J Am Heart Assoc*, 9(6), e014944. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014944>
- [3.65] Anopa, Y. & Conway, D. I. (2020). Exploring the cost-effectiveness of child dental caries prevention programmes: are we comparing apples and oranges? *Evid Based Dent*, 21(1), 5–7. <https://doi.org/10.1038/s41432-020-0085-7>
- [3.66] Stampfer, L. (2014). *Marlboro says these ads definitely don't target kids*. Time. <https://time.com/23820/>
- [3.67] Babor, T. F. (2010). *Alcohol: Research and Public Policy* (2. Aufl.). Oxford Univ. Press.
- [3.68] Calvert, S. L. (2008). Children as consumers: advertising and marketing. *Future Child*, 18(1), 205–234. <https://doi.org/10.1353/foc.0.0001>
- [3.69] Lantz, P. M., Jacobson, P. D., Warner, K. E., Wasserman, J., Pollack, H. A., Berson, J. & Ahlstrom, A. (2000). Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tob Control*, 9(1), 47–63. <https://doi.org/10.1136/tc.9.1.47>
- [3.70] Güntzer, A. (2017). Jugendliche in der Schweiz leiden unter Leistungsdruck und Stress. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 23(2), 38–44. http://www.szh.ch/bausteine.net/f/50990/Guentzer_170238.pdf
- [3.71] Jadambaa, A., Graves, N., Cross, D., Pacella, R., Thomas, H. J., Scott, J. G., Cheng, Q. & Brain, D. (2022). Economic evaluation of an intervention designed to reduce bullying in Australian schools. *Appl Health Econ Health Policy*, 20(1), 79–89. <https://doi.org/10.1007/s40258-021-00676-y>
- [3.72] Zumbrunn, A., Solèr, M. & Kunz, D. (2016). *Umsetzung Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen*. FHNW. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/kinder-und-jugend/umsetzung-gesundheitsfoerderung-praevention-schulen.pdf>
- [3.73] Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A., Guggenbühl, L., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2020). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2019/20 mit Sonderfokus «Oberstufe und Körperbild»* (Faktenblatt 56). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_056_GFCH_2021-05_-_BMI_Monitoring_2019-2020.pdf
- [3.74] Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A., Guggenbühl, L., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2020). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2018/19 mit Sonderfokus «Bewegungsverhalten und Gewicht»* (Faktenblatt 42). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_042_GFCH_2020-05_-_BMI-Monitoring_2018-2019.pdf

- [3.75] Stamm, H., Ceschi, M., Fischer, A., Guggenbühl, L., Ledergerber, M., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2019). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2017/18 mit Fokus Wohnumfeld* (Faktenblatt 37). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_037_GFCH_2019-04_-_BMI-Monitoring_2017-2018.pdf
- [3.76] Steiger, D. (2018). *Gesundes Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen: Überprüfung und Aktualisierung der wissenschaftlichen Grundlagen* (Arbeitspapier 45). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/arbeitspapiere/Arbeitspapier_045_GFCH_2018-11_-_Gesundes_Koerpergewicht_bei_Kindern_und_Jugendlichen.pdf
- [3.77] Papandreou, A., Bopp, M., Braun, J., Staub, K. & Fäh, D. (2017). Individual development and potential determinants of excess weight in children and adolescents: a longitudinal study. *Swiss Med Wkly*, 147, w14501. <https://doi.org/10.4414/smw.2017.14501>
- [3.78] Stamm, H., Bürgi, R., Ceschi, M., Felber Dietrich, D., Guggenbühl, L., Ledergerber, M., Stronski, S. & Walter, S. (2022). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2021/22 mit Sonderfokus «Nationaler und internationaler Vergleich»*. (Faktenblatt 69). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_069_GFCH_2022-05_-_BMI_Monitoring_2020-2021.pdf

Capitolo 4

- [4.1] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2018). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen Vergleichszahlen 2005/06 bis 2016/17* (Faktenblatt 33). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_033_GFCH_2018-04_-_BMI-Monitoring.pdf
- [4.2] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2020). *Früchte- und Gemüsekonsum (Alter: 6–12)*. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/fruechte-und-gemuesekonsum-alter-6-12>
- [4.3] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2021). *Bewegungsverhalten (Alter: 6–16)*. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/bewegungsverhalten-alter-6-16>
- [4.4] Schweizerische Eidgenossenschaft (2015). *Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund*. Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulates Maury Pasquier (12.3966). www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/mutter-kind-gesundheit-in-der-migrationsbevoelkerung.html
- [4.5] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2017). *Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention: Zielgruppe Kinder und Jugendliche* (Faktenblatt 19). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/faktenblaetter/Faktenblatt_019_GFCH_2017-02_-_Geschlechtliche_und_sexuelle_Minderheiten.pdf
- [4.6] World Health Organization (WHO) (2018). *Health inequities and their causes*. https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/
- [4.7] World Health Organization (WHO) (2013). *Social determinants of health: Key concepts*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- [4.8] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; BAG; GFCH.
- [4.9] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Updated reprint 2014. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf

- [4.10] AG NCD-Strategie Teilprojekt 1 (Hg.) (2015). *Risikofaktoren, nationale Präventionsaktivitäten und Synergien zu krankheitsspezifischen Teilstrategien: Grundlagebericht als Basis für die zur Erarbeitung der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten* (NCD-Strategie). Unveröffentlichter Bericht.
- [4.11] Homfeldt, H. G. (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 315–320). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_31
- [4.12] Kowalski, C., Steinhausen, S., Pfaff, H. & Janßen, C. (2008). Sozioökonomische Ungleichheit erfordert zielgruppenspezifische Präventionsprogramme. *Public Health Forum*, 16(2), 29–31. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2008.04.017>
- [4.13] Gittelsohn, J. & Trude, A. (2017). Diabetes and obesity prevention: changing the food environment in low-income settings. *Nutr Rev*, 75(Suppl. 1), 62–69. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw038>
- [4.14] Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention: bewährte Ansätze und Erfolgskriterien*. Kurzversion für die Praxis. BAG; GFCH; GDK. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [4.15] Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen: Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. GFCH; BFU. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [4.16] Salis Gross, C., Soom Ammann, E. & El Fehri, V. (2012). Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. *Suchtmagazin*(3–4), 26–29. <https://doi.org/10.5167/uzh-74947>
- [4.17] Moret, J. & Dahinden, J. (2009). *Wege zu einer besseren Kommunikation*. EKM. https://www.ekm.admin.ch/dam/ekm/de/data/dokumentation/materialien/mat_wege_kommunikation_d.pdf
- [4.18] Kricheldorf, C. (2010). Bildungsarbeit mit älteren und alten Menschen. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 99–109). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_9
- [4.19] Hackl, C. (2007). *Gesundheitsförderung für ältere Menschen, mit dem Schwerpunkt sozial Schwache* [Diplomarbeit, IMC Fachhochschule Krams].
- [4.20] Flor, W. (2019). *Alter(n) und Gesundheitsförderung* (BZgA-Leitbegriffe). <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/altern-und-gesundheitsfoerderung/>
- [4.21] Baxter, S., Johnson, M., Payne, N., Buckley-Woods, H., Blank, L., Hock, E., Daley, A., Taylor, A., Pavey, T., Mountain, G. & Goyder, E. (2016). Promoting and maintaining physical activity in the transition to retirement: a systematic review of interventions for adults around retirement age. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 12. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0336-3>
- [4.22] Lood, Q., Häggblom-Kronlöf, G. & Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Health promotion programme design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*, 15, 560. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1222-4>
- [4.23] Craike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 15(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0676-2>
- [4.24] Olstad, D. L., Ancilotto, R., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. J. & Ball, K. (2017). Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obes Rev*, 18(7), 791–807. <https://doi.org/10.1111/obr.12546>
- [4.25] Abeykoon, A. M. H., Engler-Stringer, R. & Muhajarine, N. (2017). Health-related outcomes of new grocery store interventions: a systematic review. *Public Health Nutr*, 20(12), 2236–2248. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000933>
- [4.26] Ball, K., Carver, A., Downing, K., Jackson, M. & O'Rourke, K. (2015). Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. *Health Promot Int*, 30(Suppl. 2), ii8–19. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav022>

- [4.27] Everson-Hock, E. S., Johnson, M., Jones, R., Woods, H. B., Goyder, E., Payne, N. & Chilcott, J. (2013). Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review. *Prev Med*, 56(5), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.02.023>
- [4.28] Schnyder-Walser, K., Ruflin, R., Grunder, M. & Widmer, P. (2015). *Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts»*. Schlussbericht. BAG. <https://www.aramis.admin.ch/Default?DocumentID=46832>
- [4.29] Riou, J., Panczak, R., Althaus, C. L., Junker, C., Perisa, D., Schneider, K., Criscuolo, N. G., Low, N. & Egger, M. (2021). Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *Lancet Public Health*, 6(9), e683–e691. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00160-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00160-2)
- [4.30] Webb Hooper, M., Nápoles, A. M. & Pérez-Stable, E. J. (2020). COVID-19 and racial/ethnic disparities. *JAMA*, 323(24), 2466–2467. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8598>
- [4.31] Mathur, R., Rentsch, C. T., Morton, C. E., Hulme, W. J., Schultze, A., MacKenna, B., Eggo, R. M., Bhaskaran, K., Wong, A. Y. S., Williamson, E. J., Forbes, H., Wing, K., McDonald, H. I., Bates, C., Bacon, S., Walker, A. J., Evans, D., Inglesby, P., Mehrkar, A., ... Goldacre, B. (2021). Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19-related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform. *Lancet*, 397(10286), 1711–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00634-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00634-6)
- [4.32] Probst, J. & Ruedin, D. (2021). *Littérature en santé relative au covid-19: focus sur la population migrante*. (SFM studies: Bd. 78). <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz/migrationsbevölkerung-gesundheitskompetenz-und-covid-19.pdf>
- [4.33] Bishop, A. (2020). *Vulnerability amplified: the impact of the COVID-19 pandemic on LGBTIQ people*. OutRight Action International. https://outrightinternational.org/sites/default/files/COVIDsReportDesign_FINAL_LR_0.pdf
- [4.34] M.I.S. TREND (2020). *Etude sur les habitudes alimentaires et l'activité physique de la population en Suisse pendant la période des mesures du Conseil fédéral visant à freiner la propagation du Covid-19 (du 13 mars au 26. avril)*. IRES. <https://www.blv.admin.ch/dam/blv/fr/dokumente/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung-waehrend-lockdown-bericht.pdf>
- [4.35] Höglinger, M. & Heiniger, S. (2020). *Verhaltensänderungen im Lockdown und persönliche Herausforderungen: Auswertungen mit Daten des COVID-19 Social Monitor für Gesundheitsförderung Schweiz*. Schlussbericht. WIG; ZHAW. https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/22546/3/2020_Hoeglinger-Heininger_Covid19-Social-Monitor-Schlussbericht.pdf
- [4.36] Prickett, K. C., Habibi, H. & Carr, P. A. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy and acceptance in a cohort of diverse New Zealanders. *Lancet Reg Health West Pac*, 14, 100241. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100241>
- [4.37] Friemel, T. N. & Geber, S. (2021). *The role of socio-demographics in Covid-19 prevention*. Fachdiskussion Covid-19 Taskforce 12. Jan. 2021. IKMZ. https://covid-norms.ch/wp-content/uploads/2021/03/Covid-Norms_Fachgespraech_20210112_Friemel-Geber_webseite.pdf
- [4.38] Geber, S., Tribelhorn, L. & Friemel, T. N. (2020). *Die Impfbereitschaft in der Schweizer Bevölkerung*. Covid-Norms. <https://covid-norms.ch/impfbereitschaft-schweiz/>
- [4.39] Robertson, E., Reeve, K. S., Niedzwiedz, C. L., Moore, J., Blake, M., Green, M., Katikireddi, S. V. & Benzeval, M. J. (2021). Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in the UK household longitudinal study. *Brain Behav Immun*, 94, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.03.008>
- [4.40] Chang, T.-H., Chen, Y.-C., Chen, W.-Y., Chen, C.-Y., Hsu, W.-Y., Chou, Y. & Chang, Y.-H. (2021). Weight gain associated with covid-19 lockdown in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 13(10), 3668. <https://doi.org/10.3390/nu13103668>
- [4.41] Lubrecht, J., Arayess, L., Reijnders, D., Hesselink, M. L., Velde, G. ten, Janse, A., Rosenstiel, I. von, Mil, E. G. A. H. van, Verweij, M. & Vreugdenhil, A. C. E. (2022). Weight gain in children during the COVID-19 pandemic and the protective effect of lifestyle intervention in children with obesity. *Obes Facts*, 15(4), 600–608. <https://doi.org/10.1159/000525298>

- [4.42] Vogel, M., Geserick, M., Gausche, R., Beger, C., Poulain, T., Meigen, C., Körner, A., Keller, E., Kiess, W. & Pfäffle, R. (2022). Age- and weight group-specific weight gain patterns in children and adolescents during the 15 years before and during the COVID-19 pandemic. *Int J Obes*, 46(1), 144–152. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00968-2>
- [4.43] Lange, S. J., Kompaniyets, L., Freedman, D. S., Kraus, E. M., Porter, R., Blanck, H. M. & Goodman, A. B. (2021). Longitudinal Trends in Body Mass Index Before and During the COVID-19 Pandemic Among Persons Aged 2–19 Years: United States, 2018–2020. *Morb Mortal Wkly Rep*, 70(37), 1278–1283. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7037a3>
- [4.44] Eneli, I., Xu, J. & Pratt, K. (2022). Change in weight category among youth early in the COVID-19 pandemic. *Clinical Obesity*, 12(3), e12522. <https://doi.org/10.1111/cob.12522>
- [4.45] Bundesamt für Statistik (BFS). *Familien*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/familien.html>
- [4.46] Stutz, H. & Bischof, S. (2018). *Kinder in multilokalen Familienkonstellationen: Sekundärdatenanalyse erstellt im Auftrag der Bildungsdirektion Kanton Zürich*. https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2018/ZH_2018_GetrennteEltern_Schlussbericht.pdf
- [4.47] Stutz, H., Bischof, S., Heusser, C., Guggenbühl, T., Degen, M., Büchler, A. & Simoni, H. (2022, im Druck). *Wenn die Eltern nicht zusammenwohnen: Elternschaft und Kinderalltag*. EKFF.
- [4.48] Golombok, S. & Badger, S. (2010). Children raised in mother-headed families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adulthood. *Hum Reprod*, 25(1), 150–157. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep345>
- [4.49] Simoni, H. (2012). *Sozialwissenschaftliche Grundlagen zu den Konzepten «Kindeswohl, Familie und Elternschaft» im Fortpflanzungsmedizingesetz*. Gutachten im Auftrag des BAG. MMI. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/biomed/fortpflanzungsmedizin/gutachten-kindeswohl-heidi-simoni.pdf>
- [4.50] Huebner, G., Boothby, N., Aber, J. L., Darmstadt, G. L., Diaz, A., Masten, A. S., Yoshikawa, H., Redlener, I., Emmel, A., Pitt, M., Arnold, L., Barber, B., Berman, B., Blum, R., Canavera, M., Eckerle, J., Fox, N. A., Gibbons, J. L., Hargarten, S. W., ... Zeanah, C. H. (2016). Beyond survival: the case for investing in young children globally. *NAM Perspectives*, 6(6). <https://doi.org/10.31478/201606b> (Discussion Paper).
- [4.51] Caritas Schweiz (2019). *Kinderarmut in der Schweiz überwinden*. <https://www.caritas.ch/de/was-wir-sagen/unsere-aktionen/kinderarmut-in-der-schweiz.html>
- [4.52] Amacker, M., Funke, F. & Wenger, N. (2015). *Alleinerziehende und Armut in der Schweiz*. Caritas Schweiz.
- [4.53] Schöbi, B., Holmer, P. & Schöbi, D. (2020). Bestrafungsverhalten von Eltern in der Schweiz. *undKinder*, 106, 35–48.
- [4.54] Walper, S., Entleitner-Phleps, C. & Langmeyer, A. N. (2020). Betreuungsmodelle in Trennungsfamilien: ein Fokus auf das Wechselmodell. *ZSE*, 40(1), 62–80. <https://content-select.com/de/portal/media/view/5ea1b845-3fcc-4b0b-86fb-1983b0dd2d03>
- [4.55] Brunner, S., Hardegger, K. & Salis, G. von (2020). Konflikte in getrennten Familien: Erfahrungen aus der KET-Beratung. *undKinder*, 105, 29–38. https://www.mmi.ch/uploads/Downloads/mmi_undKinder_105_Konflikte-in-getrennten-Familien.pdf

Capitolo 5

- [5.1] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2020). *Framework on early childhood development in the WHO European Region*.
- [5.2] Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2018). *Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit*. www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/kinder-und-jugend/gesundheitsfoerderung-und-praevention-fruehe-kindheit.pdf
- [5.3] Hafen, M. (2014). *'Better Together' – Prävention durch Frühe Förderung: präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren*. Schlussbericht, überarbeitete und erweiterte Version. BAG. https://fen.ch/texte/mh_ff-schlussbericht.pdf
- [5.4] Der Bundesrat (2021). *Politik der frühen Kindheit: Auslegeordnung und Entwicklungsmöglichkeiten auf Bundesebene*. Bericht des Bundesrates. <https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/kinder/berichte-vorstoesse/br-bericht-fruehe-kindheit.pdf>

- [5.5] Hafen, M. (2015). *Zur Bedeutung professioneller Arbeit im Kleinkindbereich: ein Argumentarium mit Blick auf theoretische Überlegungen, empirische Evidenz und erfolgreiche Praxis*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit; GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/1-kap/fokusthemen/fruehe-foerderung/Grundlagenpapier_zur_Bedeutung_professioneller_Arbeit_im_Kleinkindbereich.pdf
- [5.6] Crandall, A., Miller, J. R., Cheung, A., Novilla, L. K., Glade, R., Novilla, M. L. B., Magnusson, B. M., Leavitt, B. L., Barnes, M. D. & Hanson, C. L. (2019). ACEs and counter-ACEs: how positive and negative childhood experiences influence adult health. *Child Abuse Negl*, 96, 104089. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104089>
- [5.7] Hafen, M. (2017). Stärkung von Lebenskompetenzen in der frühen Kindheit: ein Weg zur Reduktion sozialer Ungleichheit. In F. Hänsenberger-Aebi & U. Schäfer (Hg.), *Teilhabe und Verschiedenheit: Bd. 3. Eltern sein plus! Begleitung von Kindern mit Unterstützungsbedarf* (S. 35–63). Seismo.
- [5.8] Luhmann, N. (1994). *Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Suhrkamp.
- [5.9] Werner, E. E. & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood* (5. Aufl.). Cornell Univ. Press.
- [5.10] Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children*. (World Health Organization monograph series: Bd. 2).
- [5.11] McLaughlin, K. A., Mackey, A., Bunge, S. A., Fetz Fernandes, G., Brown, K. & Bühler J. C. (2018). *Human brain plasticity: future research directions and implications for children's learning and development*. Jacobs Foundation.
- [5.12] Spork, P. (2017). *Gesundheit ist kein Zufall: Wie das Leben unsere Gene prägt. Die neuesten Erkenntnisse der Epigenetik* (2. Aufl.). Deutsche Verlags-Anstalt.
- [5.13] Hüttenmoser, M. (1995). Children and their living surroundings: empirical investigations into the significance of living surroundings for the everyday life and development of children. *Children's Environments*, 12(4), 403–413. <http://www.jstor.org/stable/41514991>
- [5.14] Marmot, M. (2020). Health equity in England: the Marmot review 10 years on. *BMJ*, 368, m693. <https://doi.org/10.1136/bmj.m693>
- [5.15] Selita, F. & Kovas, Y. (2019). Genes and gini: what inequality means for heritability. *J Biosoc Sci*, 51(1), 18–47. <https://doi.org/10.1017/S0021932017000645>
- [5.16] Heckman, J. J. & Masterov, D. V. (2007). The productivity argument for investing in young children. *Rev Agricultural Economics*, 29(3), 446–493. <https://doi.org/10.1111/J.1467-9353.2007.00359.X>
- [5.17] Rea, D. & Burton, T. (2020). New evidence on the Heckman curve. *J Econ Surv*, 34(2), 241–262. <https://doi.org/10.1111/joes.12353>
- [5.18] Fischer, S. & Stanak, M. (2017). *Social return on investment: outcomes, methods and economic parameters*. Final report (HTA-Projektbericht 96). LBI-HTA. https://eprints.hta.lbg.ac.at/1142/1/HTA-Projektbericht_Nr.96.pdf
- [5.19] BAK Economics AG (2020). *Volkswirtschaftliches Gesamtmodell für die Analyse zur «Politik der frühen Kindheit»: Bericht im Auftrag der Jacobs Foundation*. Executive Summary.
- [5.20] Professor Heckman (2021). *The Heckman Curve*. <https://heckmanequation.org/resource/the-heckman-curve>
- [5.21] Stamm, M. (2009). *Frühkindliche Bildung in der Schweiz: Eine Grundlagenstudie im Auftrag der UNESCO-Kommission Schweiz*. Universität Fribourg.
- [5.22] Stern, S., Schwab Cammarano, S. & Rocchi, A. de (2017). *Kantonale Strategien und Koordinationsansätze im Bereich der FBBE: Bestandsaufnahme bei den Kantonen*. Jacobs Foundation; BSV; Bundesamt für Migration.
- [5.23] Stern, S., Schwab Cammarano, S., Gschwend, E. & Sigrist, D. (2019). *Für eine Politik der frühen Kindheit: eine Investition in die Zukunft*. Schweizerische UNESCO-Kommission.
- [5.24] Chzhen, Y., Gromada, A. & Rees, G. (2019). *Are the world's richest countries family friendly? Policy in the OECD and EU*. UNICEF Office of Research.

- [5.25] Hafen, M. (2019). *Analyse der Frühen Förderung im Kanton Basel-Stadt und Entwicklung einer kantonalen Strategie: Bericht zur SWOT-Analyse*. Erziehungsdepartement Basel-Stadt. https://www.jfs.bs.ch/dam/jcr:4e312083-010c-4b99-8662-67e3d7db4c94/bericht_fruhe_foerderung.pdf
- [5.26] Hafen, M. & Meier Magistretti, C. (2021). *Familienzentrierte Vernetzung in der Schweiz: Eine Vorstudie vor dem Hintergrund der «Frühe Hilfen»-Strategie in Österreich*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. <https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=4254>
- [5.27] Infrac, B, S, S, Volkswirtschaftliche Beratung & Jacobs Foundation (2018). *Whitepaper zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf: Zwischen Wunsch und Realität*. https://www.bss.swiss/images/stories/bss-basel/downloads/JacobFoundation_Whitepaper_Elternerwerbstaetigkeit.pdf
- [5.29] Meier Magistretti, C., Walter-Laager, C., Schraner, M. & Schwarz, J. (2019). *Angebote der Frühen Förderung in Schweizer Städten (AFFiS): Kohortenstudie zur Nutzung und zum Nutzen von Angeboten aus Elternsicht*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- [5.30] Stern, S., Schultheiss, A., Fliedner, J., Iten, R. & Felfe, C. (2015). *Analyse der Vollkosten und der Finanzierung von Krippenplätzen in Deutschland, Frankreich und Österreich im Vergleich zur Schweiz: Schlussbericht*. (Beiträge zur sozialen Sicherheit: 15, Nr. 3). <http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de&lnr=03/15>
- [5.31] Eidgenössische Kommission für Familienfragen (EKFF) (2019). *Qualitätssteuerung der institutionellen Kinderbetreuung: ein Flickenteppich mit Folgen*. Policy Brief 1.
- [5.32] Hafen, M. (2018). *Einsatz von Nichtprofessionellen in professionellen Kontexten im Frühbereich: ein Grundlagenbericht mit besonderem Fokus auf Programme zur Unterstützung von sozial benachteiligten Familien*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1402009>
- [5.33] Wustmann Seiler, C. & Simoni, H. (2016). *Orientierungsrahmen für frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz: Nationales Referenzdokument für Qualität in der frühen Kindheit*. Schweizerische UNESCO-Kommission, Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz.
- [5.34] Stern, S., Schultheiss, A., Schwab Cammarano, S. & Angst, V. (2016). *Evaluation Primokiz*. Schlussbericht. Jacobs Foundation.
- [5.35] Becker, R. & Schoch, J. (2018). *Soziale Selektivität: Empfehlungen des Schweizerischen Wissenschaftsrates SWR*. Expertenbericht im Auftrag des SWR. (Politische Analyse: Bd. 3). SWR.
- [5.36] Gnaegi, P. (2019). Karriereunterbrüche: Wirtschaftliche Folgen und Lösungen. *CHSS*, 3, 38–40. https://soziale-sicherheit-chss.ch/wp-content/uploads/2019/09/dCHSS_19-03_Gnaegi_bf.pdf
- [5.37] Eidgenössische Kommission für Familienfragen (EKFF) (2020). *Armut und Existenzsicherung von Familien*. Policy Brief 2.
- [5.38] Gardini, E. S., Schaub, S., Neuhauser, A., Ramseier, E., Villiger, A., Ehlert, U., Lanfranchi, A. & Turecki, G. (2020). Methylation of the glucocorticoid receptor promoter in children: links with parents as teachers, early life stress, and behavior problems. *Dev Psychopathol*, 34(3), 810–822. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001984>
- [5.39] Dreifuss, C. & Lannen, P. (2018). *Bericht zur Evaluation der alternativen Umsetzungsmodelle des Programms schrittweise: Februar 2013 – September 2017*. a:primo; MMI. https://www.a-primo.ch/download/pictures/03/ak2szrc8bdkwp5fqxzwf4gvcb61tkn/bericht_mmi_evaluation_alternative_modelle_schrittweise.pdf
- [5.40] Amsler, F. & Täscher, S. (2019). *Spielgruppen im Kanton Basel-Stadt: Bericht zur 10. Befragung von Spielgruppenleiterinnen*. Schuljahr 2018/19 (Kennzahlen zu Kindern im Obligatorium in Spielgruppen mit Sprachförderung). Erziehungsdepartement Basel-Stadt. https://www.volksschulen.bs.ch/dam/jcr:d7a1cabf-d164-4e93-86d7-08e8976d8644/Bericht_Befragung_SJ_2018_19.pdf
- [5.41] Eberitzsch, S., Brink, I. O. & Lätsch, D. (2020). Angebote für armutsbetroffene Familien mit Vorschulkindern: zur Schnittstelle von materieller Sicherheit, frühkindlicher Bildung und Frühen Hilfen in der Schweiz. In *ISA-Jahrbuch zur Sozialen Arbeit 2020* (S. 192–207): Institut für soziale Arbeit e. V. (ISA).
- [5.42] Haas, S. & Weigl, M. (2017). *Frühe Hilfen: Eckpunkte eines «Idealmodells» für Österreich 2017*. Aktualisierter wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich. <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/294>
- [5.43] Gesundheit Österreich (2019). *Früdok 2.0: Frühe Hilfen*.

Capitolo 6

- [6.1] World Health Organization (WHO) (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>
- [6.2] World Health Organization (WHO) (o. J.). *Constitution of the World Health Organization*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- [6.3] Poitras, V. J., Gray, C. E., Borghese, M. M., Carson, V., Chaput, J.-P., Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Pate, R. R., Connor Gorber, S., Kho, M. E., Sampson, M. & Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab*, 41(6 Suppl. 3), S197–S239. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0663>
- [6.4] Carson, V., Lee, E.-Y., Hewitt, L., Jennings, C., Hunter, S., Kuzik, N., Stearns, J. A., Unrau, S. P., Poitras, V. J., Gray, C. E., Adamo, K. B., Janssen, I., Okely, A. D., Spence, J. C., Timmons, B. W., Sampson, M. & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between physical activity and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*, 17(Suppl. 5), 854. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4860-0>
- [6.5] Okely, A. D., Ghersi, D., Loughran, S. P., Cliff, D. P., Shilton, T., Jones, R. A., Stanley, R. M., Sherring, J., Toms, N., Eckermann, S., Olds, T. S., Zhang, Z., Parrish, A.-M., Kervin, L., Downie, S., Salmon, J., Bannerman, C., Needham, T., Marshall, E., ... Tremblay, M. S. (2022). A collaborative approach to adopting/adapting guidelines: the Australian 24-hour movement guidelines for children (5–12 years) and young people (13–17 years): an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. Research report. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 19(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01236-2>
- [6.6] Carson, V., Hunter, S., Kuzik, N., Gray, C. E., Poitras, V. J., Chaput, J.-P., Saunders, T. J., Katzmarzyk, P. T., Okely, A. D., Connor Gorber, S., Kho, M. E., Sampson, M., Lee, H. & Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab*, 41(6 Suppl. 3), S240–S265. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0630>
- [6.7] Poitras, V. J., Gray, C. E., Janssen, X., Aubert, S., Carson, V., Faulkner, G., Goldfield, G. S., Reilly, J. J., Sampson, M. & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between sedentary behaviour and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*, 17(Suppl. 5), 868. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4849-8>
- [6.8] Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J. & Payne, W. R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 10, 98. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-98>
- [6.9] Mura, G., Vellante, M., Nardi, A. E., Machado, S. & Carta, M. G. (2015). Effects of school-based physical activity interventions on cognition and academic achievement: a systematic review. *CNS Neurol Disord Drug Targets*, 14(9), 1194–1208. <https://doi.org/10.2174/1871527315666151111121536>
- [6.10] Donnelly, J. E., Hillman, C. H., Castelli, D., Etner, J. L., Lee, S., Tomporowski, P., Lambourne, K. & Szabo-Reed, A. N. (2016). Physical activity, fitness, cognitive function, and academic achievement in children: a systematic review. *Med Sci Sports Exerc*, 48(6), 1223–1224. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000966>
- [6.11] LeBlanc, A. G., Spence, J. C., Carson, V., Connor Gorber, S., Dillman, C., Janssen, I., Kho, M. E., Stearns, J. A., Timmons, B. W. & Tremblay, M. S. (2012). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0–4 years). *Appl Physiol Nutr Metab*, 37(4), 753–772. <https://doi.org/10.1139/h2012-063>
- [6.12] Timmons, B. W., LeBlanc, A. G., Carson, V., Connor Gorber, S., Dillman, C., Janssen, I., Kho, M. E., Spence, J. C., Stearns, J. A. & Tremblay, M. S. (2012). Systematic review of physical activity and health in the early years (aged 0–4 years). *Appl Physiol Nutr Metab*, 37(4), 773–792. <https://doi.org/10.1139/h2012-070>
- [6.13] Jones, R. A., Hinkley, T., Okely, A. D. & Salmon, J. (2013). Tracking physical activity and sedentary behavior in childhood: a systematic review. *Am J Prev Med*, 44(6), 651–658. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.03.001>

- [6.14] Hayes, G., Dowd, K. P., MacDonncha, C. & Donnelly, A. E. (2019). Tracking of physical activity and sedentary behavior from adolescence to young adulthood: a systematic literature review. *J Adolesc Health, 65*(4), 446–454. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.03.013>
- [6.15] Gruber, R., Laviolette, R., Deluca, P., Monson, E., Cornish, K. & Carrier, J. (2010). Short sleep duration is associated with poor performance on IQ measures in healthy school-age children. *Sleep Med, 11*(3), 289–294. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.09.007>
- [6.16] Gruber, R., Michaelsen, S., Bergmame, L., Frenette, S., Bruni, O., Fontil, L. & Carrier, J. (2012). Short sleep duration is associated with teacher-reported inattention and cognitive problems in healthy school-aged children. *Nat Sci Sleep, 4*, 33–40. <https://doi.org/10.2147/NSS.S24607>
- [6.17] Cappuccio, F. P., Taggart, F. M., Kandala, N.-B., Currie, A., Peile, E., Stranges, S. & Miller, M. A. (2008). Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep, 31*(5), 619–626. <https://doi.org/10.1093/sleep/31.5.619>
- [6.18] Steenari, M.-R., Vuontela, V., Paavonen, E. J., Carlson, S., Fjallberg, M. & Aronen, E. T. (2003). Working memory and sleep in 6- to 13-year-old schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 42*(1), 85–92. <https://doi.org/10.1097/00004583-200301000-00014>
- [6.19] Matricciani, L., Blunden, S., Rigney, G., Williams, M. T. & Olds, T. S. (2013). Children's sleep needs: is there sufficient evidence to recommend optimal sleep for children? *Sleep, 36*(4), 527–534. <https://doi.org/10.5665/sleep.2538>
- [6.20] Schmutz, E. A., Haile, S. R., Leeger-Aschmann, C. S., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Puder, J. J., Jenni, O. G. & Kriemler, S. (2018). Physical activity and sedentary behavior in preschoolers: a longitudinal assessment of trajectories and determinants. *Int J Behav Nutr Phys Act, 15*(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0670-8>
- [6.21] Schmutz, E. A., Leeger-Aschmann, C. S., Radtke, T., Muff, S., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Puder, J. J., Jenni, O. G. & Kriemler, S. (2017). Correlates of preschool children's objectively measured physical activity and sedentary behavior: a cross-sectional analysis of the SPLASHY study. *Int J Behav Nutr Phys Act, 14*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0456-9>
- [6.22] Lightfoot, J. T., Geus, E. J. C. de, Booth, F. W., Bray, M. S., Hoed, M. den, Kaprio, J., Kelly, S. A., Pomp, D., Saul, M. C., Thomis, M. A., Garland, T. & Bouchard, C. (2018). Biological/genetic regulation of physical activity level: consensus from GenBioPAC. *Med Sci Sports Exerc, 50*(4), 863–873. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001499>
- [6.23] Jenni, O. G. (2021). Bereiche der Entwicklung: die Facetten des Kindes. In O. G. Jenni (Hg.), *Die Kindliche Entwicklung Verstehen: Praxiswissen über Phasen und Störungen* (S. 59–161). Springer.
- [6.24] Bringolf, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B. & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Swiss TPH. www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Schlussbericht_SOPHYA.pdf
- [6.25] Corder, K., Sharp, S. J., Atkin, A. J., Andersen, L. B., Cardon, G., Page, A. S., Davey, R., Grøntved, A., Hallal, P. C., Janz, K. F., Kordas, K., Kriemler, S., Puder, J. J., Sardinha, L. B., Ekelund, U. & Sluijs, E. M. F. van (2016). Age-related patterns of vigorous-intensity physical activity in youth: The International Children's Accelerometry Database. *Prev Med Rep, 4*, 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.05.006>
- [6.26] Wu, S., Cohen, D. A., Shi, Y., Pearson, M., Sturm, R. & Cohen, D. A. (2011). Economic analysis of physical activity interventions. *Am J Prev Med, 40*(2), 149–158. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.10.029>
- [6.27] Craddock, A. L., Barrett, J. L., Kenney, E. L., Giles, C. M., Ward, Z. J., Long, M. W., Resch, S. C., Pipito, A. A., Wei, E. R. & Gortmaker, S. L. (2017). Using cost-effectiveness analysis to prioritize policy and programmatic approaches to physical activity promotion and obesity prevention in childhood. *Prev Med, 95*(Suppl.), S17–S27. <https://doi.org/10.1016/j.ympmed.2016.10.017>
- [6.28] Moore, J. B., Heboyan, V., Oniffrey, T. M., Brinkley, J., Andrews, S. M. & Kolbe, M. B. (2017). Cost-effectiveness of community-based minigrants to increase physical activity in youth. *J Public Health Manag Pract, 23*(4), 364–369. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000486>
- [6.29] Wang, H., Li, T., Siahpush, M., Chen, L.-W. & Huberty, J. (2017). Cost-effectiveness of ready for recess to promote physical activity in children. *J Sch Health, 87*(4), 278–285. <https://doi.org/10.1111/josh.12495>

- [6.30] Burn, E., Marshall, A. L., Miller, Y. D., Barnett, A. G., Fjeldsoe, B. S. & Graves, N. (2015). The cost-effectiveness of the MobileMums intervention to increase physical activity among mothers with young children: a Markov model informed by a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 5(4), e007226. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007226>
- [6.31] Williams, C. M., Lin, C.-W. C. & Jan, S. (2012). Economic analysis of physical activity interventions. *Br J Sports Med*, 46(6), 422–423. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091121>
- [6.32] Lehnert, T., Sonntag, D., Konnopka, A., Riedel-Heller, S. G. & König, H.-H. (2012). The long-term cost-effectiveness of obesity prevention interventions: systematic literature review. *Obes Rev*, 13(6), 537–553. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00980.x>
- [6.33] World Health Organization (WHO) (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour, and sleep for children under 5 years of age*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>
- [6.34] World Health Organization (WHO) (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014886>
- [6.35] Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa.ch) (2022). *Bewegungsempfehlungen*. <https://www.hepa.ch/de/bewegungsempfehlungen.html>
- [6.36] Steene-Johannessen, J., Hansen, B. H., Dalene, K. E., Kolle, E., Northstone, K., Møller, N. C., Grøntved, A., Wedderkopp, N., Kriemler, S., Page, A. S., Puder, J. J., Reilly, J. J., Sardinha, L. B., Sluijs, E. M. F. van, Andersen, L. B., Ploeg, H. P. van der, Ahrens, W., Flexeder, C., Standl, M., ... Ekelund, U. (2020). Variations in accelerometry measured physical activity and sedentary time across Europe: harmonized analyses of 47,497 children and adolescents. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 17(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00930-x>
- [6.37] Herzig, M., Dössegger, A., Mäder, U., Kriemler, S., Wunderlin, T., Grize, L., Brug, J., Manios, Y., Braun-Fahrlander, C. & Bringolf-Isler, B. (2012). Differences in weight status and energy-balance related behaviors among schoolchildren in German-speaking Switzerland compared to seven countries in Europe. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9, 139. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-139>
- [6.38] Verloigne, M., Lippevelde, W. van, Maes, L., Yildirim, M., Chinapaw, M., Manios, Y., Androutsos, O., Kovács, E., Bringolf-Isler, B., Brug, J. & Bourdeaudhuij, I. de (2012). Levels of physical activity and sedentary time among 10- to 12-year-old boys and girls across 5 European countries using accelerometers: an observational study within the ENERGY-project. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9, 34. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-34>
- [6.39] Sucht Schweiz (2021). *Health behaviour in school-aged children (HBSC): WHO collaborative cross-national survey*. https://www.hbsc.ch/de/studie_in_kurze.html
- [6.40] Sauter, D. (2019). *Mobilität von Kindern und Jugendlichen: Veränderungen zwischen 1994 und 2015 – Analyse basierend auf den Mikrozensen «Mobilität und Verkehr» 2004 bis 2015*. ASTRA. www.astra.admin.ch/dam/astra/de/dokumente/langsamverkehr/mobilitaet-kinder-2019.pdf
- [6.41] Kriemler, S., Zahner, L., Schindler, C., Meyer, U., Hartmann, T., Hebestreit, H., Brunner-La Rocca, H.-P., Mechelen, W. van, Puder, J. J. & Brunner-La Rocca, H.-P. (2010). Effect of school based physical activity programme (KISS) on fitness and adiposity in primary schoolchildren: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 340, c785. <https://doi.org/10.1136/bmj.c785>
- [6.42] Meyer, U., Schindler, C., Zahner, L., Ernst, D., Hebestreit, H., Mechelen, W. van, Brunner-La Rocca, H.-P., Probst-Hensch, N., Puder, J. J. & Kriemler, S. (2014). Long-term effect of a school-based physical activity program (KISS) on fitness and adiposity in children: a cluster-randomized controlled trial. *PLoS One*, 9(2), e87929. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087929>
- [6.43] Meyer, U., Schindler, C., Bloesch, T., Schmocker, E., Zahner, L., Puder, J. J. & Kriemler, S. (2014). Combined impact of negative lifestyle factors on cardiovascular risk in children: a randomized prospective study. *J Adolesc Health*, 55(6), 790–795. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.07.007>
- [6.44] Meyer, U., Ernst, D., Zahner, L., Schindler, C., Puder, J. J., Kraenzlin, M., Rizzoli, R. & Kriemler, S. (2013). 3-Year follow-up results of bone mineral content and density after a school-based physical activity randomized intervention trial. *Bone*, 55(1), 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2013.03.005>

- [6.45] Meyer, U., Roth, R., Zahner, L., Gerber, M., Puder, J. J., Hebestreit, H. & Kriemler, S. (2013). Contribution of physical education to overall physical activity. *Scand J Med Sci Sports*, 23(5), 600–606. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2011.01425.x>
- [6.46] Zahner, L., Muehlbauer, T., Schmid, M., Meyer, U., Puder, J. J. & Kriemler, S. (2009). Association of sports club participation with fitness and fatness in children. *Med Sci Sports Exerc*, 41(2), 344–350. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318186d843>
- [6.47] Thiele, J. (Hg.) (2011). *Tägliche Sportstunde an Grundschulen in NRW: Modelle – Umsetzung – Ergebnisse*. Meyer & Meyer.
- [6.48] Bürgi, F., Meyer, U., Granacher, U., Schindler, C., Marques-Vidal, P., Kriemler, S. & Puder, J. J. (2011). Relationship of physical activity with motor skills, aerobic fitness and body fat in preschool children: a cross-sectional and longitudinal study (Ballabeina). *Int J Obes (Lond)*, 35(7), 937–944. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.54>
- [6.49] Bürgi, F., Meyer, U., Niederer, I., Ebenegger, V., Marques-Vidal, P., Granacher, U., Kriemler, S. & Puder, J. J. (2010). Socio-cultural determinants of adiposity and physical activity in preschool children: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 10, 733. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-733>
- [6.50] Bürgi, F., Niederer, I., Schindler, C., Bodenmann, P., Marques-Vidal, P., Kriemler, S. & Puder, J. J. (2012). Effect of a lifestyle intervention on adiposity and fitness in socially disadvantaged subgroups of preschoolers: a cluster-randomized trial (Ballabeina). *Prev Med*, 54(5), 335–340. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.02.007>
- [6.51] Ebenegger, V., Marques-Vidal, P., Kriemler, S., Nydegger, A., Zahner, L., Niederer, I., Bürgi, F. & Puder, J. J. (2012). Differences in aerobic fitness and lifestyle characteristics in preschoolers according to their weight status and sports club participation. *Obes Facts*, 5(1), 23–33. <https://doi.org/10.1159/000336603>
- [6.52] Niederer, I., Bürgi, F., Ebenegger, V., Marques-Vidal, P., Schindler, C., Nydegger, A., Kriemler, S. & Puder, J. J. (2013). Effects of a lifestyle intervention on adiposity and fitness in overweight or low fit preschoolers (Ballabeina). *Obesity (Silver Spring)*, 21(3), e287–e293. <https://doi.org/10.1002/oby.20119>
- [6.53] Niederer, I., Kriemler, S., Gut, J., Hartmann, T., Schindler, C., Barral, J. & Puder, J. J. (2011). Relationship of aerobic fitness and motor skills with memory and attention in preschoolers (Ballabeina): a cross-sectional and longitudinal study. *BMC Pediatr*, 11, 34. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-11-34>
- [6.54] Puder, J. J., Marques-Vidal, P., Schindler, C., Zahner, L., Niederer, I., Bürgi, F., Ebenegger, V., Nydegger, A. & Kriemler, S. (2011). Effect of multidimensional lifestyle intervention on fitness and adiposity in predominantly migrant preschool children (Ballabeina): cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 343, d6195. <https://doi.org/10.1136/bmj.d6195>
- [6.55] Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Radtke, T., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Jenni, O. G., Puder, J. J. & Kriemler, S. (2016). Regional sociocultural differences as important correlate of physical activity and sedentary behaviour in Swiss preschool children. *Swiss Med Wkly*, 146, w14377. <https://doi.org/10.4414/smw.2016.14377>
- [6.56] Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Zysset, A. E., Kakebeeke, T. H., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Jenni, O. G., Puder, J. J. & Kriemler, S. (2019). Accelerometer-derived physical activity estimation in preschoolers: comparison of cut-point sets incorporating the vector magnitude vs the vertical axis. *BMC Public Health*, 19(1), 513. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6837-7>
- [6.57] Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Arhab, A., Stülb, K., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Fares, F., Meyer, A. H., Munsch, S., Kriemler, S., Jenni, O. G. & Puder, J. J. (2016). The Swiss preschoolers' health study (SPLASHY): objectives and design of a prospective multi-site cohort study assessing psychological and physiological health in young children. *BMC Pediatr*, 16, 85. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0617-7>
- [6.58] Schmutz, E. A., Leeger-Aschmann, C. S., Kakebeeke, T. H., Zysset, A. E., Messerli-Bürgy, N., Stülb, K., Arhab, A., Meyer, A. H., Munsch, S., Puder, J. J., Jenni, O. G. & Kriemler, S. (2020). Motor competence and physical activity in early childhood: stability and relationship. *Front Public Health*, 8, 39. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00039>

- [6.59] Arhab, A., Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Lanzi, S., Stülb, K., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Meyer, A. H., Munsch, S., Kriemler, S., Jenni, O. G. & Puder, J. J. (2018). Childcare correlates of physical activity, sedentary behavior, and adiposity in preschool children: a cross-sectional analysis of the SPLASHY study. *J Environ Public Health*, 2018, 9157194. <https://doi.org/10.1155/2018/9157194>
- [6.60] Arhab, A., Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Stülb, K., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Meyer, A. H., Munsch, S., Kriemler, S., Jenni, O. G. & Puder, J. J. (2019). Association of physical activity with adiposity in preschoolers using different clinical adiposity measures: a cross-sectional study. *BMC Pediatr*, 19(1), 397. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1764-4>
- [6.61] Herzig, D., Eser, P., Radtke, T., Wenger, A., Rusterholz, T., Wilhelm, M., Achermann, P., Arhab, A., Jenni, O. G., Kakebeeke, T. H., Leeger-Aschmann, C. S., Messerli-Bürgy, N., Meyer, A. H., Munsch, S., Puder, J. J., Schmutz, E. A., Stülb, K., Zysset, A. E. & Kriemler, S. (2017). Relation of heart rate and its variability during sleep with age, Physical Activity, and Body Composition in Young Children. *Front Physiol*, 8, 109. <https://doi.org/10.3389/fphys.2017.00109>
- [6.62] MOBAK (2021). *Motorische Basiskompetenzen*. <http://mobak.info/>
- [6.63] Herrmann, C., Gerlach, E. & Seelig, H. (2015). Development and Validation of a Test Instrument for the Assessment of Basic Motor Competencies in Primary School. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 19(2), 80–90. <https://doi.org/10.1080/1091367X.2014.998821>
- [6.64] Herrmann, C., Bretz, K. & Kühnis, J. *Motorische Basiskompetenzen im Kindergarten: Monitoring und Zusammenhänge mit Geschlecht, Alter, Gewichtsstatus und bewegungsförderndem Kindergarten*. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_055_GFCH_2021-05_-_Mobak.pdf
- [6.65] Barker, D. J. (1995). Fetal origins of coronary heart disease. *BMJ*, 311(6998), 171–174. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6998.171>
- [6.66] Gluckman, P. D., Hanson, M. A., Buklijas, T., Low, F. M. & Beedle, A. S. (2009). Epigenetic mechanisms that underpin metabolic and cardiovascular diseases. *Nat Rev Endocrinol*, 5(7), 401–408. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.102>
- [6.67] Coe, D. P. (2020). Means of optimizing physical activity in the preschool environment. *Am J Lifestyle Med*, 14(1), 16–23. <https://doi.org/10.1177/1559827618818419>
- [6.68] Fyfe-Johnson, A. L., Hazlehurst, M. F., Perrins, S. P., Bratman, G. N., Thomas, R., Garrett, K. A., Hafferty, K. R., Cullaz, T. M., Marcuse, E. K. & Tandon, P. S. (2021). Nature and children's health: a systematic review. *Pediatrics*, 148(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049155>
- [6.69] Matos, R., Monteiro, D., Amaro, N., Antunes, R., Coelho, L., Mendes, D. & Arufe-Giráldez, V. (2021). Parents' and children's (6–12 years old) physical activity association: a systematic review from 2001 to 2020. *Int J Environ Res Public Health*, 18(23), 6–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312651>
- [6.70] Mavilidi, M. F., Drew, R., Morgan, P. J., Lubans, D. R., Schmidt, M. & Riley, N. (2020). Effects of different types of classroom physical activity breaks on children's on-task behaviour, academic achievement and cognition. *Acta Paediatr*, 109(1), 158–165. <https://doi.org/10.1111/apa.14892>
- [6.71] Egger, F., Benzing, V., Conzelmann, A. & Schmidt, M. (2019). Boost your brain, while having a break! The effects of long-term cognitively engaging physical activity breaks on children's executive functions and academic achievement. *PLoS One*, 14(3), e0212482. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212482>
- [6.72] Kriemler, S., Meyer, U. & Martin-Diener, E. (2014). Schulbasierte Interventionsprogramme zur Verbesserung der körperlichen Aktivität und der Fitness von Kindern und Jugendlichen. In S. Kriemler, W. Lawrenz, P. Schober, C. Dorner, C. Graf, S. Titze & G. Samitz (Hg.), *Körperliche Aktivität und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen – Empfehlungen – Praxis* (S. 134–145). Marseille.
- [6.73] Resaland, G. K., Aadland, E., Moe, V. F., Aadland, K. N., Skrede, T., Stavnsbo, M., Suominen, L., Steene-Johannessen, J., Glosvik, Ø., Andersen, J. R., Kvalheim, O. M., Engelsrud, G., Andersen, L. B., Holme, I. M., Ommundsen, Y., Kriemler, S., Mechelen, W. van, McKay, H. A., Ekelund, U. & Anderssen, S. A. (2016). Effects of physical activity on schoolchildren's academic performance: the Active Smarter Kids (ASK) cluster-randomized controlled trial. *Prev Med*, 91, 322–328. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.09.005>

- [6.74] Zürcher Kantonalverband für Sport (ZKS) & Sportamt des Kantons Zürich (2014). *Von der Schule in den Sportverein: Der freiwillige Schulsport im Kanton Zürich* (Dossier Sportkanton Zürich). https://www.zks-zuerich.ch/sites/default/files/files/downloads/publikationen/themendossiers/2014_dossier_sportkanton_zuerich_2014_von_der_schule_in_den_sportverein_einzelseiten.pdf
- [6.75] Mears, R. & Jago, R. (2016). Effectiveness of after-school interventions at increasing moderate-to-vigorous physical activity levels in 5- to 18-year olds: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 50(21), 1315–1324. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094976>
- [6.76] Hillman, C. H., Erickson, K. I. & Kramer, A. F. (2008). Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. *Nat Rev Neurosci*, 9(1), 58–65. <https://doi.org/10.1038/nrn2298>
- [6.77] Hillman, C. H., Kamijo, K. & Scudder, M. (2011). A review of chronic and acute physical activity participation on neuroelectric measures of brain health and cognition during childhood. *Prev Med*, 52(Suppl. 1), S21–S28. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.01.024>
- [6.78] Morrow, J. R., Martin, S. B., Welk, G. J., Zhu, W. & Meredith, M. D. (2010). Overview of the Texas Youth Fitness Study. *Res Q Exerc Sport*, 81(3 Suppl.), S1–S5. <https://doi.org/10.1080/02701367.2010.10599688>
- [6.79] Bailey, R. (2006). Physical education and sport in schools: a review of benefits and outcomes. *J Sch Health*, 76(8), 397–401. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2006.00132.x>
- [6.80] Kriemler, S., Hebestreit, H. & Radtke, T. (2021). Einfluss von Bewegung und Sport auf die Gesundheit und Entwicklung. In I. Menrath, C. Graf, U. Granacher & S. Kriemler (Hg.), *Pädiatrische Sportmedizin: Kompendium für Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte und Sportärzte* (S. 35–50). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61588-1_4
- [6.81] Telama, R. (2009). Tracking of physical activity from childhood to adulthood: a review. *Obes Facts*, 2(3), 187–195. <https://doi.org/10.1159/000222244>
- [6.82] [o. V.] (2013). Ready, set, go for physical activity. *Lancet*, 381(9882), 1960. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61185-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61185-X)
- [6.83] Nogrady, B. (2017). Childhood obesity: a growing concern. *Nature*, 551(S96). <https://doi.org/10.1038/d41586-017-05868-y>

Capitolo 7

- [7.1] Marczak, L., O'Rourke, K. & Shepard, D. (2016). When and why people die in the United States, 1990–2013. *JAMA*, 315(3), 241. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.17599>
- [7.2] Dyke, N. van & Drinkwater, E. J. (2014). Relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. *Public Health Nutr*, 17(8), 1757–1766. <https://doi.org/10.1017/S1368980013002139>
- [7.3] Société Suisse de Nutrition (SSN). *Disque alimentaire suisse*. www.sge-ssn.ch/fr/disque-de-l'alimentation/
- [7.4] Rangelov, N., Nogueira Avelar e Silva, R. & Suggs, L. S. (2021). Policy and food consumption: what nutrition guidelines are Swiss children meeting and what determines adherence? *Front Nutr*, 8, 641799. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.641799>
- [7.5] Suggs, L. S., Della Bella, S. & Marques-Vidal, P. (2016). Low adherence of Swiss children to national dietary guidelines. *Prev Med Rep*, 3, 244–249. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.03.004>
- [7.6] Gross, K., Späth, A., Dratva, J. & Stutz, E. Z. (2014). *SWIFS – Swiss Infant Feeding Study: étude nationale sur l'alimentation des nourrissons et la santé infantile durant la première année de vie*. Swiss TPH.
- [7.7] Contento, I. R. (2016). *Nutrition education: linking research, theory, and practice* (3. Aufl.). Jones & Barlett Learning.
- [7.8] Birch, L. L. & Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am*, 48(4), 893–907. [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(05\)70347-3](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(05)70347-3)
- [7.9] Ranjit, N., Wilkinson, A. V., Lytle, L. M., Evans, A. E., Saxton, D. & Hoelscher, D. M. (2015). Socioeconomic inequalities in children's diet: the role of the home food environment. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 12(Suppl. 1), S4. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-12-S1-S4>
- [7.10] Vidgen, H. A. & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50–59. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010>

- [7.11] Cotton, W., Dudley, D., Peralta, L. & Werkhoven, T. (2020). The effect of teacher-delivered nutrition education programs on elementary-aged students: an updated systematic review and meta-analysis. *Prev Med Rep*, 20, 101178. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101178>
- [7.12] Nekitsing, C., Blundell-Birtill, P., Cockcroft, J. E. & Hetherington, M. M. (2018). Systematic review and meta-analysis of strategies to increase vegetable consumption in preschool children aged 2–5 years. *Appetite*, 127, 138–154. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.04.019>
- [7.13] Danford, C. A., Schultz, C. & Marvicsin, D. (2015). Parental roles in the development of obesity in children: challenges and opportunities. *RRB*, 6, 39–53. <https://doi.org/10.2147/RRB.S75369>
- [7.14] Blaine, R. E., Kachurak, A., Davison, K. K., Klabunde, R. & Fisher, J. O. (2017). Food parenting and child snacking: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0593-9>
- [7.15] DeCosta, P., Møller, P., Frøst, M. B. & Olsen, A. (2017). Changing children's eating behaviour: a review of experimental research. *Appetite*, 113, 327–357. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.03.004>
- [7.16] Rochira, A., Tedesco, D., Ubiali, A., Fantini, M. P. & Gori, D. (2020). School gardening activities aimed at obesity prevention improve body mass index and waist circumference parameters in school-aged children: a systematic review and meta-analysis. *Child Obes*, 16(3), 154–173. <https://doi.org/10.1089/chi.2019.0253>
- [7.17] Robinson, C. W. & Zajicek, J. M. (2005). Growing Minds: The effects of a one-year school garden program on six constructs of life skills of elementary school children. *horttech*, 15(3), 453–457. <https://doi.org/10.21273/HORTTECH.15.3.0453>
- [7.18] Bailey, C. J., Drummond, M. J. & Ward, P. R. (2019). Food literacy programmes in secondary schools: a systematic literature review and narrative synthesis of quantitative and qualitative evidence. *Public Health Nutr*, 22(15), 2891–2913. <https://doi.org/10.1017/S1368980019001666>
- [7.19] Muzaffar, H., Metcalfe, J. J. & Fiese, B. (2018). Narrative review of culinary interventions with children in schools to promote healthy eating: directions for future research and practice. *Curr Dev Nutr*, 2(6), nzy016. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzy016>
- [7.20] Hasan, B., Thompson, W. G., Almasri, J., Wang, Z., Lakis, S., Prokop, L. J., Hensrud, D. D., Frie, K. S., Wirtz, M. J., Murad, A. L., Ewoldt, J. S. & Murad, M. H. (2019). The effect of culinary interventions (cooking classes) on dietary intake and behavioral change: a systematic review and evidence map. *BMC Nutr*, 5, 29. <https://doi.org/10.1186/s40795-019-0293-8>
- [7.21] Horst, K. van der, Ferrage, A. & Rytz, A. (2014). Involving children in meal preparation: effects on food intake. *Appetite*, 79, 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.03.030>
- [7.22] Hagmann, D., Siegrist, M. & Hartmann, C. (2020). Acquisition of cooking skills and associations with healthy eating in Swiss adults. *J Nutr Educ Behav*, 52(5), 483–491. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2019.12.016>
- [7.23] Micha, R., Karageorgou, D., Bakogianni, I., Trichia, E., Whitsel, L. P., Story, M., Peñalvo, J. L. & Mozaffarian, D. (2018). Effectiveness of school food environment policies on children's dietary behaviors: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 13(3), e0194555. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194555>
- [7.24] Raine, K. D., Atkey, K., Olstad, D. L., Ferdinands, A. R., Beaulieu, D., Buhler, S., Campbell, N., Cook, B., L'Abbé, M., Lederer, A., Mowat, D., Maharaj, J., Nykiforuk, C., Shelley, J. & Street, J. (2018). Approvisionnement en aliments sains et normes nutritionnelles dans les établissements publics: synthèse des données probantes et recommandations stratégiques consensuelles [Healthy food procurement and nutrition standards in public facilities: evidence synthesis and consensus policy recommendations]. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*, 38(1), 6–17. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.1.03>
- [7.25] Bucher Della Torre, S., Fabbi, S. & Carrard, I. (2021). Healthy snacks in school: how do regulations work? A mixed-design study. *J Sch Health*, 91(9), 697–705. <https://doi.org/10.1111/josh.13061>
- [7.26] Bucher Della Torre, S., Moullet, C. & Jotterand Chaparro, C. (2021). Impact of measures aiming to reduce sugars intake in the general population and their implementation in Europe: a scoping review. *Int J Public Health*, 66, 1604108. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604108>

- [7.27] Bere, E., Velde, S. J. te, Småstuen, M. C., Twisk, J. & Klepp, K.-I. (2015). One year of free school fruit in Norway: 7 years of follow-up. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 12, 139. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0301-6>
- [7.28] Carrard, I., Bucher Della Torre, S. & Levine, M. (2019). La promotion d'une image corporelle positive chez les jeunes [Promoting a positive body image in young people]. *Santé publique*, 31(4), 507–515. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0507>
- [7.29] Wilksch, S. M. & Wade, T. D. (2015). Media Literacy in the Prevention of Eating Disorders. In L. Smolak & M. P. Levine (Hg.), *The Wiley handbook of eating disorders, vol. 2: Assessment, Prevention, Treatment, Policy, and Future Directions* (S. 610–624). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118574089.ch45>
- [7.30] Dalrymple, K. V., Vogel, C., Godfrey, K. M., Baird, J., Harvey, N. C., Hanson, M. A., Cooper, C., Inskip, H. M. & Crozier, S. R. (2022). Longitudinal dietary trajectories from preconception to mid-childhood in women and children in the Southampton Women's Survey and their relation to offspring adiposity: a group-based trajectory modelling approach. *Int J Obes (Lond)*, 46(4), 758–766. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-01047-2>
- [7.31] Louise, J., Poprzeczny, A. J., Deussen, A. R., Vinter, C., Tanvig, M., Jensen, D. M., Bogaerts, A., Devlieger, R., McAuliffe, F. M., Renault, K. M., Carlsen, E., Geiker, N., Poston, L., Briley, A., Thangaratinam, S. & Dodd, J. M. (2021). The effects of dietary and lifestyle interventions among pregnant women with overweight or obesity on early childhood outcomes: an individual participant data meta-analysis from randomised trials. *BMC Med*, 19(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-01995-6>
- [7.32] Walker, R., Bennett, C., Blumfield, M., Gwini, S., Ma, J., Wang, F., Wan, Y. & Truby, H. (2018). Attenuating pregnancy weight gain – what works and why: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 10(7). <https://doi.org/10.3390/nu10070944>
- [7.33] Fair, F. & Soltani, H. (2021). A meta-review of systematic reviews of lifestyle interventions for reducing gestational weight gain in women with overweight or obesity. *Obes Rev*, 22(5), e13199. <https://doi.org/10.1111/obr.13199>
- [7.34] McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., Veitch, E., Rennie, A. M., Crowther, S. A., Neiman, S. & MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- [7.35] Chaudhary, A., Sudzina, F. & Mikkelsen, B. E. (2020). Promoting healthy eating among young people: a review of the evidence of the impact of school-based interventions. *Nutrients*, 12(9). <https://doi.org/10.3390/nu12092894>
- [7.36] Hodder, R. K., O'Brien, K. M., Tzelepis, F., Wyse, R. J. & Wolfenden, L. (2020). Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged five years and under. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, CD008552. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008552.pub7>
- [7.37] Lasserre, A. M., Chioloro, A., Cachat, F., Paccaud, F. & Bovet, P. (2007). Overweight in Swiss children and associations with children's and parents' characteristics. *Obesity (Silver Spring)*, 15(12), 2912–2919. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.347>
- [7.38] Mestral, C. de, Chatelan, A., Marques-Vidal, P., Stringhini, S. & Bochud, M. (2019). The contribution of diet quality to socioeconomic inequalities in obesity: a population-based study of Swiss adults. *Nutrients*, 11(7). <https://doi.org/10.3390/nu11071573>
- [7.39] Amstutz, D., Gonçalves, D., Hudelson, P., Stringhini, S., Durieux-Paillard, S. & Rolet, S. (2020). Nutritional status and obstacles to healthy eating among refugees in Geneva. *J Immigr Minor Health*, 22(6), 1126–1134. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01085-4>
- [7.40] Weber, D. (2020). *Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse: Définition, introduction théorique, recommandations pratiques*. Rapport de base. GDK; GFCH.
- [7.41] Berge, J. M., Fertig, A. R., Trofholz, A., Neumark-Sztainer, D., Rogers, E. & Loth, K. (2020). Associations between parental stress, parent feeding practices, and child eating behaviors within the context of food insecurity. *Prev Med Rep*, 19, 101146. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101146>

- [7.42] Marshall, H. & Albin, J. (2021). Food as medicine: a pilot nutrition and cooking curriculum for children of participants in a community-based culinary medicine class. *Matern Child Health J*, 25(1), 54–58. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03031-0>
- [7.43] McCabe, C. F., O'Brien-Combs, A. & Anderson, O. S. (2020). Cultural Competency Training and Evaluation Methods Across Dietetics Education: A Narrative Review. *J Acad Nutr Diet*, 120(7), 1198–1209. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.01.014>
- [7.44] Slater, J., Falkenberg, T., Rutherford, J. & Colatruglio, S. (2018). Food literacy competencies: A conceptual framework for youth transitioning to adulthood. *Int J Consum Stud*, 42(5), 547–556. <https://doi.org/10.1111/ijcs.12471>
- [7.45] Kamimura, A., Higham, R., Panahi, S., Lee, E., Griffin, R. J., Sundrud, J. & Lucero, M. (2022). How food insecurity and financial difficulty relate to emotional well-being and social functioning. *South Med J*, 115(1), 1–7. <https://doi.org/10.14423/SMJ.000000000001342>
- [7.46] Haines, J., Haycraft, E., Lytle, L. M., Nicklaus, S., Kok, F. J., Merdji, M., Fisberg, M., Moreno, L. A., Goulet, O. & Hughes, S. O. (2019). Nurturing children's healthy eating: position statement. *Appetite*, 137, 124–133. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.02.007>
- [7.47] Satter, E. (2007). Eating competence: Nutrition education with the Satter Eating Competence Model. *J Nutr Educ Behav*, 39(5 Suppl.), 189–94. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.04.177>

Capitolo 8

- [8.1] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2019). *Aide-mémoire – santé mentale*. <https://who-sandbox.squiz.cloud/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/fact-sheet-mental-health-2019>
- [8.2] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Enquête suisse sur la santé 2017: Statistiques de la santé 2019*. Rapport.
- [8.3] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht. www.gesundheitsbericht.ch/de/04-koerperliche-gesundheit-und-entwicklung
- [8.4] Stülb, K., Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Arhab, A., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Meyer, A. H., Kriemler, S., Jenni, O. G., Puder, J. J. & Munsch, S. (2019). Prevalence and Predictors of Behavioral Problems in Healthy Swiss Preschool Children Over a One Year Period. *Child Psychiatry Hum Dev*, 50(3), 439–448. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0849-x>
- [8.5] Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P. & Künzi, K. (2021). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz: Schlussbericht*. BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/covid-19/covid-19-psychische-gesundheit-schlussbericht.pdf>
- [8.6] Pro Juventute Suisse (2021). *Rapport de Pro Juventute sur le coronavirus: Impacts de la pandémie de Covid-19 sur les enfants, les jeunes et leurs familles en Suisse*. Pro Juventute Corona-Report Update. <https://www.aramis.admin.ch/Dokument.aspx?DocumentID=69044>
- [8.7] Fournieret, P. & Gentaz, É. (Hg.) (2022). *Le développement neurocognitif de la naissance à l'adolescence*. Elsevier Masson.
- [8.8] Blakemore, S.-J. (2019). *Adolescence and mental health*. *Lancet*, 393(10185), 2030–2031. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31013-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31013-X)
- [8.9] Meredith, R. M. (2015). Sensitive and critical periods during neurotypical and aberrant neurodevelopment: a framework for neurodevelopmental disorders. *Neurosci Biobehav Rev*, 50, 180–188. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.001>
- [8.10] Bear, M. F., Connors, B. W. & Paradiso, M. A. (2007). *Neuroscience: Exploring the brain* (3. Aufl.). Lippincott Williams & Wilkins.
- [8.11] Gentaz, É., Denervaud, S. & Vannetzel, L. (2016). *La vie secrète des enfants: Comprendre son enfant pour mieux accompagner son développement*. Odile Jacob.
- [8.12] Favez, N. (2017). *Psychologie de la coparentalité: concepts, modèles et outils*. Dunod.

- [8.13] Adamson, P. (2008). *La transition en cours dans la garde et l'éducation de l'enfant: Tableau de classement des services de garde et d'éducation des jeunes enfants dans les pays économiquement avancés* (Bilan Innocenti 8). UNICEF. https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc8_fre.pdf
- [8.14] Schärer, M. & Zottos, E. (2014). *A petits pas ...: Histoire des crèches à Genève 1874–1990*. (Cahiers de l'EESP: Bd. 51). Editions EESP.
- [8.15] SRED (2014). *Observatoire cantonal de la petite enfance (OCPE)*. Focus no 1 à 8, 2014/2015.
- [8.16] Organisation for Economic Cooperation Development (OECD) (2012). *Starting Strong II: early childhood education and care*. <http://www.oecd.org/edu/school/49325825.pdf>
- [8.17] UNESCO; Education for All (2007). *Strong foundations: Early childhood care and education*. (EFA global monitoring report: Bd. 5). UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000147794>
- [8.18] Buholzer, A. (2012). *Encouragement de l'intégration dans le domaine préscolaire: Rapport d'évaluation (version succincte)*. Haute Ecole Pédagogique de Suisse centrale. www.rhf.admin.ch/dam/ekm/de/data/projekte/eval_frueh_f_kurz.pdf
- [8.19] Godeau, E., Spilka, S., Ehlinger, V., Sentenac, M. & Alfaro, D. P. (2018). *Comportements de santé et de bien être des élèves de 11, 13 & 15 ans dans 45 pays et ou régions d'Europe et au Canada: Résultats de l'enquête internationale Health Behavior in School-aged Children*. HSBC; EnCLASS France. www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Comparaisons-internationales-comportements-de-sante-HBSC-EnCLASS-2018-synthese.pdf
- [8.20] Piketty, T. (2013). *La capital au XXI siècle*. Paris : Seuil.
- [8.21] Guggisberg, M., Häni, S. & Berger, L. (2016). *Armut und materielle Entbehrung von Kindern: Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) 2014* (Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung 20). BFS. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/1365790>
- [8.22] Mikolajczak, M. (Hg.) (2014). *Les compétences émotionnelles*. (Psycho Sup). Dunod.
- [8.23] Bayet, L., Pascalis, O. & Gentaz, É. (2014). Le développement de la discrimination des expressions faciales émotionnelles chez les nourrissons dans la première année. *Annee Psychol*, 114(3), 469–500. <https://doi.org/10.3917/anpsy.143.0469>
- [8.24] Theurel, A., Witt, A., Malsert, J., Lejeune, F., Fiorentini, C., Barisnikov, K. & Gentaz, É. (2016). The integration of visual context information in facial emotion recognition in 5- to 15-year-olds. *J Exp Child Psychol*, 150, 252–271. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2016.06.004>
- [8.25] Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- [8.26] Theurel, A. & Gentaz, É. (2018). The regulation of emotions in adolescents: Age differences and emotion-specific patterns. *PLoS One*, 13(6), e0195501. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195501>
- [8.27] Housieux, M. & Lahaye, M. (2013). Les compétences émotionnelles chez l'enfant. In O. Luminet (Hg.), *Psychologie des émotions: Confrontation et évitement* (S. 177–208). De Boeck.
- [8.28] MacCann, C., Jiang, Y., Brown, L. E. R., Double, K. S., Bucich, M. & Minbashian, A. (2020). Emotional intelligence predicts academic performance: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 146(2), 150–186. <https://doi.org/10.1037/bul0000219>
- [8.29] Richard, S., Gay, P. & Gentaz, É. (2021). Pourquoi et comment soutenir le développement des compétences émotionnelles chez les élèves âgés de 4 à 7 ans et chez leur enseignant.e ? Apports des sciences cognitives. *Raisons éducatives*, 25(1), 261–287. <https://doi.org/10.3917/raised.025.0261>
- [8.30] Pekrun, R. & Linnenbrink-Garcia, L. (Hg.) (2014). *International handbook of emotion in education*. Routledge.
- [8.31] Gentaz, É. (2015). Apprentissages, cognition et émotion: de la théorie à la pratique. *ANAE*, 139.
- [8.32] Denham, S. A., Bassett, H. H., Zinsser, K. & Wyatt, T. M. (2014). How preschoolers' social-emotional learning predicts their early school success: developing theory-promoting, competency-based assessments. *Inf Child Dev*, 23(4), 426–454. <https://doi.org/10.1002/icd.1840>
- [8.33] Izard, C., Fine, S., Schultz, D., Mostow, A., Ackerman, B. & Youngstrom, E. (2001). Emotion knowledge as a predictor of social behavior and academic competence in children at risk. *Psychol Sci*, 12(1), 18–23. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00304>

- [8.34] Pellegrini, A. D. & Smith, P. K. (1998). Physical activity play: the nature and function of a neglected aspect of playing. *Child Dev*, 69(3), 577–598.
- [8.35] Lindsey, E. W. & Colwell, M. J. (2013). Pretend and physical play: links to preschoolers' affective social competence. *Merrill-Palmer Quarterly*, 59(3), 330–360.
<https://doi.org/10.13110/merrpalmquar1982.59.3.0330>
- [8.36] Cavadini, T., Richard, S., Dalla-Libera, N. & Gentaz, É. (2021). Emotion knowledge, social behaviour and locomotor activity predict the mathematic performance in 706 preschool children. *Sci Rep*, 11(1), 14399. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93706-7>
- [8.37] Sprung, M., Münch, H. M., Harris, P. L., Ebesutani, C. & Hofmann, S. G. (2015). Children's emotion understanding: A meta-analysis of training studies. *Dev Rev*, 37, 41–65.
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.05.001>
- [8.38] Theurel, A. & Gentaz, É. (2015). Entraîner les compétences émotionnelles à l'école. *ANAE*, 139, 545–555.
- [8.39] Lamboy, B., Shankland, R. & Williamson, M.-O. (2021). *Les compétences psychosociales: Manuel de développement*. De Boeck Supérieur.
- [8.40] Richard, S. & Gentaz, É. (Hg.) (2020). *Le jeu et ses effets sur le développement et les apprentissages: regards multiples*. (A.N.A.E.: Bd. 165).
- [8.41] Howard, J. & McInnes, K. (2013). The impact of children's perception of an activity as play rather than not play on emotional well-being. *Child*, 39(5), 737–742.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01405.x>
- [8.42] Fisher, E. P. (1992). The impact of play on development: a meta-analysis. *Play & Culture*, 5, 159–181.
<https://psycnet.apa.org/record/1992-42498-001>
- [8.43] Galyer, K. T. & Evans, I. M. (2001). Pretend Play and the Development of Emotion Regulation in Preschool Children. *Early Child Development and Care*, 166(1), 93–108.
<https://doi.org/10.1080/0300443011660108>
- [8.44] Richard, S. & Gentaz, É. (2019). Jeux d'enfants et règles de société. In C. Courtet, M. Besson, F. Lavocat & A. Viala (Hg.), *Le jeu et la règle* (S. 87–100). CNRS Éditions.
- [8.45] Richard, S., Clerc-Georgy, A. & Gentaz, É. (2019). Les effets bénéfiques du jeu sur le développement de l'enfant. *Médecine et enfance*, 5–6, 137–143. <http://hdl.handle.net/20.500.12162/5437>
- [8.46] Richard, S., Gay, P., Clerc-Georgy, A. & Gentaz, É. (2019). Évaluation d'un entraînement basé sur le jeu de faire semblant destiné à favoriser le développement des compétences socio-émotionnelles chez les enfants de cinq ans: étude exploratoire. *Annee Psychol*, 119(3), 291–332.
<https://doi.org/10.3917/anpsy1.193.0291>
- [8.47] Richard, S., Baud-Bovy, G., Clerc-Georgy, A. & Gentaz, É. (2021). The effects of a 'pretend play-based training' designed to promote the development of emotion comprehension, emotion regulation, and prosocial behaviour in 5- to 6-year-old Swiss children. *Br J Psychol*, 112(3), 690–719.
<https://doi.org/10.1111/bjop.12484>
- [8.48] Richard, S., Baud-Bovy, G., Clerc-Georgy, A. & Gentaz, É. (2021). The effects of a 'pretend play-based training' designed to promote the development of emotion comprehension, emotion regulation, and prosocial behaviour in 5- to 6-year-old Swiss children. *Br J Psychol*, 112(3), 690–719.
<https://doi.org/10.1111/bjop.12484>
- [8.49] Gentaz, E. & Richard, S. (2022). *Efficacité des interventions conduites dans les classes : la nécessité de l'évaluation de leur implémentation*. Paris : Cnesco-Cnam.
- [8.50] Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- [8.51] Theurel, A., Gimbert, F. & Gentaz, É. (2005). Quels sont les bénéfices académiques, cognitifs, socio-émotionnels et psychologiques des interventions basées sur la pleine conscience en milieu scolaire? Une synthèse des 39 études quantitatives publiées entre 2005 et 2017. *ANAE*, 154, 337–352.
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01924530>
- [8.52] Bandura, A. (1978). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in behaviour research and therapy*, 1(4), 139–161. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90002-4](https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4)

- [8.53] Ashford, S., Edmunds, J. & French, D. P. (2010). What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *Br J Health Psychol*, 15(2), 265–288. <https://doi.org/10.1348/135910709X461752>
- [8.54] Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Worth.
- [8.55] Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Margada.
- [8.56] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2019). *Auto-efficacité: Une brochure destinée aux responsables de projets et de programmes des programmes d'action cantonaux en vue d'encourager l'auto-efficacité et les compétences de vie*. <https://promotionsante.ch/programmes-daction-cantonaux/sante-psychique/enfants-et-adolescents/themes-cles/auto-efficacite.html>
- [8.57] Gentaz, É. (2019). *Le développement psychologique de l'enfant*. Université de Genève. <https://www.coursera.org/learn/enfant-developpement>
- [8.58] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2002). *Essential antenatal, perinatal and postpartum care: training modules*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107482>
- [8.59] Kitzmann, M. (2016). *Le rôle et le recours aux grands-parents dans la prise en charge des enfants en bas âge: entre pratiques, normes et inégalités*. Rapport final – projet «Grands-parentalités». DREES. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/grands_parents_gemass_.pdf
- [8.60] Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull*, 128(4), 539–579. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.4.539>
- [8.61] McDaniel, B. T. & Radesky, J. S. (2018). Technoference: parent distraction with technology and associations with child behavior problems. *Child Dev*, 89(1), 100–109. <https://doi.org/10.1111/cdev.12822>
- [8.62] Pappas, S. (2020). What do we really know about kids and screens. *Monitor*, 51(3), 42. www.apa.org/monitor/2020/04/cover-kids-screens
- [8.63] Jungmann, T., Dähne, V., Sierau, S., Serbati, S., Dugravier, R. & Lanfranchi, A. (2017). Effectiveness of four early intervention programs in Europe: How do the results inform program development and dissemination? *Res Rev J Nurs Health Sci*, 3(3). www.rroij.com/open-access/effectiveness.php?aid=86357
- [8.64] Clément, C. (2013). *Conditionnement, apprentissage et comportement humain*. Dunod.
- [8.65] Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., Fergusson, D., Horwood, J. L., Loeber, R., Laird, R., Lynam, D. R., Moffitt, T. E., Pettit, G. S. & Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. *Dev Psychol*, 39(2), 222–245. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.39.2.222>
- [8.66] Roskam, I., Kinoo, P. & Nassogne, M.-C. (2007). L'enfant avec troubles externalisés du comportement: approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 55(4), 204–213. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.01.005>
- [8.67] Forehand, R., Rogers, T., McMahon, R. J., Wells, K. C. & Griest, D. L. (1981). Teaching parents to modify child behavior problems: an examination of some follow-up data. *J Pediatr Psychol*, 6(3), 313–322. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/6.3.313>
- [8.68] Eyberg, S. M. & Robinson, E. A. (1982). Parent-child interaction training: Effects on family functioning. *J Clin Child Psychol*, 11(2), 130–137. <https://doi.org/10.1080/15374418209533076>
- [8.69] Webster-Stratton, C. H. & Reid, M. J. (2010). The Incredible Years program for children from infancy to pre-adolescence: prevention and treatment of behavior problems. In R. C. Murrihy, A. D. Kidman & T. H. Ollendick (Hg.), *Clinical Handbook of Assessing and Treating Conduct Problems in Youth* (S. 117–138). Springer Science+Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6297-3_5
- [8.70] Sanders, M. R. & Mazzucchelli, T. G. (2017). *The power of positive parenting: transforming the lives of children, parents, and communities using the Triple P System*. Oxford Univ. Press.
- [8.71] Maignet, G., Lejeune, F. & Gentaz, É. (2021). Les effets des programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) destinés à prévenir l'apparition et le maintien des troubles du comportement chez les jeunes enfants: une revue critique. *Revue de Neuropsychologie*, 13(4), 245–255.
- [8.72] Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952–1993. *J Pers Soc Psychol*, 79(6), 1952–1993. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.79.6.1007>

- [8.73] Wilkinson, R. & Pickett, K. (2013). *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*. Les petits matins.
- [8.74] Weber, D. (2020). *Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse: Définition, introduction théorique, recommandations pratiques*. Rapport de base. GDK; GFCH.

Capitolo 9

- [9.1] Mann-Luoma, R., Goldapp, C., Khaschei, M., Lamersm, L. & Milinski, B. (2002). Integrierte Ansätze zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 45(12), 952–959. <https://doi.org/10.1007/s00103-002-0514-0>
- [9.2] Borghini, A. (2015). Approche sensorimotrice et théorie de l'attachement: au cœur du dialogue tonique. *Enfance*, 4(4), 501–512. <https://doi.org/10.4074/S0013754515004115>
- [9.3] Walther, T. (2016). *Une étude exploratoire des facteurs psychologiques en lien avec la pratique de l'activité physique et le bien-être: Motivation, auto-efficacité, estime de soi et barrières perçues*. Université de Fribourg.
- [9.4] Vasseur, R. & Delion, P. (2010). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*. Érès. <https://doi.org/10.3917/ERES.VASSE.2010.01>
- [9.5] Livoir-Petersen, M.-F. (2008). Le dialogue tonico-émotionnel: un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme. *Contraste*, 28–29(1), 41–70. <https://doi.org/10.3917/CONT.028.0041>
- [9.6] Schoch, A. *Confiance en soi, Oser les défis. Youp'la Bouge, L'idée du mois: Ressources pour des structures préscolaires actives*. <https://www.youplabouge.ch/activites/>
- [9.7] Damasio, A. R. (2014). *L'autre moi-même: les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*. Odile Jacob.
- [9.8] Ajuriaguerra, J. de (1962). L'enfant et son corps. *Revue suisse de psychologie, pure et appliquée*, XXI, 1137–1157.
- [9.9] Kloeckner, A. (2011). Modalités d'appropriation de l'approche sensori-motrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice. *Contraste*, 34–35(1), 133–155. <https://doi.org/10.3917/CONT.034.0133>
- [9.10] Lobbé, J. (2019). Neurodéveloppement et stimulation de la zone orale. In É. W. Pireyre (Hg.), *Autisme, corps et psychomotricité: Approches plurielles* (S. 77–81). Dunod.
- [9.11] Lehrplan 21. *Identität, Körper, Gesundheit: sich kennen und sich Sorge tragen*. D-EDK. <https://v-ef.lehrplan.ch/index.php?code=bl6111>
- [9.12] Plan d'études cadre romand (PER) (2010). *Corps et mouvement-Education physique* [CIIP 2010–2022]. www.plandetudes.ch/web/guest/education-physique
- [9.13] Holling, A. (2015). Energiebedarfsermittlung. In C. Römer-Lüthi & S. Theobald (Hg.), *Ernährungstherapie: Ein evidenzbasiertes Kompaktlehrbuch* (S. 349–358). UTB; Haupt.
- [9.14] Harnish, M. J., Greenleaf, S. R. & Orr, W. C. (1998). A comparison of feeding to cephalic stimulation on postprandial sleepiness. *Physiol Behav*, 64(1), 93–96. [https://doi.org/10.1016/s0031-9384\(98\)00025-0](https://doi.org/10.1016/s0031-9384(98)00025-0)
- [9.15] Vandenbroeck, P., Goossens, J. & Clemens, M. (2007). *Tackling obesities: Future Choices – Obesity System Atlas*. UK Government Office for Science. <https://www.foresightfordevelopment.org/sobipro/54/1231-tackling-obesities-future-choices-obesity-system-atlas>
- [9.16] Pudiel, V. & Westenhöfer, J. (2003). *Ernährungspsychologie: eine Einführung* (3. Aufl.). Hogrefe. <https://elibrary.hogrefe.de/book/99.110005/9783840909122>
- [9.17] Klotter, J. C. (2014). *Einführung Ernährungspsychologie* (2. Aufl.) (PsychoMed compact: Bd. 2). Reinhardt.
- [9.18] Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- [9.19] Leiß, O. (2020). Engels biopsychosoziales Modell 40 Jahre später: eine Bestandsaufnahme. In O. Leiß (Hg.), *Konzepte und Modelle Integrierter Medizin: zur Aktualität Thure von Uexkülls (1908–2004)* (S. 233–256). Transcript.
- [9.20] Grunert, S. C. (1993). *Essen und Emotionen: die Selbstregulierung von Emotionen durch das Essverhalten*. Beltz, Psychologie-Verlagsunion.

- [9.21] Macht, M. (2005). Essen und Emotion. *Ernährungs-Umschau*, 52(8), 304–308. https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2005/08_2005/EU08_304_308.pdf
- [9.22] Torres, S. J. & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11–12), 887–894. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>
- [9.23] Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- [9.24] Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- [9.25] Bandura, A. (1965). Vicarious processes: a case of no-trial learning. *Advances In Experimental Social Psychology*, 2(C), 1–55. <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10243893>
- [9.26] Rodgers, R. F. & Melioli, T. (2016). The relationship between body image concerns, eating disorders and internet use, part I: a review of empirical support. *Adolesc Res Rev*, 1(2), 95–119. <https://doi.org/10.1007/s40894-015-0016-6>
- [9.27] Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A.-J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C. & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: an exploratory analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 16(21), 4177. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>
- [9.28] Holmberg, C., Chaplin, J. E., Hillman, T. & Berg, C. (2016). Adolescents' presentation of food in social media: An explorative study. *Appetite*, 99, 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.009>
- [9.29] Rossi, C. D. & Adam, S. (2021). #food in Social Media: Trends und ihre möglichen Wirkungen auf das Essverhalten. *Ernährung im Fokus*(1), 16–21.
- [9.30] Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, S. A., Blair, M., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H. & McCaffrey, T. A. (2020). Social media, body image and food choices in healthy young adults: a mixed methods systematic review. *Nutr Diet*, 77(1), 19–40. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12581>
- [9.31] Alruwaily, A., Mangold, C., Greene, T., Arshonsky, J., Cassidy, O., Pomeranz, J. L. & Bragg, M. (2020). Child social media influencers and unhealthy food product placement. *Pediatrics*, 146(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-4057>
- [9.32] Coates, A. E., Hardman, C. A., Halford, J. C. G., Christiansen, P. & Boyland, E. J. (2019). Social media influencer marketing and children's food intake: a randomized trial. *Pediatrics*, 143(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2554>
- [9.33] McGloin, A. F. & Eslami, S. (2015). Digital and social media opportunities for dietary behaviour change. *Proc Nutr Soc*, 74(2), 139–148. <https://doi.org/10.1017/S0029665114001505>
- [9.34] Nguyen, Q. C., Meng, H., Li, D., Kath, S., McCullough, M., Paul, D., Kanokvimankul, P., Nguyen, T. X. & Li, F. (2017). Social media indicators of the food environment and state health outcomes. *Public Health*, 148, 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.03.013>
- [9.35] Wilksch, S. M., O'Shea, A., Ho, P., Byrne, S. & Wade, T. D. (2020). The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *Int J Eat Disord*, 53(1), 96–106. <https://doi.org/10.1002/eat.23198>
- [9.36] Carrotte, E. R., Prichard, I. & Lim, M. S. C. (2017). «Fitspiration» on social media: a content analysis of gendered images. *J Med Internet Res*, 19(3), e95. <https://doi.org/10.2196/jmir.6368>
- [9.37] Gentile, A., Servidio, R., Caci, B. & Boca, S. (2021). Social stigma and self-esteem as mediators of the relationship between Body Mass Index and Internet addiction disorder: An exploratory study. *Curr Psychol*, 40(3), 1262–1270. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0054-x>
- [9.38] Jarman, H. K., Marques, M. D., McLean, S. A., Slater, A. & Paxton, S. J. (2021). Social media, body satisfaction and well-being among adolescents: a mediation model of appearance-ideal internalization and comparison. *Body Image*, 36, 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.005>
- [9.39] Marengo, D., Longobardi, C., Fabris, M. A. & Settanni, M. (2018). Highly-visual social media and internalizing symptoms in adolescence: the mediating role of body image concerns. *Computers in Human Behavior*, 82, 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.01.003>

- [9.40] Turner, J. S. (2014). Negotiating a media effects model: addendums and adjustments to perloff's framework for social media's impact on body image concerns. *Sex Roles*, 71(11–12), 393–406. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0431-3>
- [9.41] Herpertz, S., Zwaan, M. de & Zipfel, S. (Hg.) (2015). *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-54573-3>
- [9.42] Lang, U. E. & Walter, M. (2017). Depression in the context of medical disorders: new pharmacological pathways revisited. *Neurosignals*, 25(1), 54–73. <https://doi.org/10.1159/000482001>
- [9.43] Firth, J., Marx, W., Dash, S., Carney, R., Teasdale, S. B., Solmi, M., Stubbs, B., Schuch, F. B., Carvalho, A. F., Jacka, F. & Sarris, J. (2019). The effects of dietary improvement on symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosom Med*, 81(3), 265–280. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000673>
- [9.44] Burokas, A., Moloney, R. D., Dinan, T. G. & Cryan, J. F. (2015). Microbiota regulation of the Mammalian gut-brain axis. *Adv Appl Microbiol*, 91, 1–62. <https://doi.org/10.1016/bs.aambs.2015.02.001>
- [9.45] David, L. A., Maurice, C. F., Carmody, R. N., Gootenberg, D. B., Button, J. E., Wolfe, B. E., Ling, A. V., Devlin, A. S., Varma, Y., Fischbach, M. A., Biddinger, S. B., Dutton, R. J. & Turnbaugh, P. J. (2014). Diet rapidly and reproducibly alters the human gut microbiome. *Nature*, 505(7484), 559–563. <https://doi.org/10.1038/nature12820>
- [9.46] Piaget, J. (1936). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Delachaux & Niestlé S.A.
- [9.47] Winnicott, D. W. (1980). Pourquoi les enfants jouent-ils? In D. W. Winnicott (Hg.), *Petite bibliothèque Payot. L'enfant et le monde extérieur* (S. 123–128).
- [9.48] Stern, D. N. (1983). Le but et la structure du jeu mère-nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*, XXVI(1), 193–216.
- [9.49] Altmann de Litvan, M. (2002). Jeu et régulation affective. *Spirale*, 24(4), 138–149. <https://doi.org/10.3917/spi.024.0138>
- [9.50] Marcelli, D. & Raffeneau, F. (2012). Le bébé et le jeu. *Le Journal des psychologues*, 299(6), 18–23. <https://doi.org/10.3917/jdp.299.0018>
- [9.51] Cascales, T. (2015). Le repas du nourrisson dans tous ses états. *Empan*, 97(1), 134–140. <https://doi.org/10.3917/empa.097.0134>
- [9.52] Lejeune, F. (2020). Le jeu chez le tout petit. *ANAE*, 165(32, II), 135–143.
- [9.53] Comoretto, G. (2014). Des usages du jeu à la cantine. *Ethnologie française*, 44(4), 707–717. <https://doi.org/10.3917/ETHN.144.0707>
- [9.54] Kovacs, I. (2012). «Et si on jouait à rien?» Dans les institutions de la petite enfance subventionnées par la Ville de Genève (Les Cahiers pédagogiques du SDPE 1). Service de la petite enfance de la Ville de Genève. <https://www.reiso.org/articles/themes/enfance-et-jeunesse?task=export.export&id=118>
- [9.55] Legendre, A. (2011). Les lieux de jeux extérieurs des enfants d'âge scolaire: des espaces de proximité aux espaces publics urbains. *Pratiques Psychologiques*, 17(1), 31–48. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2010.01.005>
- [9.56] Blinkert, B. & Höfflin, P. (2016). *Freiraum für Kinder Ergebnisse einer Umfrage im Rahmen der Freiraumkampagne der Stiftung Pro Juventute*. Pro Juventute Suisse.
- [9.57] Gehri, M. (2017). Le jeu: petite revue de promotion de la santé pour l'enfant et sa famille. *Revue Médicale Suisse*, 13(569), 1343–1348. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2017.13.569.1343>
- [9.58] Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Gallimard.

Wankdorfallee 5, CH-3014 Berna
Tel. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Losanna
Tel. +41 21 345 15 15
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch